

Kan grunnleggende leveregler eller antagelser om grubling best predikere
depressive symptomer?

Stine Bakken

Anett Tveit

PSYPRO 4100 – Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi

Norges Naturvitenskapelige Universitet

Psykologisk Institutt

Forord

Denne hovedoppgaven ser på ulike kognitive faktorerers betydning for depressive symptomer. Hovedoppgaven baserer seg på data som forfatterne har vært med på å samle inn gjennom en internettbasert spørreundersøkelse.

Hovedoppgaven har blitt skrevet som et samarbeid mellom Stine Bakken og Anett Tveit. *Retningslinjer for utforming av PSYPRO 4100 – Hovedoppgaven på profesjonsstudiet i psykologi, Psykologisk Institutt* vektlegger viktigheten av at en beskrivelse av den enkelte kandidats bidrag følger sammen med hovedoppgaven, og dette er beskrevet nedenfor:

Oppgaven er resultatet av et kontinuerlig samarbeid mellom begge forfatterne. Dette gjelder spesielt for utvikling av tema og problemstilling, datainnsamling, dataanalyser og konklusjon. I tillegg har forord, sammendrag, diskusjon og referanser blitt skrevet i fellesskap. Stine Bakken har videre hatt hovedansvaret for den delen av innledningen som omfatter den generelle beskrivelsen av depresjon og metakognitiv teori. Hun har også hatt hovedansvaret for metodedelen i oppgaven. Anett Tveit har hatt hovedansvaret for den delen av innledningen som omhandler livshendelser og kognitiv teori. Hun har i tillegg også hatt hovedansvaret for resultatdelen i oppgaven. Det har vært en svært givende prosess å samarbeide med hverandre, og vi føler vi har lært mye som vi kommer til å få bruk for senere i arbeidslivet.

Vi ønsker å takke førsteamanuensis Roger Hagen og professor Odin Hjemdal for god veiledning. Deres kunnskap og engasjement har gjort arbeidet med hovedoppgaven spennende og lærerikt. Vi ønsker også å takke alle respondentene som har tatt seg tid til å svare på undersøkelsen vår, og som med dette har vært med på å øke vår kunnskap om hvordan vi kan forstå depresjon.

Trondheim, 7. mai 2012

Stine Bakken

Anett Tveit

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke om grunnleggende leveregler eller antagelser om grubling best kunne predikere varians i depressive symptomer. Utvalget bestod av 779 studenter, hvorav 165 var menn og 602 kvinner. Undersøkelsen ble gjennomført som en elektronisk spørreundersøkelse, bestående av syv standardiserte spørreskjema; Dysfunctional Attitude Scale (DAS), Ruminative Response Scale (RRS), Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS), Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRS), Automatic Thought Questionnaire (ATQ), Life Event Scale (LES) og Beck Depression Inventory (BDI). Resultatene indikerte at DAS, RRS og NBRS alle var unike prediktorer for varians i depressive symptomer. Dette tyder på at både grunnleggende leveregler og tanker om grubling er viktige faktorer for å forklare hvordan depresjon utvikles og opprettholdes.

Innledning

Depresjon

Depresjon er en psykisk lidelse som kjennetegnes av emosjonelle, motivasjonelle, atferdsmessige, fysiske og kognitive symptomer (Davey, 2008). De emosjonelle symptomene hos deprimerte individer inkluderer følelser som tristhet, håpløshet og motløshet.

Motivasjonelle symptomer innebærer tap av interesse for normale aktiviteter, og den deprimerte opplever ikke lenger noen glede fra aktiviteter som tidligere var lystbetonte. Dette vil ofte manifestere seg i sosial tilbaketrekning. Appetitt og seksuallyst kan også bli signifikant redusert. Deprimerte individer vil også kunne fremvise flere atferdsmessige symptomer, som blant annet en treghet i tale og en generell inhibering av atferd. De blir fysisk inaktive, og opplever ofte et lavt energinivå, trøtthet og utmattelse. Fysiske symptomer inkluderer hovedsakelig søvnforstyrrelser, men også symptomer som hodepine, svimmelhet og generell smerte blir rapportert. De kognitive symptomene hos deprimerte viser seg i form av et ekstremt negativt syn på seg selv, verden rundt dem og omkring deres egen fremtid. Deprimerte individer rapporterer også en svekket evne til å tenke, konsentrere seg og å ta avgjørelser (Davey, 2008). Alle disse problemene kan bli kroniske eller tilbakevendende og føre til betydelige svekkelser i individets evne til å ta del i hverdagslivet (WHO, 2012).

ICD-10 beskriver tre typer depressive episoder – mild depressiv episode (F32.0), moderat depressiv episode (F32.1) og alvorlig depressiv episode (F32.2 og F32.3). Ved depressive episoder av alle tre alvorlighetsgrader kreves vanligvis en varighet på to uker for at diagnosen skal kunne stilles. Differensieringen mellom milde, moderate og alvorlige depressive episoder tas ut i fra en klinisk vurdering av antall, type og alvorlighetsgrad av de symptomene som er tilstede hos pasienten (WHO, 1997). Hvis pasienten opplever flere enn én enkeltstående depressiv episode, uten tidligere maniske episoder, skal disse klassifiseres under en av underkategoriene av tilbakevendende depressiv lidelse (F33.-; WHO, 1997).

Ifølge Folkehelseinstituttet er depresjon en av de vanligste psykiske lidelsene i Norge (FHI, 2008a). De anslår at mellom 6 og 12 prosent av den norske befolkningen til enhver tid lider av depresjon i den grad at det er behandlingstrengende, mens betydelig flere rammes en eller annen gang i løpet av livet (FHI, 2008a). Symptomene viser seg på forskjellige områder og depresjon påvirker derfor pasientens funksjonsevne i stor grad.

Mennesker som har en depresjonsdiagnose vil ofte også lide av en annen psykisk lidelse i tillegg. Den vanligste komorbide lidelsen ved depresjon er angst, men depresjon kan også være en kompliserende faktor ved for eksempel fysiske kroniske sykdommer (FHI, 2008b).

Depresjon har en stor samfunnsmessig betydning (FHI, 2008b). Når man skal vurdere de ulike kostnader ved depresjon må man ha et bredt perspektiv hvor man trekker inn både individer, arbeidstakere samt helse- og velferdsordninger. Like viktige er også kostnadene depresjonen får for den enkelte som rammes, inkludert konsekvenser når det gjelder sosiale relasjoner og livskvalitet. I følge en undersøkelse startet av Verdensbanken og Verdens helseorganisasjon i 1990 ("The Global Burden of Disease", GBD), er depresjon på fjerdeplass av alle sykdommer når det gjelder tapte funksjons- og kvalitetsjusterte leveår, og antas å komme opp på andreplass innen år 2020 (Murray & Lopez, 1996). En av konklusjonene i GBD-studien var at depresjon er et stort folkehelseproblem i verdenssammenheng som rammer både på et individ- og samfunnsnivå.

Depresjon medfører både funksjonstap, tilbakefall og lange sykemeldinger. I Norge koster depresjon omkring 1, 5 milliarder årlig. Dette tallet er basert på en undersøkelse som er gjennomført i flere europeiske land (Norge inkludert), som har sett på bruken av offentlige helsetilbud for voksne med en depresjonsdiagnose og hva det er denne behandlingen koster (McCracken et al., 2006). De indirekte kostnadene for samfunnet er imidlertid mye større og inkluderer tap av arbeidskraft ved sykemeldinger og uføretrygd, i tillegg til tapte

skatteinntekter og tidlig død. Depresjon var for eksempel årsaken til 30% av utbetalt uføretrygd i Norge i 2004 (Mykletun & Øverland, 2006).

Behandling for depresjon er hovedsakelig samtaleterapi, og per i dag er det kognitiv atferdsterapi som har vist best dokumentert effekt gjennom studier (se for eksempel Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006 for en gjennomgang). Hvis depresjonen er av moderat eller alvorlig grad, samt har vart en stund eller er av tilbakevendende art, kan medisinsk behandling også være aktuelt, som for eksempel bruk av antidepressiva som SSRI-medikamenter (FHI, 2008a). Ved svært alvorlige depresjoner kan såkalt elektrostimulering (ECT) benyttes selv om dette er en omdiskutert behandling (FHI, 2008a).

Utløsende og opprettholdende faktorer ved depresjon

Livshendelser

Etter Holmes og Rahe (1967) satte fokus på belastende livshendelser i sine studier for over 30 år siden, har dette temaet vært populært innenfor psykiatrisk epidemiologi (Kendler et al., 1999). Gjennom forskning har man funnet en korrelasjon mellom belastende livshendelser og en påfølgende episode av alvorlig depresjon. Den eksakte naturen til forholdet mellom alvorlig depresjon og belastende livshendelser er imidlertid mer usikkert (Kendler et al., 1999). Det har blitt gjennomført mange studier hvor man har sammenlignet skårer på spørreskjema om opplevde stressende livshendelser hos deprimerte og ikke-deprimerte individer, både i retrospektive og prospektive studier (jfr. Bidzinska 1984; Billings et al. 1983; Brown et al. 1987; Hammen et al. 1985; Holahan & Moos, 1991). Sammenfattet kan man på bakgrunn av disse studiene trekke slutninger om det følgende: Det foreligger en konsistent dokumentasjon av assosiasjonen mellom eksponering for stressende livshendelser og følgende episoder av alvorlig depresjon. Styrken på dette forholdet varierer imidlertid i ulike studier på grunn av bruken av ulike måleinstrumenter. Det foreligger også et gradert forhold mellom stressende livshendelser og depressive symptomer, i så måte at svært belastende hendelser er sterkere assosiert med depresjon sammenlignet med mindre alvorlige livshendelser. Selv om de aller fleste deprimerte individer rapporterer å ha gjennomgått en stressende livshendelse i forkant av depresjonen, er det bare en liten andel av individer som opplever stressende livshendelser som blir deprimerte (Kessler, 1997).

Det foreligger imidlertid flere metodologiske problemer ved slike studier, som fører til at man ikke uten videre kan trekke slutninger om sammenhengen mellom stressende livshendelser og depresjon. De fleste studiene har for eksempel ikke tatt med i beregningen at rapportering av stressende livshendelser i forkant av depresjon kan være farget av selektiv

hukommelse, noe som ofte foreligger ved en depressiv episode (Kessler, 1997). Det har imidlertid blitt gjennomført studier hvor utvalget blir valgt på bakgrunn av data fra ulike arkiver, som eksempelvis skilsmisser (Aseltine & Kessler, 1993), hvor elementet med selektiv hukommelse blir utelukket. Slike studier indikerer alle at belastende livshendelser er assosiert med depressive episoder (Kessler, 1997). Genetiske risikofaktorer har heller ikke blitt tatt hensyn til i de foregående studier. Man vet for eksempel at genetisk utrustning kan påvirke et individs tendens til å havne i miljøer eller situasjoner hvor det er stor sannsynlighet for at stressende livshendelser kan oppstå (Kendler, Karkowski & Prescott, 1999).

Teorien om lært hjelpeløshet innebærer at klinisk depresjon og andre psykiske lidelser kan forekomme som følge av opplevd mangel på kontroll over en situasjon eller livshendelse (Seligman & Maier, 1967). Abramson, Seligman og Teasdale reformulerte i 1978 den opprinnelige modellen for lært hjelpeløshet og depresjon, og hevdet med dette at spesifikke attribusjonsstiler hadde sammenheng med sårbarhet for utviklingen av depresjon, som følge av en stressende hendelse. Abramson et al. (1978) hevdet at individer som har en generell tendens til å attribuere negative utfall til interne, stabile eller globale faktorer, har en større sannsynlighet for å oppleve et følgende depressivt humør når møtt med en negativ livshendelse, sammenlignet med individer som attribuerer negative utfall til eksterne, ustabile eller spesifikke faktorer.

For å teste ut denne hypotesen gjennomførte de et eksperiment hvor de undersøkte hvorvidt college-studenters attribusjonsstil på et tidspunkt predikerte grad av depressivt humør når de mottok en lav karakter på en eksamen, på et senere tidspunkt. For å teste dette ble det brukt et prospektivt, kvasi-eksperimentelt design, hvor 227 psykologistudenter deltok. The Attributional Style Questionnaire (ASQ; Seligman, Abramson, Semmel & von Baeyer, 1979) ble brukt for å vurdere attribusjonsstil og The Multiple Affect Adjective Check List, Today Form (MAACL; Zuckerman & Lubin, 1965) ble brukt for å vurdere studentenes grad

av depressivt humør. Resultatene fra studiet bekreftet at dess mer intern eller global attribusjonsstil for negativt utfall studentene hadde, dess mer depressivt var deres humør som følge av den lave eksamenskarakteren.

På tross av teorier om psykopatologi og mange assosierte empiriske studier er det fortsatt usikkert hvorvidt stressende livshendelser fremmer psykiske lidelser (Kessler, 1997). Det er uklart i hvilken grad stressende livshendelser kan forårsake depresjon og i hvilken grad korrelasjonen kan skyldes andre faktorer (Kendler et al., 1999).

Skjemateorien (kognitiv teori)

Det fundamentale prinsippet bak kognitiv teori bygger på at tanker påvirker humør, og at man ved å endre tankemønstre kan forbedre selv-konsept, humør, atferd samt den fysiske tilstand (Rupke, Blecke & Renfrow, 2006). Den kognitive modellen er imidlertid ikke en modell hvor negative tanker eller antagelser fører til en emosjonell og fysiologisk respons som så produserer en følgende atferd. Den beskrives heller som en interaktiv modell hvor alle de nevnte faktorene gjensidig påvirker hverandre (Neenan & Dryden, 2004). Kognitiv teori bygger videre på antagelsen om at det menneskelige sinnet ikke er en passiv mottaker av miljømessige og biologiske stimuli, men at mennesket aktivt er involvert i å konstruere sin egen virkelighet (Clark, 1995). For å endre en emosjonell tilstand må man henholdsvis også endre måten man tenker på. Den kognitive modellen bygger med andre ord på antagelsen om at det er ikke hendelser i seg selv som avgjør hvordan vi har det, men meningen vi tilskriver disse hendelsene (Neenan & Dryden, 2004).

Aaron T. Beck ansees som grunnleggeren av kognitiv terapi (Brewin, 2006). Den sentrale antagelsen i Becks depresjonsmodell er at kognitive faktorer spiller en betydningsfull

rolle både i utviklingen og opprettholdelsen av depresjon (Beck et al., 1979). Becks kognitive teori for emosjonelle lidelser bygger på tre hovedkomponenter. Den første komponenten er tilstedeværelsen av *negative automatiske tanker* (Clark & Fairburn, 1997). Negative automatiske tanker oppstår spontant og har et spesifikt innhold (for eksempel; «jeg er mislykket», «ingen bryr seg om meg»). De har en tendens til å dukke opp i spesielle situasjoner eller når man er i en bestemt sinnsstemning (Stiles et al., 2003). De er dysfunksjonelle i situasjonen, forutinntatte og øker ubehagelige emosjoner, samt nedsetter evnen til konstruktiv atferd (Beck, 1995). Vi er ikke vant til å fokusere oppmerksomheten på dem og har derfor en tendens til å oppfatte dem som sanne, uten å vurdere hvor realistiske de er. Med dette får de innvirkning på kroppslig aktivering, følelser og atferd (Stiles et al., 2003). Tankenes negative innhold skyldes at de farges av de negative underliggende skjema hos individet (Mørch & Rosenborg, 2005).

Den andre komponenten i Becks teori er tilstedeværelsen av *feilfortolkninger* i informasjonsprosesseringen (Clark & Fairburn, 1997). Feilfortolkninger beskriver ulike måter vi kan misoppfatte eller forvrengte informasjon på (Stiles et al., 2003). Feilfortolkning av virkeligheten finner sted når en dysfunksjonell, urealistisk mening om ting, begivenheter, andre mennesker eller individet selv dannes (Mørch & Rosenborg, 2005) og trer i kraft når negative skjemaer aktiveres (Stiles et al., 2003). De mest utbredte feilfortolkningene ved en depressiv episode er i henhold til Mørch & Rosenborg (2005) *selektiv abstraksjon*, hvor man bare oppfatter deler av virkeligheten; *personalisering*, hvor man relaterer hendelser i omverdenen til seg selv; *overgeneralisering*, hvor man trekker slutning om at noe som har forekommet i en situasjon også vil forekomme i andre situasjoner; *dikotom tenkning*, hvor man ordner omverdenen i motsetningspar (perfekt-fiasko, hater-elsker); *arbitrær slutning*, hvor man foretar en årsakssammenheng som er tilfeldig og misvisende; *forstørrelse og*

forminskning av elementer i omverdenen, samt *katastrofetenkning* (Mørch & Rosenborg, 2005).

Den tredje og siste komponenten i den kognitive depresjonsmodellen omhandler det Beck omtalte som «*skjema*» (Clark & Fairburn, 1997). Skjema er holdninger eller antagelser om verden, som man organiserer tidligere og nåværende erfaringer rundt. (Clark & Fairburn, 1997). Skjema bygger på tidlige erfaringer og blir aktivert av relevante livshendelser. Et eksempel kan være at man ser på seg selv som inkompetent om man ikke klarer å leve opp til standarder om å være punktlig, effektiv og disiplinert. Beck mener at et individ med sin genetiske utrustning spiller en aktiv rolle i sin egen utvikling, og at miljø reduserer eller forsterker de «naturlige» atferdstendensene (Beck & Freeman, 1990). Det er med andre ord ikke bare hendelser i seg selv som påvirker individer, men også hvordan man tolker hendelsene og velger å forholde seg til dem (Stiles et al., 2003). Siden skjemamodellen vektlegger de grunnleggende leveregler som en sterk sårbarhetsfaktor vil dette bli mer grundig beskrevet nedenfor.

Grunnleggende leveregler (skjema)

Skjema kan ofte formuleres som hvis-så utsagn (for eksempel; *hvis* ikke jeg alltid er ettergivende og tilpasser meg, *så* blir jeg forkastet) (Mørch & Rosenborg, 2005). Innholdet i de spesifikke skjemaene vil ha direkte innvirkning på persepsjon, tenkning og hukommelse (Stiles et al., 2003). Skjema kan omhandle en selv, andre og/eller verden (Neenan & Dryden, 2004) og kan også omtales som leveregler (Stiles et al., 2003). Skjema er stabile og oppleves som en sannhet hos den enkelte (Mørch & Rosenborg, 2005). Når skjema blir aktivert prosesserer man informasjon på en forvrengt måte, noe som videre støtter opp om de grunnleggende levereglene (kognitive skjema) og fraskriver motstridende informasjon (Neenan & Dryden, 2004). De negative tankene virker inn på humøret og bidrar til depressive

symptomer. Etter hvert som depresjonen utvikler seg, vil flere og mer intense negative tanker dukke opp, noe som fører til at individet blir ytterligere deprimert, noe som igjen kan aktivere mer negativ tenkning. Man havner med dette i en ond sirkel det kan være vanskelig å komme ut av (Stiles et al., 2003).

I en artikkel fra 1983 postulerer Beck at det finnes to hovedtyper av negative levereregler (skjema) som gjør en sårbar for depresjon; autonomi og sosial avhengighet. Autonome levereregler er knyttet til et behov for selvstendighet og anerkjennelse for prestasjoner. Individuer med en slik type levereregler vil ofte fortelle om situasjoner hvor de mislyktes. Negative autonome levereregler kan ha en ordlyd som dette: «hvis jeg ikke lykkes med alt jeg gjør, er jeg mislykket» (Stiles et al., 2003). Sosialt avhengige levereregler er knyttet til behovet om å bli akseptert, likt og elsket av andre. Individuer med en slik type levereregler vil ofte fortelle om situasjoner hvor de ble kritisert eller avvist. Et eksempel på sosialt avhengige levereregler kan være «hvis jeg gir uttrykk for mine behov og meninger, vil jeg bli mislikt og avvist». (Stiles et al., 2003). Når man har identifisert skjema jobber man med deres fordeler og ulemper, samt gyldigheten av skjemaene. Man kan også begynne å identifisere de i reaksjoner på hendelser og forsøke seg på alternative tolkninger. Man kan etter hvert endre på skjemaene slik at pasienten får mindre tro på deres opprinnelige formulering (DeRubeis, Tang & Beck, 2001).

Becks kognitive depresjonsmodell

Tidlige erfaringer hvor man har opplevd avvisning eller kritikk fra sine omsorgspersoner fører til utviklingen av negative levereregler (for eksempel; hvis jeg ikke gjør ting perfekt, vil jeg bli avvist). Slike levereregler legger videre grunnlaget for hvordan man tolker en hendelse (for eksempel en skilsmisse). En hendelse kan utløse negative automatiske tanker ("jeg er ingenting verdt"), som bygger på de negative levereglene. Negative

automatiske tanker fører videre til depressive symptomer. Både atferdsmessige symptomer (sosial tilbaketrekning, lavere aktivitetsnivå e.l.), somatiske symptomer (søvnproblemer, dårlig matlyst e.l.) og affektive symptomer (skyld, angst e.l.). De affektive symptomene fører igjen til motivasjonelle- (gledesløshet, utsettelse e.l.) og kognitive symptomer (ubesluttsomhet, konsentrasjonsvansker e.l.).

Becks kognitive depresjonsmodell er illustrert i figur 1.

Sett inn figur 1 her.

Beck postulerer at et individ som lider av depresjon viser til en forvrengt informasjonsprosessering, som resulterer i et negativt syn på seg selv, fremtiden og verden. Denne trioen av domener har blitt betegnet som den «kognitive triade» (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979).

Kognitiv atferdsterapeutisk behandling for depresjon

Kognitiv terapi er en aktiv, direktiv, tidsbegrenset og strukturert tilnærming som blir brukt for å behandle ulike psykiske lidelser (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Det fundamentale prinsippet bak kognitiv terapi bygger på at tanker påvirker humør, og at man ved å endre tankemønstre kan forbedre selv-konsept, humør, atferd og den fysiske tilstand (Rupke, Blecke & Renfrow, 2006).

Depresjonsbehandling med bakgrunn i den kognitive modellen for depresjon kan i følge DeRubeis, Tang & Beck (2001) deles opp i tre faser. Første del av depresjonsbehandlingen ved kognitiv terapi kan sies å ha tre delmål. Det første er kartlegging av klientens symptomer/plager. Det andre delmålet er sosialisering til den kognitive modellen.

Det er viktig at klient og behandler har en felles forståelse av den kognitive modellen som vil bli lagt til grunn for videre behandling. Det siste delmålet er intervensjoner rettet mot klientens eventuelle pessimisme og håpløshetsfølelse.

I den midtre fasen av behandlingen jobber man med å forsterke mestringsstrategier som ble introdusert tidligere gjennom sosialisering til den kognitive modellen. Klienten jobber mellom timene med å identifisere situasjoner og tanker som bringer med seg negativ affekt. Klienten får hjelp av behandler til å identifisere alternative analyser av de automatiske tankene. I den midtre fasen ser man også nærmere på de grunnleggende levereglene (skjemaene) klienten har og hvordan disse relaterer seg til tidligere erfaringer (DeRubeis, Tang & Beck, 2001).

I den siste fasen av behandlingen ser man på hva som har hatt god effekt og fokuserer videre på tilbakefallsprevensjon. Mange klienter attribuerer fremgang til endringer i miljøet rundt seg, på tross av at endringene har oppstått på bakgrunn av endringer i deres egen kognisjon og atferd. Det er derfor viktig at mestringsstrategiene klienten har lært seg blir demonstrert og testet, slik at sannsynligheten for at klienten vil ta i bruk disse i fremtidig vanskelige situasjoner øker (DeRubeis, Tang & Beck, 2001).

Effektstudier

Beck's kognitive terapi har blitt evaluert i flere kontrollerte effektstudier (Clark & Fairburn, 1997). Dobsons gjennomførte i 1989 en meta-analyse av kognitiv terapi for depresjon, hvor 28 studier fra 1970-og 80-tallet ble sammenlignet. Alle studiene brukte BDI som mål på grad av depresjon og sammenlignet kognitiv terapi opp i mot andre terapeutiske modaliteter. Dobson kontrollerte også for lengde på behandling, kjønn, samt deltakernes alder og fant at ingen av disse faktorene hadde signifikant betydning på resultatene. Resultatene viste til en større endring hos pasientene som ble behandlet med kognitiv terapi,

sammenlignet med de som sto på venteliste, ikke mottok behandling, kontrollgruppe, farmakologisk terapi, atferdsterapi, og andre typer psykoterapi. Dobsons studie ga støtte til datidens oppfatning om at kognitiv terapi for depresjon var det beste eksempelet på en empirisk validert psykologisk behandling ved depresjon (DeRubeis, Tang & Beck, 2001).

Kognitiv terapi er per i dag den best dokumenterte behandlingen ved depressive lidelser. Studier viser imidlertid at kun halvparten blir friske fra sin depresjon etter endt behandling og halvparten opplever tilbakefall 18 mnd etter endt behandling (Dimidjian et al., 2006; Roth og Fonagy, 2006). Dette indikerer at kognitiv depresjonsbehandling har et stort forbedringspotensiale.

Metakognitiv teori

S-REF-modellen og metakognitiv teori

En av de nyere teoriene som er lansert i forhold til psykiske lidelser er metakognitiv teori. Metakognisjoner kan defineres som ”tanker om tanker”, og studiet av metakognisjoner oppstod først innenfor utviklingspsykologien, og har etter det blitt knyttet opp mot hukommelse, aldring og nevropsykologi (for eksempel Brown, 1978). Det er først i senere tid at metakognisjoner har blitt ansett som å være grunnleggende faktor ved de fleste psykiske lidelser (Fisher & Wells, 2009).

Adrian Wells er opphavsmannen bak metakognitiv teori og terapi (Fisher & Wells, 2009). Wells og hans kolleger har på grunnlag av kliniske observasjoner og laboratoriefunn utviklet S-REF-modellen (Wells & Matthews, 1994), som danner det teoretiske grunnlaget for metakognitiv teori og terapi. S-REF-modellen beskriver at psykiske lidelser er forårsaket av bevisste prosesser og selvregulerende strategier, og hevder at det er individets tenkemåte og

hvordan vedkommende håndterer tanker, følelser, trusler og stress, som gjør at psykiske plager forsterkes og opprettholdes (Fisher & Wells, 2009). I følge denne teorien blir mennesker fanget i emosjonelt forstyrrede tilstander på grunn av metakognisjoner som skaper et bestemt reaksjonsmønster knyttet til for eksempel følelser og trusler, og dette reaksjonsmønsteret opprettholder følelsene og styrker negative ideer. Et slikt reaksjonsmønster kalles det kognitive oppmerksomhetssyndromet (KOS) og består av tankeprosesser som bekymring og grubling (ruminering), oppmerksomhetsfiksering, og bruk av uhensiktsmessige mestringsatferder og selvregulerende strategier (Wells, 2009). Det er ikke de negative tankene en person har om seg selv, andre, verden og egen fremtid som er problemet i følge metakognitiv teori, men måten man reagerer på disse tankene på.

For å illustrere teorien kan vi se på to personer med samme negative tanke om seg selv. Begge disse personene har fått avslag på en jobbsøknad, noe som fører til at de begge tenker: ”Jeg er udugelig”. For den ene personen fører dette til en depresjon, men for den andre medfører avslaget kun en midlertidig og kortvarig skuffelse. Det som i følge metakognitiv teori er årsaken til disse forskjellige resultatene, til tross for lik opplevelse og like negative tanker, er de to forskjellige reaksjonene på selve tanken. Det er personens reaksjon på den negative tanken som avgjør hvilke emosjonelle konsekvenser den får for vedkommende. Personen som ble deprimert begynte å gruble på hvorfor han var så udugelig, hvorfor han fikk avslag, og hva dette sa om ham som person. Denne grublingen er med på å opprettholde og forsterke hans negative tanker og følelser. Personen som kun opplevde en kortvarig skuffelse valgte en annen strategi. Han tenkte på episoden en kort stund, før han fant ut at det var bedre å fokusere på hvordan han kan gjøre det bedre ved neste forsøk. Forskjellen mellom dem er at sistnevnte tok kontroll over grublingen, og tok i bruk en annen strategi som respons på tanken om at han var udugelig.

KOS styres i følge metakognitiv teori av ulike antagelser om tenkning. Positive metakognitive antagelser er knyttet til fordeler med å bruke bruke bekymring, grubling, trusselovervåkning og liknende strategier (Wells, 2009). Eksempler på slike metakognitive antagelser kan være; ”Når jeg bekymrer meg forbereder jeg meg på det som kan komme”, eller ” Når jeg grubler over hvorfor det skjedde, vil jeg finne svar”. Negative metakognitive antagelser omhandler derimot antagelser om at ens tanker er ukontrollerbare, om hvor farlige og viktige disse tankene er, samt hva disse betyr for en som en person (Wells, 2009). Eksempler på slike metakognitive antagelser kan være; ”Grublingen kan føre til at jeg blir gal”, eller ”jeg har ikke kontroll over bekymringene mine”.

Den metakognitive modellen for depresjon

Det som hittil er beskrevet er generelle trekk ved den metakognitive modellen ved alle psykiske lidelser. Wells og kolleger har imidlertid utviklet mer spesifikke modeller for forskjellige lidelser, som alle er basert på den mer generelle S-REF- modellen (Fisher & Wells, 2009). Når det gjelder depresjon dreier de positive metaantagelsene seg i hovedsak om grubling som en god måte å mestre negative følelser og sorg på, mens de negative metaantagelser dreier seg om grublingens ukontrollerbarhet og årsak til depressive tanker og følelser (Fisher & Wells, 2009). Den metakognitive modellen for depresjon er illustrert i figur 2 (Wells, 2009).

Sett inn figur 2 her.

I følge denne modellen vil personen reagere på en trigger (for eksempel en negativ tanke) gjennom å aktivere de positive metaantagelsene om grubling som en god måte å takle

denne triggeren på (Fisher & Wells, 2009). Vedkommende kan for eksempel tenke at det å gruble på årsaken til at han føler seg trist kan bidra til å finne et svar som kan hjelpe ham til å avverge tristheten. Pasienten kan også ha positive metaantagelser om at det er viktig å overvåke symptomer som sees på som farlige av individet fordi de signaliserer depresjon (Wells, 2009). De positive metakognitive antagelsene fører til en vedvarende grubling. Grubling er tankerekker hvor personen stiller seg selv spørsmål av typen ”hvorfør, hva om, hva betyr det..?”, og som sjelden gir noen positive eller gode svar. Dette fører isteden som regel til at personen fokuserer enda mer på negative følelser, som igjen forsterker tristheten (Fisher & Wells, 2009). I løpet av denne prosessen vil den deprimerte pasienten også aktivere negative metakognitive antagelser, som for eksempel omkring grublingens ukontrollerbarhet. Dette vil igjen medføre ytterligere negative tanker da man ikke tror at grublingen kan kontrolleres, i tillegg til sosial tilbaketrekning som forverrer depresjonen og skaper rom for mer grubling (Fisher & Wells, 2009). Depressive symptomer som for eksempel manglende motivasjon og lavt aktivitetsnivå gjør også at pasienten grubler mer (Wells, 2009).

Metakognitiv terapi ved depresjon

Det teoretiske grunnlaget metakognitiv terapi er basert på gjør at hovedfokuset i behandlingen blir å få pasienten til å se de tenkemåtene og mestringsstrategiene som opprettholder den psykiske lidelsen, å endre dette reaksjonsmønsteret, og å endre sine metakognitive antagelser om tanker og følelser (Wells, 2009).

Behandlingen starter med å lage en kasusbeskrivelse sammen med pasienten. Her tar man utgangspunkt i en grubleepisode som pasienten nylig har opplevd. Etter dette blir vedkommende sosialisert til en metakognitiv forståelse av problemet. Formålet er hovedsakelig å få pasienten til å se hvordan grublingen forverrer depresjonen (Wells, 2009).

Etter pasienten har blitt sosialisert til modellen er neste steg i behandlingen å introdusere det man i metakognitiv terapi kaller oppmerksomhetstrening. Formålet med denne treningen er at pasienten skal kunne behandle triggere som ”bakgrunnsstøy” (Wells, 2009). Samtidig som oppmerksomhetstrening introduseres for pasienten presenteres også frakoblet oppmerksomhet som en respons på triggere. Grublingsutsettelse introduseres også ofte i dette stadiet av behandlingen (Wells, 2009).

Neste steg i behandlingen vil være å utfordre pasientens negative metakognitive antagelser om at grublingen ikke kan kontrolleres. For å oppnå dette vil terapeuten vanligvis gjennomgå bevis og motbevis knyttet til antagelsen (Wells, 2009). Når de negative metakognitive antagelsene er redusert går fokuset over til å utfordre pasientens positive metaantagelser. Disse positive metakognitive antagelsene må reduseres fordi de motiverer pasienten til å bruke grubling som en respons på triggere. For å oppnå dette vil terapeuten ofte foreta en analyse av fordeler og ulemper ved grubling sammen med pasienten før gyldigheten av fordelene vil utfordres (Wells, 2009).

Siste steg i den metakognitive behandlingen for depresjon vil være å forebygge tilbakefall ved å fokusere på og forsterke alternative planer som pasienten kan bruke for å kontrollere reaksjonen på triggere i fremtiden (Wells, 2009).

Empirisk støtte for metakognitiv teori og terapi

Metakognitiv terapi for depresjon er en forholdsvis ny behandling, men det har allerede blitt gjort noen studier som omhandler både støtte av den teoretiske modellen og effekten av terapien. Papageorgiou og Wells (2003) utførte en studie for å undersøke relasjonen mellom ruminering, depressive symptomer og metakognisjoner ved å teste den statistiske egnetheten til den metakognitive modellen. Studien besto av 200 deprimerte pasienter, hvorav 51 var menn og 149 kvinner. Relasjoner mellom ulike variabler ble

undersøkt, og egnetheten til modellen ble deretter testet ved statistiske analyser. Resultatene fra studien gir en foreløpig støtte for validiteten til den sentrale strukturen til den metakognitive modellen om ruminering og depresjon. Dataene foreslår at positive metakognisjoner om ruminering er nært knyttet til en tendens til å bruke ruminering som en respons til et depressivt humør. Negative metakognisjoner virker å ha en viktig funksjon som en medierende variabel når det gjelder relasjonen mellom ruminering og depressive symptomer.

Papageorgiou og Wells (2001a) gjennomførte også en studie der de undersøkte tilstedeværelsen av og innholdet i metakognitive antagelser om ruminering hos pasienter med en tilbakevendende depressiv lidelse. Utvalget besto av 14 pasienter, hvorav 7 var kvinner og 7 var menn. De positive metakognisjonene i studiet dreide seg i stor grad om fordeler ved grubling og bekymring som en mestringsstrategi, mens de negative metakognisjonene dreide seg om ukontrollerbarhet og skade, i tillegg til interpersonlige og sosiale konsekvenser av rumineringen. Resultatene viste at alle pasientene hadde både positive og negative antagelser om ruminering som antatt i modellen, og gir dermed støtte til den metakognitive modellen for depresjon.

Det er per i dag kun gjort én studie på behandlingseffekten av metakognitiv terapi for depresjon. Wells et al. (2009) gjennomførte en studie med fire pasienter som var diagnostisert med en alvorlig depressiv episode. De fire pasientene gikk gjennom 6-8 ukentlige timer med metakognitiv terapi, hvor den totale terapitiden strakk seg fra 4 til 7,5 timer totalt. Resultatene fra denne studien tyder på at metakognitiv terapi kan være en effektiv og kortvarig behandling for depresjon.

Problemstilling for hovedoppgaven

Både kognitiv- og metakognitiv teori antar at kognitive faktorer ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av depresjon, men vektlegger ulike faktorer. Kognitiv teori antar at grunnleggende leveregler (skjema) er vesentlige, mens metakognitiv teori hevder at det er tankene individet har om selve grublingen som er viktige. Dette ulike synet på hva som ligger til grunn for og opprettholder depresjon fører derfor til forskjeller i fokus relatert til psykologisk tilnærming.

På bakgrunn av dette var hensikten med denne studien å undersøke følgende:

- 1) Hvordan forklarer kognitive faktorer varians i mål på depressive symptomer?
- 2) Er det grunnleggende leveregler eller antagelser om grubling som best kan predikere varians i depressive symptomer?

Metode

Deltakere

Data ble samlet inn fra 779 studenter i Norge. Blant deltakerne var 165 menn (21.2%) og 602 kvinner (77.3%). Alderen på respondentene varierte fra 18 til 56 år, med en gjennomsnittsalder på 24.38 år. 12 respondenter oppga ikke kjønn og alder. Deltakerne ble rekruttert gjennom utsendelse av e-post som inneholdt informasjon om spørreundersøkelsen, samt linken til selve undersøkelsen.

Prosedyre

Undersøkelsen ble gjennomført som en elektronisk spørreundersøkelse. Studentene fikk i forkant beskjed om at hensikten med spørreundersøkelsen var å øke forståelsen av hvordan vårt humør blir påvirket av ulike tanker og livshendelser. For å få tak i flest mulig respondenter ble det også gitt informasjon om at alle deltakerne ville være med i trekningen av et gavekort på 1000 kr.

Det ble videre gitt informasjon om at det er frivillig å delta i undersøkelsen, at deltakere kan trekke seg når som helst, og at alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det ble også opplyst om at resultatene vil bli presentert slik at ingen enkeltpersoner kan identifiseres. Studien er godkjent av REK, Midt-Norge.

Måleinstrumenter

Data ble samlet inn ved bruk av en databasert undersøkelse som var satt sammen av flere standardiserte spørreskjema, disse var:

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961).

BDI består av 21 spørsmål som kartlegger kognitive, atferdsmessige, affektive og somatiske komponenter ved depresjon. Høyere skårer representerer større grad av depressive symptomer (Teri, 1982). BDI har vist seg å ha en høy indre konsistens i både psykiatriske og ikke-psykiatriske utvalg med en gjennomsnittlig Cronbach's alpha-koeffisient på .87 (Beck, Steer & Garbin, 1988). Det er også funnet sterk støtte for validiteten ved BDI (Beck, Steer & Garbin, 1988).

Life Event Scale (LES; Holmes & Rahe, 1967).

LES, også kjent som Holmes & Rahe Social Readjustment Rating Scale, består av 43 vanlige livshendelser som for eksempel "endring i bosted" eller "omstillinger på arbeidsplassen", og ble utviklet for å undersøke sammenhengen mellom livshendelser, stress og mottakelighet for sykdom (Blasco-Fontecilla et al.,2012). Respondentene må indikere om de har opplevd de forskjellige livshendelsene ved å svare "ja" eller "nei" på hver av dem. Studier viser at målet kan være et robust instrument for å identifisere potensiale for stressrelaterte utfall (Scully, Tosi, Banning, 2000).

The Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS; Papageorgiou & Wells, 2001a).

NBRS består av to subskalaer som undersøker negative metakognitive antagelser om ruminering. NBRS1 består av 8 spørsmål og undersøker metakognitive tanker om ukontrollerbarhet og skade assosiert med ruminering. NBRS2 består av 5 spørsmål og undersøker metakognitive tanker om interpersonlige og sosiale konsekvenser av ruminering. Respondentene må indikere i hvilken grad de er enige med hvert av spørsmålene på en firepunkts skala som strekker seg fra 1 (uenig) til 4 (veldig enig) (Papageorgiou & Wells, 2003). Cronbach's alpha på NBRS1 og NBRS2 er henholdsvis .80 og .83 (Luminet, 2004).

Målet har også en god validitet (Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz & van Os, 2010).

The Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs; Papageorgiou & Wells, 2001b).

PBRs består av 9 spørsmål og undersøker positive metakognitive antagelser om nytten av og fordelene med ruminering. Respondentene må indikere i hvilken grad de er enige med hvert av spørsmålene på en firepunkts skala som strekker seg fra 1 (uenig) til 4 (veldig enig) (Papageorgiou & Wells, 2003). Den indre konsistensen på målet er høy, med en Cronbach's alpha på .89, og det er funnet god støtte for PBRs's validitet (Luminet, 2004).

Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991).

RRS består av 22 spørsmål som enten fokuserer på meningen med ruminering, på de subjektive følelsene relatert til depressivt humør, depressive symptomer, og på konsekvenser av og årsaker til det nedstemte humøret (Luminet, 2004). Respondentene må indikere hvor ofte de enkelte utsagnene forekommer på en firepunkts skala som strekker seg fra 1 (nesten aldri) til 4 (nesten alltid). Spørreskjemaet har en veldig høy indre reliabilitet med en Cronbach's alpha på .89 (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Flere studier støtter også målets validitet (Luminet, 2004).

Automatic Thought Questionnaire (ATQ; Hollon, & Kendall, 1980).

ATQ måler frekvensen av negative automatiske tanker. Skjemaet består av 30 spørsmål hvor man angir grad av enighet på en 5-punkts-skala, som strekker seg fra 1 (ikke i det hele tatt) til 5 (hele tiden). ATQ tapper fire aspekt av negative automatiske tanker; 1) personlig mistilpassning og ønske om forandring, 2) negative selv-konsept og negative forventninger, 3) lav selvfølelse, samt 4) hjelpeløshet. En høy skåre vil indikere et høyt nivå av negative automatiske tanker. Måleinstrumentet har blitt vist å ha en Cronbach's alpha-

koeffisient på .97 og kan med dette sies å ha god reliabilitet (Hollon & Kendall, 1980). Også den norske versjonen av ATQ har blitt vist å ha høy reliabilitet, med en Cronbach's alpha på 0.94 (Chioqueta & Stiles, 2004a). ATQ har også støtte for å være et valid mål på kognisjoner relatert til depresjon, både i kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Harron & Ryon, 1983).

Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; Weissman & Beck, 1978).

DAS består av 40 spørsmål som har til hensikt å identifisere og måle kognitive forvrengninger, særlig de som kan relateres til, eller predikere depresjon. Spørsmålene er basert på Beck's kognitive terapimodell og måler 7 forskjellige typer av leveregler (Weissman & Beck, 1978). Respondentene angir hvor enig de er i ulike utsagn på en skala fra 1 (helt enig) til 7 (helt uenig). DAS er rapportert å ha god intern konsistens med Cronbach's alpha-koeffisienter mellom .84 til .92 (Weissman & Beck, 1978). Også den norske versjonen av DAS har blitt vist å ha høy reliabilitet, med en Cronbach's alpha på 0.85 (Chioqueta & Stiles, 2004b). Det er også funnet støtte for at det er et valid mål på dysfunksjonelle holdninger hos klinisk deprimerte pasienter (Nelson, Stern & Cicchetti, 1992).

Statistiske analyser

Alle analysene ble gjennomført ved bruk av det statistiske verktøyet SPSS Statistics 19.0. Deskriptive analyser ble brukt for å undersøke karakteristikene til utvalget. Deretter ble bivariante korrelasjonsanalyser benyttet for å finne ut hvordan BDI korrelerte med ATQ, DAS, RRS, NBRS og PBRS.

Hierarkisk multippel lineær regresjonsanalyse ble utført for å finne ut hvilke av variablene DAS, RRS, NBRS og PBRS som best kunne predikere depressive symptomer, målt ved BDI. Analysen ble gjennomført to ganger hvor de uavhengige variablene ble lagt stegvis til i ulik rekkefølge. Avslutningsvis ble det gjennomført en samtidig multippel lineær

regresjonsanalyse av DAS, RRS, NBRS og PBRS for å undersøke hvorvidt hver av de uavhengige variablene var prediktorer for unik varians i depressive symptomer

Resultater

Den interne reliabiliteten for spørreskjemaene benyttet i undersøkelsen var god, med en høy Cronbach's alpha på alle spørreskjema. Cronbach's alpha er rapportert i tabell 1, i tillegg til korrelasjoner mellom de ulike skjema. På bakgrunn av korrelasjonsanalysene ble ATQ utelukket fra videre regresjonsanalyser, basert på den høye korrelasjonen mellom ATQ og BDI, da en korrelasjonskoeffisient på 0.84 kan tyde på multikolaritet (skjemaene måler det samme psykologiske fenomen).

Sett inn tabell 1 her.

For å undersøke hvorvidt metakognitive mål forklarte noe varians ut over det kognitive mål predikerte ble en hierarkisk multipl lineær regresjonsanalyse gjennomført. Grad av depresjon, målt ved BDI, ble her oppgitt som den avhengige variabelen. Kjønn ble angitt som første steg i denne analysen, alder ble lagt til i andre steg og antall stressende livshendelser (målt ved LES) som tredje steg. Videre ble totalskårer ved DAS, RRS, NBRS og PBRS oppgitt som henholdsvis steg fire, fem, seks og syv. Tabell 2 viser til resultatene for den første hierarkiske multiple regresjonsanalysen.

Sett inn tabell 2 her.

Resultatene indikerte at verken kjønn (R^2 change = .006) eller alder (R^2 change = .001) forklarte vesentlig grad av varians av depressive symptomer. Antall stressende livshendelser viste seg å være signifikant, men forklarte kun en liten del av variansen i den avhengige variabelen (R^2 change= .006). DAS kunne derimot forklare en større del av variansen (R^2 change= .292). Resultatene indikerte også at RRS (R^2 change = .132) og NBRS (R^2 change = .064) kunne forklare en videre del av variansen i BDI-skåren som DAS ikke forklarte, mens resultater på PBRS i seg selv ikke hadde noen forklaringsverdi (R^2 change= .000).

En ny regresjonsanalyse ble gjennomført, hvor rekkefølgen av variablene ble byttet om på. Dette for å undersøke om kognitive mål predikerte varians ut over den varians som ble forklart av de ulike metakognitive mål. Grad av depresjon, målt ved BDI, ble også her oppgitt som den avhengige variabelen. Kjønn ble angitt som første steg i denne analysen, alder i andre og antall stressende livshendelser (målt ved LES) som tredje steg. Videre ble totalskårer ved RRS, NBRS, PBRS og DAS oppgitt som henholdsvis steg fire, fem, seks og syv i regresjonsanalysen. (Se tabell 3 for en nærmere beskrivelse av resultatene).

Sett inn tabell 3 her.

Resultatene indikerte også i denne regresjonsanalysen at verken kjønn (R^2 change = .006) eller alder (R^2 change = .001) forklarte vesentlig grad av varians av depressive symptomer. Antall stressende livshendelser viste seg også her å være signifikant, men forklarte kun en liten del av variansen i den avhengige variabelen (R^2 change= .006). RRS forklarte en større del av variansen (R^2 change= .346). Resultatene indikerte videre også at NBRS (R^2 change = .106) og DAS (R^2 change = .035) kunne forklare en del av variansen i

den avhengige variabelen som RRS ikke forklarte, mens resultater på PBRS i seg selv heller ikke her kunne vise til noen forklaringsverdi i denne analysen (R^2 change = .000).

For å undersøke hvorvidt kognitive og metakognitive mål predikerte unik varians i forhold til depressive symptomer ble det gjennomført en samtidig multippel regresjonsanalyse, med BDI som den avhengige variabelen (se tabell 4). Kjønn ble angitt som første steg i analysen, alder i andre og antall stressende livshendelser (målt ved LES) som tredje steg. DAS, RRS, NBRS og PBRS ble samlet angitt som fjerde steg i denne analysen.

Sett inn tabell 4 her.

Resultatene fra analysen indikerte at verken kjønn (R^2 change = .006) eller alder (R^2 change = .001) forklarte vesentlig grad av varians ved BDI. Antall stressende livshendelser viste seg å være signifikant, men forklarte kun en liten del av variansen i den avhengige variabelen (R^2 change = .006). Resultatene indikerte videre at DAS ($t = 6.55$), RRS ($t = 6.95$) og NBRS ($t = 8.80$) alle var unike prediktorer for varians i den avhengige variabelen. PBRS kunne heller ikke i denne analysen vise til noen forklaringsverdi ($t = -.08$).

Diskusjon

Hierarkiske multiple lineære regresjonsanalyser gjennomført i denne studien viser at både RRS, NBRS og DAS kunne forklare varians i depresjonssymptomer, uavhengig av i hvilken rekkefølge variablene ble inkludert i analysen. En samtidig multippel regresjonsanalyse støttet disse funnene og viser videre at RRS, NBRS og DAS er unike prediktorer for varians i depresjonssymptomer. Ingen av regresjonsanalysene gjennomført indikerer at PBRIS kunne predikere varians i depresjonssymptomer i vesentlig grad hos dette utvalget. LES viste seg derimot å være signifikant, men forklarer kun en liten del av variansen.

Det at både DAS, RRS og NBRS viser seg å kunne predikere varians i depresjonssymptomer i denne studien indikerer at både grunnleggende leveregler og tanker om grubling er viktig for å kunne forklare hvordan depresjon utvikles og opprettholdes. De sentrale komponentene i Becks kognitive teori for depresjon er hovedsakelig grunnleggende leveregler, automatiske tanker og livshendelser. Grubling og tanker om grubling ansees ikke som viktig i Becks depresjonsmodell, noe som ikke er i samsvar med resultatene fra denne studien. I henhold til resultatene forklarer LES kun en liten del av variansen i depresjonssymptomer og livshendelser vurderes med dette som ikke å være en sentral faktor i utviklingen og opprettholdelsen av depresjon, basert på resultatene i denne studien. Med bakgrunn i dette kan ikke Becks kognitive depresjonsteori fullstendig forklare resultatene i denne studien.

De sentrale komponentene i Wells metakognitive teori for depresjon er hovedsakelig positive og negative antagelser om grubling, men modellen har imidlertid også et fokus på negative automatiske tanker som trigger for den påfølgende grubleprosessen. Det kan argumenteres for at DAS som er ment å måle grunnleggende leveregler, også kan forstås som et mål på negative automatiske tanker. Denne antagelsen støttes av den sterke korrelasjonen

mellom DAS og ATQ i denne studien (se tabell 1), som tyder på at det er en sterk sammenheng mellom disse to ulike målene, og at de til en viss grad måler samme konstrukter. Hvis dette ansees å være tilfelle kan resultatene sies å støtte Wells' depresjonsmodell, da den har fokus på faktorer målt ved både DAS, RRS og NBRIS.

Resultatene i vår studie er i tråd med andre studier som bygger opp under de ulike faktorer knyttet til Wells' metakognitive teori for depresjon. Som beskrevet innledningsvis fant Papageorgiou & Wells (2001a) at alle de deprimerte pasientene i deres studie hadde både positive og negative tanker om ruminering, som antatt i Wells' modell. Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz & van Os (2010) gjennomførte også en studie hvor resultatene viste at ruminering hadde en direkte assosiasjon til depressive symptomer. Spada, Mohiyeddini & Wells (2008) fant videre støtte til Wells' modell gjennom sin studie, hvor resultatene viste at negative tanker om grubling predikerte varians i depresjonsskårer.

Resultatene fra denne studien indikerer imidlertid at positive tanker om grubling, målt ved PBRS, ikke predikerer varians i depresjonssymptomer. Dette er ikke i samsvar med Wells' metakognitive teori for depresjon. Det kan likevel tenkes at denne faktoren hadde hatt større betydning om utvalget i studien hadde bestått av klinisk deprimerte pasienter.

Implikasjoner for funn

Resultatene fra studien indikerer at grubling er en viktig faktor i utvikling og opprettholdelse av depresjon. Med bakgrunn i dette vil det ansees som hensiktsmessig å være mye mer oppmerksom på grubleprosessen i all depresjonsbehandling for å øke effekten av terapi.

Hvis fokus på grubling skal være en del av depresjonsbehandling, vil det ved oppstart av behandling være nyttig å kartlegge grad av grubling i tillegg til depresjonsgrad. Dette for å gi retningslinjer på hvor stort fokus grubling og tanker om grubling bør ha i videre

behandling. Videre i behandlingsforløpet vil det være hensiktsmessig å introdusere grubling og konsekvensene det kan ha, som et tema gjennom psykoedukasjon. Tiltak som kan redusere grubling vil også ha stor nytteverdi i behandling. Atferdsaktivering, som har som fokus å øke aktivitetsnivå, vil kunne være et slikt tiltak. Økt aktivitet antas å føre til mindre tid til grubling. Et annet tiltak man kan introdusere er grublingsutsettelse eller andre tilnærminger som fører til større opplevd kontroll over grubleprosessen. Hensikten med grublingsutsettelse er ikke å få tankene ut av hodet, men heller å aktivt velge å ikke engasjere seg i dem i form av grubling. Videre kan oppmerksomhetstrening være et tiltak som vil kunne være hensiktsmessig å inkludere i depresjonsbehandling. Dette er en metode som har som formål å behandle trigger, eller negative automatiske tanker, som “bakgrunnstøy”. Man skal kunne opprettholde bevisstheten om dem uten at man fanger oppmerksomheten inn i grublesekvenser. Ved å innlemme nevnte teknikker i depresjonsbehandling vil man kunne inkludere grublingselementet, noe som antas å øke effekten av behandling basert på resultatene i denne studien.

Styrker og begrensninger ved studien

Det finnes noen begrensninger ved undersøkelsen som må nevnes. En faktor som kan sees på som en begrensning er at studien bruker selvrappport-mål for å samle inn data. Bruken av et slikt måleinstrument innebærer at man måler depresjonssymptomer ut i fra skårer på BDI, noe som alene ikke er nok til å stille en depresjonsdiagnose. Om respondentene hadde blitt diagnostisert med en depressiv lidelse kunne man med større sikkerhet si noe om samvariasjonen mellom depresjon og kognitive faktorer. Bruk av selvrappport-skjema kan også føre til feilkilder som at respondenten misforstår spørsmål, over- eller underrapporterer ulike skårer og kan avgi svar ut i fra tanker om hva som er sosialt akseptert. Spørreskjemaene som har blitt benyttet i undersøkelsen er imidlertid skjema som har vist seg å ha både høy validitet

og reliabilitet både i denne og i tidligere studier. Det å bruke disse selvrappport-målene kan derfor også sies å være en styrke ved studien.

En annen begrensning er at studien er en tverrsnittsstudie og at data ble samlet inn fra respondentene ved kun én anledning. Dette gir mindre informasjon om sammenheng enn om studien hadde blitt gjennomført som en prospektiv studie, hvor data hadde blitt samlet inn flere ganger fra de samme respondentene over en bestemt tidsperiode. Dette lot seg ikke gjennomføre i den nåværende studien.

En ytterligere begrensning ved studien omhandler utvalget. For å begrense utvalget bestod respondentene kun av studenter, noe som kan begrense generaliserbarheten til funnene. På den andre siden var utvalget nokså stort (N=779), noe som øker sannsynligheten for at respondentene likevel var en relativt heterogen gruppe på andre områder.

Konklusjon

Studien indikerer at flere kognitive faktorer er viktige for utviklingen og opprettholdelsen av depresjon, og at både grunnleggende leveregler (skjema), målt ved DAS, samt tanker om grubling, målt ved RRS og NBRS, predikerer varians i mål på depresjonssymptomer. Da DAS kan forstås som et mål på negative automatisk tanker, støtter resultatene best Wells' metakognitive teori for depresjon.

Det vil på bakgrunn av resultatene i studien være hensiktsmessig å ha et større fokus på grubleprosessen i behandling av depresjon. Videre forskning på effekten av dette vil være viktig.

Referanser

- Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., & Teasdale, M. (1978). Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Abnormal Psychology* 87, 49-74.
- Aseltine R. H. J., & Kessler, R. C. (1993). Marital disruption and depression in a community sample. *Journal of Health Social Behaviour*, 34, 237-51
- Beck A. T. (1983). *Cognitive therapy of depression: New perspectives*. I Clayton, P. J., & Barrett, J. E., (red.). Treatment of depression: Old controversies and new approaches (s 265-290). New York: Raven Press.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-Five Years of Evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Rush, R., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy- Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Blasco-Fontecilla, H., Delgado-Gomez, D., Legido-Gil, T., DeLeon, J., Perez- Rodriguez, M. M., & Baca-Garcia, E. (2012). Can the Holmes-Rahe Social Readjustment Rating Scale (SRRS) Be Used as a Suicide Risk Scale? An Exploratory Study. *Archives of Suicide Research*, 16, 13-28.

- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behavior therapy: A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy*, *44*, 765-784.
- Brown, A. L. (1978). Knowing when, where, and how to remember: A problem of metacognition. In Glaser, R. (red.), *Advances in instructional psychology* (s. 367-406). Hillsdale, N. J: Erlbaum.
- Brown, G. W., Bifulco, A., & Harris, T. O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 30–42
- Bidzinska, E. (1984). Stress factors in affective diseases. *British Journal of Psychiatry* *144*, 161–166.
- Billings, A., Cronkite, R., & Moos, R. (1983). Social-environmental factors in unipolar depression: comparisons of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*. *93*, 119–133
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17-31.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004a). Norwegian Version of the Automatic Thoughts Questionnaire: A Reliability and Validity Study. *Cognitive Behavior Therapy*, *33* (2), 79-82.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004b). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A). *Cognitive Behavior Therapy*, *33* (2), 83-86.

- Clark, D. A. (1995). Perceived limitations of standard cognitive therapy: a consideration of efforts to revise Beck's theory and therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9 (3), 153-172.
- Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (1997). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford University Press.
- Davey, G. (2008). *Psychopathology. Research, Assessment and Treatment in Clinical Psychology*. London: John Wiley & Sons.
- Derubeis, R. J., Tang, T. Z., & Beck, A. T. (2001). *Handbook of cognitive behavioural therapies. Kap 10; cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Dobson, K. S. (1989). A Meta-Analysis of the Efficacy of Cognitive Therapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(3), 414-419.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metakognitiv terapi. En innføring*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Folkehelseinstituttet. (2008a). Depresjon - faktaark. Hentet fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:41924::1:5647:14:::0:0

- Folkehelseinstituttet. (2008b). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder*. Rapport 2008:1. Divisjon for psykisk helse.
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A., & Deayo, R. (1985). Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*, 308–19.
- Harrell, T. H., & Ryon, N. B. (1983). Cognitive-Behavioral Assessment of Depression: Clinical Validation of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *5*, 721-725.
- Holahan, C., & Moos, R. (1991). Life stressors, personal and social resources, and depression: a 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 31–38.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, *4*, 383 – 395.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, *11* (2), 213-218.
- Jacobsen, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., Gortner, E., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive behavioural treatment for depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*, 295-304.
- Jarrett, R. B., Schaffer, M., McIntire, D., Witt-Browder, A., Kraft, D., & Risser, R. C. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: a double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry* *56*, 431–437.

- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 833–842.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*. Vol. 48, 191-214.
- Kendler, S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal Relationship Between Stressful Life Events and the Onset of Major Depression. *American Journal of Psychiatry* 1999, *156*, 837-841.
- Lloyd, C. (1980). Life events and depressive disorders reviewed II. Events as precipitating factors. *Archives of General Psychiatry* *37*, 541–548.
- Luminet, O. (2004). Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. I Papageorgiou, C., & Wells, A. (red.), *Depressive Rumination. Nature, theory and treatment* (s. 187-216). London: Wiley & Sons.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V., & Dowrick, C. (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.
- Metalsky, G. I., Abrahamson, L. Y., Seligman, M. E. P., Semmel, A., & Peterson, C. (1982). Attributional Styles and Life Events in the Classroom: Vulnerability and Invulnerability to Depressive Mood Reactions. *Journal of Personality and Social Psychology*. *43* (3), 612-617.
- Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (1996). Evidence-Based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, *274*, 740-743.

- Mykletun, A., & Øverland, S. (2006). Mentale lidelser undervurderes som årsak til uføretrygding. *Tidsskrift for den norske lægeforening*, *11*, 1491-1492.
- Mørch, M. M., & Rosenberg N. K. (2005). *Kognitiv terapi. Modeller og metoder*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nelson, L. D., Stern, S. L., & Cicchetti, D. V. (1992). The Dysfunctional Attitude Scale: How Well Can It Measure Depressive Thinking? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *14* (3), 217-223.
- Neenan, M., & Dryden, W. (2004). *Cognitive therapy. 100 key points & techniques*. New York: Brunner-Routledge.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A Prospective Study of Depression and Posttraumatic Stress Symptoms After a Natural Disaster: The 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61* (1), 115-121.
- Patrick, V., Dunner, D., & Fieve, R. (1978). Life events and primary affective illness. *Acta Psychiatria Scandinavia*. *58* (1), 48-55.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*, 160-164.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, *32*, 13-26.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, *27* (3), 261-273.

- Peterson, C., Semmel, A., Bayer von, C., Abramson, L. Y., Metalsky G.I., & Seligman, M. E.P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive therapy and Research*, 6 (3), 287-300.
- Paykel, E. (1979). *Recent life events in the development of the depressive disorders*. In *The Psychobiology of the Depressive Disorders: Implications for the Effects of Stress*, ed. Depue, R. 245–62. New York: Academic.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & van Os, J. (2010). Positive and Negative Beliefs about Depressive Rumination: A Psychometric Evaluation of Two Self-Report Scales and a Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 34 (2), 196-205.
- Rupke, S. J., Blecke, D., & Renfrow, M. (2006). Cognitive therapy for depression. *American Family physician* 1, 73(1), 83-86.
- Scully, J. A., Tosi, H., & Banning, T. (2000). Life Event Checklists: Revisiting the Social Readjustment Rating Scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement*, 60 (6), 864-876.
- Seligman, M. E. P., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 242-247.
- Seligman, M. E. P., & Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Shrout, P. E., Link, B., Dohrenwend, B., & Skodol, A. E. (1989). Characterizing life events as risk factors for depression: the role of fateful loss events. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 460–467.

- Spada, M. M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences, 45*, 238-242.
- Stiles T. C., Nordahl H. M., & Vogel P. A. (2003). *Kognitiv terapi ved depresjon*. I Berge, T. (ed.) *Samtaler som forandrer*. Fagbokforlaget: Oslo.
- Teri, L. (1982). The Use of the Beck Depression Inventory with Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10* (2), 277-284.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). Development and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale: a preliminary investigation. I: Proceedings of the meeting of the American Educational Research Association. Toronto, ON
- Wells, A. (2009). *Metakognitiv terapi for angst og depresjon*. Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 385-396.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C.R. (2009). Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 291- 300.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove: Erlbaum

Williamson, D. E., Birmaher, B., Anderson, B. P., Al-Shabbout, M., & Ryan, N. D. (1995).

Stressful life events in depressed adolescents: the role of dependent events during the depressive episode. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 34, 591–598.

World Health Organization. (1997). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10)*. WHO.

World Health Organization (2012). Depresjon. Hentet fra

http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

Zuckerman, M., & Lubin, B. (1965). *Manual for the Multiple Affect Adjective Check List*.

San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Tabeller

Tabell 1. Cronbach's alpha, gjennomsnittskåre, standardavvik og korrelasjoner for de ulike spørreskjema (N= 779).

Spørre- skjema	Indre konsistens Cronbach's alpha	Gj. snitt	SD	BDI	DAS	RRS	NBRS	PBRS	ATQ
BDI	0.88	7.22	6.86	-	.535**	.596**	.616**	.261**	.836**
DAS	0.83	3.05	.77		-	.498**	.508**	.253**	.579**
RRS	0.93	1.74	.56			-	.604**	.387**	.702**
NBRS	0.83	1.39	.38				-	.286**	.672**
PBRS	0.90	1.95	.65					-	.258**
ATQ	0.97	1.58	.62						-

** . Korrelasjonen er signifikant på 0.01-nivå (to-halet).

LES = Life Event Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale

Tabell 2. Resultater fra den hierarkiske multiple regresjonsanalysen med BDI som den avhengige variabelen (N=779).

Steg	R2 change	F Change	Beta (standardisert)
1 Kjønn	.006	3.42	.061
2 Alder	.001	.53	.056
3 LES	.006	3.85*	.025
4 DAS	.292	257.38***	.231
5 RRS	.132	143.55***	.273
6 NBRS	.064	77.76***	.335
7 PBRS	.000	.01	-.003

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

LES = Life Event Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale

Tabell 3. Resultater fra den hierarkiske multiple regresjonsanalysen med BDI som den avhengige variabelen (N=779).

Steg	R2 change	F change	Beta (standardisert)
1 Kjønn	.006	3.42	.061
2 Alder	.001	.53	.056
3 LES	.006	3.85**	.025
4 RRS	.346	331.40***	.273
5 NBRS	.106	121.25***	.335
6 PBRs	.000	.05	-.003
7 DAS	.035	42.95***	.231

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$.

LES = Life Event Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRs = Positive Beliefs about Rumination Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale

Tabell 4. Resultater fra den samtidige multiple regresjonsanalysen med BDI som den avhengige variabelen (N=779).

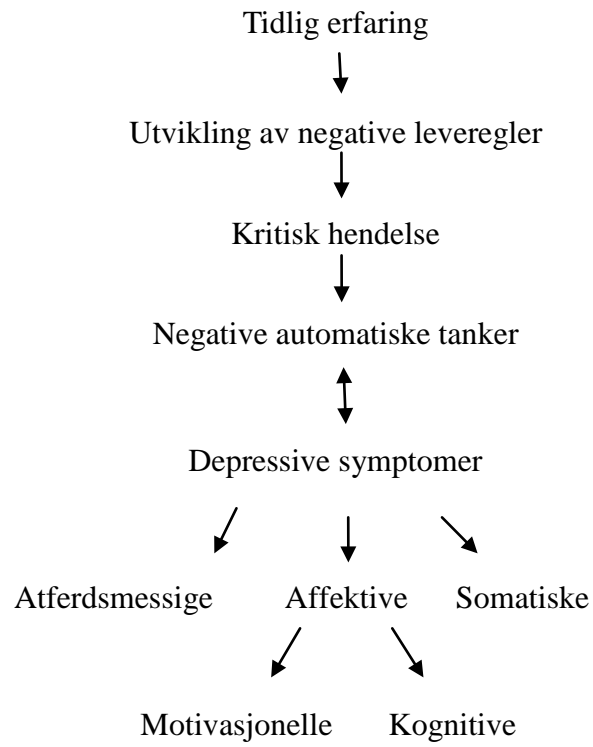
Steg	R2 change	F change	Beta (standardisert)	t
Kjønn	.006	3.42	.061	2.12*
Alder	.001	.53	.056	1.89
LES	.006	3.85**	.025	.81
DAS,			.231	6.55***
RRS,	.487	148.79***	.273	6.95***
NBRS,			.335	8.80***
PBRS			-.003	-.08

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

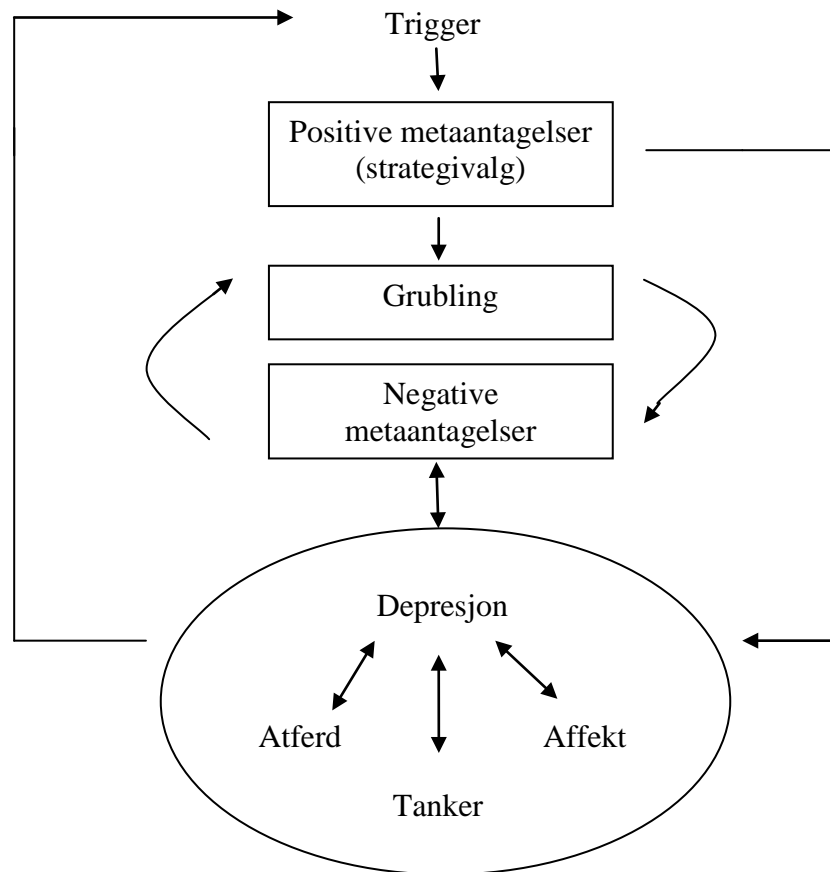
LES = Life Event Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale

Figurer

Figur 1. Becks kognitive depresjonsmodell



Figur 2. Metakognitiv modell for depresjon



Appendiks A

Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs; Papageorgiou & Wells, 2001b)

De fleste opplever depressive tanker av og til. Når depressiv tenkning vedvarer og er repetitiv kalles det grubling. Dette spørreskjemaet omhandler antagelser folk har om grubling.

Nedenfor er det listet opp en hel del slike antagelser. Vennligst les hver antagelse nøye og velg hvor mye du vanligvis er enig med hver enkelt. Vennligst besvar alle utsagnene.

	Uenig	Litt enig	Ganske enig	Veldig enig
1. For å forstå mine depressive følelser, trenger jeg å gruble på mine problemer				
2. Jeg trenger å gruble på de fæle tingene som har skjedd i fortiden for å forstå dem				
3. Jeg trenger å gruble på mine problemer for å finne årsakene til min depresjon				
4. Grubling på mine problemer hjelper meg til å fokusere på de viktigste tingene				
5. Grubling på fortiden hjelper meg å forhindre fremtidige mistak og feil				
6. Jeg trenger å gruble på mine problemer for å finne svar på hvorfor jeg er deprimert				
7. Grubling på mine følelser hjelper meg til å gjenkjenne utløserne for depresjonen min				
8. Grubling på depresjonen min hjelper meg til å forstå tidligere mistak og feil				
9. Grubling på fortiden hjelper meg å finne ut av hvordan ting kunne vært gjort bedre				

Appendiks B

Becks Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961)

Instruksjon: I denne delen av spørreundersøkelsen vil du finne setninger inndelt i grupper. Vennligst les alle setningene i hver gruppe nøye. Deretter velger du den setningen i hver gruppe som best beskriver hvordan du har følt deg den siste uka, idag inkludert. Husk å lese alle setningene innenfor en gruppe før du velger, og pass på at du gir svar innenfor alle gruppene.

1.

0. Jeg føler meg ikke trist

1. Jeg er lei meg eller føler meg trist

2. Jeg er lei meg eller trist hele tiden og klarer ikke komme meg ut av denne tilstand

3. Jeg er så trist eller ulykkelig at jeg ikke holder det ut

2.

0. Jeg er ikke særlig pessimistisk eller motløs overfor framtiden

1. Jeg føler meg motløs ovenfor fremtiden

2. Jeg føler at jeg ikke har noe å se frem til

3. Jeg føler at fremtiden er håpløs og at forholdene ikke kan bedre seg

3.

0. Jeg føler meg ikke som et mislykket menneske

1. Jeg føler at jeg har mislykkes mer enn andre mennesker

2. Når jeg ser tilbake på livet mitt, ser jeg ikke annet enn mislykkethet

3. Jeg føler at jeg har mislykkes fullstendig som menneske

4.

0. Jeg får like mye tilfredsstillelse ut av ting som før

1. Jeg nyter ikke ting på samme måte som før

2. Jeg får ikke ordentlig tilfredsstillelse ut av noe lenger

3. Jeg er misfornøyd eller kjeder meg med alt

5.

0. Jeg føler meg ikke særlig skyldbetyngt

1. Jeg føler meg skyldbetyngt en god del av tiden

2. Jeg føler meg temmelig skyldbetyngt mesteparten av tiden

3. Jeg føler meg skyldbetyngt hele tiden

6.

0. Jeg har ikke følelsen av å bli straffet

1. Jeg føler at jeg kan bli straffet

2. Jeg forventer å bli straffet

3. Jeg føler at jeg blir straffet

7.

0. Jeg føler meg ikke skuffet over meg selv

1. Jeg er skuffet over meg selv

2. Jeg avskyr meg selv

3. Jeg hater meg selv

8.

0. Jeg føler ikke at jeg er noe dårligere enn andre

1. Jeg kritiserer meg selv for mine svakheter eller feilgrep

2. Jeg bebreider meg selv hele tiden for mine feil eller mangler.

3. Jeg gir meg selv skylden for alt galt som skjer

9.

0. Jeg har ikke tanker om å ta livet mitt

1. Jeg har tanker om å ta livet mitt, men vil ikke omsette dem i handling

2. Jeg ønsker å ta livet mitt

3. Jeg ville tatt livet mitt om jeg fikk sjansen til det

10.

0. Jeg gråter ikke mer enn vanlig

1. Jeg gråter mer nå enn jeg gjorde før

2. Jeg gråter hele tiden nå

3. Jeg pleide å kunne gråte, men nå kan jeg ikke gråte selv om jeg gjerne vil

11.

0. Jeg er ikke mer irritert nå enn ellers

1. Jeg blir lettere ergerlig nå enn før

2. Jeg føler meg irritert hele tiden nå

3. Jeg blir ikke irritert i det hele tatt over ting som pleide å irritere meg

12.

0. Jeg har ikke mistet interessen for andre mennesker

1. Jeg er mindre interessert i andre mennesker enn jeg pleide å være

2. Jeg har mistet det meste av min interesse for andre mennesker

3. Jeg har mistet all interesse for andre mennesker

13.

0. Jeg tar avgjørelser omtrent like lett som jeg alltid har gjort

1. Jeg forsøker å utsette det å ta avgjørelser mer enn tidligere

2. Jeg har større vanskeligheter med å ta avgjørelser enn før

3. Jeg klarer ikke å ta avgjørelser i det hele tatt lenger

14.

0. Jeg føler ikke at jeg ser dårligere ut enn jeg pleide å gjøre

1. Jeg er bekymret for at jeg ser gammel eller lite tiltrekkende ut

2. Jeg føler at det er varige forandringer i mitt utseende som får meg til å se lite tiltrekkende ut

3. Jeg tror jeg ser stygg ut

15.

0. Jeg kan arbeide omtrent like godt som før

1. Det kreves en ekstra anstrengelse for å ta fatt på noe

2. Jeg må presse meg selv hardt for å gjøre noe

3. Jeg klarer ikke å gjøre noe i det hele tatt

16.

0. Jeg sover like godt som ellers

1. Jeg sover ikke så godt som før

2. Jeg våkner 1-2 timer tidligere enn ellers og har vanskelig for å sovne igjen

3. Jeg våkner flere timer tidligere enn jeg pleide og får ikke sove igjen

17.

0. Jeg blir ikke fortere trøtt enn ellers

1. Jeg blir fortere trøtt enn ellers

2. Nesten alt jeg gjør, blir jeg trøtt av

3. Jeg er for trøtt til å gjøre noe som helst

18.

0. Matlysten min er ikke dårligere enn ellers

1. Matlysten min er ikke så god som den var før

2. Matlysten min er mye dårligere nå

3. Jeg har ikke matlyst i det hele tatt lenger

19.

0. Jeg har ikke gått ned meget i vekt, om i det hele tatt noe, i den senere tid

1. Jeg har tatt av mer enn 2 kg

2. Jeg har tatt av mer enn 4 kg

3. Jeg har tatt av mer enn 6 kg

20.

Jeg prøver bevisst å gå ned i vekt ved å spise mindre

Nei

Ja

21.

0. Jeg er ikke mer bekymret over helsen min enn vanlig

1. Jeg er bekymret over fysiske plager som verking og smerter, eller urolig mage, eller forstoppelse

2. Jeg er meget bekymret over mine fysiske plager og det er vanskelig å tenke på stort annet

3. Jeg er så bekymret over mine fysiske plager at jeg ikke klarer å tenke på noe annet

22.

0. Jeg har ikke merket noe forandring i mine seksuelle interesser i det siste

1. Jeg er ikke mindre interessert i sex enn jeg var før

2. Jeg er mye mindre interessert i sex nå

3. Jeg har helt mistet interessen for sex

23.

Har du noen gang vært deprimert i 14 dager eller mer?

Ja

Nei

24.

Har du noen gang mottatt behandling for depresjon?

Ja

Nei

Appendiks C

Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS; Papageorgiou & Wells, 2001a)

Instruksjoner: De fleste opplever depressive tanker av og til. Når depressiv tenkning vedvarer og er repetitiv kalles det grubling. Dette spørreskjemaet omhandler antagelser folk har om grubling. Nedenfor er det listet opp en hel del av slike antagelser. Vennligst les hver antagelse nøye og indiker hvor mye du vanligvis er enig med hver enkelt. Vennligst kryss av på det svaralternativet som du mener at stemmer best for deg. Vennligst besvar alle utsagn.

	Uenig	Litt enig	Ganske enig	Veldig enig
1. Grubling gjør meg fysisk syk				
2. Når jeg grubler, kan jeg ikke gjøre noe annet				
3. Grubling betyr at jeg er uten kontroll				
4. Alle ville forlate meg dersom de visste hvor mye jeg grubler om meg selv				
5. Folk vil avvise meg dersom jeg grubler				
6. Grubling om mine problemer er ukontrollerbart				
7. Grubling om min depresjon kan føre til at jeg tar livet av meg				
8. Grubling vil gjøre meg til en taper				
9. Jeg kan ikke stoppe meg selv fra å gruble				
10. Grubling betyr at jeg er et dårlig menneske				
11. Det er umulig å ikke gruble på de fæle tingene som har hendt i fortiden				

12. Bare svake mennesker grubler				
13. Grubling kan føre til at jeg skader meg selv				

Appendiks D

Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ; Hollon & Kendall, 1980)

Instruksjon: Nedenfor er det en liste med tanker som dukker opp hos folk. Les hver tanke og angi hvor ofte, om i det hele tatt, du tenkte tanken siste uka. Vennligst les utsagnet nøye, og marker hvor ofte denne tanken slo deg den siste uka.

	Ikke i det hele tatt	Av og til	Ganske ofte	Ofte	Hele tiden
Jeg føler verden går imot meg					
Jeg er ikke noe tess					
Hvorfor kan jeg aldri lykkes?					
Ingen forstår meg					
Jeg har skuffet andre					
Jeg tror ikke jeg greier å fortsette lenger					
Jeg skulle ønske jeg var et bedre menneske					
Jeg er så svak					
Livet mitt er ikke slik jeg ønsker det skal være					
Jeg er så skuffet over meg selv					
Ingenting gleder meg lenger					
Jeg holder ikke ut lenger					
Jeg kommer liksom ikke igang					
Hva er galt med meg					
Jeg skulle ønske jeg var et annet sted					
Jeg greier ikke å samle meg om noe					
Jeg hater meg selv					
Jeg er ikke verdt noe					
Jeg skulle ønske jeg kunne forsvinne					
Hva er i veien med meg?					
Jeg er en taper					
Livet mitt er bare rot					
Jeg er en fiasko					
Jeg greier det aldri					
Jeg føler meg så hjelpeløs					
Det må skje en forandring					
Det må være noe galt med meg					

Jeg har en mørk framtid					
Det er bare ikke verdt det					
Jeg kan ikke fullføre noen ting					

Appendiks E

Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991)

Instruksjon: Mennesker tenker og gjør mange forskjellige ting når de føler seg deprimert. Les over alle de utsagn som står nedenfor og angi om du nesten aldri, noen ganger, ofte eller nesten alltid tenker eller gjør dette når du føler deg nedtrykt, trist eller deprimert. Husk å angi hva du vanligvis gjør, og ikke hva du tenker du burde gjøre.

	Nesten aldri	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
Tenker på hvor ensom du føler deg				
Tenker «Jeg får ikke gjort jobben min dersom jeg ikke klarer å komme meg ut av dette»				
Tenker på dine følelser av utmattethet og smerte				
Tenker på hvor vanskelig det er å konsentrere seg				
Tenker «hva er det jeg gjør for å fortjene dette?»				
Tenker på hvor passiv og umotivert du føler deg				
Analyserer nylige hendelser for å prøve å forstå hvorfor du er deprimert				
Tenker på hvorfor det virker som om du ikke føler noe lenger				
Tenker «hvorfor kommer jeg (meg) ikke i gang?»				
Tenker «hvorfor reagerer jeg alltid på denne måten?»				
Er for deg selv og tenker på hvorfor du føler som du gjør				
Skriver ned hva du tenker på og analyserer dette				
Tenker på en nylig situasjon og ønsker at det hadde gått bedre				
Tenker «Jeg kommer ikke til å kunne konsentrere meg hvis jeg fortsetter å føle meg på denne måten»				
Tenker «Hvorfor har jeg problemer andre mennesker ikke har?»				

Tenker «Hvorfor takler jeg ikke ting bedre?»				
Tenker på hvor trist du føler deg				
Tenker på alle dine mangler, svakheter og feil				
Tenker på hvorfor du ikke føler deg i stand til å gjøre noen ting				
Analyserer personligheten din for å prøve å forstå hvorfor du er deprimert				
Drar et sted alene for å tenke over dine følelser				
Tenker på hvor sint du er på deg selv				

Appendiks F

Dysfunctional Attitudes Scale (DAS; DAS; Weissman & Beck, 1978)

Dette skjemaet inneholder en rekke forskjellige holdninger og innstillinger som folk noen ganger har. Les HVERT utsagn nøye og bestem deg for i hvilke grad du er enig eller uenig i det. Vis ditt svar ved å markere under den kolonne som BEST BESKRIVER HVORDAN DU TENKER. Sjekk at du velger bare ett svar for hvert utsagn. Folk er forskjellige. Derfor finnes det ikke et riktig eller galt svar til disse utsagnene. For å bestemme om en holdning er typisk for din måte å se ting på, bare tenk på hvordan du VANLIGVIS er.

	Helt enig	Veldig enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Veldig uenig	Helt uenig
Det er vanskelig å være lykkelig hvis man ikke er pen, intelligent, rik og kreativ.							
Lykke er mer et spørsmål om min holdning til meg selv, enn den måten andre mennesker ser meg.							
Folk vil sannsynligvis synes mindre om meg hvis jeg gjør en feil.							
Hvis jeg ikke gjør det bra hele tiden, vil folk heller ikke respektere meg.							
Å ta selv en liten sjanse er tåpelig, for tapet vil sannsynligvis bli katastrofalt.							
Det er mulig å vinne et annet menneskes respekt uten å være spesielt talentfull til noe.							
Jeg kan ikke være lykkelig uten at de fleste mennesker jeg kjenner beundrer meg.							

Hvis en person ber om hjelp, er det et tegn på svakhet.							
Hvis jeg ikke gjør det så bra som andre mennesker, betyr det at jeg er et underlegent menneske.							
Hvis jeg mislykkes i min jobb, så er jeg en mislykket person.							
Hvis du ikke kan gjøre noe skikkelig, er det liten vits i å gjøre det i det hele tatt.							
Å gjøre feil er bra, for jeg kan lære noe av dem.							
Hvis noen er uenig med meg, betyr det sannsynligvis at vedkommende ikke liker meg.							
Hvis jeg delvis mislykkes, er det like ille som å mislykkes fullstendig.							
Hvis andre folk vet hvordan du virkelig er, vil de synes mindre om deg.							
Jeg er ingenting verd hvis en person jeg elsker ikke elsker meg.							
Man kan finne fornøyelse i en aktivitet, uansett hvordan utfallet blir.							
Folk burde vite sånn noenlunde at resultatet blir vellykket før de foretar seg noe.							
Min verdi som person er svært avhengig av hva andre synes om meg.							

Hvis jeg ikke setter meg de høyeste mål, vil jeg sannsynligvis ende opp som en annenrangs person.							
Hvis jeg skal bli et verdifullt menneske, må jeg virkelig være fremragende i det minste på ett område.							
Folk som har gode ideer er mer verdifulle enn de som ikke har det.							
Jeg burde bli skuffet hvis jeg gjør en tabbe.							
Mine egne meninger om meg selv er viktigere enn andres meninger om meg.							
For å være et godt, moralsk og verdifullt menneske, må jeg hjelpe alle som trenger det.							
Hvis jeg stiller et spørsmål, får det meg til å virke underlegen.							
Det er fryktelig å bli mislikt av folk som er viktige for deg.							
Hvis du ikke har andre mennesker å støtte deg til, er du nødt til å være trist.							
Jeg kan nå viktige mål uten å slavedrive meg selv.							
Det er mulig for en person å få kjeft uten selv å bli sint.							
Jeg kan ikke stole på andre mennesker for de kan være grusomme mot meg.							

Hvis andre misliker deg, kan du ikke være lykkelig.							
Det er best å gi opp sine egne interesser for å glede andre mennesker.							
Min lykke avhenger mer av andre mennesker enn den avhenger av meg.							
Jeg trenger ikke å bli anerkjent av andre mennesker for å være lykkelig.							
Hvis en person unngår problemer, har problemene en tendens til å forsvinne.							
Jeg kan være lykkelig selv om jeg går glipp av mange ting i livet.							
Hva andre folk mener om meg er veldig viktig.							
Å være isolert fra andre er nødt til å føre til ulykkelighet.							
Jeg kan finne lykke uten å være elsket av en annen person.							

Appendiks G

Life Event Scale (LES; Holmes & Rahe, 1967)

Instruksjon: Les hver av hendelsene under og kryss av for om du har opplevd noen av hendelsene. Det er ingen riktige eller gale svar. Målet med spørreskjemaet er bare og identifisere hvilke hendelser som du har opplevd.

	Nei	Ja
Ektefelles dødsfall		
Skilsmisse		
Separasjon		
Fengsling		
Nær familiemedlems dødsfall		
Personlig skade eller sykdom		
Giftet deg		
Fått sparken fra en jobb		
Ekteskapelig forsoning/gjenforening		
Pensjonert		
Endringer i et familiemedlems helse		
Graviditet		
Seksuelle vansker		
Har du fått et nytt familiemedlem		
Omstillinger på arbeidsplassen		
Endringer i personlig økonomi		
Nær venn/vennines dødsfall		
Endret til en helt annen type jobb		
Endringer i antall diskusjoner med partner		
Lån på mer enn 500 000,-		
Kredittvansker		
Endringer i ansvar på jobb		
Sønn eller datter som har forlatt hjemmet		
Problemer med svigerfamilie		
Fremragende personlig prestasjon		
Partner startet eller stoppet å jobbe		
Startet eller avsluttet skolegang		
Endringer i boforhold		
Endring av personlige vaner		
Problemer med sjef/overordnet		
Endring i arbeidstid eller arbeidsbetingelser		
Endring i bosted		
Endring av skole		
Endring i fritidsaktivitet		

Endring i sosiale aktiviteter		
Mindre lån eller pant		
Endring i søvnmønster/-vaner		
Endring i antall familiesammenkomster		
Endring i matvaner		
Ferie		
Julefeiring		
Mindre lovbrudd		
Jeg har opplevd en av de overnevnte stressende livshendelser den siste uka		