

**Resiliens som prediktor for depressive symptomer:**

**En longitudinell studie av den prediktive verdien til beskyttende faktorer sett sammen med kognitive sårbarhetsfaktorer og stressende livshendelser**

PSYPRO 4100 Hovedoppgave

Line Marie Bang Pedersen

Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet

Vår 2013

## Forord

Denne studien er utført som en avsluttende del av min profesjonsutdanning i psykologi ved Norges Teknisk- Naturvitenskapelige Universitet. Datainnsamlingen til den aktuelle studien startet allerede våren 2012, og oppgaven ble skrevet våren 2013. Det har vært svært givende å forske på resiliens, ettersom dette representerer et relativt nytt forskningsfelt, og noe som jeg har spesielt stor interesse for. Jeg har i dette arbeidet fått anledning til å utvide min kunnskap omkring depresjon og resiliens ytterligere, temaer jeg anser som svært aktuelle i dagens psykologi. Jeg håper at resiliensforskningen vil fortsette å blomstre og slik gi viktige bidrag til vår forståelse av depresjon, og psykiske lidelser for øvrig.

Jeg vil benytte muligheten til å takke mine to veiledere Odin Hjemdal og Roger Hagen. Begge har vært utrolig gode medhjelpere i denne prosessen ved å gi kloke og konstruktive tilbakemeldinger på arbeidet mitt. Jeg vil rette en spesielt stor takk til Odin Hjemdal for å være tålmodig, støttende og alltid tilgjengelig med statistikkveiledning. Jeg vil også takke min mor Marit Bang Jensen, min bror Bendik Bang Pedersen og min kjære Runar Slettvoll for gode tilbakemeldinger og refleksjoner, og for alltid å være tilgjengelig for støtte og oppmuntring. Tusen takk.

*Line Marie Bang Pedersen*

*Trondheim, juni 2013*

## Innhold

Sammendrag.....	1
Innledning.....	2
Metode.....	7
Design.....	7
Utvalg.....	7
Måleinstrumenter.....	7
Statistiske analyser.....	9
Resultater.....	10
Diskusjon.....	12
Begrensninger ved studien.....	16
Konklusjon.....	17
Referanser.....	18
Tabell 1.....	28
Tabell 2.....	29
Tabell 3.....	30
Tabell 4.....	31
Appendix.....	32

## Sammendrag

Resiliens representerer et relativt nytt forskningsområde innen psykologien og det er holdepunkter for at en bedre forståelse av hvordan beskyttende faktorer virker inn på depressive symptomer kan fremme vår forståelse og behandling av depressive lidelser. Hensikten med denne longitudinelle studien var å undersøke betydningen av beskyttende faktorer som en prediktor for depressive symptomer etter å ha kontrollert for andre kjente sårbarhetsfaktorer ved depresjon.

Et utvalg respondenter (N=229) deltok i en online spørreundersøkelse som bestod av måleinstrumenter for vurdering av depressive symptomer (Beck Depression Inventory), dysfunksjonelle holdninger (Dysfunctional Attitude Scale), grubling (Ruminative Response Scale), metaantagelser om depressiv grubling (Negative Beliefs about Rumination Scale og Positive Beliefs about Rumination Scale), erfaring med stressende livshendelser (Life Event Scale), og beskyttende faktorer (The Resilience Scale for Adults). Respondentene fylte ut denne spørreskjemaundersøkelsen to ganger, med åtte måneders mellomrom.

Forholdet mellom prediktorene ble utforsket med korrelasjonsanalyser og multiple, hierarkiske regresjonsanalyser. Resultatene viste at beskyttende faktorer predikerte en betydelig mengde varians i depressive symptomer. Dette i motsetning til de andre sårbarhetsfaktorene, som predikerte ingen varians i depressive symptomer når man kontrollerer for det initiale nivået av depressive symptomer. Dette studiet indikerer støtte til RSA som et valid mål på beskyttelsesfaktorer knyttet til psykiske lidelser, og gir støtte til resiliens som et betydningsfullt konstrukt når det gjelder utvikling av depressive symptomer.

## Innledning

WHO har estimert at det på verdensbasis er rundt 350 millioner mennesker i dag som lider av depresjon. Forekomsten av depresjon øker globalt og lidelsen er den viktigste årsak til arbeidsudyktighet i verden (World Health Organization, 2012). Folkehelseinstituttet har anslått at livstidsprevalensen for lidelsen ligger på hele 8-17 % (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Det brukes årlig nærmere 1,5 milliarder NOK på behandling av pasienter med depresjon i Norge (Dalgard & Bøen, 2008) og den stadig økende pasientpopulasjonen med depressive symptomer fører med seg omfattende samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser.

Forskning på depressive lidelser har tradisjonelt hatt et stress-sårbarhets perspektiv hvor fokuset har vært risikofaktorer for utvikling av depresjon (Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen, & Stiles, 2011). Resiliens, med sitt fokus på beskyttelsesfaktorer mot psykopatologi, representerer derfor et relativt nytt forskningsfelt, som har vært langt mindre utforsket til tross for at forskningen på dette har gjort store fremskritt (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). En dypere forståelse av beskyttelsesfaktorer kan være en kompetansebyggende faktor for preventive tiltak mot depressive lidelser.

Teoretiske og empiriske bidrag til forståelsen av depresjon har gitt en solid støtte til en biopsykososial forståelsesmodell for depresjon. Kjernen i denne forståelsesmodellen består av konseptet psykologisk sårbarhet, som bestemmes av både risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer (Schotte, Bossche, De Doncker, Claes & Cosyns, 2006). Forskning har knyttet depresjon til en rekke ulike risikofaktorer. Blant annet har flere studier funnet evidens for at kognitiv stil kan gi en sårbarhet for utvikling av depressive symptomer (Alloy, Abramson, Walshaw & Neeren, 2006; Hankin, Abramson, Miller & Haeffel, 2004; Metalsky, Halberstadt & Abramson, 1987; Rude, Durham-Fowler, Baum, Rooney & Maestas, 2010; Zuroff, Igeja & Mongrain, 1990). Videre er flere neurotransmitter-systemer funnet å være involvert i utviklingen av depresjon (Halbreich & Lumley, 1993). Flere studier har funnet at depresjon i stor grad er en tilbakevendende lidelse (Belsher & Costello, 1988; Lewinsohn, Zeiss & Duncan, 1989; Lewinsohn, Hoberman & Rosenbaum, 1988; Maj, Veltro, Pirozzi, Lobraccio & Magliano, 1992), og at frekvensen av opplevde depressive episoder er en viktig prediktor for tilbakefall. Det ser også ut som at alvorlighetsgraden og antall depressive symptomer ved første depressive episode kan være relatert til tilbakefall (Bircusa & Lacono, 2007). Videre foreligger det en konsistent dokumentasjon av assosiasjonen mellom opplevde

stressende livshendelser og depressive symptomer (Bidzinska. 1984; Brown, Bifulco & Harris, 1987; Hammen, 2005; Hammen, Marks, Mayol & Deayo, 1985; Hjemdal et al., 2007; Kessler, 1997; Mazure, 1998; Risch et al., 2009; Waaktar, Borge, Fundingsrud, Christie & Torgersen, 2004).

De tre siste tiår er det kognitiv teori som har dominert fagfeltet knyttet til forståelse og behandling av depresjon, og studier av kognitiv atferdsterapi (KAT) for depresjon har gitt solide bidrag til forskningslitteraturen (Clark, Beck & Alford, 1999). Becks skjemateori baserer seg på antagelsen om at dysfunksjonelle og negative kognitive skjema styrer hvordan mennesker fortolker livshendelser, hvilket fører til en skjemakongruent kognisjon og opplevelse (Beck & Alford, 2009; Clark et al., 1999). Slike skjema blir ofte operasjonalisert som dysfunksjonelle holdninger til tilstrekkelighet, aksept og verdi (Clark et al., 1999). Videre kan fortolkningen av livshendelser resultere i spesifikke negative kognisjoner i form av negative automatiske tanker (Clark et al., 1999). Beck postulerer at deprimerte individer ofte har en forvrengt informasjonsprosessering som resulterer i et negativt syn på seg selv, fremtiden og verden, noe som ofte blir betegnet som den «kognitive triade» (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Behandlingsmetoden i KAT ved depresjon forsøker å endre dysfunksjonelle kognitive skjema ved å utforske og teste pasientens negative automatiske tanker og underliggende leveregler. Ønsket utfall av behandlingen er å gi pasienten innsikt i hvordan dysfunksjonelle, negative tanker kan påvirke følelser og atferd, og på denne måten endre pasientens kognitive skjema slik at negative tolkninger av livshendelser endres (Beck et al., 1979).

Skjemateorien har generert omfattende mengder av studier, hvor mesteparten av disse har fokusert på betydningen av dysfunksjonelle holdninger. Blant annet er det funnet at dysfunksjonelle holdninger predikerer depressive symptomer (Hankin, Abramson, Miller & Haeffel, 2004; Zuroff, Igraja & Mongrain, 1990), og utvikling av depressive episoder (Alloy, Abramson, Walshaw & Neeren, 2006; Rude, Durham-Fowler, Baum, Rooney & Maestas, 2010). Kognitiv terapi er en av de behandlingsformene som i dag er anbefalt i nasjonale retningslinjer for behandling av depresjon (Helsedirektoratet, 2009), og er dokumentert å være en av de mest effektive behandlingsformene ved denne lidelsen (Chambless, 1998; DeRubeis, Siegle & Hollon, 2008; Hollon & Dimidjan, 2009; Hollon, Stewart & Strunk, 2006). Sammenlignet med venteliste eller placebo gir KAT gode resultater, og bedre resultater enn ved medikamentell behandling (Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006). KAT ved depresjon har likevel vist begrensninger ved at det ikke kan vises til en like god

behandlingsmessig effekt på alle, samt at tilbakefall observeres med relativ høy frekvens (Roth & Fonagy, 2005). En studie fant at kun 30 % av pasienter som mottok KAT for alvorlig depresjon var helt friske etter 18 måneder (Shea et al., 1992). Problematikken rundt tilbakefall og manglende effekt av behandling kan antyde at en kognitiv-atferd terapeutisk forståelsesramme for depresjon kan være mangelfull.

En annen teoretisk tilnærming til forståelse av depressive lidelser er responsstilteorien til Nolen-Hoeksema (2004). Den knytter depresjon til individuelle forskjeller i reaksjonsmønster i møte med negative tanker og følelser, hvor depresjon karakteriseres ved individets tendens til å reagere på negative tanker og triste følelser med ruminering. Ruminering kan defineres som tenkning av repetitiv art, med fokus på ens depressive symptomer, på årsaken og meningen med depresjonen, og på de potensielt negative konsekvensene av det å være deprimert (Nolen-Hoeksema, 1991). Ruminering som en respons på negative tanker og følelser antas å kunne forsterke og forlenge depressive symptomer (Nolen-Hoeksema, 2004).

Responsstilteorien har generert en rekke studier, som blant annet indikerer at ruminering predikerer utvikling av depressive episoder, samt opprettholdelse og intensivering av depressive symptomer (Huffziger, Reinhard & Kuehner, 2009; Just & Alloy, 1997; Sarin, Abela & Auerbach, 2005). Støtte for ruminering som en prediktor for depressive symptomer er funnet både blant barn og tenåringer (Broderick & Korteland, 2004; Abela, Brozina & Haigh, 2001; Hankin, 2008) og hos studenter (Flynn, Kecmanovic, Alloy, 2010). Forskning har videre vist at ruminering kan mediere den prediktive verdien til ulike risikofaktorer for depresjon (Spasojevic & Alloy, 2001).

Den metakognitive teorien representerer en annen forklaringsmodell for depresjon, og i likhet med responsstilteorien legges det særlig vekt på grubling som en sentral prosess i utviklingen og opprettholdelsen av de depressive symptomer. I den metakognitive modellen relateres imidlertid grubling til to ulike typer tankeprosesser; positive metaantagelser og negative metaantagelser (Wells, 2009). Positive metaantagelser innebærer antagelser rundt nytteverdien av grubling, og anses som årsak til at grubling benyttes som strategi på tankemessige eller følelsesmessige triggere. De negative metaantagelser grupperes i to kategorier; antakelser om at grubling er skadelig og ukontrollerbart, og antagelser om sosiale konsekvenser av å gruble (Wells & Matthews, 2004). Wells (2009) postulerer at en tankestil som består av grubling og depressiv tenkning til sammen kan føre til uhensiktsmessige

mestringsstrategier hos pasienten, eksempelvis tilbaketrekning, økt grubling og negative følelser. Ved metakognitiv terapi for depresjon er fokuset derfor å redusere pasientens grubling. Dette gjøres ved å utfordre både de positive og de negative metaantagelsene til pasienten, og ved å forsterke nye planer for prosessering (Wells, 2009).

Det er utført relativt få studier knyttet til den metakognitive modellen for depresjon, men forskning har imidlertid dokumentert at deprimerede pasienter rapporterer en høyere forekomst av både positive og negative metaantagelser om grubling (Alfaraj, Spada, Nikčević, Puffett, & Meer, 2009; Papageorgiou & Wells, 2001a, 2003). Forskningsfunn viser også at positive metaantagelser aktiverer grubling som en mestringsrespons, og at grubling og grad av depressive symptomer medieres av negative metaantagelser (Papageorgiou & Wells, 2003). Videre er det funnet at metakognitiv terapi for depresjon ga signifikante bedringer i pasientenes depressive symptomer, ruminering og metakognitive antagelser (Wells et al., 2009). Disse forskningsfunnene baserer seg imidlertid på relativt små utvalg av pasienter, og for å avdekke gyldigheten ved den metakognitive modellen for depresjon er det behov for et mer omfattende empirisk grunnlag bestående av forskning på både pasienter og ikke-pasienter, samt på eventuell langtidseffekt av slik behandling.

Mens mye av den eksisterende forskningslitteraturen på psykiske lidelser har konsentrert seg om sårbarhet og risiko i forhold til psykopatologi, kan resiliens med sitt motsatte fokus knyttes til beskyttelse mot psykopatologi (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000). Resiliens er et vidt begrep som omfatter ulike dynamiske prosesser som opererer over tid, og kan defineres som beskyttende faktorer og mekanismer som til tross for erfaringer med stressorer, bidrar til et godt utfall. Beskyttende faktorer er ikke det motsatte av risikofaktorer, men kan heller defineres som mekanismer som modifierer en persons respons på en stressende hendelse (Rutter, 2000). Dette feltet representerer foreløpig ikke en helhetlig teori, men heller en samling empiriske funn. Det er fortsatt mange aspekter ved forskningen knyttet til resiliens som er lite utforsket (Hjemdal, 2007). Det er likevel holdepunkter for at dette forskningsfeltet kan gi viktige bidrag til forebygging og tidlig intervensjon ved depressive lidelser.

Målet med mye av resiliensforskningen har vært å identifisere spesifikke beskyttende faktorer som kan beskytte et individ i møte med stressende hendelser. Det er konsensus om å organisere disse beskyttelsesfaktorene i tre overordnede kategorier: positive personlige egenskaper, familiesamhold og et støttende miljø utenfor familien (Masten & Garmezy, 1985;



Rutter 1987; Werner & Smith, 2001). Forskning har vist at resiliens handler om mer enn kun fravær av sårbarhet for psykopatologi (Friborg, Hjemdal, Martinussen & Rosenvinge, 2009). Beskyttende faktorer kan moderere effekten av stressende hendelser (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge og Martinussen, 2006), fremme psykisk helse, samt forebygge utvikling av psykopatologi (Luthar et al., 2000; Rutter, 2000).

Det finnes holdepunkter for at resiliensforskningen kan gi et unikt bidrag til forståelsen av depressive lidelser. Studier har for eksempel vist at resiliens 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), at beskyttende faktorer kan moderere alvorlighetsgrad av depressive symptomer hos voksne (Wingo et al., 2010), samt predikere depresjonssymptomer tre måneder fremover i tid (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge & Martinussen, 2006). Videre er det også funn på at resiliens kan predikere skåren på et mål for håpløshet, selv etter å ha kontrollert for stressende livshendelser, humør og personlighet (Hjemdal, Friborg & Stiles, 2012).

Til tross for omfattende longitudinelle studier på resiliens og utvikling av psykopatologi (Christie & Doehlie, 2011; Waaktar, Christie, Borge & Torgersen, 2004; Werner & Smith, 1992), finnes det imidlertid lite forskning på resiliens som en prediktor for depressive symptomer, og da særlig sett i lys av andre mer teoretiske forklaringsmodeller for depresjon. Det er behov for flere studier på den prediktive verdien til ulike sårbarhetsfaktorer for depressive symptomer både blant pasienter og blant friske. Målet med denne longitudinelle studien er å undersøke hvorvidt resiliens i form av beskyttende faktorer kan predikere depressive symptomer i et friskt utvalg, etter å ha kontrollert for kjente sårbarhetsfaktorer som stressende livshendelser og kognitive og metakognitive faktorer. Videre søker studien å kartlegge hvilke av beskyttelsesfaktorene som i størst grad kan predikere varians i depressive symptomer. Mer spesifikt søker studien å besvare følgende problemstillinger:

1. Kan resiliens predikere varians i depressive symptomer utover den varians som kan tilskrives stressende livshendelser, dysfunksjonelle holdninger, ruminering og metaantagelser om grubling?
2. Kan visse resiliensfaktorer predikere varians i depressive symptomer bedre enn andre?

## Metode

### Design

Designet på studien var en longitudinell studie hvor data ble samlet ved tre tidspunkt, med en baseline og to nye datainnsamlinger med tre og åtte måneders mellomrom. I den aktuelle studien ble kun to måletidspunkt benyttet, baseline og etter åtte måneder. Data ble innhentet online ved hjelp av ulike standardiserte måleinstrumenter. Deltagerne som deltok ved begge datainnsamlinger ble informert om at de fikk være med i trekningen av et gavekort på 3000 kr, og 1000 kr dersom de kun deltok ved første datainnsamling. De ble også informert om frivillig deltagelse, konfidensialitet og anonymitet. Studien er godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt-Norge.

### Utvalg

Til sammen 243 personer deltok i studien på begge måletidspunktene. Deltagerne var mellom 18 og 40 år ( $M= 23,8$ ,  $SD= 3,6$ ) og de ble rekruttert til studien hovedsakelig gjennom e-post og sosiale medier. Av de 243 personene som deltok både ved tidspunkt én og to var det 14 personer som ikke hadde fullstendige svar, slik at dataanalysene derfor ble utført på et utvalg på 229 personer. Av disse var 182 (79 %) kvinner og 47 (21 %) menn.

### Måleinstrumenter

En beskrivelse av de ulike måleinstrumenter benyttet i denne studien følger nedenfor. Alle spørreskjema benyttet i denne studien er vedlagt i appendiks.

#### Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1979).

BDI er utarbeidet av Aaron T. Beck og er et selvrappoteringskjema med 21 spørsmål som kartlegger kognitive, affektive, atferdsmessige og somatiske komponenter ved depressive symptomer. Spørsmålene består av fire ulike utsagn om hvordan man har hatt det den siste uken. Totalskåren kan variere mellom 0 og 63, der høyere skåre tilsier større grad av depressive symptomer. BDI har vist seg å ha både en høy indre konsistens (Cronbachs alpha mellom .79-.95) og en veldokumentert validitet (Beck, Steer & Garbin, 1988).

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

DAS er basert på Becks skjemateori og måler dysfunksjonelle kognitive skjema. Skjemaet består av 40 ulike påstander som gjenspeiler forventninger til seg selv, andre og fremtiden. Påstandene er rangert på en 7-punkts likert skala fra «helt enig» (1) til «helt uenig» (7). Totalskåren kan variere mellom 40 og 280, og høy skåre tilsier større grad av

dysfunksjonelle kognitive skjema. DAS er funnet å ha gode psykometriske egenskaper, i form av en høy indre reliabilitet (Cronbachs alpha på .85), god konstrukt validitet og en god diskriminerende validitet (Chioqueta & Stiles, 2004).

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

RRS er et 22 ledds selvrapportskjema som måler grad av ruminering som respons på depressivt humør. Påstander rangeres på en firepunkts skala fra «nesten aldri» (1) til «nesten alltid» (4). Totalskåren kan variere mellom 22 og 88, hvor høyere skåre impliserer en høyere grad av ruminering. RRS har vist seg å ha god indre konsistens med en Cronbachs alpha på .89 (Luminet, 2004), og en tilfredsstillende test-retest reliabilitet ( $r = .47$ ).

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

NBRS er et 13-ledds selvrapportskjema som måler negative metaantagelser knyttet til depressiv ruminering. Skjemaet består av to subskalaer som måler ulike antagelser om ruminering. Faktor 1 (NBRS1) måler antagelser om skade og ukontrollerbarhet knyttet til ruminering. Den andre faktoren (NBRS2) måler antagelser om interpersonlige og sosiale konsekvenser av ruminering. Svar på hvert ledd indikeres på en firepunkts skala, fra «uenig» (1) til «veldig enig» (4). Skårene kan variere fra 13 til 52, hvor en høyere skåre tilsier høyere grad av negative antagelser om ruminering. Måleinstrumentets to subskalaer har vist seg å ha høy indre konsistens, med en Cronbachs alpha på .80 for NBRS1 og .83 for NBRS2. Det er videre blitt funnet tilfredsstillende test-retest reliabilitet over 12 ukers intervall, og NBRS har også vist seg å ha god konstrukt validitet og god samtidig kriterievaliditet (Luminet, 2004).

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

PBRS er et selvrapportskjema som måler positive metaantagelser om ruminering. Skjemaet består av 9 ledd og hvert spørsmål rangeres fra «uenig» til «veldig enig». Skårene kan variere mellom 9 og 36, hvor en høyere skåre indikerer høyere grad av positive antagelser om ruminering. Måleinstrumentet har vist både god test-retest reliabilitet ( $r = .85$ ), og høy indre konsistens med en Cronbachs alpha på .89 (Papageorgiou & Wells, 2001b). PBRS er også funnet å ha god konstrukt validitet og samtidig kriterievaliditet (Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz, & van Os, 2010).

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

LES måler frekvens av opplevde negative livshendelser. Skjemaet tar for seg 43 ulike livshendelser, blant annet «separasjon», «endringer i personlig økonomi» eller «skade eller sykdom». Det krysses av enten «ja» eller «nei» på om dette har hendt i løpet av livet, og i tillegg om dette har hendt den siste uken. Man kan få en skåre mellom 0 og 43, der en høyere skåre indikerer flere opplevde negative livshendelser. LES er funnet å være et robust måleinstrument når det gjelder identifisering av potensielt stressende livshendelser (Scully, Tosi & Banning, 2000).

#### The Resilience Scale for Adults (RSA; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen 2003).

RSA er et selvrapportskjema som måler beskyttende faktorer assosiert med resiliens hos voksne, fordelt på seks ulike faktorer. Disse er Selvpersepsjon, Planlagt fremtid, Sosial kompetanse, Strukturert stil, Familiesamhold og Sosiale ressurser. Denne seksfaktorløsningen er blitt replisert med bekreftende faktoranalyse (Hjemdal et al., 2006). I denne studien ble det brukt en 33-ledds utgave av RSA med en syv-punkts differensial skala til hvert ledd. Skalaen var semantisk differensiert med en positiv ordlegging på den ene siden av skalaen, og en negativ ordlegging på den andre siden av skalaen. Annethvert ledd har den positive ordleggingen på venstre side, mens det motsatte gjelder for de resterende. Den totale sumskåren kan variere mellom 33 og 231, hvor en høyere skåre indikerer en høyere grad av beskyttende ressurser knyttet til resiliens. RSA er funnet å ha høy indre reliabilitet, konstrukt validitet og diskriminerende validitet (Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal, 2005; Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003; Hjemdal et al., 2006).

#### **Statistiske analyser**

Alle statistiske analyser ble utført ved bruk av det statistiske analyseprogrammet SPSS, versjon 20. Deskriptiv statistikk ble benyttet for å kartlegge karakteristika ved utvalget. For å undersøke de ulike måleinstrumentenes indre reliabilitet ble det foretatt en reliabilitetsanalyse ved hjelp av Cronbachs alpha. Videre ble det foretatt en bivariat korrelasjonsanalyse for å kartlegge samvariasjonen mellom de ulike måleinstrumentene, og for å avdekke en eventuell multikolinearitet. For å kartlegge hvilke faktorer som best kunne predikere varians i depressive symptomer ble det utført flere multiple, hierarkiske regresjonsanalyser. Disse ble utført for å undersøke hovedeffekter av RSA-totalskåre og RSA-faktorskårer. Analysene ble utført på data fra baseline og etter åtte måneder.

## Resultater

Gjennomsnitt, standardavvik og den indre reliabiliteten for de ulike måleinstrumentene er presentert i tabell 1. Alle måleinstrumentene har en tilfredsstillende indre reliabilitet målt ved Cronbachs alpha. RRS og PBRS har begge høy indre reliabilitet, med en Cronbach's alpha på henholdsvis .92 og .91. Dette kan tyde på at noen av leddene i RRS og PBRS målte det samme konstrukt for dette utvalget.

Tabell 1 her

Tabell 2 viser korrelasjoner relatert til de ulike måleinstrumentene. RSA-totalskåre og samtlige RSA-faktorer viser i hovedsak negative korrelasjoner med BDI, DAS, RRS, NBRS og PBRS. RSA-totalskåre samt RSA-faktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon viser en høy negativ korrelasjon med BDI. De resterende RSA-faktorene viser middels høye negative korrelasjoner med BDI. Som forventet korrelerer de ulike RSA-faktorene positivt med hverandre, og korrelasjonene varierer fra  $r = .11$  til  $r = .73$ . Den store variasjonen i korrelasjonene mellom RSA-faktorene kan tyde på at RSA-faktorene ikke måler det samme. LES viser i hovedsak svake negative korrelasjoner til samtlige måleinstrumenter og RSA-faktorer. Ingen av korrelasjonene oversteg .70, og det er derfor ikke grunnlag for å anta at multikolaritet kan være et problem i denne studien. En Durbin-Watson test ble utført for å kartlegge for autokorrelasjon mellom testleddene. For dette utvalget ble skåren på Durbin-Watson testen 1.96, hvilket betyr at feilleddene som forventet har en svak negativ autokorrelasjon.

Tabell 2 her

For å undersøke hvorvidt RSA-totalskåre kunne predikere varians i BDI etter å ha kontrollert for alder, kjønn, stressende livshendelser og kognitive sårbarhetsfaktorer, ble det utført en multippel hierarkisk regresjonsanalyse hvor BDI (tidspunkt 2) ble brukt som avhengig variabel. Av uavhengige variabler ble kjønn inkludert i analysen i steg 1, etterfulgt av alder i steg 2, BDI (tidspunkt 1) i steg 3, LES i steg 4, DAS i steg 5, RRS i steg 6, NBRS i steg 7 og PBRS i steg 8. RSA-totalskåre ble tilslutt entret i modellen i steg 9.

Tabell 3 her

Tabell 3 viser at BDI (tidspunkt 1) og RSA-totalskåre er signifikante prediktorer for BDI (tidspunkt 2). Kjønn, alder, LES, DAS, RRS NBRS og PBRS gir derimot ikke et

signifikant bidrag til modellen og predikerer ingenting av variansen i BDI (tidspunkt 2), med unntak av alder som kun predikerer 1 % av variansen. BDI (tidspunkt 1) predikerer hele 45 % av variansen i BDI (tidspunkt 2), og er dermed den sterkeste prediktoren for depressive symptomer for dette utvalget. Videre predikerer RSA-totalskåre 9 % av variansen i BDI (tidspunkt 2). RSA-totalskåren har et negativt forhold til BDI (tidspunkt 2), hvilket betyr at en høyere skåre på RSA-totalskåre predikerer en lavere BDI skåre.

Ytterligere seks multiple hierarkiske regresjonsanalyser ble utført for å kartlegge i hvilken grad hver av de ulike RSA-faktorene kunne predikere varians i depressive symptomer på tidspunkt 2. Analysene ble utført på tilsvarende måte som forklart ovenfor med unntak av steg 9 der hver enkelt RSA-faktor ble entret separat i hver sin analyse for å undersøke hver faktors prediktive verdi. Som tabell 3 viser, er alle RSA-faktorene signifikante prediktorer for varians i BDI (tidspunkt 2). RSA-faktorene Selvpersepsjon og Planlagt fremtid predikerer henholdsvis hele 7 % og 8 % av variansen i BDI (tidspunkt 2). RSA-faktorene «Sosial kompetanse» og «Sosiale ressurser» predikerer hver 3 % av variansen i BDI (tidspunkt 2), mens RSA-faktorene «Strukturert stil» og «Familiesamhold» kun predikerer henholdsvis 2 % og 1 % av variansen. Alle RSA-faktorene har et negativt forhold til BDI (tidspunkt 2), slik at en høyere skåre på RSA-faktorene predikerer en lavere skåre på BDI.

Enda en multipel hierarkisk regresjonsanalyse ble utført for ytterligere å kartlegge hver av RSA-faktorenes prediktive verdi. Analysen ble utført på tilsvarende måte som de foregående med kun ett unntak. I steg 9 ble samtlige seks RSA-faktorer entret i modellen simultant for å identifisere det unike bidraget til hver enkelt RSA-faktor.

#### Tabell 4 her

Som vist i Tabell 4 indikerer analysen funn tilsvarende funn fra de foregående analysene. BDI (tidspunkt 1) predikerer hele 44 % av variansen i BDI (tidspunkt 2) og er den eneste prediktoren som signifikant bidrar til å predikere varians i BDI (tidspunkt 2), med unntak av RSA. De resterende faktorene predikerer ikke signifikant varians i BDI (tidspunkt 2), med unntak av alder som også her kun predikerer 1 % av variansen i BDI (tidspunkt 2). Ved å entre RSA-faktorene simultant i modellen bidrar de sammen til å predikere hele 12 % av variansen i BDI (tidspunkt 2). To av RSA-faktorene bidro signifikant i å predikere unik varians i BDI (tidspunkt 2). Disse var Selvpersepsjon og Planlagt fremtid (henholdsvis  $t = -2.23, p < .05$  og  $t = -2.50, p < .05$ ). Igjen hadde disse RSA-faktorene et negativt forhold til BDI

(tidspunkt 2), slik at en høyere skåre på RSA-faktorene indikerer en lavere skåre på BDI skåre.

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke den prediktive verdien til beskyttende faktorer for depressive symptomer, opp i mot mål på kognitive sårbarhetsfaktorer og stressende livshendelser. Hovedfunnet fra studien tyder på at resiliens kan predikere varians i depressive symptomer i betydelig større grad enn kognitive sårbarhetsfaktorer og stressende livshendelser. Resiliens viste seg å være den eneste signifikante prediktoren for depressive symptomer på tidspunkt 2, med unntak av BDI (tidspunkt 1). Planlagt fremtid og Selvpersepsjon var de av RSA-faktorene som predikerte størst andel av variansen i BDI (tidspunkt 2), i tillegg til å forklare unik varians, noe som kan indikere at særlig disse faktorene er betydningsfulle ved en depressiv symptomatologi.

RSA-totalskåren predikerte 9 % av variansen i depressive symptomer da RSA-totalskåre ble entret sist i den hierarkiske regresjonsmodellen, og hele 12 % da alle RSA-faktorene ble entret samtidig i siste steg. Dette er et betydelig bidrag, spesielt ettersom RSA ble undersøkt etter å ha tatt høyde for sentrale og veletablerte sårbarhetsfaktorer ved depressiv symptomatologi. Denne tilnærmingen tillot en stringent test på beskyttelsesfaktorers unike bidrag i å forstå utvikling av depressive symptomer utover bidrag som kan tilskrives kjente sårbarhetsfaktorer. Funnene viser at RSA fanger opp sentrale faktorer viktige for utvikling og opprettholdelse av depressive symptomer som ikke dekkes av andre og mer etablerte forståelsesmodeller. Dette til tross for at RSA relaterer seg til psykisk lidelse generelt, og ikke primært til depresjon. Beskyttende faktorer er imidlertid antatt å være mer stabile over tid enn visse psykiatriske symptomer, og kan i noen tilfeller være bedre prediktorer for fremtidig fungering og eventuelle tilbakefall hos pasienter (Friborg et al., 2003).

Beskyttende faktorer er vist å fremme psykisk helse og forebygge utvikling av psykopatologi (Luthar et al., 2000; Rutter, 2000), og funn fra ulike studier kan tale for å inkludere resiliensbegrepet i programmer rettet mot både behandling og forebygging av psykiske lidelser (Hjemdal et al., 2012; Friborg et al., 2003). Når det gjelder forskning på resiliens og depresjon, har flere prospektive studier funnet at resiliens er assosiert med og kan predikere depresjonssymptomer både hos ungdom (Dumont & Provost, 1999; Hjemdal et al., 2007; Hjemdal et al., 2011; Skrove et al., 2012) og hos voksne (Wingo et al., 2010; Hjemdal

et al., 2006). Funnene fra denne studien støtter tidligere forskning og kan tyde på at resiliens som et generelt begrep knyttet til beskyttelse mot psykopatologi (Luthar et al., 2000) er særlig relevant i forhold til depresjon. Hjemdal et al (2012) fant at beskyttende faktorer forklarte variasjon i håpløshet utover variasjon som kan tilskrives stressende livshendelser, depressiv symptomatologi og personlighet. Håpløshet kan defineres som en generalisert negativ forventning til fremtiden (Beck, Weissman, Lester & Trexler, 1974), noe som ofte er prominent ved en depressiv symptomatologi (Beck et al., 1979). Samlet sett gir alle studier beskrevet ovenfor i tillegg til funnene fra den aktuelle studien, støtte til resiliens som et betydningsfullt konsept for forståelse av depresjon og depressive symptomer. Dette peker mot at resiliens kan gi et synergisk bidrag til forståelse og behandling av depressive lidelser.

Som forventet viste funnene at depressive symptomer var den viktigste prediktoren for depressive symptomer. BDI (tidspunkt 1) predikerte omtrent halvparten av variansen i BDI (tidspunkt 2), hvilket er i samsvar med tidligere funn på at depresjon i stor grad er en tilbakevendende lidelse (Belsher & Costello, 1988; Burcusa & Lacono, 2007; Judd, 1997; Lewinsohn et al., 1989; Maj et al., 1992). Funnene fra studien knyttet til de ulike sårbarhetsfaktorene viste derimot at dysfunksjonelle holdninger, ruminering, og metaantagelser om grubling ikke viste noen prediksjonsverdi i forhold til å forklare varians i depressive symptomer på tidspunkt 2. Dette til tross for at måleinstrumentene brukt i denne undersøkelsen er relatert til veletablerte tilnærminger for forståelse og behandling av depresjon. Dette er imidlertid ikke i samsvar med tidligere forskning som har funnet evidens for både dysfunksjonelle holdninger og ruminering som signifikante prediktorer for depressive symptomer (Flynn et al., 2010; Hankin et al., 2004; Huffziger et al., 2009; Just & Alloy, 1997; Sarin et al., 2005; Zuroff et al., 1990), til tross for at disse studier også kontrollerte for depressive symptomer.

En forklaring på funnene kan muligens knyttes til karakteristika ved studiens design. En tverrsnittstudie som undersøkte hvorvidt stressende livshendelser og resiliens kunne forklare varians i depressive skårer fant at stressende livshendelser signifikant kunne forklare varians i depressive skårer hos ungdom (Hjemdal et al., 2007). Videre fant flere hovedoppgaver med tverrsnittdesign og bruk av samme utvalgspopulasjon og måleinstrumenter som i den aktuelle studien at stressende livshendelser, dysfunksjonelle holdninger, ruminering, samt negative metaantagelser om grubling signifikant forklarte varians i depressive symptomer (Nersveen, 2012; Tråsdahl, 2012; Tveit & Bakken, 2012). Ovennevnte tverrsnittstudier kontrollerte imidlertid ikke for depressive symptomer, noe som



kan ha påvirket funnene. En plausibel forklaring på funnene i den aktuelle studien kan derfor være at ettersom BDI ble entret i modellen før de kjente sårbarhetsfaktorene kan dette ha bidratt til at de andre sårbarhetsfaktorene ble mindre betydningsfulle. Det kan også virke som at et longitudinelt design kan generere svært annerledes funn enn tverrsnittstudier til tross for bruk av de samme måleinstrumenter, samt samme utvalgspopulasjon.

En annen mulig forklaring på funnene kan være at kognitive sårbarhetsfaktorer er mer sentrale når det gjelder behandling av depresjon enn når det gjelder prediksjon av depressive symptomer. En rekke studier har funnet evidens for nytten av psykologisk behandling basert på kognitiv teori og metakognitiv teori (Butler et al., 2006; Chambless, 1998; DeRubeis et al., 2008; Hollon et al., 2006; Hollon & Dimidjan, 2009; Wells et al., 2009). Likevel finnes det få studier som har funnet evidens for kognitive sårbarhetsfaktorerers prediktive verdi for utvikling av depressive symptomer. Funnene fra denne studien peker mot at beskyttelsesfaktorer er mer sentrale enn kognitive sårbarhetsfaktorer når det gjelder prediksjon av depressive symptomer i et friskt utvalg.

Til tross for at stressende livshendelser (LES) ikke predikerte noe av variansen i depressive symptomer for dette utvalget, har en rekke studier dokumentert en assosiasjon mellom opplevde stressende livshendelser og depressive symptomer (Bidzinska. 1984; Brown et al., 1987; Hammen, 2005; Hammen, Marks, Mayol & Deayo, 1985; Hjemdal et al., 2007; Kessler, 1997; Mazure, 1998; Risch et al., 2009; Waaktar, Borge, Fundingsrud, Christie & Torgersen, 2004). Det kan være ulike årsaker til dette resultatet. En mulig forklaring kan knyttes til karakteristika ved LES skjemaet ettersom det måler frekvens av opplevde stressende livshendelser, men ikke hvordan disse blir subjektivt opplevd (Kessler, 1997; Mazure, 1998). En annen mulig årsak kan være at LES inneholder et utvalg stressende livshendelser som ikke er representativt for dette utvalget ettersom arbeid, ekteskapelige forhold og økonomiske vansker kanskje ikke er blant de vanligste livshendelser for personer mellom 18 og 40 år. Livshendelser relatert til studier, vennskap og kjæresteforhold dekkes ikke i LES, men kan tenkes å ha større betydning for det aktuelle utvalget. Opplevde stressende livshendelser kan også ha skjedd så langt tilbake i tid at det ikke lenger foreligger noen betydningsfull sammenheng mellom hendelsen og grad av depressive symptomer på det tidspunktet da undersøkelsen ble gjennomført. Motsatt kan målene være såpass samtidige at symptomer ikke er utviklet enda.

For å belyse problemstillingen vedrørende de ulike RSA-faktorenes evne til å predikere varians i depressive symptomer, ble det foretatt seks separate hierarkiske regresjonsanalyser der hver RSA-faktor ble entret sist i modellen. Alle RSA-faktorene predikerte et signifikant bidrag i varians i depressive symptomer. RSA-faktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon predikerte henholdsvis hele 8 % og 7 % av variansen i depressive symptomer, i tillegg til at de forklarte unik varians i depressive symptomer når alle RSA-faktorene ble entret i modellen samtidig. Dette er betydelige bidrag, spesielt med tanke på at RSA-faktoren Planlagt fremtid kun består av fire ledd. Planlagt fremtid måler positivt syn på fremtiden og består av ledd som måler målorientering og evne til å planlegge, mens Selvpersepsjon består av ledd som måler tro på seg selv, egne vurderinger og at en finner løsninger på problemer, samt tendens til bekymring (Hjemdal et al., 2012). Funnet om at en høy skåre på RSA-faktoren Planlagt fremtid predikerer en lav depresjonsskåre er i samsvar med Becks postulat om at et negativt syn på fremtiden er en sentral del av depresjonskonstruktet. Faktoren Planlagt fremtid er funnet å måle evne til å motstå motgang og individer med slike egenskaper har blitt funnet å være resiliente (Walsh, 2003; Werner & Smith, 2001).

Disse funnene er støttet ytterligere av tidligere forskning. En studie fant blant annet at RSA-faktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon forklarte unik varians i håpløshet (Hjemdal et al., 2012), et konstrukt som er nært relatert til depresjon. Denne studien fant at Planlagt fremtid var den sterkeste prediktor for håpløshet. Flere studier på resiliens har videre funnet evidens for at de intrapersonlige RSA-faktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon generelt korrelerer sterkere med indikasjoner på en dårligere psykisk helse enn de resterende RSA-faktorene (Friborg et al., 2005; Friborg et al., 2003; Hjemdal et al., 2006), noe funnene fra denne studien også indikerer. En studie på sammenhengen mellom resiliens og personlighet ga ytterligere støtte til RSA-faktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon som særlig sentrale beskyttelsesfaktorer. Både Selvpersepsjon og Planlagt fremtid korrelerte høyt med personlighetstrekket emosjonell stabilitet, og Planlagt fremtid syntes å representere en blanding av de to personlighetsfaktorene Emosjonell stabilitet og Samvittighetsfullhet (Friborg et al., 2005), to faktorer assosiert med lavere risiko for depresjon (Malouff, Thorsteinsson & Schutte, 2005). Samlet sett kan dette peke mot at de intrapersonlige RSA-faktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon er særlig sentrale ved utvikling av depressive symptomer. I kliniske intervensjoner kan det være viktig å fokusere på å fremme disse to beskyttelsesfaktorene. Dette kan gjøres ved å styrke pasientens evne til å sette seg realistiske

mål for framtiden og å evaluere hvilken atferd som er i overensstemmelse med disse målene (Hjemdal et al., 2012). Dette bør gjøres på en måte som fremmer pasientens tro på seg selv og egne vurderinger i forhold til planlegging. Ved å fokusere på pasientens beskyttende ressurser kan en i kliniske intervensjoner bidra til å fremme selvstendighet og tilpasning hos pasienten (Friborg et al., 2003).

RSA-faktorene Sosial kompetanse, Strukturert stil, Familiesamhold og Sosiale ressurser predikerte et signifikant, dog lite bidrag i forhold til å forklare variansen i depressive symptomer. Sosial kompetanse og Sosiale ressurser predikerte hver 3 % av variansen i depressive symptomer, mens Strukturert stil og Familiesamhold kun predikerte henholdsvis 2 % og 1 % av variansen. Ingen av disse faktorene forklarte unik varians. Ettersom RSA-faktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon predikerte henholdsvis hele 8 % og 7 % av variansen i depressive symptomer er dette betydelige bidrag sammenlignet med de resterende RSA-faktorene. Dette tyder på at Planlagt fremtid og Selvpersepsjon er spesielt sentrale når det gjelder prediksjon av depressive symptomer for dette utvalget.

### **Begrensninger ved studien**

Til tross for at denne studien var av et longitudinelt design, har den en del begrensninger når det gjelder utvalget som har blitt brukt. For det første er utvalgsstørrelsen (N = 229) moderat, og et større utvalg hadde vært ønskelig. Videre var utvalget i stor grad dominert av kvinnelige respondenter. Forskning har vist at depresjon er mer vanlig hos kvinner enn hos menn (Piccinelli & Wilkinson, 2000), og et utvalg med skjev kjønnsfordeling vil kunne gjøre funnene mindre generaliserbare til populasjonen for øvrig.

I tillegg bestod utvalget hovedsakelig av unge og friske studenter, noe som medførte en lav gjennomsnittskåre på BDI og på måleinstrumentene for kognitive sårbarhetsfaktorer. Dette kan bidra til å gjøre resultatene mindre generaliserbare til andre utvalg, for eksempel utvalg med høyere grad av depressive symptomer. En mulig forklaring på funnene er at prediktorene oppfører seg forskjellig i et friskt utvalg sammenlignet med et utvalg med større symptomtrykk. Imidlertid har tidligere studier funnet sammenliknbare resultater både hos friske personer (Hjemdal et al., 2006; Hjemdal et al., 2011; Hjemdal et al., 2012), og hos personer med ulike psykiske lidelser (Friborg et al., 2003). Nye studier med kliniske utvalg er nødvendig for å kartlegge den prediktive verdien til beskyttelsesfaktorer sett sammen med kognitive sårbarhetsfaktorer og stressende livshendelser blant pasienter.

Videre var en betydelig andel av respondentene i studien psykologistudenter med kjennskap til måleinstrumentene benyttet i denne studien, noe som kan ha påvirket deres rapportering. Det er også slik at bruk av en studentpopulasjon kan begrense generaliserbarheten av punkttestimatene, men dette er dog ikke forventet å forskyve de observerte korrelasjonene mellom konstruktene i dette studiet. En annen begrensende faktor er at studien baserer seg på selvrappoteringskjemaer. Dette kan redusere resultatenes validitet ved at svarene preges av sosial ønskverdighet (Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986). Disse begrensningene kan til sammen redusere generaliserbarheten av funnene til andre utvalg og til populasjonen for øvrig.

## **Konklusjon**

Til tross for begrensninger ved denne studien gir data støtte til resiliens som et betydningsfullt konstrukt for utvikling av depressive symptomer. Videre indikerer funnene betydningen av beskyttelsesfaktorene Planlagt fremtid og Selvpersepsjon som viktige, og taler for at et fokus på disse beskyttelsesfaktorene kan være hensiktsmessig både ved forebygging og behandling av depresjon. Funnene gir i hovedsak svært god støtte til resiliens som et viktig konstrukt ved depressiv symptomatologi, og peker mot viktigheten av å ta høyde for både sårbarhetsfaktorer og beskyttelsesfaktorer i forskning på depressive lidelser. Med en økende pasientpopulasjon med depressive symptomer, blir det stadig viktigere å finne gode forståelsesmodeller for å kunne utvikle gode programmer for forebygging og behandling av denne lidelsen. Ettersom resiliensbegrepet representerer et relativt nytt og lite utforsket område innenfor forskning innen utvikling av psykopatologi, anbefales det imidlertid mer forskning for å klargjøre funksjon og virkningsområder til de ulike RSA-faktorene, samt å utforske deres sammenheng med depressive lidelser.

## Referanser

- Abela, J. R., Brozina, K., & Haigh, E. P. (2002). An examination of the response styles theory of depression in third-and seventh-grade children: A short-term longitudinal study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *30*(5), 515-527. doi: 0091-0627/02/1000-0515/0
- Alfaraj, A. M., 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., 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. doi: 10.1521/jscp.2006.25.7.726
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. The Guilford 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
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, *42*(6), 861-865.
- Belsher, G. & Costello, C. G (1988). Relapse After Recovery From Unipolar Depression: A Critical Review. *Psychological Bulletin*, *104*(1), 84-96.
- Bidzi, E. J. (1984). Stress factors in affective diseases. *The British Journal of Psychiatry*, *144*(2), 161-166. doi: 10.1192/bjp.144.2.161
- Broderick, P. C., & Korteland, C. (2004). A prospective study of rumination and depression in early adolescence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *9*(3), 383-394. doi: 10.1177/1359104504043920

- Brown, G. W., Bifulco, A., & Harris, T. O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *The British Journal of Psychiatry*, *150*(1), 30-42. doi: 10.1192/bjp.150.1.30
- Burcusa, S. L., & Lacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, *27*(8), 956-985. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17-21. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... & Woody, S. R. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *Clinical Psychologist*, *51*(1), 3-16.
- 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
- Christie, H. J., & Doehlie, E. (2011). Enhancing quality interaction between caregivers and children at risk: The International Child Development Programme (ICDP). *Evolving trends in the field of trauma; Developmental and neurobiological contributions to the understanding of complex trauma*, 74.
- 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.
- Dalgard, O. S., Bøen, H. (2008). *Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettede metoder* (Folkehelseinstituttet, Rapport 1/2008). Hentet fra <http://www.fhi.no/dav/790098721f.pdf>
- 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. doi:10.1038/nrn2345
- 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. B. (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
- Halbreich, U. & Lumley, L. A. (1993). The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance. *Journal of Affective Disorders*, 29(2-3), 159-173. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(93\)90030-N](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(93)90030-N)
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938
- Hammen, C., Marks, T., Mayol, A., & DeMayo, R. (1985). Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(3), 308.
- Hankin, B. L. (2008). Rumination and depression in adolescence: Investigating symptom specificity in a multiwave prospective study. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 701-713. doi: 10.1080/15374410802359627
- Hankin, B. L., Abramson, L. Y., Miller, N., & Haeffel, G. J. (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: 0147-5916/04/0600-0309/0

Helsedirektoratet. (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonale-retningslinjer-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primær--og-spesialisthelsetjenesten/Sider/default.aspx>

Hjemdal, O. (2007). Measuring protective factors: The development of two resilience scales in Norway. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 16(2), 303-321.

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, R., & 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. *Handbook of depression*, 586-603.

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: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
- 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.
- 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
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H. M., & Rosenbaum, M. (1988). A prospective study of risk factors for unipolar depression. *Journal of abnormal psychology, 97*(3), 251.
- Lewinsohn, P. M., Zeiss, A. M., & Duncan, M. D. (1989). Probability of Relapse After Recovery From an Episode of Depression. *Journal of Abnormal Psychology, 98*(2), 107-116.
- 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
- Maj, M., Veltro, F., Pirozzi, R., Lobraccio, S., & Magliano, L. (1992). Pattern of recurrence of illness after recovery from an episode of major depression: a prospective study. *The American journal of psychiatry, 149*(6), 795.
- 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. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y

- Masten, A. S., & Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. *Advances in clinical child psychology*, 8, 1-52. Springer US.
- 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
- Metalsky, G. I., Halberstadt, L. J., Abramson, L. Y. (1987). Vulnerability to Depressive Mood Reactions; Toward a More Powerful Test of the Diathesis-Stress and and Causal Mediation Components of the Reformulated Theory of Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(2), 386-393. doi: 0022-3514/87/\$00."5
- 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>
- Nersveen, M. (2012). Kognitive og metakognitive faktorer for utvikling og vedlikeholdelse av depressive symptomer: En tverrsnittsundersøkelse. Hovedoppgave, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, NTNU.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (4), 569-582. doi: 10.1037/0021-843X.100.4.569
- 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
- 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
- Risch, N. Herrell, R., Lehner, T., Liang, K., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J., & Merikangas, K. R. (2009). Interaction Between The Serotonin Transporter Gene (5-HTTLPR), Stressful Life Events, and Risk of Depression. A Meta-Analysis. *The Journal of the American Medical Association*, 301(23), 2462-2471. doi: 10.1001/jama.2009.878
- 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. S., Durham-Fowler, J. A., Baum, E. S., Rooney, S. B., & Maestas, K. I. (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.
- 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

- Schotte, C. K. W., Bossche, B. V. D., De Doncker, D., Claes, S., & Cosyns, P. (2006). A biopsychosocial model as a guide for psychoeducation and treatment of depression. *Depression and Anxiety, 23*, 312–324. doi: 10.1002/da.20177
- Scully, J. A., Tosi, H., & Banning, T. (2000). Life Event Checklists: Revisiting the Social Readjustment Rating Scale after 30 years. *Educational and Psychological Measurement, 60* (6), 864-876. doi: 10.1177/00131640021970952
- Shea, T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T., Parloff, M. B. (1992). Course of Depressive Symptoms Over Follow-up. Findings From the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry, 49*(10), 782-787. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820100026006.
- 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
- Spasojević, J., & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion, 1*(1), 25. doi: 10.1037//1528-3542.1.1.25
- 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
- Tråsdahl, B. (2012). Effekten av beskyttende faktorer, kognitive sårbarhetsfaktorer og stressende livshendelser på depressive symptomer. Hovedoppgave, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, NTNU.
- Tveit, A. & Bakken, S. (2012). Kan grunnleggende levereregler eller antagelser om grubling best predikere depressive symptomer? Hovedoppgave, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, NTNU.
- Zuroff, D. C., 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: 0147-

5916/90/0600~0315506.00/

- Waaktar, T., Borge, A. I. H., Fundingsrud, H. P., Christie, H. J., & Torgersen, S. (2004). The role of stressful life events in the development of depressive symptoms in adolescence- a longitudinal community study. *Journal of Adolescence*, 27(2), 153-163. <http://dx.doi.org/10.1016/j.adolescence.2003.09.006>
- Waaktaar, T., Christie, H. J., Borge, A. I. H., & Torgersen, S. (2004). How can young people's resilience be enhanced? Experiences from a clinical intervention project. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9(2), 167-183. doi: 10.1177/1359104504041917
- 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
- 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., & Smith, R. S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Cornell University Press.
- 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

Tabell 1

Gjennomsnitt, standardavvik og Cronbach's alpha for de ulike måleinstrumentene (N= 229)

Variabel	M	SD	Cronbach's alpha
BDI	7,34	6,56	,86
BDI tidspunkt 3	6,04	6,36	,86
LES	58,82	5,75	,85
DAS	120,38	30,39	,81
RRS	38,13	11,78	,92
NBRS	17,91	4,70	,82
PBRS	17,20	5,70	,91
RSA Totalskåre	5,17	0,83	,90
9 RSA Planlagt fremtid	5,26	1,25	,85
10 RSA Sosial kompetanse	5,08	1,04	,75
11 RSA Strukturert stil	4,82	1,07	,59
12 RSA Familiesamhold	5,10	1,30	,80
13 RSA Sosiale ressurser	5,97	0,90	,82
14 RSA Selvpersepsjon	4,69	1,20	,84

*Note.* BDI = Beck Depression Inventory, ATQ = Automatic Thought Questionnaire, LES = Life Event Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.

Tabell 2

Korrelasjoner relatert til de ulike måleinstrumentene (N= 229)

Dimensjon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 BDI tidspunkt 1	-													
2 BDI tidspunkt 2	,67***	-												
3 LES	-,35	-,01	-											
4 DAS	,55***	,43***	-,09	-										
5 RRS	,58***	,42***	-,09	,49***	-									
6 NBRS	,60***	,46***	-,03	,50***	,62***	-								
7 PBRS	,38***	,28***	-,08	,35***	,46***	,38***	-							
8 RSA Totalskåre	-,59***	-,66***	-,01	-,52***	-,50***	-,54***	-,23***	-						
9 RSA Planlagt fremtid	-,50***	-,61***	,04	-,41***	-,40***	-,45***	-,26***	,78***	-					
10 RSA Sosial kompetanse	-,38***	-,47***	-,05	-,35***	-,30***	-,41***	-,13*	,74***	,48***	-				
11 RSA Strukturert stil	-,35***	-,39***	-,06	-,22***	-,36***	-,33***	-,27	,52***	,55***	,33***	-			
12 RSA Familiesamhold	-,28***	-,35***	-,08	-,30***	-,27***	-,27***	-,04	,69***	,29***	,29***	,11	-		
13 RSA Sosiale ressurser	-,42***	-,47***	-,07	-,39***	-,32***	-,32***	-,15**	,82***	,48***	,54***	,28***	,66***	-	
14 RSA Selvpersepsjon	-,56***	-,62***	,13*	-,60***	-,49***	-,49***	-,24***	,82***	,73***	,57***	,33***	,38***	,53***	-

Note. \*p < .05, \*\* p < .01, \*\*\* p < .001. BDI = Beck Depression Inventory, ATQ = Automatic Thought Questionnaire, LES = Life Event Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.



Tabell 3

*Depressive symptomer (BDI) predikert av stressende livshendelser, kognitive og metakognitive sårbarhetsfaktorer, og resiliens (N=229)*

Steg	FCha	R <sup>2</sup> Cha	β	t
1 Kjønn	,10	,00	,03	,71
2 Alder	3,21	,01	-,07	-1,72
3 BDI	199,97	,45	,46	7,31***
4 LES	,41	,00	,02	,50
5 DAS	1,82	,00	-,04	-,69
6 RRS	,19	,00	-,03	-,58
7 NBRS	,63	,00	-,02	-,34
8 PBRS	,26	,00	,02	,51
9 RSA Totalskåre	52,44	,09	-,43	-7,24***
9 RSA Selvpersepsjon	38,91	,07	-,38	-6,23***
9 RSA Planlagt fremtid	43,96	,08	-,35	-6,63***
9 RSA Sosial kompetanse	17,94	,03	-,22	-4,23***
9 RSA Strukturert stil	10,33	,02	-,17	-3,21***
9 RSA Familiesamhold	8,29	,01	-,14	-2,88***
9 RSA Sosiale ressurser	15,02	,03	-,21	-3,87***

*Note.* \*p <.05, \*\* p <.01, \*\*\* p <.001. RSA totalskåren og RSA faktorskårene ble inkludert i syv separate analyser (syv ulike modeller). BDI = Beck Depression Inventory, ATQ = Automatic Thought Questionnaire, LES = Life Event Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.

Tabell 4

*Depressive symptomer (BDI) predikert av stressende livshendelser, kognitive og metakognitive sårbarhetsfaktorer, og resiliens (N=229)*

Steg	FCha	R <sup>2</sup> Cha	β	t
1 Kjønn	,20	,00	-,04	,86
2 Alder	2,35	,01	-,08	-1,7
3 BDI	183,14	,44	,45	6,96***
4 LES	,32	,00	,04	,95
5 DAS	1,62	,00	-,06	-,98
6 RRS	,13	,00	-,04	-,74
7 NBRS	,65	,00	-,03	-,46
8 PBRS	,19	,00	,01	,29
9 RSA	10,24	,12		
Selvpersepsjon			-,18	-2,23*
Planlagt fremtid			-,18	-2,50*
Sosial kompetanse			-,07	-1,30
Strukturert stil			-,06	-1,19
Familiesamhold			-,07	-1,24
Sosiale ressurser			-,02	-,40

*Note.* \*p <.05, \*\* p <.01, \*\*\* p <.001. RSA faktorskårene ble entret i modellen simultant.

BDI = Beck Depression Inventory, ATQ = Automatic Thought Questionnaire, LES = Life Event Scale, DAS = Dysfunctional Attitude Scale, RRS = Ruminative Response Scale, NBRS = Negative Beliefs about Rumination Scale, PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale, RSA = Resilience Scale for Adults.

Appendix

## BECK INVENTORY - D

BDI: *Navn:* \_\_\_\_\_

*alder:* \_\_\_\_\_

*kjorn:* \_\_\_\_\_

INTRODUKSJON: I dette spørreskjemaet vil du finne setninger inndelt i grupper. Vennligst les alle setningene i hver gruppe nøye. Deretter velger du den setningen i hver gruppe som best beskriver hvordan du har følt deg den siste uka 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 mislykkethet.*  
 3 *Jeg føler at jeg har mislykkes fullstendig som menneske.*
- 4 0 *Jeg får like mye tilfredsstillelse ut av ting som før.*  
 1 *Jeg nyter ikke ting på samme måte som før.*  
 2 *Jeg får ikke ordentlig tilfredsstillelse ut av noe lenger.*  
 3 *Jeg er misfornøyd eller kjeder meg med alt.*
- 5 0 *Jeg føler meg ikke særlig 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 grater ikke mer enn vanlig.*  
 1 *Jeg grater mer nå enn jeg gjorde før.*  
 2 *Jeg grater 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 erytelig 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.

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							

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 sann 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.							

**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. Ekteskilles 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. Ekteskapeleg 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

## POSITIVE ANTAGELSER OM GRUBLING: PBR5

**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 deprimer	1	2	3	4
7. Grubling på mine følelser hjelper meg til å gjenkjenne utløserne for depresjonen min	1	2	3	4
8. Grubling på depresjonen min 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

## NEGATIVE ANTAGELSER OM GRUBLING: NBR5

**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

### 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

## 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 Friborg)

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>