

**Effekten av beskyttende faktorer, kognitive sårbarhetsfaktorer og
stressende livshendelser på depressive symptomer**

PSYPRO 4100 Hovedoppgave

Bente Tråsdahl

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet

Høst 2012

Forord

Jeg vil benytte muligheten til å takke veilederne mine Odin Hjemdal og Roger Hagen. Begge har vært utrolig dyktige som veiledere og gitt god støtte og hjelp i denne hovedoppgaveprosessen. Jeg vil også takke faren min, Olaf Braaten, for hjelp med tekniske vansker i arbeidet og for alltid å være tilgjengelig med oppmuntring og støtte.

Innhold

Sammendrag.....	2
Innledning.....	3
Metode.....	7
Deltakere og prosedyre.....	7
Måleinstrumenter.....	7
Analyse og statistikk.....	10
Diskusjon.....	12
Begrensninger ved studien.....	19
Konklusjon.....	20
Referanser.....	21
Tabell 1.....	32
Tabell 2.....	33
Tabell 3.....	34
Tabell 4.....	35
Appendix.....	36

Sammendrag

En bedre forståelse av forholdet mellom sårbarhet og beskyttende faktorer kan fremme vår kunnskap om psykisk lidelse. Denne tverrsnittstudien utforsket betydningen av beskyttende faktorer (RSA) som en prediktor for depresjon etter å ha kontrollert for kjente sårbarhets- og risikofaktorer ved lidelsen. Et utvalg unge respondenter (N=618) deltok i en internettbasert spørreundersøkelse hvor de fylte ut mål på depressive symptomer (BDI), dysfunksjonelle holdninger (DAS), grubling (RRS), metaantagelser om depressiv grubling (NBRS og PBRS), beskyttende faktorer (RSA), og erfaring med stressende livshendelser (LES). Forholdet mellom variablene ble utforsket med korrelasjonsanalyser og multiple regresjonsanalyser. Resultatene viste at beskyttende faktorer signifikant kunne predikere depressive symptomer, selv etter kjønn, alder, stressende livshendelser og kognitive sårbarhetsfaktorer var kontrollert statistisk. Hoved effektene av beskyttelsesfaktorene kan tas til inntekt for at RSA faktorene virker som kontinuerlige forebyggende faktorer, som er i tråd med en kompensatorisk modell. Imidlertid viste også resultatene at interaksjonene mellom fire RSA faktorer og stressende livshendelser (LES) var signifikante som prediktorer for depresjon, noe som kan tas som støtte for at disse overnevnte faktorene kan dempe for negative effekter av risikofaktorer, som er i tråd med en beskyttelsesmodell. Dette studiet indikerer støtte til RSA som et valid mål på beskyttelsesfaktorer, som er av betydning for å videreutvikle forståelsen av depresjon og depressive symptomer.

Innledning

Med hele 350 millioner mennesker rammet av lidelsen på verdensbasis er depresjon blant de mest utbredte psykiske lidelsene (WHO, 2012). Folkehelseinstituttet anslår at livstidsprevalensen for lidelsen ligger på 8-17 % (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Punktprevalensen er på 2-4 % (Boland & Keller, 2010). Omfanget av depresjon øker ytterligere ved at tilbakefall er et utbredt problem og det er estimert at over 80 % av pasientene opplever mer enn en depressiv episode (Judd, 1997). Lidelsen er knyttet til omfattende negative konsekvenser fra individ til samfunnsnivå. Depresjon er estimert å være den lidelsen som skaper flest år levd med uførhet og redusert livskvalitet verden over og medfører videre enorme samfunnsøkonomiske belastninger (Helsedirektoratet, 2009; WHO, 2012).

Teorier relatert til depresjon har i hovedsak operert ut ifra en sårbarhets-stress tilnærming hvor den kliniske forskningen primært har vært fokusert på sårbarhets- og risikofaktorer (Gotlib & Hammen, 2010; Hammen, 2003; Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011; Wood & Tarrier, 2010). Resiliens, med sitt motsetteende fokus på styrkende og beskyttende faktorer, har derimot vært langt mindre studert, til tross for at dette har vist seg å være et betydningsfullt konsept for forståelse av psykopatologi (Mohaupt, 2009).

Teoretisk og empirisk arbeid gjennom de siste tiårene har utviklet forståelsen av depresjon ved å belyse ulike faktors betydning for utvikling og opprettholdelse av lidelsen (Gotlib & Hammen, 2010). Forskning har vist at depresjon er dobbelt så vanlig blant kvinner som for menn (Piccinelli & Wilkinson, 2000), samt knyttet lidelsen til en rekke ulike risikofaktorer, deriblant stressende livshendelser (Hammen, 2005; Mazure, 1998). Av de mange teoriene som har blitt utviklet for å forstå denne lidelsen, har særlig kognitive teorier dominert den teoridrevne forskningen og blitt spesielt innflytelsesrike for aktuell forståelse og behandling av depresjon (Gotlib & Joormann, 2010).

Kognitive teorier på depresjon hevder at lidelsen er knyttet til skjevheter i strukturer, prosesser eller produkter involvert i informasjonsprosessering og at modifisering av dette vil skape tilhørende endring i atferd og affekt (Joormann, 2010). Teoriene opererer innenfor en sårbarhetsstress modell, noe som innebærer at de kognitive skjevhetene forstås som latente sårbarheter i individer som kan aktiveres og aktualiseres av ulike typer stressorer (Hammen, Bistricky, & Ingram, 2010). En av de mest innflytelsesrike kognitive modellene for depresjon er Becks skjemateori (Joormann, 2010). De senere årene har også selvreguleringsperspektivet, spesielt ved responsstilteorien og den metakognitive modellen, som vektlegger kognitiv form fremfor innhold, utvidet forståelsen av kognitive sårbarhetsfaktorer ved depresjon ytterligere (Joormann, 2010).

I følge skjemateorien skyldes depresjon aktivering av dysfunksjonelle og negative selvskjemaer som medfører en negativistisk og skjemakongruent kognisjon og opplevelse (Beck & Alford, 2009; Clark, Beck, & Alford, 1999). Negative selvskjemaer har ofte blitt operasjonalisert som dysfunksjonelle holdninger som reflekterer ulike rigide og forvrengte holdninger rundt egen tilstrekkelighet, aksept og verdi (Clark et al., 1999). Skjemaaktivering medfører overdreven forekomst av tankefeil og genererer spesifikke negative kognisjoner i form av negative automatiske tanker (Clark et al., 1999). Det medfører videre til negative tanker om en selv, verden og fremtiden, et tankemønster som ofte blir referert til som den negative kognitive triaden (Joormann, 2010). Skjemateorien har generert omfattende mengder empiriske undersøkelser, som blant annet har vist at dysfunksjonelle holdninger predikerer depressive symptomer (Hankin, Abramson, Miller, & Haefel, 2004; Zuroff, Igraja, & Mongrain, 1990), utvikling av depressive episoder (Alloy, Abramson, Walshaw, & Neeren, 2006; Just & Alloy, 1997; Rude, Durham-Fowler, Baum, Rooney, & Maestas, 2010) og har sammenheng med et høyere antall tidligere depressive episoder (Mongrain & Blackburn, 2005). Skjemateorien har dannet grunnlag for kognitiv terapi (kognitiv atferdsterapi) som er en av de mest effektive behandlingsformene ved lidelsen (Chambless et al., 1998; DeRubeis, Siegle, & Hollon, 2008; Hollon & Dimidjan, 2009; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006). Kognitiv terapi er videre en av de få behandlingsformene som er anbefalt i nasjonale retningslinjer ved depresjon (Helsedirektoratet, 2009).

Innenfor selvreguleringsperspektivet knyttes depresjon til individuelle forskjeller i hvordan vi responderer på negative tanker og følelser. Responsstilteorien postulerer at depresjon karakteriseres ved en tendens til å reagere på tristhet og negative følelser med grubling og at denne responsen forsterker og forlenger de depressive symptomer (Nolen-Hoeksema, 2004). Grubling defineres som repetitiv og passiv tenkning over ens depresjonssymptomer og mulige årsaker til og konsekvenser av disse (Nolen-Hoeksema, 2004). Det finnes empirisk støtte for at grubling predikerer opprettholdelse og intensivering av depressive symptomer, og utvikling av depressive

episoder (Flynn, Kecmanovic, & Alloy, 2010; Huffziger, Reinhard, & Kuehner, 2009; Just & Alloy, 1997; Morrison & O'Connor, 2008; Sarin, Abela, & Auerbach, 2005; Watkins, Moberly, & Moulds, 2008).

I den metakognitive modellen blir også grubling fremhevet som særlig sentralt ved depresjon, men her blir imidlertid de sentrale elementene ved grubling relatert til positive og negative metaantagelser knyttet til denne tankeprosessen (Wells, 2009). Positive metaantagelser innebærer antagelser om at det er nyttig eller nødvendig å gruble og anses som årsak til at grubling benyttes som strategi på tankemessige eller følelsesmessige triggere (Wells, 2009; Wells & Matthews, 2004). Selve depresjonen anses som mediert av negative metaantagelser om grubling (Wells & Matthews, 2004). Negative metaantagelser grupperes i to kategorier; antakelser om at grubling er skadelig og ukontrollerbart og antakelser om sosiale konsekvenser av å gruble (Wells & Matthews, 2004). Studier har vist at deprimerte pasienter rapporterer en høyere forekomst av positive og negative metaantagelser om grubling (Alfaraj, Spada, Nikčević, Puffett, & Meer, 2009; Papageorgiou & Wells, 2001a, 2003), at metaantagelser kan forklare en betydelig andel av variasjon i depressive symptomer (Roelofs et al. 2007). Den metakognitive modellen har dannet utgangspunkt for metakognitiv terapi, en behandlingsform som har vist lovende resultater i forhold til behandling av emosjonelle lidelser (Wells et al., 2009).

Til tross for at disse kognitive teoriene har bidratt til en økende forståelse for depresjon, har imidlertid kognitiv behandling vist begrensninger ved at det ikke kan vise til en behandlingsmessig effekt på alle, samt at tilbakefall fortsatt er et stort problem (Roth & Fonagy, 2005). Videre har fokuset på sårbarhet og risiko fortsatt ikke vært tilstrekkelig i å forklare all variasjon i psykisk helse etter møte med stressende livshendelser (Hjemdal et al., 2011).

Omfattende modeller for psykopatologi tilsier imidlertid at psykisk lidelse ikke skyldes enkle faktorer, men derimot er kompleks betinget av multiple komponenter og forårsakes av transaksjoner mellom bio-psyko-sosiale sårbarhets-, risiko- og beskyttende faktorer (Cicchetti & Toth, 2009; Masten, 2006; Pennington, 2002). Identifisering av enkle sårbarhetsfaktorer vil således bidra i å belyse kun enkle aspekter av en kompleks matrise av multiple årsaker. Resiliens representerer imidlertid et lite utforsket område og det er holdepunkt for at utforskning av dette i samhold med kjente sårbarhets- og risikofaktorer kan skape et synergistisk bidrag i forklaringen på psykisk lidelse (Friborg, Hjemdal, Martinussen, & Rosenvinge, 2009; Luthar & Zelazo, 2003).

Resiliens kan defineres som beskyttende faktorer, prosesser og mekanismer som bidrar til et godt utfall, til tross for erfaringer med stressorer kjent for å innebære en signifikant risiko for

psykopatologi (Rutter, 2000). Dette feltet representerer en samling empiriske funn og er foreløpig ikke innordnet i en helhetlig teori (Hjemdal, 2009). Forskningen på resiliens har i hovedsak konsentrert seg om beskyttende faktorer og det er konsensus om å organisere disse i tre overordnede kategorier; positiv personlig disposisjon, familiesamhold og et støttende sosialt miljø utenfor familien (Masten & Garmezy, 1985; Rutter, 1987; Werner & Smith, 2001). Beskyttende faktorer er vist å moderere effekten av stressorer, fremme psykisk helse og forebygge utvikling av psykopatologi (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000; Rutter, 2000).

Det finnes en del indikasjoner for å anta at beskyttende faktorer kan bidra ytterligere til forståelsen av depresjon foruten de kognitive teoriene beskrevet ovenfor. Studier har vist at beskyttende faktorer er assosiert med og kan predikere en lavere grad av depressive symptomer hos ungdom (Dumont & Provost, 1999; Hjemdal, Aune, Reinfjell, Stiles, & Friborg, 2007; Hjemdal et al., 2011; Skrove, Romundstad, & Indredavik, 2012). Forskning på voksne har også vist beskyttende faktorer kan moderere alvorlighetsgrad av depressive symptomer (Wingo et al., 2010) og predikere depresjonssymptomer tre måneder fremover i tid (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge, & Martinussen, 2006). Resiliens er videre vist å kunne predikere skåren på et mål for håpløshet, selv etter å ta høyde for stressende livshendelser, humør og personlighet (Hjemdal, Friborg, & Stiles, 2012). Det er imidlertid mangel på studier som har sett på om beskyttende faktorer kan bidra til å forklare variasjon i depressivitet på spesifikke depresjonsmål fremfor mer generelle screeningsinstrumenter. Det er også mangel på studier på om beskyttende faktorer kan forklare variasjon i depresjonssymptomer etter man har tatt høyde for stressende livshendelser og kognitive sårbarhetsfaktorer for lidelsen.

Forskning bør videre undersøke om resiliensfaktorer opererer i henhold til en kompenserende modell eller en beskyttelsesmodell. En kompensatorisk modell tilsier at beskyttende faktorer fremmer god tilpasning uavhengig stressnivå, mens en beskyttelsesmodell hevder at beskyttende faktorer har sin virkning ved å beskytte for en toksisk effekt av ulike risikofaktorer og stressende hendelser (Luthar & Zelazo, 2003; Sameroff, Gutman, & Peck, 2003). Tidligere studier har støttet både en beskyttelsesmodell (Hjemdal et al., 2006; Rutter, 1987), og en kompenserende modell (Carbonell et al., 2002; Carlson, McNutt, Choi, & Rose, 2002; Cowen, Wyman, Work, & Parker, 1990; Dumont & Provost, 1999; Gutman, Sameroff, & Eccles, 2002; Hjemdal et al., 2012; Werner, 1993). Hvorvidt resiliensfaktorer virker i henhold til en beskyttende eller kompenserende modell er et punkt i forskningen som er relativt uavklart og således relevant å utforske i denne studien.

Denne studien har som hovedmål å se på om beskyttende faktorer kan predikere grad av

depressive symptomer utover det som predikeres av stressende livshendelser og kognitive sårbarhetsfaktorer. En vil også prøve å undersøke hvilke av beskyttelsesfaktorene som kan forklare mest av variasjonen i depresjonsskåre. Mer spesifikt søker studien å besvare følgende problemstillinger:

1. Kan beskyttende faktorer forklare variasjon i depressive symptomer utover den variasjonen som tilskrives stressende livshendelser, dysfunksjonelle holdninger, grubling og positive og negative metaantagelser om grubling?
2. Finnes det forskjell i hvor mye de ulike beskyttende faktorer kan forklare av variasjon i depresjonssymptomer?
3. Kan interaksjonseffekter mellom beskyttende faktorer og stressende livshendelser forklare varians i depresjonsskåre?

Metode

Deltakere og prosedyre

Respondentene ble rekruttert via e-post som informerte om undersøkelsen. Utfyllelse av undersøkelsen var nettbasert. Deltakelse var frivillig og førte til at en ble med i trekningen på et gavekort. Alderen på respondentene i studien var fra 15 til 60 år og gjennomsnittsalderen i utvalget var på 24,7 år. Hoved andelen av utvalget var studenter. Av de som fullførte studien og hadde mindre enn 10 % manglende data i utfyllingen av spørreskjemaet gjensto 618 (33%) deltakere. Av disse var 501 (81 %) kvinner og 117 (19 %) menn. Studien har blitt godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt Norge.

Måleinstrumenter

Nettundersøkelsen bestod av syv ulike spørreskjemaer. Disse spørreskjemaene måler blant annet symptomer på depresjon, kognitiv sårbarhet, stressende livshendelser og resiliens. Nedenfor følger en beskrivelse av de ulike måleinstrumentene brukt i undersøkelsen (for spørreskjemaene: se appendix).

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Steer, & Carbin, 1988)

BDI består av 21 ledd som måler kognitive, atferdsmessige, affektive og somatiske symptomer på depresjon (Beck et al., 1988). Hvert ledd besvares på en fire punkt Likert skala fra 0 (ikke til stede) til 3 (intnst til stede). Sumskåren varierer fra 0-63. En økt skåre på BDI indikerer

økt tilstedeværelse av depressive symptomer. BDI har dokumentert sterke psykometriske egenskaper. BDI har vist høy indre konsistens med en Cronbachs alpha høyere enn 0,90 i både psykiatriske og ikke-kliniske utvalg (Nezu, Nezu, Friedman, & Lee, 2010). Det er også funnet høy test-retest reliabilitet (Beck et al., 1988), samt at BDI også har god samtidig validitet og begrepsvaliditet (Beck et al., 1988).

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

DAS er et av de mest utbredte selvrapporderingsmålene relatert til Becks kognitive teori. DAS består av 40 ledd som besvares på en syv punkt Likert skala fra 1 (helt enig) til 7 (helt uenig). Sumskåren kan variere fra 40 til 280 hvor høyere skårer indikerer høyere grad av dysfunksjonelle holdninger. DAS måler i hovedsak to typer dysfunksjonelle holdninger; perfektjonistiske standarder og frykt om andres evaluering (Joormann, 2010). DAS er funnet å ha gode psykometriske egenskaper, i form av en tilfredsstillende indre reliabilitet ved en høy Cronbachs alpha, god konstrukt validitet og god diskriminerende validitet (Chioqueta & Stiles, 2004).

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

RRS er et selvrapportskjema som måler tilbøyelighet til å gruble ved et depressivt stemningsleie. RRS består av 22 ledd hvor hvert ledd besvares på en fire punkt Likert skala fra 1 (nesten aldri) til 4 (nesten alltid). Totalskåren varierer fra 22-88, og høyere skåre reflekterer en sterkere tilbøyelighet til grubling. Skjemaet har vist god indre konsistens med en Cronbachs alpha på 0,89 (Luminet, 2004) og en tilfredsstillende test-retest reliabilitet ($r = 0,47$). Skjemaets prospektive validitet er understøttet, men dets diskriminerende validitet er lite undersøkt (Luminet, 2004).

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

PBRS er et selvrapportskjema som måler positive metaantagelser omkring depressiv grubling. Respondenter svarer ved å indikere hvor enige de er i ulike utsagn på en fire punkt Likert skala fra 1 (ikke enig) til 4 (svært enig). Totalskåren på PBRS varierer fra 9-36, og høyere skåre indikerer høy grad av positive metaantagelser knyttet til grubling. PBRS har vist høy indre konsistens med Cronbachs alpha på 0,89 og god test-retest reliabilitet ($r = 0,85$) (Papageorgiou & Wells, 2001b). PBRS har også blitt funnet å utvise ellers gode psykometriske egenskaper som konstrukt validitet og samtidig kriterievaliditet (Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz, & van Os, 2010).

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

NBRS består av to subskalaer som måler negative metaantagelser omkring depressiv grubling. NBRS1 består av åtte led som måler metaantagelser om ukontrollerbarhet og skade

assosiert med grubling. NBRS2 består av fem ledd som måler metaantagelser om mellompersonlige og sosiale konsekvenser av grubling. Respondenter skal indikere i hvilken grad de er enige i utsagnene på en fire punkt Likert skala fra 1 (uenig) til 4 (veldig enig). Sumskåren varierer fra 13-52 og høyere skåre indikerer høyere grad av negative metaantagelser. Både NBRS1 og NBRS2 er funnet å utvise høy indre konsistens (Chronbachs alpha på henholdsvis 0,81 og 0,87) (Roelofs et al., 2010). Det er videre blitt funnet tilfredsstillende test-retest reliabilitet over tolv ukers intervall (Luminet, 2004). NBRS har også vist å ha en tilfredsstillende konstrukt validitet, og god samtidig kriterievaliditet.

Life Events Scale (LES; Hentet fra Social Readjustment Rating Scale (SRRS); Holmes & Rahe, 1967)

LES representerer et utvalg av de vanligste hendelsene fra Holmes og Rahes Social Readjustment Rating Scale (SRRS). LES består av 43 ledd som måler forekomsten av ulike typer stressende livshendelser. Disse summeres opp til en sumskåre, som varierer mellom 0 og 43. Eksempler på slike stressende livshendelser er endring av boforhold, endring i ansvar på jobb, dødsfall av ektemann, nært familiemedlem eller venn eller endring i personlig økonomi. Forekomst av disse besvares med ja/nei og til slutt spørres det om noen av de aktuelle hendelsene har forekommet den siste uka.

Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg et al, 2003; Hjemdal et al., 2001)

RSA er et selvrapportskjema som måler resiliens hos voksne i form av intrapersonlige og interpersonlige beskyttende faktorer som fasiliterer tilpasning og motstand mot negative hendelser. RSA består av 33 ledd som dekker seks faktorer; (1) Selvpersepsjon (med ledd på mestringstro, tiltro til egne evner og realistisk evaluering) og (2) Planlagt fremtid (med ledd som måler målorientering og evne til å planlegge), (3) Sosial kompetanse (med ledd som måler ekstrovertsjon, sosial fleksibilitet, evne til å danne nye vennskap og humor) (4) Strukturert stil (ledd som ser på planmessighet, evne til å organisere og vedlikeholde rutiner) (5) Familiesamhold (med ledd som måler delte verdier, lojalitet og gjensidig verdsetting) (6) Sosiale resurser (med ledd på sosial støtte, hjelp når det trengs og tilstedeværelse av støttende personer utenfor familien). Denne seksfaktorløsningen har blitt replisert med bekreftende faktoranalyse (Hjemdal et al., 2006). RSA versjonen i denne studien brukte en syv punkts skala som var semantisk differensiert med positiv ordlegging på en side av skalaen og negativ ordlegging i den andre enden. Halvparten av leddene har den positive ordleggingen til venstre, og det motsatte gjelder for den andre halvparten. Sumskåren varierer mellom 33 og 231, hvor høyere skåre indikerer en høyere grad av resiliens. RSA har utvist både god reliabilitet og validitet (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge, & Hjemdal, 2005; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinussen, 2003; Hjemdal et al., 2006)

Analyse og statistikk

Alle de statistiske analysene ble utført med statistikkprogrammet SPSS versjon 20.0. Det ble brukt deskriptiv statistikk for å finne gjennomsnitt og standardavvik for ulike sumskårer knyttet til de ulike spørreskjema brukt i undersøkelsen. En reliabilitetsanalyse ble foretatt ved hjelp av Cronbachs alpha for å undersøke spørreskjemaenes indre reliabilitet. Bivariat korrelasjonsanalyse ble gjennomført for å utforske ulike sammenhenger mellom de ulike variablene relevant for problemstillingene og for å avdekke eventuell multikolaritet. Det ble også gjort til sammen 15 multiple hierarkiske regresjonsanalyser med BDI som en avhengig variabel for å undersøke hvilke faktorer som best kunne predikere varians i depressive symptomer. I de multiple hierarkiske regresjonsanalysene ble det undersøkt for både hoved effekter av RSA totalskåre og RSA faktorskårer, samt interaksjonseffekter mellom RSA og stressende livshendelser (målt ved LES). Nødvendige antakelser for å trekke slutninger om populasjonen basert på denne analysen ble tilfredsstillende møtt. Analysen viste antydning til heteroskedastisitet, men dette representerte imidlertid ikke et problem da Durbin Watson analysen indikerte støtte til antakelsen om uavhengige feil ($2,07 < \text{Durbin Watson} > 2,13$).

Resultater

Tabell 1 viser at spørreskjemaenes indre reliabilitet var tilfredsstillende målt ved Cronbachs alpha. Resultatene av korrelasjonsanalysen viste at BDI hadde høy korrelasjon med DAS, RRS, NBRS og RSA, moderat korrelasjon med PBRS og lav korrelasjon med LES.

RSA totalskåre og RSA faktorene Selvpersepsjon og Planlagt fremtid viste i hovedsak høye og negative korrelasjoner med BDI, DAS, RRS og NBRS. De resterende RSA delfaktorene korrelerte moderat og negativt med BDI, DAS, RRS og NBRS i de fleste tilfeller, og de svakeste korrelasjonene var mellom disse var til RSA Familiesamhold og RSA Strukturert stil. RSA totalskåre og RSA faktorene viste alle negative, men svake korrelasjoner med PBRS. Alle korrelasjoner til kjønn, alder og stressende livshendelser var svært svake og mange av disse var heller ikke signifikante. Ingen av korrelasjonene oversteg 0,66, og korrelasjonene er således ikke grunnlag for å anta at det er et problem i forhold til multikollinearitet. Gjennomsnitt, standardavvik, reliabilitetsestimat og korrelasjoner relatert til de ulike spørreskjema er presentert i Tabell 1.

Tabell 1 her

For å undersøke hvor stor grad av variansen i depresjonssymptomer som kunne forklares av totalskåren på RSA etter å ha kontrollert for kjønn og alder, stressende livshendelser samt kognitive og metakognitive sårbarhetsfaktorer, ble det utført en multippel hierarkisk regresjonsanalyse hvor BDI ble brukt som avhengig variabel. Som uavhengige variabler ble kjønn puttet inn i steg 1 i analysen, etterfulgt av alder i steg 2, LES i steg 3, DAS i steg 4, RRS i steg 5, NBRS i steg 6 og PBRS i steg 7. Til slutt i steg 8 ble RSA totalskåre entret.

Tabell 2 her

Tabell 2 viste at alle prediktorene var signifikante, med unntak av kjønn, alder og positive metaantagelser om grubling (PBRS). Variablene kjønn og alder forklarte henholdsvis 1 % og 0 % av variansen i BDI skåre. LES forklarte 1 % av variansen. DAS forklarte 29 % av variansen, RRS forklarte 13 %, mens NBRS forklarte 6 %. PBRS forklarte ikke noe signifikant av variansen ytterligere. Som en enkel prediktor bidro RSA totalskåren separat med å forklare 6 % av variansen. RSA totalskåren hadde et negativt forhold til BDI, noe som betyr at høyere skåre på RSA predikerte en lavere BDI skåre.

For å undersøke om det finnes forskjell i hvor mye de ulike RSA faktorene kunne forklare av variasjon i depresjonssymptomer ble det foretatt ytterligere seks hierarkiske regresjonsanalyser. Analysen ble kjørt på tilsvarende måte som over, men med et unntak. I steg 8 ble hver enkelt RSA faktor entret separat i hver sin analyse for å finne den prediktive verdien av hver av disse. Ved å se på hver enkelt faktor alene og ikke kun bruke totalskåren forhindrer man at faktorenes ulike prediktive validitet jevner hverandre ut (Smith, Fischer, & Fister, 2003).

Tabell 2 her

Tabell 2 viste at kjønn, alder, LES, DAS, RRS, NBRS, PBRS og RSA forklarte tilnærmet like mye varians i depresjonssymptomer som beskrevet i de foregående analysene. Av disse var igjen alle prediktorene signifikante unntatt kjønn, alder og PBRS. Som enkle prediktorer bidro alle RSA faktorene signifikant i å forklare varians (spennvidde i forklart varians: 0-7 %). Høyest varians ble forklart av Planlagt fremtid som forklarte 7 %, mens Familiesamhold forklarte tilnærmet ingen varians (0,4 %). Alle RSA faktorene hadde et negativt forhold til BDI skåre, slik at høyere skåre på RSA, uavhengig faktor, predikerte en lavere skåre på BDI.

For ytterligere å undersøke det unike bidraget til hver av RSA faktorenes i forhold til å forklare BDI skåre ble det foretatt enda en multippel hierarkisk regresjonsanalyse. Analysen ble

kjørt på tilsvarende måte som de foregående regresjonsanalysene med et unntak. I steg 8 ble alle de seks RSA faktorene entret likt for å identifisere det unike bidraget til hver enkelt RSA faktor.

Tabell 3 her

Analysen indikerte at kjønn, alder, LES, DAS, RRS, NBRS, PBRS og RSA forklarte tilnærmet like mye varians i depresjonssymptomer som ble funnet i de foregående analysene. Som vist i Tabell 3 bidro to av RSA faktorene signifikant i å forklare unikt bidrag i forklart varians. Disse var Planlagt fremtid og Strukturert stil (henholdsvis $t = -5.21, p < .001$ og $t = -2.14, p < .05$). Igjen var relasjonen mellom disse variablene og BDI altså negative, slik at høyere skåre på disse målene indikerte lavere skåre på BDI.

Eventuelle interaksjonseffekter mellom RSA og stressende livshendelser målt ved LES ble undersøkt i en siste multippel hierarkisk regresjonsanalyse. Som i de andre regresjonsanalysene ble kjønn undersøkt i steg 1, alder i steg 2, LES i steg 3, DAS i steg 4, RRS i steg 5, NBRS i steg 6, PBRS i steg 7 og RSA i steg 8. I steg 9 ble RSA totalskåren og faktorskårene interagerert med LES i hver sin unike analyse.

Tabell 4 her

Tabell 4 viste at interaksjonen mellom Planlagt fremtid og LES signifikant forklarte 2 % av variansen i BDI, mens Familiesamhold forklarte 1 %. Både Strukturert stil og Sosiale resurser forklarte i interaksjon med LES 0,3 % av variansen. Av disse interaksjonene var de alle negative i relasjon med BDI, noe som indikerer at høyere skåre på RSA faktorene i interaksjon med stress, predikerte lavere BDI skåre. De resterende interaksjonseffektene, deriblant RSA totalskåren og LES, bidro ikke signifikant i å forklare varians i depresjonssymptomer.

Diskusjon

Hovedfunnet fra studien tyder på at RSA er en viktig prediktor for depresjon utover stressende livshendelser, dysfunksjonelle holdninger, grubling og metaantagelser om grubling. Planlagt fremtid og Strukturert stil var de av RSA faktorene som forklarte størst andel av variansen, i tillegg til å forklare unik varians, noe som kan indikere at særlig disse faktorene er betydningsfulle ved en depressiv symptomatologi. I tillegg forklarte interaksjonen mellom stressende livshendelser og de to RSA faktorene Planlagt fremtid og Familiesamhold, ytterligere en bemerkelsesverdig del

av variansen i depresjonsskåre. Undersøkelsen kan dermed gi støtte både til en kompenserende modell og en beskyttelsesmodell for RSA faktorene. Ettersom dysfunksjonelle holdninger, grubling og negative metaantagelser om grubling som forventet viste seg som sterke prediktorer for depresjon, var dette studiet en streng test på resiliensfaktorers unike bidrag i å forstå denne lidelsen.

Funnene fra studien knyttet til de ulike sårbarhets- og risikofaktorene var for det meste i tråd med tidligere forskning og således i høy grad som forventet. Først var kjønn og alder ikke signifikante og svært svake som prediktorer for depresjon. Stressende livshendelser forklarte rundt 1 % av variansen i depresjonsskåre. Stressende livshendelser var signifikant, men forklarte lite av variasjonen i depresjonsskåre. Dette var noe overraskende, da det er et veletablert funn at stressende livshendelser er relatert til majoriteten av tilfeller med depressive episoder (Hammen, 2005; Kessler, 1997; Mazure, 1998; Paykel, 2003; Tennant, 2002). Det kan være ulike årsaker til dette resultatet. En årsak kan muligens knyttes til karakteristika ved LES skjemaet, som at det måler forekomst av stressorer, men ikke hvordan disse blir subjektivt opplevd (Kessler, 1997; Mazure, 1998). Det kan også være at det spesifikke utvalget stressende hendelser i LES ikke er representativt for vanlige stressorer i livet til unge studenter, da mange av leddene ser på arbeid, ekteskapelige forhold og større økonomiske vansker. Stressorer som kan tenkes å ha større betydning for det aktuelle utvalget, som aspekter ved studier, endring i vennskap eller kjæresteforhold og utfordringer knyttet til identitetsutvikling, dekkes ikke i LES. Rapporterte erfaringer med stressende hendelser kan også ha skjedd så langt tilbake i tid at deres sammenheng med depressive symptomer ikke lenger er like betydningsfulle i forhold til hvorvidt den enkelte opplever depressive symptomer da undersøkelsen ble gjennomført. Motsatt kan målene være såpass samtidige at symptomer ikke har utviklet seg enda. Uavhengig årsak anses dette resultatet som uforholdsmessig lav.

DAS, derimot, forklarte hele 29 % av variansen i depressive symptomer, som er en svært høy andel. Dette gir god støtte til dysfunksjonelle holdninger som et betydningsfullt konsept ved depresjon, i tråd med tidligere studier (Alloy, Abramson, & Francis, 1999; Martin, Kazarian, & Breiter, 1995; Robins & Block, 1989).

RRS forklarte ytterligere 13 % av variansen i depresjon i denne studien. Dette er også en betydelig andel av variansen og støtter antakelsen om grubling som en vesentlig faktor for depresjon, i tråd med tidligere studier (Huffziger et al., 2009; Just & Alloy, 1997). Resultatet kan tas som en antydning på at grubling, som en kognitiv *prosess*, måler et aspekt ved kognitiv sårbarhet som ikke dekkes av kognitivt *innhold* målt ved DAS. En prospektiv studie har tidligere funnet støtte til et slikt resonnement, da de rapporterte at både dysfunksjonelle holdninger og kognitive prosesseringsmål begge var signifikante som separate prediktorer for depresjon (Rude et al., 2010).

NBRS forklarte videre 8 % av variansen i depresjonsskåre. Funnet kan anses som støtte for betydningen av negative metaantagelser ved depresjon, ved at dette som et kognitivt mål bidro til forklart varians forbi to andre etablerte kognitive mål. Undersøkelsen kan således tas som en indikasjon på at negative metaantagelser måler ytterligere et aspekt ved kognitiv sårbarhet som verken dekkes av negative holdninger eller av grubling. Dette er i tråd med den metakognitive modellen som tilsier at slike antagelser utgjør et særlig sentralt og depressivt aspekt ved grubling (Wells & Matthews, 2004).

Positive metaantagelser ved PBRs, derimot, viste ingen evne til å predikere depresjonsskåre. En potensiell forklaring på dette kan være at forholdet mellom positive metaantagelser og depresjon medieres av faktisk grubling, som den metakognitive modellen tilsier (Papageorgiou & Wells, 2001b). Det innebærer at positive metaantagelser er latente og ikke utgjør et problem før de aktiveres av triggere og initierer grubling (Papageorgiou & Wells, 2001b; Wells, 2009).

I henhold til problemstillingen om beskyttende faktorer kan forklare varians i depressive symptomer utover variansen som tilskrives stressende livshendelser, dysfunksjonelle holdninger, grubling og metaantagelser om grubling, viste undersøkelsen at RSA totalskåren forklarte 6 % av variansen forbi de andre prediktorene når de ble entret sist i den hierarkiske regresjonsanalysen. Dette er et betydelig bidrag, spesielt med tanke på at RSA ble undersøkt etter å ha tatt høyde for sentrale og veletablerte sårbarhets- og risikofaktorer ved depressiv symptomatologi. Dette funnet viser at RSA fanger opp faktorer som er av betydning for utvikling av depresjon og at dette bidraget ikke dekkes i etablerte tilnærminger til å forstå denne lidelsen. Det er videre interessant å merke seg at resiliensfaktorer predikerte depresjonssymptomer utover kognitive og metakognitive sårbarhetsfaktorer, til tross for at resiliens relaterer seg til psykisk lidelse generelt og ikke primært til depresjon.

For å belyse problemstillingen omhandlende forskjell i ulike beskyttende faktorerers evne til å forklare av varians i depresjonssymptomer, ble det foretatt seks sanalyser med hver av RSA faktorene entret sist i hver sin multiple hierarkiske regresjonsanalyse. Alle faktorene predikerte depresjonsskåre, med unntak av Familiesamhold som forklarte tilnærmet null av variansen. Denne faktoren måler lojalitet, trivsel, fellesaktiviteter og samhold i familien, om familien deler lik forståelse av hva som er viktig i livet og hvordan familien evaluerer fremtiden. Det kan tenkes at den lave forklaringsvnen Familiesamhold hadde for depresjon er knyttet til at flere av leddene på denne faktoren kan konseptualiseres som sosial støtte som styrker individuell mestring, en faktor fanget opp av andre RSA faktorer (Friborg et al., 2005). Videre har en tidligere studie vist at

Familiesamhold var en faktorene som viste sterkest forskjell i et frisk og et klinisk utvalg (Friborg et al., 2003), og således kan det tenkes at denne faktoren vil ha mer å si i et klinisk utvalg.

Den sterkeste prediktoren for depressive symptomer av RSA faktorene, var Planlagt fremtid som forklarte hele 7 % av variansen. Dette er et betydelig bidrag, spesielt med tanke på at skalaen kun består av fire ledd. Signifikansen av Planlagt fremtid ble videre støttet av at den forklarte unik varians i depresjonsskåre når alle RSA faktorene ble entret simultant i siste steg i ytterligere en regresjonsanalyse. Planlagt fremtid måler positivt syn på fremtiden, om planer er gjennomførbare, om mål er gjennomtenkt og om en vet hvordan en kan nå de. Funnet om at høy skåre på dette predikerer lav depresjonsskåre er i overenstemmelse med at depresjonskonstruktet blant annet innebærer et gjennomgripende negativt syn på fremtiden. Dette funnet er videre støttet av eksisterende empiri. En studie fant for eksempel at denne faktoren forklarte unik varians i håpløshet (Hjemdal et al., 2012), et konstrukt som er nært relatert til depresjon. Det er videre i tråd med en undersøkelse som viste at Planlagt fremtid synes å representere en blanding av de to personlighetsfaktorene, Samvittighetsfullhet (Conscientiousness) og Emosjonell stabilitet (Friborg et al., 2005), to faktorer assosiert med lavere risiko for depresjon (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2005; Nezlek, 2001). Videre har forskning på RSA vist at de intrapersonlige RSA faktorene (Planlagt fremtid og Selvpersepsjon) generelt korrelerer sterkere med indikasjoner på en dårligere psykisk helse enn de interpersonlige RSA faktorene (Friborg et al., 2005; Friborg et al., 2003; Hjemdal et al., 2006), noe også korrelasjonene i dette studiet bekreftet. Samlet sett kan dette antyde at Planlagt fremtid kan være viktig ved forebygging og eventuelt i kliniske intervensjoner ved depresjon. I kliniske intervensjoner kan det være viktig også å styrke evne til å planlegge, lage sekundære mål og evaluere om atferd er i overenstemmelse med plan eller mål (Hjemdal et al., 2012). Ved å fokusere på dette kan en hjelpe til å styrke pasienters beskyttende resurser, som er antydning å fremme tilpasning og selvstendighet (Friborg et al., 2003).

Den nest sterkeste resiliensprediktoren for depresjon var Strukturert stil, som forklarte 3 % av variansen. Dette er et bemerkelsesverdig bidrag, og forbi dette forklarte faktoren i tillegg unik varians i depresjonsskåre. Strukturert stil ser på målorientering, tendens til å organisere tidsbruk, planlegge og å ha regler og rutiner i hverdagen. Denne faktorens betydning for depresjon kan ha sammenheng med at depresjon karakteriseres med passivitet, redusert motivasjon og endret atferd. Strukturert stil har blitt funnet å korrelere svært sterkt med personlighetsfaktoren Samvittighetsfullhet målt ved NEO-PI og NEO-PI-R (Friborg et al., 2005; Hjemdal et al., 2012). Som nevnt har studier vist at høyere grad av Samvittighetsfullhet er assosiert med lavere risiko for depresjon (Anderson & McLean, 1997; Nezlek, 2001; Trull & Sher, 1994) samt å predikere bedring etter eksponering for traume (Riulli, Savicki, & Cepani, 2002). Det er enda ikke fullt utforsket

hvordan Samvittighetsfullhet er kausalt linket til depresjon (Friedman, Kern, Hampson, & Duckworth, 2012), men studier har blant annet vist at Samvittighetsfullhet har sammenheng med mindre eksponering for stress (Lee-Baggley, Preece, & DeLongis, 2005; Vollrath, 2001) og mindre grad av risikofylt atferd (Bogg & Roberts, 2004). Videre har en undersøkelse vist at både Samvittighetsfullhet og resiliens er assosiert med hensiktsmessig oppgaveorientert mestring, heller de mindre nyttige strategiene, unnvikende og emosjonsfokusert mestring (Campbell-Sills, Cohan, & Stein, 2006; Carver & Connor-Smith, 2010). Det vil være interessant å forske videre på identifisere virksomme aspekter ved en strukturert og planmessig livsstil og undersøke hvordan disse virker i å forebygge depresjon. Assosiasjonen mellom Strukturert stil og Samvittighetsfullhet er imidlertid så høy, at det har blitt hevdet at Strukturert stil kan være overflødig forbi mål på Samvittighetsfullhet og målefeil (Friborg et al., 2005). Uavhengig eventuell grad av overlapp mellom disse to konstruktene, synes det som at intervensjoner som sikter seg mot å fremme planmessighet kan være av betydning ved forebygging eller behandling av depresjon (Coote & MacLeod, 2012; A. MacLeod, Coates, & Hetherington, 2008; A. K. MacLeod & Conway, 2005; Nezelek, 2001).

Funnene fra denne undersøkelsen er i tråd med studien til Hjemdal et al. (2012) som viste at beskyttende faktorer forklarte variasjon i håpløshet utover variasjon som kan tilskrives stressende livshendelser, depressiv og engstelig symptomatologi og personlighet. Håpløshet er et konstrukt nært forbundet med depresjon, så denne overensstemmelsen var forventet. Samlet sett gir disse to undersøkelsene støtte til beskyttende faktorer som en forklaringsmodell av betydning for depressiv symptomatologi. I undersøkelsen til Hjemdal et al. (2012) var imidlertid RSA Selvpersepsjon en sterkere prediktor enn i denne studien. Denne faktoren ser på tro på seg selv, egne vurderinger og at en finner løsninger på problemer, og tendens til bekymring. Ved ren semantisk analyse synes det som at dysfunksjonelle holdninger og grubling kan dekke for noe av dette konstruktet. Imidlertid forklarer også denne faktoren variasjon i depresjon forbi disse sårbarhetsfaktorene og det vil være av interesse å utforske hvilke deler av Selvpersepsjon som unikt bidrar til å forklare varians forbi de nevnte kognitive sårbarhetsfaktorene.

Funnet om at både RSA totalskåren og RSA faktorene utviste hoved effekt i forhold til depresjon ved at de hver for seg predikerte depresjonsskåre, er av interesse for en teoretisk analyse av RSA faktorene. Hoved effektene indikerer at resiliensfaktorene er av betydning for depresjon, uavhengig stressende livshendelser. Dette gir støtte til en forståelse av RSA faktorene som kompensatoriske eller promoterende faktorer og prosesser som opererer uavhengig stress nivå (Luthar & Zelazo, 2003). Liknende resultater er funnet i andre korrelasjonelle studier på konstruktet (Hjemdal et al., 2007; Hjemdal et al., 2012)

Utover hoved effektene til RSA, viste imidlertid undersøkelsen at også interaksjonseffekter mellom fire RSA faktorer og stress kunne forklare ytterligere varians i depresjonssymptomer. De to sterkeste interaksjonseffektene var mellom stress og Planlagt fremtid og Familiesamhold, som forklarte henholdsvis 2 % og 1 % av variansen i depresjon, etter hoved effekten av RSA totalskåre var tatt høyde for. Hoved effektene forklarte mer varians enn interaksjonseffektene, og således kommer disse sterkest frem i denne undersøkelsen. Likevel, til tross for at interaksjonseffektene var små, er de av interesse, primært i form av at de gir støtte for en beskyttelsesmodell for resiliensfaktorene. Beskyttelsesmodellen innebærer at beskyttende faktorer virker ved at de modererer effekten av stress og andre risikofaktorer. Også en tidligere studie på RSA har gitt støtte for at faktorene har en slik beskyttende effekt (Hjemdal et al., 2006).

Det kan være ulike årsaker til at dette studiet gir støtte til både en kompenseringsmodell og en beskyttelsesmodell for RSA faktorene. Det kan tenkes det gjenspeiler RSA faktorenes faktiske funksjonsmåte. En RSA faktor kan for eksempel ha både en kompenserende og en beskyttende effekt, eller kun en av disse. Eksempelvis gir dette studiet indikasjoner for at Planlagt fremtid både har en egen kontinuerlig hoved effekt mot depresjon og at det samtidig er en faktor som får ytterligere betydning i samhold med stress i form av at det modererer effekten av denne. Interaksjonen mellom Planlagt fremtid og stress, indikerer at denne RSA faktoren er av betydning ved at den kan moderere for effekt av stressende hendelser. Det kan være at et positivt syn på fremtiden, mål og ideer om hvordan en kan nå de, kan forebygge at stress medfører depresjonssymptomer. Denne faktoren er også tidligere funnet å måle evne til å motstå motgang og individer med slike egenskaper har blitt funnet å være resiliente (Walsh, 2003; Werner & Smith, 2001). I tillegg til denne interaksjonseffekten indikerer dette studiet at Planlagt fremtid også har en unik kontinuerlig kompenserende effekt mot depresjon uavhengig stress og gir således støtte til at denne faktoren har to funksjonsmåter. Familiesamhold, derimot, viste antydning til å ha en ubetydelig hoved effekt, men derimot en signifikant interaksjonseffekt og studiet støtter således en beskyttelsesmodell for denne faktoren. Interaksjonseffekten indikerer at familiesamhold kan være en faktor som først får betydning i møte med stress, men at den i fravær av stress har mindre betydning. Strukturert stil viste ytterligere en tredje variant av funksjonsmåte, da analysen kun ga støtte til at faktoren hadde en hoved effekt, og ikke interaksjonseffekt, ved depresjon, og støttes således kun en kompenserende modell for denne faktoren. Strukturert stil kan derfor antas å ha en kontinuerlig dempende effekt mot depresjon, men det indikeres at denne faktoren ikke modererer risikoen for at stress vil medføre depressivt stemningsleie.

Forskning på andre beskyttelsesfaktorer illustrerer tilsvarende virkninger. I en studie på effekter av ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer på et utvalg bestående av afroamerikanske

ungdommer fant Gutman, Sameroff og Eccles (2002) eksempelvis at konsistent disiplin syntes å utvise både en kompenserende og en beskyttende effekt, mens et mål på foreldres involvering i ungdommens skolegang kun utviste en kompenserende effekt. Ytterligere faktorer, som eksempelvis støtte fra jevnaldrende, syntes å ha kun en beskyttende effekt og ikke en kompenserende effekt. Det er således støtte i litteraturen på at ulike faktorer kan ha ulik distribusjon av kompenserende og beskyttende virkning.

I denne studien på RSA var for øvrig interaksjonseffektene små. Spesifikke resultater fra denne undersøkelsen kan for eksempel skyldes ulike karakteristika ved dette bestemte utvalget. I andre utvalg kan profilen på kompensatoriske eller promoterende effekter være annerledes. Ytterligere en mulighet er at beskyttende faktorer kan ha ulik funksjon i samhold med ulike typer risiko- og sårbarhets-faktorer. For eksempel fant Wyman et al. (1992) at positive forventninger for fremtiden var positivt for mange ungdommer, men knyttet til fraskrivelse av skoleansvar for ungdom med atferdsvansker. Videre har det også vært diskutert om forskjeller i støtte til ulike forståelsesmodeller kan skyldes designmessige forskjeller ved ulike studier (Hjemdal et al., 2006). Det synes i hovedsak som at korrelasjonelle studier gir støtte for en kompensatorisk modell, mens at prospektive studier gir støtte til en beskyttelsesmodell. I en prospektiv studie på RSA faktorene ble det gitt støtte for at alle disse fulgte en beskyttelsesmodell og således syntes å moderere effekten av risikofaktorer. Vi trenger imidlertid mer forskning for å undersøke akkurat hvordan direkte mål av beskyttende faktorer som RSA fungerer for forskjellige utvalg og i ulike forskningsdesign. I slik forskning er det tydelig at forskningsfeltet utfordres med tanke på å øke graden av presisjon og tydelighet i bruk av termer og begreper. Ytterligere et aspekt som er av interesse å utforske er om ulike RSA faktorer best kan forstås som å ligge på samme kontinuum som sårbarhetsfaktorer (Luthar & Zelazo, 2003). Det kan synes som at enkelte beskyttende faktorer kun representerer en positiv motpol til sårbarhet. Det kan for eksempel tenkes at Familiesamhold utgjør en beskyttende faktor når det er positivt formulert, men at en svært lav skåre på dette målet utgjør en risiko. Andre faktorer kan synes å ha virkning kun på den positive delen av kontinuumet; det å ha talent for musikk kan for eksempel være en beskyttende faktor, men det betyr ikke at det å være tonedøv er en risikofaktor (Luthar & Zelazo, 2003). Ytterligere en mulighet er kurvlineære effekter; kan hende er moderate nivåer av en faktor optimalt, mens at ytterlighet i begge endene kan representere risikofaktorer. For eksempel kan det tenkes at høy skåre på Strukturert stil kan ha sammenheng med tvangspreget atferd og at både det, og mangel på struktur, har negative effekter. Slike aspekter ved de RSA faktorene vil være av interesse å utforske videre.

Begrensninger ved studien

Flere begrensninger ved studien bør nevnes. Siden studiet er en tverrsnittsundersøkelse kan en ikke trekke kausale slutninger i forholdet mellom resiliens og depresjon. Forskning viser likevel at når personer eksponeres for flere risikofaktorer og har lite med beskyttende resurser, kan det resultere i depressive symptomer (Carlson et al., 2002; Dumont & Provost, 1999; Hjemdal et al., 2007; Hjemdal et al., 2011; Pargas, Brennan, Hammen, & Le Brocque, 2010; Skrove et al., 2012). En prospektiv studie har også vist at resiliens målt ved RSA kan predikere depressiv symptomatologi målt ved HCL-25 tre måneder senere (Hjemdal et al., 2006), noe som danner grunnlag for å forvente at resultatene i denne undersøkelsen ville fremholdt i en prospektiv design. Det er ikke mange holdepunkter for at depresjon medfører lav resiliens, men dette må imidlertid avklares i en prospektiv studie, hvor det undersøkes om depresjon predikerer reduksjon i beskyttende faktorer.

Begrensningene knyttet til et tverrsnittstudie gjelder også for kontrollvariablene som måler kognitiv sårbarhet. I henhold til at dette var en tverrsnittstudie forhindres man å trekke kausale slutninger mellom de ulike kognitive faktorene og depresjon. En vanlig innsigelse i forbindelse med kognitive sårbarhetsfaktorer er at det hevdes at disse kun måler en del av det kognitive aspektet ved depresjon og at de således representerer kun symptomer (Joormann, 2010). Slike påstander er imidlertid delvis tilbakevist ved hjelp av både prospektive og eksperimentelle undersøkelser som har vist at dysfunksjonelle holdninger (Brown, Hammen, Craske, & Wickens, 1995; Hankin et al., 2004; Lewinsohn, Joiner Jr, & Rohde, 2001; Rude et al., 2010), grubling (Flynn et al., 2010; Just & Alloy, 1997; Watkins et al., 2008) og metaantagelser om grubling synes å aktiveres av stress og predikere senere depressive episoder.

Ytterligere en begrensning ved denne undersøkelsen er knyttet til at denne undersøkelsen kun har sett på hoved effekter av de kognitive faktorene, til tross for at de tilhørende teoriene spesifiserer at disse først vil få betydning for depresjon etter de aktiveres av interaksjon med ulike typer stressende hendelser. Eksempelvis tilsier skjemateorien at personer kan ha maladaptive skjemaer latent, men så lenge disse ikke aktiveres av kongruente livshendelser vil de heller ikke resultere i depresjon. Tilsvarende resonnement gjelder også for responsstilteorien og den metakognitive modellen. Således er en undersøkelse hvor en ser ikke studerer interaksjonseffekter mellom sårbarhetsfaktorene og aktiverende faktorer ikke tilstrekkelig til å måle sårbarhetsfaktorenes tiltenkte effekt.

Utvalget var dominert av kvinnelige respondenter, noe som kan medføre at responsene er mindre representativ for populasjonen for øvrig. Videre bestod utvalget for det meste av friske respondenter, slik at gjennomsnittsskåre på BDI og andre kognitive sårbarhetsfaktorer var lav. I kombinasjon med at studien var av et krysseksjonelt design, kan dette bidra til å gjøre resultatene mindre generaliserbare til andre utvalg, f.eks. mer sårbare utvalg eller utvalg med høyere grad av depressive symptomer. Imidlertid har tidligere studier funnet sammenliknbare resultater hos personer med ulike psykiske lidelser (Friborg et al., 2003). Videre er det slik at bruk av en studentpopulasjon kan begrense generaliserbarheten av punktestimatene, men dette er dog ikke forventet å forskyve de observerte korrelasjonene mellom konstruktene i dette studiet. Videre impliserer studiets store utvalgsstørrelse (N= 618) god statistisk styrke til å fange opp sanne effekter av RSA, noe som styrker resultatene og konklusjonene.

En annen begrensende faktor er at studien baserer seg på selvrapportskjemaer. Dette kan medføre at svarene preges av sosial ønskeverdighet (Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986), noe som kan redusere resultatenes validitet. Videre var en stor andel av deltagerne psykologistudenter som antageligvis har kjennskap til de målte konstruktene, noe som også kan ha påvirket deres rapportering.

Konklusjon

Denne studien gir støtte til RSA som et valid mål på beskyttende faktorer og beskyttelse som et betydningsfullt konstrukt for å forstå depresjon. Ved å ta høyde for beskyttende faktorer så vel som sårbarhetsfaktorer kan man få en utvidet forståelse for hva depressive symptomer har sammenheng med. Dersom man bruker prospektive design kan man ytterligere undersøke hva som bidrar til å forklare utviklingen av depressive symptomer. Denne studien ga videre støtte for at RSA faktorene både har en beskyttende og en kompenserende virkning. I henhold til at resiliensbegrepet representerer er relativt nytt og utforsket område innenfor psykopatologi, anbefales det imidlertid mer forskning for videre å klargjøre funksjon og virkningsområder til RSA faktorene, samt utforske deres sammenheng med depressive lidelser.

Referanser

- Alfaraj, A. M. A. I., Spada, M. M., Nikčević, A. V., Puffett, A., & Meer, S. (2009). Positive beliefs about rumination in depressed and non-depressed pregnant women: A preliminary investigation. *Journal of Reproductive and Infant Psychology, 27*(1), 54-60. doi: 10.1080/02646830701759678
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., & Francis, E. L. (1999). Do negative cognitive styles confer vulnerability to depression? *Current Directions in Psychological Science, 8*(4), 128-132. doi: 10.1111/1467-8721.00030
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Walshaw, P. D., & Neeren, A. M. (2006). Cognitive vulnerability to unipolar and bipolar mood disorders. *Journal of social and clinical psychology, 25*(7), 726-754.
- Anderson, K., & McLean, P. (1997). Conscientiousness in depression: Tendencies, predictive utility, and longitudinal stability. *Cognitive Therapy and Research, 21*(2), 223-238. doi: 10.1023/a:1021836830389
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatments*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*(1), 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin, 130*(6), 887-919. doi: 10.1037/0033-2909.130.6.887
- Boland, R. J., & Keller, M. B. (2010). Course and outcome of depression. I I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (2. Utg., pp. 23-44). New York, NY: The Guilford Press.
- Brown, G. P., Hammen, C. L., Craske, M. G., & Wickens, T. D. (1995). Dimensions of dysfunctional attitudes as vulnerabilities to depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 431-435. doi: 10.1037/0021-843x.104.3.431

- Campbell-Sills, L., Cohan, S. L., & Stein, M. B. (2006). Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(4), 585-599. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001>
- Carbonell, D., Reinherz, H., Giaconia, R., Stashwick, C., Paradis, A., & Beardslee, W. (2002). Adolescent protective factors promoting resilience in young adults at risk for depression. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *19*(5), 393-412. doi: 10.1023/a:1020274531345
- Carlson, B. E., McNutt, L.-A., Choi, D. Y., & Rose, I. M. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women*, *8*(6), 720-745. doi: 10.1177/10778010222183251
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, *61*(1), 679-704. doi: doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., . . . David A. Williams, a. S. R. W. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, *51*(1), 13.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004). Psychometric properties of the Norwegian version of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A). *Cognitive Behaviour Therapy*, *33*(2), 83-86. doi: 10.1080/16506070410023951
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (2009). The past achievements and future promises of developmental psychopathology: The coming of age of a discipline. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(1-2), 16-25. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01979.x
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). The cognitive theory of depression *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, NY: Wiley.
- Coote, H. M. J., & MacLeod, A. K. (2012). A self-help, positive goal-focused intervention to increase well-being in people with depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *19*(4), 305-315. doi: 10.1002/cpp.1797
- Cowen, E. L., Wyman, P. A., Work, W. C., & Parker, G. R. (1990). The Rochester child resilience project: Overview and summary of first year findings. *Development and Psychopathology*, *2*(02), 193-212. doi: doi:10.1017/S0954579400000705

- DeRubeis, R. J., Siegle, G. J., & Hollon, S. D. (2008). Cognitive therapy versus medication for depression: treatment outcomes and neural mechanisms. [10.1038/nrn2345]. *Nat Rev Neurosci*, 9(10), 788-796.
- Dumont, M., & Provost, M. A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343-363. doi: 10.1023/a:1021637011732
- Flynn, M., Kecmanovic, J., & Alloy, L. (2010). An examination of integrated cognitive-interpersonal vulnerability to depression: The role of rumination, perceived social support, and interpersonal stress generation. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 456-466. doi: 10.1007/s10608-010-9300-8
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42. doi: 10.1002/mpr.15
- Friborg, O., Hjemdal, O., Martinussen, M., & Rosenvinge, J. H. (2009). Empirical support for resilience as more than the counterpart and absence of vulnerability and symptoms of mental disorder. *Journal of Individual Differences*, 30(3), 138-151. doi: 10.1027/1614-0001.30.3.138
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76. doi: 10.1002/mpr.143
- Friedman, H. S., Kern, M. L., Hampson, S. E., & Duckworth, A. L. (2012). A new life-span approach to conscientiousness and health: Combining the pieces of the causal puzzle. *Developmental Psychology*, Ikke spesifisert paginering. doi: 10.1037/a0030373
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. L. (2010). *Handbook of depression* (2. utg.). New York: NY: The Guilford Press.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, 6, 285.

- Gutman, L., Sameroff, A., & Eccles, J. (2002). The academic achievement of african american students during early adolescence: An examination of multiple risk, promotive, and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, *30*(3), 367-399. doi: 10.1023/a:1015389103911
- Hammen, C. (2003). Risk and protective factors for children of depressed parents. I S. S. Luthar (Red.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 50-75). UK: Cambridge University Press.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, *1*, 293-319.
- Hammen, C. L., Bistricky, S. L., & Ingram, R. E. (2010). Vulnerability to depression in adulthood. I R. E. Ingram & J. M. Price (Red.), *Vulnerability to psychopathology* (2. utg.). New York: NY: The Guilford Press.
- Hankin, B., Abramson, L., Miller, N., & Haefffel, G. (2004). Cognitive vulnerability-stress theories of depression: Examining affective specificity in the prediction of depression versus anxiety in three prospective studies. *Cognitive Therapy and Research*, *28*(3), 309-345. doi: 10.1023/B:COTR.0000031805.60529.0d
- Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon primær- og spesialisthelsetjenesten.
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>
- Hjemdal, O. (2009). *Measuring protective factors for adults and adolescents: The development of two resilience scales*. Trondheim: Norwegian University of Science and Technology, NTNU.
- Hjemdal, O., Aune, T., Reinfjell, T., Stiles, T. C., & Friborg, O. (2007). Resilience as a predictor of depressive symptoms: A correlational study with young adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *12*(1), 91-104. doi: 10.1177/1359104507071062
- Hjemdal, O., Friborg, O., & Stiles, T. C. (2012). Resilience is a good predictor of hopelessness even after accounting for stressful life events, mood and personality (NEO-PI-R). *Scandinavian Journal of Psychology*, *53*(2), 174-180. doi: 10.1111/j.1467-9450.2011.00928.x

- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(3), 194-201. doi: 10.1002/cpp.488
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *18*(4), 314-321. doi: 10.1002/cpp.719
- Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2009). Cognitive and behavioral treatment of depression. I I. H. Gotlib & C. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (2. utg., pp. 586-603). New York, NY: The Guilford Press.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, *57*(1), 285-315. doi: doi:10.1146/annurev.psych.57.102904.190044
- Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*.
- Huffziger, S., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2009). A longitudinal study of rumination and distraction in formerly depressed inpatients and community controls. *Journal of Abnormal Psychology*, *118*(4), 746-756. doi: 10.1037/a0016946
- Joormann, J. (2010). Cognitive aspects of depression. I I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (2. utg., pp. 298-321). New York, NY: The Guilford Press.
- Judd, L. L. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *54*(11), 989-991. doi: 10.1001/archpsyc.1997.01830230015002
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, *106*(2), 221-229. doi: 10.1037/0021-843x.106.2.221
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual Review of Psychology*, *48*(1), 191-214. doi: doi:10.1146/annurev.psych.48.1.191

- Lee-Baggley, D., Preece, M., & DeLongis, A. (2005). Coping with interpersonal stress: Role of big five traits. *Journal of Personality, 73*(5), 1141-1180. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00345.x
- Lewinsohn, P. M., Joiner Jr, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(2), 203-215. doi: 10.1037/0021-843x.110.2.203
- Luminet, O. (2004). Measurement of depressive rumination and associated constructs. I C. Papageorgiou & A. Wells (Red.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 187-216). West Sussex, UK: Wiley.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562. doi: 10.1111/1467-8624.00164
- Luthar, S. S., & Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. I S. S. Luthar (Red.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510-549). UK: Cambridge University Press.
- MacLeod, A., Coates, E., & Hetherington, J. (2008). Increasing well-being through teaching goal-setting and planning skills: Results of a brief intervention. *Journal of Happiness Studies, 9*(2), 185-196. doi: 10.1007/s10902-007-9057-2
- MacLeod, A. K., & Conway, C. (2005). Well-being and the anticipation of future positive experiences: The role of income, social networks, and planning ability. *Cognition & Emotion, 19*(3), 357-374. doi: 10.1080/02699930441000247
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*(2), 101-114.
- Martin, R., Kazarian, S., & Breiter, H. (1995). Perceived stress, life events, dysfunctional attitudes, and depression in adolescent psychiatric inpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 17*(1), 81-95. doi: 10.1007/bf02229205
- Masten, A. S. (2006). Developmental psychopathology: Pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development, 30*(1), 47-54. doi: 10.1177/0165025406059974

- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. *Advances in clinical child psychology*, 8, 1-52.
- Mazure, C. M. (1998). Life stressors as risk factors in depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 291-313. doi: 10.1111/j.1468-2850.1998.tb00151.x
- Mohaupt, S. (2009). Review article: Resilience and social exclusion. *Social Policy and Society*, 8(01), 63-71. doi: doi:10.1017/S1474746408004594
- Mongrain, M., & Blackburn, S. (2005). Cognitive vulnerability, lifetime risk, and the recurrence of major depression in graduate students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 747-768.
- Morrison, R., & O'Connor, R. C. (2008). The role of rumination, attentional biases and stress in psychological distress. *British Journal of Psychology*, 99(2), 191-209. doi: 10.1348/000712607x216080
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv (Folkehelseinstituttet Rapport 8/2009). Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/68675aa178.pdf>
- Nezlek, J. B. (2001). Daily psychological adjustment and the planfulness of day-to-day behavior. *Journal of social and clinical psychology*, 20(4), 452-475.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., Friedman, J., & Lee, M. (2010). Assessment of depression. I I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (2. utg., pp. 44-68). New York: NY: The Guilford Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response styles theory. I C. Papageorgiou & A. Wells (Red.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 107-124). West Sussex, UK: Wiley.
- 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. doi: 10.1037/0022-3514.61.1.115
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164. doi: 10.1016/s1077-7229(01)80021-3

- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, *32*(1), 13-26. doi: 10.1016/s0005-7894(01)80041-1
- 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. doi: 10.1023/a:1023962332399
- Pargas, R. C. M., Brennan, P. A., Hammen, C., & Le Brocq, R. (2010). Resilience to maternal depression in young adulthood. *Developmental Psychology*, *46*(4), 805-814. doi: 10.1037/a0019817
- Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*, 61-66. doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s418.13.x
- Pennington, B. F. (2002). *The development of psychopathology: Nature and nurture*. New York, NY: The Guilford Press.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(6), 486-492. doi: 10.1192/bjp.177.6.486
- Rioli, L., Savicki, V., & Cepani, A. (2002). Resilience in the face of catastrophe: Optimism, personality, and coping in the Kosovo crisis. *Journal of Applied Social Psychology*, *32*(8), 1604-1627. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb02765.x
- Robins, C., & Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the models of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, *13*(4), 297-313. doi: 10.1007/bf01173475
- 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. doi: 10.1007/s10608-009-9244-z
- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research* (2. utg.). New York: NY: The Guilford Press.

- Rude, S., Durham-Fowler, J., Baum, E., Rooney, S., & Maestas, K. (2010). Self-report and cognitive processing measures of depressive thinking predict subsequent major depressive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *34*(2), 107-115. doi: 10.1007/s10608-009-9237-y
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, *57*(3), 316-331. doi: 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. I J. P. S. S. J. Meisels (Red.), *Handbook of early childhood intervention* (2. utg.) (pp. 651-682). New York, NY: Cambridge University Press.
- Sameroff, A., Gutman, L. M., & Peck, S. (2003). Adaptation among young facing multiple risks: Prospective research findings. I S. S. Luthar (Red.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 364-391). UK: Cambridge University Press.
- Sarin, S., Abela, J., & Auerbach, R. (2005). The response styles theory of depression: A test of specificity and causal mediation. *Cognition & Emotion*, *19*(5), 751-761. doi: 10.1080/02699930441000463
- Skrove, M., Romundstad, P., & Indredavik, M. (2012). Resilience, lifestyle and symptoms of anxiety and depression in adolescence: the Young-HUNT study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-10. doi: 10.1007/s00127-012-0561-2
- Smith, G. T., Fischer, S., & Fister, S. M. (2003). Incremental validity principles in test construction. *Psychological Assessment*, *15*(4), 467-477. doi: 10.1037/1040-3590.15.4.467
- Tanaka-Matsumi, J., & Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *54*(3), 328-333. doi: 10.1037/0022-006x.54.3.328
- Tennant, C. (2002). Life events, stress and depression: a review of recent findings. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(2), 173-182. doi: 10.1046/j.1440-1614.2002.01007.x
- Trull, T. J., & Sher, K. J. (1994). Relationship between the five-factor model of personality and Axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(2), 350-360. doi: 10.1037/0021-843x.103.2.350

- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(4), 335-347. doi: 10.1111/1467-9450.00245
- Walsh, F. (2003). Crisis, trauma, and challenge: A relational resilience approach for healing, transformation, and growth. *Smith College Studies in Social Work*, 74(1), 49-71. doi: 10.1080/00377310309517704
- Watkins, E., Moberly, N. J., & Moulds, M. L. (2008). Processing mode causally influences emotional reactivity: Distinct effects of abstract versus concrete construal on emotional response. *Emotion*, 8(3), 364-378. doi: 10.1037/1528-3542.8.3.364
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation. Presentert ved møte i American Educational Research Association, Toronto, Canada.*
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: NY: The Guilford Press.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300. doi: 10.1007/s10608-007-9178-2
- Wells, A., & Matthews, G. (2004). Rumination, depression, and metacognition: The S-REF model. I C. Papageorgiou & A. Wells (Red.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (pp. 125-152). West Sussex: Wiley
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5(04), 503-515. doi: doi:10.1017/S095457940000612X
- Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. New York, NY: Cornell University Press.
- WHO, W. H. O. (2012). Depression. Fact sheet, fra <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>
- Wingo, A. P., Wrenn, G., Pelletier, T., Gutman, A. R., Bradley, B., & Ressler, K. J. (2010). Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood

abuse or trauma exposure. *Journal of Affective Disorders*, 126(3), 411-414. doi: 10.1016/j.jad.2010.04.009

Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Positive clinical psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829. doi: 10.1016/j.cpr.2010.06.003

Wyman, P. A., Cowen, E. L., Work, W. C., Raoof, A., Gribble, P. A., Parker, G. R., & Wannon, M. (1992). Interviews with Children Who Experienced Major Life Stress: Family and Child Attributes that Predict Resilient Outcomes. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 904-910. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-199209000-00019>

Zuroff, D., Igreja, I., & Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, 14(3), 315-326. doi: 10.1007/bf01183999

Tabell 1

Estimat av gjennomsnitt (M), standardavvik (SD), antall Respondenter (N), korrelasjoner og indre reliabilitet (Fet Skrift) relatert til de ulike spørreskjema

Dimensjon	M	SD	N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Kjønn																		
2 Alder	24,65	4,51	1799	-,08***														
3 LES	58,79	6,49	1464	,02	,22***													
4 BDI	8,17	7,65	1676	,12***	,02	,06*	,90***											
5 DAS	124,54	32,54	1480	,07**	-,07**	-,05	,56***	,93***										
6 RRS	39,13	12,8	1530	,15***	-,04	,11***	,65***	,54***	,94***									
7 NBRS	18,53	5,50	1565	,09***	-,02	,08**	,63***	,53***	,64***	,86***								
8 PBRs	17,90	6,15	1590	-,02	-,08***	,05	,27***	,25***	,39***	,28***	,90***							
9 RSA Totalskåre	5,05	0,85	1465	,06*	-,06*	,01	-,66***	-,57***	-,56***	-,54***	-,17***	,92***						
10 RSA Selvpersepsjon	4,48	1,27	1467	-,09*	,10*	,11**	-,59***	-,59***	-,54***	-,54***	-,17***	,78***	,85***					
11 RSA Planlagt Fremtid	4,95	1,43	1445	,05	,02	,01	-,60***	-,44***	-,49***	-,47***	-,18***	,77***	,67***	,79***				
12 RSA Sosial kompetanse	4,95	1,12	1467	,10*	,01	,05	-,40***	-,32***	-,33***	-,32***	-,06	,72***	,49***	,44***	,79***			
13 RSA Strukturert stil	4,70	1,16	1451	,18***	-,04	-,07	-,35***	-,18***	-,31***	-,21***	-,12**	,55***	,34***	,52***	,26***	,64***		
14 RSA Familiesamhold	5,07	1,23	1466	,11**	-,15***	-,11**	-,30***	-,27***	-,29***	-,28***	-,04	,64***	,33***	,27***	,31***	,15***	,84***	
15 RSA Sosiale resurser	5,85	0,94	1467	,18***	-,15***	-,06	-,45***	-,42***	-,36***	-,41***	-,09*	,81***	,46***	,50***	,54***	,33***	,60***	,83***

Note. LES = Life Events Scale, DAS = Dysfunctional Attitudes Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRs = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.

* p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tabell 2

Depresjon (BDI) predikert av stressende livshendelser, kognitive og metakognitive sårbarhetsfaktorer og beskyttende faktorer (N=618)

Steg	FCha	ΔR^2	B	t
1 Kjønn	3,35	,01	,07	1,83
2 Alder	0,51	,00	,03	0,72
3 LES	3,97*	,01	,08	1,99*
4 DAS	257,64***	,29	,54	16,05***
5 RRS	144,11***	,13	,43	12,01***
6 NBRS	78,13***	,06	,34	8,84***
7 PBRS	0,01	,00	-,00	-0,09
8 RSA Totalskåre	87,10***	,06	-,34	-9,33***
8 RSA Selvpersepsjon	45,00***	,03	-,26	-6,71***
8 RSA Planlagt fremtid	91,35***	,07	-,31	-9,56***
8 RSA Sosial kompetanse	29,23***	,02	-,17	-5,41***
8 RSA Strukturert stil	38,41***	,03	-,19	-6,20***
8 RSA Familiesamhold	4,37*	,00	-,07	-2,09*
8 RSA Sosiale resurser	27,98***	,02	-,18	-5,29***

Note. RSA totalskåren og RSA faktorskårene ble inkludert i separate analyser (i syv ulike modeller)

LES = Life Events Scale, DAS = Dysfunctional Attitudes Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabell 3

Depressive symptomer (BDI) som predikert av samtlige RSA faktorer (N = 618)

Steg	FCha	ΔR^2	B	t
1 Kjønn	2,98	,01	,07	1,73
2 Alder	0,50	,00	,03	0,71
3 LES	3,91*	,01	,08	1,98*
4 DAS	250,08***	,29	,55	15,81***
5 RRS	147,53***	,14	,44	12,15***
6 NBRS	78,64***	,07	,34	8,87***
7 PBRS	0,08	,00	-,01	-0,28
8 RSA	18,15***	,08		
Selvpersepsjon			-,06	-1,43
Planlagt fremtid			-,22	-5,21***
Sosial kompetanse			-,06	-1,63
Strukturert stil			-,07	-2,14*
Familiesamhold			-,00	-0,24
Sosiale resurser			-,05	-1,14

Note. RSA faktorskårene ble entret simultant (i en modell).

Forkortelser: LES = Life Events Scale, DAS = Dysfunctional Attitudes Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Tabell 4

Interaksjoner mellom RSA og stressende livshendelser (LES) som prediktorer for depressive symptomer (N=618)

Steg	FCha	ΔR^2	B	t
1 Kjønn	3,35	,01	,07	1,83
2 Alder	0,51	,00	,03	,72
3 LES	3,97*	,01	,08	1,99*
4 DAS	257,64***	,29	,54	16,05***
5 RRS	144,11***	,13	,43	12,01***
6 NBRS	78,13***	,06	,34	8,84***
7 PBRS	0,01	,00	-,00	-,09
8 RSA Totalskåre	87,09***	,06	-,34	-9,33***
9 RSA Totalskåre \times LES	0,06	,00	,07	,24
9 RSA Selvpersepsjon \times LES	1,13	,001	-,06	-1,06
9 RSA Planlagt fremtid \times LES	24,98***	,02	-,23	-5,00***
9 RSA Sosial kompetanse \times LES	0,68	,00	,04	,83
9 RSA Strukturert stil \times LES	4,01*	,003	-,07	-2,00*
9 RSA Familiesamhold \times LES	14,61***	,01	,14	3,82***
9 RSA Sosiale resurser \times LES	4,56*	,003	,12	2,13*

Note. Interaksjoner mellom RSA totalskåre og RSA faktorskåreer ble entret sist i hver sin separate analyse (i syv ulike modeller).

Forkortelser: LES = Life Events Scale, DAS = Dysfunctional Attitudes Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.

* $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $p < ,001$

BECK INVENTORY - D

BDI: *Namn:* _____ *alder:* _____ *kjorn:* _____

INTRODUKSJON: I dette spørreskjemaet vil du finne setningene 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 i dag inkludert. Sett så ring rundt tallet innenfor setningen du har valgt. Dersom flere setninger innenfor samme gruppe synes å passe like godt, sett ring rundt tallene til hver av dem.
 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 å komme 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 overfor framtiden.*
 2 *Jeg føler at jeg ikke har noe å se fram til.*
 3 *Jeg føler at framtiden 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 mislykkelighet.*
 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 skyldbetynget.*
 1 *Jeg føler meg skyldbetynget en god del av tiden.*
 2 *Jeg føler meg temmelig skyldbetynget mesteparten av tiden.*
 3 *Jeg føler meg skyldbetynget 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 darligere enn andre.*
 1 *Jeg kritiserer meg selv for mine svakheter eller feilgrep.*
 2 *Jeg behreider 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 jeg vil ikke omsette dem i handling.*
 2 *Jeg ønsker å ta livet mitt.*
 3 *Jeg ville ta 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 gåte, men nå kan jeg ikke gråte selv om jeg gjerne vil.*

Snu arket!

FFE -ghk

- 11 0 Jeg er ikke mer irritert nå enn ellers.
 1 Jeg blir lettere erygelig eller irritert 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 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.
- Jeg prøver bevisst å gå ned i vekt ved å spise mindre:
 JA NEI
- 20 0 Jeg er ikke mer bekymret for 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 annet.
- 21 0 Jeg har ikke merket noen 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.

Livshendelser: 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 å identifisere hvilke hendelser som du har opplevd.

1. Ektesfelles dødsfall
 Ja Nei

2. Skillsmisse
 Ja Nei

3. Separasjon
 Ja Nei

4. Fengsling
 Ja Nei

5. Nær familiemedlems dødsfall
 Ja Nei

6. Personlig skade eller sykdom
 Ja Nei

7. Giftet deg Fått sparken fra en jobb
 Ja Nei

8. Fått sparken fra en jobb
 Ja Nei

9. Ekteskapelig forsoning/gjenforening
 Ja Nei

10. Pensjonert
 Ja Nei

11. Endring i et familiemedlems helse
 Ja Nei

12. Graviditet
 Ja Nei

13. Seksuelle vansker
 Ja Nei

14. Har du fått et nytt familiemedlem

Ja Nei

15. Omstillinger på arbeidsplassen
 Ja Nei

16. Endringer i personlig økonomi
 Ja Nei

17. Nær venns/venninnnes dødsfall
 Ja Nei

18. Endret til en helt annen type jobb
 Ja Nei

19. Endringer i antall diskusjoner med partner
 Ja Nei

20. Lån på mer enn 500 000,-
 Ja Nei

21. Kreditt vansker
 Ja Nei

22. Endringer i ansvar på jobb
 Ja Nei

23. Sønn eller datter som har forlatt hjemmet
 Ja Nei

24. Problemer med svigerfamilie
 Ja Nei

25. Fremragende personlig prestasjon
 Ja Nei

26. Partner startet eller stoppet å jobbe
 Ja Nei

27. Startet eller avsluttet skolegang

Ja Nei

28. Endring i boforhold

Ja Nei

29. Endring av personlige vaner

Ja Nei

30. Problemer med sjef/overordnet

Ja Nei

31. Endring i arbeidstid eller arbeidsbetingelser

Ja Nei

32. Endring i bosted

Ja Nei

33. Endring av skole

Ja Nei

34. Endring i fritidsaktiviteter

Ja Nei

35. Endring i sosiale aktiviteter

Ja Nei

36. Mindre lån eller pant

Ja Nei

37. Endring i søvn-mønster/-vaner

Ja Nei

38. Endring i antall familiesammenkomster

Ja Nei

39. Endring i matvaner

Ja Nei

40. Ferie

Ja Nei

41. Julefeiring

Ja Nei

42. Mindre lovbrudd

Ja Nei

43. Jeg har opplevd en av de over nevnte stressende livshendelser den siste uka

Ja Nei

DAS

Dette skjemaet inneholder en rekke forskjellige holdninger og innstillinger som folk noen ganger har. Les HVERT utsagn nøye og bestem deg for i hvilken grad du er enig eller uenig i det.

Vis ditt svar ved å markere (x) 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 betemme om en holdning er typisk for din måte å se ting på, bare tenk på hvordan du **VANLIGVIS** er.

EKSEMPEL:

HOLDNINGER	Helt enig	Veldig enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Veldig uenig	Helt uenig
De fleste mennesker er OK når du blir kjent med dem			x				

Se på eksemplet ovenfor. For å vise hvor mye et utsagn beskriver din holdning, kan du sette et kryss i en av rutene fra "helt enig" til "helt uenig". I eksemplet ovenfor indikerer krysset i kolonnen under "litt enig" at dette utsagnet er nokså typisk for den holdning den personen som fyller ut skjemaet har.

Husk at ditt svar skal beskrive hvordan du VANLIGVIS tenker.

VEND NÅ ARKET OG BEGYNN

HOLDNINGER	Helt enig	Veldig enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Veldig uenig	Helt uenig
1. Det er vanskelig å være lykkelig hvis man ikke er pen, intelligent, rik og kreativ.							
2. Lykke er mer et spørsmål om min holdning til meg selv, enn den måten andre mennesker ser meg.							
3. Folk vil sannsynligvis synes mindre om meg hvis jeg gjør en feil.							
4. Hvis jeg ikke gjør det bra hele tiden, vil folk heller ikke respektere meg.							
5. Å ta selv en liten sjanse er tåpelig, for tapet vil sannsynligvis bli katastrofalt.							
6. Det er mulig å vinne et annet menneskes respekt uten å være spesielt talentfull til noe.							
7. Jeg kan ikke være lykkelig uten at de fleste mennesker jeg kjenner beundrer meg.							
8. Hvis en person ber om hjelp, er det et tegn på svakhet.							
9. Hvis jeg ikke gjør det så bra som andre mennesker, betyr det at jeg er et underlegent menneske.							

HOLDNINGER	Helt enig	Veldig enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Veldig uenig	Helt uenig
10. Hvis jeg mislykkes i min jobb, så er jeg en mislykket person.							
11. Hvis du ikke kan gjøre noe skikkelig, er det liten vits i å gjøre det i det hele tatt.							
12. Å gjøre feil er bra, for jeg kan lære av dem.							
13. Hvis noen er uenig med meg, betyr det sannsynligvis at vedkommende ikke liker meg.							
14. Hvis jeg delvis mislykkes, er det like ille som å mislykkes fullstendig.							
15. Hvis andre folk vet hvordan du virkelig er, vil de synes mindre om deg.							
16. Jeg er ingenting verd hvis en person jeg elsker ikke elsker meg.							
17. Man kan finne fornøyelse i en aktivitet, uansett hvordan utfallet blir.							
18. Folk burde vite sånn noenlunde at resultatet blir vellykket før de foretar seg noe.							
19. Min verdi som person er svært avhengig av hva andre synes om meg.							

HOLDNINGER	Helt enig	Veldig enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Veldig uenig	Helt uenig
20. Hvis jeg ikke setter meg de høyeste mål, vil jeg sannsynligvis ende opp som en annenrangs person.							
21. Hvis jeg skal bli et verdifullt menneske, må jeg virkelig være fremragende i det minste på ett område.							
22. Folk som har gode ideer er mer verdifulle enn de som ikke har det.							
23. Jeg burde bli skuffet hvis jeg gjør en tabbe.							
24. Mine egne meninger om meg selv er viktigere enn andres meninger om meg.							
25. For å være et godt, moralsk og verdifullt menneske, må jeg hjelpe alle som trenger det.							
26. Hvis jeg stiller et spørsmål, får det meg til å virke underlegen.							
27. Det er fryktelig å bli mislikt av folk som er viktige for deg.							
28. Hvis du ikke har andre mennesker å støtte deg til, er du nødt til å være trist.							
29. Jeg kan nå viktige mål uten å slavedrive meg selv.							

HOLDNINGER	Helt enig	Veldig enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Veldig uenig	Helt uenig
30. Det er mulig for en person å få kjeft uten selv å bli sint.							
31. Jeg kan ikke stole på andre mennesker for de kan være grusomme mot meg.							
32. Hvis andre misliker deg, kan du ikke være lykkelig.							
33. Det er best å gi opp sine egne interesser for å glede andre mennesker.							
34. Min lykke avhenger mer av andre mennesker enn den avhenger av meg.							
35. Jeg trenger ikke å bli anerkjent av andre mennesker for å være lykkelig.							
36. Hvis en person unngår problemer, har problemene en tendens til å forsvinne.							
37. Jeg kan være lykkelig selv om jeg går glipp av mange ting i livet.							
38. Hva andre folk mener om meg er veldig viktig.							
39. Å være isolert fra andre er nødt til å føre til ulykkelighet.							
40. Jeg kan finne lykke uten å være elsket av en annen person.							

Rumination Scale

People think and do many different things when they feel depressed. Please read each of the items below and indicate whether you almost never, sometimes, often, or almost always think or do each one when you feel down, sad, or depressed. Please indicate what you *generally* do, not what you think you should do.

1 almost never 2 sometimes 3 often 4 almost always

1. think about how alone you feel
2. think "I won't be able to do my job if I don't snap out of this"
3. think about your feelings of fatigue and achiness
4. think about how hard it is to concentrate
5. think "What am I doing to deserve this?"
6. think about how passive and unmotivated you feel.
7. analyze recent events to try to understand why you are depressed
8. think about how you don't seem to feel anything anymore
9. think "Why can't I get going?"
10. think "Why do I always react this way?"
11. go away by yourself and think about why you feel this way
12. write down what you are thinking about and analyze it
13. think about a recent situation, wishing it had gone better
14. think "I won't be able to concentrate if I keep feeling this way."
15. think "Why do I have problems other people don't have?"
16. think "Why can't I handle things better?"
17. think about how sad you feel.
18. think about all your shortcomings, failings, faults, mistakes
19. think about how you don't feel up to doing anything
20. analyze your personality to try to understand why you are depressed
21. go someplace alone to think about your feelings
22. think about how angry you are with yourself

NEGATIVE ANTAGELSER OM GRUBLING: NBRS

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 sett en ring rundt det nummeret som best beskriver ditt svar. Vennligst besvar alle utsagn.

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

© Costas Papageorgiou & Adrian Wells. Oversatt med tillatelse av forfatterne av Hans M Nordahl og Odin Hjemdal, NTNU

POSITIVE ANTAGELSER OM GRUBLING: PBRs

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 sett en ring rundt det nummeret som best beskriver ditt svar. Vennligst besvar alle utsagn.

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

Resilience skala for voksne

Vennligst angi hvordan du i løpet av den siste måneden har tenkt og følt om deg selv, og om betydningsfulle mennesker omkring deg. Vennligst kryss av i boksen som er nærmest det utsagnet som best beskriver deg.

(Utviklet av Odin Hjemdal & Oddgeir Friberg)

1. Når noe uforutsett skjer	<i>føler jeg meg ofte rådvill</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>finner jeg alltid en løsning</i>
2. Planene mine for fremtiden er	<i>vanskelige å gjennomføre</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>gjennomførbare</i>
3. Jeg trives best	<i>sammen med andre mennesker</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>for meg selv</i>
4. I familien min er forståelsen av hva som er viktig i livet	<i>ganske forskjellig</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>lik</i>
5. Personlige tema kan jeg	<i>ikke ta opp med noen</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>ta opp med venner/familie-medlemmer</i>
6. Jeg fungerer best når jeg	<i>har et mål å strekke meg mot</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>får ta en dag av gangen</i>
7. Mine personlige problemer	<i>vet jeg hvordan jeg kan løse</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>finner jeg ingen løsning på</i>
8. Jeg føler at fremtiden min	<i>ser lovende ut</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>er usikker</i>
9. Å kunne være fleksibel i sosiale sammenhenger	<i>er jeg mindre opptatt av</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>er viktig for meg</i>
10. Jeg trives	<i>svært godt i familien min</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>dårlig i familien min</i>
11. De som er flinke til å oppmuntre meg	<i>er noen nære venner/familie-medlemmer</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>finnes ikke</i>
12. Når jeg skal gjøre noe	<i>planlegger jeg sjelden og hopper bare i det</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>foretrekker jeg å ha en plan</i>
13. Mine vurderinger og avgjørelser	<i>tviler jeg ofte på</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>stoler jeg fullt ut på</i>
14. Målene mine	<i>vet jeg hvordan jeg skal nå</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>er jeg usikker på hvordan jeg skal nå</i>
15. Nye vennskap	<i>knytter jeg lett</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>har jeg vansker med å knytte</i>
16. Familien min preges av	<i>splittelser</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>godt samhold</i>
17. Samholdet mellom vennene mine	<i>er dårlig</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>er godt</i>

18. Jeg er flink til å	<i>organisere tiden min</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>rote bort tiden min</i>
19. Troen på meg selv	<i>får meg gjennom vanskelige perioder</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>hjelper meg lite i vanskelige perioder</i>
20. Målene mine for fremtiden er	<i>uklare</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>godt gjennomtenkte</i>
21. Å komme i kontakt med nye folk	<i>er vanskelig for meg</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>er jeg flink til</i>
22. I vanskelige perioder	<i>beholder familien min et positivt syn på fremtiden</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>ser familien min mørkt på fremtiden</i>
23. Når noen familiemedlemmer kommer i en krise	<i>får jeg raskt beskjed</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>får jeg sent beskjed</i>
24. Regler og faste rutiner	<i>mangler i hverdagen min</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>er en del av hverdagen min</i>
25. I motgang har jeg en tendens til	<i>å se mørkt på tingene</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>finne noe bra jeg kan vokse på</i>
26. Når jeg er sammen med andre	<i>sitter latteren min løst</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>sitter latteren langt inne</i>
27. Overfor andre mennesker, er vi i vår familie	<i>lite støttende overfor hverandre</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>lojale overfor hverandre</i>
28. Jeg får støtte fra	<i>venner/familiemedlemmer</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>ingen</i>
29. Hendelser i livet som jeg vanskelig kan gjøre noe med	<i>klarer jeg å innfinne meg med</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>er en stadig kilde til bekymring</i>
30. Å komme på gode samtaleemner synes jeg er	<i>vanskelig</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>enkelt</i>
31. I familien min liker vi å	<i>finne på fellesaktiviteter</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>gjøre ting hver for oss</i>
32. Når det trengs, har jeg	<i>aldri noen som kan hjelpe meg</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>alltid noen som kan hjelpe meg</i>
33. Mine nære venner/familiemedlemmer	<i>verdsetter egenskapene mine</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>misliker egenskapene mine</i>