

**Depressiv grubling og metakognisjoner som prediktorer for  
varighet av depressive symptomer**

**NTNU**

**Profesjonsstudiet i psykologi**

**Hovedoppgave**

**Høst 2012**

**Trondheim**

## Forord

Jeg vil benytte anledningen til å takke min hovedveileder Roger Hagen for ypperlig veiledning med raske og ærlige tilbakemeldinger og en åpen dør. En takk rettes også til biveileder Odin Hjemdal for hjelp med statistikk og gjennomlesning og Kyrre Svarva for at han delte av sine uendelige kunnskaper i SPSS når data fra tidspunkt 1 og 3 skulle klargjøres for vider analyser.

Min kjære Carl og mine kjære venninner i "lesesalsgjengen" fortjener også en stor takk. Dere har trodd på meg, gitt meg kaffe og pågangsmot og mange varme klemmer i løpet av dette semesteret. Oppsummert har arbeidet med hovedoppgaven lært meg mye om teorien bak depressive symptomer, statistikk og behandling av data i SPSS og hvordan tanker formes til en vitenskapelig tekst.

## INNHold

<b>Sammendrag</b> .....	4
<b>Innledning</b> .....	5
<b>Metode</b> .....	8
<b>Deltagere og prosedyre</b> .....	8
<b>Måleinstrumenter</b> .....	8
<b>Statistiske analyser</b> .....	10
<b>Resultater</b> .....	10
<b>Diskusjon</b> .....	12
<b>Begrensninger og styrker ved studien</b> .....	14
<b>Implikasjoner og konklusjon</b> .....	16
<b>Figurer</b> .....	30
<b>Appendiks</b> .....	31

## SAMMENDRAG

Hovedmålet til denne studien var å undersøke sammenhengen mellom depressive symptomer, depressiv grubling og meta-antagelser, samt å undersøke hvordan disse variablene predikerte variasjon i depressive symptomer i et ikke-klinisk utvalg. Studien benyttet en nettbasert spørreundersøkelse hvor respondentene ble spurt om å fylle ut spørreskjemaene Becks Depression Inventory (BDI), Ruminative Response Scale (RRS), Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRS) og Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRS), tre ganger over en periode på 8 måneder. De respondenter som svarte ved både tidspunkt en (T1) og tidspunkt tre (T3) ble valgt ut til videre analyser (N=243). Resultatene viser sterke assosiasjoner mellom ruminering, meta-antagelser og depressive symptomer. Tidligere depressive symptomer rapporteres som den sterkeste prediktoren for senere depressive symptomer. Resultatene viser i tillegg at både responsstil og negative meta-antagelser har sine unike bidrag til forklarte varians knyttet til depressive symptomer, mens positive meta-antagelser predikerte lite av variansen. Resultatene fra denne studien illustrerer viktigheten av et økt fokus på grubling for å lykkes med forebyggende tiltak og effektivt forhindre tilbakefall knyttet til depressive symptomer.

## INNLEDNING

Depresjon er en av vår tids mest vanlige psykiske lidelser og fører hvert år til store personlige, sosiale og samfunnsøkonomiske kostnader (Dalgard & Bøen, 2008). En gjennomgang av studier av den norske populasjonen finner at 1 av 10 nordmenn til enhver tid er rammet av depresjon, mens 1 av 5 vil bli rammet i løpet av sitt liv (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). En ubehandlet depressiv episode varer i gjennomsnitt cirka 6 måneder (Barkow et al., 2003; Limosin et al., 2004; Posternak et al., 2006), og er tilbakevendende i mer enn 75 % av tilfellene (Boland & Keller, 2009). Den hittil beste prediktoren for utvikling av en depresjon er en tidligere depressiv episode, og sannsynligheten for tilbakefall øker med antallet depressive episoder en person har opplevd tidligere (Gotlib & Hammen, 2008). Viktigheten av forebyggende tiltak er derfor åpenbar.

Forskning de siste tiårene har i økende grad klart å avdekke sårbarhetsfaktorer som fører til utvikling og opprettholdelse av depresjon (Ingram & Price, 2009). Sårbarhetsfaktorer reflekterer antatte kausale sammenhenger, og refererer både til genetiske og ervervede trekk (Ingram & Siegle, 2009). Disse trekkene antas å være stabile over tid, og kan predisponere individet for utvikling av en lidelse ved samtidig opplevde belastninger (Ingram, Odom, & Mitchusson, 2004). Årsaksmekanismene vektet ulikt av forskjellige forskningsmiljøer. Noen vektlegger genetiske og biologiske faktorer, (jfr. Lohoff, 2010), mens andre betoner psykologiske og sosiale faktorer (jfr. Abramson et al., 2002).

I løpet av de siste tiårene har ruminering (depressiv grubling) befestet en sterk posisjon som et avgjørende begrep for å forstå utviklingen og opprettholdelsen av depressive lidelser (Papageorgiou & Siegle, 2003; Papageorgiou & Wells, 2004). Overordnet refererer depressiv grubling til tanker som er av repeterende og/eller av tilbakevendende karakter (Brotman & DeRubeis, 2004), og kan forstås både en sårbarhetsfaktor og et symptom ved en depressiv lidelse. Hos pasienter som allerede er deprimerte, er ruminering forbundet med høyere symptomtrykk og med mer langvarige depressive episoder (Kuehner & Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-hoeksema & Morrow, 1993). Ruminering ser også ut til å være assosiert med kognitive vansker og en rigid tankestil (Joormann, Levens, & Gotlib, 2011; Levens, Muhtadie, & Gotlib, 2009; Whitmer & Banich, 2007), samt spesifikke vansker med inhibisjon av negativt ladet informasjon (Joormann, 2005). Depressiv grubling kan i tillegg føre til svekket sosial støtte, som igjen vil kunne virke negativt inn på depresjonen (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Hos personer som ikke er deprimerte, ser ruminering ut til å være assosiert med flere negative feiltolkninger, dårlige problemløsning, svekket

motivasjon, svekket utføring av løsningsrettet atferd, økt stress og flere interpersonlige problemer, samt en manglende mestringsfølelse (Lyubomirsky & Tkach, 2004; Nolen-Hoeksema, Larson, & Grayson, 1999). Hos denne gruppen predikerer grad av ruminerende responsstil også oppstart av en depressiv episode (Just & Alloy, 1997), samt dybden i de depressive symptomene.

Ruminering har også blitt satt i sammenheng med selvfokusert oppmerksomhet. Selvfokusert oppmerksomhet defineres av Carver (1979) som en prosess der fokuset i oppmerksomheten kretser rundt egne erfaringer, tanker og følelser, og fører til skjevheter i tenkning. Studier antyder at en slik selvfokusert oppmerksomhet er assosiert med et negativt humør, angst og depresjon (Mor & Winquist, 2002). En meta-analyse viste at privat selvrefleksjon (ruminering) viste en sterk sammenheng med depresjon (Mor & Winquist, 2002). Depressiv grubling sees på som en maladaptiv selvrefleksjon, da denne prosessen reflekterer en fiksering mot indre opplevelser medfulgt av passivitet og dårlig handlekraft (Mor & Winquist, 2002; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Innholdet i depressiv grubling er som oftest negativt, fortidsorientert og fokusert på følelser (Wells, 2009).

Nolen-Hoeksema (1991) anser en ruminerende responsstil som en viktig sårbarhetsfaktor for utvikling og opprettholdelse av depressiv lidelse, gitt et samtidig nedstemt og depressivt humør. Ruminering defineres hos henne som en maladaptiv respons på stress, med et vedvarende og repeterende fokus på de depressive symptomene og konsekvensene av disse (Nolen-Hoeksema, 1991). Responsstilteorien forklarer individuelle forskjeller i ruminering ut fra manglende erfaring med aktive mestringsstrategier i oppveksten, samt lite opplevd kontroll over omgivelsene (Nolen-Hoeksema, 1998). Flere studier antyder at en tilbøyelighet mot en ruminerende responsstil er relativt stabil, selv hos personer som opplever signifikante endringer i nivået av depressive symptomer (Bagby, Rector, Bacchiochi, & McBride, 2004; Just & Alloy, 1997; Kuehner & Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, Parker, & Larson, 1994). Dette er forenelig med en sårbarhetshypotese, og kan bidra til å forklare det høye antallet pasienter som opplever stadige tilbakefall.

Ruminering er som beskrevet ovenfor assosiert med mange negative konsekvenser (Nolen-Hoeksema, 2004), så spørsmålet er da hvorfor personer engasjerer seg i en slik prosess? Metakognitiv teori hevder at depressiv grubling er relatert til et strategisk valg om å bruke ressurser på å analysere tidligere hendelser og årsaker til negativt humør. Wells (2009)

hevder at antagelser knyttet til depressiv grubling er viktig for å forstå hvorfor personer blir deprimerte. Meta-antagelser refererer til tanker og vurderinger individer har om egne tanker, samt evner og strategier brukt for å overvåke kognisjon (Wells, 2000), og predisponerer individer for depressiv grubling. Tilbøyeligheten til depressiv grubling antas utløst av indre opplevelser (triggere) som negative tanker og følelser. Positive meta-antagelser referer til fordeler ved bruken av ruminering. Et eksempel på en slik positiv meta-antagelse kan være: ”å gruble hjelper meg å forstå årsakene til min depresjon”. Negative meta-antagelser reflekterer ulemper ved ruminering, og er knyttet til den opplevde ukontrollerbarheten og farene ved depressiv grubling, som for eksempel; ”Grublingen min kan ikke kontrolleres og viser hvor skadet jeg er”. Metakognitiv teori antar at meta-antagelser om nytteverdien av ruminering som en mestringsrespons (positive meta-antagelser) fører til en økt bruk av ruminering for å håndtere stress. De negative konsekvensene av denne mestringsstilen er dannelsen av negative meta-antagelser rundt ukontrollerbarhet og negative konsekvenser av ruminering, som fører til opprettholdelsen av depressive symptomer (Wells, 2009).

Studier ser ut til å antyde at negative meta-antagelser medierer forholdet mellom ruminering og depressive symptomer, og er dermed en nøkkelfaktor i utviklingen av depresjon, noe som illustreres av den metakognitive modellen av depresjon (Papageorgiou & Wells, 2003). Denne er illustrert i figur 1.

Figur 1 her

Både positive og negative meta-antagelser er positivt korrelert med ruminering og depresjon i både kliniske (Papageorgiou & Wells, 2003) og ikke-kliniske utvalg (Papageorgiou & Wells, 2001b; Papageorgiou & Wells, 2003). Forskning på forholdet mellom ruminering og metakognisjoner antyder en signifikant sammenheng mellom disse psykologiske konstruktene, og kan muligens forklare noe av forbindelsen man ser mellom ruminering og depresjon (jfr. Papageorgiou & Wells, 2004 for en gjennomgang av denne forskningen).

Det er hittil gjort få studier som har sett på forholdet mellom ruminering, metakognisjoner og depressive symptomer. Hovedmålet til denne forskningsartikkelen er derfor å undersøke sammenhengen mellom depressive symptomer, depressiv grubling og meta-antagelser i et ikke-klinisk utvalg.

Mer spesifikt vil dette gjøres ved å besvare følgende problemstillinger:

1. Hvordan henger en ruminerende responsstil sammen med utvikling av depressive symptomer?
2. Hvordan henger en ruminerende responsstil sammen med positive og negative metakognisjoner?
3. I hvilken grad kan en ruminerende responsstil, positive og negative meta-antagelser predikere varigheten til depressive symptomer over en åtte måneders periode?

## METODE

### DELTAGERE OG PROSEDYRE

Deltagerne ble i hovedsak rekruttert gjennom utsendelse av e-post som inneholdt informasjon om undersøkelsen, hvor selve utfyllingen av de ulike spørreskjema var nettbasert. Innsamlingen ble foretatt på tre tidspunkt i løpet av ett år. Kun data fra tidspunkt 1 og 3 ble inkludert i denne artikkelen, slik at statistiske analyser er basert på respondenter som deltok ved begge disse måletidspunktene. To hundre og førtitre personer ( $M = 24$  år,  $SD = 3.58$ ) ble inkludert i studien. Respondentene bestod i hovedsak av studenter hvorav 193 (79.4 %) var kvinner og 50 (20.6 %) var menn. Deltagelse i undersøkelsen ble premiert med et gavekort som økte i verdi dersom informantene deltok ved flere tidspunkt. Studien ble godkjent i Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt Norge. Deltagelse i prosjektet var frivillig og anonymisert og deltakerne kunne på hvilket som helst tidspunkt trekke seg fra studien.

Nettundersøkelsen bestod av syv ulike spørreskjema. En gjennomgang av de fire spørreskjemaene som ble benyttet for å besvare problemstillingen i denne studien og deres psykometriske egenskaper følger nedenfor.

### MÅLEINSTRUMENTER

**Beck Depression Inventory (BDI II;** Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), er et selv-rapport skjema som måler grad av depressive symptomer på ulike områder (kognitive, atferdsmessige, affektive og somatiske komponenter). Skjemaet består av 21 ledd, der hvert ledd inneholder



fire utsagn med ulik alvorlighetsgrad. Respondentene markerer det alternativet som er mest i overensstemmelse med deres egen situasjon den siste uken, i dag inkludert. Et eksempel på et utsagn fra BDI som viser en slik stigende alvorlighetsgrad er ledd nr.7 hvor f. eks alternativet ”Jeg føler meg ikke skuffet over meg selv” skåres med 0, mens alternativet ”Jeg hater meg selv” gis en skåre på 3. Totalskåren på BDI kan variere mellom 0 til 63. Høy skåre indikerer større grad av tilstedeværelse av depressive symptomer. Den indre konsistensen til BDI angis som god, med en Cronbachs alpha på .87, og en test-retest reliabilitet som viser en korrelasjon på mer enn 0.60. Den samtidige validiteten er høy, og begrepsvaliditeten er sterk (Beck, Steer, & Carbin, 1988). Cronbachs alpha var i denne studien .87 ved T1 og .88 ved T3.

**Ruminative Response Scale** (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991), er et selv-rapportskjema med 21 ledd. RRS er utledet fra Response Styles Questionnaire (RSQ) som totalt består av 71 ledd. Skjemaet måler tilbøyelighet til ruminering (depressiv grubling) ved et depressivt stemningsleie. Respondenten markerer på en 4-punkts Likert-skala hvor ofte de, for eksempel; ”Skriver ned hva du tenker på og analyserer dette” når de føler seg nedtrykt, trist eller deprimert *Nesten aldri* skåres med 1, mens *nesten alltid* gis en skåre på 4. Skjemaets totalskåre varierer fra 22 til 88, hvor høye skårer indikerer en mer grublende responsstil. Den indre konsistensen til skjemaet rapporteres som god, med en Cronbach alpha fra .88 – .90, og høy test-retest stabilitet. I denne studien var Cronbachs alpha .92 ved T1 og .93 ved T3. Skjemaets prospektive validitet er understøttet, mens skjemaets diskriminative validitet er lite undersøkt (Luminet, 2004).

**Positive Beliefs about Rumination Scale** (PBRS; Papageorgiou & Wells, 2001b), er et selv-rapport skjema som måler positive meta- antagelser omkring depressiv grubling. Eksempelvis ”Jeg trenger å gruble på mine problemer for å finne årsaken til min depresjon”. Skjemaet består av 9 ledd, hvor respondentene markerer på en 4-punkts Likert skala grad av enighet i ulike utsagn fra 1 (uenig) til 4 (veldig enig). Skjemaet har en totalskåre som varierer fra 9 til 36. Høy skåre indikerer en større grad av positive meta-antagelser hos respondenten. PBRS oppgis med høy intern konsistens, Cronbachs alpha .89, og god test-retest stabilitet ( $r = .85$ ) (Papageorgiou & Wells, 2001a, 2001b). Den interne konsistensen til skjemaet var høy i denne studien, med en Cronbachs alpha på .89 ved T1 og .91 ved T3. Både begrepsvaliditeten og den samtidige validiteten er understøttet. Skjemaets diskriminerende validitet er noe omstridt (Papageorgiou & Wells, 2001b; Roelofs, Huibers, Peeters, Arntz, & van Os, 2010).

**Negative Beliefs about Rumination Scale.** (NBRS; Papageorgiou & Wells, 2001a), måler negative meta-antagelser omkring depressive grubling. NBRS er et selv-rapport skjema bestående av 13 ledd. Skjemaet har to subskalaer. Subskalaen NBRS 1 måler antagelser om at grubling er skadelig og kan føre til at man mister kontroll. Et eksempel på et slikt ledd kan være at; ”Grubling betyr at jeg er uten kontroll”. Subskalaen NBRS 2 måler antagelser om interpersonlige og sosiale konsekvenser av grubling, som leddet; ”Folk vil avvise meg dersom jeg grubler”. Respondentene markerer på en 4 punkts Likert skala fra 1 (uenig) til 4 (veldig enig), og hvor man kan få en totalskåre mellom 13 til 52. Høy skåre indikerer stor grad av negative metakognitive antagelser. Reliabiliteten til skjemaet er god med en Cronbach alpha for NBRS 1 og NBRS 2 på henholdsvis .80, og .83. Test-retest reliabiliteten er også akseptabel (Papageorgiou & Wells, 2001a). I denne studien var Cronbachs alpha .83 ved begge måletidspunktene. NBRS har god samtidig og konvergerende validitet, mens diskriminerende validitet er noe omstridt (Luminet, 2004; Papageorgiou & Wells, 2001a; Roelofs et al., 2010).

## **STATISTISKE ANALYSER**

Analysene ble gjennomført ved bruk av det statistiske verktøyet SPSS 20.0. Deskriptiv statistikk ble brukt for å finne gjennomsnittet og standardavviket for de ulike måleinstrumentene. Korrelasjonsanalyser ble videre benyttet for å analysere forholdet mellom de ulike variablene av interesse. Det ble også utført en hierarkisk multippel regresjonsanalyse med BDI T3 som avhengig variabel for å undersøke i hvilken grad variablene BDI T1, RRS T1, NBRS T1 og PBRS T1 kunne forklare variansen i depressive symptomer. BDI T1 ble deretter ekskludert fra videre analyser for å undersøke om RRS T1, NBRS T1 og PBRS T1 kunne forklare en unik del av variansen og tre separate analyser der variablene RRS T1, NBRS T1 og PBRS T1 ble satt inn i tredje ledd. Avslutningsvis ble det utført en samlet multippel hierarkisk regresjonsanalyse der RRS T1, NBRS T1 og PBRS T1 ble satt inn samtidig i tredje ledd.

## **RESULTATER**

For å se på sammenhengen mellom resultatene på de ulike måleinstrumentene ble det utført en bivariat korrelasjonsanalyse mellom variablene depresjonsnivå (BDI), ruminering (RRS) og positive og negative meta-antagelser (PBRS/NBRS) på begge tidspunkt (T1 og T3). Gjennomsnitt og standardavvik for måleinstrumentene er gjengitt sammen med resultat fra

korrelasjonsanalysen i Tabell 1. Resultatene viser signifikante ( $p < .01$ ) korrelasjoner mellom alle de åtte variablene.

Sett inn Tabell 1 her

For å undersøke hvor stor grad av variansen i depresjonssymptomer på tidspunkt 3 (T3) som kunne forklares av depresjonssymptomer, rumineringsstil og meta-antagelser på tidspunkt 1 ble det utført en stegvis lineær hierarkisk regresjonsanalyse. De demografiske variablene kjønn og alder ble lagt til i henholdsvis steg 1 og 2. I steg 3 ble BDI T1 lagt til, etterfulgt av RRS T1 i steg 4, NBRS T1 i steg 5 og PBRs T1 i steg 6.

Sett inn Tabell 2 her

Som vist i Tabell 2 forklarte de demografiske variablene kjønn og alder henholdsvis 0 % og 1.5 % av variansen i den avhengige variabelen. BDI T1 kunne forklare 45 % av variansen, mens RRS forklarte 1 % av variansen. NBRS forklarte 2 % og PBRs forklarte 0 %.

For å undersøke om ruminerende responsstil og meta-antagelser kunne forklare noe av variansen dersom man ser bort fra betydningen av tidligere depressive symptomer. BDI skåren på T1 ble ekskludert i denne analysen og variablene RRS T1, NBRS T1 og PBRs T1 først ble lagt til i steg 3 i tre separate analyser, og til sist en analyse hvor variablene RRS T1, NBRS T1 og PBRs T1 ble satt inn sammen i steg 3.

De demografiske variablene har en lik forklart varians som beskrevet i tidligere analyser. Som vist i Tabell 3 forklarte RRS T1 18.2 %, NBRS T1 20.6 % og PBRs T1 7.5 % av variansen i de separate analysene. Alle resultatene var signifikante ( $p < .001$ ).

Sett inn Tabell 3 her

I regresjonsanalysen hvor de tre variablene RRS T1, NBRS T1 og PBRs T1 ble lagt til samtidig i steg 3 (se Tabell 4) viser resultatene at variablene samlet sett forklarer 24.1 % av variansen. Både RRS T1 og NBRS T1 er signifikante (på henholdsvis  $p < .01$ , og  $p < .001$ ). PBRs var i denne sammenheng ikke signifikant.

Sett inn tabell 4 her

## DISKUSJON

Det overordnede målet til denne studien var å undersøke sammenhengen mellom depressive symptomer, ruminering og meta-antagelser knyttet til depressiv grubling. Sterke korrelasjoner mellom depressive symptomer, depressiv grubling, positive og negative meta-antagelser viser at begrepene har en sterk statistisk assosiasjon med hverandre. Som antatt viste resultatene at tidligere depressive symptomer var den beste prediktoren for senere depressive symptomer. Resultatene fra de videre regresjonsanalysene viser imidlertid at når tidligere depresjonssymptomer ekskluderes fra analysene forklarer både ruminerende responsstil og negative meta-antagelser en signifikant del av variansen i depresjonssymptomer på et senere tidspunkt. Positive meta-antagelser bidrar lite til forklart varians i den separate regresjonsanalysen, og er ikke-signifikant i den felles regresjonsanalysen. Samlet forklarer ruminering og positive og negative meta-antagelser cirka 24 % av variansen i depressive symptomer 8 måneder senere. Dette indikerer at både tidligere depressive symptomer, ruminerende responsstil og negative meta-antagelser er sentrale faktorer ved depressive symptomer, mens positive meta-antagelser trolig er mindre sentrale ut i fra resultatene i denne studien.

Depressive symptomer ble, som forventet, funnet å ha en sterk assosiasjon med depressive symptomer på et senere tidspunkt. Funnet understreker etablert forskning som viser til at tidligere depressiv episode er den viktigste prediktoren for senere depressiv episode (Gotlib & Hammen, 2008). Tidligere depressive symptomer opptar i tillegg trolig forklaringsverdien til de andre variablene, noe som antas å være hovedårsaken til manglende signifikante resultater for de andre variablene i den første regresjonsanalysen.

De to første hypotesene i denne artikkelen etterspør hvordan en ruminerende responsstil henger sammen med henholdsvis utvikling av depressive symptomer og positive og negative metakognisjoner. Depressive symptomer ble ved begge tidspunkt (T1 og T3), funnet å ha en sterk assosiasjon med en ruminerende responsstil og positive- og negative meta-antagelser. Resultatene viser i tillegg at det er en positiv samvariasjon mellom en ruminerende responsstil og positive- og negative meta-antagelser. Resultatene er forenlig med tidligere studier både innenfor responsstilteorien og det metakognitive perspektivet (Just & Alloy, 1997; Kuehner & Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; Papageorgiou & Wells, 2003), og bekrefter at konstruktene er relaterte. Dette illustrerer at ruminering og metakognisjoner bør sees både i sammenheng med hverandre og med depressive symptomer for å muliggjøre en dypere forståelse av de teoretiske begrepene og overføre forskningsfunn

til klinisk arbeid. Resultatene er i tråd med studiens hypoteser. I sum bekrefter dette at ruminering, negative og positive meta-antagelser er relaterte begreper.

Utgangspunktet for den tredje hypotesen var å undersøke i hvilken grad en ruminerende responsstil, og positive og negative meta-antagelser er i stand til å predikere varigheten til depressive symptomer over en åtte måneders periode.

Resultater fra den separate regresjonsanalysen viser at ruminering er en viktig faktor i prediksjon av varians i depressive symptomer over tid. Funnet støtter tidligere forskning (Just & Alloy, 1997; Kuehner & Weber, 1999; Nolen-Hoeksema, 2000; Roberts, Gilboa, & Gotlib, 1998). Årsakene til at ruminering ikke fremstår som en sterkere prediktor i denne studien kan være mange. Begrensninger ved utvalg er trolig medvirkende, men måleinstrumentets validitet er også av interesse. RRS er et måleinstrument som er godt validert, men også omdiskutert på grunn av få systematiske analyser av faktorstrukturen (Conway, Csank, Holm, & Blake, 2000; Roberts et al., 1998; Smith & Alloy, 2009; Treynor, Gonzalez, & Nolen-Hoeksema, 2003). Måleinstrumentets faktor struktur kan tyde på at skjemaet måler flere dimensjoner, herunder både adaptive og maladaptive sider av et repeterende selv-fokus. Det kan tenkes at prediksjonsverdien til måleinstrumentet hadde vært høyere dersom skjemaet kun hadde målt den maladaptive dimensjonen av ruminering, som via flere studier og meta-analyser har en påvist sammenheng med depressive symptomer (Luminet, 2004; Mor & Winqvist, 2002; Watkins, 2008). Argumentet beskrevet ovenfor kan også støttes av en studie av faktorstrukturen til måleinstrumentet Ruminaton on Sadness Scale (RSS) som også brukes i forskning relatert til ruminering. Raes og kollegaer (2008) fant at kun faktoren kalt ”ukontrollerbarhet” hadde signifikante assosiasjoner med depressive symptomer, en faktor som kun referer til de negative konsekvensene ved depressiv grubling. Skjemaet som ble benyttet i den nevnte artikkelen (RSS) var ikke inkludert i denne studien, men forskningen er allikevel aktuell i diskusjonen da resultatene danner en mulig kobling mellom responsstilteorien og metakognitiv teori. Forfatterne (Raes et al., 2008) antyder at faktoren knyttet til ukontrollerbarhet er utpreget patologisk, som også er i samsvar med ideene til Papageorgiou og Wells (2003; 2004). En operasjonalisering av ruminering i forbindelse med depresjon bør inneholde kun det maladaptive aspektet ved ruminering som innebærer et passivt selvfokus med repeterende tanker om ukontrollerbarhet og farene individet tenker dette har.

Negative meta-antagelser tilfører, i denne studien, også noe unikt til forklaringen av varians i depressive symptomer. Resultatene bekrefter, i tråd med antagelsene, at negative meta-antagelser er en sentral faktor for prediksjon av depresjon. Forskning tyder på at man i kliniske utvalg finner sterkere assosiasjoner mellom negative meta-antagelser og depressive symptomer (se eksempelvis Papageorgiou & Wells, 2004). Det kan derfor tenkes at både korrelasjonene og den forklarte variansen hadde vært større dersom utvalget i studien hadde vært trukket fra en klinisk populasjon. En mulig forklaring på dette forholdet er at negative meta-antagelser trolig medierer forholdet mellom ruminering og depresjon, da ruminering først antar en skadelig form idet frykten for negative konsekvenser og mangel på kontroll blir påtrengende og forverrer det opprinnelige depresjonsnivået (Papageorgiou & Wells, 2003).

Positive meta-antagelser tilførte ikke noe unikt til den forklarte varians i den samlede regresjonsanalysen, og forklarte kun en liten andel av varians i senere depressive symptomer i den separate regresjonsanalysen. Disse resultatene motgår dermed antagelsene i studien og tidligere forskning (Papageorgiou & Wells, 2001b; Watkins & Moulds, 2005). Mangelen på signifikante resultater kan ha flere årsaker. Det kan tenkes at det skyldes utvalget i denne undersøkelsen, men det kan også skyldes manglende støtte for positive antagelsers betydning for depressive symptomer. Arnow, Spangler og Burns (2004) hevder, med bakgrunn i en eksplorerende kausal analyse, at en ukjent underliggende faktor er den mest sannsynlige årsaken til de positive korrelasjonene mellom PBRS og depressive symptomer som andre studier har rapportert. Resultatene fra vår studie, kan med bakgrunn i design, ikke tilføre noe til debatten om kausalitet, men antyder at positive meta-antagelser trolig er mindre sentrale i forståelsen av depresjon. En eksplorerende faktoranalyse utforsker kausalitet og er derfor anbefalt design til videre forskning. Høyere nivåer av positive meta-antagelser er tidligere funnet i grupper av kliniske pasienter, i motsetning til ikke-kliniske utvalg (Papageorgiou & Wells, 2001b; Watkins & Moulds, 2005). Dette har trolig bidratt til de lave prediksjonene i denne studien.

#### **BEGRENSNINGER OG STYRKER VED STUDIEN**

Studien har flere begrensninger som bør nevnes. Måleinstrumentene som er brukt for å måle positive og negative meta-antagelser er relativt nye i forskningslitteraturen. Sammenlignet med skjemaer som BDI og RRS er det gjort få studier knyttet til validiteten til disse måleinstrumentene, og videre undersøkelser er derfor viktig for å stadfeste deres validitet og nytte i akademisk og klinisk sammenheng. Analyser av den indre konsistensen

til de fire skjemaene (BDI, RRS, NBRS og PBRS) fant dog en Cronbachs alpha på mellom .83 og .93, som viser at måleinstrumentene er reliable og valide .

Utvalget i undersøkelsen består i hovedsak av kvinnelige studenter fra NTNU, som gjør at resultatene kan være påvirket av en kjønnsmessig fordeling. Den høye andelen av studenter og kvinner gjør utvalget lite representativt for den norske befolkningen og generalisering av funnene kan derfor bli problematisk. Videre hadde kun 26 % av deltagerne en BDI på over 10 ved tidspunkt 1, som er nedre grense for "lett depresjon". De statistiske analysene kan ha blitt påvirket av skjevheter i utvalget. Studien bør derfor replikeres i forskjellige typer populasjoner, da den samme studien kanskje kunne gi forskjellige resultater i for eksempel et klinisk utvalg.

Bruken av selvrappport skjemaer kan også være en feilkilde. Selvrappport antar at mennesker har direkte tilgang til sine indre responser og at de er villig til å dele disse. Det er også usikkert hvor nøyaktig individer kan rapportere ruminerende responser til depressive symptomer uavhengig av den nåværende alvorlighetsgraden på symptomene (Luminet, 2004). Spørreskjemaene er i tillegg generelt sårbare for et forventningsbias, responsbias og humøret til respondenten. Dette er svakheter som fører til at resultatene fra analysene bør tolkes med forsiktighet.

En viktig mangel i forskning som undersøker psykologiske sårbarhetsmekanismer er at de, med bakgrunn i design, vanskelig kan differensiere mellom premorbide og postmorbide sårbarhetsfaktorer. Dette er også et problem i denne studien, da sårbarhet som disponerer for første depressive episode vanskelig lar seg skille fra endringer i trekk på bakgrunn av å ha erfart depresjon. Ved å bruke studenter i utvalget har denne studien allikevel en styrke i dette henseendet fordi valget av unge respondenter fører til lavere sannsynligheten for at de skal ha opplevd en depressiv lidelse tidligere enn med et utvalg av eldre respondenter.

Problemer med en distinkt definering og operasjonalisering av begrepet ruminering har ført til manglende avgrensning av begrepets ulike fasetter. Denne artikkelen har søkt å motgå denne problemstillingen ved å benytte flere skjemaer innenfor avgrensede områder som negative meta-antagelser (NBRS), positive meta-antagelser (PBRS) og overordnet om ruminering (RRS), noe som er med å styrke resultatenes validitet.

## IMPLIKASJONER OG KONKLUSJON

Hovedfunnet i denne studien er at tidligere depressive symptomer er den viktigste prediktoren for fremtidige depressive symptomer. Denne studien replikerer med dette tidligere forskning, og fremhever kunnskap som er essensielt i klinisk arbeid med pasienter. Funnet underbygger i tillegg betydningen av forebyggende arbeid i forhold til depressive lidelser.

Forskning som støtter viktigheten av rumineringens rolle både i opprettholdelse og forlengelse av depresjon er robust. Utfordringene fremover gjelder uvisshet rundt oppstart av første depressive episode. Videre gjør mangelen på en enhetlig definisjon av ruminering, samt bruken av ulike måleinstrumenter i forskning det vanskelig for feltet å enes om begrepets nytteverdi for forebygging og i behandling. Forholdet mellom ruminering, metakognisjoner og depresjon bør derfor undersøkes ytterligere for stadfeste hvilke variabler som fungerer som mediatorer på de andre variablene, samt undersøke eventuelle kausale sammenhenger. Både metakognitiv teori og responsstilteorien anser ruminering som en del av en overordnet selvreguleringsstrategi. Teoriene er imidlertid uenige om ruminering er en viljestyrt eller en mer automatisert handling, og hvorvidt ruminering er et stabilt og individuelt trekk eller en mer dynamisk mestringsrespons. Begrepets definisjon kan ha implikasjoner for både forebygging og behandling ved å legge føringer for hvordan begrepet oppfattes og blir forstått i befolkningen generelt, og av helsearbeidere spesielt, og bør derfor være et viktig satsningspunkt for videre studier.

De overnevnte funn har på tross av sine begrensninger, viktige kliniske implikasjoner. Denne studien antyder at ruminering og tanker rundt ukontrollerbarhet og fare ved ruminering er viktige faktorer som kan være relevante å ta hensyn til både i forebyggende arbeid og ved behandling av depresjon. Positive holdninger til ruminering bør også være fokus i terapeutiske intervensjoner og forebyggende arbeid, selv om resultatene i denne oppgaven indikerer at dette er mindre viktig. Eksempel på en behandlingsmodell med formål om å endre både positive og negative holdninger og tanker rundt grubling, samt øve opp en mer fleksibel tilnærming til tanker og evne til å forstyrre ruminerende tenkning, er basert på den metakognitive teori (Wells, 2009). I forebyggende arbeid vil det derfor være svært viktig å kartlegge hvilke personer som har tendenser til en ruminerende responsstil, samt hvilke holdninger personen har til ruminering for å rette intervensjoner mot disse tendensene. Gode måleinstrumenter med presis operasjonaliseringer av ruminering bør danne grunnlaget for dette arbeidet. Alternativer til ruminering, som for eksempel frakoblet oppmerksomhet kan bidra til å redusere negativt selvfokus, ved å oppøve en evne til å kunne betrakte egne tanker



uten å engasjere seg i dem, og dermed få et alternativ til rumineringstendensen (Wells, 2009). Negative tanker vil alltid forekomme og hensikten med denne tilnærmingene er derfor å oppøve en fleksibel respons på negative tanker og følelser. Forebyggende arbeid er kanskje den eneste måten å hindre en epidemisk utvikling av depresjon i befolkningen, da statistiske undersøkelser rapporterer om en stadig økende prevalens.

## Referanser

- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hankin, B., Haefffel, G. J., MacCoon, D. G., & Gibb, B. E. (2002). Cognitive vulnerability-stress models of depression in self-regulatory and psychobiological context. I I. H. Gotlib & C. H. Hammen (Red.), *Handbook of depression* (s. 268-294). New York, NY: The Guilford Press.
- Arnou, B. A., Spangler, D., Klein, D. N., & Burns, D. D. (2004). Rumination and distraction among chronic depressives in treatment: A structural equation analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 28(1), 67-83. doi: 10.1023/B:COTR.0000016931.37807.ab
- Bagby, R. M., Rector, N. A., Bacchioni, J. R., & McBride, C. (2004). The Stability of the Response Styles Questionnaire Rumination Scale in a Sample of Patients with Major Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 527-538. doi: 10.1023/b:cotr.0000045562.17228.29
- Barkow, K., Maier, W., Üstün, T. B., Gänssicke, M., Wittchen, H.-U., & Heun, R. (2003). Risk factors for depression at 12-month follow-up in adult primary health care patients with major depression: an international prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3), 157-169. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00081-2
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: 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

- Boland, R. J., & Keller, M. B. (2009). Course and Outcome of Depression. I I. H. Gotlib & C. H. Hammen (Red.), *Handbook of Depression: Second Edition* (s. 23-44). New York, NY: The Guildford Press.
- Brotman, M. A., & DeRubeis, R. J. (2004). A Comparison and Appraisal of Theories of Rumination. I C. Papageorgiou & A. Wells (Red.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (s. 177-184). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Carver, C. S. (1979). A cybernetic model of self-attention processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(8), 1251-1281. doi: 10.1037/0022-3514.37.8.1251
- Conway, M., Csank, P. A. R., Holm, S. L., & Blake, C. K. (2000). On Assessing Individual Differences in Rumination on Sadness. *Journal of Personality Assessment*, 75(3), 404-425. doi: 10.1207/s15327752jpa7503\_04
- Dalgard, O. S., & Bøen H. (2008). Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettet metoder. *Rapport 2008:1*. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Gotlib, I. H., & Hammen, C. H. (Red.). (2008). *Handbook of Depression, Second Edition*. New York, NY: The Guilford press.
- Ingram, R. E., Odom, M., & Mitchusson, T. (2004). Secondary prevention of depression: Risk, vulnerability, and intervention. I D. J. A. D. K. S. Dobson (Red.), *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* (s. 205-231). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Ingram, R. E.(Red), & Price, J. M.(Red). (2009). *Vulnerability to Psychopathology: Risks across the lifespan (2.utg.)* New York, NY: The Guilford Press.

- Ingram, R. E., & Siegle, G. J. (2009). Methodological issues in the study of depression. I I. H. Gotlib & C. H. Hammen (Red.), *Handbook of depression (2.utg.)* (s. 69-92). New York, NY: The Guilford Press.
- Joormann, J. (2005). Inhibition, rumination and mood regulation in depression. I R. W. Engle, G. Sedek, U. von Hecker & D. N. McIntosh (Red.), *Cognitive limitations in aging and psychopathology: Attention, working memory, and executive functions* (s. 275-312). New York, NY: Cambridge University Press.
- Joormann, J., Levens, S. M., & Gotlib, I. H. (2011). Sticky Thoughts. *Psychological Science*, 22(8), 979-983. doi: 10.1177/0956797611415539
- Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and an extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(2), 221-229. doi: 10.1037/0021-843x.106.2.221
- Kuehner, C., & Weber, I. (1999). Responses to depression in unipolar depressed patients: an investigation of Nolen-Hoeksema's response styles theory. *Psychological Medicine*, 29(6), 1323-1333. doi: 10.1017/s0033291799001282
- Levens, S. M., Muhtadie, L., & Gotlib, I. H. (2009). Rumination and impaired resource allocation in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 757-766. doi: 10.1037/a0017206
- Limosin, F., Loze, J. Y., Zylberman-Bouhassira, Schmidt, M. E., Perrin, & Rouillon, F. (2004). The course of depressive illness in general practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 119-123.

- Lohoff, F. (2010). Overview of the Genetics of Major Depressive Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 12(6), 539-546. doi: 10.1007/s11920-010-0150-6
- Luminet, O. (2004). Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs. I C. Papageorgiou & A. Wells (Red.), *Depressive rumination: Nature theory and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Lyubomirsky, S., & Tkach, C. (2004). The Consequences of Dysphoric Rumination. I C. Papageorgiou & A. Wells (Red.), *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment* (s.21-43). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 128(4), 638-662. doi: 10.1037/0033-2909.128.4.638
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge- Et folkehelseperspektiv. *Rapport 2009:8*. Oslo, Folkehelseinstituttet.
- 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. (1998). Ruminative coping with depression. I J. H. C. S. Dweck (Red), *Motivation and self-regulation across the life span* (s. 237-256). New York, NY, US: Cambridge University Press.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. doi: 10.1037/0021-843x.109.3.504

- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Style theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814. doi: 10.1037/0022-3514.77.4.801
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072. doi: 10.1037/0022-3514.77.5.1061
- Nolen-hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & Emotion*, 7(6), 561-570. doi: 10.1080/02699939308409206
- Nolen-Hoeksema, S., Parker, L. E., & Larson, J. (1994). Ruminative coping with depressed mood following loss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(1), 92-104. doi: 10.1037/0022-3514.67.1.92
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424.
- Papageorgiou, C., & Siegle, G. J. (2003). Rumination and Depression: Advances in Theory and Research. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 243-245. doi: 10.1023/a:1023918331490

- 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
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, functions and beliefs about depressive ruminations. In C. Papageorgiou & A. Wells (Red.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (s. 3-21). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Papageorgiou, C.(Red), & Wells, A. (Red.). (2004). *Depressive rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Posternak, M. A., Solomon, D. A., Leon, A. C., Mueller, T. I., Shea, M. T., Endicott, J., & Keller, M. B. (2006). The Naturalistic Course of Unipolar Major Depression in the Absence of Somatic Therapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(5), 324-329 310.1097/1001.nmd.0000217820.0000233841.0000217853.
- Raes, F., Hermans, D., Williams, J., Bijttebier, P., & Eelen, P. (2008). A “Triple W”-Model of Rumination on Sadness: Why Am I Feeling Sad, What’s the Meaning of My Sadness, and Wish I Could Stop Thinking About my Sadness (But I Can’t!). *Cognitive Therapy and Research*, 32(4), 526-541. doi: 10.1007/s10608-007-9137-y

- Roberts, J. E., Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1998). Ruminative Response Style and Vulnerability to Episodes of Dysphoria: Gender, Neuroticism, and Episode Duration. *Cognitive Therapy and Research*, 22(4), 401-423. doi: 10.1023/a:1018713313894
- 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
- Smith, J. M., & Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116-128. doi: 10.1016/j.cpr.2008.10.003
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 247-259. doi: 10.1023/a:1023910315561
- Watkins, E., & Moulds, M. (2005). Positive beliefs about rumination in depression - a replication and extension. *Personality and Individual Differences*, 39(1), 73-82. doi: 10.1016/j.paid.2004.12.006
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134(2), 163-206. doi: 10.1037/0033-2909.134.2.163
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. New York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd.



Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, NY: The Guilford Press.

Whitmer, A. J., & Banich, M. T. (2007). Inhibition versus switching deficits in different forms of rumination. *Psychological Science, 18*(6), 546-553. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.01936.x

World Health Organization (WHO), (2012) *Depression: What is depression?* Hentet fra: [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/definition/en/index.html#](http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html#) lastet ned: 25.9.2012.

Tabell 1. Gjennomsnitt, SD og korrelasjoner for de ulike spørreskjemaene (N=243)

Spørreskjema	Gj.snitt	SD	2	3	4	5	6	7	8
<b>1. BDI T1</b>	7,5	6,7	.647**	.409**	.401**	.607**	.517**	.593**	.506**
<b>2. BDI T3</b>	6,0	6,4	-	.283**	.421**	.463**	.561**	.424**	.578**
<b>3. PBRS T1</b>	17,3	5,8	-	-	.634**	.384**	.258**	.467**	.371**
<b>4. PBRS T3</b>	15,5	5,4	-	-	-	.345**	.358**	.457**	.488**
<b>5. NBRS T1</b>	18,0	4,8	-	-	-	-	.682**	.620**	.555**
<b>6. NBRS T3</b>	17,3	4,5	-	-	-	-	-	.521**	.622**
<b>7. RRS T1</b>	38,4	11,9	-	-	-	-	-	-	.691**
<b>8. RRS T3</b>	38,4	12,1	-	-	-	-	-	-	-

*Note.* \*  $p < .05$ , \*\* $p < .01$ -nivå (to-halet), BDI = Beck's Depression Inventory, PBRS = Positive Beliefs about Rumination, NBRS = Negative Beliefs about Rumination, RRS = Ruminative Response Scale

Tabell 2. En multippel hierarkisk regresjonsanalyse med depressive symptomer målt med BDI T3 som avhengig variabel og BDI T1 i steg 3.

Steg	Variabler	F $\Delta$	R <sup>2</sup> $\Delta$	$\beta$	T
1	Kjønn	.10	.00	-.02	-.311
2	Alder	3.54	.02	-1.2	-1.88
3	BDI T1	199.20	.45	.67	14.11 **
4	RRS T1	.49	.001	.04	.69
5	NBRS T1	.92	.002	.06	.06
6	PBRS T1	.16	.00	-.02	-.40

Note. \*\*p = <.01, BDI = Beck's Depression Inventory, PBRS = Positive Beliefs about Rumination, NBRS =

Negative Beliefs about Rumination, RRS = Ruminative Response Scale

Tabell 3. Tre separate multiple hierarkiske regresjonsanalyser med depressive symptomer målt med BDI T3 som avhengig variabel og RRS T1, NBRS T1 og PBRs T1 i separate analyser i steg 3.

Steg	Variabel	F $\Delta$	R <sup>2</sup> $\Delta$	$\beta$	T
1	Kjønn	.10	.000	-.02	-.31
2	Alder	3.54	.015	-1.22	-1.88
3	RRS T1	54.03	.182	.43	7.35***
3	NBRS T1	62.98	.206	.46	7.94***
3	PBRs T1	19.58	.075	.28	4.42***

Note. \*\*\* $p < .001$ , BDI = Beck's Depression Inventory, PBRs = Positive Beliefs about Rumination, NBRS = Negative Beliefs about Rumination, RRS = Ruminative Response Scale

Tabell 4. En multippel hierarkisk regresjonsanalyse med depressive symptomer målt med BDI T3 som avhengig variabel og RRS T1, NBRS T1 og PBRs T1 samlet i steg 3.

Steg	Variabel	F $\Delta$	R <sup>2</sup> $\Delta$	$\beta$	T
1	Kjønn	.10	.000	-.02	-.31
2	Alder	3.54	.015	-1.22	.188
3	RRS T1			.22	2.82**
	NBRS T1	25.47	.241	.30	4.08***
	PBRs T1			.06	.90

Note. \*\*p<.01, \*\*\*p<.001, BDI = Beck's Depression Inventory, PBRs = Positive Beliefs about Rumination, NBRS = Negative Beliefs about Rumination, RRS = Ruminative Response Scale

## FIGURER

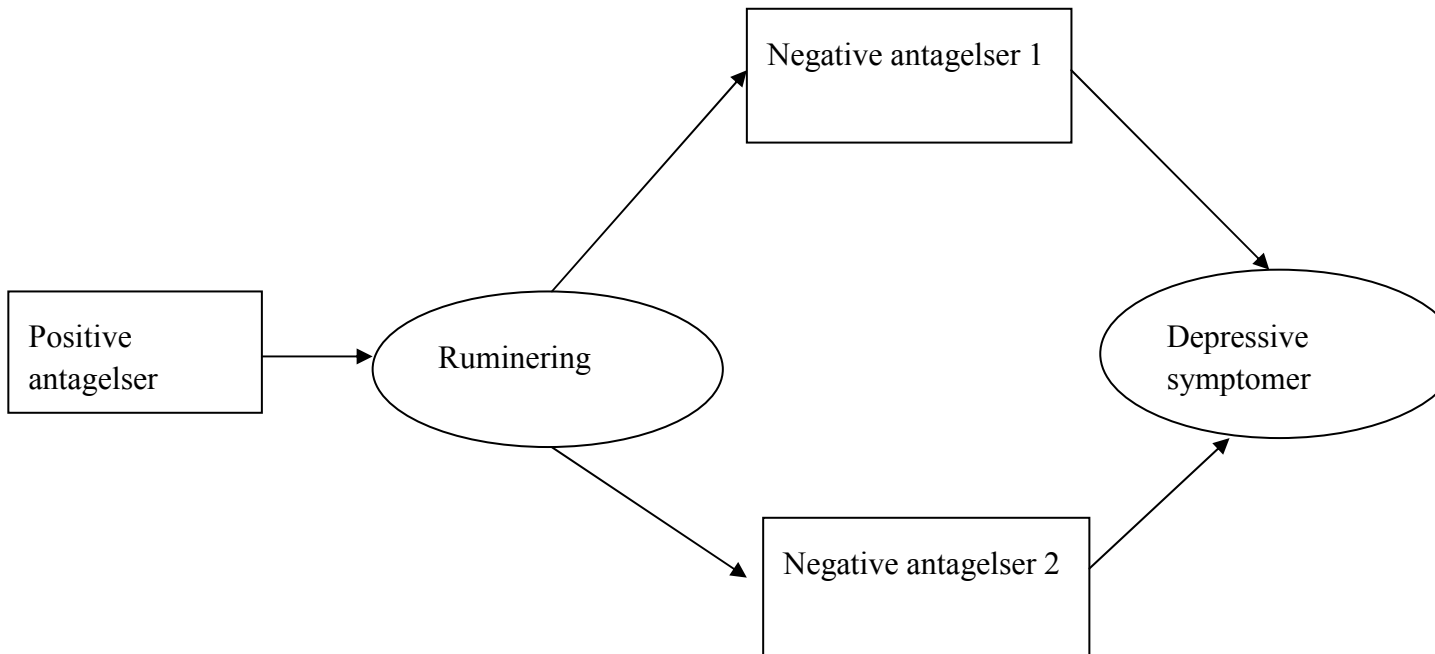


Fig. 1. Den metakognitive modellen av depresjon (Papageorgiou & Wells, 2003).

# APPENDIKS

## BECK INVENTORY - D

**BDE:** Norw. **idde:**  **kjønn:**

**INTRODUKSJON:** I dette spørreskjemaet vil du finne setninger om deler i gruppen. Velstiligst 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 uken i dag på skolen. Sett så ring rundt tallene innenfor setningene du har valgt. Hvis du flere setninger omhandler samme emne synes å passe like godt, sett ring rundt tallene til hver av dem.

*Takk å lese alle setningene innenfor en gruppe for du velger, og pass på at du gir svar innenfor alle grupperne.*

- 1) 0 Jeg føler meg ikke trist.  
1 Jeg er lei meg, eller føler meg lei.  
2 Jeg er lei meg eller trist hele tiden og føler ikke å kunne ut av denne tilstanden.  
3 Jeg er så trist eller uheldig at jeg ikke holder det ut.
- 2) 0 Jeg er ikke særlig pessimistisk eller motløs overfor fremtiden.  
1 Jeg føler meg motløs overfor fremtiden.  
2 Jeg føler at jeg ikke har noe å se frem til.  
3 Jeg føler at fremtiden er håpløs og at forferdelsene ikke kan bedre meg.
- 3) 0 Jeg føler meg ikke som et menneske.  
1 Jeg føler at jeg har mistet meg selv som menneske.  
2 Når jeg ser tilbake på livet mitt, ser jeg ikke annet enn menneskelighet.  
3 Jeg føler at jeg har mistet menneskeligheten min.
- 4) 0 Jeg får ikke opp tilfredsstillende ut av ting som før.  
1 Jeg ønsker ikke ting på samme måte som før.  
2 Jeg får ikke nok av ting tilfredsstillende ut av noe lenger.  
3 Jeg er utilfreds og eller kjeder meg med alt.
- 5) 0 Jeg føler meg ikke særlig utsløttet.  
1 Jeg føler meg utsløttet, men er god det av tiden.  
2 Jeg føler meg temmelig utsløttet mesteparten av tiden.  
3 Jeg føler meg utsløttet 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 ønsker meg selv.  
3 Jeg hater meg selv.
- 8) 0 Jeg føler ikke at jeg er mer dærligere enn andre.  
1 Jeg kritiserer meg selv for mine svakheter eller feilgrep.  
2 Jeg hater meg selv hele tiden for mine feil eller mangler.  
3 Jeg gir meg selv uttalelse for all 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 vil ta livet mitt om jeg fikk sjansen til det.
- 10) 0 Jeg gråter ikke mer enn vanlig.  
1 Jeg gråter mer nå enn jeg gjorde før.  
2 Jeg gråter hele tiden nå.  
3 Jeg pleide å kunne gråte, men nå kan jeg ikke gråte selv om jeg gjerne vil.

Snu arkett!

BPE - 92

- 11) 0 Jeg er ikke mer berørt av enn ellers.  
1 Jeg blir lettere iraselig eller irritert enn før.  
2 Jeg føler meg irritert hele tiden nå.  
3 Jeg blir ikke berørt i det hele tatt over ting som pleide å berøre 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 normalt like fort som jeg alltid har gjort.  
1 Jeg finner det stadig vanskeligere 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 vanskelige forandringer i mitt utseende som får meg ut å se lite tiltrekkende ut.  
3 Jeg tror jeg ser stygg ut.
- 15) 0 Jeg kan arbeide ordentlig 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 trutt enn ellers.  
1 Jeg blir fortere trutt enn ellers.  
2 Noen av jeg gjør, blir jeg trutt av.  
3 Jeg er for trutt til å gjøre noe som helst.
- 18) 0 Admysten min er like dårligere enn ellers.  
1 Admysten er ikke så god som den var før.  
2 Admysten min er mye dårligere nå.  
3 Jeg har ikke motet i det hele tatt lenger.
- 19) 0 Jeg har ikke gått ned meget i vekt, om i det hele tatt nå, i det 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 over 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 heiken min enn vanlig.  
1 Jeg er bekymret over fysiske plager som vridning og smerter, eller utrolig 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.



## 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 deprimert	1	2	3	4
7. Grubling på mine følelser hjelper meg til å gjenkjenne utløserne for min depresjon	1	2	3	4
8. Grubling på min depresjon hjelper meg til å forstå tidligere mistak og feil	1	2	3	4
9. Grubling på fortiden hjelper meg å finne ut av hvordan ting kunne ha blitt gjort bedre	1	2	3	4

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

## 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.

	<b>Uenig</b>	<b>Litt enig</b>	<b>Ganske enig</b>	<b>Veldig enig</b>
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