

Hvem går til psykolog?

Lars Wichstrøm

Hvem går til psykolog?

Det har i liten grad vært kartlagt hvor mange og hvem som går til psykolog i Norge. Denne landsdekkende undersøkelsen viser at hver syvende person mellom 26 og 32 år har fått hjelp hos psykolog. I slutten av 20-årene har hver sjettede kvinne og hver tiende mann vært hos psykolog. En vesentlig andel gikk til privatpraktiserende terapeuter.

Mer enn hver fjerde voksen i Norge fyller kriteriene for en DSM-III-R diagnose, og halvparten har gjort det i løpet av livet (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Slike høye tall stemmer noenlunde med resultatene fra undersøkelser av befolkningen i andre vestlige land. For voksne varierer 12-måneders-prevalensen for bruk av spesialisthelsetjenester for psykiske vansker mellom 2,0 % (Italia) og 8,8 % (USA), mens noen gang å ha benyttet en form for helsetjeneste for psykiske vansker varierer mellom 4 % og 19 % (Wang et al., 2007). Det er altså et stort gap mellom antallet som har psykiske vansker, og antallet som får hjelp: kun om lag halvparten av voksne med alvorlige psykiske lidelser har mottatt slik hjelp. Og blant de med milde og moderate plager er andelen vesentlig lavere (Wang et al., 2007). Sammenliknbare tall finnes ikke for Norge, men kun et mindretall av voksne i Nord-Trøndelag med høye skårer på angst eller depresjon hadde søkt hjelp for mentale helseplager (hhv. 39 % og 13 %) (Roness, Mykletun, & Dahl, 2005). Det er følgelig en rekke andre forhold enn symptomtrykk og funksjonsnedsettelse som bestemmer hvem som får hjelp for psykiske helseplager.

Litteraturen omkring hjelpsøking for psykiske vansker har i all hovedsak konsentrert seg om hvem som får hjelp (Angold et al., 2002; Angold et al., 1998; Cochran, Sullivan & Mays, 2003; Costello et al., 1988; McCracken et al., 2006; Reigstad, Jorgensen, Sund & Wichstrøm, 2006; Sourander et al., 2004; Wang et al., 2007), og om selve hjelpesøkerprosessen (Andersen, 1995; Pescosolido, 1992; Saunders, 1993). Vi vet langt mindre om hvem som får hjelp hos hvem. Så langt jeg har klart å bringe på det rene, finnes det ingen studier på verdensbasis av hvilke forhold som er assosiert med det å gå til psykolog jamført med å motta helsehjelp fra andre profesjoner. Vi vet heller ikke hvor stor andel av befolkningen som har vært hos psykolog, og hva de selv angir som grunner til hjelpesøkingen. Ulike helseprofesjoner har ulik utdanning og ulik kompetanse, ikke bare hva angår ulik metodikk, men til dels også hva angår ulike problemer. En skulle derfor forvente en viss differensiering basert på type problem. Forhold som influerer på sannsynligheten for å søke hjelp, er av både strukturell karakter, som tilgjengelighet og kostnader ved helsehjelp (Burgy & Hafner-Ranabauer, 1998), og kulturell karakter, som holdninger til psykiske lidelser og frykt for stigmatisering (Corrigan, 2004; Vogel, Wade, & Hackler, 2007). I denne artikkelen vil jeg undersøke

hvilke individuelle karakteristika som kan forklare hvorvidt man får hjelp av psykolog eller av andre som tilbyr hjelp for psykiske vansker. En rekke slike individuelle faktorer predikerer hjelpsøking – deriblant kjønn, grad og type symptomer, sosial støtte, sosioøkonomisk status, byrde for andre, opplevd stress, grad av funksjonsnedsettelse, samt tidligere behandlingshistorie (Alegria, Bijl, Lin, Walters & Kessler, 2000; Angold et al., 2002; ten Have, Iedema, Ormel & Vollebergh, 2006; Ten Have, Vollebergh, Bijl & Ormel, 2002). Dette er imidlertid til liten hjelp for å predikere hvem som får hjelp hos hvem. Hvilken helseprofesjon en møter, avhenger dels av forhold innad i helsevesenet, som arbeidsfordelingen på en klinikk eller henvisningspraksis hos en allmennpraktiserende lege, og dels av de valg den enkelte pasient foretar, som hvem man ber om henvisning til, eller hvem man velger å avslutte en behandling hos.

Formålet med dette arbeidet var følgelig todelt. Den første målsettingen var å estimere hvor stor andel av en ung voksen populasjon som hadde søkt hjelp hos psykolog for psykiske helseplager. Den andre var å undersøke hvilke demografiske, sosiale og personlige faktorer som er assosiert med det å gå til psykolog versus det å få helsehjelp hos andre profesjoner.

Metode

Datagrunnlaget for dette arbeidet stammer fra undersøkelsen «Ung i Norge» (Wichstrøm, 1999, 2006). Ung i Norge er en prospektiv landsdekkende undersøkelse av ungdom som startet i 1992 – like andeler undersøkt på vårsemesteret og høstsemesteret (T1), med oppfølginger i 1994 (T2), 1999 (T3) og 2006 (T4). De følgende data stammer fra T4.

Deltagere

Ved T4 deltok 2890 personer (82,4 % av de som kunne følges opp). Gjennomsnittsalderen var 28,5 år (standardavvik = 2,0 år) og 56,2 % var kvinner. Hovedtyngden var i fulltids lønnet arbeid (62,8 %), men en mindre andel hadde også deltidsstilling (11,4 %) eller var under utdanning (11,5 %). En stor andel antok at de som 40-åring, dvs. i gjennomsnitt om 11,5 år ville være i øvre mellomlag (65,8 %). Svært få antok at de ville arbeide innenfor en primærnæring (1,2 %), og det var også relativt få som antok at de ville ha typiske arbeideryrker (8,8 %). Om lag 2/3 var gift eller samboende, og

1/3 hadde egne barn. Samlet sett var deltagerne følgelig i en etableringsfase hva angikk samliv, barn, arbeid og utdanning – om enn i varierende grad.

Prosedyre

I alt 67 ungdomsskoler og videregående skoler ble tilfeldig valgt ut til å delta etter stratifisert trekking på grunnlag av landsdel, skolestørrelse og type skole (allmennfaglig, yrkesfaglig eller kombinert AF og YF skole på videregående). Hvert trinn var likt representert. I alt 12 287 elever gikk i de klassene som ble trukket ut. Av disse deltok 11 985 (97 %). Fire skoler var ikke med i den videre undersøkelsen, slik at 9697 personer var tilgjengelige for oppfølging ved T2. Halvparten av disse hadde forlatt den skolen de gikk på i T1, og måtte følges opp pr. post. Hos disse var svarprosenten langt lavere (67,9 %) enn hos de som ble undersøkt på skolen ved T2 (91,8 %). Det ble derfor besluttet å kun følge opp videre de som deltok på skolen i T2. Undersøkelsen var opprinnelig planlagt med to måletidspunkter. Ved T2 måtte en derfor be om fornyet samtykke til videre oppfølging, og 91,2 % ga slikt samtykke. Antallet deltakere som kunne følges opp ved T4, var 3507. Personer som ikke svarte ved første gangs henvendelse, fikk tilsendt et nytt skjema sammen med et påminningsbrev. Undersøkelsen er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk forskningsetikk og konsesjon er gitt fra Datatilsynet.

Målemetoder

Helsehjelp. Deltagerne ble spurt: «Har du noen gang blitt henvist eller har søkt profesjonell hjelp for atferdsmessige (for eksempel rus), følelsesmessige (for eksempel depresjon) eller relasjonelle problemer (for eksempel ekteskapsproblemer)?», med svartalternativene «Nei, aldri», «Ja, tidligere» og «Ja, i løpet av de siste 12 månedene». De ble så spurt om hvilke problemer de hadde søkt hjelp for (angst, depresjon, selvmordsproblematikk eller selvskading, selvbilde eller identitet, spiseproblemer, atferdsproblem eller aggresjon, rus, ensomhet, konflikter med partner, konflikter med foreldre, ettervirkninger etter traumer (død, overgrep etc.), konsentrasjonsvansker eller hyperaktivitet, eller annet). I tillegg ble de bedt om å krysse av for hvem man hadde fått hjelp hos (psykiater, allmennlege/fastlege, psykolog, sosionom, sykepleier, annet helsepersonell, alternativ medisin, selvhjelpsgruppe,

annet). Personer som hadde vært hos psykolog, ble sammenliknet med de som hadde oppsøkt andre helseprofesjoner (men ikke psykolog), og de som aldri hadde fått slik profesjonell hjelp.

Demografiske forhold. Det ble samlet inn data om hovedbeskjeftigelse (arbeid, trygd, utdanning, hjemmeværende), høyeste gjennomførte utdanning, bosted, sivilstand, egen antatt fremtidig og foreldres sosioøkonomiske status (basert på yrke).

I alt oppga 23 % av unge voksne i Norge at de hadde fått profesjonell hjelp for psykiske vansker, og 14 % hadde vært hos psykolog

Mentale helseplager og psykososiale vansker. Depressive symptomer ble målt ved hjelp av Depressive Mood Inventory (= 0,85) (Kandel & Davies, 1982). Symptomer på angst ble målt gjennom seks spørsmål hentet fra Hopkins Symptom Checklist (= 0,80) (Hammer & Vaglum, 1990). Spiseproblemer ble målt gjennom en kortversjon av Eating Attitudes Test (= 0,72) (Garner, Olmsted, Bohr & Garfinkel, 1982; Lavik, Clausen & Pedersen, 1991). Et cut-off på om lag 5 % ble benyttet for slike internaliserende vansker. Bulimisyntomer ble målt ved Bulimic Investigatory Test – Edinburgh (= 0,85) (Henderson & Freeman, 1987). Selvskading og selvmordsatferd ble målt gjennom spørsmålet «Har du noen gang med vilje tatt en overdose av piller eller på annen måte forsøkt å skade deg selv?». Atferdsvansker ble målt gjennom å stille spørsmål om hvor hyppig en 19 normbrytende eller kriminell atferd hadde vært utført de siste 12 månedene på en seks-punkt-skala fra «aldri» til «mer enn 50 ganger». Dette varierte fra mindre alvorlige forhold, som å stjele for mellom 100 og 500 kroner i butikk eller kiosk, ha en voldsom krangel med lærer eller overordnet, til mer alvorlige forhold som å tvinge noen til å ha sex, begå overfall eller ha vært i slåsskamp med våpen. Antallet alvorlig atferdsvanskelig atferd ble summert, og et cut-off ble satt for de som hadde 3 eller flere alvorlige atferdsvansker. Hver atferd ble rekodet til å være alvorlig eller ikke (dvs. hhv. 1 og 0). Bruk av rusmidler ble undersøkt ved å spørre hvor ofte man hadde «Drukket så mye at du følte deg tydelig beruset» siste 12 måneder, og hvor ofte man hadde brukt hasj eller marihuana i samme tidsrom.

Tabell 1. Psykososial fungering og mentale helseproblemer – forekomst og gjennomsnitt.

Kjennetegn	Prosent eller gjennomsnitt (standardavvik)
Depressive symptomer	3,8 %
Angstsymptomer	6,5 %
Spiseproblemer	11,0 %
Bulimi-symptomer	2,8 %

Tabell 1. Psykososial fungering og mentale helseproblemer – forekomst og gjennomsnitt.

Selvskading	
Aldri	94,1 %
En gang	3,4 %
Flere ganger	2,6 %
Selvfølelse	3,02 (0,53)
Sosial akseptering	3,22 (0,52)
Intimitet i vennskap	3,34 (0,58)
Opplevd ensomhet	1,78 (0,50)
Antall personer som gir sosial støtte	13,89 (5,65)
Antall situasjoner uten noen å gå til (av 5 situasjoner)	0,13 (0,52)
Gjennomsnittlig fornøydhet med sosial støtte	3,70 (0,42)
Hasjbruk siste år (skala 1–6)	1,33 (1,00)
Antall ganger beruset siste år (skala 1–6)	3,46 (1,54)

Sosiale forhold. Et mål på sosial støtte ble utviklet etter modell av Social Support Questionnaire (Sarason, Levine, Basham & Sarason, 1983). Her spør man om «...mennesker rundt deg som kan gi støtte og hjelp» i tenkte sosiale situasjoner. To spørsmål angikk praktisk hjelp [1) ved valg av yrke eller utdanning og 2) hjelp og råd etter at man har gjort noe galt/ulovlig], og tre angikk emosjonell støtte [3) overfor et personlig problem som gjør at man føler seg utafør og trist, 4) få en til å føle seg bedre når man er langt nede og 5) som godtar en fullt og helt]. Faste svarkategorier omfattet ingen, mor, far, kjæreste, søsken, venner, slektninger, naboer og andre. Deltagerne ble også bedt om å angi på en firedelt skala hvor tilfredse de var med denne støtten. Tre variabler ble konstruert på grunnlag av dette, nemlig antall personer som totalt var krysset av, antallet avkryssninger for «ingen» og gjennomsnittlig tilfredshet. Grad av sosial akseptering, grad av opplevd intimitet i vennskap (= 0,85) og generell selvaktelse (= 0,85) ble målt ved Self-Perception Profile for Adolescents (Harter, 1988; Wichstrøm, 1995). Opplevd ensomhet ble målt ved en kortversjon av UCLA Loneliness Scale (= 0,78) (Roberts, Lewinsohn & Seeley, 1993; Russel, Peplau & Cutrona, 1980).

Analyse

Analysene har tatt utgangspunkt i hjelpsøking gjennom hele livet. Bivariate sammenhenger ble testet med kji-kvadrat. Multivariate sammenhenger ble undersøkt ved hjelp av multinomisk logistisk

regresjon i SPSS17.0. Dette innebærer at effekten av hver variabel i modellen ble kontrollert for effekten av alle de andre. Variablenes styrke i å predikere å gå til psykolog versus å gå til annen behandler ble sammenliknet i denne analysen og signifikanstestet. Siden det ikke eksisterte noen a priori teoretisk modell, testet jeg først en full modell med demografiske forhold, symptomer og plager samt sosiale forhold. Modellen ble så trimmet ved at variabler med en manglende prediksjon ble tatt ut på grunnlag av sin evne til å forbedre den totale prediksjonen ($-2 \log$ likelihood-verdi) (Hosmer & Lemeshow, 1989). Prediksjonverdien for de enkelte variablene er vist i form av justerte odd ratioer (O.R.). O.R. er sannsynligheten for at en hendelse inntreffer versus at den ikke inntreffer, eksempelvis sannsynligheten for å gå til psykolog dersom man er kvinne, delt på sannsynligheten for å gå til psykolog dersom man er mann. I de tilfellene der man har skalaer, angir O.R. sannsynlighetsendringen når man går ett trinn opp på skalaen, eksempelvis når man dersom man har skåren 4 på en angst-skala versus å ha skåren 3. O.R. har verdier mellom 0 og uendelig, hvor en O.R. = 1 angir at det ikke er noen endring i oddsforholdet, dvs. ingen sammenheng mellom prediktorvariabel og den avhengige variabelen.

Resultater

Behandling for psykiske helseplager

I alt oppga 22,8 % at de hadde fått behandling eller blitt henvist for psykiske helseproblemer, mens 35,9 % svarte at de hadde hatt behov for slik hjelp på ett eller flere tidspunkter. Av disse siste var det 37,8 % som ikke hadde søkt slik hjelp, mens kun 1,4 % av de som hadde mottatt hjelp, ikke mente de hadde hatt behov for det. Et mindretall av deltagerne (4,3 %) hadde mottatt hjelp i barne- og ungdomså (<18 år), mens 19,7 % hadde mottatt hjelp mens de var voksne. Av de som mottok hjelp som barn eller ungdom, mottok flertallet (57,9 %) også hjelp etter at de hadde fylt 18 år.

Av de som hadde fått hjelp noen gang, oppga en vesentlig andel at de hadde fått denne hjelpen på psykiatrisk poliklinikk (31,8 %) eller av privatpraktiserende (39,4 %). Andre hjelpeinstanser var langt sjeldnere: PPT (15,9 %), psykiatrisk sengepost (6,4 %), krisesenter (3,4 %), gjennom helse- eller sosialtjenesten på arbeidsplassen (2,9 %) eller sosialkontoret/sosialtjenesten i kommunen (2,6 %), barnevernet (2,4 %), mens 30,2 % oppga andre instanser.

Depresjon (68,9 %) og angst (41,8 %) var de problemene som hyppigst ble oppgitt som grunn til hjelpsøkingen. Dernest fulgte problemer med selvbylde og identitet (34,6 %) og ettervirkninger

etter traumer (27,5 %). Sjeldnere oppgitte grunner var suicidalitet og selvskadingsproblematikk (13,4 %), spiseproblemer (12,7 %), ensomhet (16,1 %), konflikter med foreldre (16,0 %) og konflikter med partner (20,5 %), mens atferdsproblemer eller aggresjon (8,2 %), alkohol- og rusproblemer (8,2 %), samt konsentrasjonsproblemer eller hyperaktivitet (8,4 %) var noenlunde lavfrekvent. Nær en tredjedel oppga andre, ikke-spesifiserte, problemer (32,9 %).

En langt større andel av kvinner enn menn (27,1 % mot 17,1 %, $\chi^2 = 40,14$, $df = 1$, $p < .0001$) hadde mottatt eller blitt henvist for psykiske helseplager. Den samme kjønnsforskjellen fantes i andelen som mente de noen gang hadde hatt behov for slik hjelp (42,8 % mot 26,8 %, $\chi^2 = 73,17$, $df = 1$, $p < .0001$). Det var ingen forskjell på hvor menn og kvinner hadde fått hjelp. Ikke overraskende hadde flere kvinner enn menn fått hjelp for spiseproblemer (17,8 % mot 2,8 %, $\chi^2 = 28,56$, $df = 1$, $p < .0001$), mens flere menn enn kvinner hadde fått hjelp for atferdsproblemer eller aggresjon (14,5 % mot 5,1 %, $\chi^2 = 17,00$, $df = 1$, $p < .0001$) og rus (12,7 % mot 5,5 %, $\chi^2 = 10,11$, $df = 1$, $p < .0001$). Noen flere av kvinnene enn mennene som søkte hjelp, gjorde dette på grunn av ettervirkninger etter traumer (31,3 % mot 20,1 %, $\chi^2 = 9,07$, $df = 1$, $p < .01$). Merk at det følgelig ikke var noen kjønnsforskjell i hjelpsøking for angst, depresjon, ensomhet, selvbilde, suicidalitet, hyperaktivitet/konsentrasjonsvansker, konflikter med foreldre eller konflikter med partner.

Fordi det selektive frafallet potensielt kunne påvirke den estimerte forekomsten, ble resultatene vektet med resultatene fra den logistiske regresjonen som predikerte frafall. Resultatene fra deltagere som hadde kjennetegn som liknet på de som ikke deltok ved T4, ble tillagt proposjonalt større vekt. Resultatene viste ikke nevneverdige avvik fra dem som er presentert ovenfor, og avviket oversteg ikke to prosentpoeng for noen resultater.

Behandling hos psykolog

Godt over halvparten (59,1 %) av de som hadde fått helsehjelp for psykiske problemer, hadde fått dette av psykolog, mens 39,5 % hadde fått hjelp av allmennpraktiserende lege og 28,0 % av psykiater. Øvrige grupper som sosionom (12,1 %), sykepleier (8,5 %), alternativ behandler (7,7 %), selvhjelpsgruppe (6,3 %), andre helsearbeidere (8,1 %), og annet (11,8 %) utgjorde mindre andeler. Hver fjerde som hadde vært hos psykolog, hadde også vært hos psykiater (24,3 %), mens halvparten av de som hadde vært hos psykiater (50,0 %), også hadde vært hos psykolog. En større andel av de som hadde fått hjelp hos psykolog, hadde fått det av en privatpraktiserende (41,7 %), enn av de som

hadde gått til psykiater (28,2 %) Det var en tendens til at flere menn enn kvinner som hadde fått hjelp, hadde fått det av psykiater (33,6 % mot 25,2 %, $\chi^2 = 5,12$, $df = 1$, $p < .05$). For andre profesjoner var det ikke noen kjønnsforskjell. Det innebærer at for hele utvalget hadde 5,9 % av mennene og 6,9 % av kvinnene vært hos psykiater, mens 9,9 % av mennene og 16,7 % av kvinnene vært hos psykolog.

Deltagerne ble delt i tre grupper: de som aldri hadde brukt helsetjenester for psykiske helseplager, de som hadde vært hos psykolog (13,8 %), og de som hadde fått hjelp hos andre profesjoner, men ikke hos psykolog (9,4 %). Antallet unge i fødselskohortene fra 1970 til 1979 som har vært hos psykolog, estimeres til 78 065. Unge mennesker som hadde vært hos psykolog, oppga oftere internaliserende problemer som grunn til at de søkte hjelp, enn de som hadde vært hos andre helseprofesjoner (angst 48,1 % mot 33,3 %, $\chi^2 = 13,67$, $df = 1$, $p < .0001$; depresjon 75,5 % mot 60,4 %, $\chi^2 = 16,61$, $df = 1$, $p < .0001$; selvmordsproblematikk eller selvskading 16,5 % mot 8,0 %, $\chi^2 = 9,66$, $df = 1$, $p < .01$; selvbilde eller identitet 44,4 % mot 21,4 %, $\chi^2 = 35,28$, $df = 1$, $p < .0001$; ensomhet 20,4 % mot 9,9 %, $\chi^2 = 12,30$, $df = 1$, $p < .0001$), mens det for eksternaliserende problemer eller øvrige problemer ikke var noen forskjell.

For å undersøke om det var særegne forhold som var assosiert med å få hjelp fra psykolog versus å få hjelp via andre kilder, ble det gjennomført en multinomisk logistisk regresjon hvor det å gå til psykolog versus det gå til andre var avhengig variabel, med de som ikke hadde oppsøkt slik helsehjelp som kontrast. Tabell 2 viser således også i hvilken grad de antatt bakenforliggende faktorene for å gå til psykolog versus å gå til andre er signifikant forskjellige fra hverandre. Flere forhold viste seg ikke å gi et unikt bidrag til å forklare bruk av helsetjenester. Dette inkluderte antall personer som kunne gi sosial støtte, tilfredshet med sosial støtte, bulimi-symptomer, depressive symptomer, alkoholberuselse, foreldres sosioøkonomiske posisjon, egen forventet sosioøkonomisk posisjon og utdanningslengde. Resultatene fra den endelige trimmede modellen er vist i tabell 2 (modelltilpasning; $\chi^2 = 5314,27$, $p = .47$). Av denne går det frem at en rekke problemer ga et unikt bidrag til økt sannsynlighet for helsetjenestebruk for psykiske vansker, slik som selvskading, angst, hasjbruk og lav selvfølelse. I tillegg økte sannsynligheten for helsetjenestebruk med økt alder, å være kvinne samt å ikke leve i fast forhold. Det går videre frem at tre forhold ga et unikt bidrag til å forklare hvem som gikk til psykolog, versus hvem som fikk hjelp fra ikke-psykologer. Det å skåre høyt på angst økte sannsynligheten for å ha gått til psykolog med over fire ganger, men kun i underkant av to for å ha fått hjelp av andre. Å ha skadet seg selv en gang økte sannsynligheten for å søke hjelp, mens å ha skadet seg selv flere ganger kun var assosiert med å gå til psykolog (over

6 ganger økt sannsynlighet). Å være i heltidsstilling, sammenliknet med å være under utdanning, minsket sannsynligheten mer for å gå til psykolog enn for å gå til annet helsepersonell (og følgelig var det økt sannsynlighet for å gå til psykolog dersom man var under utdanning). Å være i mindre deltidstilling medførte økt sannsynlighet for å få hjelp av ikke-psykologer, mens det minsket sannsynligheten for å få hjelp av psykolog. Mulige toveisinteraksjoner ble undersøkt, men ingen ble funnet. Dette innebærer eksempelvis at hvis en kvinne er deprimert, så har hun like stor sannsynlighet for å få hjelp som en mann som er deprimert. Det er heller ikke slik at unge voksne med høy sosioøkonomisk posisjon eller lang utdannelse har større sannsynlighet for å få hjelp når de har problemer, enn de med en lavere sosioøkonomisk posisjon.

Tabell 2. Multivariate assosiasjoner med å søke hjelp hos psykolog og hos annet helsepersonell. Multinomisk logistisk regresjon.

Prediktor	Annen helsearbeider, men ikke psykolog				Psykolog			
	Wald	Justert O.R	95 % CI lav	95 % CI høy	Wald	Justert O.R	95 % CI lav	95 % CI høy
Alder i år	7,20**	1,09	1,02	1,17	7,83**	1,09	1,03	1,16
Kjønn: kvinne	15,17***	1,59	1,18	2,15	17,68***	1,80	1,37	2,37
Selvskadning (nei er referanse)								
En gang	19,02***	3,86	2,10	7,07	38,65***	5,37	3,16	9,12
Flere ganger	2,99	2,11	0,91	4,94	30,83***	6,22 b)	3,26	11,85
Angstsymptomer	56,24*	1,85	1,09	3,13	48,62***	4,40 c)	2,90	6,68
Selvfølelse (4-delt skala)	41,74***	0,39	0,30	0,52	37,25***	0,45	0,35	0,58
Hasjbruk siste år (6-delt skala)	15,17***	1,27	1,13	1,43	13,38***	1,23	1,10	1,38
Samboerskap (har kjæreste, men bor ikke sammen er referanse)								
Enslig	0,24	1,12	0,71	1,76	0,78	0,83	0,55	1,25
Gift	3,18	0,63	0,38	1,05	7,81**	0,52	0,32	0,82

Tabell 2. Multivariate assosiasjoner med å søke hjelp hos psykolog og hos annet helsepersonell. Multinomisk logistisk regresjon.

Samboende	4,13*	0,63	0,40	0,98	4,00*	0,67	0,45	0,99
Hovedbeskjeftigelse (Referanse er under utdanning)								
Heltidsstilling	1,55	0,95	0,50	1,17	21,14***	0,44 a)	0,31	0,63
Deltidsstilling (15– 35 timer pr. uke)		0,75	0,42	1,33	6,97**	0,53	0,33	0,85
Mindre deltidsstilling (5– 14 timer pr uke)	3,89*	2,34	1,01	5,45	2,89	0,40 b)	1,14	1,15
Arbeidsløs eller på sysselsettings- oppdrag	0,22	1,17	0,60	2,27	0,17	1,12	0,65	1,93
Svangerskaps- premisjon	0,45	0,65	0,32	1,31	9,88**	0,38	0,21	0,69
Hjemmevæ- ren	0,88	0,87	0,34	2,50	3,84*	0,40	0,16	1,00

Merk: Å ikke søke hjelp er brukt som kontrast. * p <.05, ** p <.01, *** p <.001. a) Psykolog forskjellig fra annet helsepersonell p < 0.05, b) Psykolog forskjellig fra annet helsepersonell p <.01, c) Psykolog forskjellig fra annet helsepersonell p <.001.

Diskusjon

I alt oppga 23 % av unge voksne i Norge at de hadde fått profesjonell hjelp for psykiske vansker, og 14 % hadde vært hos psykolog. Internaliserende vansker som depresjon og angst, samt selvbilde- og identitetsproblemer og ettervirkninger av traumer, var blant de hyppigst angitte problemene en søkte hjelp for. Symptomer på psykiske problemer, rusbruk og sosiale vansker predikerte som forventet helsetjenestebruk. I tillegg spilte flere sosiodemografiske forhold inn, å være kvinne, alder, ikke leve i fast forhold, samt å være under utdanning. Å ha angst, å selvskade samt å være under utdanning økte sannsynligheten for å få hjelp av psykolog versus å få hjelp av andre helseprofesjoner.

Helsehjelp for psykiske vansker

At nær hver fjerde unge voksne hadde fått profesjonell hjelp for psykiske vansker, og at hver tredje mente de hadde hatt behov for slik hjelp, bereder grunnen for et klima hvor stigmatisering av mennesker med psykiske problemer lettere kan bekjempes. Over dobbelt så mange hadde fått hjelp for mentale helseplager i denne undersøkelsen som i helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) (Roness et al., 2005). En må her merke seg at HUNT ble gjennomført 10 år før Ung i Norge, og i løpet av denne perioden har kapasiteten i psykiatrien blitt betydelig utbygget, noe som gjør at langt flere har fått et tilbud. I tillegg undersøkte vi en yngre befolkning. Yngre voksne har like stor sannsynlighet for å ha søkt hjelp som eldre voksne (Roness et al., 2005), til tross for at de har hatt kortere tid å ha hatt mentale belastninger på. En ung voksen vil følgelig ha større sannsynlighet for å søke hjelp når vedkommende får psykiske vansker, enn eldre med de samme plagene. I tillegg spurte man i HUNT bare om «psykiske vansker», mens vi i Ung i Norge også spesifiserte en del plager som folk kan oppfatte som ikke å være psykiske, men som man allikevel kan få helsehjelp for, slik som rus, aggresjon og samlivsproblemer.

Internaliserende vansker som depresjon og angst, samt selvbilde og identitetsproblemer og ettervirkninger av traumer, var blant de hyppigst angitte problemene en søkte hjelp for

I alt 13 % av denne unge befolkningen mente de har, eller hadde hatt, behov for profesjonell hjelp, men ikke fått det. Bak dette spriket ligger det muligens faktorer hos personen selv, nettverket rundt og forhold i kulturen. Tidligere resultater har imidlertid også avdekket at forhold ved selve helsetjenestesystemet, ikke minst tilgang og kostnader, fungerer som barrierer mot bruk av slike tjenester (Andersen, 1995). Dette peker også mot et udekket behov for psykologhjelp i samfunnet som gjenspeiles i de lange ventelistene ved offentlig så vel som ved privat behandling.

Det at kvinner oftere søker hjelp for psykiske vansker enn menn, er et velkjent funn, og våre tall stemmer overens med en kjønnsforskjell på om lag 2:1 (Shapiro et al., 1984). Internaliserende vansker oppgis som hyppigste grunn til å søke hjelp, også hos menn. Enkelte har foreslått at kjønnsforskjellen i helsetjenestebruk skyldes kvinners høyere sykkelighet (Rhodes, Goering, To & Williams, 2002). En skal merke seg at denne kjønnsforskjellen ikke ble redusert selv om man kontrollerte for forskjellen i mengden og formen for symptomer og belastninger mellom kjønnene, noe som også er funnet tidligere (Koopmans & Lamers, 2007; Rhodes et al., 2002). Tidligere har

man funnet at noe av denne forskjellen kan komme av at kvinner i større grad enn menn definerer sine ubestemte emosjonelle problemer som psykiske vansker (Kessler, Brown & Broman, 1981). En maskulin kjønnsrolle hvor det å kunne klare seg selv, være tøff og å kontroll over egne følelser er viktig, kan gjøre det vanskelig å søke hjelp hos andre, og menn vil følgelig heller forsøke å holde ut psykiske plager (Addis & Mahalik, 2003). I tillegg kan det av samme grunner oppleves mer stigmatiserende for en mann å søke hjelp for psykiske vansker enn for en kvinne (Judd, Komiti & Jackson, 2008).

Hjelp hos psykolog

I slutten av 20-årene har hver 6. kvinne og hver 10. mann vært hos psykolog. Livtidsprevalensen vil følgelig ligge langt høyere. Sammenliknbare tall for bruk av psykolog i andre land finnes ikke, men resultatene synes å understreke psykologenes sentrale plass i det psykiske helsevernet i Norge. Resultatene viser også at de privatpraktiserende psykologene tar unna over 40 % av pasientene, og flere enn psykologer på poliklinikkene. Nå vil psykologer i spesialisthelsetjenesten formodentlig arbeide med en krevende undergruppe av pasienter som trenger lang behandlingstid, og må i større grad brukes sin tid på indirekte pasientarbeid enn privatpraktiserende. I tillegg kan det tenkes at pasienter med de største funksjonsnedsettelsene, som dermed i større grad vil ha benyttet spesialisthelsetjenesten, sjeldnere har deltatt i undersøkelsen enn pasienter med lettere lidelser. Allikevel tyder disse resultatene på at privatpraktiserende psykologer står for behandling av en vesentlig del av unge voksne med psykiske vansker i Norge.

Tre forhold pekte seg altså ut som unike prediktorer for å få hjelp hos psykolog: å være under utdanning, å ha angst samt repeterende selvskading. Å ha angst mer enn doblet sannsynligheten for å få hjelp hos psykolog enn å få det hos andre profesjoner. Vi vet ikke om denne forskjellen oppstår i henvisningssystemet eller hos pasientene. Selv om medikamentell behandling av angst har vist seg effektiv, er psykologisk behandling i form av kognitiv atferdsterapi spesielt virksom (James, Soler & Weatherall, 2005). Med rette oppfattes muligens psykologer som spesielt dyktige på å behandle angstlidelser, både av øvrige fagfolk og av den generelle befolkningen.

På samme måte er det tre ganger så sannsynlig å få behandling hos psykolog som hos andre dersom en pasient har gjentatt selvskading. Muligens oppleves det også som at psykologer har særskilt ekspertise på selvskading. Imidlertid finnes det kun få behandlingstilbud med dokumentert

effekt, nærmere bestemt dialektisk atferdsterapi – som kun er på utprøvningsstadiet i Norge (Linehan et al., 2006), og kanskje nettverksintervensjon (King et al., 2006) og tilpassede former for multisystemisk terapi (Huey et al., 2004). De to siste brukes etter min kjennskap ikke overfor selvskading her til lands. Mangelen på dokumentert effekt av behandling betyr jo ikke nødvendigvis at den praksisen som drives av psykologer i Norge, ikke har noen virkning overfor selvskading. Likevel åpner dette for en ubegrunnet forventning til psykologer på dette området. På den annen side er henvisninger alltid relative i den forstand at man velger, forhåpentlig, den som er antatt dyktigst. Mangelen på dokumentert effekt av tiltak betyr også at heller ikke andre faggrupper kan vise til behandlingsformer som er virksomme. Det er slett ikke umulig at kunnskapen om virksom behandling av selvskading ikke er godt kjent, verken hos fagfolk eller hos allmennheten. Dermed vil kanskje de fleste oppfatte årsakene til selvskading, og dermed også tiltak mot det, som utpreget psykologiske snarere enn for eksempel medisinske. Selv om psykologer må beherske utredning og behandling av en lang rekke tilstander, bør man forvente at de har en særskilt kunnskap om de tilstandene som er vanligst. Dette understreker betydningen av utdanning og videreutdanning innen selvskadings- og selvmordsproblematikk.

Å ha angst, å selvskade og å være under utdanning økte sannsynligheten for å få hjelp av psykolog versus å få hjelp av andre helseprofesjoner

De unge i denne undersøkelsen var i all hovedsak ferdige med sin utdanning og var yrkesaktive. Det å være under utdanning i denne fasen i livet, dvs. i slutten av 20-årene og begynnelsen av 30-årene, om lag doblet sjansene for å søke hjelp hos psykolog sammenliknet med det å være i arbeid. En må merke seg at dette var kontrollert for egen forventet sosioøkonomisk posisjon og foreldrenes sosioøkonomiske posisjon. En entydig forklaring på dette finnes ikke i disse dataene. Det kan skyldes en preferanse hos de med lengst utdanning, eller hos studenter generelt, for å gå til psykolog heller enn til andre helseprofesjoner. Det kan også skyldes at til tross for øvrige begrensninger i studenthelsetjenesten øker sannsynligheten for å bli henvist til psykolog for eksempel relativt til psykiater, muligens ut fra sammensetningen av personalgruppen i studenthelsetjenesten. En bør merke seg at øvrige sosiodemografiske forhold, slik som forventet sosioøkonomisk posisjon, utdanningslengde, landsdel og urbanisering ikke influerte det å søke hjelp. Langt på vei er følgelig sosialpolitiske målsettinger om lik mulighet til helsehjelp oppnådd, og man ser ikke den samme sosioøkonomiske gradienten i dette som man ser i andre land.

Metodiske begrensinger

Selv om Ung i Norge-undersøkelsen har en rekke fortrinn, slik som å ha et stort utvalg, en nøye kartlegging av helsetjenestebruk for psykiske vansker, å være landsdekkende og noenlunde representativ, så er det flere metodiske begrensninger en må være klar over når en tolker resultatene. Selv om Ung i Norge hadde svært høy svarprosent i utgangspunktet, er den kumulative svarprosenten langt lavere. Frafallsanalysene viste at det var særlig menn med eksternaliserende vansker som ikke deltok ved T4. Å vekte resultatene i henhold til frafallet medførte få endringer i forekomsten av hjelpsøking. Allikevel kan en ikke utelukke at særlig anslagene over hvor mange menn som har fått hjelp, og særskilt for rus- og aggresjonsproblemer, kan være for lave. Sammenhenger mellom variabler vil vanligvis være mindre sårbare for systematiske skjevheter i utvalget enn forekomster. Det er dermed mindre grunn til å anta at styrken i prediktorene for hjelpsøking er påvirket av frafallet. Selv om Ung i Norge er en prospektiv undersøkelse, er kun resultatene fra T4 benyttet i analysene. Ofte vil bruk av helsetjenester ligge tilbake i tid, mens prediktorer for helsetjenestebruk i flere tilfeller ligger nærmere i tid enn bruken av helsetjenester. Begrepet «prediktor» er således kun ment i en teknisk betydning og sier ikke noe om den tidsmessige rekkefølgen mellom variablene. Blant annet derfor er det ikke mulig å trekke kausale slutninger fra resultatene. Siden vi har målt prediktorer for helsetjenestebruk, eksempelvis mentale helseproblemer, etter starten på den faktiske helsetjenestebruken, har vi fanget opp de symptomene som står igjen etter endt behandling. Dersom en sammenlikner de vanskene deltagerne selv anga som henvisningsgrunner og de plagene som predikerte helsetjenestebruk, er det til dels vesentlige avvik. Mens depresjon hyppigst ble angitt som henvisningsgrunn, predikerte ikke målt depresjon ved T4 helsetjenestebruk. Det er flere mulige fortolkninger av dette. Den ene er at psykologer og andre behandler depresjon effektivt, slik at det som en gang var et problem som førte til hjelpsøking, ikke lenger er det. Dessverre synes vi ikke å ha særlig gode behandlingsmetoder for depresjon (Weisz, McCarty & Valeri, 2006). For de fleste har depresjon imidlertid et svingende forløp, slik at det blir mindre sannsynlig at de ved T4 hadde en så vidt sterk depresjon som i sin tid gjorde at de søkte hjelp. Videre er depresjon et vanlig tilleggsproblem ved mange tilstander. Det kan derfor være de komorbide vanskene, som angst, rus og problemer med selvbildet, som gjør at en som er deprimert, heller velger å søke hjelp enn en som kun har depresjon.

Implikasjoner

Nær hver fjerde unge voksne har fått profesjonell hjelp for psykiske vansker, og majoriteten av disse (14 % av alle unge voksne) har vært hos psykolog. Privatpraktiserende psykologer står for en vesentlig del av denne hjelpen. Sannsynligvis ville en økning i antallet psykologer med driftstilskudd og med refusjonsavtale i særlig grad ha kortet ned på ventelistene for behandling. Vi synes å ha fått en ung voksen befolkning som velger å oppsøke profesjonell hjelp når de får mentale helseproblemer. Dette vil med sannsynlighet medføre en videre økt etterspørsel etter slike helsetjenester også når disse unge voksne blir middelaldrende. Gitt at nye kohorter har den samme forventningen om å få profesjonell hjelp, og villigheten til å søke slik hjelp er like stor, vil dette medføre et økt press på hjelpeapparatet. Samtidig letter det at mange har erkjent psykisk vansker hos seg selv eller sine nærmeste, forhåpentligvis arbeidet med å avstigmatisere og avmystifisere mentale lidelser.

Å ha angst eller å ha repeterende selvskading tredoblet sannsynligheten for å få hjelp av psykolog versus av andre profesjoner. Psykologer har etter hvert kunnskap om dokumentert effektive behandlingsmetoder for angst. Dette er i meget begrenset grad tilfellet for selvskading, noe som innebærer at utdanning innen selvskadings- og selvmordsproblematikk burde forsterkes ved så vel universitetene som gjennom Norsk Psykologforening.

Lars Wichstrøm
Psykologisk institutt
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
7491 Trondheim
E-post lars.Wichstrøm@svt.ntnu.no

Referanser

Adis, M. E. & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58, 5–14.

- Alegria, M., Bijl, R. V., Lin, E., Walters, E. E. & Kessler, R. C. (2000). Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders – A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, 57, 383–391.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting The Behavioral Model and access to medical care. Does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, 36, 1–10.
- Angold, A., Erkanli, A., Farmer, E. M. Z., Fairbank, J. A., Burns, B. J., Keeler, G., et al. (2002). Psychiatric disorder, impairment, and service use in rural African American and white youth. *Archives of General Psychiatry*, 59, 893–901.
- Angold, A., Messer, S. C., Stangl, D., Farmer, E. M. Z., Costello, E. J. & Burns, B. J. (1998). Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88, 75–80.
- Burgy, R. & Hafner-Ranabauer, W. (1998). Utilization of the psychiatric emergency service in Mannheim: ecological and distance-related aspects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 558–567.
- Cochran, S. D., Sullivan, J. G. & Mays, V. M. (2003). Prevalence of mental disorders, psychological distress, and mental health services use among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 53–61.
- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59, 614–625.
- Costello, E. J., Burns, B. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Dulcan, M. & Brent, D. (1988). Service Utilization and Psychiatric-Diagnosis in Pediatric Primary Care – the Role of the Gatekeeper. *Pediatrics*, 82, 435–441.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y. & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test – Psychometric Features and Clinical Correlates. *Psychological Medicine*, 12, 871–878.
- Hammer, T. & Vaglum, P. (1990). Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population *British Journal of Addiction*, 85, 899–909.
- Harter, S. (1988). Manual for the Self-Perception Profile for Adolescents. Denver, CO: University of Denver.
- Henderson, M. & Freeman, C. P. L. (1987). A Self-Rating Scale for Bulimia the Bite. *British Journal of Psychiatry*, 150, 18–24.

- Hosmer, D. W. & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Huey, S. J., Henggeler, S. W., Rowland, M. D., Halliday-Boykins, C. A., Cunningham, P. B., Pickrel, S. G., et al. (2004). Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*, 183–190.
- James, A., Soler, A. & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 25*.
- Judd, F., Komiti, A. & Jackson, H. (2008). How does being female assist help-seeking for mental health problems? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 42*, 24–29.
- Kandel, D. B. & Davies, M. (1982). Epidemiology of Depressive Mood in Adolescents – an Empirical-Study. *Archives of General Psychiatry, 39*, 1205–1212.
- Kessler, R. C., Brown, R. L. & Broman, C. L. (1981). Sex-differences in psychiatric help-seeking – Evidence from 4 large-scale surveys. *Journal of Health and Social Behavior, 22*, 49–64.
- King, C. A., Kramer, A., Preuss, L., Kerr, D. C. R., Weisse, L. & Venkataraman, S. (2006). Youth-nominated support team for suicidal adolescents (Version 1): A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 199–206.
- Koopmans, G. T. & Lamers, L. M. (2007). Gender and health care utilization: The role of mental distress and help-seeking propensity. *Social Science & Medicine, 64*, 1216–1230.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 158*, 1091–1098.
- Lavik, N. J., Clausen, S. E. & Pedersen, W. (1991). Eating Behavior, Drug-Use, Psychopathology and Parental Bonding in Adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 84*, 387–390.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry, 63*, 757–766.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V., et al. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries – Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry, 189*, 161–167.

- Pescosolido, B. A. (1992). Beyond rational choice. The social dynamics of how people seek help
American Journal of Sociology, 97, 1096–1138.
- Reigstad, B., Jorgensen, K., Sund, A. M. & Wichstrøm, L. (2006). Adolescents referred to specialty mental health care from local services and adolescents who remain in local treatment: what differs? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 323–331.
- Rhodes, A. E., Goering, P. N., To, T. & Williams, J. I. (2002). Gender and outpatient mental health service use. *Social Science & Medicine*, 54, 1–10.
- Roberts, R. E., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1993). A Brief Measure of Loneliness Suitable for Use with Adolescents. *Psychological Reports*, 72, 1379–1391.
- Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 51–58.
- Russel, D., Peplau, L. & Cutrona, C. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472–480.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B. & Sarason, B. R. (1983). Assessing Social Support – the Social Support Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 127–139.
- Saunders, S. M. (1993). Applicants experience of the process of seeking therapy *Psychotherapy*, 30, 554–564.
- Shapiro, S., Skinner, E. A., Kessler, L. G., Vonkorff, M., German, P. S., Tischler, G. L., et al. (1984). Utilization of health and mental health services. 3 epidemiological catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971–978.
- Sourander, A., Multimaki, P., Santalahti, P., Parkkola, K., Haavisto, A., Helenius, H., et al. (2004). Mental health service use among 18-year-old adolescent boys: A prospective 10-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1250–1258.
- ten Have, M., Iedema, J., Ormel, J. & Vollebergh, W. (2006). Explaining service use for mental health problems in the Dutch general population: the role of resources, emotional disorder and functional impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 285–293.
- Ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R. & Ormel, J. (2002). Combined effect of mental disorder and low social support on care service use for mental health problems in the Dutch general population. *Psychological Medicine*, 32, 311–323.

- Vogel, D. L., Wade, N. G. & Hackler, A. H. (2007). Perceived public stigma and the willingness to seek counseling: The mediating roles of self-stigma and attitudes toward counseling. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 40–50.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M. C., Borges, G., Bromet, E. J., et al. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet, 370*, 841–850.
- Weisz, J. R., McCarty, C. A. & Valeri, S. M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 132*, 132–149.
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology, 35*, 232–245.
- Wichstrøm, L. (2006). Sexual orientation as a risk factor for bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 448–453.
- Wichstrøm, L. (1995). Harters Self-Perception Profile for Adolescents – Reliability, Validity, and Evaluation of the Question Format. *Journal of Personality Assessment, 65*, 100–116.