



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Empowerment – en tilnærming for å redusere stigma som barriere for å søke hjelp

Empowerment – an approach to reducing stigma as a barrier for help-seeking

Kandidatnummer: 343

Bachelor i sosialt arbeid
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
Institutt for velferd og deltaking

Antall ord: 9924

27.05.2020

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

This literature review examines how empowerment can help to reduce stigma as a barrier to help-seeking among people suffering from depression. Empowerment emphasizes an approach where resources at an individual, group- or community level are mobilized with a view to achieve a change for the better. Research shows that stigma is a challenging factor in the life of people suffering from depression and that stigma can be a barrier to help-seeking for these individuals. At the same time, research shows that empowerment can lead to increased confidence and better coping of stigma among stigmatized individuals. This study does not establish a clear conclusion as to whether empowerment directly can lead to a reduction of stigma's effect to help-seeking. However, this study represents an understanding that empowerment can be used to counteract stigma as a barrier, by working towards stigmatizing attitudes in society and enhancing people with depressions' self-esteem. This by turning a life situation characterized by powerlessness into a situation characterized by strength and power.

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema	3
1.2 Problemstilling og avgrensning	4
1.3 Forforståelse og sosialfaglig relevans	4
1.4 Oppgavens oppbygging	5

2.0 Bakgrunn..... 6

2.1.0 Psykisk helse på politisk dagsorden.....	6
2.2.0 Depresjon	7
2.2.1 Behandling.....	8

3.0 Litteraturstudie som metode..... 8

3.1.0 Å orientere seg i relevant litteratur	9
3.2.0 Kildekritikk	10

4.0 Teoretisk rammeverk..... 10

4.1.0 Stigma	10
4.2.0 Empowerment	12
4.2.1 Empowerment på tre nivå.....	13

5.0 Presentasjon av forskning 14

5.1.0 Stigma knyttet til å være deprimert.....	14
5.2.0 Hvordan stigma kan fungere som en barriere for å søke hjelp	14
5.2.1 Indre faktorer	15
5.2.2 Ytre faktorer	15
5.3.0 Empowerment i sammenheng med psykisk sykdom og stigma	16

6.0 Drøfting 17

6.1.0 Empowerment – en løsning?.....	17
6.2.0 Empowerment på individnivå	20
6.3.0 Empowerment på gruppenivå	24
6.4.0 Empowerment på samfunnsnivå	25

7.0 Oppsummering 28

8.0 Referanseliste 30

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av tema

Temaet for denne oppgaven er hvordan empowerment kan minske stigma som en barriere for å søke hjelp for mennesker med depresjon. Depresjon er en av de vanligste psykiske sykdommene i Norge (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 7) og på verdensbasis (WHO, 2020). Verdens helseorganisasjon estimerer globalt at 264 millioner mennesker i alle aldre sliter med depresjon (WHO, 2020). Det beregnes at 7-12 prosent av alle menn og 15-25 prosent av alle kvinner vil få en behandlingstrengende depresjon i løpet av livet (Norsk Helseinformatikk, 2019a).

Mange mennesker med psykisk sykdom, som depresjon, står overfor en todimensjonal utfordring. På den ene siden kan den deprimerte stå overfor utfordringer knyttet til symptomer og sykdommens ringvirkninger overfor hverdagsfungering. På den andre siden kan mennesker med depresjon møte utfordringer knyttet til stigmatisering som følge av misoppfatninger om depresjon og psykisk sykdom i samfunnet (Barney, Griffiths, Christensen & Jorm, 2009). Goffman (1963) definerer stigma som en miskrediterende egenskap som vurderes sosialt nedvurdert, og som fører personen med stigmaet ut i vanry. Psykisk sykdom kan være forstått som et stigma (Goffman, 1963, s. 13).

Stigma kan medføre at mennesker med depresjon ikke søker hjelp (Barney et al., 2009). Dette er en alvorlig konsekvens da det eksisterer gode behandlingsmuligheter for sykdommen Helsedirektoratet (2010, s. 61). Det anslås at 80 % av alle med depresjon kan finne god hjelp av behandling (Kringlen, 2011, s. 20).

Empowerment kan forklares som en handlemåte der ressurser på individ, gruppe eller samfunnsnivå blir mobilisert med sikte på å håndtere en utfordring (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104, 105). Stigma som barriere for å søke hjelp kan være forstått som en slik utfordring. Empowerment i sosialfaglig kontekst kan handle om å styrke det enkelte mennesket i utfordrende situasjoner, og å arbeide for å endre de samfunnsstrukturene som holder enkelte grupper mennesker i samfunnet i en avmaktssituasjon (Askheim, 2012).

1.2 Problemstilling og avgrensning

Problemstillingen for oppgaven er:

Hvordan kan empowerment redusere stigma som en barriere for å søke hjelp for mennesker med depresjon?

Empowerment i denne sammenheng referer til en empowerment-rettet tilnærming i sosialfaglig utøvelse. Oppgaven legger dermed et hjelpeperspektiv til grunn, som for dette formål vil si hvordan sosialarbeidere med empowerment som tilnærming kan hjelpe mennesker med depresjon i en situasjon som stigmatisert på individ, gruppe og samfunnsnivå. Empowerment er forsøkt oversatt til norsk som myndiggjøring (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 103). Askheim (2003, s. 105) forklarer at myndiggjøring ikke gir en representativ forklaring av begrepet og at termen empowerment er på vei inn i skandinavisk språkbruk. Oppgaven anvender derfor begrepet "empowerment" fremfor myndiggjøring.

Som en følge av oppgavens avgrensning i omfang har oppgaven et større fokus på empowerment på individ- og samfunnsnivå enn empowerment på gruppenivå. Derved vil gruppenivået bli omtalt i noe mindre grad enn de andre nivåene. Oppgaven fokuserer på depresjon fremfor psykisk sykdom som helhet som følge av egeninteresse for sykdommen og sykdommens høye prevalens i befolkningen. Depresjonens sykdomsforløp og variasjoner blir presentert generelt og ikke utdypende redegjort for, dette med hensyn til oppgavens problemstilling. Oppgaven refererer i hovedsak til depresjon som en samlebetegnelse for mild, moderat og alvorlig depresjon. Det er ikke foretatt en avgrensning til hvilken hjelpekilde det er snakk om å søke hjelp fra. Oppgaven er ikke avgrenset til mennesker med depresjon i en viss aldersgruppe, imidlertid er de fleste forskningsartiklene i oppgaven basert på deltakere over 18 år.

1.3 Forforståelse og sosialfagligrelevans

Praksis ved et lavterskeltilbud innenfor psykiatrien gav forståelse om at stigma kan være et utfordrende aspekt i en livssituasjon som psykisk syk. Et inntrykk som spesielt har satt seg er brukernes fortellinger og erfaringer om den «psykiatriske pasient» som en rolle preget av stigma og skam, og en rolle en kunne ofre stort for å unngå å bli identifisert med. Som følge av denne erfaringen ble interessen vekket for å undersøke hvordan stigma kan påvirke mennesker med depresjon sin tendens til å søke hjelp, og hvordan jeg som fremtidig

sosialarbeider kan motarbeide denne utfordringen.

Sosialarbeidere kan møte mennesker med depresjon ved ulike anledninger, hvor kunnskap om oppgaven sin problemstilling oppleves aktuell. Noen eksempler på arbeidsplasser er ved distriktpspsykiatriske sykehus, ved lavterskeltilbud innenfor psykiatrien og i NAV. I sosialt arbeid er et helhetlig menneskesyn og målet om å skape en bedre livssituasjon for mennesker i utfordrende situasjoner, sterkt forankret (Berg, Ellingsen, Levin & Kleppe, 2015). Hva sosialt arbeid konkret er defineres imidlertid ulikt. For dette formål er en global definisjon lagt til grunn for forståelsen av sosialt arbeid; «Sosialt arbeid er et praksisbasert yrke og akademisk disiplin som fremmer sosial endring og utvikling, sosial utjevning, samt myndiggjøring og frigjøring av mennesker. Prinsipper om sosial rettferdighet, menneskerettigheter, kollektivt ansvar og respekt for forskjeller er sentrale i sosialt arbeid...». (Berg et al., 2015, s. 21).

Sosialarbeidere har et yrkesetisk samfunnsmandat som innebærer å ha et kritisk blikk på verdier som styrer samfunnet, og å bekjempe mekanismer i samfunnet som holder utsatte grupper i undertrykkende posisjoner (Fellesorganisasjonen, 2019). Det er òg prinsippfestet at sosialarbeidere skal bruke myndigheten yrkesrollen medbringer til å synliggjøre brukernes egne kompetanser og ressurser (Fellesorganisasjonen, 2019). Dette viser at sosialarbeidere har et ansvar både overfor brukeren og av sosialpolitisk karakter. Empowerment oppleves som en tilnærming som muliggjør en ivaretagelse av dette ansvaret.

1.4 Oppgavens oppbygging

Oppgaven starter med et bakgrunnskapittel hvor det blir gjennomgått en presentasjon av politiske føringer relevant for oppgavens tema. Videre vil depresjon og behandlingsmuligheter bli redegjort for. Deretter presenterer oppgaven litteraturstudie som metode, samt fremgangsmåten i prosessen mot å finne og avgrense litteraturen som er inkludert. I teorikapittelet redegjøres det for to teoretiske perspektiv, henholdsvis stigma og empowerment. Påfølgende av dette presenterer oppgaven forskning om stigma og depresjon, hvordan stigma kan være en barriere for å søke hjelp og empowerment i forhold til stigma. Deretter vil teori bli drøftet opp mot forskning med mål om å diskutere hvordan et empowermentrettet sosialt arbeid kan bidra til å minske effekten stigma kan ha overfor hjelpesøking. Avslutningsvis blir det foretatt en oppsummering av oppgavens innhold.

2.0 Bakgrunn

2.1.0 Psykisk helse på politisk dagsorden

Historisk sett har psykisk sykdom og psykiatrien vært gjenstand for mystifiserte og fordomsfulle holdninger (Dybvig, Jensen & Johannesen, 2009, s. 27). Opptrappingsplanen for psykisk helse, iverksatt i 1999, kan på mange måter betraktes som en banebrytende reform for det psykiske helsefeltet i Norge. Planen kom på bakgrunn av svikt i flere sentrale ledd; tilgang på tjenester, kvalitet i behandling, ventetid og oppfølging etter utskriving (St.prp. nr. 63 (1997-1998)). En evalueringsrapport av opptrappingsplanen viser at befolkningen preges av mer positive holdninger vedrørende psykisk helse og sykdom etter planen ble iverksatt, sammenlignet med holdninger før planen kom (Norges Forskningsråd, 2009). Til tross for dette er det likevel et faktum at stigma knyttet til psykisk sykdom eksisterer i samfunnet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 23).

Det heter at «grunnlaget for god psykisk helse legges når vi tør å snakke like høyt om vonde tanker som vonde knær» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 5). I dag pågår omfattende innsats i arbeidet om å sidestille psykisk sykdom med fysisk sykdom. Arbeidet finner en igjen i gjeldende strategi for god psykisk helse, "Mestre hele livet", gjeldende fra år 2017-2022 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017). Strategien nedfeller behov for tiltak som styrker pasientens tilgang på tidlig behandling, som videre kan bidra til å redusere og forebygge oversykkelighet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 33). Samtidig er stigmatisering av psykisk sykdom tildelt et eget fokus i strategien, hvor det blir tydeliggjort et behov for å nedkjempe stigma og fordommer. I dette heter det at avstigmatisering av psykisk sykdom må foregå både blant brukerne, pårørende, ansatte i helsetjenestene og i samfunnet som helhet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 24).

Holdningsendring knyttet til psykisk helse og sykdom handler i stor grad om alminneliggjøring og kompetanseheving hos innbyggerne. Dette praktiseres gjennom opplysningsarbeid og kampanjer, enten på «bakken» eller via media (Dybvig et al., 2009, s. 35). Et eksempel på en internasjonal og nasjonal kampanje er «verdensdagen for psykisk helse». Denne kampanjen målsetter en bevisstgjøring av viktigheten av å ivareta egen psykisk helse (Verdensdagen, u.å.). Opplysning om psykisk sykdom og kontakt med mennesker som har eller har hatt psykiske helseutfordringer kan endre menneskers holdninger i en positiv

retning (Dybvig et al., 2009, s. 35).

2.2.0 Depresjon

Depresjon inngår i samlebetegnelsen stemningslidelser i diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 2011, s. 61). Stemningslidelser omhandler psykiske lidelser som uttrykker seg ved endring i humøret, eksempelvis via oppstemthet eller nedstemthet (Snoek & Engedal, 2017, s. 95).

Depresjon kan ramme sentrale elementer ved kognisjon, emosjon og somatikk. Det generelle bildet av sykdommen er imidlertid at den deprimerte har en deprimert tankegang. Det vil si en tankegang hvor negative tanker overstyrer de positive og dermed utfordrer den deprimertes evne til å se fremover med et positivt blikk (WHO, 2011, s. 67). Emosjonelle symptomer kan arte seg som en vedvarende opplevelse av å være trist, trøtt, negativ og nedstemt. Andre symptomer kan være tiltaksløshet, mindreverdighetsfølelse, ubegrunnet skyldfølelse for sykdommen og selvmordstanker (Helsebiblioteket, 2018). Somatiske symptomer kan være svimmelhet, hodepine og markert tap av appetitt og vekt (WHO, 2011, s. 67).

I diagnosemanualen ICD-10 kategoriseres depressiv lidelse i flere underdiagnoser, herunder som for eksempel mild, moderat og alvorlig depressiv episode. Differensieringen bygger på antallet, alvorlighetsgrad og type symptom tilstede over et tidsrom på normert to uker (WHO, 2011, s. 67). Ved en mild form for depresjon kan den syke ha vansker med å delta på sosiale aktiviteter og i arbeid. Det er imidlertid anslått at den syke mest sannsynlig ikke slutter å fungere i hverdagslivet. Ved moderat depresjon har vedkommende større utfordringer ved å delta på aktiviteter, utføre daglige gjøremål eller fortsette i arbeid. Ved alvorlig depresjon er det benevnt svært sjeldent at en mestrer å stå i arbeid eller klarer å fortsette i sine aktiviteter i hjemmet (WHO, 2011, s. 68, 69).

En depresjon har grobunn i både genetiske, biologiske og psykososiale faktorer og årsakene til sykdommen er ofte sammensatte og vanskelig å fastsette (Snoek & Engedal, 2017, s. 98). Depresjon kan opptre samtidig med andre psykiske og somatiske sykdommer og øker sannsynligheten for å utvikle andre psykiske sykdommer, for eksempel rusmiddelavhengighet og angstlidelse (Folkehelseinstituttet, 2018, s. 11). Stressende livshendelser som dødsfall, samlivsbrudd, økonomiske problemer og sosial ensomhet kan også utløse depresjon (Helsebiblioteket, 2018).

2.2.1 Behandling

Mennesker med depresjon kan oppsøke ulike tjenester for å få hjelp til å håndtere en depresjon. Et naturlig førstevalg for mange er å oppsøke fastlege (Rones, Mykletun & Dahl, 2005). Fastlege kan videre henwise til psykolog eller behandlingstilbud, for eksempel oppfølging via et distriktpspsykiatrisk senter. Et distriktpspsykiatrisk senter går under spesialisthelsetjenesten og tilbyr ulike tjenester til mennesker som er rammet av psykisk sykdom. Hvilken tjeneste som vil være aktuell for den enkelte reflekteres i den syke sine ønsker og behov for behandling. Eksempler på tjenester er utredning av sykdommen, behandling, ambulante tilbud og innleggelse ved behov for kort eller lengre tids døgnbehandling (Snoek & Engedal, 2017, s. 308). Personer med depresjon kan og bli behandlet av psykologer eller psykiater ved henvisning fra lege (Norsk Helseinformatikk, 2019b), eller ved behandlingssklinikker. Et eksempel på dette er Viken senter, en behandlingssklinikkk som behandler voksne med psykiske lidelser, mellom annet depresjon (Viken Senter, u.å.).

De vanligste behandlingsformene er ulike former for samtaleterapi og antidepressive legemidler. Behandlingsformene brukes separat eller i kombinasjon, avhengig av alvorlighetsgrad av sykdommen (Helsebiblioteket, 2018). Elektrosjokk kan vurderes som behandling ved svært alvorlige former for depresjon hvor utprøvd mildere behandling ikke gir ønsket effekt (Snoek & Engedal, 2017, s. 105).

3.0 Litteraturstudie som metode

Opgaven benytter litteraturstudie som metode. I en litteraturstudie studeres empiri og teori som allerede er undersøkt og skrevet om innenfor et felt. Metodens fremgangsmåte er dermed å søke etter vitenskapelige originalartikler og litteratur i relevante databaser (Støren, 2013). Med oppgavens tidsperspektiv og omfang i betraktning ligger vurderingen til at metoden er egnet for å belyse problemstillingen. Samtidig har litteratursøk tydeliggjort at det eksisterer forskning og relevant litteratur knyttet opp mot tema som helhet. En litteraturstudie av både kvalitativ og kvantitativ forskning oppleves å muliggjøre en fordypet innsikt i problemstillingen.

En litteraturstudie handler i stor grad om egen informasjonskompetanse.

Informasjonskompetanse omhandler evne til å forstå, velge ut og studere relevant informasjon

(Støren, 2013, s. 39). En svakhet med metoden kan dermed være at utvalgt teori og empiri er avhengig av mine forståelsesbriller overfor hvilken litteratur som kan og bør anvendes for å belyse problemstillingen. Det oppleves derfor viktig å være oppmerksom på egen forforståelse og å vurdere hvilke andre synspunkter som kan ligge til saken underveis i prosessen.

3.1.0 Å orientere seg i relevant litteratur

Problemstillingens sammensetning bidrog til at jeg delte opp søkene i stigma som barriere for å søke hjelp hos mennesker med depresjon, og i empowerment i forhold til stigma og depresjon. Tidlig i søkeprosessen erfarte jeg at eksisterende forskning innenfor temaet hovedsakelig var engelskspråklige artikler. Forskningsundersøkelser gjennomført i Norge var òg publisert engelskspråklig. Utførte søk er dermed hovedsakelig basert på engelske søkeord. Før spesifikke søk opplevde jeg et behov for en kort innføring i tema og søkte dermed på «profesjonal help», «stigma» og «mental illness». Ved dette fant jeg at en vanlig term var begrepet «help-seeking behavior», dette begrepet ble inkludert i videre søk.

Litteratursøkene ble foretatt i de databasene jeg opplevde mest relevant og anvendelig innenfor oppgavens tema, henholdsvis SocIndex, Google Scholar, Academic Search Elite og Oria. Søkene ble utført ved å kombinere følgende søkeord: "help-seeking behavior", "mental illness", "depressive disorder", "depression", "stigma" og "labeling". Jeg fikk mest treff på kombinasjonen "help-seeking behavior", "mental illness" og "stigma". Disse søkeordene frembragte òg artikler knyttet til "help-seeking" og depresjon. Vedrørende empowerment ble søkeordene «empowerment», «depression», «mental illness» og «stigma» brukt i ulike kombinasjoner. Kombinasjonen av «empowerment», «stigma» og «mental illness» var treffene som gav flest relevante treff. Jeg gjennomgikk referanselistene til enkelte av artiklene jeg fant via søk. I disse fant jeg artikler jeg kunne benytte samtidig som referanselistene gav inspirasjon for nye søk. Denne metoden kan omtales som snøball-metoden og har vært til hjelp for å komme frem til anvendt litteratur i denne oppgaven.

3.2.0 Kildekritikk

En viktig faktor ved innhenting av litteratur er å være kildekritisk. Det vil si å vurdere kildens troverdighet, innhold og relevans (Dalland, 2013, s. 73). Gjennom søk har jeg hatt et inklusjonskriterium om at publikasjonene skal være fagfellevurdert. Fagfellevurdering vil si at fagfeller kritisk har bedømt artikkelen før den er publisert og lagt i database (Støren, 2013, s. 7). Slik fagfellevurdering har jeg mellom annet kontrollert ved hjelp av Norsk senter for forskningsdata (www.nsd.no) sine sider. For å vurdere relevansen til kildene har jeg vurdert i hvilken grad kilden kan anvendes for å belyse forskningsspørsmålet mitt.

Oppgaven anvender litteratur fra eldre årgang i tilfeller hvor jeg ikke har funnet tilsvarende litteratur av nyere tid. Dette kan være en svakhet ved at informasjonen er utdatert og ikke kan vurderes overførbar til nyere kontekst, kultur og samfunn. Jeg har imidlertid vurdert de inkluderte bidragene av eldre årgang som aktuelle for dette formål betraktet oppimot øvrige litteraturbidrag av nyere år.

I forhold til stigmaets forankring i samfunn og kultur har jeg vært kritisk til forskningsbidrag om stigma fra andre land enn Norge. I dette har jeg forsøkt å undersøke hvordan stigma arter seg overfor psykisk sykdom i det landet forskningsundersøkelsen er foretatt, før jeg har inkludert artikkelen.

4.0 Teoretisk rammeverk

I denne delen vil det bli redegjort for to teoretiske perspektiv, stigma og empowerment. Vedrørende stigma er det inkludert ulike bidragsyttere for å vise ulike måter å forstå begrepet på. Påfølgende av stigma vil oppgaven omtale empowerment som verktøy og ideologi.

4.1.0 Stigma

Forskning om stigma strekker seg tilbake til 1960-tallet, hvor sosiologen Goffman er av stor betydning for forståelsen av stigma i dag. I følge Goffman (1963) strekker stigma seg tilbake til oldtidens grekere. På den tid refererte stigma til fysiske tegn markert på kroppen til den stigmatiserte for å visualisere at det var noe unormalt og dårlig ved vedkommende sin moral (Goffman, 1963, s. 10). I nåtidens kontekst anvendes begrepet noe som i den opprinnelige forstand, men referer mer til selve skammen ved å bære en sosialt nedvurdert egenskap heller

enn det fysiske beviset på det (Goffman, 1963, s. 10).

Stigma reflekterer i samfunnets definisjon av hva som vurderes som normalt, riktig og godt (Schei, 2006, s. 18). Hva som defineres som normalt vil derved variere fra tid, kultur og samfunn (Shiefloe, 2011, s. 387). Å bli stemplet som avvikende fra normalsatsen i samfunnet kan påvirke sosial deltakelse og samhandling med andre negativt (Goffman, 1963). Stempling i denne sammenheng forstås som at en person defineres som annerledes av andre, i overført betydning går den stigmatiserte fra å bli betraktet som en egen person til å bli betraktet som stigmaet sitt. Dermed blir den stigmatiserte sin sosiale identitet forsømt (Goffman, 1963). Å bli definert med et stigma kan betraktes som å bli tilskrevet en ufrivillig posisjon. En person har gjerne flere posisjoner, mens hovedposisjonen blir den tittelen som samfunnet eller personen selv ser på som mest fremtredende (Schiefloe, 2011, s. 205).

Corrigan, Larson og Rüsç (2009, s. 75) differensierer stigma i to varianter, offentlig stigma og selv-stigma. Offentlig stigma representerer de fordommer og stereotypiseringer rettet mot en sårbar gruppe mennesker av øvrig majoritetsbefolkning (Corrigan & Watson, 2002). Stereotypi kan forklares som allment aksepterte og konstruerte forenklinger av virkeligheten, basert på urettferdige og generaliserte antagelser om et fenomen (Corrigan & Watson, 2002). Et offentlig stigma er for eksempel oppfatningen om at mennesker med depresjon er vanskelige å snakke med (Crisp, Gelder, Rix, Metzler & Rowlands, 2000). Selv-stigma er stigmaet som oppstår ved at bæreren av et stigma internaliserer de offentlige antagelsene og holdningene i seg selv, og identifiserer seg med fordommene knyttet til stigmaet (Corrigan & Watson, 2002). Basert på det offentlige stigmaet om depresjon, kan selvstigma eksemplifiseres som at den selvstigmatiserte tenker «jeg er deprimert, jeg må være vanskelig å snakke med». Selvstigma kan medbringe negative konsekvenser for den selvstigmatiserte, for eksempel lavere selvtillit og opplevd egenverd (Corrigan & Rao, 2012).

De som har mulighet til å skjule stigmaet kan anvende ulike strategier for å unngå å bli stigmatisert og derved «passere som normal» (Goffman, 1963). Goffman (1963) illustrerer tre strategier for informasjonskontroll. En hyppig anvendt strategi omtales som selektiv avsløring. Denne strategien innebærer at bæreren av et stigma deler nettverket i grupper, henholdsvis en liten gruppe som vet om stigmaet, og en annen gruppe en ikke forteller noe til (Goffman, 1963, s. 104). En annen strategi er fysisk og psykisk avstand fra de en kan oppleve

å bli stigmatisert av, igjennom hemmeligholdelse av stigmaet ovenfor alle (Goffman, 1963, s. 109). En tredje strategi er full åpenhet om den diskrediterende egenskapen - stigmaet – med omgivelsene (Goffman, 1963, s. 110).

Empowerment-modellen er en mestringsstrategi i møte med stigma som har fått økt fokus de siste årene. Modellen viser til mennesker som er åpne om stigmaet fremfor å beskytte seg fra det. Når bæreren av et stigma er åpen om den miskrediterede egenskapen, forstår en den stigmatiserte som en aktiv deltaker i eget liv og samfunn (Oyserman & Swim, referert i Shih, 2004, s. 180). I modellen forstår en at bæreren av et stigma betrakter det offentlige stigmaet som urettferdige antagelser og som en feil ved samfunnet (Shih, 2004, s. 181).

Forståelsen av stigma har gjennomgått en utvikling sett oppimot Goffman sitt sentrale bidrag i 1963. Link og Phelan (2001, s. 363) retter et kritisk blikk mot anvendelsen og forståelsen av stigma i dag og hevder at begrepet blir forstått for individfokusert. Link og Phelan (2001, s. 375) forklarer at stigma avhenger av sosial, økonomisk og politisk makt, hvor stigmatisering muliggjør utnyttelse, kontroll eller ekskludering av andre. Ved dette poenget forstår Link og Phelan (2014) at det må være noen som utøver makt til å stigmatisere for at noen skal bli stigmatisert og omtaler dette fenomenet som «stigma-power». Denne konseptualiseringen av stigma forankrer derved stigma inn i en maktsituasjon på et overordnet nivå.

4.2.0 Empowerment

Empowerment er en ideologi, metode og verktøy som er tildelt en sentral rolle i arbeid med sårbare og undertrykte grupper i samfunnet, herunder i utøvelse av sosialt arbeid (Ellingsen & Skjefstad, 2015). En av årsakene til dette kan være at empowerment retter seg mot å fremme et positivt menneskesyn og symboliserer makt og styrke (Askheim, 2012, s. 17).

Et skille i empowerment-tilnærmingen kan forstås som empowerment som etablering av motmakt og individorientert empowermentarbeid (Askheim, 2012, s. 17). Motmakt-tilnærmingen har et fokus på samfunnsmessige strukturer og dens påvirkning på personer og gruppers livssituasjon (Askheim, 2012, s. 21). En individorientert tilnærming handler om hvordan den enkelte kan styrkes igjennom å legge kraft i egne ressurser (Askheim, 2012, s. 35). For dette formål vil begge tilnærmingene bli inkludert.

I motmakt-tilnærmingen tenker en at makten må tildeles eller bli tatt tilbake av mennesker i undertrykte posisjoner, med mål om å skape handling (Askheim, 2012, s. 21). Weber definerer makt som «muligheten til å få igjennom sitt syn eller vilje, selv når denne møter motstand» (Weber, referert i Levin, 2015, s. 42). Motmakttilnærmingen tilsier at menneskers posisjon i samfunnet er et resultat av sosial konstruksjon heller enn å være naturgitt (Askheim, 2012, s. 21). Målet i tilnærmingen er å forandre rammene som plasserer og holder personer og grupper i en avmaktsposisjon (Askheim, 2012, s. 21). Hutchinson (2010, s. 17) skriver at en kan gjenkjenne avmakt hos mennesket som en følelse av en nedstemthet - en vet ikke hva en skal gripe tak i, ingenting nytter og en opplever manglende muligheter for endring.

4.2.1 Empowerment på tre nivå

En mulig inndeling av empowermentarbeid innenfor sosialt arbeid er empowerment på ulike nivå, henholdsvis individ, gruppe- og samfunnsnivå (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104, 105). Videre vil nivåene bli kort redegjort for og ytterligere belyst under drøfting.

På individnivå finner en gjerne en individorientert tilnærming til empowerment, hvor arbeidet handler om å motivere, anerkjenne og øke menneskers evne til å løse personlige problemer og ivareta egne behov (Askheim, 2012, s. 36). Målet ved empowerment på dette nivået er å legge styrke og kraft i personens selvbilde. Dette kan lede til at personen opplever mer makt og kontroll over forhold som påvirker eget liv (Askheim, 2012, s. 36).

Empowerment på gruppenivå kan handle om å koble sammen mennesker i utfordrende situasjoner. I et felleskap og samarbeid kan mennesker styrke hverandre igjennom støtte og ved å mobilisere og tydeliggjøre hverandre sine ressurser, med mål om å håndtere en utfordring (Schieffloe, 2015, s. 153). Ved å gå sammen i en gruppe kan det samtidig være enklere å visualisere og arbeide mot undertrykkende prosesser i samfunnet (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104).

Sosialarbeidere har ulike gjennomføringsmuligheter for å jobbe empowerment-rettet på samfunnsnivå (Ellingsen og Skjefstad, 2015, s. 104). Empowerment på samfunnsnivå kan forklares som et verktøy for å tale sin stemme i offentligheten, hvor sosialarbeidere og brukerne kan synliggjøre og påvirke egen situasjon på system- og politisk nivå. Brukerkontakt på individ- og gruppenivå kan generere kunnskap hos sosialarbeideren om forhold som har en

undertrykkende effekt i samfunnet overfor enkelte grupper. En viktig del av dette er å sette de maktstrukturene som bidrar til undertrykking på dagsorden (Ellingsen og Skjefstad 2015, s. 104).

5.0 Presentasjon av forskning

I denne delen av oppgaven blir det presentert forskning knyttet til stigma og depresjon og hvordan stigma kan påvirke hjelpesøking hos mennesker med depresjon. Påfølgende av dette blir det presentert forskning om empowerment sin mulige påvirkning overfor en livssituasjon preget av stigma.

5.1.0 Stigma knyttet til å være deprimert

Stigma som følge av å være rammet av depresjon er en vanlig og et utfordrende aspekt ved den syke sin livssituasjon (Barney et al., 2009). Stereotypier om mennesker med depresjon er for eksempel at den deprimerte er vanskelig å snakke med (Crisp et al., 2000), og at mennesker med depresjon er skyld i årsaken til at en er blitt rammet av depresjon (Barney et al., 2009). Samtidig kan mennesker med depresjon være gjenstand for mange av de samme holdningene som eksisterer for andre psykiske sykdommer (Barney et al., 2009). En finsk studie finner at vanlige antagelser om psykisk sykdom er at mennesker med slik sykdom er farlige, inkompetente og uforutsigbare (Aromaa, Tolvanen, Tuulari & Wahlbeck, 2011, s. 126).

Det som kan forklares å skille holdningene om depresjon fra andre psykiske sykdommer er holdningene knyttet opp mot behov for behandling. Det virker å være en rådende forståelse om at sykdommen ikke er av behov for behandling på lik linje med andre psykiske sykdommer (Barney et al., 2009). Tilsvarende funn forekommer i en forskningsartikkel av McNair, Highet, Hickie og Davenport (2002) som viser til at familiemedlemmer, venner og samfunn ikke betrakter depresjon som en sykdom, men heller som en tilstand av tristhet, som en respons av en utfordrende livshendelse eller som en selvkorrigerende periode med mentalt stress.

5.2.0 Hvordan stigma kan fungere som en barriere for å søke hjelp

Å unnlate å søke hjelp for å behandle sykdommen er et komplekst og sammensatt fenomen hos mennesker med depresjon (Roness et al., 2005). I dette bildet er stigma en veletablert

barriere mot å søke hjelp (Barney, Griffiths, Jorm og Christensen (2006). For å vise hvordan stigma kan fungere som en barriere for å søke hjelp, er forskningsfunnene forsøkt separert i indre og ytre «barrierer». I dette må det bli tatt et forbehold om at faktorene ikke må sees som uavhengige faktorer, snarere må de vurderes i sammenheng. Med indre faktorer refereres det til personlige aspekt som selvstigma, forsvar mot stigma og selvtillit. De ytre faktorer viser i hovedsak til offentlig stigma og frykt for å bli stigmatisert av hjelpeapparat og av sitt sosiale nettverk.

5.2.1 Indre faktorer

Corrigan forklarer at å ikke søke hjelp er en forsvarsmekanisme mot å bli stigmatisert. I dette foretar den syke en aktiv beslutning om å ikke avsløre et psykisk helseproblem. Ved å ikke søke hjelp, få en diagnose eller å gjøre sykdommen kjent for andre, unndrar den syke seg trusselen for å bli utsatt for offentlig stigma og påfølgende selvstigma (Corrigan, 2004, s. 617).

Barney et al. (2006) finner at selvstigmatisering og forventet stigma fra omverdenen er en signifikant barriere mot å søke hjelp. Personer med psykisk sykdom kan motiveres til å unngå stigma som følge av stigmaets mulige skader på egen selvoppfatning og identitet (Corrigan, 2004, s. 614). En annen faktor ved å ikke søke hjelp er frykten for å bli oppfattet som svak fra omgivelsene, og tanken om at andre vil tenke at en kom til kort i eget liv ved å ikke håndtere sykdommen selv (Barney et al., 2009). Stigma kan òg fungere som en barriere som følge av at selvstigma kan genere en «why try» tankegang, en tankegang som beskriver den atferdsmessige konsekvensen av selvstigma som hindrer mennesker med selvstigma å forfølge personlige mål (Corrigan et al. 2009, s. 75).

5.2.2 Ytre faktorer

Barney et al. (2009) finner det å være minst stigmatisert fra omgivelsene å oppsøke fastlegen for å behandle depresjon og mer stigma knyttet til å bli behandlet ved psykiske helsetjenester som for eksempel psykiater. Ben-Porath (2002) viser at mennesker med depresjon som søker hjelp fra psykisk helsepersonell blir sett på som mer ustabile av øvrig befolkning enn deprimerte som ikke søker hjelp fra en slik hjelpekilde.

En frykt for å bli møtt med negative holdninger fra behandlere kan påvirke den deprimerte sin

tendens overfor å søke hjelp negativt. Barney et al. (2009) finner at mottatt psykisk helsehjelp fra psykisk helsepersonell var assosiert med erfaringer om stigmatiserende respons fra behandlerne. Gullslett, Kim og Borg (2014) finner at mennesker med psykisk sykdom opplever å ikke bli trodd på av helseapparatet. Dette aktualiseres både overfor å bli trodd for å ha en psykisk sykdom, men òg i forhold til andre somatiske plager.

En fremgående barriere er redselen for responsen fra omgivelsene. Informantene i studien til Barney et al. (2009) svarer nesten uten unntak at de ikke ville søke hjelp i frykt for at andre mennesker skulle reagere negativt om de visste om depresjonen. Dette både i forhold til venner, familie og fra hjelpeapparat. Y-Garcia et al. (2012) finner at det sosiale nettverket til en person med depresjon kan ha en todimensjonal rolle. På den ene siden kan et støttende sosialt nettverk motivere den syke til å søke hjelp, og fungere som en støtte for den syke i et behandlingsforløp. Om den deprimerte derimot er av oppfatningen av at ens sosiale nettverk bærer fordommer mot psykisk sykdom, kan dette fungere som en barriere for å søke hjelp (Y-Garcia et al., 2012).

5.3.0 Empowerment i sammenheng med psykisk sykdom og stigma

Corrigan et al. (2009) viser til at mennesker med psykisk sykdom som opplever empowerment og beslutningsmakt i eget liv, virker å ha bedre utfall overfor psykisk helse. En av årsakene til dette er blant annet at opplevd styrke kan føre til en mer aktiv deltakelse i behandling. Porter og Bejerholm (2018, s. 265) viser at opplevd empowerment er korrelert med bedre sykdomsforløp hos mennesker med depresjon.

Å "komme ut av skapet" med en psykiatrisk diagnose er ofte assosiert med en reduksjon av selvstigmatisering og bedre livskvalitet (Corrigan & Rao, 2012). Corrigan og Rao (2012) finner at empowerment er en gunstig vei å gå for å redusere stigma, ved å styrke mennesket som sliter med selvstigma. Hva som gjør at noen velger å gå inn i stigmaet fremfor å beskytte seg fra det, bygger på en sammensetning av individuelle faktorer, stigmaets karakter og gruppeidentifikasjon (Shih, 2004, s. 181).

Identifikasjon med en gruppe, for eksempel en støttegruppe, øker motstandsdyktigheten mot stigma som er assosiert med psykisk sykdom (Crabtree, A. Haslam, Postmes & C. Haslam, 2010). Personer som i høy grad identifiserer seg med en gruppe eller diagnose, til tross for et

tilknyttet stigma, er mer sannsynlig å oppleve seg empowered (Shih, 2004, s. 181). Corrigan & Rao, (2012) finner at samtidig som det kan virke frigjørende å ikke bruke krefter på å beskytte seg fra å bli stigmatisert, kan åpenhet føre til stigmatisering og diskriminering, og mer isolasjon enn tidligere.

6.0 Drøfting

Problemstillingen som danner grunnlaget for oppgaven er «hvordan kan empowerment redusere stigma som en barriere for å søke hjelp for mennesker med depresjon?». For å diskutere dette vil kapitlene ta utgangspunkt i et empowerment-rettet sosialt arbeid på individ, gruppe og samfunnsnivå. Som nevnt i avgrensningen blir empowerment på gruppenivå mindre vektlagt.

6.1.0 Empowerment – en løsning?

Link og Phelan (2001) sin konseptualisering av stigma viser til at stigma avhenger av sosial, økonomisk og politisk makt. Det er noen som har som formål å undertrykke eller å etablere avstand til en gruppe som vurderes annerledes fra normalen (Link & Phelan, 2014).

Mennesker med depresjon som blir stigmatisert kan vurderes som en slik gruppe. Ved Link og Phelan (2001) sin forståelse kan en tenke at en rolle som stigmatisert bærer et preg av undertrykkelse og maktesløshet. På denne måten kan en forstå empowerment som motpolen til stigma, hvor empowerment kan vurderes å symbolisere en tilværelse med opplevd kontroll over situasjonen, rettferdiggjørelse og optimisme, jamfør Askheim (2012).

En kan imidlertid være med oppfatningen av at mennesker med depresjon ikke alltid skal eller bør adresseres som avmektige. I dette refereres det til dem som går inn i stigmaet igjennom empowerment-modellen og ikke opplever seg stigmatisert i utgangspunktet, jamfør Shih (2004). I tilfeller der bæreren av en sosialt nedvurdert egenskap spiller en aktiv rolle i eget liv og opplever seg empowered, kan en forstå at vedkommende ikke nødvendigvis opplever seg selv som avmektig overfor egen livssituasjon. På den andre siden må en være bevisst at stigma kan påvirke sosiale muligheter og deltakelse negativt. For eksempel, overfor deltakelse og muligheter i arbeidslivet (McNair et al., 2002). Avmektigheten kan òg ses i tråd med Goffman (1963) sin tolkning av at stigma hindrer den miskrediterte i å oppnå fullverdig sosial aksept. Sett under ett kan en forstå stigma som en samfunnsmakt over den deprimerte sitt

handlingsrom og mulighet, hvor stigmatiserte mennesker med depresjon kan forstås mindre mektige i forhold til majoriteten. Dette kan videre ses i sammenheng med Link og Phelan (2001) sin forståelse av maktelementet i stigma.

Et annet poeng som bør fremmes er at ikke alle mennesker med psykisk sykdom står overfor utfordringer knyttet til stigma i utgangspunktet. I dette heter det at noen ikke tenker over de fordommene som eksisterer i samfunnet og opplever seg dermed uberørt av selvstigma (Corrigan & Rao, 2012). I dette kan en vurdere at stigma ikke aktualiseres i samme grad som en barriere for å søke hjelp, som for dem som opplever og internaliserer stigmaet. For de som opplever stigma som en barriere for å søke hjelp kan imidlertid en empowermenttrettet tilnærming i et hjelpeforhold fremprovosere en endring av situasjonen til det bedre, igjennom å styrke den deprimerte sin motstandskraft i møte med stigma. Dette kan ses i sammenheng med Corrigan et al. (2009, s. 75) som skriver at effektene av selvstigma og "why-try" effekten kan reduseres av tjenester som fremmer empowerment i tjenesteutøvelsen.

En generell oppfatning på bakgrunn av inkludert forskning i oppgaven er at stigma legger føringer for beslutningen om den deprimerte skal søke hjelp eller ikke. Empowerment kan på den andre siden bidra til at mennesker som opplever stigma erfarer økt beslutningsmakt i eget liv (Corrigan et al., 2009). I lys av dette kan en forstå at empowerment som tilnærming i sosialfaglig utøvelse kan utrette positive utfall på et individ og gruppenivå i forhold til å søke hjelp, dette igjennom å jobbe mot en livssituasjon med mer opplevd mestring, handlekraft og selvtillit hos stigmatiserte.

Empowerment kan foregå på individ, gruppe og samfunnsnivå. I forhold til et empowermentarbeid med avstigmatisering som mål kan en derimot stille seg undrende til på hvilket nivå arbeidet burde foregå. Dette sett i lys av at stigma er en samfunnskreasjon (Corrigan & Rao, 2012). Skal sosialarbeidere arbeide på et individnivå ved å stryke mennesket med mål om at den syke skal trosse stigma og søke hjelp, eller skal en henvende seg til de forholdene i samfunnet som kanalisere mennesker med depresjon ut i sårbarhet som følge av fordommer i samfunnet? Corrigan og Rao (2012) hevder at en gunstig vei å gå for å redusere stigma er ved å jobbe for empowerment hos mennesker med selvstigma. Dette kan omtales som et individorientert empowerment (Askheim, 2012). På en annen side kan en stille seg spørrende til om empowerment på individnivå kan betraktes som en ansvarsfraskrivelse

fra samfunnet og helseapparatet sin side, ved at et samfunnsskapt problem blir lagt i menneskers hender for håndtering. Sett i lys av Corrigan et al. (2009) sin forklaring av offentlig stigma, ville ikke selvstigmatisering vært en utfordring foruten offentlig stigma. Dette som en følge av at selvstigma er en internalisering og identifisering med offentlig stigma (Corrigan & Rao, 2012). Samtidig beregner verdens helseorganisasjon at mer enn 264 millioner mennesker sliter med depresjon (WHO, 2020). Vil ikke et mål om å tilintetgjøre depresjon som et stigma på et høyere nivå være mer hensiktsmessig, hvor en kan forstå at dette ville gitt positive ringvirkninger for flere?

Selvstigma er en etablert barriere for å søke hjelp (Barney et al., 2006, s. 51). Dette gir forståelse for at en på den andre siden kan vurdere at empowermentarbeid kan og bør foregå på et lavere nivå enn samfunnsnivå. I arbeid på individnivå kan det imidlertid være forstått viktig å være tydelig på som hjelpeutøver at stigma ikke er en feil ved mennesket, men en feil med samfunnet. Behovet for empowerment på individnivå underbygges òg av verdens helseorganisasjon (WHO, u.å.). Organisasjonen skriver at mens strukturer og samfunn kan skape muligheter som muliggjør individuell empowerment, ligger ansvaret hos mennesket selv angående å ta kontroll over egne problemer, eget liv og måten en blir behandlet på (WHO, u.å.). På bakgrunn av dette kan en tenke at opplevelsen av individuell handlekraft fungerer som en forutsetning for å stå i stigmatisering, men at empowerment på individnivå ikke endrer forholdene som skaper stigmaets effekt overfor hjelpesøking i utgangspunktet. Dette gir videre en formening om at arbeidet med stigma i utgangspunktet bør tillegges et samfunnsnivå, men at i mellomtiden kan en arbeide for å styrke de stigmatiserte ved å legge empowerment i situasjonen som deprimert.

Andre forhold som kan trekkes frem er at arbeidet på de ulike nivåene må ses i sammenheng. Askheim (2012, s. 56) finner at empowerment må betraktes som en dynamisk prosess, hvor individene må arbeide for å forbedre sin situasjon samtidig som rammene endres. Som en forlengelse av dette vil oppgaven gå videre inn på hvordan empowerment kan foregå på de ulike nivåene for å redusere stigma sin effekt overfor å søke hjelp, med forbehold om at nivåene må ses i sammenheng.

6.2.0 Empowerment på individnivå

Empowerment som ideologi, verktøy og mål medbringer i liten grad oppskrift for handling (Askheim, 2012). I denne sammenheng kan empowerment være forstått som en prosess mellom hjelper og den som skal bli hjulpet knyttet til å øke kontrollen over egen situasjon og mobilisering av de ressursene som kan gjøre de lettere å søke hjelp. Empowerment hos mennesker med selvstigma kan styrke personens selvfølelse, handlekraft og beslutningsmakt i eget liv (Corrigan et al., 2009). Som følge av å være på et individnivå er ikke målet å fjerne stigma, men å styrke personen i situasjonen ved å henvende seg til selvstigmaet (Corrigan & Rao, 2012). Dette kan tenkes overførbart til mennesker med depresjon. Forankret i en sosialfaglig kontekst kan det tenkes at en fremgangsmåte for å oppnå slike resultat innebærer ulike moment. Disse vil bli drøftet påfølgende.

Aktive læringsformer med veiledning som pedagogisk metode er sentralt i empowerment (Tveiten og Boge, 2014, s. 21). Et moment i arbeidet med mennesker med depresjon kan være forstått som veiledning med hensikt om å gi informasjon som kan gjøre at den syke tar et informert valg om å søke hjelp eller ikke. Dette kan ses i sammenheng med at Corrigan & Watson (2002) finner at en forutsetning for selvstigmatisering er at den selvstigmatiserte er enig i det offentlige stigmaet. Samtidig vet en at et offentlig stigma om depresjon er at sykdommen ikke er behandlingstrengende (Barney et al., 2009). Dette gir tanker om at den syke selv står i fare for å ikke betrakte sykdommen som behandlingstrengende. Slik tidligere vist, finner mennesker som opplever seg empowered seg uenig med det offentlige stigmaet (Shih, 2004). Samtidig er depresjon allment forstått som en del av den syke og noe en selv har mulighet til å løse opp i uten hjelp, jamfør McNair et al. (2002). Med dette tatt i betraktning kan en tenke at sosialarbeider bør jobbe for å endre den selvstigmatiserte sin oppfatning av det offentlige stigmaet. Ved at sosialarbeider tilfører kunnskap om hvorfor depresjon bør behandles og hvilke behandlingsmuligheter som eksisterer, kan det tenkes at vedkommende med selvstigma får en nyansert oppfatning av stigmaet og situasjonen.

Et annet moment kan være forstått som anerkjennelse av personens individualitet og situasjon. Empowerment i en individorientert tilnærming handler om å ta utgangspunkt i personens kvaliteter og ressurser (Askheim, 2012, s. 35). Slik det fremgår av Goffman (1963), skjer det en endring i personen sin identitet når en blir stigmatisert. Vedkommende går fra å bli betraktet som en fullverdig person til å være stigmaet sitt. Dette kan eksemplifiseres med

Cruwys og Gunaseelan (2016, s. 39) som referer en informant: «Depression becomes all I can think about myself...». Dette kan tyde på at empowerment som tilnærming kan bidra til å tydeliggjøre andre egenskaper ved personen gjennom å vektlegge den enkeltes kvaliteter i empowermentarbeid. Et konkret eksempel kan tenkes som at sosialarbeider unngår ensidige beskrivelser av mennesker med depresjon igjennom journalføringer. En kan forstå at et helhetlig bilde av vedkommende, hvor tilhørende ressurser, ønsker og interesser tilkjennes fokus, kan bidra til å gjøre de mer utfordrende elementene som symptomer, utfordringer og sykdom mindre synlige. Slike tiltak kan òg tenkes å tydeliggjøre de positive ressursene ved personen overfor personen selv. Samtidig kan en vurdere at dette kan være med å ivareta sosialt arbeid sitt prinsipp om et helhetsperspektiv i arbeidet, jamfør Berg et al. (2015)

Empowerment sin positive og offensive karakter betyr ikke at det vanskelige i situasjonen skal underkjennes (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 106). Å ikke fokusere på utfordrende aspekt ved livssituasjonen som deprimert kan tenkes å på motsatt side føre til at sosialarbeideren ikke innehar et helhetsperspektiv. Videre kan en forstå at dette kan medføre en overseelse av andre faktorer som kan bidra til at den syke ikke søke hjelp for sykdommen, for eksempel at en ikke opplever å ha et støttende sosialt nettverk som kan hjelpe en i å håndtere en «pasientrolle», jamfør Y-Garcia et al. (2012). Behovet for å undersøke utfordrende aspekt kan ses i lys av at mennesker med depresjon kan ha følelser av skyld knyttet til å være deprimert, slik tidligere vist. I tillegg kan mennesker med psykisk sykdom oppleve lavere egenverd og være preget av en «why try» tankegang som følge av selvstigma (Corrigan & Rao, 2012). En slik tankegang kan eksemplifiseres som "hvorfor skal jeg engang prøve å oppsøke behandling? Noen som meg er ikke verdig å få behandling, jeg er tross alt skyld i min egen depresjon". Eksempelet tar utgangspunkt i det offentlige stigmaet om at mennesker med depresjon forstås å være skyld i årsaken til en depresjon, og depresjonens konsekvenser for mindreverdighetsfølelse og skyldfølelse, slik tidligere omtalt. I empowermentarbeid er en sentral del å undersøke vanskelige følelser, og å legge fornuft og sammenheng i disse (T. Eide & H. Eide, 2016, s. 53). Kunnskap om hva som er normalt og hvorfor det på samme tid er utfordrende kan skape økt selvforståelse og selvaksept. På samme tid kan det bidra til å bryte ned stigma og motvirke selvklandering for situasjonen (Mental Helse, 2019). For mange kan det ligge empowerment i en hjelp til å forstå seg selv, og dette et viktig moment for det videre som en følge av at det kan gjøre lettere å mobilisere egne ressurser og ta tak i egen situasjon (T. Eide & H. Eide, 2016).

Med kunnskap om at empowerment kan betraktes som en effektiv måte å redusere selvstigma på (Corrigan & Rao, 2012), kan det spekuleres i at individorientert empowerment mulig kan være en måte å redusere selvstigma som barriere for å søke hjelp. Videre finner Corrigan et al. (2009) at mennesker som opplever økt bestemmelsesmakt over egne mål kan betraktes som mer sannsynlig å være håpefulle overfor behandling for sykdommen. Imidlertid kommer ikke empowerment med en bruksanvisning og det er heller ingen fasit om når noen er blitt «empowered» (Askheim, 2012). I dette heter det òg at empowerment må betraktes som en prosess heller enn som et mål (WHO, u.å.). Samtidig kan en forstå det vanskelig å fastslå at å søke behandling er et resultat av å føle seg empowered. I stedet kan empowerment være forstått som et verktøy som kan øke sannsynligheten for å søke hjelp som følge av at ideologien retter seg mot å skape økt handlekraft og gjenvinning av kontroll over eget liv, jamfør Askheim (2012). Som en forlengelse av dette vil de neste avsnittene synliggjøre noen forbehold som kan vurderes aktuelle i et empowermentarbeid på dette nivået.

Mennesker med depresjon har ulike behov for behandling som følge av sykdommens differensiering i alvorlighetsgrad (WHO, 2020). Imidlertid vet en at moderat og alvorlig depresjon kan ha alvorlig inngripen i livsfungering- og kvalitet, og at det beregnes at 7-12 prosent av alle menn og 15-25 prosent av alle kvinner vil få en behandlingstrengende depresjon i løpet av livet (Norsk Helseinformatikk, 2019a). Når mennesker med depresjon står overfor store og mulig ubehandlede utfordringer og ikke vil søke hjelp som følge av stigma, kan en fallgrube forstås som å være at sosialarbeideren tenker at «denne personen må hjelpes». Dette kan underbygges av Ellingsen og Skjefstad som blant annet forklarer at praktisering av empowerment kan utfordre sosialarbeideren, ved at ens faglige oppfatning av brukerens beste blir satt på prøve (2015, s. 106). Dette kan vurderes som en viktig faktor å være oppmerksom på, slik at ikke fordeling av makt blir til et maktforhold hvor sosialarbeideren bestemmer at noen skal bli hjulpet og «trenger» å bli empowered. Empowerment på dette nivået må skje på individets premisser i lys av at det er brukeren selv som skal bli styrket, jamfør Askheim, (2012). Dette gir òg forståelse for at sosialarbeidere kan tilrettelegge for empowerment i et hjelpearbeid, men til syvende og sist er det vedkommende selv som må styrke seg selv.

Et annet poeng fremstilles av Schei (2006, s. 21) som hevder at helsepersonell og offentlige organisasjoner kan bli vurdert som representanter for det «normale og korrekte» av mennesker i undertrykte og hjelpetrengende situasjoner. Dette kan medføre at hjelpere blir

tillagt en vurderende og moraliserende holdning, og som kan føre til at den sårbare skjuler hjelpebehovet sitt. I lys av Goffman (1963) sin teori om stigma kan en lese et gjennomgående moment knyttet til spenningen i interaksjonen og samhandling mellom den stigmatiserte og «de normale». Dette kan for eksempel ses i lys av informasjonskontroll av stigma overfor omgivelsene (Goffman, 1963). Med dette i betraktning kan en tenke at det er viktig å være oppmerksom på hvilken rolle sosialarbeider selv representerer, og hvordan dette kan påvirke hjelpeforholdet i forbindelse med et arbeid som målsetter å redusere selvstigma – en utfordring som kan være forstått skapt av de «normale».

Askheim (2003) frembringer forståelse for at empowerment som fremgangsmåte aktualiseres i ulik grad med hensyn til kontekst og situasjon. Askheim (2012, s. 151) problematiserer om empowerment i forhold til mennesker med for eksempel mer alvorlige psykiske lidelser er realistisk, når den kognitive tilstanden er redusert. Det fremgår av diagnosemanualen ICD-10 at mennesker som er rammet av en alvorlig depressiv lidelse kan være rammet av så omfattende symptomer at optimal fungering i hverdagen blir usannsynlig (WHO, 2011). Ytterligere kan depresjonen medbringe en negativ tankegang for den syke (Snoek & Engedal, 2017, s. 97). Samtidig vet en at selvstigmatisering kan bidra til lav selvtillit og generere en «why try» tankegang overfor å forfølge personlige mål (Corrigan et al., 2009). Sett i sammenheng kan disse poengene gi forståelse for at det kan være utfordringer i å jobbe empowerment-rettet når depresjonen og stigmaet regjerer over livet til vedkommende. Samtidig kan det forstås at depresjonen i seg selv kan fungere som en barriere for å søke hjelp som følge av sykdommens symptombilde. I dette heter det blant annet at depresjon kan svekke motstandskraften og etterlevelse av behandlings- og rehabiliteringsprogram (Helsedirektoratet, 2010, s. 24).

På den andre siden er det viktig å ikke ha oppfatningen av at noen er for vanskeligstilt til å gå inn i en empowermentprosess, og at en dermed ikke legger til rette for det som sosialarbeider i et hjelpeforhold. Dette kan underbygges av Olsen, som sier at i noen tilfeller kan andre sin motivasjon for endring på egne vegne fungere som en inspirasjonskilde til å få det bedre (Olsen, referert i Haukland, Meyer, Gjerlaug og Tveiten, 2014, s. 52). Dette kan videre ses i tråd med forskningsartikkelen av Y-Garcia et al. (2012), som finner at støtte kan øke sannsynligheten for å ta tak i egen situasjon og å søke hjelp for depresjon. Vedrørende støtte er likemannstøtte fra andre i samme situasjon en etablert kilde til å jobbe empowerment-trettet. Dette vil oppgaven gå videre inn på.

6.3.0 Empowerment på gruppenivå

Empowerment på gruppenivå kan handle om at en fagprofesjonell kobler sammen mennesker i utfordrende situasjoner i grupper, hvor en i fellesskap arbeider for å styrke hverandre. Slike grupper kan for eksempel være brukerorganisasjoner (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104), støttegrupper og selvhjelpsgrupper (Schiefløe, 2015, s. 153). For eksempel, en støttegruppe for mennesker med depresjon, hvor fagpersonen kan være forstått som å være en sosialarbeider. Støttegrupper og selvhjelpsgrupper bygger ofte på en empowerment-ideologi, hvor formålet med deltakelse i gruppen kan være å skape økt mestring av livssituasjonen hos deltakerne (Schiefløe, 2015, s. 153). Heap (2005) forklarer at gruppemedlemmer i slike grupper ofte har lik erfaring og et felles mål om hva de ønsker å oppnå.

Gruppeidentitet kan påvirke reaksjonen overfor selvstigma positivt (Corrigan et al., 2009). Samtidig heter det at mennesker med høy grad av gruppeidentifikasjon er mer sannsynlig å bli empowered, jamfør Shih (2004, s. 181). En årsak til at gruppeidentitet kan ha denne effekten er at gruppemedlemskap muliggjør økt selvtillit og selvforbedring hos gruppedeltakerne (Crabtree et al., 2010). Dette kan forstås som en positiv effekt overfor selvstigma sin negative effekt for selvtillit og «why try» tankegang, jamfør Corrigan et al. (2009). Sett i sammenheng kan en vurdere at empowerment på gruppenivå mulig kan bidra til å motarbeide stigma som hindring for å søke hjelp gjennom å øke individers evne til å utfordre og takle stigmatisering, igjennom økt selvtillit og gruppetilhørighet.

Et eksempel på empowerment på gruppenivå kan være forstått som deltakelse i et fellesskap via Fontenehuset, et lavterskeltilbud for mennesker som har eller har hatt en psykisk helseutfordring. Med en rehabiliteringspraksis basert på å føle likemannstøtte, medbestemmelse og fokus på ressurser hos brukerne, jobber brukerne sammen mot å øke selvtillit, stolthet og mestring av egen hverdag gjennom et arbeidsfellesskap (Fontenehus, u.å.). I dette kan en tenke at både individet og gruppen som helhet kan bli styrket i sin situasjon gjennom samarbeid og støtte.

En kan forstå at gruppedeltagelse forutsetter det Goffman (1963) omtaler som selektiv avsløring eller full åpenhet, hvor en positiv konsekvens av deltakelse kan være at en opplever seg empowered, jamfør Crabtree et al. (2010). Samtidig viser Y-Garcia et al. (2012) at støtte fra omgivelsene kan ha en buffereffekt overfor å søke hjelp for deprimerte. Dette kan tenkes

som for eksempel støtte fra andre brukere av Fontenehuset eller fra medlemmer i en støttegruppe. Crabtree et al. (2010) peker imidlertid på at når gruppedeltagelse ikke øker tilgangen til sosial støtte, kan deltakelse istedenfor lede til negative utfall i form av redusert selvtillit og isolasjon. Dette gir forståelse for at empowerment på gruppenivå kan ha en tosidig effekt over stigma og hjelpesøking. Positivt som følge av at det kan være en kilde til selvtillit og støtte, og negativt i form av at åpenhet og deltakelse kan føre til lavere selvtillit og isolasjon når gruppen ikke gir ønsket effekt. Summen av dette gir forståelse for at om en skal bli foruten stigma som utfordring på individ og gruppenivå, må en gå til kjernen av problemet og arbeide på samfunnsnivå. I dette kan det hevdes at utrydning av offentlig stigma er en bred løsning på stigma som problem (Corrigan & Rao, 2012).

6.4.0 Empowerment på samfunnsnivå

En kan forstå at empowerment på et samfunnsnivå kan være mer omfattende og krevende i praksis enn et arbeid på individ- og gruppenivå. Dette som en følge av at arbeidet gjerne praktiseres med en motmaktilnærming, med mål om å endre undertrykkende mekanismer, jamfør Askheim (2012, s. 21). Imidlertid er empowerment på samfunnsnivå viktig å praktisere for å skape en endring til det bedre for mennesker som sliter med psykisk sykdom, ved å styrke deres posisjon i samfunnet (WHO, u.å.).

For mennesker i undertrykte situasjoner kan empowerment på system- og politisk nivå handle om at brukerorganisasjoner går inn i et samarbeid med tjenesteapparatet og deltar i planlegging og beslutningsprosesser (Ellingsen & Skjefstad, 2015, s. 104). Mental helse er en slik brukerorganisasjon, som alle med psykiske helseutfordringer, deres pårørende og andre interesserte kan være med i. Organisasjonen kommer blant annet med høringsinnspill til nye forskrifter og lover, og jobber for å fremme erfaringskunnskap fra levde liv, med mål om å påvirke samfunnspolitiske program til det beste for mennesker med psykiske helseutfordringer og pårørende (Mental Helse, 2018).

Ellingsen og Skjefstad forklarer at sosialarbeidere har gode muligheter for å påvirke samfunnsmessige strukturer som virker undertrykkende overfor grupper i samfunnet, for eksempel ved å ta et politisk initiativ for kommunens politiske utvalg selv eller igjennom arbeidsplassen (2015, s. 104). For å belyse hvordan empowerment på samfunnsnivå kan arbeide for å redusere stigma som barriere for å søke hjelp, legges fokuset til hvilken

informasjon en sosialarbeider kan ta med seg oppover i systemet. Hensikten blir å synliggjøre faktorer i samfunnet som bidrar til at mennesker med depresjon ikke søker hjelp som følge av stigma. Dette kan ses i tråd med sosialarbeidere sitt yrkesetiske samfunnsmandat om å stille seg kritisk til sosialpolitikken, gi undertrykkende forhold samfunnsmessig oppmerksomhet og å bekjempe slike forhold (Fellesorganisasjonen, 2019). Inkludert forskning i oppgaven medbringer en forståelse for at avstigmatiseringsarbeidet bør henvende seg mot holdningene i befolkningen og mot hjelpeapparatet med tilhørende fagprofesjoner.

Det kan virke som at depresjon ligger i en gråsoner mellom å bli vurdert som en naturlig tilstand av tristhet og en sykdom som trenger behandling. Studien til McNair et al. (2002) viser at psykisk sykdom betraktes som noe en rammes av, mens depresjon forstås som å være en svakhet ved den enkelte. I lys av dette kan en vurdere at det ikke bare er mennesker med depresjon som er av behov for å bli empowered, det trengs å legges styrke i sykdomsdiagnosen. Imidlertid diskuterer studien til Barney et al. (2009) at enkelte personer med depresjon kunne vært foruten at sykdommen ble betraktet som en psykisk sykdom i utgangspunktet og at depresjon heller burde bli referert til som en helsetilstand. Dette bygger på en antagelse om at en mindre anerkjennelse av depresjon som psykisk sykdom kan gi depresjon mindre assosiasjoner med andre negative egenskaper forbundet med psykiatriske diagnoser (Barney et al., 2009). Med andre ord kan en forstå at utfordringen knyttet til stigma som barriere ikke bare reflekterer i befolkningens holdninger knyttet til depresjon, men til psykisk sykdom som helhet.

Avstigmatiseringsarbeid kan praktiseres igjennom opplysningsarbeid og kampanjer knyttet til psykisk helse, med fokus på økt åpenhet, forståelse og anerkjennelse. Hensikten er å gi befolkningen kunnskap om temaet, med holdningsendring som mål (Dybvig et al., 2009). Det kan derimot vurderes at en anerkjennelse av depresjon ikke må forveksles med en ufarliggjøring av sykdommen. I lys av forskningen til Barney et al. (2009) kan en istedenfor undre seg om depresjon bør være gjenstand for å bli «farliggjort». Dette med formål om å tilkjenne større respekt og anerkjennelse overfor depresjon som psykisk sykdom og behov for behandling. Poenget i dette kan ses i lys av studien til Barney et al. (2009), som finner at deltakerne i studien generelt uttrykker et ønske om økt forståelse i samfunnet vedrørende at depresjon kan være en alvorlig og langvarig sykdom med alvorlige konsekvenser for livssituasjon og livskvalitet. «Farliggjøring» kan òg ses i lys av at depresjon kan være farlig for personen selv med hensyn til depresjonens symptombilde, for eksempel økt selvmordsfare

(Snoek & Engedal, 2017, s. 104).

Barney et al. (2009) viser at mennesker med depresjon er mer sannsynlig å oppsøke fastlege for å få hjelp til å behandle en depresjon, enn å søke hjelp fra mer spesialiserte tjenester som psykolog og psykiater. Dette som en følge av at det forbindes mer stigma fra omgivelsene knyttet til å søke hjelp fra psykiatriske tjenester. I dette kan en forstå at jo lavere nivå hjelpen er på, jo lavere er det antatt sannsynlig å oppleve vansker knyttet til stigma. Ved å nyansere allmennoppfatningen til befolkningen med informasjon om depresjon og behov for behandling kan en undre seg om dette kan bidra til at flere anerkjenner og respekterer depresjon som psykisk sykdom. Dybvig et al. (2009) skriver at opplysningsarbeid kan ha en positiv og holdningsendrende effekt hos befolkningen. Corrigan & Watson (2002) underbygger dette og hevder at en god strategi for å endre offentlig stigma er gjennom å synliggjøre riktig informasjon om psykisk sykdom i befolkningen. Som et resultat kan en spekulere i om mennesker med depresjon derved finner det lettere å søke hjelp ved at allmennforståelsen av depresjon blir nyansert og holdningene potensielt redusert igjennom en holdningsendring.

Empowerment på samfunnsnivå bør inneholde kompetanseheving og stigma som et eget emne hos alle som jobber eller som utdanner seg til å jobbe innenfor psykisk helse (WHO, u.å.). Tiltak i utdanningen kan tenkes å ha en forebyggende og avstigmatiserende effekt overfor psykisk sykdom blant fremtidens leger, behandlere og for helse- og sosialarbeidere. Dette uttrykker derimot ikke utfordringen knyttet til at dårlige erfaringer eller en forventning om å bli møtt med fordommer og dårlig behandling fra behandlere, kan medføre at mennesker med depresjon ikke søker hjelp (Barney et al., 2009). Barney et al. (2009, s. 6) viser i dette til et eksempel fra en med depresjon i møte med psykisk helsepersonell: «"You're treated as if you've done something or something's happened for you to get this..."». At mennesker med depresjon ikke søker eller kvier seg for å oppsøke hjelp som følge av dårlige erfaringer kan ses i strid med strategien «Mestre hele livet» sitt politiske mål om rett behandling til rett tid og om å redusere oversykelighet blant mennesker med psykiske lidelser, jamfør Helse- og omsorgsdepartementet (2017). I denne utfordringen kan empowerment vurderes som et verktøy som kan fremme sannsynligheten for å søke hjelp gjennom å motarbeide disse forholdene. For eksempel ved å sette fokus på holdningene til helsepersonell og forhold som gjør at noen mennesker med depresjon opplever å komme dårlig ut i møte med helseapparatet.

En kan vurdere at de førgående avsnittene bygger på en sosialarbeiders ideologi som målsetter bedre forhold for mennesker med depresjon, og forhold som gjør det lettere å søke hjelp til tross for stigma. Dermed blir det samtidig nærliggende å tenke at det er sosialarbeideren sin vurdering om hva som skal til på et samfunnsnivå som ligger til grunn. Askheim (2012, s. 178) forklarer imidlertid at brukerne som befinner seg i en avmaktssituasjon bør inkluderes i et slikt arbeid for å i størst grad gripe om utfordringen helhetlig. Videre skriver Askheim (2012, s. 178) at det er brukerne som må se seg selv i en avmaktssituasjon, det er ikke de profesjonelle som skal definere denne posisjonen. Sett under ett kan en derved tenke at et empowerment-rettet sosialt arbeid kan utrette gode handlinger ved å synliggjøre undertrykkende forhold, som påvirker mennesker med depresjon negativt overfor å søke hjelp. Samtidig kan en forstå at det beste empowerment-arbeidet utføres i et samarbeid med mennesker i en utfordrende situasjon, i dette tilfellet mennesker med depresjon som opplever stigma. Dette kan ses i sammenheng med definisjonen av sosialt arbeid som er lagt til grunn for oppgaven, som fremmer kollektivitet og det sosiale i sosialfaglig utførelse, jamfør Berg et al. (2015, s. 21).

7.0 Oppsummering

Formålet med dette litteraturstudiet var å undersøke hvordan empowerment kan bidra til å redusere stigma som barriere for å søke hjelp for mennesker med depresjon. Oppgaven viser at om en person opplever eller forventer stigma knyttet til å være deprimert, kan den syke bli begrenset i handlingen overfor å søke hjelp. Stigma som en barriere for å søke hjelp må imidlertid betraktes som et komplekst fenomen, hvor offentlig stigma og selvstigma spiller sammen i en avhengig prosess. Samtidig viser oppgaven at empowerment på de ulike nivåene bør betraktes som en holistisk prosess hvor målet om å redusere stigma kan være det samme, men hvor arbeidet mot målet praktiseres ulikt avhengig av nivå.

Empowerment kan anvendes som et verktøy i sosialt arbeid med mål om å fremprovosere økt selvtillit, handlekraft og makt over eget liv hos mennesker som opplever seg stigmatisert. Ved å angripe selvstigmaets innvirkning overfor selvtillit og handlekraft kan en forstå å redusere selvstigmaet hos vedkommende og derved samtidig påvirke stigmaets negative effekt overfor hjelpesøking. Igjennom empowerment på gruppenivå kan mennesker med depresjon få tilgang til likemannstøtte, styrke og felleskap, og igjennom dette oppnå individuell og kollektiv

empowerment som følge av økt selvtillit. Identifikasjon med en gruppe kan samtidig øke motstandsdyktigheten mot stigma, et moment som kan oppleves positivt overfor å søke hjelp i denne sammenheng.

På et samfunnsnivå kan sosialarbeideren igjennom en motmakt-tilnærming synliggjøre forhold som bidrar til at mennesker med depresjon ikke søker hjelp. Basert på inkludert forskning i denne oppgaven kan en forstå at stigmaets effekt overfor å søke hjelp reflekteres i uheldige fordommer i befolkningen og igjennom forhold i hjelpeapparatet. For å bli foruten stigma som utfordring for å søke hjelp kan en vurdere at forholdene som vedlikeholder offentlig stigma må bli slått ned. Dette kan sosialarbeideren jobbe for å endre alene eller sammen med de berørte, hvor første steg kan tenkes å fremme hva som ikke fungerer og hva som skal til for å bedre utfordringen.

8.0 Referanseliste

- Aromaa, E., Tolvanen, A., Tuulari, J., & Wahlbeck, K. (2011). Predictors of stigmatizing attitudes towards people with mental disorders in a general population in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(2), 125-132.
<https://doi.org/10.3109/08039488.2010.510206>
- Askheim, O. (2003). *Fra normalisering til empowerment: Ideologier og praksis i arbeid med funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Askheim, O. (2012). *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid: Floskel, styringsverktøy, eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barney, L., Griffiths, K., Jorm, A., & Christensen, H. (2006). Stigma about Depression and its Impact on Help-Seeking Intentions. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(1), 51-54. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/j.1440-1614.2006.01741.x>
- Barney, L., Griffiths, K., Christensen, H., & Jorm, A. (2009). Exploring the nature of stigmatising beliefs about depression and help-seeking: Implications for reducing stigma. *BMC Public Health*, 9(1), 61. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-61>
- Ben-Porath, D. D. (2002). Stigmatization of individuals who receive psychotherapy: an interaction between help-seeking behavior and the presence of depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 21(4), 400-413.
<https://doi.org/10.1521/jscp.21.4.400.22594>
- Berg, B., Ellingsen, I. T., Levin, I & Kleppe, L. C. (2015). Hva er sosialt arbeid? I B. Berg, I. T. Ellingsen, I. Levin & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 19-35). Oslo: Universitetsforlaget

Norges Forskningsråd. (2009). Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Hentet fra

<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>

Corrigan, P., & Watson, A. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 1(1), 16-20. Hentet fra

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1489832/>

Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>

Corrigan, P., Larson, J., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the "why try" effect: Impact on life goals and evidence-based practices. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8(2), 75-81. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2009.tb00218.x>

Corrigan, P., & Rao, D. (2012). On the Self-Stigma of Mental Illness: Stages, Disclosure, and Strategies for Change. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(8), 464-469.

<https://doi.org/10.1177/070674371205700804>

Crabtree, J. W., Haslam, S., Postmes, A. T. & Haslam, C. (2010). Mental Health Support Groups, Stigma, and Self-Esteem: Positive and Negative Implications of Group Identification. *Journal of Social Issues*, 66(3), 553-569.

<https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.2010.01662.x>

Crisp, A., Gelder, M. G, Rix, S., Meltzer, H. I., Rowlands O., J. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*. 177(1) 4–7.

<https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>

- Cruwys, T. & Gunaseelan, S. (2016). "Depression is who I am": Mental illness identity, stigma and wellbeing. *Journal of Affective Disorders*, 189, 36-42
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.09.012>
- Dalland, O. (2013). Metode og oppgaveskriving for studenter. Oslo: Gyldendal akademisk
- Dybvig, S., Jensen, M., Johannessen, J. (2009). *Stigma - antistigma : Stigmatisering av personer med psykiske lidelser, hvordan kan det bekjempes?* (2. utg.). Stavanger: Stiftelsen psykiatrisk opplysning.
- Eide, T. & Eide, H. (2016). *Kommunikasjon i praksis: relasjoner, samspill og etikk i sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Ellingsen, I. T. & Skjefstad, S. N. (2015). Anerkjennelse, myndiggjøring og brukermedvirkning. I B. Berg, I. T. Ellingsen, I. Levin & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 97-111). Oslo: Universitetsforlaget
- Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere. (2019). Yrkesetisk grunnlagsdokument: for barnevernspedagoger, sosionomer, vernepleiere og velferdsarbeidere. Hentet fra <https://www.fo.no/getfile.php/1311735-1585635696/Dokumenter/Din%20profesjon/Brosjyrer/Yrkesetisk%20grunnlagsdokument.pdf>
- Y-Garcia, F. E., Duberstein, P., Paterniti, D., Cipri, C., Kravitz, R. & Epstein, R. (2012). Feeling labeled, judged, lectured, and rejected by family and friends over depression: Cautionary results for primary care clinicians from a multi-centered, qualitative study. *BMC Family Practice*, 13(1), 64. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-64>

- Folkehelseinstituttet. (2018). Psykisk helse i Norge: Rapport. Hentet fra https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/psykisk_helse_i_norge2018.pdf
- Fontenehus. (u.å.). Fontenehusenes arbeidsrettede rehabiliteringstilbud. Hentet 19.mai 2020 fra <https://www.fontenehus.no/rehabilitering>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New York: Rockefeller Center
- Gullslett, M. K., Kim, H. S., & Borg, M. (2014). Service users' experiences of the impact of mental health crisis on social identity and social relations. *Scandinavian Psychologist, 1*. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e2>
- Haukland, M., Meyer, E. M., Gjerlaug, K. A. & Tveiten, S. (2014). Vennlig dulting? I S. Tveiten & K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver* (s. 37-57). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Heap, K. (2005). *Gruppet metode for sosial- og helsearbeidere* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2017). *Mestre hele livet: Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017-2022)*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf
- Helsebiblioteket. (2018, 13. april). Depresjon hos voksne. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/psykisk-helse/depresjon-hos-voksne>

Helsedirektoratet. (2010, august). Veiviser i møte med helsepersonell: Informasjon til brukere og pårørende om anbefalt behandling av depresjon. Hentet fra <https://bit.ly/2XK7bjZ>

Hutchinson, G. S. (2010). *Samfunnsarbeid: Mobilisering og deltakelse i sosialfaglig arbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kringlen, E. (2011). *Depresjon*. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning

Levin, I. (2015). Sosialt arbeid som spenningsfelt. I B. Berg, I. T. Ellingsen, I. Levin & L. C. Kleppe (Red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 36-46). Oslo: Universitetsforlaget

Link, B. G. & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 27, 363-385. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.27.1.363>

Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social Science & Medicine*, 103, 24-32. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.035>

Mcnair, B., Hight, N., Hickie, I., & Davenport, T. (2002). Exploring the perspectives of people whose lives have been affected by depression. *Medical Journal Of Australia*, 176, 69-76. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2002.tb04507.x>

Mental Helse. (2018). Mental Helse: Strategi 2018-2020. Hentet fra <https://mentalhelse.no/attachments/a9bddaf71fc590ec691a15eca1ba7b291c9c47f5/212-20190304141157940772.pdf>

Mental Helse. (2019, 26. august). Psykoedukasjon: Normalisering av psykiske vansker. Hentet fra <https://mentalhelse.no/aktuelt/psykobloggen/psykoedukasjon-normalisering-av-psykiske-vansker>

- Norsk Helseinformatikk (2019a, 22. februar). Forekomst av depresjon. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst/>
- Norsk Helseinformatikk. (2019b, 22. februar). Diagnostikk av depresjon. Hentet fra <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-diagnostikk/>
- Porter, S. & Bejerholm, U. (2018). The effect of individual enabling and support on empowerment and depression severity in persons with affective disorders; outcome of a randomized control trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72, 259-267. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1080/08039488.2018.1432685>
- Roness, A., Mykletun, A., Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(1), 51-58. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00433.x>
- Schei, E. (2006). Skam i pasientrollen. I P. Gulbrandsen, P. Fugelli, G. H. Stang & B. Wilmar (Red.), *Skam i det medisinske rom* (s. 15-31). Oslo: Gyldendal akademisk
- Schiefloe, P. (2011). *Mennesker og samfunn: Innføring i sosiologisk forståelse* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget
- Schiefloe, P. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital: Nettverk og nettverksforskning* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget
- Shih, M. (2004). Positive Stigma: Examining Resilience and Empowerment in Overcoming Stigma. *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science*, 591(1), 175-185. <https://doi.org/10.1177/0002716203260099>

Snoek, J., & Engedal, K. (2017). *Psykiatri: For helse- og sosialfagutdanningene* (4. utg.). Oslo: Cappelen Damm akademisk

St. prp. nr. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006: Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Støren, I. (2013). *Bare søk! Praktisk veiledning i å gjennomføre en litteraturstudie*. Oslo: Cappelen Damm akademisk

Tveiten, S. & Boge, K. (2012). Hvorfor er ulike perspektiver på empowerment interessante som forskningsfelt, anvendelsesområder og praksiser? I S. Tveiten & K. Boge (Red.), *Empowerment i helse, ledelse og pedagogikk - nye perspektiver* (s. 13-22). Oslo: Gyldendal Akademisk

Verdensdagen. (u.å.). Om Verdensdagen: En internasjonal markering på 10. oktober. Alle har en psykisk helse! Hentet 25.mai 2020 fra <https://verdensdagen.no/om-verdensdagen/>

Viken senter. (u.å.). Behandling ved Viken senter. Hentet 21.mai 2020 fra <https://www.vikensenter.no/behandling/category863.html>

World Health Organization. (u.å.). User empowerment in mental health - a statement by the WHO Regional Office for Europe. Hentet 10.mai 2020 fra http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf

World Health Organization. (2011). ICD-10: *Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelse: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Hentet fra https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka/_attachment/inline/2940e18d-9320-4536-b627-0f6289e362f6:6875a2309af7447a26d9731a6e7ff2cba814c14e/ICD-10%20Psykiske%20lidelser%20og%20atferdsforstyrrelse%20kliniske%20beskrivelser%20og%20diagnostiske%20retningslinjer.pdf

World Health Organization (2020, 30. januar). Depression. Hentet fra <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>