

# «Dekker dagens diagnosekriterier og depresjonskartlegging gutters depressive plager?»

*En kvalitativ undersøkelse av mannlige psykologistudenters og skolepsykologers refleksjoner rundt gutters symptomer på depresjon*

Maria Godunko



Masteroppgave ved psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

15.06.2018



# **Dekker dagens diagnosekriterier og depresjonskartlegging gutters depressive plager?**

En kvalitativ undersøkelse av mannlige psykologistudenters og BUP skolepsykologers refleksjoner om antatte depressive symptomer hos gutter med depressive plager, og hvordan disse passer inn i kriteriene for depresjon i henhold til diagnosemanualer DSM-V og ICD-10.

© Maria Godunko

2018

Dekker dagens diagnosekriterier og depresjonskartlegging gutters depressive plager?

Maria Godunko

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Representeren, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Forekomsten av depresjon øker, og forskning dokumenterer høyere nivåer av depresjon hos kvinner enn hos menn. Flere teorier har prøvd å forklare kjønnsforskjellene i depresjon, og de mest sentrale av disse er teoriene om maskulin og maskert depresjon. Det antas at menn uttrykker depresjon gjennom alternative symptomer som rusmisbruk, aggresjon, tilbaketrekking, tv- og dataspill, arbeidsnarkomani og suicidalitet. Disse symptomene kan maskere depresjon og er ikke inkludert i diagnosekriteriene i diagnosemanualene ICD-10 og DSM-V. Målet med denne studien var å undersøke hvilke refleksjoner mannlige psykologistudenter og skolepsykologer fra BUP hadde om gutters uttrykk av depresjon, og hvordan disse beskrivelsene passer inn i kriteriene for depresjon i henhold til diagnosemanualer DSM-V og ICD-10. Etter å ha fullført ni enkeltintervjuer med mannlige profesjonsstudenter og ett fokusgruppeintervju med skolepsykologer kom det frem at det antas at gutter uttrykker depresjon gjennom eksternaliserende symptomer. Tilbaketrekking, utagering, aggresjon, tv- og dataspill, trening, skolevegring, rusmisbruk og suicidalitet var nevnt som mulige atferdsmessige uttrykk for depresjon. Disse symptomene kan være en reguleringsstrategi for å håndtere de emosjonelle uttrykkene som sinne, irritasjon, skam, apati, tretthet, ensomhet og følelsen av å være mislykket. Resultatene fra studien ble deretter sammenlignet med eksisterende diagnosekriteriene for depresjon i ICD-10 og DSM-V. Det har blitt konkludert med at dagens diagnosemanualer som kun fokuserer på internaliserende symptomer er i fare for å ikke fange opp gutter med depresjon på grunn av et misforhold mellom symptomene.



# Forord

Arbeidet med masterprosjektet har både vært en spennende og krevende prosess. Noen dager var mer frustrerende enn andre, men frustrasjonen har på mange måter resultert i større inspirasjon. Hvert intervju som har blitt gjennomført har vært en påminnelse om at masterprosjektet om menn og depresjon er et viktig tema som må studeres. Intervjuprosessen har gjort meg enda mer oppmerksom på hvor viktig det er å kunne se mennesker og være åpen for å se ting fra forskjellige perspektiver. Det er mange der ute som trenger å bli sett, noe som har gjort meg mer motivert til å skrive om depresjon og menn.

Jeg vil rette en stor takk til mine veiledere, Helene Amundsen Nissen-Lie, Evalill Bølstad Karevold og Hans Bugge Bergsund, for deres engasjement og enorm hjelp gjennom hele prosessen. Tusen takk til mine gode medstudenter, Anna Asbjørnsen Berg og Mari Kjos Hansen, for fantastisk samarbeid, og for at deres støtte har gjort denne prosessen lettere og spennende. Jeg vil også takke informantene som har deltatt på undersøkelsen, deres erfaringer og beskrivelser har ført til betydningsfulle kunnskaper, og samtalene med dere har inspirert meg enda mer. Stor takk til min venn som har frivillig deltatt på pilotintervju og delt sine erfaringer om depresjon. Til slutt vil jeg takke min gode venn, Ana, mitt søskenbarn, Nikolai, for uendelig støtte og kjærighet som de har gitt meg hele veien, og for den store troen de har på meg.

Oslo, juni 2018

Maria Godunko





# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Depresjon.....	1
1.2	Formål og problemstilling .....	3
2	Teori .....	5
2.1	Depresjon og kartlegging av depresjon .....	5
2.1.1	Måling av depresjon .....	7
2.2	Kjønnforskjeller i depresjon.....	8
2.3	Å oppsøke hjelp.....	12
3	Metode.....	14
3.1	Forskningsdesign .....	14
3.2	Kunnskapsteoretisk forankring.....	15
3.3	Utvalg .....	16
3.4	De kvalitative intervjuene.....	18
3.5	Etikk.....	22
3.6	Analyse .....	23
4	Resultater.....	29
4.1	Uttrykk av depresjon – alternative symptomer.....	29
4.2	Reguleringsteknikker .....	32
4.3	Forebygging.....	34
4.4	Kjønnforskjeller i depresjon – hva skyldes de? .....	36
5	Diskusjon.....	39
5.1	Alternative symptomer .....	39
5.2	Alternative symptomer vs diagnosekriterier.....	42
5.3	Hva bør måleinstrumenter fokusere på? .....	44
6	Styrker og begrensninger .....	47
7	Forslag til videre forskning .....	49
8	Konklusjon .....	50
	Litteraturliste .....	52
	Vedlegg .....	56



# 1 Innledning

## 1.1 Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som er kjennetegnet ved sterk og vedvarende nedstemthet, lav selvfølelse, manglende interesse for aktiviteter som tidligere ga mening og glede og energitap som går ut over fungering i hverdagen (Abela & Hankin, 2008). Forekomsten av depresjon har økt de siste årene, og studier rapporterer høyere nivåer av depresjon hos kvinner enn hos menn. Studier viser at det er dobbelt så mange kvinner som menn som får diagnose depresjon og at kjønnsforskjellene starter i tenårene og varer gjennom voksenlivet (Nolen-Hoeksema, 2008). Selv om forskning har dokumentert kjønnsforskjeller i depresjon, er det lite kunnskap om hvordan menn opplever depresjon og hvordan de uttrykker depressive symptomer (Brownhill, Wilhelm, Barclay & Schmied, 2005). Det er en risiko for at vi undervurderer eller ikke ser menns uttrykk av depresjon. Statistikken som viser lavere forekomster av depresjon hos menn, baserer seg på diagnosekriterier som muligens passer bedre for kvinners uttrykk for depressive symptomer. Depressive uttrykk og atferd, slik som gråt, humørsvingninger, følelse av hjelpeløshet og verdiløshet, passivitet, og forstyrret spisemønster, er symptomer som ofte uttrykkes og rapporteres av kvinner (Boaman & Walker, 2010). Forskning har vist at menn derimot viser mer risikotakende og antisosial atferd når de sliter emosjonelt, slik som aggresjon, tilbaketrekking, rusmisbruk og suicidal atferd; symptomer som av noen blir kalt for "maskert depresjon" eller "maskulin depresjon" (Brownhill et al., 2005).

Flere studier har fokusert på alternative depressive symptomer hos menn og beskriver aggresjon som et atferdsmessig uttrykk for et emosjonelt ubehag som menn opplever under en depressiv periode. Aggressiv atferd forklares som en håndteringsstrategi av det emosjonelle ubehaget som trigger fysiske responser for å undertrykke negative emosjoner (Brownhill et al., 2005). Risikotakende atferd og rusmisbruk regnes som alternative depressive symptomer hos menn, der rusmisbruk har en bedøvende effekt mens risikotakende atferd kan fungere som distraherende og stimulerende fluktmekanisme (Orgodniczuk & Oliffe, 2011). Det vil si at menns uttrykk for depresjon kan være annerledes enn kvinners og dermed ikke blir fanget opp i de konvensjonelle diagnosekriteriene. På bakgrunn av dette kan en stille spørsmål om det

kan være vanskeligere å identifisere depresjon hos menn fordi deres maladaptive atferd i en del tilfelle maskerer en underliggende depresjon.

Sammenliknet med menn, kan det være mindre vanskelig for kvinner å uttrykke negative emosjoner verbalt og de søker oftere hjelp (Ogrodniczuk & Oliffe, 2011). Derfor kan det være lettere å observere, identifisere og behandle depresjon hos kvinner enn hos menn. Dette kan i sin tur bidra til at depresjon blir forstått i form av kvinners opplevelser og uttrykk. Den høyere forekomsten av depresjon hos kvinner kan således være et resultat av rapporteringsbias, der menn underrapporterer lidelsessymptomer. En viktig ferdighet som er relevant for rapportering av depressive symptomer er å kunne identifisere og uttrykke følelsene verbalt, noe menn i snitt oftere har vansker med (Ogrodniczuk & Oliffe, 2011). På bakgrunn av dette kan spørsmålene som måler depressive symptomer i kartleggingsverktøy og diagnosekriterier, i større grad fange opp depresjon hos kvinner enn hos menn, noe som setter spørsmålsteget ved validiteten ved instrumentene og diagnosene (Brownhill et al., 2005).

Nyere studier har fokusert på såkalt «alternative depresjonssymptomer» hos menn fordi tradisjonelle depressive symptomer, eksempelvis depressivt humør, står i motstrid med sosiale idealer om maskulinitet (Addis & Mahalik, 2003). På grunn av dette kan menn tilbakeholde depresjonssymptomer og uttrykke dem på en annen måte som ikke beskrives i de tradisjonelle diagnosekriteriene (Hart, 2001). Det kan tenkes at menn (og gutter) uttrykker emosjonelt ubehag i form av mer eksternaliserende atferd fordi det er sosialt uakseptabelt å vise sårbarhet. Maskuline normer kan dermed føre til at menn uttrykker depresjon gjennom selvdestruktiv og distraherende atferd (Lynch & Kilmartin, 2013). Eksempler på det kan være rusmisbruk, spill, risikotakende seksuell atferd og arbeidsnarkomani. I tillegg viser flere studier at mannlige pasienter med depresjon skårer signifikant høyere på irritasjon, opplever mer aggresjonsanfall, har lavere impuls kontroll og har høyere forbruk av rusmidler, sammenlignet med kvinnelige pasienter (Martin, Neighbors, & Griffith, 2013). Sosiale normer kan således begrense måter menn kan uttrykke det emosjonelle ubehaget på, noe som medfører at menn holder tilbake følelsene sine (Riska, 2011). Dette i sin tur kan føre til at gutter/menn ikke blir fanget opp av helsepersonell, som igjen bidrar til at de ikke får profesjonell hjelp. Uten profesjonell hjelp kan gutter og unge menns depresjon føre til alvorlig selvdestruktiv atferd som suicidalitet (Lynch & Kilmartin, 2013). Det kan stilles

spørsmålstegn ved om dagens diagnosemanualer tar høyde for dette og om de er like gode til å fange opp depresjon/depressive plager hos både menn og kvinner.

## 1.2 Formål og problemstilling

Det finnes altså klare forskjeller i forekomst av depresjon eller depressive plager mellom kjønnene, og det er flere som har tatt til ordet for å snakke om en form for maskert eller maskulin variant av depresjon som menn har og som skiller seg fra det kvinner opplever når de blir deprimerte (Lynch & Kilmartin, 2013). Eksisterende forskning har vist at ubehandlet depresjon regnes som en av hovedgrunnene til suicidalitet (Wide, Mok, McKenna, & Orgodniczuk, 2011). Suicidalitetsratene er relativt sett høyere blant menn, mens det er dobbelt så mange kvinner som får diagnose depresjon. Det kan derfor tenkes at depresjon underrapporteres hos gutter og ikke fanges opp, noe som gjør at depresjon blir ubehandlet og fører derfor til selvmordsforsøk blant gutter (Wide et al., 2011). Tidligere forskning sier at menn kan oppleve og uttrykke «alternative depresjonssymptomer», og dette masterprosjektet har derfor som formål å belyse temaet depressive symptomer hos gutter/menn ut fra en antagelse om at unge menn uttrykker depresjon på en annen måte enn kvinner. Denne antagelsen innebærer en kritisk holdning til diagnosekriteriene i de eksisterende diagnosemanualene DSM-V og ICD-10 fordi de ikke synes å fange opp menns måter å være deprimerte på, som i sin tur får konsekvenser for om man vil få nødvendig helsehjelp.

Denne studien er en del av et større forskningsprosjekt «Depressive symptomer hos unge menn/gutter», som søker å belyse forskning på kjønnsforskjeller i depresjonsuttrykk. Studien vil i tillegg stille seg spørrende til gyldigheten og validiteten av diagnosekriteriene som måler depresjon for begge kjønn, ut fra en gryende kunnskap om at menn opplever og uttrykker depressive plager på en annen måte enn kvinner. Vi har vært tre jenter, Anna Asbjørnsen Berg («The Role of Socialization in the Development and Prevention of Depression in Young Men/Boys»), Mari Kjos Hansen («Gutter gråter ikke») og Maria Godunko («Dekker dagens diagnosekriterier og depresjonskartlegging gutters depressive plager?») som har samarbeidet om datainnsamlingen men som har skrevet om hver sin problemstilling. For å undersøke denne problemstillingen rekrutterte vi to utvalg som vi intervjuet; det første er unge mannlige profesjonsstudenter i psykologi, som vi antok har en rimelig høy grad av refleksiv kapasitet til å drøfte dette. Det andre utvalget er en gruppe skolepsykologer, fra BUP i Oslo, som til daglig arbeider med ungdommers psykiske plager,

deriblant nettopp depressive plager, i et lavterskel tilbud på tre videregående skoler i Oslo. Oppgaven har dermed som formål å undersøke hva skolepsykologer og unge mannlige psykologistudenter tror og erfarer om gutters opplevelse og uttrykk for depresjon, for deretter å sammenligne disse beskrivelsene med eksisterende diagnosekriter for depressive tilstander i ICD-10 (World Health Organization: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992) og DSM-V (American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed., 2013). Prosjektet undersøker dermed følgende problemstilling med tre underspørsmål:

Hvordan passer mannlige psykologistudenters og BUP-psykologers beskrivelser av antatte depressive symptomer hos gutter med depressive plager inn i kriteriene for depresjon i henhold til diagnosemanualer DSM-V og ICD-10?

- 1) Hvordan opplever og uttrykker gutter depressive symptomer?
- 2) Hvordan forholder disse beskrivelsene seg til kriteriene i diagnosemanualene?
- 3) Hva bør måleinstrumenter fokusere på og inkludere i kartleggingen av depressive symptomer hos gutter?

## 2 Teori

I denne delen vil jeg først beskrive depresjonssymptomer i diagnosekriterier slik de er beskrevet i diagnosemanualene DSM-V og ICD-10, for deretter å presentere teori og empiri om «maskert depresjon» og «maskulin depresjon» og hvordan disse kan være med på å forklare kjønnsforskjellene i depresjon. Oppgaven vil presentere metode og resultater fra den kvalitative intervjuundersøkelsen med to utvalg, og sammenstille funnene fra de kvalitative analysene av disse dataene med depresjonskriteriene i ICD-10 og DSM-V. Teorien om «maskert depresjon» og «maskulin depresjon» og resultatene fra den kvalitative studien vil deretter bli brukt til å diskutere hvorvidt diagnosekriteriene klarer å fange opp gutter med depressive plager.

### 2.1 Depresjon og kartlegging av depresjon

Hovedsymptomet i depresjon er depressivt humør uten en angitt grunn (APA, 2013). Individer diagnostisert med depresjon rapporterer at de mister interesse og glede, et symptom som kalles anhedoni (Nolen-Hoeksema, 2014). I tillegg skjer det endringer i spisemønster, søvn og aktivitetsnivå. Noen mister matlyst, mens andre kan begynne med overspising. Endringer i søvn og/eller aktivitetsnivå vises blant annet ved at noen individer ikke klarer å være aktive og ønsker å sove hele dagen, mens andre ikke får sove i det hele tatt (Nolen-Hoeksema, 2014). Atferden kan være preget av psykomotorisk retardasjon eller psykomotorisk agitasjon, hvor den førstnevnte betyr at atferden og reaksjonene er tregere enn vanlig, mens det andre begrepet beskriver en rastløs atferd (Nolen-Hoeksema, 2014). Depressive individer mangler ofte energi og rapporterer om kronisk utmattelse. Tankene vil vanligvis være fylt av verdiløshet, skyldfølelse, håpløshet og i noen tilfeller suicidalitet, noe som kan påvirke konsentrasjonsevnen og beslutningstaking (Nolen-Hoeksema, 2014). Under alvorlige depressive tilstander kan individer oppleve et virkelighetsbrudd ved at de begynner å hallusinere og/eller får vrangforestillinger. Disse symptomene er ofte negative, eksempelvis kan en deprimert person tenke at de straffes for noe de har gjort tidligere og høre stemmer som ber dem om å begå selvmord (Nolen-Hoeksema, 2014).

DSM-V er et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser som brukes mest i USA. Diagnosemanualen ble først utgitt av den Amerikanske Psykiaterforeningen i 1952, mens den femte versjonen ble utgitt i 2013 (APA, 2013). DSM-klassifikasjonssystemet er det mest

brakte systemet i psykiatrisk forskning og regnes som det mest dominerende internasjonalt. DSM-V bruker *major depressive disorder* som den vanlige diagnosen for depresjon (APA, 2013). Den inneholder 8 subtyper og formuleres som et alvorlig depressivt anfall som varer i minst to uker. Depressivt anfall karakteriseres ved 5 eller mer av følgende symptomer som representerer en endring sammenlignet med tidligere fungering, der minst ett av symptomene er 1) depressivt humør eller 2) mangel på interesse eller glede (APA, 2013):

- 1) Depressivt humør mesteparten av dagen rapportert av subjektet selv eller observert av andre
- 2) Tap av interesse eller glede i alle, eller nesten alle, aktiviteter mesteparten av dagen
- 3) Synlig vekttnap eller vektøkning
- 4) Insomni eller hypersomni nesten hver dag
- 5) Psykomotorisk agitasjon eller retardasjon nesten hver dag
- 6) Utmattelse eller mangel på energi nesten hver dag
- 7) Opplevelse av verdiløshet eller overdreven skyldfølelse nesten hver dag
- 8) Konsentrasjonsvansker, ubesluttosomhet nesten hver dag
- 9) Følelser av håpløshet, tilbakevendende selvmordstanker, fantasier om selvmord uten spesifikk plan, selvmordsforsøk eller en konkret plan for selvmord

Det er i tillegg krav om at symptomene påvirker individets daglige fungering, både sosialt og yrkesmessig, og forårsaker klinisk ubehag (APA, 2013). Depressiv episode kan ikke tilskrives de fysiologiske virkningene av et stoff, en substans eller en medisinsk tilstand. DSM-5 inneholder i tillegg en kommentar til klinikere om at «normal eller forventet» depressiv respons til en negativ hendelse, eksempelvis tap på grunn av dødsfall, bør ikke diagnostiseres som *major depressive disorder*, før andre atypiske symptomer, slik som verdiløshet, selvmordstanker, psykomotorisk retardasjon/agitasjon er tilstedeværende og fører til alvorlig nedsatt fungering (APA, 2013). Et annet viktig kriterium er at det aldri har vært en manisk eller hypoman episode og at forekomsten av depressiv episode ikke kan forklares med en schizoaffektiv lidelse, schizofreni, en schizofreniform forstyrrelse, psykose eller en annen bestemt eller ubestemt psykotisk lidelse (APA, 2013).

ICD-10 er den tiende versjonen av den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer som ble først utgitt i 1992 av Verdens Helseorganisasjon (WHO). Psykiske lidelser ligger under kapittel F, og depresjonsdiagnosen finner en under Affektive lidelser og stemningslidelser (F30-F39) (WHO, 1992). ICD-10 er



diagnosemanualen som brukes mest i Norge. Diagnosemanualen deler depresjon inn i mild depressiv episode (fire symptomer), moderat depressiv episode (fem til seks symptomer) og alvorlig depressiv episode (syv eller flere symptomer, med eller uten psykotiske symptomer). Symptomene bør være tilstede i minst to uker eller mer, der hvert symptom er tilstede mesteparten av dagen (WHO, 1992). Depresjon beskrives som senket stemningsleie, redusert energi og aktivitetsnivå. Mangel på gleden og interessen er fraværende, konsentrasjon er nedsatt og en uttalt tretthet er tilstede. Det er i tillegg vanlig at søvnmønsteret og appetitten blir forstyrret (WHO, 1992). Lav selvfølelse med forestillinger om skyld og verdiløshet er ofte til stede. Psykomotoriske endringer, slik som agitasjon og retardasjon, og tanker om selvmord og selvmordsforsøk er også vanlige ledsagende symptomer som beskrives i ICD-10 (WHO, 1992).

Diagnosemanualene har i senere tid forbedret reliabilitet av depresjonsdiagnosen (Rice, 2011). Likevel kan diagnosene, som baserer seg på kriteriene i diagnosemanualene, føre til ignorering og uteblivelse av klinisk hjelp for de individene som ikke viser de foreslåtte symptomene som står i manualene (Hyman, 2011). Grenseverdiene i diagnostiseringen, eksempelvis varighet og antall symptomer, baserer seg i tillegg på konsensus og ikke på empirisk evidens (Helsedirektoratet, 2009). Dette kan resulteres i at grensene mellom depresjon og ikke-depresjon blir tilfeldig. Det settes også spørsmålsteget om alvorlighetsgraden av depresjon kan bestemmes ved å kun telle symptomer (Helsedirektoratet, 2009). Forskere og klinikere har derfor foreslått en dimensjonal diagnosemodell som vurderer symptomatologi ved hjelp av en lineær kontinuitet som består av gradert alvorlighetsgrad (Rice, 2011). En slik diagnosemodell gir mulighet til å fange opp utviklingen av depresjon på et spesifikt tidspunkt og foreslår ulike intervensjoner til forebygging av psykiske vansker. Mange mener at dimensjonal tilnærming til depresjon vil i større grad identifisere og fange opp individer som er i risikozonen for å utvikle depresjon og derfor fokusere på å redusere alvorlighetsgraden av symptomene hos individer som ikke møter kriteriene i DSM-V og ICD-10 (Rice, 2011). Dimensjonal tilnærming har derimot ikke blitt brukt noe særlig i fagfelt som fokuserer på psykiske lidelser, fordi disse støtter seg på kategorisk system fremstilt i diagnosemanualene (Rice, 2011).

### **2.1.1 Måling av depresjon**

Standardiserte måleinstrumenter som baserer seg på diagnosekriteriene i DSM-V og ICD-10 legger ofte hovedfokus på psykometrisk reliabilitet, noe som kan føre til at symptomene i disse kan ha lite likhet med de virkelige symptomene. Dette kan også resultere i manglende sensitivitet for at disse symptomene kan endre seg (Fava, Ruini, & Rafanelli, 2004). Måleinstrumenter som ikke inkluderer eksternaliserende uttrykk for depresjon og kun fokuserer på kriteriene i diagnosemanualene kan derfor føre til manglende identifisering av depresjon hos menn. Eksempelvis blir Beck Depression Inventory (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) og Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960) ofte brukt som hovedmåleinstrumenter for depresjon. Å bruke disse som hovedstandard kan begrense konseptuell og diagnostisk progresjon, og føre til at en overser at disse måleinstrumentene er i høy grad selektive i hva de måler (Fava et al., 2004).

Selvrapporteringskjemaer som baserer seg på kriteriene i DSM-V og ICD-10 kan i tillegg ignorere individuelle forskjeller i uttrykk av symptomer som kan forekomme som et resultat av ulike psykososiale faktorer som er i samsvar med maskuline normer (Rice, 2011). Eksempelvis har forskning vist at menn viser mer eksternaliserende atferd slik som aggresjon, under depresjon (Martin et al., 2013). Eksternaliserende atferd kommer som et resultat av undertrykking av det emosjonelle ubehaget gutter opplever. Undertrykking av negative følelser kan videre føre til flere somatiske plager senere i livet, noe som er også utbredt hos menn med depresjon (Munce & Stewart, 2007). Flere klinikere har derfor foreslått å legge til aggresjon som et symptom i diagnosekriteriene for å kunne bedre måle depressive symptomer hos menn (Magovcevic & Addis, 2008). Manglende fokus på etiologiske faktorer i diagnosemanualene, slik som forventninger til kjønnsroller, kan derfor føre til ignorering av menn som er i risiko for å utvikle depresjon og begå selvmord. På bakgrunn av det kan det være fordelaktig å inkludere større sosial kontekst i diagnosekriteriene (Rice, 2011).

## **2.2 Kjønnforskjeller i depresjon**

Epidemiologiske studier rapporterer at sammenlignet med menn, får dobbelt så mange kvinner diagnose depresjon (Munce & Stewart, 2007). Menn viser derimot 4 ganger høyere selvmordsrater enn kvinner (Houle, Mishara, & Chagnon, 2008). Eksisterende kjønnforskjeller i depresjon har blitt forklart på mange måter. En av forklaringene fokuserer på validiteten av nåværende diagnosekriterier og mener at menn opplever alternative depresjonssymptomer, som diagnosemanualene ikke er gode nok til å fange opp (Martin et al.,

2013). Forskere som er skeptiske til diagnosekriteriene mener at tradisjonelle depressive symptomer, slik som tristhet og senket stemningsleie, ikke samsvarer med samfunnsidealene om maskulinitet. Det er noe som kan påvirke menn til å underrapportere disse symptomene (Riska, 2009). Rapporteringsbias (for eksempel at man underrapporterer symptomer) kan forekomme fordi menn ikke ønsker å oppsøke hjelp, ettersom det kan oppleves som skamfullt. Forskning har i tillegg vist at menn som blir diagnostisert med depresjon ofte har andre komorbide vansker, slik som rusmisbruk (Magovcevic & Addis, 2008). Menn rapporterer også at de, i større grad enn kvinner, deltar i aktiviteter som hjelper dem å unngå å tenke på depresjon (Lynch & Kilmartin, 2013). Kvalitative kjønnsforskjeller som dukker opp når en undersøker depressive symptomer kan indikere at menn rapporterer symptomer som er i samsvar med maskuline normer, slik som sosial tilbaketrekking, opptatthet av problemer på jobb, unngåelse og undertrykking av følelser og selvmedisinering (Magovcevic & Addis, 2008). Det antas at maskuline samfunnsnormer har en påvirkning på menns anerkjennelse og uttrykk av depresjon. Maskuline normer understreker verdier som uavhengighet, fysisk styrke, konkurranseinstinkt, stoisisme og unngåelse av det som kan betraktes som «feminint» (Riska, 2009). Menn som holder seg til maskuline normer kan derfor vise depresjon på den måten som er mer kongruent med disse normene. Det tenkes at menn opplever depresjon på en prototypisk måte, slik som beskrevet i diagnosemanualene, men har en tendens til å unngå eller å benekte opplevelsen, fordi det er inkongruent med den mannlige rollen de har (Magovcevic & Addis, 2008).

Kjønnsforskjellene i depresjon blir også forklart ut fra genetiske, hormonelle og sosiale tilnærminger. I siste tiden har både en genetisk og en hormonell tilnærming blitt stadig diskutert. Flere studier har eksempelvis vist at graden av genetisk sårbarhet for utvikling av depresjon er lik for både kvinner og menn (Rice, 2011). Det diskuteres også om kjønnsforskjellene i depresjon forblir upåvirket av sosiodemografiske faktorer dersom disse skyldes en biologisk opprinnelse. Eksempelvis har forskning vist at kvinner som opplever problemer i ekteskapet er i risiko for å utvikle depresjon, mens menn er i høyere risiko for å utvikle depresjon kun hvis problemer i ekteskapet resulterer i skilsmisse (Wyder, Ward, & De Leo, 2009). Dette indikerer at kjønnsforskjellene i depresjon ikke alltid skyldes genetikk. Det samme gjelder studier som forklarer kjønnsforskjellene på bakgrunn av hormonelle svingninger, fordi prevalensratene for en slik forbindelse forblir lave (Rice, 2011). Biologiske faktorer slik som genetikk og hormoner kan være involvert i utviklingen av depresjon, men det er vanskelig å argumentere for at kjønnsforskjellene i depresjon skyldes disse.

Andre teorier fokuserer på etiologiske faktorer slik som sosialisering, kjønnsroller og maskulinitetsnormer (Magovcevic & Addis, 2008). Addis (2008) beskriver 4 teoretiske tilnærminger som har blitt brukt til å forklare forholdet mellom kjønnsrelaterte konstruksjoner og menns opplevelse av depresjon. Hver av disse tilnærmingene foreslår forskjellige mekanismer som ligger til grunn for at menn i mindre grad oppfyller diagnosekriteriene for depresjon (Rice, 2011). Den første, kjønnsforskjeller-tilnærmingen, diskuterer at depresjon eksisterer som samme lidelse hos både menn og kvinner, men består av fenotypiske variasjoner i uttrykk av symptomer (Addis, 2008). Eksempelvis har flere studier vist at menn generelt sett opplever i mindre grad tristhet sammenlignet med kvinner (Rabinowitz & Cochran, 2008). Tristhet eller senket stemningsleie er en av de hovedkriteriene for depresjon både i DSM-V og i ICD-10. Hvis menn ikke uttrykker tristhet like ofte som kvinner, kan det føre til at diagnosemanualene ikke fanger opp depresjon hos menn. Tilnærmingene fokuserer på interaksjonen mellom sosiale erfaringer og psykologiske egenskaper, slik som kjønnsroller og mestringsstrategier (Addis, 2008). Disse tilnærmingene fokuserer på ideen om at menn kan filtrere depresjonssymptomer på grunn av forventningene om maskulinitet, noe som i sin tur trigger spesifikke uttrykk av depresjon. Og at måten menn uttrykker depresjon på kan også minimisere sannsynligheten for å oppleve psykologisk lidelse (Rice, 2011).

Tilnærmingen om «maskert depresjon» mener at sosialiseringspraksis påvirker måten menn opplever og uttrykker depresjon på (Rabinowitz & Cochran, 2008). Ifølge denne tilnærmingen kan menn oppleve depressivt humør, men de viser ikke de prototypiske symptomene som står i diagnosemanualene. Det er antatt at de viser andre tilleggssymptomer som ikke finnes i DSM-V og ICD-10, men som er vanlig i andre diagnoser slik som alkoholisme (Rabinowitz & Cochran, 2008). Symptomer som er antatt å maskere depresjon er blant annet rusmisbruk, vold og aggresjon, intimitetsproblemer og somatisk smerte (Rice, 2011). Maskert depresjon er vanskelig å forske empirisk og utfordrende til å validere (Magovcevic & Addis, 2008). Hvis depresjon er tilstedeværende men er maskert på en viss måte, er det vanskelig å finne tilstedeværelse av lidelsen selv om prototypiske symptomer, som er beskrevet i diagnosemanualene, er tilstede. Flere studier har prøvd å validere konstruksjonen av alternative depressive symptomer og har utviklet flere måleinstrumenter som var ment til å fange opp menns uttrykk av depresjon, slik som Gotland Male Depression Scale (Magovcevic & Addis, 2008). Mange av disse har derimot fått kritikk for svak reliabilitet og validitet.

Magovcevic og Addis (2008) har derfor utviklet Masculine Depression Scale (MDS) som er et selvrappoteringskjema som er ment til å fange opp atferd som er assosiert med maskulin depresjon. I sin studie beskriver de maskulin depresjon som et sett av responser til underliggende negativ affekt, som igjen er påvirket av maskuline normer (Magovcevic & Addis, 2008). De mener at menn som har opplevd stressfremkallende hendelse som har påført dem et ubehag, er i risiko for å oppleve negativ affekt, og at individuelle forskjeller i responser til affekten bestemmer om ubehaget blir presentert på en prototypisk eller maskulin måte. På den måten mener forfattere at måleinstrumentet er konsistent med flere atferdsmodeller og behandling av depresjon. Forfattere foreslår at menn som opplever negativ affekt i en vanskelig periode og som holder seg til maskuline normer, vil prøve å undertrykke ubehaget og unngå typiske feminine responser (Magovcevic & Addis, 2008). I sin studie spurte de 102 menn som nylig hadde opplevd en stressfremkallende hendelse, til å svare på spørsmål som inkluderte prototypiske depresjonssymptomer (fra DSM-IV), konformitet til maskuline normer og maskulin depresjon. De fant ut at eksternaliserende symptomer var moderat korrelert med depresjonsmål og utøvelse av maskuline normer, mens internaliserende symptomer var høyt korrelert med depresjonsmål, men hadde ingen sammenheng med maskuline normer (Magovcevic & Addis, 2008). Studien viste i tillegg at menn som holdte seg til maskuline normer skårte høyere på eksternaliserende symptomer enn på prototypiske symptomer på MDS. Forfattere har derfor konkludert med at MDS kan fange opp aspekter av depresjon som er assosiert med maskuline normer i samfunnet og som diagnosemanualene eksempelvis ikke har. Det finnes i dag lite forskning som støtter denne tilnærmingen, men indirekte evidens har vist at menn opplever mer eksternaliserende symptomer som også kan regnes som en maladaptiv måte å håndtere og/eller maskere depresjon på (Lynch & Kilmartin, 2013).

Tilnærmingen om såkalt «maskulin depresjon» mener også at maskuline normer påvirker menns uttrykk av depresjon (Lynch & Kilmartin, 2013). Det er foreslått at eksternaliserende symptomer forekommer i forbindelse med depressivt humør og resulterer i en fenotypisk variant av prototypiske depressive symptomer (Rice, 2011). Det vil si at menn kan oppleve depresjon samsvarende med diagnosekriteriene i DSM-V og ICD-10, men at de unngår og benekter depressive opplevelser som består av internaliserende aspekter, slik som tristhet, svakhet, sorg og sårbarhet fordi disse er inkongruent med rolleforventningene (Riska, 2009).

En annen teoretisk tilnærming fokuserer på hvordan kjønn kan påvirke responser til depresjon (Addis, 2008). Tilnærmingen mener at menn grubler (ruminerer) mindre enn kvinner fordi de engasjerer seg i ulike typer distraksjonsatferd. Indirekte evidens har eksempelvis vist at menn undertrykker sine følelser ved hjelp av alkohol, røyking og idrett (Nolen- Hoeksema, 2008). Dette er noe som kan forhindre menn i å oppsøke sosial støtte, som videre kan føre til underrapportering av depresjon hos gutter.

Oppsummert kan en si at det finnes flere tilnærminger som fokuserer på forskjellen i opplevelsen og uttrykk av depresjon hos kvinner og menn. Dette setter spørsmålstegn ved diagnosemanualenes konstruktivitet, da disse ikke nødvendigvis fanger opp depresjon hos menn. Oversett og ubehandlet depresjon kan i sin tur bidra til høye nivåer av rusmisbruk og suicidalitet (Mahalik & Rochlen, 2006).

## 2.3 Å oppsøke hjelp

Hva kan være grunner til at menn i mindre grad søker hjelp for depresjon? Å ikke være konform med kjønnsrollestereotypiene kan føre til negativ evaluering fra andre, noe som kan føre til at menn kompenserer gjennom «hypermaskulin atferd» (Rabinowitz & Cochran, 2008). Under en depresjon kan menn derfor undertrykke eller maskere depressive symptomer gjennom maladaptive eksternaliserende reguleringsstrategier. Både kvinner og menn har forventninger relatert til kjønnsroller, men i motsetning til kvinner, er menn mindre fleksible til å utøve ikke-stereotypisk kjønnsrelatert atferd (Courtenay, 2000). Som konsekvens av det er de mindre åpne for å uttrykke opplevelsen av negativ affekt, slik som tristhet. Slike forventninger koblet til stoisme kan derfor påvirke menns ønske om å søke hjelp (Boaman & Walker, 2010). Studier har vist at konformitet til maskuline normer har en sammenheng med mindre hjelpsøking, noe som også gjør det vanskelig å fange opp menn med depresjon (Mahalik & Rochlen, 2006). I stedet bruker menn undertrykking av og distraksjon fra negative opplevelser, slik som rusmisbruk, tv- og dataspill og trening, på grunn av eksisterende tanke om at de må håndtere negative opplevelser på egen hånd. Videre kan dette føre til at depresjon hos menn blir underrapportert fordi menn ikke søker hjelp og ikke snakker om egne symptomer (Mahalik & Rochlen, 2006). Forskning har i tillegg vist at når menn først oppsøker hjelp, så snakker de sjeldent om emosjonelle problemer, selv om ubehaget er så sterkt at det vekker selvmordstanker (Wide et al., 2011). Barrierer for å oppsøke hjelp kan ofte forklares med at menn assosierer det med å vise svakheter, sårbarhet og

følelsen av å miste kontroll (Boaman & Walker, 2010). Å kunne si til andre at en ikke har vært hos legen i en lengre periode, assosieres hos menn med maskulinitet og usårbarhet.

Unngåelse av å søke hjelp kan, som nevnt tidligere, føre til underdiagnostisering av depresjon hos menn, manglende behandling, og i verste fall til selvmord (Wide et al., 2011). Kvinner har flere selvmordsforsøk, mens menn begår i større grad selvmord. Tidligere studier har funnet en sammenheng mellom maskulinitet og begått selvmord, der voldelige metoder gjerne assosieres med å være maskulin (Rice, 2011). Houle, Mishara og Chagnong (2008) undersøkte to grupper av menn som har opplevd en stressfremkallende livshendelse som kunne ligne depresjon. De fant ut at menn som i høy grad var opptatt av maskulinitet viste større interesse for selvmord, hadde flere selvmordstanker og selvmordsforsøk. På den måten kan utøvelsen av tradisjonelle maskuline normer føre til økning av unngåelse av profesjonell hjelp og sosial støtte, samt øke sannsynligheten for selvmord (Houle et al., 2008). Siden diagnosekriteriene for depresjon inkluderer flere internaliserende symptomer som assosieres med å vise sårbarhet og feminitet, vil flere menn velge å skjule disse symptomene, noe som i sin tur gjør at menn med depresjon blir verken sett eller fanget opp.

Oppsummert kan en si at selv om diagnosemanualene ICD-10 og DSM-V brukes til kartlegging av depresjon, er det rettet kritikk mot manualene for å legge stort fokus på internaliserende depresjonssymptomer og ignorere eksternaliserende symptomer. Flere forskere mener at det kan føre til underdiagnostisering av menn og dermed bidra til opprettholdelsen av store kjønnsforskjeller i depresjon. Teorier om «maskert depresjon» og «maskulin depresjon» mener at menn kan skjule det emosjonelle ubehaget ved hjelp av alternative symptomer som rusmisbruk, overtrening, arbeidsnarkomani, aggresjon, utagering og tilbaketrekking. Disse eksternaliserende symptomene uttrykkes gjennom atferd og maskerer derfor internaliserende plager på grunn av forventninger til maskulinitet. Ettersom det ikke er tatt høyde for eksternaliserende symptomer i diagnosekriteriene for depresjon i DSM-V og ICD-10, kan dette bidra til at menn med depresjon blir oversett og ikke får hjelp – som igjen kan ha negativ innvirkning på høyere selvmordstall hos menn. Det er derfor viktig å undersøke gutters uttrykk av depresjon for å kunne fange opp gutter med depressive plager og forebygge disse. Etter presentasjonen av teori og empiri vil jeg nå gå over til å beskrive metode og resultater til den kvalitative intervjuundersøkelsen med to utvalg.

# 3 Metode

## 3.1 Forskningsdesign

Innen psykologisk forskning skilles det mellom kvantitativ og kvalitativ forskningstradisjon, hvor førstnevnte ofte fokuserer på årsakssammenhenger (kausaltet) og inkluderer det som er målbart, mens kvalitativ metode går mer i dybden av datamaterialet og undersøker individets subjektive opplevelser og meningsdannelser (Hayes, 2010). For å kunne besvare problemstillingen man skal undersøke, er det viktig å bestemme seg for hvilket forskningsdesign man vil anvende (Svartdal, 2011). Denne undersøkelsen opererer innen en kvalitativ forskningstradisjon med et beskrivende forskningsdesign, fordi den legger hovedfokus på beskrivelser og undersøkelser av psykologers og unge mannlige psykologistudenters refleksjoner omkring unge menns opplevelser av depresjon. Dette prosjektet tar sikte på å få tak i tankene informantene har om hvordan unge menn opplever depresjon, hva de selv mener utløser en depresjon, og hvordan unge menn håndterer det. Kvalitative metoder, i dette tilfellet intervju, er derfor mer egnet for denne undersøkelsen fordi det gir en mulighet for å stille informantene oppfølgings spørsmål ut fra hva de svarer for å gå i dybden i disse refleksjonene og sammenstille disse med diagnosekriteriene. På denne måten kan en få fram et mer markert dybdeperspektiv i denne typen design enn i et standardisert spørreskjema (Krumsvik, 2014).

Forskningsprosjektet inkluderer to kvalitative intervjuundersøkelser som gir materiale til tre oppgaver. Hensikten var å samle kvalitative data som belyser tema fra to forskjellige utvalg. Det ble først gjennomført enkeltintervjuer med semistrukturert intervjuguide med unge menn som studerer psykologi og deretter ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med en endret versjon av semistrukturert intervjuguide med psykologer fra en BUP i Oslo. Formålet med det var blant annet å finne ut av om erfaringene og tankene som de mannlige psykologistudentene har gjort seg om gutters opplevelse og uttrykk av depresjon er noe som gir gjenklang hos behandlere fra BUP. Det har vært interessant å se og sammenligne svarene disse to forskjellige utvalgene har gitt oss. Med enkeltintervjuer har vi fått beskrivelser og meninger om hvordan mannlige psykologistudenter tror gutter opplever og uttrykker depresjon. Mens fokusgruppeintervju med psykologer har gitt informasjon om hvordan psykologer, som er i kontakt med og behandler unge mennesker med depresjon, tror unge



menn uttrykker og håndterer depressive symptomer. I tillegg har de gitt informasjon om hva de selv tror de store kjønnsforskjellene i depresjon skyldes og hvordan de opplever å ha gutter med depresjon i behandling. Hensikten var å se om disse to forskjellige utvalgene kunne ha noen felles tanker om depresjon hos gutter for deretter å sammenligne disse med eksisterende depresjonssymptomer i diagnosekriteriene.

## 3.2 Kunnskapsteoretisk forankring

Dette prosjektet bruker en fenomenologisk tilnærming til det empiriske materialet. Fenomenologiens far er Edmund Husserl (1900-tallet), som legger fokus på beskrivelser av menneskers opplevelser og erfaringer av deres livsverden (Kvale & Brinkmann, 2009). Fenomenologi brukes til å studere ulike fenomen i konkrete situasjoner og hvilke erfaringer individet har med det studerte fenomenet (Howitt, 2016). Det blir brukt fenomenologisk tilnærming i dette prosjektet fordi målet med studien er å utforske de subjektive refleksjonene og opplevelsene informantene har om tema «menns uttrykk av depresjon». Siden fenomenologi er en tilnærming som brukes til å studere mennesker utfra deres subjektive virkelighetsoppfatninger, passer denne tilnærmingen til dette prosjektet. I fenomenologi skal en legge til side alle eksisterende forståelser av fenomenet og la det derimot tre frem i sitt naturlige vesen (Howitt, 2016). Eksempelvis kan forståelsen av depresjon som diagnose påvirke mannlige psykologstudenters og BUP psykologers uttalelser. Det har derfor vært svært viktig å informere deltakere om at de må forsøke å legge til side allerede eksisterende kunnskaper om depresjon, eksempelvis kunnskaper de har fått fra studiene om diagnosekriteriene. I tillegg kunne også antagelsen og kunnskaper om «maskert depresjon» føre til å påvirke datainnsamling og analyser. På bakgrunn av det har vi prøvd å være bevisst over forskerens subjektivitet og stille seg åpen og spørrende under intervju- og analyseprosessen. Siden vi har vært tre stykker som har gjennomført intervjuer og analyse, hadde vi mulighet til å diskutere funn og sørge for å holde oss nøytrale og ikke bli farget av antagelsen om «alternative symptomer» og «maskert depresjon».

Fenomenologisk tilnærming i psykologi kan gi en dypere forståelse av ulike erfaringer og opplevelser, i dette tilfellet depresjon. Det fanger opp noe som eksisterer, noe som kan føre til nye kunnskaper om individets helse og psykologisk tilstand (Howitt, 2016). Det er en risiko for at klinikere forstår depresjon ut fra symptomer som er mest rapportert av kvinner, og det blir dermed viktig å finne ut hvordan gutter selv erfarer depressive symptomer. En

annen viktig grunn for at fenomenologisk tilnærming blir brukt i dette prosjektet er at fenomenologisk forskning gir informasjon om informantens livsverden. Det er viktig å forstå personens livsverden fra dens perspektiv, på den måten kan bruk av fenomenologi bidra til relevant informasjon som senere kan brukes til utvikling av nye hjelpetiltak (Howitt, 2016). Det er ingen andre unntatt informantene selv, som kan si noe om hvordan de opplever depresjon. Beskrivelsene en får fra gutter og psykologer kan derfor føre til utvikling av dypere forståelse for gutters uttrykk og opplevelse av depressive symptomer.

### 3.3 Utvalg

I kvalitative undersøkelser velges utvalget ut fra hvem som kan mest bidra med betydningsrike data (Kruuse, 2007). Den mest vanlige og brukte utvalgsprosedyren i en kvalitativ studie er hensiktsmessig utvalg, det vil si at forskere i en kvalitativ undersøkelse velger individer som vil best bidra med å forstå det forskningsspørsmålet de prøver å finne ut av (Krumsvik, 2014). I IPA (fortolkende fenomenologisk analyse) analysen er det vanlig at utvalget ikke blir randomisert og at deltakerne blir forespurt om å delta i studien fordi de kan tilby meningsfulle innsikter i temaet som studeres (Smith, Flowers, & Larkin, 2009). Siden vi har valgt å bruke IPA som analyse, forventes det at utvalget skal bestå av individer som har visse felles erfaringer. I denne undersøkelsen vil det derfor være relevant å bruke hensiktsmessig utvalg av unge menn som studerer psykologi og psykologer som jobber med depressive gutter, fordi de kan bidra med deres subjektive opplevelser av og tanker om gutters opplevelse og uttrykk av depresjon. Informantene må derfor være unge menn som har formeninger om gutters opplevelse og uttrykk av depresjon og psykologer som er i stadig kontakt med målgruppen. Oppsummerende kan en si at utvalget karakteriseres som hensiktsmessig på grunn av følgende utvalgskriterier:

- 1) Informantene må være fylt 18 år og over
- 2) I det første utvalget skulle informantene være mannlige psykologistudenter ved UiO fordi det tenkes at mannlige psykologistudenter klarer i større grad å være åpen om emosjonelle uttrykk og uttrykke følelsene sine verbalt
- 3) Det andre utvalget skulle bestå av psykologer fra en BUP i Oslo som var utplassert på videregående skoler i Oslo, der de gir lavterskel psykologhjelp og eventuelt viderehenviser de som trenger et mer omfattende tilbud enn samtaler på skolen.

Psykologer i utvalget har derfor behandlet og er i kontakt med gutter som gir uttrykk for psykiske plager som minner om depresjon

Forskningsprosjektet benytter seg derfor av to ulike utvalg. Før fokusgruppeintervju med psykologene ble det gjennomført individuelle intervjuer med mannlige psykologistudenter ved Universitetet i Oslo. Grunnen til at vi ønsket å snakke med akkurat denne gruppen, er fordi vi antar at de evner, i større grad enn andre menn i befolkningen, å uttrykke seg verbalt om følelsene sine og kan også reflektere over egne emosjonelle uttrykk. Vi tenker at mannlige psykologistudenter vil derfor i større grad være åpne for å diskutere sensitive spørsmål knyttet til depresjonssymptomer, og vi vil derfor få mer utdypende svar. To av våre veiledere, Helene Amundsen Nissen-Lie og Evalill Bølstad Karevold (førsteamanuensis ved Psykologisk Institutt i Oslo), har i sine forelesninger ved Psykologisk Institutt gitt informasjon om vårt masterprosjekt til studentene, der studentene ble bedt om å ta kontakt med oss dersom de var interesserte. De mannlige psykologistudentene som ble kontaktet var i aldersgruppen 20-40 år, studerte profesjonsstudiet og gikk de to siste årene på studiet. Ni mannlige psykologistudenter uttrykte sin interesse for å delta i prosjektet og har kontaktet oss per mail, der det ble avtalt dato og sted for intervju. Alle ble inkludert i studien, etter å ha signert et samtykkeskjema (se vedlegg 1). Under intervju kom det frem at noen av de mannlige profesjonsstudentene har hatt depresjon selv, noe som ikke var en forutsetning for deltakelse, men noe som har derimot styrket vår undersøkelse. Vi la fokus på å være nøye med å presisere overfor begge utvalgene at det var frivillig å delta i prosjektet og at de når som helst kunne trekke seg.

Det andre utvalget består av 3 skolepsykologer (en mann og to kvinner) som jobber og behandler unge menn med depresjon. De har mellom 3 og 10 års klinisk erfaring. Rekruttering av disse psykologene har foregått ved at vår veileder, Helene Amundsen Nissen-Lie som er førsteamanuensis ved Psykologisk Institutt i Oslo, tok kontakt med en BUP, større poliklinikk for barn og unge i Oslo-området for å avtale et informasjonsmøte med dem. På informasjonsmøtet med psykologene som også jobber på videregående skoler ble det presentert formålet med studien, intervjuguide og informasjonsskriv som skolepsykologene har blitt kjent med. Skolepsykologene fant formålet med forskningsprosjektet interessant og sa seg villig til å ha et fokusgruppeintervju for å snakke om gutter og depresjon. Deres tanker og formeninger er relevante for dette forskningsprosjektet fordi disse psykologene er i stadig

kontakt med målgruppen og har kliniske kunnskaper og erfaringer fra behandling som kaninformere vårt overordnet forskningsprosjekt om unge menn og depressive plager.

### 3.4 De kvalitative intervjuene

For å samle inn data som er nødvendig for å svare på formålet med studien ble det laget to forskjellige intervjuguider til to forskjellige utvalg. I dette forskningsprosjektet var det viktig å være åpen for at nye og uventede fenomen i det kvalitative materialet kunne tre frem. Under intervjuer har vi derfor brukt informantenes svar som en inspirasjon til oppfølgings spørsmål, noe som har ført til god flyt i samtalen og større engasjement fra deltakerens side. Studien har i tillegg lagt stort fokus på at informantene skulle føle seg trygge under intervju slik at de kunne snakke åpent om personlige erfaringer. Det har derfor vært viktig å la informantene komme med nye temaer som de selv mente var relevant å ta med. Det at informanten kan komme med nye interessante og oppsiktsvekkende utsagn kan føre til ny kunnskap, noe som er en klar styrke ved det kvalitative intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2009).

I første utvalg ble det valgt å bruke semistrukturert intervju som metode for enkeltintervjuer med mannlige psykologistudenter ved UiO. Semistrukturert intervju er en av de mest vanlige intervjumetodene i kvalitativ forskning og er en viktig kilde til kvalitative data (Kvale & Brinkmann, 2009). Denne metoden blir brukt til å få i gang en samtale rundt temaer som forskeren har bestemt på forhånd, og har dermed noe fastlagt struktur (Krumsvik, 2014). I denne undersøkelsen ble det derfor laget en intervjuguide som et hjelpemiddel for å sentrere samtalen rundt utvalgte temaer som er relevant for studien. Hovedfokus i undersøkelsen er å finne ut hvordan unge menn selv tror at de opplever og uttrykker depressive symptomer. I intervjuene med de mannlige psykologistudentene var det ønskelig å høre mer om menns beskrivelser og oppfatninger av antatt depressive symptomer. I tillegg var det interessant å få informasjon om hva de tror om ulike atferdstendenser under depressive perioder, og hvordan sosialiseringserfaringer kunne fremme eller hemme depressive symptomer. Intervjuguiden som ble utviklet, ble basert på de kvalitative problemstillingene for å sikre at koherensen i studien ble god. På grunnlag av disse temaene ble det laget en intervjuguide der vi tok utgangspunkt i følgende spørsmål og underspørsmål:

- 1) Hvordan tror du gutter opplever depresjon?
  - Hvordan tror du gutter uttrykker depresjon?
  - Hvilken atferd tror du gutter viser under depresjon?
  - Hvilke emosjoner tror du gutter viser under depresjon?
- 2) Hvordan tror du gutter håndterer depresjon?
  - Hvilke reguleringsteknikker tror du gutter benytter seg av under depresjon?
  - Hva tror du de gjør for å komme ut av depresjon?
  - Hva tror du de gjør når de føler at de ikke klarer å komme ut av depresjon?
- 3) Hvilke forventninger tror du samfunnet har til en ung mann?
  - Hvordan tror du depresjon hos gutter blir oppfattet av samfunnet?
- 4) Hvilken rolle tror du sosiale relasjoner kan ha for depresjon?
  - Hvilken rolle kan oppvekst ha for utviklingen av depresjon?
  - Hvordan kan sosiale relasjoner være en negativ/positiv faktor for depresjon?
  - Hvordan og når tror du gutter lærer å snakke om følelsene sine?
- 5) Hva tror du er viktig å fokusere på for å hemme utviklingen av depresjon?
  - Hvilke ferdigheter tror du er viktig å fokusere på for å hemme utviklingen av depresjon?
  - Hvilke ferdigheter kan være viktig å lære både for å hemme utviklingen av og mestre depresjon?

Underspørsmålene ble kun benyttet for å veilede samtalen i riktig retning og dersom informanten hadde lite eller ingenting å si. I utforming av intervjuguiden var det lagt vekt på å være bevisst på hvordan en skal stille spørsmål, og hvilken type spørsmål som egner seg for at informanten skal føle seg komfortabel i intervjusituasjonen. Det har vært viktig å bruke ord som er innenfor vokabularet til informantene. Siden utvalget består av mannlige psykologistudenter, ble det derfor brukt enkle psykologiske begrep som atferd, emosjoner og reguleringsteknikker, noe som har økt sjansen for at deltakerne svarte på det som var ønskelig å få svar på, som i sin tur har styrket validiteten.

Innen kvalitativ forskning er det i tillegg anbefalt å teste intervjuguiden for å se om intervju spørsmål fungerer, og om informantene forstår innholdet i disse (Krumsvik, 2014). Dette kalles pilotintervju og fungerer på samme måte som vanlig intervju, men en kan bruke andre enn informantene for å få tilbakemelding på om spørsmål er lett å forstå og om ulike begrep er uklare. Ofte kan en bruke medstudenter, familie eller venner som intervjuobjekt i

slike pilotintervju (Krumsvik, 2014). I dette tilfellet har en venn (gutt over 18 år) av intervjueren meldt seg frivillig som intervjuobjekt etter å ha hørt om studien og formålet med den. Han har tidligere vært deprimert og representerte derfor godt gruppen som studien fokuserer på. Ved hjelp av pilotintervju ble det testet ferdighetene til intervjueren, om det tekniske utstyret fungerer som det skal, tidsrammen og om spørsmålene var lett forståelig. Deltakeren i pilotintervjuet kom med tilbakemeldinger og det ble funnet ut at spørsmål nummer 3 i intervjuguiden «Hvordan tror du depresjon hos gutter blir oppfattet av samfunnet?» var vanskelig å forstå. Målet med det spørsmålet var å finne ut hvilke forventninger samfunnet har til en ung mann og hvordan disse forventningene eventuelt påvirker hvordan samfunnet ser og oppfatter depresjon hos gutter. Etter pilotintervju har vi i tillegg fått tilbakemelding om at «samfunn» er et vagt og stort begrep og det var ønskelig at begrepet skulle presiseres litt mer. Etter en diskusjon med medstudenter ble det bestemt å endre spørsmål nummer 3 til «Hvilke forventninger tror du samfunnet har til en ung mann?» og bruke det opprinnelige spørsmålet som et underspørsmål. Vi tenkte at spørsmålet om forventninger var et åpent spørsmål som kunne fint sette i gang en samtale og vekke noen tanker. Det ble i tillegg bestemt å ikke endre underspørsmålet nettopp fordi det var ønskelig å se hvordan informantene selv kunne tolke spørsmålet og begrepet «samfunnet» for å se hva hver enkelt av de la vekt på. Vi har derfor valgt å dele underspørsmålet i flere temaer i tilfelle det var vanskelig for informanten å finne noe relevant å si. Begrepet samfunnet ble blant annet delt inn i medier, sosiale medier, skole/barnehage, venner og familie. Hvis deltakeren hadde vansker med å svare på det opprinnelige underspørsmålet, ble det sagt «Du kan eksempelvis dele samfunnet inn i medier, sosiale medier, skole/barnehage, venner og familie, og fortelle litt om hvordan du tror disse oppfatter depresjon hos gutter.». Mange av informantene svarte på spørsmålet uten den ekstra presiseringen, mens andre svarte utfyllende etter at presiseringen ble presentert. Utenom spørsmål 3, opplevde vi at intervju spørsmål var lette å forstå og målte det som var formålet med forskningsspørsmålet.

I den andre delen av studien ble det gjennomført et fokusgruppeintervju med flere psykologer som har behandlet og er i stadig kontakt med unge menn som har depressive plager. Fokusgruppeintervju blir i kvalitativ metode stadig mer brukt, og kan beskrives som en liten gruppe som deltar i et strukturert gruppeintervju ledet av en moderator (Howitt, 2016). Det kan være gunstig å ha forskjellige utvalg for å få frem mulige kontraster i oppfatninger informantene har om det studerte fenomenet. Det har blitt valgt å bruke psykologer fra BUP som et utvalg for fokusgruppeintervju fordi de er i kontakt med den

populasjonen som studien fokuserer på. De kan komme med relevant og interessant informasjon om målgruppen på grunn av den kliniske erfaringen de har med behandling og diagnostisering av depresjon hos unge menn. På den måten kan en se på mulige kontraster i oppfatninger av to forskjellige utvalg.

Det er flere grunner til at fokusgruppeintervju ble valgt. Fokusgrupper får frem interaksjonen mellom deltakere, og gjennom en slik naturlig samtale kan en få mange synspunkter på kort tid (Krumsvik, 2014). Ved at informantene er i diskusjon med andre informantene i fokusgruppen, kan en få frem en annen type informasjon, eksempelvis informasjon preget av sosial interaksjon, uenighet, avbrytelser, enn bare ved å intervju informantene enkeltvis (Krumsvik, 2014). Dette er en klar styrke til fokusgruppeintervju ved at fokusgruppen kan påvirke intervjuet underveis. Hensikten med fokusgruppeintervju er å høre hvordan informantene ser for seg unge menns uttrykk av depressive plager og hvordan de opplever det. Det ble derfor laget en ny intervjuguide som skulle passe for intervju med psykologer og som kunne hjelpe forskeren å sentrere samtalen rundt relevante temaer. Det ble tatt utgangspunkt i følgende spørsmål:

- 1) Hvordan tror dere gutter uttrykker depresjon?
  - Hvilken atferd tror dere gutter viser under depresjon?
  - Hvilke emosjoner tror dere gutter viser under depresjon?
- 2) Hvordan tror dere gutter håndterer depresjon?
  - Hvilke reguleringsteknikker tror dere gutter benytter seg av under depresjon?
- 3) Hva tror dere de store kjønnsforskjellene i depresjon skyldes?
- 4) Hvordan kommer gutter i behandling?
  - Hvordan oppleves det å ha gutter i behandling?
  - Hva er viktigst i møte med deprimerte gutter?
  - Hvordan oppdage dere at en gutt som kommer i behandling har depresjon?
- 5) Hva tror dere er viktig å fokusere på for å forebygge depressive plager hos gutter?

I gjennomføring av fokusgruppeintervju var forskningslederens rolle å ha kontroll på spørsmålene i intervjuguiden, samtidig var det viktig å være åpen og skape trygghet under intervjuet (Hennik, Hutter, & Bailey, 2011). Før vi startet intervjuet, introduserte og forklarte forskningslederen formålet med intervjuet. Under intervjuet var det viktig at lederen veiledet diskusjonen, sørget for at alle stemmer ble hørt og styrte tiden riktig. Når

fokusgruppeintervjuet var ferdig holdt vi en muntlig oppsummering av det som hadde blitt sagt, for å sørge for at alle deltakere hadde blitt hørt og forstått riktig (Howitt, 2016).

### 3.5 Etikk

Før man begynner med et prosjekt er det viktig å tenke hva forskningen en skal gjennomføre kan brukes til (Hennik et al., 2011). Det er mer etisk forsvarlig å gjennomføre en studie som kan frambringe kunnskaper som informantene kan ha nytte av. Denne studien har som hensikt å studere unge menns depressive symptomer, noe som kan gi kunnskaper om hvordan gutter/unge menn uttrykker og opplever disse. Resultatene kan brukes til å vurdere om diagnosemanualer og kartleggingsverktøy klarer å fange opp disse symptomene, i tillegg til at det kan brukes til utvikling av nye intervensjoner som er tilpasset til gutter/unge menn.

For å kunne gå dypere inn i utvalgsprosedyren må en først søke Regional Etisk Komite (REK) om lov til å gjennomføre studien. Vi utformet en prosjektbeskrivelse med intervjuguide og informasjonsskriv og sendte det sammen med en REK-søknad. Vi fikk svar om at vedtaket i saken måtte utsettes, og enkelte forbedringer måtte sendes inn. Vi leverte forbedret søknad med korrigeringer (se vedlegg 3 med REK-godkjenning) men søknaden ble ikke behandlet før 6 måneder senere, selv om både veiledere og studenter flere ganger var i direkte kontakt med REK og purret på søknadssvaret. REK kom med den endelige godkjenningen 6 måneder senere, noe som har ført til store forsinkelser i arbeidet med masteroppgavene. Vi kunne ikke starte å intervju før godkjennelsen var endelig, noe som har gjort prosessen mye vanskeligere.

REK har strenge retningslinjer for godkjenning av forskningsprosjekter og et av de viktigste kriteriene er frivilligheten (NESH, 2016). Under skriftlig samtykke har alle informantene derfor blitt informert om at deltakelsen er frivillig og at de kan trekke seg når de vil i løpet av studien. Et annet viktig etisk prinsipp som har vært i fokus under forskningsprosessen er konfidensialitet, det vil si at informantene får være anonyme underveis i prosessen og i presentasjonen av resultatene (Hennik et al., 2011). En viktig oppgave har derfor vært å hindre at bruk av informasjonen kunne skade informantene. I presentasjonen av datamaterialet ble det viktig å sørge for at informantene og deres uttalelser ikke ble identifiserbare (Willig & Stainton-Rogers, 2008). Vi har derfor anonymisert intervjuene og hadde en sikker oppbevaring av data gjennom TSD.



Siden lydopptak har blitt brukt i dette prosjektet, var det hensiktsmessig å informere deltakere om det og at all datamaterialet skulle slettes når studien var ferdig. Dette er for å sikre at data ikke blir brukt til andre formål. Forskningsprosjektet omhandler i tillegg et sensitivt tema, og vi har derfor fokusert på at informantene skulle føle seg trygge i løpet av undersøkelsen, slik at de kunne snakke fritt og åpent om personlige erfaringer (Hennik et al., 2011). Eksempelvis kan en spørre om deltakeren vil ta en pause, hvis man merker at det blir emosjonelt krevende for deltaker å snakke om temaet. Under fokusgruppeintervjuer kan det oppstå uenigheter og konflikter. For å unngå det må en informere gruppen om at det er lov å være uenig, men at man må respektere hverandres uttalelser.

## 3.6 Analyse

I kvalitativ forskning finnes det mange måter å utføre en analyse på. Dette prosjektet vil anvende fortolkende fenomenologisk analyse (IPA). Målet med prosjektet har vært å finne ut hvordan psykologer og mannlige psykologistudenter selv tror at unge menn opplever og uttrykker depressive symptomer, for deretter å sammenligne disse beskrivelsene med hverandre og med de faktiske symptomene i diagnosemanualene. Fortolkende fenomenologisk analyse fokuserer på subjektive opplevelsene og vil dermed i større grad gi relevant informasjon om erfaringene informantene har med fenomenet «depressive symptomer» (Lyons & Coyle, 2016). Denne analysen er god til å undersøke fenomener som er knyttet til betydningsfulle opplevelser, i dette tilfellet depressive episoder. I dette prosjektet legges det fokus på at forskeren skal stille seg åpen for nye meningsfulle innsikter som informantene kan komme med under intervjuet. I fortolkende fenomenologisk analyse kan en benytte seg av flere utvalg, noe som kan skape rike og ikke minst ulike perspektiver på en felles opplevelse, «depresjon» (Lyons & Coyle, 2016). Denne studien benytter seg av to utvalg som består av mannlige psykologistudenter og psykologer fra BUP som har vært i kontakt med gutter med depressive symptomer. Det første utvalget kan gi reflekterte beskrivelser av depressive symptomer fra et mannlig perspektiv, mens det andre utvalget kan fortelle om sine erfaringer med fenomenet fra et behandlerperspektiv.

Analysen passer godt til prosjektet fordi det er ønskelig med induktiv undersøkelse, det vil si at forskeren skal bruke datamaterialet til å utforme nye koder, i stedet for å bruke allerede etablert teori (Smith et al., 2009). Hensikten med prosjektet er å videreutvikle kunnskaper om depressive symptomer hos menn, noe fortolkende fenomenologisk analyse

ofte blir brukt til. Analysemetoden lar forskeren kategorisere utsagnene, slik at det blir lettere å finne like meningsmønstre (Smith et al., 2009). Dette kan i sin tur påpeke temaer som er betydningsfulle for alle informantene. Disse identifiserte temaene kan til slutt grupperes i større temaer som inkluderer depressive symptomer, noe som kan gi relevante kunnskaper om depressive uttrykk hos gutter. Fortolkende fenomenologisk analyse er derfor i stor grad anbefalt til forskning som undersøker helsepsykologiske temaer, slik som depresjon (Howitt, 2016).

Analysering ved hjelp av IPA kan være en inspirerende men samtidig kompleks og tidskrevende aktivitet (Pietkiewicz & Smith, 2012). Forfattere, Smith, Flowers og Larkin (2009) foreslår tre grunnleggende steg som demonstrerer hvordan analysen utfolder seg. Det første steget inkluderer lesing av det transkriberte datamaterialet, der forskeren noterer egne tanker og refleksjoner som kan være av potensiell relevans (Pietkiewicz & Smith, 2012). Som anbefalt av Smith et al. (2009) har vi i tillegg hørt gjennom båndopptaket da vi leste gjennom transkripsjonen av intervju for første gang. Dette er for å sørge for at informanten forblir i fokuset gjennom hele analyseprosessen. For å unngå å bli overveldet av ideer og mulige sammenhenger i datamaterialet har vi prøvd å redusere dette ved å notere stikkordsmessig viktige temaer og utsagn som går igjen gjennom alle intervjuer. Dette har hjulpet oss å holde fokuset på datasettet. I tillegg har det gjort lettere å kunne gå tilbake til notatene for å friske opp informasjonen vi har fått gjennom intervjuene. På denne måten har vi notert oss de viktigste utsagnene og refleksjonene rundt temaet og redusert datamaterialet en del. Smith et al. (2009) anbefaler i tillegg å lese transkripsjonen flere ganger for å øke en forståelse av hvordan informanten kan koble ulike spørsmålene i intervjuet sammen og skape en felles mening. I vårt tilfelle har vi sett at informantene ofte hadde en sammenheng i alle svarene sine. Siden vi har delt informantene mellom oss og har intervjuet 3 deltakere hver, har vi bestemt å utføre transkripsjonslesing sammen for å kunne bli kjent med opplevelsene til informantene som vi ikke har intervjuet selv. Ved hjelp av det første steget i IPA-analysen har vi fort oppdaget at de fleste informantene hadde vansker med å svare utfyllende på de første spørsmålene og det har derfor blitt en slags oppvarming for å skape trygghet i intervjusituasjonen hos deltakeren. Vi har også sett at de to første spørsmålene har krevd mest tid i intervjuprosessen og det kan tenkes at informantene trengte litt tid til å varme opp og få i gang tankeprosessen.

Det andre steget i analysen omfatter at forskeren arbeider videre med sine notater og omformer notatene til fremvoksende temaer (Smith et al., 2009). Det første steget går over i det andre og disse utfyller hverandre ved at forskeren blir oppfordret til å fortsette å kommentere og notere. Målet med dette steget er å produsere omfattende og detaljert sett av notater og refleksjoner, noe som kan være en god start for å summere datamaterialet (Smith et al., 2009). Siden mange av svarene gikk over i hverandre har vi brukt tid til å dele opp svaret til temaer som kunne tilhøre andre spørsmål. Dette har også hjulpet oss å se spesifikke temaer som har gått igjen i alle svar. Fordelen med steget er at det gir muligheten til å unngå å kun fokusere på det som forventes å få svar på og heller være åpen for at uventede refleksjoner og sammenhenger kan dukke opp under prosessen (Smith et al., 2009). Steget nummer to i prosessen har i tillegg et fenomenologisk fokus ved at det gir mulighet til å bli kjent med informantens beskrivelser som har en betydning for dem (Pietkiewicz & Smith, 2012). Det kan være temaer som de er opptatte av. Eksempelvis i spørsmålet om forebygging av depressive vansker hos unge menn kunne man lett se deltakerens interesseområder og hva disse betydde for dem. Det involverer i tillegg å kunne forstå informantens bekymringer og identifisere abstrakte konsepter som kan hjelpe å danne et fellesbilde av informantens livsverden. Vi har valgt å utføre det andre steget i analysen sammen fordi vi har valgt å fokusere på en analytisk dialog med transkripsjonene, der vi har stilt oss selv og hverandre spørsmål om hva ulike ord, fraser og setninger kunne bety, hvordan hver og en av oss forstod det og prøve å forestille oss hva deltakeren kunne mene. Dette har utfordret oss til å sette oss i deltakerens perspektiv samtidig som at det har vist oss at ulike utsagn kunne bli forstått på forskjellige måter.

Det siste steget involverer søking av sammenhengen mellom fremvoksende temaer som vi har kodet (Larkin & Thompson, 2012). De identifiserte temaene har etter hvert blitt gruppert til mer overordnede temaer. På den måten har vi sørget for at datamaterialet blir redusert ved å se på ulike forbindelser, forhold og samspill mellom de fremvoksende temaene som vi har kodet i de to første stegene. Formål med dette steget har vært å snu teksten til tydelige temaer som har hatt en stor betydning i kommentarene i transkripsjonen (Larkin & Thompson, 2012). Til slutt har temaene som hadde en klar sammenheng med hverandre blitt samlet i en gruppe overordnede temaer. Vi har skrevet ned alle fremvoksende temaer på et ark og flyttet på temaene slik at de ble gruppert ut fra koblingen de hadde til hverandre. De temaene som ikke hadde noe felles med problemstillingen ble etter hvert utelukket. I tillegg har vi kjørt alle transkripsjoner gjennom et dataprogram som heter NVivo. Dette var for å

gruppere informantenes utsagn inn i overordnede temaer som har allerede blitt laget. Det hjalp oss å se hvilke temaer som hadde fått mest utsagn og derfor kunne oppfattes som de mest viktigste temaene. Ved å gå gjennom kodingsprosessen sammen har vi sørget for høyere validitet. Når en leser egen transkripsjon kan det være lett å bli blind på andre temaer og refleksjoner som er relevant for problemstillingen. Det har derfor vært fordelaktig å gå gjennom transkripsjonene og kodingen sammen for å utelukke at noe blir usett og glemt. Tabellen under viser et eksempel på utviklingen av kodingsprosessen.

Original transkripsjon	Eksplorerende kommentarer	Fremvoksende temaer	Overordnede temaer
<p><i>Hvordan tror dere gutter håndterer å være deprimerte?</i></p> <p>D1: Det er jo de enkle atferdsgreiene, trekker seg tilbake, går ikke på skolen, klarer ikke å følge opp skolen, de drikker, røyker hasj, eeh, noen slåss, ikke så mange men det er noen</p>	<p>Reflekterer over mange ting. Trekker atferd som et uttrykk for depresjon? Tar opp skolen som en synlig arena der man tidlig oppdage depressiv atferd? Håndtering depresjon ved hjelp av rus, aggresjon, vold?</p>	<p>Atferdsmessige symptomer som maskerer depresjon: tilbaketrekking, skolevegring, rusmisbruk, vold og aggresjon</p> <p>Håndtering: undertrykke følelser ved hjelp av rusmidler, regulering ved hjelp av å numme følelser.</p> <p>Aggresjon og vold som uttrykk for frustrasjon</p>	<p>Atferdsmessige symptomer →</p> <p>Uttrykk av depresjon</p> <p>Destruktiv håndtering →</p> <p>Maladaptive reguleringsteknikker</p>

**Tabell 1: Kodingsprosessen**

Smith et al. (2009) mener at det finnes ikke en bestemt og riktig måte å følge stegene i IPA analysen på. Stegene de oppgir i boken sin «Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, Method and Research» (2009) er ment som et hjelpemiddel heller en oppskrift. Forfattere oppfordrer derfor å være kreativ og selvtenkende i prosessen. Etter kodingen av både 9 individuelle intervjuer og 1 fokusgruppeintervju, kom vi frem til følgende 6 overordnede temaer med sine undertemaer:

<b>Temaer</b>	<b>Undertemaer</b>
Uttrykk av depresjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atferdsmessige uttrykk</li> <li>- Emosjonelle uttrykk</li> </ul>
Reguleringsteknikker	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptive reguleringsteknikker</li> <li>- Maladaptive reguleringsteknikker</li> </ul>
Forventninger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kjønsroller</li> <li>- Stigmatisering</li> <li>- Medier</li> </ul>
Sosiale relasjoner	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oppvekst</li> <li>- Positiv effekt</li> <li>- Negativ effekt</li> </ul>
Forebygging	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Individuelle ferdigheter</li> <li>- Systemnivå</li> </ul>
Kjønnforskjeller i depresjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rapporteringsskjevhet</li> <li>- Forskjeller i generell utvikling</li> <li>- Uttrykker symptomer forskjellig</li> </ul>

**Tabell 2: Overordnede temaer som et resultat av kodingsprosessen**

Datamaterialet som vi har samlet inn har blitt brukt til tre forskjellige oppgaver (Anna Asbjørnsen Berg «The Role of Socialization in the Development and Prevention of Depression in Young Men/Boys og Mari Kjos Hansen «Gutter gråter ikke») med hver sin problemstilling. Intervjuguidene som har blitt laget til enkeltintervjuene og fokusgruppeintervjuet har dermed inkludert spørsmål som kunne besvare hver problemstilling. Disse 6 overordnede temaene har derfor dekket flere problemstillinger. Under resultater skal jeg kun presentere overordnede temaer som dekker og svarer på min problemstilling som er følgende: «Hvordan passer mannlige psykologstudenters og BUP-psykologers beskrivelser av antatte depressive symptomer hos gutter med depressive plager inn i kriteriene for depresjon i henhold til diagnosemanualer DSM-V og ICD-10?». Siden denne problemstillingen inneholder tre underproblemstillingene som handler om unge menns depressive symptomer, sammenligning av disse med symptomene i diagnosemanualer og hva måleinstrumenter bør fokusere på og inkludere i kartleggingen av depressive symptomer, har det vært naturlig å bruke overordnede temaer som «uttrykk av depresjon», «reguleringsteknikker», «kjønnforskjeller i depresjon» og «forebygging» til å besvare overnevnte. Resterende temaer som «forventninger» og «sosiale relasjoner» besvarer mest en

annen oppgave og vil derfor ikke være med i presentasjon av resultatene. Men siden alle temaene går over i hverandre og har en klar og sterk sammenheng, vil temaene som ikke blir presentert i resultatdelen, være en del av forklaringsprosessen i diskusjonsdelen.

## 4 Resultater

Etter å ha fullført ni individuelle intervjuer med mannlige PSI studenter og ett fokusgruppeintervju med psykologer fra BUP, har vi gjennomført kodingsprosessen slik som beskrevet over for å gruppere beskrivelser og refleksjoner som går igjen hos informantene inn i overordnede temaer. Som nevnt i analysedelen har vi endt opp med 6 overordnede temaer. Tabellen under viser disse i rekkefølgen der de temaene som har fått mest treff står øverst.

Temaer	Treff (referanser)
Reguleringsteknikker	192
Uttrykk av depresjon (alternative symptomer)	178
Forebygging	164
Forventninger	158
Sosiale relasjoner	157
Kjønnsforskjeller	99

**Tabell 3: Viser hvilke overordnede temaer som har fått mest treff (referanser)**

### 4.1 Uttrykk av depresjon – alternative symptomer

Første spørsmålet i intervjuguiden «Hvordan tror du gutter opplever depresjon?» har gitt flere svar om alternative symptomer som kunne deles inn i to grupper: (1) atferdsmessige uttrykk og (2) emosjonelle uttrykk av depresjon. Både PSI-studentene og psykologene fra BUP nevnte tilbaketrekking, utagering, aggresjon, unnvikelse, virkelighetsflukt, dataspilling, rusmisbruk, festing, trening, arbeidsnarkomani, isolasjon, skolevegring, vold, generell atferdsproblematikk, selvmordsforsøk og selvmord som vanlige uttrykk av depresjon hos unge menn. Flere informanter forteller at en vanlig atferd blant gutter under depresjon er å trekke seg tilbake. Deltaker 7 fra studentutvalget svarer følgende når han snakker om hvordan gutter opplever depresjon:

*D7: «Det er tabubelagt for gutter å vise følelser når man har en vanskelig periode i livet. Ja, for jeg tror at ovenfor andre så vil de kanskje ikke vise så veldig mye. Men, hvis jeg skal tenke på meg selv, så snakker jeg jo gjerne mindre med folk og blir litt sånn unnvikende og sånn. Og det ville kanskje vært det samme med en depresjon. Men*

*ja, kanskje man er litt mer irritabel og sånne ting da. Men jeg tror nok man vil prøve å, man vil nok ha et visst behov for å skjule at man ikke har det bra.»*

De synes å isolere seg når de føler et emosjonelt ubehag og stenger mange følelser inne. Mange gutter velger å distansere seg fordi det kan være vanskelig å innrømme at man er nedfor og tolke depresjon som et tap og nederlag. Nederlagsfølelse kan forsterkes fordi man ikke klarer å finne en konkret grunn til at man føler seg nedfor. I sosiale sammenhenger kan det være unnvikende svar på spørsmål om hvordan en har det, en kan eksempelvis si at en er sliten og ikke ønske å gå så mye inn i hva som er vanskelig. En opplevelse av depresjon som nederlag gjør at gutter bruker mer energi på å skjule hvordan de har det enn å søke sosial støtte. En viktig oppgave kan bli å maskere følelser av tap og svakhet.

Distraksjon er et annet alternativ symptom som har blitt nevnt under intervjuene med begge utvalg. Det kan eksempelvis være i form av overkompenserende atferd som trening, jobb, dataspill, rusmisbruk, festing. En vanlig reaksjon blir å fjerne seg fra emosjonelt ubehag ved å distrahere og stimulere seg selv ved å eksempelvis spille tv- og dataspill. Det kan tolkes som en arena der man kan føle mestring og noe som hjelper å glemme de problemene man har begynt å oppdage hos seg selv. Rus og trening er også typisk atferd ved distraksjon. Målet er å slutte å tenke på problemet, undertrykke ubehaget men samtidig føle seg tilstrekkelig på en eller annen måte. Rus kan i tillegg ses på som et middel for å numme de følelsene man opplever og for å føle noe annet enn bare det vonde. Deltaker 4 forteller følgende om trening i vanskelige perioder:

*D4: «Jeg har trent mye i oppveksten, så jeg går tilbake til et sted der du er helt utslitt, om det er fordi jeg skal trene meg tom og bli kvitt følelser. Eller om jeg skal gjøre noe jeg trives med å gjøre, det vet jeg ikke helt. For min del så er det trening da, eller et sted der du kan bruke all kapasitet på da. Ikke tenke på det du gjør, en eller annen aktivitet som ikke krever noe annet enn fokuset mitt på det jeg gjør der og da.»*

Å ha en energi som man ikke får brukt på noe kan også føre til utagering, irritasjon og aggresjon. En av informantene forklarer det som å sitte med en håpløs følelse på ene siden samtidig som man er rastløs, og føle at man får sterkere reaksjon og blir fort irritert. Dette kan føre til aggresjon som et resultat av at en ikke får snakket og bearbeidet følelser i begynnelsen. Deltaker 9 nevner sinne og irritasjon som en av de viktigste symptomene på depresjon hos gutter:



D9: *«Tristhet tror jeg ikke er så vanlig liksom, men det med irritasjon og sinne er noe som man kanskje ikke tenker på men som faktisk er veldig vanlig. Jeg har vært en god del deprimert selv, og da har det jo sånn jevnt over vært mye sinne og irritasjon. Og... Ja.. Sinne og irritasjon knyttet til, ikke knyttet til sånne helt konkrete ting, men at man bare har mye lavere terskel i forhold til alt. Jeg hadde en mye lavere terskel for å bli irritert på familie og folk jeg kjenner og sånn generelt. Ja det skulle ikke så mye til liksom før det førte til sinne og irritasjon hos meg da hvert fall. Og så var det jo veldig mye, det var jo, det ble mye drikking og annet for å klare å presse det ned liksom. Ja, jeg tror det, jeg tror, eller jeg vil gjette at det er litt sånn vanligere for gutter enn for jenter. På grunn av det her at de føler at det er vanskeligere å snakke om det. At de finner andre måter å håndtere det på enn å si fra da liksom.»*

Skam, frustrasjon, sinne, apati, ensomhet, følelse av å være mislykket og opplevelse av å være sliten og trett er de emosjonelle uttrykkene av depresjon som har blitt nevnt under intervjuene. Informantene som selv har opplevd depresjon forteller at det har vært skamfullt å fortelle til andre at man er lei seg. Særlig i guttekultur har det vært skambelagt å snakke om følelser og det har derfor vært behov for å ta på en maske for å skjule de egentlige emosjonene. En av informantene beskriver det som å bli kvelt av følelsene sine fordi man er innkapslet med disse. Og at det blir veldig trangt til slutt fordi man ikke får uttrykt dem verbalt. Deltaker 9 deler følgende refleksjoner om skam:

D9: *«Det første som slår meg er skam. At man liksom, ja, at man skammer seg over å ha så mye negative følelser og slite så mye med negative følelser i og med at man er gutt og det er litt forventet at man skal ha kontroll over følelsene sine. Og kontroll over hvordan man uttrykker de. Ja.. Så jeg tenker at man hvert fall, at det blir en slags forventning om at man skal oppføre seg litt annerledes som gutt i forhold til jenter da. Fra samfunnet sin side da liksom.»*

Psykologer fra BUP nevnte også i fokusgruppeintervjuet at gutter uttrykker depresjon mye mer i atferd enn i språk. Og nevnte samme symptomer slik som aggresjon, tilbaketrekking, rus, dataspill, vold, selvmordsforsøk og selvmord. De har i tillegg nevnt at gjennom sine samtaler med gutter ser de at skolevegring er et tydelig atferdstegn på at gutter sliter. En kan derfor oppsummere med at både PSI-studenter og psykologer fra BUP nevner mange av de samme symptomene som kan være alternative uttrykk av depresjon hos unge menn. Tabellen under viser alle atferdsmessige og emosjonelle symptomer som har blitt nevnt

under kategorien «uttrykk av depresjon» og som gir svar på første problemstillingen «Hvordan opplever og uttrykker unge menn/gutter depressive symptomer/plager?»:

<b>Atferdsmessige uttrykk</b>	<b>Emosjonelle uttrykk</b>
Tilbaketrekking, isolasjon, unnvikelse	Sinne
Utagering, aggresjon, vold	Irritasjon
TV- og dataspill	Skam
Trening	Apati
Skolevegring	Opplevelse av å være sliten, trett
Rusmisbruk	Å være mislykket
Selvordsforsøk og selvmord	Ensomhet

**Tabell 4: Viser alternative symptomer som har blitt nevnt under intervjuer**

## 4.2 Reguleringsteknikker

Det andre spørsmålet i intervjuguiden «Hvordan tror du gutter håndterer depresjon?» har gitt svar på ulike strategier gutter kan bruke når de er deprimerte. Disse går over i atferdsmessige uttrykk av depresjon og kan være tegn en kan se etter hvis en har mistanke om at en gutt er deprimert. Reguleringsteknikkene som har kommet frem gjennom svar viser hvordan gutter håndterer depressive episoder. Disse kan deles inn i maladaptive og adaptive reguleringsteknikker. Som nevnt tidligere i avsnittet under atferdsmessige uttrykk kan vanlige reguleringsteknikker hos deprimerte gutter være tilbaketrekking, utagering i form av aggresjon og vold, distraksjon i form av tv- og dataspill og trening, selvmedisinering ved hjelp av rusmidler, selvmordsforsøk og selvmord. Noen av disse kan kalles for maladaptive reguleringsteknikker fordi de bygger på en destruktiv atferd som i lengden ikke fører til gode resultater. Adaptive reguleringsteknikker som har blitt nevnt under intervjuer er blant annet søke hjelp, sosial støtte og kunne snakke og uttrykke sine følelser verbalt.

Bruk av maladaptive reguleringsteknikker for å håndtere depresjon kan være forårsaket av å føle seg mislykket. En av informantene forteller at han trener når han føler at han ikke får til noe. Å få til på trening gir endorfiner og en mestringsfølelse som kan snu den negative tanken der og da. Han sier «jeg trener til jeg kollapser». Å mestre noe gir en følelse av kontroll som kan ha en dempende effekt. Deltaker 5 forteller følgende om trening som et hjelpemiddel:

D5: «Jeg fant jo trening som et veldig sterkt middel da jeg var 14 og ble mobbet mye. Så en måte å håndtere det ubehagelige på og det ga meg mye styrke. Og da tror jeg at det gikk en switching i hodet mitt som sa at jeg må trene hvis jeg har det kjipt. I stedet for å snakke om det da, i hvert fall sånn det var for meg. Jeg følte at jeg mestret noe da uten å være avhengig av andre mennesker og sånn. Jeg har jo blitt kronisk utmattet fordi jeg ikke forstår hvordan jeg skal regulere meg ordentlig. For når jeg føler at jeg er lei meg, trist og har det kjipt, så trener jeg og trener hardt. Og over tid så har jeg blitt utmattet på grunn av det i tillegg til at jeg har tung studie.»

TV- og dataspill har også blitt nevnt som en av de vanligste reguleringsstrategiene. To av informantene ser på spilling på to forskjellige måter. Deltaker 9 mener følgende om spill som en håndtering av depresjon:

D9: «Eh det var nok heller mest for å stenge ting ut. Jeg tror nok ikke det hjalp meg i det hele tatt. Nei. Det var bare meg og mitt liksom. Komme meg litt unna alt ved å oppta meg selv med noe. En distraksjon liksom. Det er nok, jeg tror det er veldig mange ting jeg kunne gjort som hadde vært bedre for meg enn å sitte å spille. Som å oppsøke venner, sosiale ting, gjøre noe meningsfylt, eller bare gjøre noe som er produktivt på en eller annen måte. Jeg tror alt det ville vært bedre. Altså husarbeid ville vært bedre.»

Mens deltaker 1 mener tv- og dataspill kan ha en positiv effekt:

D1: «Dataspill kan jo fungere litt som en flukt men også, ja en måte å håndtere det på. Hvis at det er litt ensomhet da, så er det jo kanskje en liten trøst å snakke med noen, selv om man ikke vet hvem de er, og selv om det er noe helt annet da.»

TV- og dataspill kan derfor ha både negativ og positiv effekt. Det positive er at man kan snakke med noen, noe som oppleves som veldig vanskelig for gutter. Under intervjuer forteller informantene om ulike årsaker tilknyttet til hvorfor det er så vanskelig for gutter å søke hjelp og snakke om sine følelser med andre mennesker. Det kommer frem at det er vanligere for gutter å gjøre ting sammen heller enn å snakke. En av grunnene er at gutter har en tanke om at de skal klare seg selv og ikke laste sine problemer på andre. Å være deprimert gir en følelse av å være mislykket og ikke kunne klare å ta vare på seg selv. Da bruker en energi på å ta seg sammen og sette emosjonene til side. En av informantene nevner følgende om å søke hjelp:

D3: «Man har på en måte en kapital av mulig hjelp å få, jeg har ikke lyst til å være den belastningen for andre. Hvis jeg først skal bruke det kortet, så skal det virkelig brenne da. Man gjør det hvis det er noe virkelig ille. Men man vet ikke helt når det er alvorlig. Man vet ikke helt hva det er greit å snakke om. Men for min del det å ta opp sånn småproblemer er nesten mer irriterende enn det er nyttig. Så da blir det mer naturlig å fikse det selv. Også er man kanskje litt dårlig til å gi sosial støtte noen ganger. At man bare sier ja, pingle eller noe sånt.»

Å fortelle andre at man har det vanskelig er ikke så lett for gutter. Informantene forteller at det å snakke med venner og familie om problemene kan oppleves som et nederlag. En annen grunn til å skjule at man har det tungt kan være at ingen andre i familien eller vennekretsen som snakker om det. Det kan være vanskelig å initiere til en slik samtale når ingen andre uttrykker behovet for det. Det er vanskelig å leve med alt det negative alene. Når man opplever mye ensomhet og lite støtte i forbindelse med depresjonen kan det føre til selvmordstanker. En av informantene forteller at å være alene fører til at onde tankesirklene pågår uten noe korreksjon fra mennesker rundt en, og at det er da lettere å bli så deprimert at man velger å ta livet sitt. Deltaker 5 forteller om sine selvmordsforsøk:

D5: «Jeg har jo prøvd å ta selvmord flere ganger på grunn av den manglende mestring og kontroll over mitt eget liv. Jeg har hatt flere depresjonsperioder der jeg har hatt harde selvmordstanker de siste 8 årene da. På grunn av akkurat det da, jeg føler at jeg gjør så mye uten å føle positiv effekt eller relief da. For jeg skulle jo klare alt selv.»

Det vises å være skambelagt å søke hjelp og sosial støtte blant gutter med depresjon. De velger heller å ty til destruktive teknikker for å håndtere det emosjonelle ubehaget. Det har vært interessant å spørre mannlige PSI-studenter og psykologer fra BUP om hva de mener som skal til for å snu trenden. Kapitlet om forebygging handler derfor om ulike strategier som er viktig å fokusere på for å hemme utvikling av depresjon og maladaptiv håndtering av den.

## 4.3 Forebygging

I diskusjonen om forebygging av depressive plager hos gutter forteller psykologer fra BUP at det er viktig å fokusere på å hjelpe barn å kjenne igjen og uttrykke følelser allerede ved fødsel. Hvis en mangler slik emosjonsopplæring så kan det være vanskelig å vite hva man

skal gjøre med emosjonelt ubehag senere i livet, noe som kan være en grunn til depresjon. De forteller at gutter som ofte kommer i behandling har høyere tendens til ordløshet, det vil si at de mangler ord for indre tilstander for hva de opplever. De trenger hjelp til å finne ord til å kunne verbalisere emosjonene sine. Foreldre har derfor en viktig oppgave å mentalisere mer med gutter. En av de mannlige PSI-studentene uttrykker betydningen av å engasjere seg, vise empati, involvere seg og akseptere barnets følelser, noe som kan hjelpe barnet å internalisere aksept for egne emosjoner. Deltaker 9 uttrykker betydningen av fokus på forebygging allerede i småbarnsalder:

*D9: «Jeg tror egentlig at det er veldig mange foreldre i Norge som liksom ikke gjør en så veldig god jobb i oppveksten til barna sine, og at det er mye vanligere enn vi kanskje tror. Og jeg tror at man kunne hjulpet veldig mange mennesker hvis vi hadde gjort en større innsats på småbarnsforeldre og folk som skal bli foreldre. At de må få litt bedre kunnskap, ja bedre kompetanse liksom. Jeg tenker vi må hjelpe foreldre med å gjøre en bedre jobb. Det er ikke sånn at alle mennesker automatisk vet hva de skal gjøre for å være en god forelder. Da er det jo heller, det er jo heller ikke alltid deres skyld, og som regel er det jo ikke, jeg tenker jo ikke at det er deres skyld at de har gjort feil, fordi de har ikke visst hva de skulle gjøre. De vet ikke bedre bare kanskje. Jeg tror det er de to viktigste tingene kanskje. Oppdagelse og hjelp til foreldre så tidlig som mulig.»*

Både PSI-studenter og psykologer fra BUP er enige om at gutter må lære at det er ok å snakke om følelser og føle at man må ha på seg masken. Det må i tillegg være en aksept i samfunnet om at det er lov til å føle seg dårlig i blant og at det ikke er noe som burde være skambelagt. Det blir derfor viktig å gå bort fra de tradisjonelle kjønnsrollene, stereotypiene om maskulinitet og stigmatisering. Deltaker 1 fra fokusgruppeintervju med psykologer fra BUP forteller følgende:

*D1(fokusgruppe): «Jeg tok opp på ressursteam, hvorfor er det på min liste over samtaler eller saker på videregående så er det så mange jenter. Hvor er alle guttene spurte jeg. Da svarer de at de guttene som strever, de er ikke på denne skolen her liksom. Da tenker jeg at det er noe med øynene som ser også da. Så vet jeg ikke om at de er på Ulsrud eller hvor de guttene er, men altså at nei de er ikke her på denne skolen, det tenker jeg bare er så, det gjør jo noe med at vi ikke fanger opp guttene, det er ikke nok riktige blikk der ute da.»*

Sitat ovenfor viser viktigheten av at skolesystemet engasjerer seg. Deltaker 1 mener at skolesystemer burde være mye mer rettet til hvordan det er å være et menneske, særlig menneske i det moderne samfunnet. Sette fokus på hvordan man skal ta vare på seg selv og menneskene rundt seg. Lære hvordan en kan legge til rette for at en kan få en god psykisk helse, gode vaner og hvordan en kan søke hjelp. Det er i tillegg viktig å være bevisst rundt årsakene for å forebygge depresjon. Flere informanter er enige om at det må brukes større midler i samfunnet på psykiske lidelser ganske tidlig i utviklingen. Eksempelvis å lære å være en god venn og hvordan man kan være støttende mot andre.

Psykologer mener i tillegg at det er viktig å ikke reagere på atferd hos gutter, men heller stille et spørsmål om hvordan man har det og prøve å åpne opp for en samtale. Psykologene fra fokusgruppen deler sin erfaring og forteller at det er veldig vanlig at gutter får diagnose ADHD og atferdsvansker i stedet for depresjon. Det er derfor betydningsfullt å vie mer oppmerksomhet til gutters følelsesliv og deres opplevelser og mindre til deres eksternerende atferd. Som behandlere, mener de, er viktig å skape tillit for at man er der for gutter og ikke for systemet rundt. Å vise at man ikke er der på grunn av bestilling fra skolen, men at man oppriktig er opptatt av at gutter skal få det bedre og hva de har å si. I tillegg mener behandlere fra BUP at man må reflektere over om gutter har høyere terskel for å komme til BUP. Da er det viktig å jobbe mer ambulant eller ha et utvidet tilbud for gutter i førstehjelpstjenesten, slik at det ikke blir urettferdig for gutter fordi jenter har mye lettere å komme til BUP og få hjelp. I tillegg er det viktig å fokusere på å lage flere plattformer der gutter får informasjon om identitetsproblematikk, kropp, seksualitet og andre relevante ungdomstemaer.

## **4.4 Kjønnforskjeller i depresjon – hva skyldes de?**

Som nevnt tidligere har flere informanter snakket om at de opplever det som skambelagt for gutter å vise at man har det vanskelig. Mange beskriver emosjonsuttrykk som en kvinnelig dimensjon, mens den mannlige dimensjonen består av å være sterk, klare seg selv, takle ting på egen hånd og ikke be om hjelp. De forteller at dette kan skyldes i at følelsesaspektet hos kvinner er mer akseptert enn hos menn på grunn av eksisterende gammeldagse machoopfatninger om at menn skal være sterke, selvdrevne, stoiske og hardføre. Menn skal tåle og ikke gi seg så lett samtidig som at de skal være glad og fornøyde. En av informantene mener at det ikke er forskjellig behandling om man er en gutt eller jente

som uttrykker følelser. Han sier eksempelvis at det er tabubelagt å vise følelser hvis du er en mann fordi menn skal ikke vise sårbarhet. Andre deltakere mener at ideen om at man skal tåle ting hindrer gutter fra å oppsøke hjelp. Det er vanskelig å innrømme at noe har skjedd fordi man automatisk føler seg svak og at man ikke har kontroll. Depresjon blir sett på som et nederlag som er vanskelig å anerkjenne på grunn av de sterke forventningene både samfunnet og en har til seg selv. Deltaker 8 sier følgende om dette:

*D8: «Jeg tror det er svært mange som heller vil dø enn å innrømme at de er syke, så hvilket jo ikke er noe positivt for noen. Og det tenker jeg er en del av det maskuline idealet, men jeg tror jo at det er store forskjeller individuelt på hvor alvorlig de på en måte ser på det, eller hvor stort tap de ser på det å ta kontakt og be om hjelp da.»*

Det at gutter velger å isolere seg og ikke oppsøke hjelp kan derfor føre til rapporteringsbias i depresjonsskårene. En av psykologene fra BUP diskuterer dette temaet og mener at rapporteringsbias kan ha en sammenheng med diagnosekriteriene. Diagnosekriteriene klarer ikke å fange opp menn så lett fordi menn prøver å skjule depresjon og gir den utløp på andre måter. En av informantene som har selv opplevd depresjon mener at gutter har annerledes symptomer og andre måter å uttrykke depresjonen sin på, noe som kan forklares med at det ikke er sosialt akseptabelt å uttrykke depresjon følelsesmessig. Han sier eksempelvis at tristhetsfølelsen har vært lite tilstede i hans depresjon og at det heller har vært sinne, angst og rastløshet. Deltaker 5 deler sin opplevelse med behandling som overfokuserer på symptomer i diagnosekriteriene:

*D5: «Jeg mener jo personlig at det bør bli lagt mer vekt på tidlige barndomsopplevelser enn det er i dag da. I forhold til kartlegging og utredning. I stedet for kun symptomer der og da. For jeg gikk i terapi i 1 år uten at det hjalp fordi det var en psykiatrisk spesialist som jeg følte ikke visste hva han holdte på med da. Det ble ikke tatt noe hensyn til mine barndomsopplevelser og at jeg hadde veldig problemer med tillit og sånn.*

*I: Fikk du diagnose depresjon hos ham?*

*D5: Nei. Jeg synes det var morsomt da, eller tragisk egentlig, fordi jeg avsluttet selv fordi jeg ikke følte at jeg fikk noe ut av det. Og han mente jo selv i forhold til min epikrise at bedring hadde blitt oppnådd. Mens jeg egentlig bare gikk ut derifra og*

*hadde den enda kjipere. Så gikk det to år før jeg gikk i terapi igjen da. Han var veldig fokusert på symptomer.»*

I fokusgruppeintervju fortalte jeg historien til informanten og spurte hva psykologene mente om situasjonen. De var enige om at diagnoser handler om følelser, tanker, fantasier, det bevisste og det ubevisste. Ifølge de er det det som skal fanges opp av psykologen og ikke hvilken diagnose en oppfyller. Diagnosekriteriene er ikke et fasitsvar for å ignorere hvordan en føler seg. Å avvise menneskets følelser fordi en ikke oppfyller kravene i diagnosekriteriene fører til at guttene ikke føler seg møtt.

Oppsummert kan en si at resultatene fra den kvalitative studien tyder på at gutter med depressive plager uttrykker disse i mer eksternaliserende atferd. Både mannlige psykologistudenter og BUP skolepsykologer nevnte eksternaliserende symptomer slik som tilbaketrekking, aggresjon, utagering, rusmisbruk, dataspilling, overtrening, festing, arbeidsnarkomani, skolevegring og suicidalitet som et uttrykk for depresjon hos gutter. Resultatene viste i tillegg at disse eksternaliserende depresjonssuttrykkene kunne forekomme på grunn av opplevelsen av skam, sinne, irritasjon og å være mislykket. Informantene forklarer at disse følelsene undertrykkes og/eller distraheres ved hjelp av selvdestruktive reguleringsteknikker som er nevnt ovenfor for å ikke føle på det emosjonelle ubehaget. Begge utvalg mener at foreldre bør derfor lære gutter å mentalisere og verbalisere emosjonene sine, og at det må være samfunnsakseptert og ikke skambelagt å vise følelsene sine. Det kommer frem i resultatene at skolesystemet burde sette større fokus på psykisk helse og at helsepersonell som leger og psykologer burde være åpen når det gjelder diagnosekriterier og ikke følge dem slavisk som et fasitsvar.

Oppsummeringsvis kan det synes som om alternative symptomer for depresjon hos gutter som er nevnt ovenfor er i misforhold med symptomene som står beskrevet i ICD-10 og DSM-V. Begge diagnosemanualene fokuserer kun på internaliserende symptomer slik som depressivt humør og tristhet. Resultatene våre har derimot vist at gutter uttrykker sjeldent tristhetsfølelsen, men uttrykker depresjon i form av sinne, skam og irritasjon, som i sin tur viser seg i eksternaliserende atferd som aggresjon og tilbaketrekking. ICD-10 og DSM-V bruker også mangel på interesse som et symptom for depresjon. Resultatene fra studien viser at aktiviteter som trening og dataspill kan gjøre det vanskelig å oppdage mangel på interesse fordi det blir «maskert» ved hjelp av en overdreven deltakelse.



## 5 Diskusjon

Funnene fra denne kvalitative undersøkelsen tyder på at gutter kan uttrykke depresjon i form av eksternaliserende symptomer som rusmisbruk, tilbaketrekking, overtrening, aggresjon og suicidalitet, som støtter tidligere forskning om alternative depresjonssymptomer. Denne delen av oppgaven vil derfor diskutere resultatene fra denne studien i sammenheng med tidligere forskning om «maskulin depresjon» og «maskert depresjon».

### 5.1 Alternative symptomer

Tidligere forskning har vist at menn skårer signifikant lavere på depresjon, men har derimot høyere selvmordsrater og skårer høyere på rusmisbruk sammenlignet med kvinner (Orgodniczuk & Oliffe, 2011). Flere studier har prøvd å undersøke grunner til store kjønnsforskjeller i depresjon, og mye indikerer på at menn uttrykker depresjon på en annen måte enn kvinner (Nolen-Hoeksema, 2008). Forskning har vist at gutter viser alternative symptomer, som rusmisbruk, irritasjon, aggresjon, tilbaketrekking, selvmordsforsøk og selvmord, ved opplevelse av depresjon (Johansson & Olsson, 2013). I denne studien har vi spurt mannlige psykologistudenter og psykologer fra BUP om hvordan de tror gutter opplever og uttrykker depresjon. Resultatene fra studien har vist å støtte antakelsen om «alternative symptomer». Informantene fra begge utvalg mente at gutter uttrykker depresjon ved å trekke seg tilbake, utagere, være aggressiv og spille tv- og dataspill. Atferd som overtrening, festing, selvmedisinering ved hjelp av rusmidler, skolevegring, vold og selvmord var også nevnt som vanlige uttrykk av depressive symptomer hos gutter. Psykologene fra BUP mente i tillegg at depresjon hos gutter kan skjule seg bak generell atferdsproblematikk.

Det kan være flere grunner til at menn viser andre symptomer enn det som står i diagnosekriteriene for depresjon. Fra barndommen av lærer gutter og jenter ulike sosialiseringprosesser som påvirker måten en forstår emosjonalitet på (Abela & Hankin, 2008). Jenter blir ofte oppdratt til å være følelsesorienterte, introspektive, ikke konkurrerende og omsorgsfulle. Gutter blir derimot ofte oppdratt til å være konkurranseorienterte, problemløsningsorienterte, fysisk aktive, selvstendige og uavhengige av andre (Lynch & Kilmartin, 2013). Når gutter blir lært til å søke løsninger til deres problemer, fører det til at gutter lærer seg å kontrollere emosjonelle uttrykk og ikke utvikler et vokabular som er nødvendig for å uttrykke følelser verbalt (Lynch & Kilmartin, 2013). Ved oppstått emosjonelt

ubehag og stressfremkallende situasjon velger derfor mange gutter å ignorere sine følelser. Gutter er heller ikke alltid klare over emosjonene sine på grunn av manglende kunnskaper om hvordan de kan håndtere ubehaget på en adaptiv måte. Dette kan resultere i at de lærer å undertrykke og distansere seg fra følelsene sine ved hjelp av maladaptive strategier, slik som rusmisbruk. Rusmisbruk kan beskrives som et selvmedisineringsforsøk, der målet er å bedøve følelsene og distrahere seg fra det emosjonelle ubehaget (Rabinowitz & Cochran, 2008).

Gjennom sosialiseringprosesser utvikler gutter ulike strategier for å håndtere emosjonelle og sosiale kontekster (Boughton & Street, 2007). Teorier om maskulin depresjon hevder at forventninger til maskulinitet fører til at gutter uttrykker depresjon ved hjelp av eksternaliserende symptomer, nevnt ovenfor, som maskerer depresjon (Magovcevic & Addis, 2008). Gutter blir straffet oftere enn jenter for å utøve feminin atferd som ikke er akseptabel i samfunnet. Dette fører til at gutter lærer hva feminin atferd er og unngår slik atferd (Riska, 2009). Eksempelvis blir tristhet assosiert med feminitet, sårbarhet og svakhet. Flere gutter kan derfor undertrykke depressivt humør/senket stemningsleie, som er ett av kriteriene som må være tilstede ifølge diagnosemanualene for å få diagnose depresjon. Alternative symptomer, slik som rusmisbruk, aggresjon, tilbaketrekking, irritasjon, overtrening og dataspill kan derfor regnes som destruktive strategier for å håndtere depresjon på. Det kan tenkes at depresjon uttrykkes ved eksternaliserende symptomer fordi disse er kongruente med maskuline normer og den mannlige rollen en har. Maskuline normer kan derfor sette barrierer for å uttrykke prototypiske depressive symptomer og maskere internaliserende symptomer ved hjelp av eksternaliserende atferd (Boaman & Walker, 2010). Det vil si at det er vanskelig for gutter å uttrykke symptomer emosjonelt og verbalt, og de uttrykkes derfor i større grad i atferd slik som sinneutbrudd, aggresjon, rusmisbruk, tilbaketrekking fra familie og venner, unngåelse av å søke hjelp og sosial støtte, distraksjon ved hjelp av spill og trening og suicidalitet (Rice, 2011).

Maskuline normer gjør det vanskelig for gutter å snakke om emosjonelt ubehag (Lynch & Kilmartin, 2013). Informantene i studien vår forteller at grunnen til at gutter ikke snakker om at de har det vanskelig er fordi det oppleves som et nederlag. De forteller i tillegg at gutter velger heller å undertrykke følelsene fordi det assosieres som noe skambelagt å snakke om det. Emosjonsundertrykking kan ha kortvarig effekt der og da, men i lengre sikt kan det ta opp all kapasitet av mentale ressurser (Rice, 2011). Å oppleve depresjon som et nederlag og skambelagt kan gjøre at gutter bruker mye energi på å skjule/maskere

symptomene. Flere studier har vist at menn har en tendens til å bruke ulike distraksjonsstrategier for å undertrykke det emosjonelle ubehaget (Brownhill et al., 2005). Distraksjon blir derfor regnet som et annet alternativ symptom for depresjon hos gutter. Våre resultater støtter tidligere forskning og viser at distraksjon ved hjelp av blant annet rusmisbruk, festing, spill og trening fører til at gutter bedøver negative opplevelser og ender opp utmattet. Informantene forteller at målet med slik overkompenserende atferd blir å distansere seg fra det emosjonelle ubehaget og stimulere seg selv for å ikke føle på det. Dette er maladaptive reguleringsstrategier som påfører større risiko for somatiske plager og utvikling av vansker med alkohol og andre rusmidler og selvmordsforsøk.

Aggresjon, utagering, sinne og irritasjon er også måter gutter uttrykker depresjon på (Lynch & Kilmartin, 2013). Informantene våre forteller at depresjon kan oppleves som håpløst samtidig som man blir rastløs fordi man sitter med energi som man ikke får brukt på noe. Dette kan føre til sterke reaksjoner som irritasjon og aggresjon, noe som kommer som et resultat av at en ikke får bearbeidet følelsene sine på en adaptiv måte. I motsetning til tristhet, blir aggresjon sett på som maskulin atferd og måte å håndtere problemer på (Gross & John, 2003). Det er mer forventet at gutter skal være fysiske heller enn verbale. En av informantene fortalte eksempelvis at han slo en boksepute i perioder med mye nedstemthet, fordi det hjalp ham å få ut all frustrasjon han hadde inne. Resultatene viste i tillegg at det er vanligere for gutter å gjøre ting sammen, slik som spille tv- og dataspill, trene og feste, heller enn å snakke. Dette kan forklares med tanken om at gutter føler at de må klare seg selv på egen hånd. Å søke sosial støtte blir sett på som å laste sine problemer over på andre mennesker. En av konsekvensene blir at gutter setter emosjonene til side og bruker mye energi til å ta seg sammen. Slike maladaptive reguleringsstrategier brukes til å skjule internaliserende symptomer og uttrykkes gjennom eksternaliserende atferd som ikke ligner de typiske depresjonssymptomene.

Oppsummert kan en si at resultatene våre viste at gutter kan oppleve depresjon gjennom emosjonelle symptomer som sinne, irritasjon, skam, apati, følelse av å være mislykket og ensom. Disse emosjonelle symptomene blir som regel uttrykt gjennom atferdsmessige symptomer, noe som maskerer depresjon. Sinne og irritasjon blir eksempelvis uttrykt gjennom aggresjon og utagering fordi man føler at man har en uro som man må få brukt på noe. Følelsen av å være frustrert av å ikke forstå hva som foregår med det indre følelseslivet og ikke kunne verbalisere og snakke om det med andre, kan dermed føre til at

frustrasjon blir uttrykt gjennom aggressiv atferd. Skam og følelse av å være mislykket fører til en atferd der man trekker seg tilbake fra familie og venner. Gutter opplever ofte depresjon som et nederlag og har en tanke om at de skal klare seg selv, og søker derfor ikke sosial hjelp og støtte, noe som fører til isolering. Ved isolering brukes ofte tv- og dataspill som en plass der man kan flykte til. Emosjoner kan i tillegg maskeres gjennom selvmedisinering ved hjelp av alkohol og andre rusmidler og overtrening. Dette er distraksjonsstrategier som har en bedøvende og stimulerende effekt som hjelper å undertrykke følelser. Skolevegring kan også være et uttrykk for depresjon hos gutter. Tidligere forskning har vist evidens for mange av samme symptomer, og en kan derfor konkludere med at gutter ofte synes å oppleve og uttrykke depresjon annerledes enn jenter og at de viser det gjennom alternative symptomer som ikke er inkludert i diagnosekriteriene.

## 5.2 Alternative symptomer vs diagnosekriterier

For å svare på den andre underproblemstillingen «Hvordan forholder disse beskrivelsene seg til symptomer i diagnosemanualene?» kan en sammenligne alternative symptomer vi har fått gjennom studien med eksisterende symptomer fra DSM-V og ICD-10. Begge diagnosemanualene har depressivt humør/senket stemningsleie som første symptom på depresjon. I DSM-V står det i tillegg at depressivt humør må være rapportert av subjektet selv eller observert av andre (APA, 2013). Resultatene våre viser at gutter sjeldent uttrykker tristhetsfølelsen og at depresjon kan heller bli uttrykt i form av sinne, irritasjon, skam og apati. I tillegg kan det være problematisk å oppdage tristhetsfølelsen hos gutter fordi de velger heller å trekke seg tilbake, isolere seg og ikke snakke med andre om det. Det kan derfor bli utfordrende å legge merke til et depressivt humør hos gutter. Siden gutter synes å velge å tie om at de har det vanskelig kan det forårsake underrapportering av depressivt humør.

Det andre symptomet i DSM-V og ICD-10 er fravær og mangel på interesse og glede i aktiviteter. Det kan tenkes at det kan være vanskelig å oppdage disse symptomene hos gutter dersom de bruker distraksjon og stimulering som reguleringsteknikker for å håndtere depresjon. Mangel på interesse og glede i aktiviteter kan derfor maskeres gjennom alternative uttrykk i form av TV- og dataspill, trening og festing. Når våre informanter snakket utfra egne erfaringer om depressive plager, sa de at de kan bruke aktiviteter som trening, spill og festing for å undertrykke negative opplevelser og stimulere seg selv med det som gir dem midlertidig mestring. Slik distraksjon kan derfor gjøre det vanskelig å oppdage manglende interesse og

deltakelse i aktiviteter fordi det kan bli skjult med overdeltakelse i en aktivitet, noe som i sin tur kan mistolkes som at det gir en glede.

DSM-V og ICD-10 har også utmattelse og mangel på energi som et av symptomene på depresjon. Det er noe som har blitt rapportert av guttene men som i tillegg kan forekomme som et resultat av eksempelvis overtrening. Flere informanter har nevnt at de trener til de kollapser, og det kan derfor være vanskelig for en selv og andre rundt å finne den riktige årsaken til hvorfor man føler seg trett og sliten. En kan tenke at overtrening er årsaken til utmattelsen, når den egentlige grunnen skyldes uro og det indre følelseslivet som blir destruktivt regulert ved hjelp av trening. Det samme kan gjelde psykomotorisk retardasjon og agitasjon. Psykomotorisk retardasjon kan være krevende å oppdage dersom personen trekker seg tilbake, og agitasjon kan derimot bli uttrykt i form av andre destruktive aktiviteter.

Symptomer som vekttap/vektøkning og insomni/hypersomni kan derimot være mulig å legge merke til, men kan også være problematisk å finne den riktige årsaken til det. Insomni kan eksempelvis forekomme som et resultat av dataspilling, der dataspilling er en konsekvens av at man er i en nedgangsperiode. DSM-V og ICD-10 inkluderer også selvmordsforsøk og selvmord som et av symptomene i diagnosen depresjon. Det er også noe som rapporteres blant informantene og regnes derfor som et viktig uttrykk for depresjon. Siste symptomet som er inkludert i diagnosemanualene er opplevelse av verdiløshet og skyldfølelse. Det er også noe gutter har vist å kjenne seg i, men det krever at gutter uttrykker det verbalt for seg selv og andre som er rundt dem. En kan derfor konkludere med at diagnosemanualene fokuserer mest på internaliserende symptomer, og diagnosekriteriene er dermed forskjellig fra hva som kan virke som mer typisk uttrykk av depresjon hos gutter. Diagnosemanualene mangler eksternaliserende symptomer som utagering, aggresjon, vold, rusmisbruk, tilbaketrekking, tv- og dataspill, trening, festing og skolevegring. Gjennom intervjuene har det vist seg at disse symptomene er viktig uttrykk av depresjon hos gutter, siden gutter reagerer atferdsmessig heller enn følelsesmessig. Det bør derfor bli lagt større fokus på atferdsmessige uttrykk i diagnosemanualene for å bedre fange opp depresjon hos gutter.

Flere informanter forteller at emosjonsuttrykk assosieres blant gutter med kvinnelig dimensjon fordi følelser er mer akseptert hos kvinner enn hos menn. Som nevnt tidligere innebærer oppfatningen av maskulinitet å være sterk, stoisk og uavhengig. Resultatene fra denne studien viser at mange gutter oppfatter det å vise affekt som tabubelagt. Gutter føler seg ofte mislykket og svake fordi depresjon gir dem opplevelse av å miste kontroll. Ideen om det

maskuline idealet kan derfor hindre gutter fra å søke hjelp og sosial støtte (Lynch & Kilmartin, 2013). Slik isolering kan videre føre til rapporteringsbias i depresjonsskårene. Det kan tenkes at en av grunnene til at depresjonsskårene er høyere blant kvinner enn menn er fordi gutter ikke snakker om følelsene sine og ikke benytter seg av klinisk hjelp (Boaman & Walker, 2010). For å få en depresjonsdiagnose er det viktig å kunne sette ord på følelsene sine, verbalisere emosjonene og oppsøke en profesjonell. Når gutter unngår det i større grad enn kvinner, kan det tenkes at de blir oversett og depresjon hos gutter forblir urapportert. Dette kan derfor føre til at diagnosekriteriene blir basert på beskrivelser og observasjoner fra kvinner, noe som gutter ikke kjenner seg i. Siden gutter kan maskere depresjon gjennom alternative symptomer, er det sannsynlighet for at diagnosekriteriene ikke klarer å fange opp depresjon hos gutter, noe som også fører til en rapporteringsbias. Resultatene har også vist at noen gutter tenker på å begå selvmord fordi de føler seg alene med depresjon og ikke får hjelp. En av informantene fortalte eksempelvis at psykiateren han benyttet seg av var overfokuset på symptomer i diagnosekriteriene. Siden informanten ikke viste de internaliserende symptomene som står i diagnosemanualene, fikk han ikke diagnose depresjon og følte seg misforstått og usett. Diagnosekriteriene bør derfor legge større fokus på eksternaliserende symptomer for å kunne fange opp gutter. Slavisk følgende av diagnosemanualene kan på den måten avvise og ignorere individets affekt. En bør derfor tenke at diagnosekriteriene ikke er et fasit svar og at det er mer viktig å se og anerkjenne individet i klinisk sammenheng.

Oppsummert kan en si at det eksisterer et misforhold mellom beskrivelsene vi har fått fra både mannlige studenter fra PSI og psykologer fra BUP om gutters uttrykk av depresjon og symptomene som er beskrevet i diagnosemanualene. Diagnosekriteriene i DSM-V og ICD-10 legger fokus på internaliserende symptomer, som gutter synes å undertrykke og eventuelt «maskere» ved eksternaliserende atferd. Diagnosemanualene bør derfor inkludere alternative symptomer som eksternaliserende atferd for å bedre fange opp gutter med depresjon.

### **5.3 Hva bør måleinstrumenter fokusere på?**

Standardiserte måleinstrumenter, slik som Beck Depression Inventory og Hamilton Depression Rating Scale, er som regel basert på diagnosekriteriene fra DSM-V og ICD-10 og blir brukt som hovedmåleinstrumenter for å kartlegge depresjon (Fava et al., 2004). Lite variasjon i bruk av måleinstrumenter kan bidra til begrenset diagnostisk og konseptuell

utvikling, som ikke tar inn utvikling i samfunnet, eller eksempelvis kjønnsstypiske uttrykk. I tillegg blir slike måleinstrumenter sjeldent endret, noe som kan føre til en selektiv måling og manglende sensitivitet for at symptomene kan endre seg (Rice, 2011). Siden diagnosemanualene kun fokuserer på internaliserende symptomer, inkluderer også selvrappotengsskjemaer, som er basert på disse kriteriene, symptomer som gutter beskriver som «feminine» og som ikke blir dekkende for deres måte å oppleve depresjon på. Våre resultater støtter tidligere forskning og peker i retning av at gutter i større grad uttrykker depresjon gjennom eksternaliserende atferd fordi slikt uttrykk av depresjon er mer i samsvar med maskuline normer. På den måten fanger ikke standardiserte måleinstrumenter og diagnosemanualer opp at symptomuttrykk kan være påvirket av psykososiale faktorer, slik som forventninger til maskulinitet/feminitet. Manglende fokus på psykososiale faktorer kan dermed bidra til at depresjon hos gutter ikke blir sett, som i sin tur kan føre til manglende hjelp, og i verste fall suicidalitet. Måleinstrumenter og diagnosemanualer bør derfor fokusere i større grad på eksternaliserende symptomer, blant annet tilbaketrekking, tv- og dataspill, aggresjon, utagering, trening, rusmisbruk, skolevegning og suicidalitet, og inkludere disse i diagnosekriteriene til depresjon.

Tidligere forskning og resultater fra denne studien har vist at gutter har en tendens til å maskere emosjonelt ubehag ved hjelp av destruktiv atferd, slik som tilbaketrekking, aggresjon og rusmisbruk. En kan tenke at depresjon blir maskert fordi gutter opplever at det ikke er akseptabelt å vise sårbarhet. Måleinstrumenter som kun fokuserer på internaliserende symptomer kan derfor føre til manglende identifisering av depresjon hos gutter. I tillegg til å inkludere eksternaliserende symptomer nevnt ovenfor kan det være fordelaktig for behandlere å være bevisst på at sosiale kontekster, som krav til maskulinitet, kan påvirke uttrykk av depresjon. Ignorering av at det kan finnes andre uttrykk av depresjon kan i tillegg føre til at gutter som er deprimerte og som ikke viser prototypiske symptomer ikke får klinisk hjelp (Hyman, 2011). Måleinstrumenter og behandlere bør i tillegg fokusere på at det er flere gutter som uttrykker emosjoner gjennom atferd og ikke har det vokabularet for å sette ord på følelsene sine, fordi de ikke er vant til det. Kartlegging av depressive symptomer hos gutter bør derfor i større grad identifisere til atferdsmessige uttrykk og bruke god tid for å bygge en relasjon med gutter som er bygget på forståelse og tillit. Det er i tillegg fordelaktig å være bevisst på at diagnoser ikke avspeiler virkelighet fullt ut og ikke stemple gutter med atferdsvansker fordi de viser et eksternaliserende symptom-bilde. En kan heller stille seg undrende til hva som kan være en underliggende årsak til slik atferd og prøve å åpne opp for

en samtale. Det er derfor viktig å kunne se individet og hvordan personen har det i stedet for å følge diagnosekriteriene slavisk.

Oppsummert kan en si at måleinstrumenter bør fokusere og inkludere eksternaliserende symptomer som, aggresjon, tilbaketrekking, skolevegring, rusmisbruk, suicidalitet, trening og spill. I tillegg er det viktig å ta i betraktning under utredning at psykososiale faktorer, slik som forventninger til maskulinitet/feminitet, kan påvirke opplevelsen og uttrykket av depresjon. Måleinstrumenter og diagnosekriterier bør revideres dersom det er ønskelig å fange opp depresjon hos gutter.



## 6 Styrker og begrensninger

Forskningsprosjektet har gitt oss innholdsrike kvalitative data om mannlige profesjonsstudenters og BUP-psykologers refleksjoner og beskrivelser om antatte depressive symptomer hos gutter, som hvordan de oppleves og uttrykkes. Resultatene fra denne studien er bygget på betydningsfulle dybdebeskrivelser, noe som er en klar styrke ved studien fordi det åpner opp for muligheten til å fastsette en ide tidlig i en prosess. De kvalitative intervjuene som vi har gjennomført har i tillegg lagt fokus på at informantene skulle få mulighet til å utdype sine meninger, og på den måten har vi avdekket relevante temaer som har betydd noe for dem og som de har hatt erfaring med. Kvalitative intervjuer reduserer sannsynligheten for misforståelser av det som har blitt uttalt, fordi det er en toveis kommunikasjon, der intervjuer har alltid mulighet til å komme med oppfølgingsspørsmål og avklare mulige misforståelser. På grunn av pilotintervju og to utvalg med nesten identisk intervjuguide kan en si at studien har god reliabilitet og at intervjuguidene måler det de skal måle. Det kunne vi eksempelvis se ved at begge utvalg forstod spørsmålene på lik måte og ga ganske like svar. Utvalgene vi har brukt har vært en klar styrke i dette prosjektet. Ved å benytte seg av to forskjellige utvalg hadde vi mulighet til å sammenligne unge menns og psykologers beskrivelser om samme tema. Flere av informantene fra studentutvalget fortalte at de selv har vært deprimerte, noe som sannsynligvis har ført til større innsikt i studerte tema. Skolepsykologene fra BUP har vært i kontakt med gutter med depressive plager, noe som har gitt oss informasjon fra et behandlerperspektiv, og er dermed en styrke ved studien. Siden forskerens subjektivitet spiller en viktig rolle i kvalitativ forskning, har det vært viktig for oss å være bevisst på hvordan vi som forskningsledere kunne påvirke resultatene under intervjuene og analysen. Analysedelen er styrket fordi vi har vært tre stykker som har gjennomført den sammen. Vi hadde derfor mulighet til å diskutere mulige misforståelser og ta høyde for forskjellige perspektiver og tolkninger, noe som har styrket validiteten ved studien.

Det finnes likevel flere begrensninger ved studien. En svakhet ved dybdeintervju kan være at informantene bestemmer selv hva de ønsker å dele av meningene og erfaringene sine, noe som kan påvirke resultatene. Siden begge utvalgene våre er små, kan ikke funnene generaliseres til populasjonen, noe som er en svakhet ved kvalitative undersøkelser. Utvalget totalt består av tolv informanter og kan dermed ikke regnes som representativt for mangfoldet av gutter med depressive plager. I tillegg består det andre utvalget vårt av psykologer fra BUP som har gitt viktig informasjon om gutters opplevelser og uttrykk av depresjon, men som et

utvalg er de heller ikke representative for den studerte populasjonen. Denne studien hadde ikke som formål å generalisere funnene men heller gå i dybden og se variasjoner i beskrivelsene innen fenomenet. En annen svakhet ved analysedelen er at transkripsjon ikke fanger opp viktige kilder som kroppsspråk og betydningen av ord og tonefall. Dette kan føre til at et fenomen kan forstås på en annen måte enn den opprinnelige betydningen. Ved hjelp av pilotintervju og første enkeltintervju oppdaget vi en feilkilde. Spørsmålet nummer 3 i intervjuguiden var vanskelig utformet og var derfor vanskelig å forstå og svare på. Vi prøvde å unngå misforståelser under andre intervjuer og ble derfor enig om å revidere spørsmålet. Intervjuguiden har i tillegg blitt endret flere ganger før intervjuprosessen på grunn av tilbakemeldingene fra veiledere. Oppfølgingsspørsmålene kan på den måten også være en feilkilde fordi det er en sannsynlighet for at deltakere ikke får samme oppfølgingsspørsmål, noe som i sin tur påvirker resultatene. Som nevnt tidligere i oppgaven, har vi delt deltakere og alle har gjennomført intervjuene individuelt. Dette kan også være en feilkilde fordi hver og en av oss kan fort bli opptatt av sitt eget tema og heller bruke lengre tid på det under intervju og kanskje nedprioritere temaene til kollegaene. Tanken var å intervju gutter fra videregående skoler med depressive plager for å se om beskrivelsene vi fikk fra mannlige psykologistudenter var i samsvar med deres opplevelser. Dette ble ikke gjennomførbart på grunn av lang ventetid på godkjenning fra REK, noe som er en klar svakhet ved studien. Likevel har vårt forskningsprosjekt prøvd å øke bevisstheten rundt depressive symptomer hos gutter og hvordan disse kan påvirke diagnostisering av gutter med depresjon. Med dette har vi bidratt til økt fokus på området.

## 7 Forslag til videre forskning

Den opprinnelige tanken for denne studien var å undersøke om beskrivelser om gutters depresjonsuttrykk fra mannlige profesjonsstudenter kunne passe for gutter med psykiske symptomer som kan ligne på depresjon. Målet var å rekruttere flere gutter fra ulike videregående skoler i Oslo ved hjelp av ansatte i BUP og intervju dem om opplevelse og uttrykk av depresjon. På grunn av manglende ressurser og lang ventetid på tilbakemelding fra REK ble det dessverre ikke gjennomførbart. Videre forskning kan derfor fortsette prosessen og finne ut om alternative symptomer som er beskrevet av mannlige psykologistudenter er noe gutter med antatte depressive plager kan kjenne seg igjen i. I tillegg kan videre forskning lage et måleinstrument for gutter som er basert på alternative depresjonssymptomer. Selv om det allerede finnes måleinstrumenter for menn med depresjon, mangler det fortsatt et måleinstrument som kan brukes til å fange opp gutter med depresjon.

## 8 Konklusjon

Flere studier har dokumentert kjønnsforskjeller i depresjon, likevel er det lite kunnskap om menns depresjonsuttrykk. Eksisterende forskning om depresjon i menn viser at menn uttrykker depresjon gjennom alternative symptomer som ikke er inkludert i diagnosekriteriene i DSM-V og ICD-10. Diagnosemanualene legger fokus på internaliserende symptomer i depresjonsdiagnosen, mens det antas at menn uttrykker depresjon gjennom eksternaliserende atferd. Alternative depresjonssymptomer som aggresjon, tilbaketrekking, rusmisbruk, arbeidsnarkomani, overtrening, tilbaketrekking, dataspilling og suicidalitet synes å maskere depresjon, som gjør det problematisk å identifisere og fange opp depresjon. Etter å ha fullført ni enkeltintervjuer med mannlige psykologistudenter og ett fokusgruppeintervju med skolepsykologer fra BUP om deres refleksjoner rundt gutters uttrykk av depresjon, fant vi støtte til allerede eksisterende forskning om alternative depresjonssymptomer og maskert og maskulin depresjon. Resultatene fra studien viste at gutter antas å uttrykke depresjon gjennom eksternaliserende symptomer slik som tilbaketrekking, aggresjon, tv- og dataspill, trening, skolevegring, rusmisbruk og suicidalitet. Disse eksternaliserende depresjonssymptomene kan komme som et resultat av å prøve å regulere overveldende emosjonelle følelser som sinne, irritasjon, skam, apati, tretthet, ensomhet og følelse av å være mislykket. Sammenligning av alternative symptomer med eksisterende diagnosekriterier i ICD-10 og DSM-V viser et misforhold mellom disse. Diagnosemanualene inkluderer kun internaliserende symptomer som depressivt humør og tristhet og sier ingenting om mulige atferdsuttrykk av depresjon. Siden gutter antas å uttrykke depresjon gjennom eksternaliserende atferd, kan en derfor konkludere med at dagens diagnosemanualer er i fare for å ikke fange opp gutter med depresjon.



# Litteraturliste

- Abela, J. R. Z., & Hankin, B. L. (2008). *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Addis, M., & Mahalik, J. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1) 5-14.
- Addis, M. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 1 53-168.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Boaman, E. K., & Walker, G. A. (2010). Predictor of men's health care utilization. *Psychology of Men and Masculinity*, 11(2), 113-122.
- Boughton, S., & Street, H. (2007). Integrated review of the social and psychological gender differences in depression. *Australian Psychologist*, 42(3), 187-197.
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Barclay, L., & Schmied, V. (2005). 'Big build': hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(10), 921-931.
- Courtenay, W. H. (2000). Behavioural factors associated with disease: injury and death among men: evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies*, 9(1), 81-142.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 28. mai 2017 fra: <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Generelleforskningsetiske-retningslinjer/>
- Fava, G. A., Ruini, C., & Rafanelli, C. (2004). Psychometric theory is an obstacle to the progress of clinical research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(3), 145-148.

- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect relationships and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Hart, D. (2001). *Unmasking Male Depression*. New York: Word Publishing.
- Hayes, N. (2010). *Doing Psychological Research*. Berkshire: Open University Press.
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær-og spesialisthelsetjenesten.
- Hennik, M., Hutter, I., & Bailey, A. (2011). *Qualitative Research Methods*. London: SAGE.
- Houle, J., Mishara, B., & Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model if the impact of the traditional male gender role on suicidal behaviour in men. *Journal of Affective Disorders*, 107(1), 37-43.
- Howitt, D. (2016). *Introduction to Qualitative Research Methods in Psychology*. Harlow: Pearson.
- Hyman, S. E. (2011). Commentary: Repairing a plane while it is flying – reflections on Rutter (2011). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 661-666.
- Johansson, A., & Olsson, M. (2013). Boys Don't Cry: Therapeutic Encounters With Depressed Boys and Factors Contributing to Success. *Social Work in Mental Health*, 11(6), 530- 541.
- Krumsvik, R. J. (2014). *Forskningsdesign og kvalitativ metode. Ei innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Kruuse, E. (2007). *Kvalitative forskningsmetoder - i psykologi og beslægtede fag*. Dansk Psykologisk Forlag.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Larkin, M., & Thompson, A. (2012). Interpretative phenomenological analysis. *Qualitative research methods in mental health and psychotherapy: A guide for students and practitioners*, 99-116.
- Lynch, J., & Kilmartin, C. (2013). *The pain behind the mask: Overcoming masculine depression*. Routledge.
- Lyons, E., & Coyle, A. (2016). *Analysing Qualitative Data in Psychology* (2nd ed.). London: SAGE.
- Magovcevic, M., & Addis, M. E. (2008). The Masculine Depression Scale: Development and psychometric evaluation. *Psychology of Men and Masculinity*, 9(3), 117-132.
- Mahalik, J., & Rochlen, A. (2006). Men's likely responses to clinical depression: What are they and do masculinity norms predict them? *Sex roles*, 55(9-10), 659-667.
- 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.
- Munce, S., & Stewart, D. (2007). Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics*, 48(5), 394-399.
- Nolen – Hoeksema, S. (2008). It is not what you have; it is what you do with it: Support for Addi's gender responding framework. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(3), 178-181.
- Nolen-Hoeksema, S. (2014). *Abnormal Psychology* (6<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill Education.
- Ogrodniczuk, J. S., & Oliffe, J. L. (2011). Men and depression. *Canadian Family Physician*, 57(2), 153-155.
- Pietkiewicz, I., & Smith, J. A. (2014). A practical guide to using interpretative phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Psychological Journal*, 20(1), 7-14.
- Rabinowitz, F. E., & Cochran, S. V. (2008). Men and therapy: A case of masked male depression. *Clinical Case Studies*, 7(6), 575-591.



- Rice, S. (2011). Depression in men: Development of the male depression risk scale.
- Riska, E. (2009). Men's mental health. *Men's health: body, identity, and social context*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. The British Psychological Society and Blackwell Publishing Ltd.
- Svartdal, F. (2011). *Psykologiens Forskningsmetoder - en introduksjon*. Bergen: Fagbokforlaget: Vigmostad & Bjørke AS.
- Wide, J., Mok, H., McKenna, M., & Orgodniczuk, J. S. (2011). Effect of gender socialization on the presentation of depression among men. A pilot study. *Canadian Family Physician*, 57(2), 74-78.
- Willig, C., & Stainton-Rogers, W. (2008). *The Sage Handbook of Qualitative Research in Psychology*. London: SAGE.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wyder, M., Ward, P., & De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *Journal of Affective Disorders*, 116(3), 208-213.

# Vedlegg

## Vedlegg 1: Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet



UiO : Universitetet i Oslo

### Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

## DEPRESSIVE SYMPTOMER HOS UNGE MENN/GUTTER: HVORDAN UTTRYKKES DE, HVORDAN KAN DE FANGES OPP OG FOREBYGGES?

---

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å få mer kunnskap om unge menn/gutters depressive symptomer. Vi er på utkikk etter deg som ønsker å bidra med refleksjoner rundt depresjon hos gutter og unge menn. Forskning har vist at det er flere kvinner enn menn som har depressive vansker og vi lurer derfor på om det kan skyldes at unge menn uttrykker depresjon på en annen måte. Dette kan føre til at depresjon hos gutter og menn ikke blir fanget opp.

Vi er ikke ute etter å diagnostisere!

### Hva innebærer prosjektet?

I dette prosjektet vil vi benytte oss av enkeltintervju. Samtalen vil bli tatt opp på bånd, og slettet ved prosjektets slutt. Intervjuet vil vare i ca. en time.

### Mulige fordeler og ulemper

Prosjektet vil muligens få frem ny kunnskap om unge menn/gutters depressive symptomer som blant annet kan brukes til tidlig intervensjon og forebygging av depresjon. Kunnskapen kan i tillegg brukes til å lage et nytt måleinstrument som bedre kan fange opp gutters depresjonssymptomer.

Dette prosjektet vil ta opp et sensitivt tema som kan påføre ubehag hos informanten.

## Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke sitt samtykke

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta tar du kontakt med Anna Asbjørnsen Berg på e-post: [anna.asbjornsen.berg@gmail.com](mailto:anna.asbjornsen.berg@gmail.com).

Før intervjuet starter undertegner du samtykkeerklæringen på neste side. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du senere har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte prosjektleder Helene Amundsen Nissen-Lie på telefon 99 73 73 09 eller e-post [h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no](mailto:h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no).

## Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Informasjon om deg vil bli anonymisert og slettet etter prosjektslutt.

## Jeg er villig til å delta i prosjektet

---

Sted og dato

Deltakers signatur

---

Deltakers navn med trykte bokstaver

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### **Intervjuguide – Depressive symptomer hos unge menn/gutter: Hvordan uttrykkes de, hvordan kan de fanges opp og forebygges?**

Om prosjektet: For å undersøke depressive symptomer hos unge menn/gutter vil vi starte med å intervju en fokusgruppe, ca 8 mannlige psykologistudenter, som blir rekruttert av veileder. For å sikre at utvalget blir stort nok, kan det være nødvendig med en fokusgruppe til. Denne gruppen skal bestå av mannlige psykologistudenter på UiO som frivillig kan ta kontakt hvis de har informasjon de selv synes er relevant. Målet med intervjuene er å finne ut hvordan unge menn/gutter selv tror at de uttrykker depressive symptomer. Deretter vil veileder kontakte en psykolog på en videregående skole som får i oppgave å velge gutter som sliter med psykiske symptomer som kan ligne på depresjon, for så å intervju dem. Informasjonen vi fikk fra fokusgruppene vil brukes i intervjuene med elevene fra videregående. Hensikten med undersøkelsen er å belyse gutters opplevelser og uttrykk av depressive symptomer.

Utdeling av informasjonsskriv, samtykke. Forklare hensikten med studien.

Hovedfokuset i undersøkelsen er å belyse unge menn/tenåringgutters opplevelser og uttrykk for depressive symptomer. Intervjuguiden vil hjelpe oss å sentrere samtalen rundt utvalgte temaer som er relevant for prosjektet vårt.

I fokusgruppeintervjuet med de åtte mannlige studentene ønsker vi å høre mer om menns beskrivelser og oppfatninger av antatt depressive symptomer. Vi ønsker også å få informasjon om ulike atferdstendenser under depressive perioder, og hvordan sosialiseringserfaringer kan fremme eller hemme depressive symptomer.

Spørsmålene vi tar utgangspunkt i er:

1. Hvordan tror dere gutter opplever og uttrykker depressive symptomer/nedstemthet?
2. Hvordan tror dere gutter håndterer depresjon?
3. Hvordan tror dere depresjon hos gutter blir oppfattet av samfunnet?
4. Hva tror dere er viktig å fokusere på for å hemme utviklingen av depresjon?
5. Hvilken rolle kan sosiale relasjoner ha for utviklingen av depresjon?

Spørsmålene til intervjuene med elevene på videregående vil bli laget i etterkant av fokusgruppeintervjuene, og bli basert på informasjon/beskrivelser vi får fra psykologistudentene.

### Vedlegg 3: REK godkjenning



---

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst	Hege Holde Andersson		22845511	02.02.20182017/1540

REK sør-øst B

**Deres dato: Deres referanse:**  
16.11.2017

*Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser*

*Helene Nissen-Lie  
Universitetet i Oslo*

**2017/1540 Depressive symptomer hos unge menn/gutter : Hvordan uttrykkes de, hvordan kan de fanges opp og forebygges?**

**Forskningsansvarlig:** Universitetet i Oslo  
**Prosjektleder:** Helene Nissen-Lie

*Vi viser til tilbakemelding på ovennevnte forskningsprosjekt. Tilbakemeldingen ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK sør-øst) i møtet 17.01.2018. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven (hfl.) § 10.*

#### **Prosjektleders prosjektbeskrivelse**

«For å undersøke depressive symptomer hos unge menn/gutter vil vi starte med å intervju en fokusgruppe, ca 8 mannlige psykologistudenter, som blir rekruttert av veileder. For å sikre at utvalget blir stort nok, kan det være nødvendig med en fokusgruppe til. Denne gruppen skal bestå av mannlige psykologistudenter på UiO som frivillig kan ta kontakt hvis de har informasjon de selv synes er relevant. Målet med intervjuene er å finne ut hvordan unge menn/gutter selv tror at de uttrykker depressive symptomer. Deretter vil veileder kontakte en psykolog på en videregående skole som får i oppgave å velge gutter som sliter med psykiske symptomer som kan ligne på depresjon, for så å intervju dem. Informasjonen vi fikk fra fokusgruppene vil brukes i intervjuene med elevene fra videregående. Hensikten med undersøkelsen er å belyse gutters opplevelser og uttrykk av depressive symptomer.»

#### **Saksgang**

*I brev datert 11.10.2017 utsatte komiteen vedtak i saken. Komiteen skrev:*

## «Komiteens vurdering

Hensikten med prosjektet er å se på hvordan gutter opplever og uttrykker depressive symptomer. Det er slik at det er kjønnsforskjeller i forekomst av depresjon, og man mener at kartleggingsverktøyer kanskje ikke er gode nok til å fange opp depresjon hos menn.

Det søkes om å intervju med ca. 8 mannlige psykologi studenter i en fokusgruppe, i tillegg vil man intervju ca. fem elever fra videregående skole.

### Fokusgruppe

Når det gjelder fokusgruppeintervjuene mener komiteen det kan være uheldig at man her rekrutterer en gruppe som kjenner hverandre fra før. Disse studentene vil kunne kjenne hverandre, være i samme kull og skulle ha en del med hverandre å gjøre de neste årene. Komiteen mener det vil kunne oppleves som ubekvent å utlevere informasjon om seg selv, og vanskelige episoder i livet, i et fora med andre man enten har eller kommer til å ha en relasjon til. Komiteen ber om at det reflekteres nærmere rundt dette.

Rekruttering til fokusgruppe skjer ved at deltagerne selv melder seg. Komiteen mener det dermed vil være en mulighet for at det er studenter med depresjon som melder seg. I den sammenheng ber komiteen om en tilbakemelding på om det er lagt opp til en beredskap i prosjektet som kan ivareta og følge opp de deltagerne som har behov for det.

Det må utarbeides egne informasjonsskriv med samtykkeerklæring til fokusgruppen. Her må det tydelig fremkomme hva deltagelse i studien innebærer.

### Intervju

Det søkes om å intervju inntil 5 mannlige elever ved en videregående skole i Oslo som kan reflektere over hvordan unge menn opplever og uttrykker det å ha psykiske symptomer som kan ligne på depresjon. Disse intervjuene skal gjøres av masterstudenter. Slik komiteen forstår det vil disse intervjuene altså gjøres av personer uten formell klinisk kompetanse til for eksempel å vurdere depresjon. Komiteen ber om en tilbakemelding på om det finnes en beredskap slik at deltagerne kan ivaretas dersom det blir behov for det. Dette vil være til dels krevende intervjuer, med ungdommer i en sårbar situasjon. Komiteen mener søknaden i liten grad reflekterer rundt dette.

Deltagerne skal rekrutteres av skolepsykologen. Komiteen mener det vil være fare for en binding her, og at elevene føler seg presset til å delta. Komiteen ber om at det reflekteres rundt frivilligheten nå behandlende skolepsykolog rekrutterer til prosjektet.

Komiteen mottok 19.09.2017 en e-post fra prosjektleder med revidert intervjuguide. Komiteen vil behandle denne sammen med prosjektleders tilbakemelding.

### Vedtak

Vedtak i saken utsettes. Komiteen tars tilling til prosjektet ved mottatt svar.»

## Prosjektleders tilbakemelding

*Komiteen mottok prosjektleders tilbakemelding 16.11.2017. Prosjektleders tilbakemelding gjengis i sin helhet: REK: "Når det gjelder fokusgruppeintervjuene mener komiteen det kan være uheldig at man her rekrutterer en gruppe som kjenner hverandre fra før. Disse studentene vil kunne kjenne hverandre, være i samme kull og skulle ha en del med hverandre å gjøre de neste årene. Komiteen mener det vil kunne oppleves som ubekvemt å utlevere informasjon om seg selv, og vanskelige episoder i livet, i et fora med andre man enten har eller kommer til å ha en relasjon til. Komiteen ber om at det reflekteres nærmere rundt dette."*

Svar: Takk for nyttig innspill. Dette er en relevant innvending, og vi vil derfor endre fra fokusgruppeintervju til semistrukturerte individuelle intervjuer. På denne måten unngår vi at informantene utleverer sensitiv informasjon til andre enn prosjektmedarbeiderene, og på den måten bevarer sin konfidensialitet. Det kan være lettere å åpne seg for noen en ikke har en relasjon til.

REK: "Rekruttering til fokusgruppe skjer ved at deltagerne selv melder seg. Komiteen mener det dermed vil være en mulighet for at det er studenter med depresjon som melder seg. I den sammenheng ber komiteen om en tilbakemelding på om det er lagt opp til en beredskap i prosjektet som kan ivareta og følge opp de deltagerne som har behov for det."

Svar: Som nevnt i punkt "4.3 Tiltak" i den opprinnelige søknaden er det reflektert rundt og lagt opp til beredskap for å ivareta og følge opp de deltakerne som måtte ha behov for det. Begge veiledere i prosjektet er psykologer og kjenner systemet godt dersom en av deltakerne (mannlige profesjonsstudenter i psykologi) avdekker symptomer som krever hjelp i psykisk helsevern. Hovedveileder Helene Amundsen Nissen-Lie er psykologspesialist og vil ha ansvar for å samtale med og videreformidle kontakt med relevant hjelpetjeneste dersom det oppstår en bekymring for om noen av deltakeren. Nissen-Lie vil også ha tett veiledning med de som skal intervjuer for å sikre at en slik bekymring fanges opp.

REK: "Det må utarbeides egne informasjonsskriv med samtykkeerklæring til fokusgruppen. Her må det tydelig fremkomme hva deltagelse i studien innebærer."

Svar: Som nevnt over vil vi gå bort fra fokusgruppeintervjuer. På grunn av dette vil det bli brukt allerede eksisterende informasjonsskriv med samtykkeerklæring som er vedlagt. Informasjonsskrivet sikrer at deltaker er fullt informert om hva deltakelse i studien innebærer.

REK: "Det søkes om å intervjuer inntil 5 mannlige elever ved en videregående skole i Oslo som kan reflektere over hvordan unge menn opplever og uttrykker det å ha psykiske symptomer som kan ligne på depresjon. Disse intervjuene skal gjøres av masterstudenter. Slik komiteen forstår det vil disse intervjuene altså gjøres av personer uten formell klinisk kompetanse til for eksempel å vurdere depresjon. Komiteen ber om en tilbakemelding på om det finnes en beredskap slik at deltagere kan ivaretas dersom det blir behov for det.

Dette vil være til dels krevende intervjuer, med ungdommer i en sårbar situasjon. Komiteen mener søknaden i liten grad reflekterer rundt dette.

Svar: Det må understrekes at deltakerne allerede er i kontakt med helsetilbudet ved den videregående skolen ved skolepsykolog, og blir fulgt opp der. Dersom noe fremgår fra intervjuene som gjør en bekymret for vedkommende helse, vil Nissen-Lie følge dette opp og drøfte det med skolepsykologen. Studentene som vil gjennomføre intervjuene vil være bevisste og forberedt på ulike reaksjoner som kan oppstå underveis i intervjuene og få instruksjon om dette på forhånd som del av veiledningen. Dersom samtalen påfører ubehag for informanten, er det mulighet for å ta en pause eller eventuelt avslutte intervjuet. Som nevnt i samtykkeerklæringen kan informanten trekke seg fra prosjektet når som helst hvis ønskelig. Intervjuet er lagt opp med en tydelig prosedyre på hvordan psykiske symptomer oppleves og kan fanges opp. Intervjuene tas opp på lydopptak, og veileder vil høre på disse i etterkant av intervjuet for å sikre at deltakerne og deres svar er ivaretatt på en forsvarlig måte.

REK: "Deltagerne skal rekrutteres av skolepsykologen. Komiteen mener det vil være fare for en binding her, og at elevene føler seg presset til å delta. Komiteen ber om at det reflekteres rundt frivilligheten nå behandlende skolepsykolog rekrutterer til prosjektet.»

Svar: Vi har forståelse for denne innvendingen. For å unngå at eleven føler seg presset til å delta på prosjektet kan vi utarbeide et informasjonsskriv som skolepsykologen kan dele ut til elevene som han/hun mener er i målgruppen. På den måten kan eleven bestemme selv om han ønsker å delta på prosjektet og kontakte intervjuere selv med bruk av kontaktinformasjon som står på informasjonsskrivet. Dette innebærer at elevene ikke trenger å gi svar til skolepsykologen og skolepsykologen vil derfor ikke få vite hvem som deltar. Elevene vil derfor ikke føle seg bundet til å si "ja" til skolepsykologen, noe som vil bevare frivilligheten og anonymiteten.»

*I tillegg mottok komiteen 15.01.2018 en e-post fra prosjektleder med reviderte informasjonsskriv og samtykkeerklæring, samt revidert intervjuguide vedlagt.*

### **Komiteens vurdering**

*Komiteen mener prosjektleder har svart tilfredsstillende på de merknader komiteen hadde til prosjektet.*

*I den innsendte intervjuguiden skriver prosjektleder: Spørsmålene til intervjuene med elevene på videregående vil bli laget i etterkant av intervjuene med de mannlige psykologistudentene, og bli basert på informasjon/beskrivelser vi får fra dem. Komiteen har ingen innvendinger til dette, men ber om at disse sendes REK for godkjenning før de benyttes.*

*I søknaden er sluttdato oppgitt til 30.04.2018. Komiteen antar at man trenger lenger tid på å gjennomføre prosjektet, og setter ny sluttdato til 30.04.2020.*

*Ut fra dette setter komiteen følgende vilkår for prosjektet:*



- Spørsmålene til intervjuene med elevene på videregående må sendes REK for godkjenning før de benyttes i studien.

## **Vedtak**

Komiteen godkjenner prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 9 og § 33 under forutsetning av at ovennevnte vilkår oppfylles.

I tillegg til ovennevnte vilkår, er godkjenningen gitt under forutsetning av at prosjektet gjennomføres slik det er beskrevet i søknaden.

Tillatelsen gjelder til 30.04.2020. Av dokumentasjonshensyn skal opplysningene likevel bevares inntil 30.04.2025. Opplysningene skal lagres aidentifisert, dvs. atskilt i en nøkkel- og en opplysningsfil. Opplysningene skal deretter slettes eller anonymiseres, senest innen et halvt år fra denne dato.

Forskningsprosjektets data skal oppbevares forsvarlig, se personopplysningsforskriften kapittel 2, og Helsedirektoratets veileder "Personvern og informasjonssikkerhet i forskningsprosjekter innenfor helse- og omsorgssektoren"

## Sluttmelding og søknad om prosjektendring

Dersom det skal gjøres endringer i prosjektet i forhold til de opplysninger som er gitt i søknaden, må prosjektleder sende endringsmelding til REK. Prosjektet skal sende sluttmelding på eget skjema, se helseforskningsloven § 12, senest et halvt år etter prosjektslutt.

## Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK sør-øst B. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK sør-øst B, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering. Med vennlig hilsen

Ragnhild Emblem  
professor, dr. med.  
leder REK sør-øst B

Hege Holde Andersson  
Komitésekretær

## **Kopi til:**

- Universitetet i Oslo ved øverste administrative ledelse