

Depressive symptomer hos 12-13-åringer

Negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og fra foreldre

Ida Sund Morken



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

19.04.2016

Depressive symptomer hos 12-13-åringer
*Negativt kroppsbilde og sosial støtte fra
venner og fra foreldre*

© Ida Sund Morken

År: 2016

Depressive symptomer hos 12-13-åringer – Negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og fra foreldre

Forfatter: Ida Sund Morken

<http://www.duo.uio.no>

Sammendrag

Forfatter: Ida Sund Morken

Tittel: Depressive symptomer hos 12-13-åringer – Negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og fra foreldre

Veiledere: Evalill Karevold (hovedveileder) og Espen Røysamb (biveileder)

Bakgrunn: Hovedmålet med denne oppgaven har vært å undersøke depressive symptomer hos 12-13-åringer i et forebyggende perspektiv. Oppgaven tar utgangspunkt i to kjente fenomen i denne alderen: en generell økning i depresjonssymptomer, og en begynnende kjønnsforskjell der flere jenter begynner å slite. Tidlige tenår er en viktig utviklingsperiode å fokusere på, fordi det senere i livet skjer en ytterligere økning i depresjonssymptomer og kjønnsforskjellen blir enda større. Det har vært etterspurt mer forskning på spesifikke stressorer og sosial støtte fra venner og fra foreldre. Det mangler empiri på om sosial støtte kan beskytte mot effekten av negativt kroppsbilde på depresjonssymptomer. Denne studien har derfor hatt som mål å undersøke hvordan kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og fra foreldre henger sammen med depressive symptomer. Særlig ble mekanismer i samspillet mellom disse faktorene vektlagt. Negativt kroppsbilde, vennestøtte og foreldrestøtte ble undersøkt i eksponerings- (mediering) og reaktivitetsmodeller (moderering) for å belyse kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer. Det ble også undersøkt om sosial støtte kunne beskytte mot effekten av negativt kroppsbilde på depresjonssymptomer.

Metode: Denne tverrsnittstudien anvendte data fra det populasjonsbaserte prosjektet Trivsel og Oppvekst – barndom og ungdomstid (TOPP) ved Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Analyser var basert på selvrappordata fra 527 12-13-åringer (55 % jenter) fra Østlandsområdet. The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ; Angold et al., 1995) ble anvendt som mål på depresjonssymptomer. Regresjonsanalyser i SPSS ble brukt for å undersøke samspillet mellom det å være jente, negativt kroppsbilde og vennestøtte og foreldrestøtte. Faktorenes unike sammenhenger ble undersøkt, samt modererings- og medieringsmekanismer. Mediering ble i tillegg undersøkt i PROCESS (Hayes, 2013).

Resultat: Det å være jente og å ha et negativt kroppsbilde hadde positiv sammenheng med depressive symptomer, og sosial støtte fra venner og fra foreldre hadde negativ sammenheng med depressive symptomer. Samlet forklarte faktorene hele 28 % av variansen, og med unntak av kjønn var sammenhengene unike. Negativt kroppsbilde medierte sammenheng

mellom kjønn og depressive symptomer; det at jentene hadde et mer negativt kroppsbilde bidro til et høyere symptomnivå. Sosial støtte fra venner beskyttet mot effekten negativt kroppsbilde hadde på depresjonssymptomer. Negativt kroppsbilde hadde altså svakere sammenheng med depressive symptomer hos ungdommer som opplevde mye versus de som opplevde lite vennestøtte.

Konklusjon: Denne studien belyser hvordan mekanismer i samspillet mellom kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte har sammenheng med depresjonssymptomer i tidlige tenår. Resultatene peker mot at jenter generelt, ungdom med negativt kroppsbilde, og ungdom som opplever lite sosial støtte fra venner og fra foreldre, har økt risiko for depresjonsutvikling.

Å fremme positivt kroppsbilde og sosial støtte kan muligens hindre noe av økningen i depresjonssymptomer i tidlige tenår. Det å forebygge utviklingen av negativt kroppsbilde hos jenter spesielt kan potensielt minke kjønns-gapet i depressive symptomer. Tidligere teori og empiri peker mot media og jevnaldrende som intervensjonsområder for å fremme et positivt kroppsbilde. Å fremme tidlig trygg tilknytning med foreldre kan gjøre det lettere å ta imot sosial støtte i ungdomstiden, både fra foreldre og venner. Resultatene peker også mot at det å styrke sosial støtte fra venner hos ungdom med negativt kroppsbilde, kan beskytte mot utvikling av depresjonssymptomer. Videre forskning bør forsøke å replikere resultatene fra denne studien longitudinelt.

Forord

Først og fremst vil jeg takke Evalill og Espen! Dere har kommet med svært pedagogiske innspill, og vært gode samtalepartnere. Ikke minst har dere bidratt til at jeg stort sett har hatt det ganske fint dette året, og gleden forskning gir dere har smitta over! Takk Evalill, for at du spurte om jeg ville skrive på TOPP-studien, og ga meg tilgang på spennende data.

Jeg vil også takke Wendy for at du ordna kontor plass ved Folkehelsa. Det har vært kjempefint for meg å både få låne kontor, og ikke minst et godt arbeidsmiljø! Vil også takke Wendy og Kristin for SPSS-tips.

Takk til gode venner og tante som har støttet meg underveis, og tålt at jeg til tider har snakket enormt mye om denne oppgaven. Jeg vil også takke mamma for gjennomlesning.

Til slutt vil jeg takke Erlend for korrekturlesning, og ikke minst for at du viser genuin interesse for det jeg driver med!

Innholdsfortegnelse

1. Innledning.....	1
1.1. Depresjonssymptomer hos unge.....	1
1.2. Prevalens og konsekvenser.....	1
1.2. Kontinuerlig måling av depressive symptomer.....	2
2. Teoretiske modeller.....	3
2.1. Stress-eksponeringsmodell og stress-reaktivitetsmodell.....	3
2.2. Interpersonlige modeller.....	4
2.3. Oppsummering.....	5
3. Gjennomgang av relevant forskning.....	6
3.1. Negativt kroppsbilde.....	6
3.1.1. Negativt kroppsbilde og depressive symptomer i tidlige tenår.....	6
3.1.2. Negativt kroppsbilde og kjønnsforskjellen i depressive symptomer.....	7
3.2. Sosial støtte: foreldre og venner.....	8
3.2.1. Definisjon av sosial støtte og sammenheng med depresjon.....	8
3.2.2. Foreldre og venner er viktige kilder til sosial støtte i tidlige tenår.....	9
3.2.3. Sosial støtte og kjønnsforskjellen i depressive symptomer.....	9
3.3. Sosial støtte og negativt kroppsbilde.....	10
3.3.1. Jevnaldersrelatert stress og kjønnsforskjellen i depressive symptomer.....	10
3.3.2. Sosial støtte som beskyttelse mot effekten av negativt kroppsbilde.....	11
4. Forskningsspørsmål.....	13
5. Metode.....	16
5.1. TOPP-studien.....	16
5.1.1. Utvalg og datainnsamling.....	16
5.1.2. Etske retningslinjer.....	16
5.2. Utvalget i denne studien: selvrappport ved T5.....	17
5.2.1. Håndtering av manglende data.....	17
5.2.2. Representativitet: demografiske opplysninger og frafallsanalyser.....	18
5.3. Operasjonalisering av variablene.....	18

5.3.1. Depressive symptomer.....	18
5.3.2. Negativt kroppsbilde.....	19
5.3.3. Oppfattet sosial støtte fra venner	19
5.3.4. Oppfattet sosial støtte fra foreldre	20
5.3.5. Kovariater	20
5.4. Statistiske analyser	20
5.4.1. Foreløpig statistisk modell.....	20
5.4.2. Analytisk strategi	21
5.4.3. Forberedende analyser og testdiagnostikk	21
5.4.4. Hovedanalyser	22
6. Resultater.....	23
6.1. Forberedende analyser og testdiagnostikk	23
6.2. Hovedanalyser.....	26
6.2.1. Effekter av prediktorer.....	26
6.2.2. Medieringsmodeller	27
6.2.3. Modereringsmodeller.....	28
6.3. Modell over signifikante sammenhenger	29
7. Diskusjon.....	30
7.1. Funnene sett i lys av tidligere teori og empiri.....	30
7.1.1. Negativt kroppsbilde hadde unik sammenheng med depressive symptomer (del av hypotese 1).....	30
7.1.2. Sosial støtte fra venner og fra foreldre hadde unike sammenhenger med depressive symptomer (del av hypotese 1).....	32
7.1.3. Kjønnforskjell i depressive symptomer (del av hypotese 1).....	34
7.1.4. Delvis støtte for eksponeringsmodellen: negativt kroppsbilde medierte kjønnforskjellen i depressive symptomer (hypotese 2-4)	34
7.1.5. Reaktivitetsmodellen ble <i>ikke</i> støttet: jenter og gutter hadde like sterke depressive reaksjoner på studiens prediktorer (hypotese 5-7).....	36

7.1.6. Sosial støtte fra venner, men ikke fra foreldre, beskyttet mot effekten av negativt kroppsbilde (hypotese 8-9)	37
7.1.7. Hadde venner større betydning enn foreldre?.....	39
7.2. Praktiske implikasjoner: forebygging	40
7.3. Styrker og begrensninger ved studien	42
7.3.1. Tverrsnittsundersøkelse og regresjonsanalyser: tema rundt kausalitet.....	43
7.3.2. Måleinstrumentene påvirker hvilke konklusjoner som kan trekkes	44
7.3.3. Selvrappport og en kontinuerlig tilnærming til måling av depresjon	45
8. Konklusjon	47
9. Litteraturliste	48
10. Vedlegg	68
Vedlegg 1: Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)	68
Vedlegg 2: The Physical Appearance subscale of Harter's Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)	69
Vedlegg 3: Tre spørsmål fra skalaen "spørsmål om kvaliteten ved sosialt nettverk og sosial støtte"	69
Vedlegg 4: Parental Warmth/Involvement subscale of Lamborn Parenting Scale	70
Vedlegg 5: Skalaer for undersøkte kovariater	71
Vedlegg 6: Representativt eksempel på endring i residualer etter log-transformering.....	72

1. Innledning

Fra tidlige tenår av begynner flere ungdommer å slite med depresjonssymptomer. Dette skjer hos flere jenter enn gutter (Hankin, Mermelstein & Roesch, 2007). Studier peker mot at nivå av depresjonssymptomer og kjønnsforskjellen øker senere i livet (Kuehner, 2003; Ge, Lorenz, Conger, Elder & Simons, 1994). For å forebygge en slik utvikling trengs det mer kunnskap om overgangen til tenårene. Depressive symptomer utvikles gjennom et samspill mellom sosiale, psykologiske og biologiske faktorer (Carr, 2006). Forskningslitteraturen på feltet har fremhevet at mekanismer i samspillene mellom spesifikke faktorer bør undersøkes nærmere (Grant et al., 2006). Tidlige tenår er forbundet med økt utseendefokus (Harter, 2012), kognitiv og pubertal utvikling, og mer kompliserte sosiale samhandlinger (Rudolph, 2009). I denne oppgaven belyses depresjon hos 12-13-åringene ved å undersøke hvordan samspillet mellom kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte er relatert til depressive symptomer. Stress- og interpersonlige modeller blir brukt som forståelsesrammer for mekanismer i samspillene, for betydningen av tidligere empiri, og for å belyse denne studiens resultater.

1.1. Depresjonssymptomer hos unge

Depresjonssymptomer hos barn og ungdom kan deles inn i persepsjon, kognisjon, oppførsel, somatisk og emosjonell tilstand og relasjonell tilpasning. Eksempler er å legge spesielt godt merke til negative hendelser, å ha et negativt syn på seg selv, verden og fremtiden, rastløshet, søvnforstyrrelser (Carr, 2006), vedvarende tristhet, anhedoni, kjedsomhet og irritabilitet (Brent & Weersing, 2008). Glede over aktiviteter man tidligere har likt blir mindre, og man blir lite mottagelig for oppmerksomhet fra og samspill med andre mennesker. *Funksjonssvikt* (sosial tilbaketrekning, dårligere forhold med familiemedlemmer, dårligere skoleprestasjon) er den vanligste måten å skille depresjon fra vanlige opp- og ned-turer i barndom og tenår (Brent & Weersing, 2008). Ungdoms depresjon har flere likheter enn forskjeller med voksnes, men hos ungdom er det vanligere med irritasjon og overdreven soving (Wichstrøm, 2007).

1.2. Prevalens og konsekvenser

Fra 12-13-årsalderen av ser man en økning i depressive symptomer (Ge, Conger & Elder, 2001). Costello, Copeland og Angold (2011) har gått gjennom internasjonale studier og funnet at 3,1-7,2 % av ungdom mellom 12 og 19 år møtte kriterier for ulike depressive

lidelser. I et norsk utvalg av ungdom gjaldt dette 1-6,3 % (Sund, Larsson & Wichstrøm, 2011). Når det gjelder depressive *symptomer* har Kessler, Avenevoli og Merikangas (2001) gått gjennom internasjonale studier og funnet at 20-50 % av ungdom i alderen 11 til 18 år sliter. I et norsk utvalg av 13-19-åringer gjaldt dette 10,2 % (Derikman-Eiron et al., 2011).

Forskning viser at før tenårene er kjønnsfordeling i forekomst av depressive symptomer og lidelser lik, eller at gutter sliter noe mer (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Forskning spriker på akkurat når dette skjer, men fra tidlige tenår av sliter flere jenter enn gutter med depresjonssymptomer, vist både i internasjonale (Angold, Costello & Worthman, 1998; Ge et al., 1994; Ge et al., 2001; Wade, Cairney & Pevalin, 2002) og i nasjonale utvalg (Larsson, Ingul, Jozefiak, Leikanger & Sund, 2016; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2001). Kjønnsforskjellen holder seg stabil (Wichstrøm, 1999), eller øker (Ge et al., 1994), senere i tenårene, og varer ut i voksenlivet (Kuehner, 2003).

Det å ha depresjonssymptomer i ungdomstiden har ulike konsekvenser. De er *i seg selv* belastende for psykososial fungering (Derikman-Eiron et al., 2011). I tillegg øker risiko for depressiv lidelse som voksen, som igjen er assosiert med tilbakevendende episoder (Carr, 2006) og langvarig sykefravær (Knudsen, Harvey, Mykletun & Øverland, 2013). Det er også vist at 9-13-åringer med depressiv symptomer ikke kjente seg aksepterte av jevnaldrende (Zimmer-Gembeck, Hunter & Pronk, 2009), samt at depresjonssymptomer hos 13-årige jenter førte til dårligere sosial kompetanse et år senere (Obradović & Hipwell, 2010). En studie fant at konsekvensene var verre for guttene enn jentene i utvalget (Derikman-Eiron et al., 2011). De hadde lavere subjektiv velvære og selvfølelse, og dårligere sosial og akademisk fungering.

Det skjer altså en økning av depresjonssymptomer i tidlige tenår, og det er noe uklart nøyaktig når kjønnsforskjellen viser seg. Depresjonssymptomer har konsekvenser for begge kjønn. Samlet peker dette mot viktigheten av forebyggende studier i tidlige tenår.

1.3. Kontinuerlig måling av depressive symptomer

I en kategorisk tilnærming til klassifisering av depresjon regnes en person kun som deprimert (med klinisk depresjon) dersom han/hun har et symptomnivå som når en viss terskel. I en kontinuerlig dimensjonal tilnærming (Essau & Ollendick, 2009) måles forskjeller mellom personer kvantitativt etter avvik i symptomnivå. Depressive symptomer måles uten å eksplisitt skille mellom klinisk versus subklinisk depresjon. En slik kontinuerlig tilnærming anvendes i denne studien. Derfor er de teoretiske modellene som brukes gjennom oppgaven ikke knyttet opp mot klinisk depresjon spesielt, men depresjonssymptomer generelt.

2. Teoretiske modeller

I denne oppgaven er utviklingspsykopatologisk perspektiv (Cicchetti, 2006) et overordnet rammeverk for forståelsen av utvikling av depresjonssymptomer i tidlige tenår. Dette perspektivet vektlegger hvordan det ytre sosiale miljøet (familie, jevnaldrende og skolemiljø) påvirker individet, og hvordan individet samtidig påvirker miljøet. Stress kan delvis forklare økningen (Ge et al., 1994) og kjønnsforskjellen (Hankin et al., 2007) i depresjonssymptomer i tidlige tenår. Samtidig fører ikke alltid stress til psykopatologi. Grant og medarbeidere (2006) fremhever at forskning bør undersøke både spesifikke stressorer, og hvilke mekanismer som ligger bak samspillet mellom ulike stressorer. Eksempler på slike mekanismer er *mediatorer* som forklarer og *moderatorer* som påvirker forholdet mellom stress og depresjon (Grant et al., 2003). Denne oppgavens teoretiske modeller er i tråd med en slik oppfordring. Nedenfor vil jeg først presentere to stressmodeller som foreslår ulike mekanismer i sammenhengen mellom stress og depresjon (Hankin & Abramson, 1999; Hankin et al., 2007; Rudolph, 2002). Deretter vil jeg presentere to interpersonlige modeller for depresjonsutvikling hos ungdom (Harter, 2012; Rudolph, 2009). Jeg vil deretter bruke disse fire modellene i forståelse av tidligere empiri, utforming av problemstillinger, og den herværende studiens resultater.

2.1. Stress-eksponeringsmodell og stress-reaktivitetsmodell

Psykologisk stress kan defineres som «...a particular relationship between the person and the environment that is appraised by the person as taxing or exceeding his or her resources and endangering his or her well being» (Lazarus & Folkman, 1984, s. 19). Det er fremmet to distinkte, men ikke motstridende, konseptuelle modeller for forholdet mellom stress og depresjon. *Stresseksponeringsmodellen* hevder at de som eksponeres for stress er mer utsatt for å utvikle depresjon. *Stressreaktivitetsmodellen* hevder at når man først er eksponert for stress, er noen mer depressivt reaktive enn andre (Hankin & Abramson, 1999; Hankin et al., 2007; Rudolph, 2002). Modellene brukes ofte for å belyse kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer. *Stresseksponeringsmodellen* hevder at jenter blir mer deprimerte fordi de opplever mer stress – altså ikke bare at jenter opplever mer stress, men at det forhøyede stressnivået forklarer (medierer) kjønnsforskjellen i depressive symptomer. *Stressreaktivitetsmodellen* hevder at i møte med stress blir jenter mer depressivt reaktive enn hva gutter blir; kjønn moderer sammenhengen mellom stress og depresjon.

2.2. Interpersonlige modeller

Rudolph (2009) og Harter (2012) har på bakgrunn av tidligere empiri og teori utviklet mer omfattende interpersonlige modeller for depresjonsutvikling hos ungdom generelt og hos jenter spesielt. I denne oppgaven anvendes noen aspekter av modellene.

Rudolph (2009) har utviklet en interpersonlig modell for utvikling av depresjon hos ungdom. I modellen fremheves hvordan samspillet mellom (a) karakteristikker hos ungdommen, (b) risikofaktorer i sosial kontekst, og (c) normative overganger, gir økt risiko for depresjon. En karakteristikk hos ungdommen kan være relasjonell orientering (være omsorgsfull, ha empati og tilhørighetsorienterte mål, vie oppmerksomhet til og investere i relasjoner). En annen karakteristikk hos ungdommen kan være negative indre arbeidsmodeller. Disse kommer fra tidlige usikre tilknytningsrelasjoner, for eksempel samspill der omsorgsgiver ga upålitelig og inkonsekvent respons (Cassidy & Shaver, 2008). Arbeidsmodellene kan bestå av at man ikke er verdt å bli elsket, eller at andre ikke er til å stole på eller at de ikke vil respondere ved behov (Bowlby, 1982). Risikofaktorer i sosial kontekst kan være lite sosial støtte fra venner og foreldre. Normative overganger kan være fysisk og kognitiv utvikling, og nye sosiale forventninger.

Harter (2012) har utviklet en interpersonlig modell for utvikling av selvfølelse og depresjonssymptomer mer spesifikt i tidlige tenår. Modellen bygger på at kognitiv utvikling i tidlige tenår gjør at selvet adskilles i *selvdomener*: selvrepresentasjoner i områder av ungdommens liv som nettopp er viktigst for ungdommen selv. Her tar modellen utgangspunkt i James (1892) sitt perspektiv om at den globale selvfølelsen defineres av kongruens/diskrepans fra idealselvet i de områdene av livet som er viktigst for personen selv. I tidlige tenår skjer en dramatisk økning i sosial bevissthet (Harter, 2006), som gjør ungdommen mer selvbevisst på hva andre synes om ens egenskaper. Andres evaluering legger grunnlaget for selvfølelsen. Her bygger modellen på Cooleys (1902) perspektiv om at det betydningsfulle andre mener om en, innarbeides i ens personlige verdi. Den sosiale bevisstheten bidrar også til at de selvdomenene som er viktigst for ungdommen selv i stor grad bestemmes av omverdenen. Den sosiale bevisstheten gjør også at ungdommen bekymrer seg mer enn før i livet om det er kongruens/diskrepans fra selvidealer i de viktige selvdomenene (Harter, 2012). Diskrepansen vil øke. I tidlige tenår er viktige selvdomener relatert til foreldre (moral, skoleprestasjon) og jevnaldrende (fysisk utseende, være lett å like, være god i sport). Lite sosial støtte fra venner og foreldre gir økt diskrepans og lav selvfølelse (for eksempel et negativt kroppsbilde) innen respektive selvdomener (Harter, 2012).

Papadakis og Strauman (2011) hevder diskrepans fra idealselvet oppleves stressende og at dette stresset øker risiko for depresjon. Dette selvreguleringsperspektivet knytter diskrepansbegrepet sammen med psykologisk stress, slik det er definert av Lazarus og Folkman (1984, se avsnitt 2.1.). Derfor er dette perspektivet forenelig med, og vil gjennom oppgaven anvendes som et supplement til, de overnevnte stressmodellene og interpersonlige modellene.

2.3. Oppsummering

Eksponerings- og reaktivitetsmodeller er åpne teoretiske rammeverk som kan brukes for å undersøke og forstå hvordan ulike spesifikke stressorer fører til at flere jenter enn gutter sliter med depresjonssymptomer. De interpersonlige modellene for depresjonsutvikling hos ungdom fremhever faktorer som skal undersøkes i den foreliggende oppgaven: kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte. De teoretiske modellene, inkludert perspektiver på stress, fysisk og kognitiv utvikling, diskrepans fra idealselvet, indre arbeidsmodeller og relasjonell orientering,¹ blir viktige i forståelse av empiri og utforming av problemstillinger, samt i diskusjonen av denne studiens resultater.

¹ Gjennom oppgaven går jeg ikke inn i skillet mellom risiko versus sårbarhet og beskyttelse versus motstandsdyktighet (von Tetzchner, 2012). Der det er relevant, bruker jeg begrepene risiko og beskyttelse om faktorer som minker/øker sannsynligheten for å utvikle depresjonssymptomer.

3. Gjennomgang av relevant forskning

I det følgende vil jeg belyse depresjonsutvikling i tenårene ved å forklare hvordan kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte kan sees i sammenheng med de overnevnte stressmodeller (Hankin & Abramson, 1999; Hankin et al., 2007; Rudolph, 2002) og interpersonlige modeller (Harter, 2012; Rudolph, 2009), supplert av et selvreguleringsperspektiv (Papadakis & Strauman, 2011). Jeg vil gjøre dette ved å utbrodere og integrere de teoretiske modellene og knytte dem opp mot relevant empiri.

3.1. Negativt kroppsbilde

3.1.1. Negativt kroppsbilde og depressive symptomer i tidlige tenår

I Harters (2012) interpersonlige modell er fysisk utseende et viktig selvdomene i tidlige tenår. Selvbevissthet øker dramatisk. Dette innebærer at andres meninger om ungdommen i større grad brukes som grunnlag for selvevaluering (Harter, 2006). Derfor blir unge tenåringer mer opptatt av om det er kongruens eller diskrepans mellom det virkelige selvet og idealselvet om å ha et visst fysisk utseende, og negativt kroppsbilde øker. Papadakis og Straumans (2011) selvreguleringsperspektiv fremhever at diskrepans (her: negativt kroppsbilde) er stressende, og derfor øker risiko for depresjon. Harter (2012) hevder sammenhengen mellom negativt kroppsbilde og depresjonssymptomer er spesielt sterk fordi fysisk utseende alltid er på utstilling. Negativt kroppsbilde blir slik en kontinuerlig stressor i møte med andre mennesker, spesielt jevnaldrende. Andre selvdomener, som å være god i sport, er mer kontekstspesifikke. I sin forklaring av hvorfor idealet om å ha et visst fysisk utseende i tidlige tenår er blitt så viktig, fremhever Harter (2012) at unge tenåringer er svært opptatt av å følge samfunnets standarder, og at de er kognitivt utviklet til å internalisere dem. I tillegg signaliserer fysiske endringer relatert til puberteten at voksenlivet nærmer seg, og ungdommen ser til voksnes skjønnhetsideal, formidlet av media. Dette er tynnhet for jenter, tynnhet og muskler for gutter.

Davison og McCabe (2006) fant at negativt kroppsbilde i tidlige tenår førte til en mer negativ selvfølelse. Andre har funnet at hos 12-18-åringer sammenfalt negativt kroppsbilde med (Dooley, Fitzgerald & Giollabhui, 2015), og predikerte økning i (Paxton, Neumark-Sztainer, Hannan & Eisenberg, 2006), depressive symptomer. Zumpf og Harter (1989, sitert av Harter, 1999) fant at flertallet av ungdom i tidlige tenår baserte sin globale selvfølelse på hvor fornøyd de var med utseende. Andre (Mendelson, White & Mendelson, 1996;

Tiggerman, 2005) har funnet at negativt kroppsbilde predikerer lav selvfølelse over tid.

Negativt kroppsbilde er altså en sentral risikofaktor for depresjonssymptomer i tidlige tenår. Dette kan komme av at fysisk utseende er et viktig selvdomene i denne alderen. Dette stammer fra et samspill mellom press fra samfunnet, fysisk og kognitiv utvikling. Å ikke nå opp til nye skjønnhetsideal (diskrepans) kan gi stress og depresjon. I tillegg er det ytre selv et alltid på utstilling, og et eventuelt negativt kroppsbilde blir et kontinuerlig stress.

3.1.2. Negativt kroppsbilde og kjønnsforskjellen i depressive symptomer

Rudolph (2009) sin interpersonlige modell har som mål å både forklare økningen i depressive symptomer hos ungdom, men også den begynnende kjønnsforskjellen som viser seg i tidlige tenår. I følge modellen blir jenter mer deprimerte i tenårene på grunn av måten miljøet responderer på kroppslige endringer som skjer hos jenter i puberteten. Disse endringene, som «valpefett» og bredere hofter, er sosialt lite ønskelige. Diskrepansen fra tynnhetsidealet gjør at jenter oftere har negativt kroppsbilde enn gutter. Harter (2012) har på sin side fremhevet at jenter utsettes for et sterkere kroppspress enn gutter, og vil oftere oppleve at de må ha et visst fysisk utseende for å bli akseptert. Det er slik naturlig å anta at negativt kroppsbilde er stressende for jentene. Disse perspektivene er forenelige med en eksponerings- og reaktivitetsmodell for negativt kroppsbilde og kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer.

Forskning støtter en eksponeringsmodell der det at jenter har et mer negativt kroppsbilde enn gutter kan bidra til å forklare kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer. Studier på ungdom mellom 11 og 18 år har vist at jenter rapporterer om et mer negativt kroppsbilde enn gutter (Bearman, Presnell, Martinez & Stice, 2006; Crespo, Kielpikowski, Jose & Pryor, 2010; Davison & McCabe, 2006; Kim, Kim, Kan & Shin, 2003; Murray, Rieger & Byrne, 2015; van den Berg, Mond, Eisenberg, Ackard & Neumark-Sztainer, 2010). En studie fant at gjennom tenårene økte negativt kroppsbilde kun for jentene i utvalget (Dion et al., 2015). Børresen og Rosenvinge (2003) fant at økningen gjennom tenårene skjedde hos begge kjønn, men at jenter fortsatte å ha mer negative kroppsbilder enn guttene. Studier har også vist at negativt kroppsbilde delvis forklarte/medierte kjønnsforskjellen i depressive symptomer fra tidlige tenår av (Marcotte, Fortin, Potvin & Papillon, 2002; Wichstrøm, 1999).

En reaktivitetsmodell der jenter reagerer mer depressivt på å ha et negativt kroppsbilde enn gutter har fått blandet empirisk støtte. Paxton, Neumark-Sztainer og medarbeidere (2006) fant at negativt kroppsbilde førte til mer depresjonssymptomer hos jenter, ikke gutter, i tidlige tenår. Eidsdottir, Kristjansson, Sigfusdottir, Garber og Allegrante (2014) fant at negativt kroppsbilde predikerte depresjonssymptomer for begge kjønn, men sterkest for jenter hos 16-

20-åringer. Hargreaves og Tiggermann (2004) fant at jenter fikk mest kroppsmisnøye etter å ha sett en utseendefokusert TV-reklame. Andre studier har funnet at gjennom tenårene har negativt kroppsbilde like mye å si for selvfølelsen til jenter og gutter (van den Berg et al., 2010; Davison & McCabe, 2006).

Flere studier finner at jenter har et forhøyet nivå av negativt kroppsbilde. Færre studier har undersøkt om dette forhøyede nivået faktisk *medierer* kjønnsforskjellen i depressive symptomer – altså en komplett eksponeringsmodell for kjønnsforskjellen i depressive symptomer. Empiri på reaktivitetsmodellen er blandet. Mer forskning på negativt kroppsbilde kan bidra til å forstå kjønnsforskjellen i depressive symptomer bedre.

3.2. Sosial støtte: foreldre og venner

3.2.1. Definisjon av sosial støtte og sammenheng med depresjon

Sosial støtte kan defineres som «information belonging to one or more of the following three classes: (1) information leading the subject to believe that he is cared for and loved, (2) information leading the subject to believe that he is esteemed and valued, (3) information leading the subject to believe that he belongs to a network of communication and mutual obligation » (Cobb, 1976, s. 300). Cohen og Wills (1985) fremhever omsorg (emosjonell kontakt og nærhet), anerkjennelse (bekreftelse på at ens tanker og handlinger blir forstått og respektert), tilhørighet (tilknytning til og følelse av samhørighet med og forpliktelse ovenfor hverandre) og praktisk hjelp (at hjelp er tilgjengelig ved behov). Dalgard, Bjørk og Tambs (1995) vektlegger tilknytning, gjensidig respekt og tilhørighet. Sosial støtte handler altså om hvor tydelig og sikkert det er at man er elsket og ønsket, satt pris på, og kan regne med andre ved behov (Turner & Brown, 2010). Subjektiv oppfatning av om sosial støtte er tilgjengelig har vist seg å predikere depresjon bedre enn mer objektive elementer (som hvor ofte man faktisk møter venner, eller hvor ofte foreldre faktisk gir praktisk hjelp). Dette funnet har vist seg både i studier av barn (Jackson & Warren, 2000) og av ungdom (Stice, Ragan & Randall, 2004). Den mest relevante dimensjonen å studere er således subjektivt oppfattet sosial støtte.

Thompson, Flood og Goodwin (2006) og Turner og Brown (2010) har gått gjennom tidligere studier og funnet at sosial støtte kan påvirke depresjonssymptomer på to måter: (1) en hovedeffekt der lite støtte har betydning for depresjon uavhengig stressnivå, (2) en interaksjonseffekt ved høyt stressnivå; en beskyttelse/risiko i møte med stress. Derfor bør begge effekter undersøkes.

3.2.2. Foreldre og venner er viktige kilder til sosial støtte i tidlige tenår

I Harter (2012) sin interpersonlige modell er foreldre og venner fremstilt som de viktigste kilder til støtte i tidlige tenår. Sosial støtte fra begge kilder vil påvirke selvfølelse innen selvdomener som er viktige for ungdommen. Lite støtte vil gi økt diskrepans fra selvidealer i ulike selvdomener, lav selvfølelse og depresjonssymptomer. Papadakis og Straumans (2011) selvreguleringsperspektiv fremhever at diskrepansen er stressende. Slik kan lite sosial støtte anses som en relasjonell stressor. I Rudolph (2009) sin interpersonlige modell fremheves det å ha en negativ indre arbeidsmodell som en risikofaktor for depresjon. En slik arbeidsmodell inkluderer lav selvfølelse, vanskeliggjør det å ha nære relasjoner med og å oppfatte støtte fra foreldre og venner i ungdomstiden (Rudolph, 2009), og kan hindre at ungdommen søker støtte i møte med stress fordi han/hun tror den er utilgjengelig (Thompson et al., 2006).

Studier på den stressbeskyttende effekten av sosial støtte fra venner og foreldre gjennomgås i avsnitt 3.3.2. I foreliggende avsnitt gjennomgås empiri på hovedeffekten. Forskning har vist at lite vennestøtte i tidlige tenår sammenfalt med (Myklestad, Røysamb & Tambs, 2012) og predikerte økning i (Burton, Stice & Seeley, 2004) depresjonssymptomer. Rubin og medarbeidere (2004) fant at sosial støtte fra foreldre og god vennskapskvalitet i tidlige tenår ga lavere nivå av internaliserende vansker. Studier har også funnet at dysfunksjonelle samspill med (Allen et al., 2006) og dårlig kvalitet på relasjon med venner og foreldre (Chester, Jones, Zalot & Sterrett, 2007) hadde unike sammenhenger med depresjonssymptomer (kontrollert for påvirkning av venner og foreldre). Andre studier i tidlige tenår har funnet at lite foreldrestøtte kontrollert for effekten av vennestøtte, men ikke motsatt (Stice et al., 2004; Vaughan, Foshee & Ennett, 2010), og at tilknytning med foreldre kontrollert for tilknytning med venner, men ikke motsatt (Sund & Wichstrøm, 2002), predikerte økning i depresjonssymptomer over tid.

Således kan sosial støtte sees i sammenheng med indre arbeidsmodeller fra tidlige tilknytningsrelasjoner. Viktige kilder til sosial støtte i tidlige tenår er foreldre og jevnaldrende. Lite støtte fra begge disse kildene kan gi økning i depresjonssymptomer. Hvilken støttekilde som er viktigst, og om sammenhengene med depresjonssymptomer er unike, er uavklart.

3.2.3. Sosial støtte og kjønnsforskjellen i depressive symptomer

I tillegg til å bidra til å forklare depresjonssymptomer generelt i tidlige tenår, kan sosial støtte settes i sammenheng med kjønnsforskjellen som viser seg, altså at flere jenter enn gutter sliter. Rudolph (2009) sin interpersonlige modell fremhever at fordi jenter oftere har en

relasjonell orientering, blir de mer reaktive i møte med relasjonelt stress. Modellen er dog ikke eksplisitt på om lite sosial støtte er en av formene for relasjonelt stress som jenter vil reagere sterkere på enn gutter. Modellen fremhever også at den relasjonelle orienteringen gjør at jenter oftere søker sosial støtte (Rose & Rudolph, 2006), hvilket er uforenelig med en eksponeringsmodell, der lite sosial støtte forklarer hvorfor jenter er mer deprimerte enn gutter.

Empirisk støtte for en reaktivitetsmodell, der jenter reagerer mer depressivt på lite sosial støtte, er blandet. Nilsen, Karevold, Røysamb, Gustavson og Mathiesen (2013) undersøkte samme utvalg som foreliggende studie da ungdommene var blitt 14-15 år, og fant at jentene var mer depressivt reaktive enn guttene. Andre har funnet at i tidlige tenår reagerte jenter og gutter like depressivt på usikker tilknytning med foreldre (Sund & Wichstrøm, 2002), lite sosial støtte fra foreldre (Rueger et al., 2010) og venner (Myklestad et al., 2012).

Teori om jenters relasjonelle orientering, samt tidligere studier, peker mot at jenters økte reaktivitet til lite sosial støtte kan bidra til å forklare kjønnsforskjellen i depressive symptomer. Empiriske funn er dog noe blandet, og bør undersøkes nærmere.

3.3. Sosial støtte og negativt kroppsbilde

3.3.1. Jevnaldersrelatert stress og kjønnsforskjellen i depressive symptomer

Et eget felt innen forskning på stress som forklaring på at flere jenter enn gutter sliter med depressive symptomer, har fokusert på det som på engelsk kalles *peer stress* (Rose & Rudolph, 2006). I denne oppgaven vil jeg bruke begrepet ”jevnaldersrelatert stress”, altså stress som utspiller seg i relasjon med jevnaldrende. Studier på negativt kroppsbilde og lite vennestøtte innenfor rammene av eksponerings- og reaktivitetsmodellen kan berike dette forskningsfeltet. I Harters (2012) modell øker diskrepans fra selvidealer i jevnaldersrelaterte selvdømener dersom ungdommen opplever lite vennestøtte. I følge Papadakis og Strauman (2011) er diskrepans stressende. Derfor er lite vennestøtte en jevnaldersrelatert stressor. Fordi fysisk utseende er et jevnaldersrelatert selvdømene, øker negativt kroppsbilde (diskrepans) ved lite vennestøtte (Harter, 2012). Derfor er negativt kroppsbilde en jevnaldersrelatert stressor.

Forskning på eksponeringsmodellen vedrørende jevnaldersrelatert stress og kjønnsforskjeller i depresjon har pekt mot at gutter utsettes for mer fysisk mobbing, men at relasjonell mobbing er uavklart (Rose & Rudolph, 2006). Jenter rapporterer mer av noen typer vennskapsstress (som å ha færre venner enn ønsket) (Rudolph, 2002), mens vennskapskonflikter er likt fordelt. Få studier har undersøkt mediering (Rose & Rudolph,

2006). Forskning på reaktivitetsmodellen vedrørende jevnalderrelatert stress har funnet at sammenhengen mellom depresjonssymptomer og henholdsvis vennskapsstress (se tidligere definert) og fysisk mobbing er sterkere hos jenter enn hos gutter (Rudolph, 2002). Galen og Underwood (1997) fant at jenter opplevde relasjonell mobbing som mer stressende enn det gutter gjorde, og Larson og Asmussen (1991) har fremhevet at jenter kan oppleve mer negative følelser i relasjon med jevnaldrende. Rose og Rudolph (2006) har etterspurt empiri på ulike spesifikke jevnalderrelaterte stressorer for å videre nyansere eksponerings- og reaktivitetsmodellen.

Empirisk støtte for jevnalderrelatert stress som forklaring på kjønnsforskjellen i depressive symptomer har variert etter typen stress som er blitt undersøkt. Det er etterspurt forskning på spesifikke jevnalderrelaterte stressorer. Dette gjelder mediering (ikke kun forhøyet nivå av stress) i forskning på eksponeringsmodellen, samt i reaktivitetsmodeller. Her kan kjønnsforskning på stress i form av negativt kroppsbilde og vennestøtte, bidra.

3.3.2. Sosial støtte som beskyttelse mot effekten av negativt kroppsbilde

Rudolph (2009) sin interpersonlige modell hevder at ungdom som opplever lite sosial støtte fra venner og fra foreldre er dårligere i stand til å håndtere utfordringer i overgangen til tenårene. Risikoen for depresjon øker. En slik utfordring er negativt kroppsbilde.

Det er veletablert at sosial støtte kan motvirke effekten av stress på depresjon hos unge barn og voksne. Færre studier har undersøkt senere barndom og tenår. Tilgjengelige studier peker mot at foreldre kan beskytte mot effekten av stress på depresjon i tidlige tenår (Ge et al., 1994; Ge Natsuaki, Neiderhiser & Reiss, 2009; Natsuaki et al., 2007). Hazel, Oppenheimer, Young, Technow og Hankin (2014) fant at foreldre beskyttet mot effekten som jevnalderrelatert stress, men ikke stressende livshendelser generelt, hadde på depressive symptomer. Andre fant at foreldre *ikke* beskyttet mot effekten av stress på depresjonssymptomer (Burton et al., 2004; DuBois, Felner, Brand, Adan & Evans, 1992; Sund & Wichstrøm, 2002, Zimmerman, Ramirez-Valles, Zapert & Maton, 2000). Studier har også funnet at sosial støtte fra venner svekker sammenhengen mellom stress og depresjonssymptomer i tverrsnitt, både stress i familien (Licitra-Kleckler & Waas, 1993) og stress i form av mobbing (Prinstein, Boerges & Vernberg, 2001).

Det er etterspurt forskning på den stressbeskyttende effekten av sosial støtte fra venner og foreldre målt adskilt (Hazel et al., 2014), og i forhold til spesifikke stressorer (Grant et al., 2006). Negativt kroppsbilde er som nevnt en type jevnalderrelatert stress, og flere studier har etablert sammenhengen med sosial støtte. Stice og Whitenton (2002) fant at et samlet mål på

støtte fra venner/foreldre predikerte økning i negativt kroppsbilde hos 11-15-åringer. I et utvalg av 12-16-åringer predikerte lite foreldrestøtte økning i negativt kroppsbilde sterkere enn hva vennestøtte gjorde (Bearman et al., 2006). Jones (2004) fant at lite aksept fra venner ga økt negativt kroppsbilde hos jenter. Det har ikke vært mulig å finne tidligere empiri på om sosial støtte *beskytter* mot effekten av negativt kroppsbilde på depressive symptomer.

Det er altså blandet støtte i empirien for om sosial støtte kan beskytte mot effekten av stress på depresjonssymptomer hos unge tenåringer. Det er etterspurt forskning med mer nyanserte stress- og støttebegrep. Negativt kroppsbilde er en spesifikk jevnalderrelatert stressor som bør undersøkes. Det mangler empiri på om sosial støtte fra venner og fra foreldre kan beskytte mot effekten negativt kroppsbilde har på depressive symptomer.

4. Forskningsspørsmål

Denne oppgavens målsetninger ble utarbeidet på bakgrunn av mangler og uklarheter i teori og empiri på depresjonssymptomer i tidlige tenår, både generelt sett og spesielt for jenter.

I) Studiens første målsetning var å undersøke om kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og foreldre hadde sammenhenger med depresjonssymptomer i tidlige tenår. Basert på teori og tidligere funn forventet jeg følgende:

Hypotese 1: Kjønn (det å være jente) og negativt kroppsbilde har positiv sammenheng med depresjonssymptomer, og sosial støtte fra venner og fra foreldre har negativ sammenheng med depresjonssymptomer.

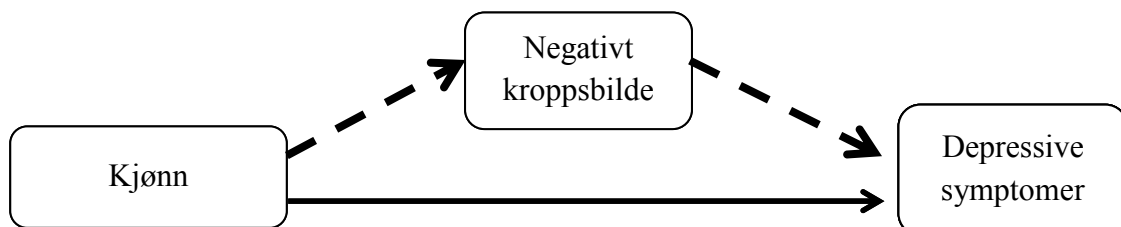
Hypotese 1 ble undersøkt på bakgrunn av at tidligere studier har vist at disse faktorene kan predikere depresjonssymptomer hos ungdom. I tillegg er det noe sprik i litteraturen på når kjønnsforskjellen kommer fram. Hypotese 1 legger grunnlag for resterende hypoteser.

II) Studiens andre målsetning var å undersøke eksponeringsmodeller for kjønnsforskjellen i depressive symptomer. Basert på teori og tidligere funn forventet jeg følgende medieringsforhold:

Hypotese 2 (figur 1): Negativt kroppsbilde medierer kjønnsforskjellen i depressive symptomer; det at jenter har mer negativt kroppsbilde enn gutter forklarer hvorfor de også har et høyere nivå av depresjonssymptomer.

Hypotese 3: Lite vennestøtte medierer *ikke* kjønnsforskjellen i depressive symptomer.

Hypotese 4: Lite foreldrestøtte medierer *ikke* kjønnsforskjellen i depressive symptomer.



Figur 1: Mediator-/eksponeringsmodell

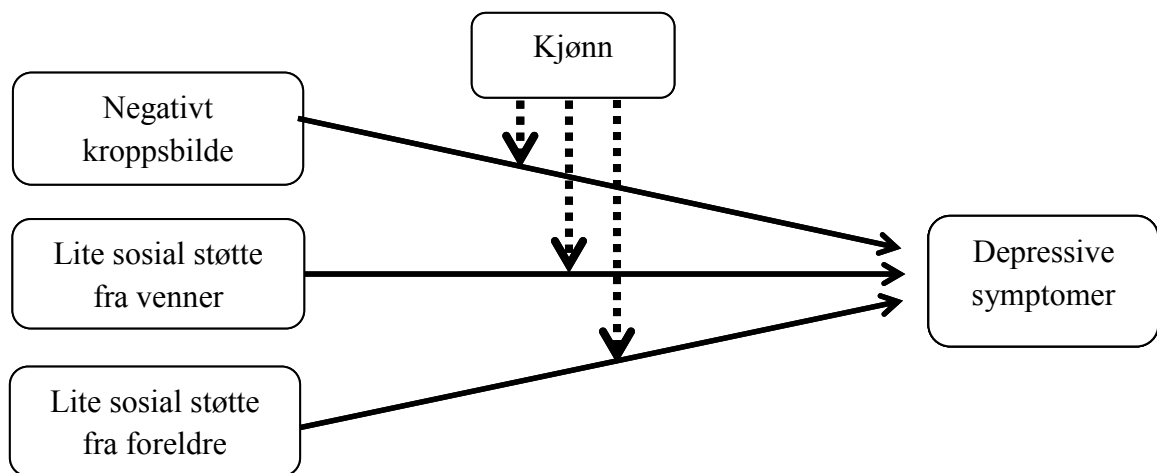
Hypotese 2-4 ble undersøkt på bakgrunn av at de fleste bare har undersøkt det første aspektet av eksponeringsmodellen, nemlig at jenter er utsatt for mer stress enn gutter, men ikke om dette forhøyede stressnivået faktisk *medierer* kjønnsforskjellen i depressive symptomer. Teori og empiri har fremhevet negativt kroppsbilde som en potensielt fruktbar risikofaktor å undersøke. Stressforskning generelt, og kjønnsforskning spesielt, inkludert kjønnsforskning på jevnalderrelatert stress, har etterspurt eksponeringsstudier på spesifikke stressorer.

III) Studiens tredje målsetning var å undersøke reaktivitetsmodeller for kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer. Basert på teori og tidligere funn forventet jeg følgende modereringsforhold (figur 2):

Hypotese 5: Kjønn modererer sammenhengen mellom negativt kroppsbilde og depressive symptomer; jenter er mer depressivt reaktive.

Hypotese 6: Kjønn modererer sammenhengen mellom lite sosial støtte fra venner og depressive symptomer; jenter er mer depressivt reaktive.

Hypotese 7: Kjønn modererer sammenhengen mellom lite sosial støtte fra foreldre og depressive symptomer; jenter er mer depressivt reaktive.

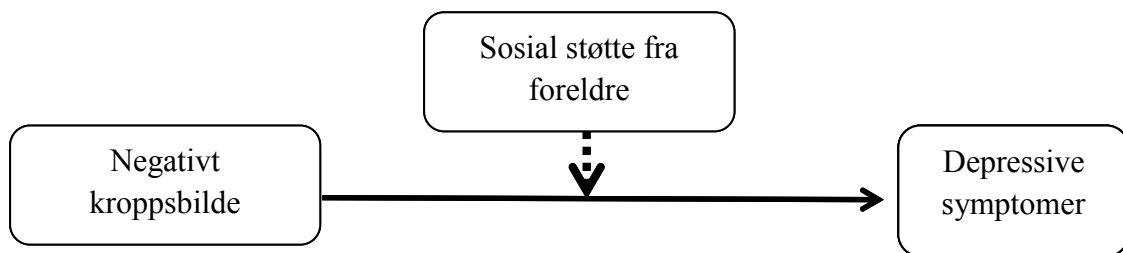


Figur 2: Moderator-/reaktivitetsmodeller

Hypotese 5-7 ble undersøkt på bakgrunn av at få studier har undersøkt reaktivitetsmodeller for kjønnsforskjellen i depressive symptomer. Negativt kroppsbilde og lite sosial støtte er fremhevet i teori og empiri som potensielt fruktbare å undersøke. Stressforskning generelt, og kjønnsforskning spesielt, inkludert på kjønnsforskning på jevnalderrelatert stress, har etterspurt reaktivitetsstudier på mer spesifikke stressorer.

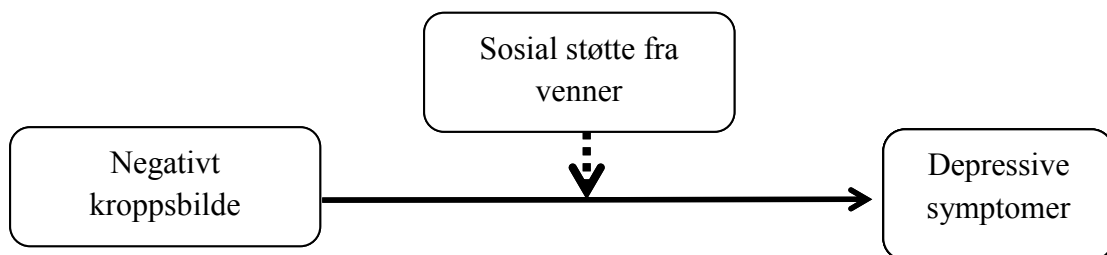
IV) Studiens fjerde målsetning var å undersøke om sosial støtte modererte sammenhengen mellom negativt kroppsbilde og depressive symptomer: om sosial støtte kunne beskytte mot effekten av negativt kroppsbilde.² Basert på teori og tidligere funn forventet jeg følgende modereringsforhold:

Hypotese 8 (figur 3): Sosial støtte fra foreldre beskytter mot effekten negativt kroppsbilde har på depressive symptomer.



Figur 3: Moderator-/reaktivitetsmodell

Hypotese 9 (figur 4): Sosial støtte fra venner beskytter mot effekten negativt kroppsbilde har på depressive symptomer.



Figur 4: Moderator-/reaktivitetsmodell

Hypotese 8-9 ble undersøkt på bakgrunn av tidligere teori og empiri som tilsier at sosial støtte fra venner og foreldre kan beskytte mot effekten av stress på depressive symptomer. Det har ikke vært mulig å finne tidligere studier som har undersøkt om sosial støtte beskytter mot effekten av negativt kroppsbilde på depresjonssymptomer.

² Begrepet "effekt" i denne hypotesen, og videre i oppgaven, bruker jeg om "statistisk effekt", ikke "kausal effekt", ettersom jeg undersøker sammenhenger mellom variabler i tverrsnitt.

5. Metode

5.1. TOPP-studien

Denne oppgaven har fått tilgang på data fra TOPP-studien («Trivsel og oppvekst – barndom og ungdomstid»). TOPP er et prospektivt longitudinelt prosjekt, med populasjonsbaserte data samlet inn i åtte runder (Kjeldsen, 2013). Prosjektet har som mål å gi kunnskap om norske barnefamilier, som igjen kan bidra til forebygging og behandling av psykiske plager hos barn, ungdom og deres foreldre. Dette inkluderer tiltak som hjelper barn å utvikle gode sosiale ferdigheter og psykiske helse, øke mestringsevne og trivsel, samt redusere symptomer på psykiske vansker hos barna og hos foreldrene (Mathiesen et al., 2007).

5.1.1. Utvalg og datainnsamling

I åtte bølger ble det samlet inn omfattende spørreskjemadata om familiers sosiale relasjoner, ressurser og belastninger i hjemmemiljø, fritidsarena og skole. Barnas gjennomsnittsaldrer på de ulike tidspunktene har vært 1,5 (T1), 2,5 (T2), 4,5 (T3), 8,5 (T4), 12,5 (T5), 14,5 (T6), 16,5 (T7) og 18,5 (T8) år. Mødre besvarte spørreskjema fra T1 til T8, fedre fra T6 til T8 og barna/ungdommene fra T5 til T8. Undersøkelsen startet i 1993. Åttende datainnsamlingsrunde ble gjennomført i 2010 (Kjeldsen, 2013). Deltagerne kom fra 19 ulike helsestasjoner på Østlandet. 87 % av brukerne responderte på spørreskjema i første runde. I de tre første rundene ble data innsamlet på helsestasjonene. I senere runder ble spørreskjema sendt hjem i posten (Mathiesen et al., 2007).

5.1.2. Etske retningslinjer

Datainnsamlingen ble godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, og Datatilsynet. De generelle retningslinjene for forskningsetikk er fulgt. Før datainnsamlingen fikk deltagerne muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet fra ansatte på helsestasjonene. Deretter fikk de skriftlig informasjon sendt hjem sammen med spørreskjema. Det ble vektlagt konfidensialitet og mulighet for å avslutte deltagelse når som helst. Etter innsamlingen fikk deltagerne skriftlig tilbakemelding i form av en generell rapport. Informasjonen gitt i studien kan ikke spores tilbake til deltagerne eller gjenkjennes, og analyser er gjort på anonymiserte data (Kjeldsen, 2013).

5.2. Utvalget i denne studien: selvrapport ved T5

Til denne hovedoppgaven ble det gitt tilgang på data fra ett av TOPP-studiens flere tidspunkt. Ungdommens rapport ved T5 (data innsamlet i 2004) er benyttet. Da var de 12-13 år (gjennomsnitt 12,5). Mors rapportering er anvendt på opplysninger som beskriver utvalget og noen potensielt konfunderende variabler. Ved T5 var 65 % av mødrene med i studien (N = 594), og 58 % (N = 547) av ungdommene fylte ut spørreskjema (Karevold, 2008).

5.2.1. Håndtering av manglende data

Manglende data på relevante variabler ble undersøkt før gjennomføring av videre analyser. To respondenter ble utelukket fordi de ikke hadde besvart noen av spørsmålene. 18 respondenter hadde systematisk mangelfulle besvarelser på skalaer for negativt kroppsbilde og/eller sosial støtte fra venner. De ble derfor utelukket fra videre analyser. Dette kan gjøres til fordel for imputering, om det er slik at man sitter igjen med nok respondenter til å se på forholdet mellom aktuelle variabler (Hair, Black, Babin & Anderson, 2010). I tillegg viste en frafallsanalyse at disse 20 respondentene *ikke* hadde signifikant høyere nivå depresjonssymptomer enn resterende utvalg ($p = 0,60$). 12 respondenter hadde systematisk unnlatt å besvare spørsmål om sosial støtte fra en av foreldrene. Det ble vurdert at dette kunne avspeile kun kontakt med en av foreldrene, enten ved å ha vokst opp med bare en av dem, og/eller at mor/far var død, og det ble besluttet å beholde disse i videre analyser. I 2004 på innsamlingstidspunkt bodde nemlig 1/4 av barn og unge i Norge med bare en av foreldrene sine (Statistisk sentralbyrå (SBB), 2005). 24 respondenter hadde unnlatt å besvare enkeltspørsmål og ble beholdt i videre analyser uten imputering eller sletting (Hair et al., 2010). Det ble beregnet gjennomsnittskårer av spørsmålenes *item mean scores*, i de tilfellene der respondentene hadde besvart et minsteantall spørsmål. Manglende gjennomsnittskårer ble i analysene håndtert med parvis eksklusjon. Således ble kun respondenter ekskludert i de tilfellene de manglet gjennomsnittskår for den spesifikke analysen som ble utført. Pallant (2010) hevder dette er en bedre metode enn listevise eksklusjon, med unntak av tilfeller der man trenger å referere til en spesifikk undergruppe respondenter for alle analysene. Blant annet øker statistisk styrke ved bruk av parvis eksklusjon. Field (2013) likestiller metodene i større grad og Peugh og Enders (2004) fremhever fordeler og ulemper ved begge³. Samlet ble 20 respondenter utelukket, og det endelige utvalget varierte fra N = 512-527 i ulike analyser.

³ Gitt uenigheter på feltet ble analysene til slutt også kjørt med listevise eksklusjon. Resultatene var tilnærmet helt like.

5.2.2. Representativitet: demografiske opplysninger og frafallsanalyser

I det endelige utvalget på N = 527 var 55 % (N = 290) jenter og 45 % (N = 237) gutter. 2/3 av mødrene var gift mens 1/3 ugift/separert/skilt/enker. Halvparten av mødrene arbeidet heltid, 1/3 deltid og resten var under utdanning/hjemmeværende/trygdet. 1/6 av mødrene «klarte seg» økonomisk, 3/4 klarte seg «bra» eller «meget bra». Mor og far hadde like lang utdanning: rundt 2/3 av hadde fullført videregående og rundt halvparten hadde tatt høyere utdanning på høyskole/universitet. Utvalget var representativt for Norges populasjon (et gjennomgående høyt utdanningsnivå; SBB, 1995; 2015). Frafallsanalyse fra T1 til T5 viste at lav utdanning hos mor, men ikke variabler som barnets kjønn, emosjonalitet og sjenertethet, urban/rural status, mors alder og psykiske plager, stress, og sosial støtte til familien, predikerte frafall over tid (Karevold, Røysamb, Ystrøm & Mathiesen, 2009). Samtidig fant Gustavson, von Soest, Karevold og Røysamb (2012) at på tross av dette endret ikke sammenhengen mellom psykologiske og relasjonelle variabler i TOPP-studien seg over 15 år (inntil T7). Således var utvalget ved T5 representativt for de undersøkte sammenhengene.

I den første innsamlingsrunden i 1993 levde 28 % av familien i store byer, 55 % i tettbygde strøk og 17 % i mer landlige områder på Østlandet (Mathiesen et al., 2007). Mathiesen (1999) fant at utvalget var rimelig representativt for barnefamilier i ulike landsdeler i Norge, sammenlignet med tilsvarende data fra Troms, Nordland, Rogaland, Østfold og Oslo. En liten andel hadde fremmedkulturell bakgrunn. Kun de som behersket godt nok norsk til å kunne fylle ut spørreskjema uten hjelp av tolk, ble inkludert (av økonomiske grunner). Derfor hadde kun 3 % av barna to innvandrereforeldre (Mathiesen et al., 2007). Dette var dog representativt for populasjonen: tilsvarende tall i 1993 var 2,2 % (B. Thorsdalen, Seksjon for befolkningsstatistikk v/SBB, e-post-korrespondanse 18.11.2015).

5.3. Operasjonalisering av variablene

5.3.1. Depressive symptomer

Depressive symptomer ble målt med The Short Mood and Feeling Questionnaire (SMFQ; Angold et al., 1995). Dette er kortversjonen av MFQ som ble utviklet for å utrede depressive symptomer hos barn og ungdom med utgangspunkt i DSM-III-R/DSM-IV-kriterier for alvorlig depressiv lidelse (American Psychiatric Association, 1994). SMFQ har 13 spørsmål om affektive og kognitive symptomer på depresjon. Høy skår indikerer høyt nivå av depresjonssymptomer (Angold et al., 1995). Ved T5 ble spørsmålet «jeg har

konsentrasjonsvansker» utelukket fordi det lignet for mye på andre spørsmål i spørreskjemaet. Ungdommene rapporterte enighet i påstander om de siste to ukene, med tre svarkategorier: «stemmer», «stemmer noen ganger» og «stemmer ikke» (se vedlegg 1). Skalaen ble konstruert ved å beregne en gjennomsnittskår hos respondenter som hadde svart på minst 6 spørsmål.

MFQ er oversatt til norsk (Humøret Ditt; Sund et al., 2001). MFQ korrelerer høyt med SMFQ ($r = 0,95$) og begge har høy alfareliabilitet (Kuo, Stoep & Stewart, 2005). Richter og Sund (2013) fremhever at det foreligger norske studier av 13-15-åringer der MFQ har gode psykometriske egenskaper. I et utvalg 13-14-åringer var test-retest-reliabilitet på 0,84 og 0,80 med tre ukers og tre måneders intervaller, og alfareliabilitet (α) 0,91 (Sund et al., 2001). Lundervold, Breivik, Posserud, Stormark og Hysing (2013) undersøkte kortversjonen (SMFQ) i et norsk utvalg av 16-19-åringer. De fant at skalaen var relativt endimensjonal og fungerte likt for jenter og gutter. I foreliggende studie var $\alpha = 0,84$.

5.3.2. Negativt kroppsbilde

Negativt kroppsbilde ble målt med en delskala hentet fra The Self-Perception Profile for Adolescents: SPPA), en skala om ungdoms selvoppfatning utviklet av Harter (1988). På delskala om Fysisk Utseende responderte ungdommene på påstander med fire svarkategorier: «stemmer svært/nokså godt» til «stemmer svært/nokså dårlig» (se vedlegg 2). Skalaen ble konstruert ved å beregne en gjennomsnittskår hos de som hadde besvart minst tre spørsmål.

Delskalaen Fysisk utseende har blitt replikert i flere studier. Thomson og Zand (2002) fant, i et afroamerikansk utvalg av ungdom i tidlige tenår, en alfareliabilitet på 0,78. Wichstrøm (1995) fant en alfareliabilitet på 0,87 i et norsk utvalg. Begge studier replikerte faktorstrukturen av Fysisk utseende som selvdomenene separat fra de andre selvdomenene målt med SPPA. I utvalget i den herværende studien hadde delskalaen en alfareliabilitet på 0,89.

5.3.3. Oppfattet sosial støtte fra venner

Sosial støtte fra venner ble målt med en delskala utviklet av Dalgard og medarbeidere (1995): Spørsmål om kvaliteten ved sosialt nettverk og sosial støtte. Her vektlegges følelse av tilknytning, gjensidig respekt og tilhørighet. Ungdommene responderte på tre påstander med fem svarkategorier: «helt/litt enig, både og, litt/helt uenig» (se vedlegg 3). Skalaen ble konstruert ved å beregne en gjennomsnittskåre av de som hadde svart på alle tre spørsmål.

I dette utvalget var alfareliabilitet 0,51, og inter-item-korrelasjon for testleddene var 0,32 (se punkt 5.4.3. for nærmere forklaring).

5.3.4. Oppfattet sosial støtte fra foreldre

Sosial støtte fra foreldre ble målt med The Parental Warmth/Involvement – delskala fra Lamborn Parenting Scale (Lamborn, Mounts, Steinberg & Dornbusch, 1991) som måler aksept, varme og involvering i ungdommens liv. Ungdommene responderte på fem identiske påstander for hver av foreldrene med to svarkategorier: «stemmer» og «stemmer ikke» (se vedlegg 4). Skalaen ble konstruert ved å beregne en gjennomsnittskår hos respondenter som hadde besvart på minst 8 spørsmål (minst tre spørsmål om støtte fra hver av foreldrene).

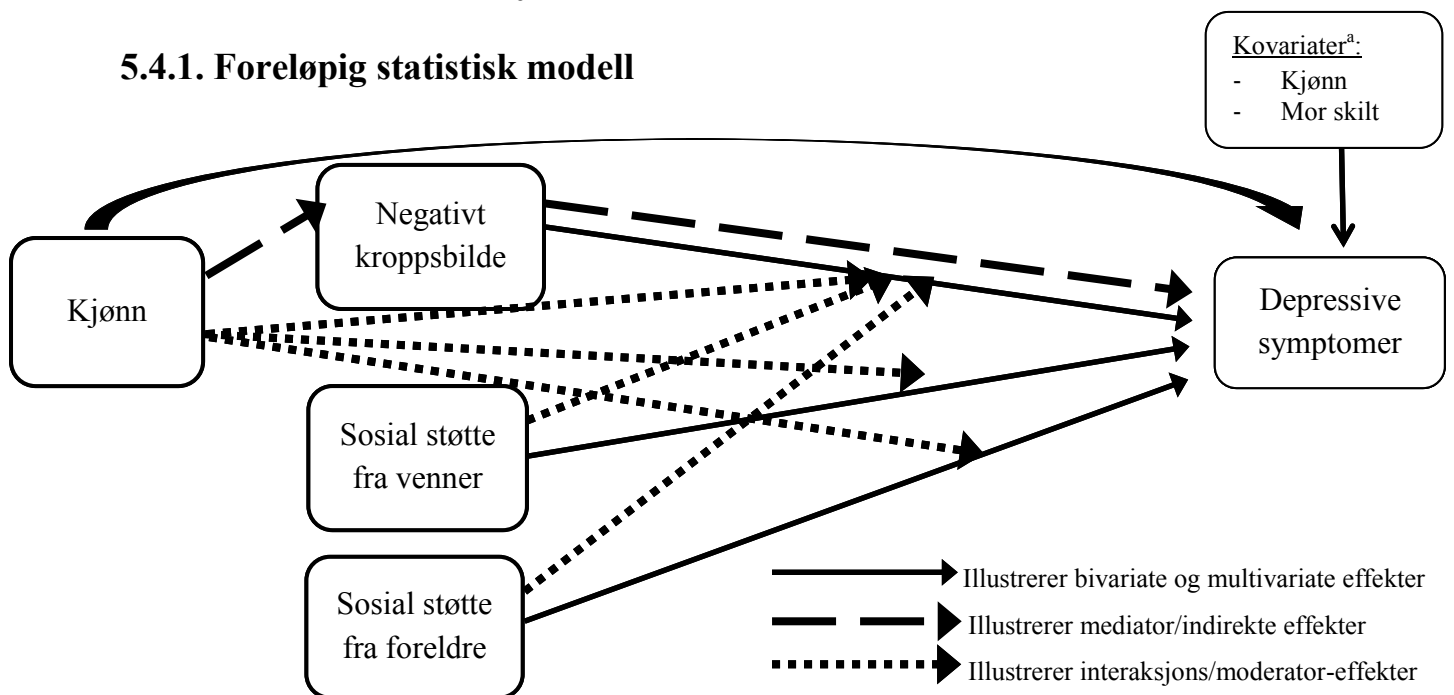
Skalaen har tilfredsstillende psykometriske egenskaper. Lamborn og medarbeidere (1991) fant indre-konsistensreliabilitet på $\alpha = 0,72$ i et amerikansk utvalg av 14-18-åringer. Adalbjarnardottir og Hafsteinsson (2001) fant $\alpha = 0,75$ i et islandsk utvalg av 14-17-åringer. Alphareliabiliteten i gjeldende utvalg var 0,72.

5.3.5. Kovariater

Inkluderte kovariater ble: mor skilt og kjønn (også undersøkt som prediktor). Lav utdanning mor/far, lav inntekt, det å ha kommet i puberteten og det å være tidligere fysisk moden ble også undersøkt (se vedlegg 5). Se avsnitt 5.4.3. og 6.1. for begrunnelse for valg av kovariater.

5.4. Statistiske analyser

5.4.1. Foreløpig statistisk modell



Figur 5: Fremstiller forventede sammenhenger mellom henholdsvis prediktorer/kovariater og utfall

^aPotensielt konfunderende kovariater.

5.4.2. Analytisk strategi

Analysene ble gjennomført med SPSS Statistics, versjon 22. Analysene kan deles inn i forberedende analyser og testdiagnostikk, og hovedanalyser. Hovedanalysene ble utført med regresjonsanalyser, med signifikansnivå $p = 0,05$ tohalede tester. I tillegg ble SPSS-makroen PROCESS benyttet, en regresjonsbasert metode (Hayes, 2013). PROCESS benyttet bootstrapping for å estimere 95 % konfidensintervaller. Effektstørrelser av bivariate sammenhenger ble beregnet med Cohens d for effekten av kjønn på standardisert mål av depressive symptomer og Pearsons produkt-moment korrelasjonskoeffisient (r) for effektene av negativt kroppsbilde og sosial støtte på kontinuerlig mål av depressive symptomer. Cohens (1992) tolkning av d og r ble fulgt. I følge denne tolkningen er liten, medium og stor effekt henholdsvis $d = 0,20$, $0,50$ og $0,80$, og $r = 0,10$, $0,30$ og $0,50$. Effektstørrelsene av indirekte effekter av dikotom variabel (kjønn) på utfall, ble beregnet med produktet av r og d : $rd = 0,02$, $0,15$ og $0,40$ (Kenny, 2015).

5.4.3. Forberedende analyser og testdiagnostikk

Indre konsistens ble brukt som mål på reliabiliteten til de ulike måleinstrumentene. Cronbachs Alpha (α) ble beregnet (Cronbach, 1951). Alphaverdi på 0,8 ble vurdert som ideell (Pallant, 2010). Etersom alphaverdier er sensitive for antall testledd i skalaen (Pallant, 2010), ble inter-item-korrelasjon undersøkt for den skalaen som kun hadde tre testledd. Briggs og Cheek (1986) anbefaler i slike tilfeller en inter-item-korrelasjon for testleddene på 0,2-0,4. Resultater fra indre konsistens-analysene og inter-item-analyse ble gjengitt i avsnitt 5.3.1.-5.3.4.

Potensielt konfunderende kovariater ble undersøkt for å eventuelt kontrollere for dem i analysene. Kovariatene ble valgt ut på bakgrunn teori og empiri (Pourhoseingholi, Baghestani & Vahedi, 2012) samt kriteriene (1) sammenheng med utfall, (2) sammenheng med prediktor, (3) ikke mediator (van Stralen, Dekker, Zoccali & Jager, 2010).

For å sikre validiteten av signifikanstester, konfidensintervaller og generalisering av regresjonsmodellene (om de gjelder populasjonen eller bare dette utvalget), ble forutsetninger for regresjon undersøkt (Field, 2013). Noen forutsetninger var oppfylt i egenskaper ved data: faktorene i studien er *kvantitative* (depressive symptomer, negativt kroppsbilde, lite vennestøtte, sosial støtte fra foreldre) og *kategoriske* (kjønn). Teoretisk ble det antatt *additivitet* og at prediktorene var relativt *ukorrelerte med ytre variabler*.

Forutsetninger om *sammenheng mellom prediktorer og utfall*, *linearitet*, *uavhengige residualer*, *homoskedastisitet*, *ikke-perfekt multikollinearitet*, *varians i variabler* og *at utliggere*

ikke påvirker signifikant, ble undersøkt med deskriptiv statistikk, korrelasjonsanalyser, testdiagnostikk av regresjonsanalysene og casewise diagnostikk av residualer. Ettersom denne studiens variabler er skjevfordelte i populasjonen, var det heller ikke forventet normalfordelte rådata. Det ble likevel brukt lineær regresjon, i tråd med at sentral-grense-teoremet hevder dette går an med store utvalg ($N > 100$). En enda mer sentral forutsetning i lineær regresjon, *normalitet i residualer* (Field, 2013), ble også undersøkt. Ved brudd på forutsetningene var det planlagt at analysene skulle undersøkes med log-transformert utfallsvariabel (Field, 2013).

5.4.4. Hovedanalyser

Multippel lineær regresjonsanalyse brukt for å estimere parametere, ustandardiserte (B) og standardiserte (Beta) regresjonskoeffisienter for variablene i de ulike regresjonsmodellene som ble undersøkt. R^2 ble brukt for å indikere hvor mye av variansen i depressive symptomer de ulike modellene forklarte. I de hierarkiske multiple regresjonsanalysene ble $R^2 \text{ change}$ brukt for å indikere hvor mye prediktoren i det andre steget la til av forklart varians. Vurdering av prediktorene betydning ble gjort ved å tolke betaverdiene (Field, 2013), og hvor mye forklart varians de multiple regresjonsmodellene ville mistet om de ulike variablene ble fjernet (kvadrert semipartiell korrelasjon) (Tabachnick & Fidell, 2013).

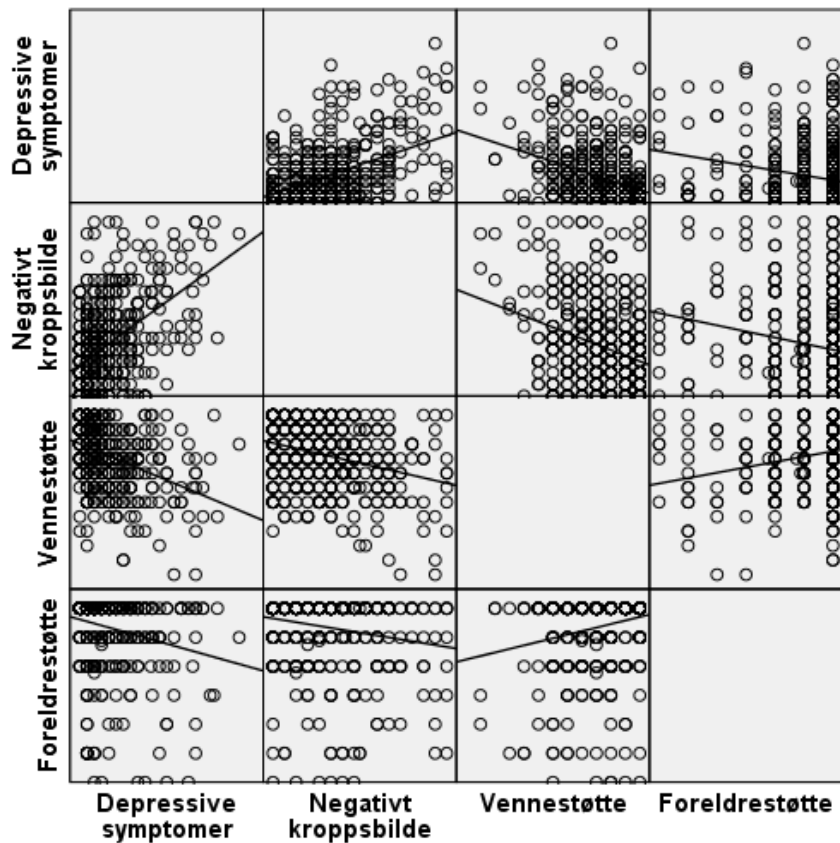
I denne studien ble det å være jente, negativt kroppsbilde, sosial støtte fra venner og fra foreldre undersøkt i forhold til depressive symptomer (hypotese 1). Bivariate sammenhenger mellom de ulike prediktorene og depresjonssymptomer ble undersøkt med korrelasjonsanalyse. Unike sammenhenger ble undersøkt med multippel regresjon (prediktorer og kovariater i ett steg). Deretter ble negativt kroppsbilde, sosial støtte fra venner og fra foreldre undersøkt i eksponeringsmodeller for kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer (hypotese 2-4). Det ble tatt utgangspunkt i Baron og Kennys (1986) fire steg for mediering og stianalyse. Kjønn, kovariat og depresjonssymptomer ble lagt inn i første steg i hierarkisk regresjon, potensiell mediator i andre steg. Gitt begrensninger med Baron og Kennys (1986) fire steg ble indirekte effekter også undersøkt nærmere ved bruk av SPSS-makro PROCESS, Model 4, utviklet av Hayes (2013). Negativt kroppsbilde, sosial støtte fra venner og fra foreldre ble også undersøkt i reaktivitetsmodeller for kjønnsforskjellen i depressive symptomer (hypotese 5-7). Til slutt ble det undersøkt om sosial støtte beskyttet mot effekten av negativt kroppsbilde på depressive symptomer (hypotese 8-9). Hypotese 5-9 ble undersøkt med moderatoranalyser. Interaksjonsledd ble konstruert av z-skårer av aktuelle variabler. Aktuelle prediktorer og kovariater ble lagt inn i første steg i hierarkisk multippel regresjon, interaksjonsledd i det andre steget.

6. Resultater

6.1. Forberedende analyser og testdiagnostikk

I forberedende analyser ble det undersøkt og valgt ut potensielt konfunderende kovariater som det deretter ble kontrollert for i regresjonsanalysene og i PROCESS. Ved gjennomgang av empiri kom det fram at følgende sosioøkonomiske faktorer ofte har blitt relatert til depressive symptomer i tenårene: lav inntekt, foreldres utdanning, mors arbeidsledighet og skilte foreldre (Eley et al., 2004; Ge, Natsuaki & Conger, 2006; Myklestad et al., 2012; Schraedley, Gotlib & Hayward, 1999; Størkesen, Røysamb, Moum & Tambs, 2005; Sund, Larsson & Wichstrøm, 2003). Studier har også funnet risikofaktorer for depresjonssymptomer som er spesielt relevante for den herværende studiens aldersgruppe. Det å oppleve at man er tidligere fysisk moden enn jevnaldrende og det å ha kommet i puberteten er risikofaktorer for depresjonssymptomer hos begge kjønn (Negriff, Fung & Trickett, 2008; Ge, Brody, Conger & Simons, 2006, Wichstrøm, 1999), og hos jenter spesielt (Ge et al., 2001). Hormonelle faktorer relatert til puberteten (Angold, Costello, Erkanli & Worthman, 1999), som kommer tidligere hos jenter (Patton & Viner, 2007), er også fremhevet som å kunne bidra til kjønnsforskjellen i depressive symptomer. Av kovariatene jeg hadde tilgang på, ble kun kovariater som i rimelig grad ble antatt å komme forut for ungdommens depresjonssymptomer undersøkt i de forberedende analysene. Disse kovariatene var: mor skilt, lav inntekt, lav utdanning mor og far, kjønn, ungdommens rapport av å ha kommet i puberteten og å oppleve at han/hun er tidligere fysisk moden enn andre. Foreldres skilsmisse og bosituasjon ble antatt å korrelere høyt. For å beholde mest mulig statistisk styrke ved å ikke ta med for mange variabler (Tabacknick & Fidell, 2013) ble derfor kun mors rapportering av å være skilt undersøkt. Overnevnte kovariater ble undersøkt i henhold til valgte kriterier for potensielt konfunderende faktorer (se avsnitt 5.4.3.). Korrelasjonsmatrisen viste at to kovariater møtte disse kriteriene: *kjønn* korrelerte med depresjonssymptomer og negativt kroppsbilde, og *mor skilt* korrelerte med depresjonssymptomer, negativt kroppsbilde og foreldrestøtte. Derfor ble det kontrollert for kjønn og mor skilt i studiens hovedanalyser (kjønn ble brukt som kovariat i analysene der den ikke ble undersøkt som prediktor).

Når det gjelder forutsetninger for regresjon, kom det fram i punktdiagram (figur 6) at de kontinuerlige variablene hadde sammenheng med hverandre og var relativt lineære (fravær av tydelig kurvlinearitet). Dette ble også undersøkt i stolpediagram.



Figur 6: punktdiagram med studiens kontinuerlige prediktorer

I deskriptiv statistikk (tabell 1) og histogrammer kom det fram at de kontinuerlige variablene hadde noe varians. I tabell 1 fremkommer det også en forventet skjevfordeling i rådata. Informasjon ikke fremvist i tabellen: N = 527 svarte på spørsmål om kjønn.

Tabell 1

Deskriptiv statistikk

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Skewness	Kurtosis
Depressive symptomer	526	1,00	2,83	1,30	0,33	1,73	3,00
Negativt kroppsbilde	524	1,00	4,00	1,86	0,71	0,88	0,42
Sosial støtte fra venner	527	1,33	5,00	4,10	0,73	-0,72	0,28
Sosial støtte fra foreldre	514	1,40	2,00	1,94	0,13	-2,41	5,66

I en korrelasjonsmatrise (tabell 2) fremkommer forventede signifikante sammenhenger og manglende multikollinearitet, da $r > 0,9$ indikerer multikollinearitet (Field, 2013).

Tabell 2

Korrelasjonsmatrise, N = 511-527

	Depressive symptomer	Kjønn ^a	Negativt kroppsbilde	Sosial støtte fra venner
Kjønn ^a	-0,11*			
Negativt kroppsbilde	0,46**	-0,17**		
Sosial støtte fra venner	-0,36**	-0,07	-0,30**	
Sosial støtte fra foreldre	-0,22**	0,03	-0,19**	-0,21**

Note. *. $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (2-halet). ^a1=jente, 2=gutt.

Casewise diagnostikk viste at mer enn 5 %, 1 % og 0 % av residualene hadde respektive z-verdier som var større enn 1,96, 2,58 og 3,29 i de ulike regresjonsmodellene. Gitt skjevfordelte rådata, ble dette vurdert som å representere reelle svar. Ingen av de potensielle utliggerne påvirket regresjonsmodellene signifikant (ingen ustandardiserte residualer hadde Cooks distance over 1). Modellene representerte altså rådata på en god måte (Field, 2013).

Testdiagnostikk av regresjonsmodellene indikerte at de var generaliserbare. I de ulike regresjonsmodellene ble manglende multikollinearitet etablert ved at gjennomsnittlige VIF-verdier var ikke betydelig over 1 og toleransestatistikene ikke var under 0,1. Durbin-Watson-statistikker på rundt 2 indikerte at residualerne var uavhengige. Der standardiserte residualer ble plottet mot predikerte verdier, fremkom ingen tydelige kurver, altså tegn på linearitet i rådata. Det fremkom noe men ikke vesentlig avvik fra homoskedastisitet og normalfordelte residualer. Analysene ble utført igjen med log-transformering. Residualene hadde lite betydelig endring (se vedlegg 5). På grunn av dette, og ulemper med transformering (Field, 2013; Grissom, 2000; Leech & Onwuegbuzie, 2002), ble regresjonsmodellene av rådata beholdt. For eksempel kan transformering fjerne effekten av potensielle utliggere, som i denne studien ikke var nødvendig fordi de potensielle utliggerne ikke påvirket modellene signifikant (se forrige avsnitt).

6.2. Hovedanalyser

6.2.1. Effekter av prediktorer

Korrelasjonsmatrisen (tabell 2) fremstiller bivariate sammenhenger. Som forventet hadde prediktorene signifikante sammenhenger med depressive symptomer. Av varians i depressive symptomer forklarte det å være jente 1,1 %, negativt kroppsbilde 21,5 %, sosial støtte fra venner 12,9 %, og sosial støtte fra foreldre 4,7 %. d som effektstørrelse for kjønn var liten ($d = -0,21$); jentenes gjennomsnittlige depresjonsskår var 0,21 standardavvik høyere enn guttenes. r som effektstørrelse for de kontinuerlige variablene indikerte at negativt kroppsbilde hadde stor effekt, sosial støtte fra venner medium effekt, og sosial støtte fra foreldre liten til medium effekt.

Prediktorenes unike sammenhenger undersøkt med multippel regresjonsanalyse er fremstilt i tabell 3. Kjønn var ikke-signifikant, resterende prediktorer var signifikante. Modellen forklarte hele 28 % av variansen i depressive symptomer.⁴ Om henholdsvis negativt kroppsbilde, sosial støtte fra venner, eller sosial støtte fra foreldre hadde blitt fjernet fra modellen, ville forklart varians ha sunket til respektive 17 %, 23 % og 27 %. Negativt kroppsbilde var den viktigste prediktoren, etterfulgt av vennestøtte, og til slutt foreldrestøtte. En slik tolkning av variabelenes betydning er i tråd med størrelsene på betaverdiene.

Tabell 3

Multippel regresjonsanalyse: prediktorenes unike effekter

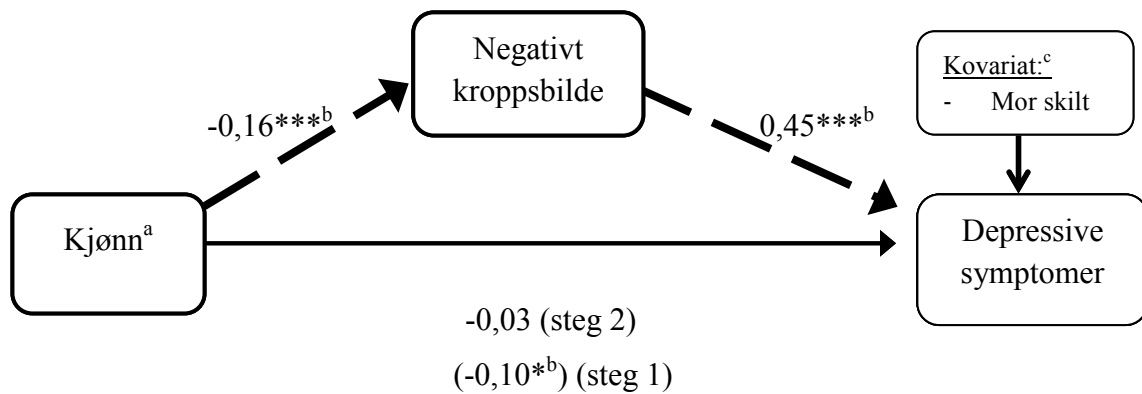
Steg 1	B	Std. Error	Beta	p -verdi
Konstant	1,97	0,22		$p=0,000$
Kjønn ^a	-0,04	0,03	-0,06	$p=0,155$
Negativt kroppsbilde	0,17	0,02	0,37	$p=0,000$
Sosial støtte fra venner	-0,10	0,02	-0,23	$p=0,000$
Sosial støtte fra foreldre	-0,25	0,10	-0,10	$p=0,015$
Mor skilt ^b	-0,01	0,03	-0,01	$p=0,852$

Note. ^a1=jente, 2=gutt, ^bPotensielt konfunderende kovariat.

⁴ Da modellen ble undersøkt uten kovariat var forklart varians fremdeles 28 %.

6.2.2. Medieringsmodeller

Hypotese 2-4 ble undersøkt med medieringsmodeller. Resultatene fra hierarkisk regresjon indikerte at sosial støtte fra venner og fra foreldre *ikke* medierte effekten av kjønn på depressive symptomer (kontrollert for foreldrestøtte var beta for kjønn = 0,10, $p = 0,025$, kontrollert for vennestøtte var beta for kjønn = -0,13, $p = 0,002$). Jenter og gutter opplevde like mye støtte fra venner og foreldre. Resultatene indikerte dog at *negativt kroppsbilde* medierte effekten av kjønn på depressive symptomer. Figur 7 fremstiller betaverdier og signifikansnivå for kjønn fra første og andre (kontrollert for negativt kroppsbilde) steg i hierarkisk regresjon. Det illustreres at kjønn ble ikke-signifikant da negativt kroppsbilde ble inkludert i modellen. Effekten av kjønn på negativt kroppsbilde og negativt kroppsbilde på depressive symptomer, ble også beregnet, og er også illustrert i figur 7. Verdiene anvendt i stianalyse stemmer med en indirekte effekt. Undersøkt med PROCESS var den indirekte effekten signifikant (beta = -0,05; bootstrap med 95 % konfidensintervall, -0,08 til -0,02), men liten (Kenny, 2015).



Figur 7: Mediering

* $p < 0,05$, *** $p < 0,001$ (2-halet). $R^2 = 0,02$ for Steg 1; R square change = 0,20 for Steg 2, sig F change = 0,000. ^a1=jente, 2=gutt, ^bdirekte effekter, kontrollert for kovariat. ^cPotensielt konfunderende kovariat.

6.2.3. Modereringsmodeller

Hypotese 5-9 ble undersøkt med modereringsmodeller. Forholdet mellom depressive symptomer og henholdsvis negativt kroppsbilde, (lite) sosial støtte fra venner og foreldre ble *ikke* moderert av kjønn (hypotese 5-7). Effekten av negativt kroppsbilde var $\beta = 0,35$ (jenter) og $\beta = 0,38$ (gutter). For sosial støtte fra venner var $\beta = -0,22$ (jenter) og $-0,24$ (gutter), for sosial støtte fra foreldre var $\beta = -0,09$ (jenter) og $-0,11$ (gutter). For interaksjonsleddet kjønn*negativt kroppsbilde var $\beta = 0,06$, $p = 0,88$, for kjønn*negativt kroppsbilde var $\beta = 0,07$, $p = 0,86$, og for kjønn*foreldrestøtte var $\beta = -0,03$, $p = 0,46$. Forholdet mellom negativt kroppsbilde og depressive symptomer ble ikke moderert av foreldrestøtte (hypotese 8, $\beta = -0,03$, $p = 0,48$), men av vennestøtte (hypotese 9).⁵ I tabell 4 fremstilles β - og p -verdi for interaksjonsleddet vennestøtte*negativt kroppsbilde. Interaksjonsleddet bidro med 0,7 % forklart varians.⁶

Tabell 4

Multippel regresjonsanalyse, Steg 2 inkludert interaksjonsledd

Steg 2	B	Std. Error	Beta	p -verdi
Konstant	1,50	0,12		$p=0,000$
Negativt kroppsbilde	0,17	0,02	0,36	$p=0,000$
Sosial støtte fra venner	-0,10	0,02	-0,23	$p=0,000$
Kjønn ^{a,b}	-0,04	0,03	-0,06	$p=0,120$
Mor skilt ^b	-0,02	0,03	-0,02	$p=0,546$
Sosial støtte fra venner*Negativt kroppsbilde ^c	-0,02	0,01	-0,09	$p=0,021$

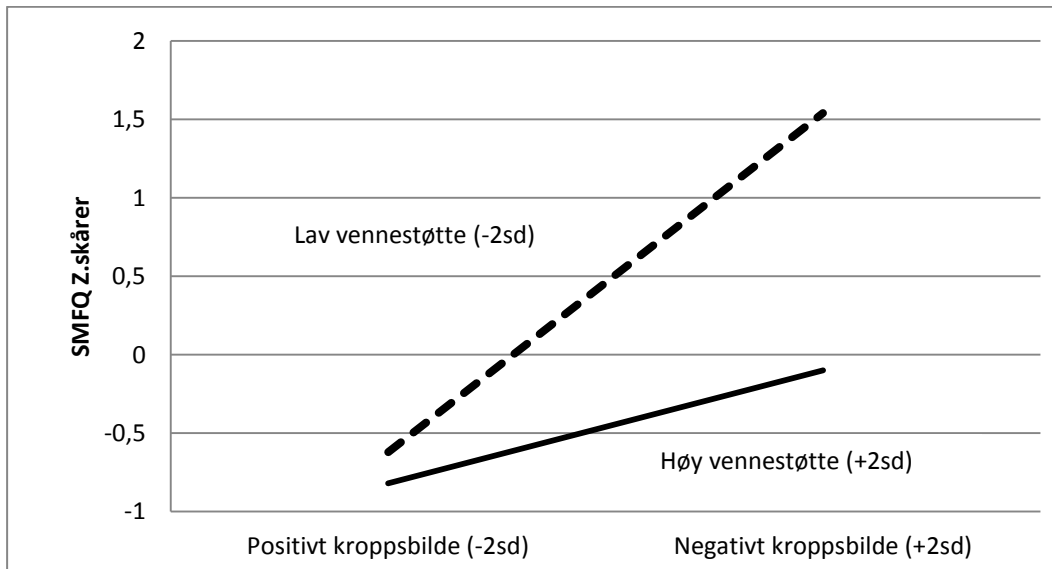
Note: $R^2 = 0,27$ for Steg 1; R square change = 0,008 for Steg 2, sig F change = 0,018. ^a1=jente, 2=gutt.

^bPotensielt konfunderende kovariater. ^cInteraksjonsledd.

⁵ Hypotese 8-9 ble også undersøkt med treveis interaksjon (om beskyttelseeffekten var forskjellig hos jenter og gutter hver for seg) på bakgrunn av at noe tidligere empiri har funnet treveis interaksjon i forhold til andre type stressorer (se for eksempel Ge et al., 1994). Heller ikke disse interaksjonsleddene var signifikante.

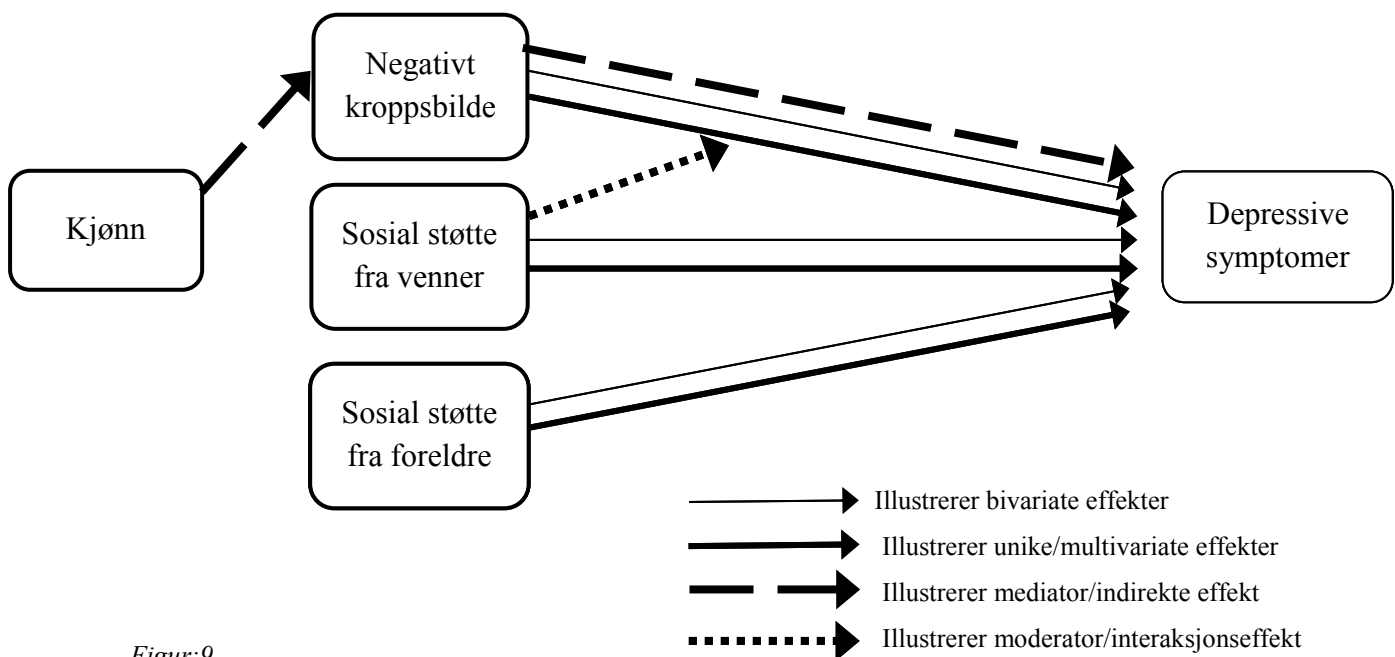
⁶ Undersøkt med log-transformert avhengig variabel, endret p -verdien på interaksjonsleddet fra 0,021 til 0,082.

Figur 8 illustrerer at ungdommer med negativt kroppsbilde som samtidig opplever lite vennestøtte, har et høyere nivå av depresjonssymptomer enn ungdommer med negativt kroppsbilde som opplever mye vennestøtte. Dette er fremstilt ved å bruke høye verdier (+2sd) og lave verdier (-2sd).



Figur 8: Moderering

6.3. Modell over signifikante sammenhenger



Figur:9

7. Diskusjon

Oppgavens overordnede mål var todelt. Det ene var å belyse mekanismer som kan ligge bak økningen i depressive symptomer i tidlige tenår. Det andre var å belyse mekanismer som kan ligge bak kjønnsforskjellen som kommer fram i samme utviklingsperiode. Disse målene ble belyst ved å undersøke sammenhengene mellom kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og fra foreldre. I det følgende vil jeg først drøfte resultatene opp mot relevant teori og empiri (7.1.). Deretter vil jeg fremheve praktiske implikasjoner av disse funnene (7.2). Til slutt vil jeg bemerke styrker og begrensninger ved studien (7.3.). Der dette er relevant, vil jeg fremheve teoretiske og empiriske implikasjoner.

7.1. Funnene sett i lys av tidligere teori og empiri

Oppsummering av funnene: Det å være jente og å ha et negativt kroppsbilde hadde positiv sammenheng, og sosial støtte fra venner og fra foreldre hadde negativ sammenheng, med depressive symptomer. Samlet forklarte variablene hele 28 % av variansen i depressive symptomer. Med unntak av kjønn var sammenhengene unike. Negativt kroppsbilde hadde sterkest sammenheng, etterfulgt av sosial støtte fra venner, og til slutt sosial støtte fra foreldre. Som forventet medierte negativt kroppsbilde sammenheng mellom kjønn og depressive symptomer. Det at jentene hadde mer negative kroppsbilder bidro altså til å forklare at de rapporterte høyere symptomnivå enn guttene. Verken sosial støtte fra venner eller fra foreldre medierte sammenheng, og jenter og gutter rapporterte om like mye sosial støtte. I *motsetning* til min forventning reagerte jentene og guttene like sterkt på henholdsvis det å ha et negativt kroppsbilde og det å oppleve (lite) sosial støtte. Sosial støtte fra venner, men ikke fra foreldre, beskyttet mot effekten av negativt kroppsbilde på depresjonssymptomer. Negativt kroppsbilde hadde altså svakere sammenheng med depresjonssymptomer hos ungdommer som opplevde mye vennestøtte versus de som opplevde lite vennestøtte.

7.1.1. Negativt kroppsbilde hadde unik sammenheng med depressive symptomer (del av hypotese 1)

Negativt kroppsbilde hadde som forventet en positiv sammenheng med depresjonssymptomer, selv kontrollert for de andre faktorene. Av alle risikofaktorene hadde negativt kroppsbilde den sterkeste sammenheng. Funnet er i tråd med studier på unge tenåringer som har funnet at

negativt kroppsbilde kan være en viktig faktor i utvikling av depresjonssymptomer (Dooley et al., 2015; Wichstrøm, 1999), oppleves viktig av ungdommer selv for det globale selvbildet (Zumpf & Harter, 1989, sitert av Harter, 1999), og predikerer lav selvfølelse over tid (Mendelson et al., 1996; Tiggerman, 2005).

Sammenhengen mellom negativt kroppsbilde og depressive symptomer kan forklares teoretisk. I Harters (2012) modell er fysisk utseende et viktig jevnalderrelatert selvdomene i tidlige tenår. Om ungdommen opplever lite vennestøtte vil diskrepans i forhold til idealet om å se ut på en viss måte, øke. I følge Papadakis og Straumans (2011) selvreguleringsperspektiv oppleves diskrepans (i dette tilfellet negativt kroppsbilde) som psykologisk stress, hvilket øker risiko for depresjon. Utseende vises alltid og negativt kroppsbilde blir en *kontinuerlig* stressor. Det at fysisk utseende er så viktig i tidlige tenår kommer blant annet av at kognitiv utvikling gir økt sosial bevissthet, inkludert sosial sammenligning av utseende (Harter, 2006). Harter (2012) fremhever videre at fysisk pubertal utvikling signaliserer at voksenlivet nærmer seg. Ungdommen ser derfor mot voksnes skjønnhetsideal. Kognitiv utvikling tillater samfunnets skjønnhetsideal, kommunisert av media, å bli internalisert som egne idealer.

Den teoretiske sammenhengen mellom jevnaldrende og negativt kroppsbilde er bekreftet av forskning som har funnet at jevnalderrelatert stress sammenfalt med negativt kroppsbilde (Murray et al., 2015), og at det å bli ertet av jevnaldrende for utseende predikerte økning i negativt kroppsbilde (Eisenberg, Neumark-Sztainer, Haines & Wall, 2006). Andre har funnet at jevnalderrelatert stress modererte (Conley & Rudolph, 2009) og medierte (Conley, Rudolph & Bryant, 2012) sammenhengen mellom tidlig pubertal modning (prediktor for negativt kroppsbilde) og klinisk depresjon. Byrne, Davenport og Mazanov (2007) har utviklet en revidert versjon av Adolescent stress questionnaire (ASQ) og fant at delskalaen «press fra jevnaldrende», inkludert spørsmål om kroppsbilde, forklarte 8,5 % av variansen i totalt stress. Tidligere forskning har også fremhevet medias rolle i økt betydning av kroppsbilde og sammenhengen med depresjonssymptomer i tidlige tenår. Media har et sterkt utseendefokus, og formidler handlingsalternativer om man er misfornøyd med utseende (Kvalem, 2007). Dette kommuniserer at utseende er noe som er under individets kontroll (Stice & Bearman, 2001), hvilket kan øke negativt kroppsbilde og depresjonssymptomer.

Foreliggende funn er altså i tråd med empiri og teori som tilsier at økning av negativt kroppsbilde i tidlige tenår kan bidra til økningen i depressive symptomer, men bør undersøkes longitudinelt. I tidlige tenår blir fysisk utseende viktig på grunn av medias utseendefokus i møte med pubertal og kognitiv utvikling. Jevnaldrende virker også å ha en betydning. Videre

forskning bør undersøke om mekanismer knyttet til media og jevnaldrende kan forklare hvorfor negativt kroppsbilde utvikles til depresjonssymptomer hos noen og ikke andre.

7.1.2. Sosial støtte fra venner og fra foreldre hadde unike sammenhenger med depressive symptomer (del av hypotese 1)

Som forventet hadde sosial støtte fra venner og fra foreldre negative sammenhenger med depressive symptomer, også kontrollert for de andre risikofaktorene. Dette er i tråd med studier som har vist at negative samspill (Allen et al., 2006) og dårlige forhold (Chester et al., 2007) med foreldre og venner var positivt relatert til depressive symptomer. I begge studiene ble det kontrollert for påvirkning av henholdsvis venner og foreldre. Foreliggende funn forlenger Burton og medarbeideres (2004) funn der verken vennestøtte eller foreldrestøtte hadde unike effekter, og kun jevnalderstøtte predikerte økning i depressive symptomer når faktorene ble undersøkt hver for seg. De forlenger også Myklestad og medarbeideres (2012) studie som fant at lite vennestøtte hadde sammenheng med depressive symptomer, men uten å kontrollere for foreldrestøtte. Samtidig strider funnene med studier av unge tenåringer der faktorene *ble* kontrollert for hverandre, og kun lite foreldrestøtte predikerte økt nivå av depressive symptomer over tid (Stice et al., 2004; Vaughan et al., 2010). Sund og Wichstrøm (2002) fant det samme når det gjaldt tilknytning, der kun tilknytning med foreldre men ikke med venner, hadde unik effekt på økning i depressive symptomer over tid. At disse studiene ikke fant unike effekter av vennestøtte kan forklares med at de brukte andre måleinstrumenter enn foreliggende studie. Stice og medarbeidere (2004) brukte Network of Relationships Inventory (NRI; Furman, 1996), med spørsmål om tilhørighet, å få råd, intimitet, kjærlighet, beundring, pålitelig allianse. Vaughan og medarbeidere (2010) brukte egenutviklede testledd (emosjonell nærhet til ens fem næreste venner). Disse skalaene inkluderte ikke negative aspekter av vennestøtte, i motsetning til vennestøtte-skalaen (Dalgard et al., 1995) anvendt i foreliggende studie. I tillegg var Stice og medarbeideres (2004) studie kun med jenter, og Vaughan og medarbeidere (2010) målte kun støtte fra mor, ikke far. Når det gjelder Sund og Wichstrøm (2002), målte de tilknytning, med Inventory of parent and peer attachment (IAAP; Armsden & Greenberg, 1987), med spørsmål om gjensidig forståelse og respekt, åpen kommunikasjon (jeg forteller om det når jeg sliter) og å kjenne seg isolert i relasjoner. De anvendte altså et mål på foreldrestøtte som også inkluderte negative aspekter, og nettopp det å kjenne seg isolert i relasjon med foreldrene var det som slo sterkest ut. Om den herværende

studien også hadde inkludert et mål på foreldrestøtte med et slikt aspekt, kan det hende foreldrestøtte i det minste ville vært mer sammenlignbar med vennestøtte.

Det at venner og foreldre fremkom som viktige kilder til sosial støtte er også i tråd med empiri som illustrerer venners og foreldres betydning i overgangen til tenårene. McGue, Elkins, Walden og Iacono (2005) fant at 11-14-åringer opplevde mer konflikt og mindre varme i relasjon med foreldre. Furman og Buhrmester (1985) fant at på tross av endringer i foreldre-barn-relasjonen da ungdom forhandler om en likere maktbalanse og mer autonomi, er foreldrene fortsatt viktige. Jevnaldrende blir samtidig mer fremtredende for sosialisering, emosjonelle erfaringer og identitetsutvikling (Larson & Ham, 1993). Rubin, Bukowski og Parker (2006) fremhever at ungdom begynner mer aktivt å skape sin egen sosiale verden, med mer selvavsløring, forsøk på å forstå andre og valg av venner med like interesser. Gavin og Furman (1989) fant at sosialt press om å være konform og populær økte i tidlige tenår. Studier har også vist at ulike former for jevnalderrelatert stress øker i tidlige tenår (Hazel et al., 2014), sammenfalt med (Dooley et al., 2015; Larson & Ham, 1993; Rudolph, 2002), og predikerte økning i (Carter, Garber, Ciesla & Cole, 2006; Hankin et al., 2007) depresjonssymptomer.

Sammenhengen henholdsvis vennestøtte og foreldrestøtte hadde med depressive symptomer kan belyses teoretisk. Tidlig tilknytning med foreldre kan forstås som tidlig oppfattet sosial støtte (Thompson et al., 2006). Usikker tilknytning utvikles til negative indre arbeidsmodeller (Bowlby, 1982). Disse inkluderer lav selvfølelse ettersom selvfølelsen endres i takt med hva man opplever at betydningsfulle andre mener om en (Alloy et al., 2001). I tenårene er viktige tilknytningspersoner foreldre (Sund & Wichstrøm, 2002) og venner (Allen, 2008). Rudolph (2009) sin interpersonlige modell fremhever at negative indre arbeidsmodeller kan gjøre det vanskeligere for ungdom å forme nære tilknytningsrelasjoner og å oppleve støtte i dem. I tråd med dette fant Dykas, Ziv og Cassidy (2008) at tidlig usikker tilknytning med foreldre gjorde at ungdom fikk mindre støtte fra jevnaldrende. Lite sosial støtte fra venner og foreldre kan i tråd med Harters (2012) modell gjøre diskrepans fra selvidealer større, og slik blir selvfølelsen i viktige selvdomener enda lavere. Diskrepansen oppleves stressende (Papadakis & Strauman, 2011), hvilket øker risiko for depresjon.

Når det gjelder foreliggende funn, er det ikke sikkert de indikerer en direkte effekt på depressive symptomer. Turner og Brown (2010) fremhever at det er vanskelig å vite om effekten av sosial støtte er en hovedeffekt, eller om den egentlig *alltid* er en interaksjonseffekt i samspill med stress som ikke ble målt. Det er mulig en ”både-og”-forklaring er gjeldende: at sosial støtte både kan ha en hovedeffekt, og beskytte mot effekten av stress. Sosial støtte kan også beskytte mot noen typer stress og ikke andre (Grant et al., 2006).

Foreliggende funn er i tråd med empiri og teori der foreldre fortsatt er viktige i tidlige tenår, mens venner samtidig har fått økt betydning. Tidlige negative indre arbeidsmodeller kan gjøre det vanskeligere å forme og å oppfatte sosial støtte fra nære tilknytningsrelasjoner i tenårene. I tillegg kan det å ikke oppleve støtte kjennes stressende. Både lav selvfølelse og relasjonelt stress øker risiko for depresjonssymptomer. Det er uklart om sammenhengene i foreliggende studie er uttrykk for hovedeffekter eller beskyttende effekter i forhold til umålt stress. Interaksjonseffekter i forhold til ulike spesifikke stressorer bør undersøkes nærmere. Hovedeffekter og interaksjonseffekter bør også undersøkes longitudinelt.

7.1.3. Kjønnforskjell i depressive symptomer (del av hypotese 1)

Som forventet hadde det å være jente positiv sammenheng med depressive symptomer i denne studiens utvalg av 12-13-åringer. Dette er i tråd med empiri som har funnet kjønnforskjellen fra 13-årsalder av (Angold et al., 1998; Ge et al., 1994; Ge et al., 2001; Sund et al., 2001), og helt ned i 10-12-årsalderen (Larsson et al., 2016; Marcotte et al., 2002). Funnet forlenger empiri der kjønnforskjellen først dukket opp et sted mellom 13 og 14 år (Wichstrøm, 1999) og ved 14-års-alder (Wade et al., 2002). Det er i tråd med teorier som fremhever at jenters økte eksponering til og reaktivitet til relasjonelt stress i tidlige tenår kan gjøre at de får mer depressive symptomer enn gutter (Hankin et al., 2007).

Da det ble kontrollert for negativt kroppsbilde, lite vennestøtte og lite foreldrestøtte, var ikke det å være jente lenger relatert til depressive symptomer. Dette gir mening, fordi empiri (Marcotte et al., 2002; Wichstrøm, 1999) og teori (Rudolph, 2009) peker mot at noe av grunnen til at flere jenter enn gutter er deprimerte, er at jenter har et mer negativt kroppsbilde.

7.1.4. Delvis støtte for eksponeringsmodellen: negativt kroppsbilde medierte kjønnforskjellen i depressive symptomer (hypotese 2-4)

Jentene i studien hadde mer negative kroppsbilder enn guttene, hvilket bidro til å forklare kjønnforskjellen i depresjonssymptomer (eksponeringsmodellen). Dette er i tråd med forskning på ungdom som indikerer at jenter sliter mer med negativt kroppsbilde enn gutter (Bearman et al., 2006; van den Berg et al., 2010; Crespo et al., 2010; Davison & McCabe, 2006; Kim et al., 2003; Murray et al., 2015) og at negativt kroppsbilde delvis medierte kjønnforskjellen (Marcotte et al., 2002; Wichstrøm, 1999). Foreliggende studie fant også at jentene og guttene rapporterte om like mye sosial støtte, og at støtte ikke medierte kjønnforskjellen i depresjonssymptomer. Dette er i tråd med norske studier som har funnet at

jenter og gutter rapporterte om like mye sosial støtte fra venner og foreldre (Myklestad et al., 2012; Oppedal, Røysamb og Sam, 2004; Rueger, Malecki & Damarai, 2010), men i strid med amerikanske studier som har vist at jenter oftere oppsøker vennestøtte (Rose & Rudolph, 2006) og har flere positive samspill med jevnaldrende (Gavin & Furman, 1989). Dette kan avspeile at Norge er et mer likestilt land enn USA, eller at kjønnsforskjellen kommer senere.

Funnene bidrar til empiri på eksponeringsmodellen der jenters økte stresseksposering forklarer kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer. Her mangler det nemlig studier på spesifikke stressorer (som her: negativt kroppsbilde), og studier på mediering, ikke bare eksponering (Hankin et al., 2007). At negativt kroppsbilde og lite vennestøtte ble undersøkt bidrar også til forskning på eksponeringsmodellen for kjønnsforskjellen i depressive symptomer som fokusert på spesifikke *jevnalderrelaterte* stressorer (Rose & Rudolph, 2006).

Ulike teoretiske modeller kan bidra til å forklare hvorfor negativt kroppsbilde, men *ikke* venne- eller foreldrestøtte, delvis medierte kjønnsforskjellen i depressive symptomer. Når det gjelder negativt kroppsbilde som potensiell mediator, er det relevant at Rudolph (2009) sin interpersonlige modell innarbeider *kjønnsadditiv modell* for kjønnsforskjellen i depresjon (Bearman & Stice, 2008; Stice, Hayward, Cameron, Killen, & Taylor, 2000). Kjønnsadditiv modell fremhever at jenter opplever mer kroppspress enn gutter. I tillegg er kroppslige pubertale endringer hos jenter (økt vekt og kroppsfett) lite sosialt ønskelige. Endringer hos gutter (mer høyde, muskler) *er* derimot sosialt ønskelige. Når jenter beveger seg fra sitt tynnhetsideal (diskrepans) utvikles kroppsbilde- og spiserelaterte risikofaktorer for depresjon, som negativt kroppsbilde. Jenter får *flere* slike risikofaktorer (eksponeringsmodeller) og reagerer sterkere på dem (reaktivitetsmodeller). Modellens eksponeringsaspekt har empirisk støtte. McCabe, Ricciardelli og Ridge (2006) fant at jenter mottok flere negative og positive budskap om utseende fra media, familie og venner, hvilket ga økt kroppsfokus. Gutter mottok sjeldnere budskap om kropp, og om det skjedde handlet det om *funksjonalitet*. Dion og medarbeidere (2015) fant at gutter er mest fornøyd med utseende ved gjennomsnittsvekt, jenter ved undervekt. Wichstrøm (1999) fant at misnøye med å få hofter og former delvis medierte sammenhengen mellom negativt kroppsbilde og depresjonssymptomer hos jenter. Det at verken (lite) venne- eller foreldrestøtte forklarte jentenes forhøyede nivå av depressive symptomer er i tråd med Rudolph (2009) sin interpersonlige modell. Den fremhever at jenters relasjonelle orientering gjør at de oftere, ikke mer sjeldent, oppsøker og opplever sosial støtte.

Som forventet medierte negativt kroppsbilde, men verken lite venne- eller foreldrestøtte, delvis sammenhengen mellom kjønn og depresjon. Foreliggende funn gir slik delvis støtte til eksponeringsmodellen som forklaring på hvorfor jenter rapporterer mer

depressive symptomer fra tidlige tenår av. Studien bidrar med kunnskap om hvilke spesifikke stressorer som kan/ikke kan bidra med å forklare kjønnsforskjellen. Negativt kroppsbilde som mediator, og eventuelt andre former for relasjonelt stress, bør undersøkes longitudinelt.

7.1.5. Reaktivitetsmodellen ble *ikke* støttet: jenter og gutter hadde like depressive reaksjoner på studiens prediktorer (hypotese 5-7)

I mot min forventning modererte *ikke* kjønn forholdet mellom studiens prediktorer og depresjonssymptomer. Disse nullfunnene er i strid med forskning som har funnet at negativt kroppsbilde ga en økning i depresjonssymptomer (Paxton, Neumark-Sztainer, et al., 2006) og klinisk depresjon (Bearman & Stice, 2008) for jenter men ikke for gutter i tidlige tenår. De er også i strid med en studie som fant at negativt kroppsbilde hadde sterkere sammenheng med depressive symptomer hos jenter enn gutter i 16-20-årsalderen (Eidsdottir et al., 2014). Nullfunnene er også i strid med Nilsen og medarbeidere (2013) som undersøkte samme utvalg som foreliggende studie da ungdommene var blitt 14-15-år. De fant at kjønn modererte sammenhengen mellom lite vennestøtte og økning i depressive symptomer; det skjedde altså en endring fra tidlige til midtre tenår. Foreliggende nullfunn er i *tråd* med studier som har funnet at negativt kroppsbilde kan være et betydelig problem for gutter (Børresen & Rosenvinge, 2003), kan påvirke selvbilde til jenter og gutter like sterkt (van den Berg et al., 2010; Davison & McCabe, 2006), og like ofte føre til depresjonsdiagnose hos jenter og gutter (Eberhart, Shih, Hammen & Brennan, 2006). Resultatene forlenger disse studiene ved å vise at jenter og gutter også kan reagere like sterkt på negativt kroppsbilde i forhold til depressive *symptomer*. De er i tråd med studier der jenter og gutter i tidlige tenår reagerte like sterkt på lite sosial støtte fra venner (Myklestad et al., 2012), foreldre (Rueger et al., 2010) og usikker tilknytning med foreldre (Sund & Wichstrøm, 2002). Funnene bidrar med empiri til forskningsfeltet som undersøker reaktivitetsmodellen for kjønnsforskjellen i depressive symptomer (Hankin et al., 2007). Funnene om negativt kroppsbilde og lite vennestøtte bidrar til reaktivitetsforskning som har hatt fokus på *jevnalderrelatert* stress (Rose & Rudolph, 2006; Rudolph, 2002). I begge tilfeller mangler forskning på spesifikke stressorer.

Nullfunnene står i strid med reaktivitetsaspektet av kjønnsadditiv modell for depresjon (Bearman & Stice, 2008; Stice et al., 2000) som hevder jenter reagerer *sterkere* på å ha et negativt kroppsbilde. Smolak (2004) har foreslått at en mulig mekanisme for hvorfor jenter reagerer mer depressivt på å ha et negativt kroppsbilde, er at utseende er mer innarbeidet i jenters selvbilde gitt flere år med kroppspress. Funnene står også i strid med Rudolph (2009)

sin interpersonlige modell som hevder jenters relasjonelle orientering gjør at de reagerer sterkere på relasjonelt stress i tidlige tenår. I møte med relasjonelt stress (som lite sosial støtte) gir orienteringen økt risiko for depresjon (via økt bekymring om man blir anerkjent eller forlatt av venner). Denne teoretiske antagelsen er støttet av forskning som har funnet at relasjonelt stress hadde sterkere sammenheng med depresjon hos jenter enn hos gutter (Rudolph et al., 2000; Rudolph & Hammen, 1999). Andre har funnet at ungdom med aspekter av relasjonell orientering, som sensitivitet for avvising (Downey, Lebolt, Rincón & Freitas, 1998) og med sterkt behov for anerkjennelse (Rudolph, Caldwell & Conley, 2005) hadde mer depressive reaksjoner i møte med relasjonelt stress. Den herværende studiens nullfunn er også i strid med Papadakis og Straumans (2011) selvreguleringsperspektiv. Om utseende (Smolak, 2004) og nære relasjoner (Rudolph, 2009) er viktigere selvidealer for jenter enn gutter, vil diskrepans fra slike idealer være mer stressende for jenter. Således indikerer foreliggende funn at utseende og sosiale relasjoner ikke *er* viktigere for jenter. Andre forklaringer er at prosesser som er involvert i kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer først viser seg først i midtre tenår (Bearman & Stice, 2008), at jenter er mer reaktive på andre former for relasjonelt stress, eller at jenter reagerer med andre utfall, som spiseforstyrrelser.

Foreliggende funn gir altså ikke støtte til reaktivitetsmodellen som forklaring på hvorfor jenter rapporterer om mer depressive symptomer fra tidlige tenår av. De bidrar dog til kunnskap om hvilke spesifikke stressorer jenter er mer eller mindre depressivt reaktive på enn gutter. Videre forskning bør fortsette å undersøke reaktivitetsmodellen, i tidlige og senere tenår, i norske utvalg og longitudinelt. Det kan både være fruktbart å undersøke modellen med andre former for relasjonelt stress, og eventuelt andre utfall.

7.1.6. Sosial støtte fra venner, men ikke fra foreldre, beskyttet mot effekten av negativt kroppsbilde (hypotese 8 og 9)

I tråd med min forventning beskyttet sosial støtte fra venner mot effekten negativt kroppsbilde hadde på depressive symptomer. Funnet er i tråd med tidligere forskning på jevnaldrenes betydning for negativt kroppsbilde (Byrne et al., 2007; Conley & Rudolph, 2009; Conley et al., 2012; Eisenberg et al., 2006; Jones, 2004; Murray et al., 2015), og empiri som viser at vennestøtte kan beskytte mot andre former for stress (Licitra-Kleckler & Waas, 1993; Prinstein et al., 2001). Samtidig kan det ikke utelukkes at funnet fra foreliggende studie er et uttrykk for en synergisk effekt (Hazel et al. 2014); å *både* få lite vennestøtte, og samtidig ha et negativt kroppsbilde.

Sosial støtte fra foreldre beskyttet ikke mot effekten av negativt kroppsbilde, en jevnalderrelatert stressor. Det er i strid med en studie utført av Hazel og medarbeidere (2014). De fant at sosial støtte fra foreldre (målt med NRI; Furman & Buhrmester, 2009) beskyttet mot jevnalderrelatert stress, men ikke stressende livshendelser generelt (målt med Adolescent life events questionnaire; Hankin & Abramson, 2002). Hazel og medarbeidere (2014) forklarte funnet med at jevnalderrelaterte stressorer, som konflikt eller avvising, kan gi spesielt komplekse problemer med flertydige årsaker og utfordrende løsninger. Adaptiv respons til slike typer stressorer kan muligens trenge høyere nivå av foreldreinvolvering enn stressende livshendelser generelt: behovet for foreldrestøtte var større. Ut fra et slikt rasjonale kan foreliggende nullfunn forklares med at negativt kroppsbilde gir en type jevnalderrelatert stress som tenåringene *ikke* opplever at krever en komplisert løsning. Kanskje de heller tenker at kun det å gå ned i vekt/få muskler vil være løsningen. En slik fortolkning stemmer med fenomenologien i spiseforstyrrelser, der egenverdi bedømmes i stor grad eller helt ut fra form og vekt og evnen til å kunne kontrollere dem (Fairburn, 2008). Grant og medarbeidere (2006) har fremhevet muligheten for at foreldre kan beskytte mot effekten av noen typer stress på noen utfall, men ikke andre. Relatert er det mulig foreldre kan beskytte mot effekten negativt kroppsbilde har på andre utfall enn depresjonssymptomer, som spiseforstyrrelser.

Det at vennestøtte, men ikke foreldrestøtte, beskyttet mot effekten av negativt kroppsbilde, er i tråd med Harters (2012) interpersonlige modell. Her påvirker sosial støtte fra venner selvfølelse innen jevnalderrelaterte selvdomener (for eksempel fysisk utseende) mer enn foreldrerelaterte selvdomener (for eksempel å gjøre det bra på skolen), og motsatt. Å oppleve å få lite støtte fra venner, i større grad enn fra foreldre, vil føre til et negativt kroppsbilde, som gir lav global selvfølelse og depresjonssymptomer. Således gir det mening at sosial støtte fra venner, men ikke foreldre, beskyttet mot effekten av negativt kroppsbilde. Samtidig er ikke Harters (2012) modell spesifikt inne på moderering/stressbeskyttelse. Foreliggende funn kan slik bidra til å utvide denne modellen. Samtidig står funn fra en studie som fant at foreldrestøtte hadde mer betydning for negativt kroppsbilde enn vennestøtte hadde (Bearman et al., 2006), i strid med en slik utvidet fortolkning av Harters, (2012) modell. Dette er spørsmål videre forskning kan undersøke.

Denne studien indikerer altså at sosial støtte fra venner kan beskytte mot effekten negativt kroppsbilde har på depresjonssymptomer i tidlige tenår. Ingen tidligere studier har undersøkt om sosial støtte beskytter mot effekten av negativt kroppsbilde. Sosial støtte fra venner og foreldre bør undersøkes videre, i forhold til andre jevnalder- og foreldrerelaterte selvdomener, andre utfall, og longitudinelt.

7.1.7. Hadde venner større betydning enn foreldre?

Sosial støtte fra venner hadde sterkere sammenheng med depressive symptomer enn det sosial støtte fra foreldre hadde. Dette gjaldt både som hovedeffekt (7.1.2.) og beskyttelseeffekt (7.1.6.). Det kan virke som venner hadde større betydning enn foreldre. En slik fortolkning er i tråd med Harris (1998) og Rosenberg (1979), som har fremhevet at foreldres betydning minker i overgangen til tenårene, fordi venner får mer påvirkningskraft. Den er også i tråd med tidligere studier. Burton og medarbeidere (2004) fant at lite vennestøtte, men ikke lite foreldrestøtte, predikerte økning i depressive symptomer. Buhrmester og Furman (1987) fant at ungdommer i tidlige tenår var mer sammen med og hadde mer intim selvavsløring med venner enn med foreldre. En fortolkning av at venner har større betydning enn foreldre er dog i strid med studier som har funnet at foreldrestøtte, men ikke vennestøtte (Stice et al., 2004; Vaughan et al., 2010) og tilknytning med foreldre, men ikke med venner (Sund & Wichstrøm, 2002) predikerte økning i depressive symptomer. Den er også i strid med Furman og Buhrmester (1985) som fant at barn/ungdom mellom 11 og 13 år selv mente at det å ha et godt forhold med foreldrene var viktigere enn å ha et godt forhold med venner.

En mulig forklaring på de motstridende funnene er at foreldre og venner kan ha ulike sosial-støtte-funksjoner (Thompson et al., 2006). For eksempel kan foreldre være viktigere i forhold til leksehjelp, mens man kanskje deler mer hemmeligheter med venner. En slik forklaring støttes av en studie utført av Lamborn og Steinberg (1993). De undersøkte to dimensjoner av ungdoms forhold til foreldrene sine: høy/lav emosjonell autonomi, og høy/lav oppfattet sosial støtte. Ungdommene som klarte seg aller best psykososialt og på skolen, var de som både var selvstendige (for eksempel nærmere emosjonelle bånd med jevnaldrende) og samtidig opplevde støtte fra foreldrene. En fortolkning som tilsier at venner og foreldre har ulike sosial-støtte-funksjoner er også i tråd med Harters (2012) interpersonlige modell, der foreldre og venner er like viktige i utvikling av depressive symptomer i tidlige tenår. Sosial støtte fra henholdsvis venner og foreldre påvirker dog selvfølelse i *ulike* selvdomener.

Videre kan aspekter fra tilknytningsteori bidra til å nyansere denne studiens funn som ved første øyekast indikerer at venner har mer betydning enn foreldre. For eksempel Rudolph (2009) fremhever at indre arbeidsmodeller fra tidlige samspill kan nemlig komme til uttrykk senere i livet. Positive/negative tidlige indre arbeidsmodeller kan gjøre det henholdsvis lettere eller vanskeligere ha nære relasjoner med og å oppfatte sosial støtte fra foreldre, og potensielt andre støtteagenter, i ungdomstiden. Selv om nære tilknytningsrelasjoner i tenårene overføres mer til jevnaldrende (Allen, 2008), kan disse nye relasjonene altså være en delvis forlengelse

av tilknytningssikkerhet med foreldre. Således er det mulig hoved- og/eller beskyttende effekter av sosial støtte fra foreldre kan ha påvirket depresjonssymptomer via støtte fra venner. En slik fortolkning betyr at man bør fokusere på *begge* støttekilder i forebygging.

Til sist vil jeg fremheve at denne studiens foreldrestøtte-variabel ikke var optimal for å fange opp varians (se tabell 1, avsnitt 6.1); de fleste ungdommene i studien opplevde svært høy foreldrestøtte. Dette er en takeffekt (Bordens & Abbott, 2008) som gjorde at nyanser innenfor god/dårlig støtte ikke ble fanget opp. Det er mulig en skala med flere svaralternativer hadde vært bedre egnet for å få fram varians (DeVellis, 2012), og at foreldrestøtte da ville kommet sterkere ut. Mer om begrensninger ved måleinstrumentene i avsnitt 7.3.2.

7.2. Praktiske implikasjoner: forebygging

Det er mange fordeler med å drive forebygging fremfor behandling. Behandling når kun fram til et fåtall (Sund et al., 2011), og selv effektiv behandling vil ikke forebygge nye tilfeller av ungdommer med depresjonssymptomer. I det videre gjør jeg derfor rede for hvordan denne studiens resultater, i lys av tidligere teori og empiri, primært kan ha implikasjoner for universell og selektiv forebygging (Garber, Webb & Horowitz, 2009) for å hindre utvikling av depressive symptomer hos ungdom. Jeg vil også gjøre rede for hvordan resultatene peker mot et relasjonelt fokus når man skal hjelpe ungdom som sliter med depressive symptomer.

I foreliggende studie hadde negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og foreldre unike sammenhenger med depresjonssymptomer. Dette peker mot behov for *universell forebygging* av disse risikofaktorene. Når det gjelder å forebygge utvikling av negativt kroppsbilde hos ungdom, fremhever teori (Harter, 2012) og tidligere empiri (Harrison, 2001) betydningen av medias kroppsfokus. Lovregulering av media kan vurderes. I tillegg fremhever teori (Harter, 2012) og empiri (Byrne et al., 2007; Eisenberg et al., 2006; Jones, 2004; Murray et al., 2015) jevnaldrenes betydning for negativt kroppsbilde. Derfor kan det også intervenseres på skolenivå. Når det gjelder sosial støtte, kan det antas ut fra teori (for eksempel Rudolph, 2009) at det å fremme tidlig sikker tilknytning med foreldre, vil gjøre barna bedre i stand til å forme nære relasjoner og å ta imot støtte fra dem når de er blitt ungdommer. Når det gjelder arbeid med relasjoner i ungdomstiden, har Horowitz, Garber, Ciesla, Young og Mufson (2007) funnet støtte, i hvert fall på kort sikt, for universell implementering av et intervensjonsprogram på ungdomsskolen med fokus på interpersonlige evner. Her trengs det mer forskning.

Denne studies resultater har også implikasjoner for *selektiv forebygging* i

risikogruppene: jenter, ungdom med negativt kroppsbilde, og ungdom som opplever lite sosial støtte fra henholdsvis venner og foreldre. Resultatene indikerte at jentenes forhøyede risiko ble forklart av at de hadde mer negative kroppsbilder. Derfor kan det vurderes forebygging av negativt kroppsbilde spesielt hos jenter. Tidligere empiri har vist at media vektlegger spesielt *kvinnelige* kjønnsideal (Andersen & DiDomenico, 1992; Smolak, 2004), at jenter og kvinner påvirkes av disse budskapene (Groesz, Levine & Murnen, 2001), og at jenter oftere enn gutter får utseenderealte kommentarer av jevnaldrende og familie (McCabe et al., 2006). Derfor er intervensjoner på nivå av media, familie og venner indikert. Garber og medarbeidere (2009) fremhever at det ikke er utarbeidet forebyggingsprogram som er rettet mot mekanismer som forklarer kjønnsforskjeller i depressive symptomer. Forskning bør ta sikte på å utvikle spesifikke intervensjonsprogram i dette øyemed. Når det gjelder selektiv forebygging hos ungdom med negativt kroppsbilde, kan Cash (2008) sitt individrettede kognitiv atferdsterapi-program være aktuelt. Det er rettet mot å fremme mer positive kroppsbilder hos ungdommer som er misfornøyde. En tidligere versjon av programmet har fått støtte hos 18-41-åringer (Cash & Hrabosky, 2003), men bør undersøkes i yngre utvalg. I denne risikogruppen kan det også være nyttig å fremme sosial støtte fra venner, da foreliggende studies resultater indikerer at vennestøtte kan beskytte mot effekten av negativt kroppsbilde på depressive symptomer. Når det gjelder nettopp å fremme sosial støtte i risikogrupper som opplever lite venne- og foreldrestøtte, kan det være viktig å jobbe med tilknytning både til venner og foreldre (Allen, 2008). Samtidig fremhever Cassidy, Jones og Shaver (2013) at det mangler undersøkelser hvorvidt arbeid med foreldretilknytning i tenårene faktisk vil bedre psykisk helse hos ungdom. Her trengs det mer forskning.

I den foreliggende studien reagerte jenter og gutter like sterkt på negativt kroppsbilde og lite sosial støtte. Dette peker mot at selektive forebyggingsintervensjoner kan tilordnes jenter og gutter i samlede grupper. Samtidig er empiri på om kjønnene reagerer forskjellig på ulike intervensjonsprogrammer uklar (Garber et al., 2009), og bør undersøkes videre.

Denne studien peker mot nytten av å fokusere på relasjonelle faktorer når man skal hjelpe ungdom med depressive symptomer å få det bedre. Utvalget studien er basert på er populasjonsbasert. Det antas derfor å inkludere ungdom med både subklinisk og klinisk depresjon, selv om et eksplisitt skille mellom disse gruppene ikke ble gjort. Det bør gjøres i videre forskning. Da vil det være mulig å vite mer om tilsvarende funn kan ha implikasjoner for behandling av både subklinisk og klinisk depresjon. Tilsvarende funn kan også ha implikasjoner for *indikerte* forebyggingsprogrammer rettet mot ungdom med høyt nivå av depressive symptomer, for å hindre utvikling av klinisk depresjon (Garber et al., 2009).

7.3. Styrker og begrensninger ved studien

Denne studien er et viktig bidrag for belysning av depresjonssymptomer i tidlige tenår: både generelt og spesielt hos jenter. Den samlede modellen forklarte hele 28 % av variansen i depresjonssymptomer. Dette peker mot at det å være jente, negativt kroppsbilde, og venne- og foreldrestøtte, kan være sentrale risikofaktorer ned i 12-13-årsalderen. Det har kun vært mulig å finne én studie (Bearman & Stice, 2008) som har undersøkt disse prediktorene kontrollert for effekten av hverandre, og den undersøkte *klinisk* depresjon. Foreliggende studie forlenger tidligere empiri ved å ha kontrollert for sosial støtte også i forhold til depressive *symptomer*. Studien har undersøkt mekanismene i samspill mellom spesifikke stressorer, inkludert jevnalderrelaterte stressorer. Økt spesifitet er noe flere har etterspurt (Grant et al., 2006; Hankin et al., 2007; Rose & Rudolph, 2006). Denne studien har også skilt på ulike kilder til sosial støtte, som også er etterspurt (Grant et al., 2006; Hazel et al., 2014). Det har ikke vært mulig å finne andre studier som har undersøkt om sosial støtte beskytter mot effekten negativt kroppsbilde har på depresjonssymptomer.

Når det gjelder resultatene var noen effektstørrelser medium til store (negativt kroppsbilde og vennestøtte), mens andre var små (det å være jente, den indirekte effekten fra kjønn til depressive symptomer via negativt kroppsbilde, og beskyttelseeffekten av vennestøtte mot effekten av negativt kroppsbilde på depressive symptomer). Der det var små effektstørrelser gikk sammenhengene i forventet retning med henhold til tidligere teori og empiri. De er derfor både teoretisk og empirisk interessante. Samtidig gjør de små effektstørrelsene det vanskeligere å si noe definitivt om praktiske implikasjoner.

Utvalgets alder er en styrke. 12-13-årsalderen er en viktig utviklingsperiode, da både en økning i depresjonssymptomer og en kjønnsforskjell viser seg (Hankin et al., 2007). Samtidig skjer det en ytterligere økning i depresjonssymptomer og kjønnsforskjellen senere i livet (Ge et al., 1994; Kuehner, 2003). Det er også noe sprik i akkurat når kjønnsforskjellen viser seg (Ge et al., 2001; Larsson et al. 2016; Sund et al., 2001; Wichstrøm, 1999). Foreliggende studie peker mot nytten av å jobbe forebyggende mot begge disse fenomenene så tidlig som hos 12-13-åringene. En slik anbefaling er i tråd med empiri som har vist at stress i tidlige tenår kan gi varige endringer i hjerneområder involvert i emosjonell prosessering og mental helse (Eiland & Romeo, 2013).

Denne studien er basert på et relativt stort normalutvalg (Field, 2013), hvilket bidro til å kompensere for skjevfordelte data. Det var sannsynligvis ikke stort nok til å fange opp små

ubetydelige effekter (type-II-feil) (Tabachnick & Fidell, 2013). Samtidig er det mulig et større utvalg ville ha fanget opp små interaksjonseffekter som ikke ble fanget opp i denne studien.

Flere forhold ved utvalget gjør resultatene fra studien generaliserbare til dagens normalpopulasjon. Utvalgene på senere tidspunkt i TOPP-studien var noe overrepresentert på velfungerende familier og derfor ikke egnet til å beregne forekomsten av psykiske vansker (Mathiesen et al., 2007). I denne studien er dog dette mindre relevant da Gustavson og medarbeidere (2012) fant at sammenhengene mellom psykologiske og relasjonelle variabler i TOPP-data ikke endret seg over 15 år, inkludert ved senere tidspunkt. Samtidig undersøkte denne studien mors rapportering, og andre psykologiske og relasjonelle faktorer enn i foreliggende studie. Men om sammenhengene mellom faktorene undersøkt her hadde endret seg i et opprinnelig tverrsnittsutvalg, ville de heller vært sterkere enn svakere.

7.3.1. Tverrsnittundersøkelse og regresjonsanalyser: tema rundt kausalitet

I foreliggende studie ble regresjonsanalyse og PROCESS, en regresjonsbasert metode, anvendt. Fordi regresjonsanalyse er en ikke-eksperimentell multivariat korrelasjonell design som undersøker sammenhengen mellom variabler, kan det ikke trekkes kausale slutninger av resultatene. Dette kommer spesielt av to problemer. Det ene er *retningsproblemet* (Bordens & Abbot, 2008): Det er vanskelig å si noe om hvilke av variablene i en assosiasjon som påvirker den andre, spesielt når det bare undersøkes ett tidspunkt. Derfor er det uklart om negativt kroppsbilde og lite sosial støtte førte til økning i depressive symptomer, eller motsatt. Studier har funnet at lav selvfølelse hos jenter og depresjonssymptomer (Paxton, Eisenberg og Neumark-Sztainer, 2006), og negativ affekt hos gutter (Presnell, Bearman, & Stice, 2004), predikerte økning i negativt kroppsbilde. Andre har dog funnet at depressive symptomer *ikke* predikerte økning i negativt kroppsbilde (Stice & Whitenton, 2002), men at negativt kroppsbilde predikerte økning i depressive symptomer (Paxton, Neumark-Sztainer et al., 2006) og lav selvfølelse (Mendelson et al., 1996; Tiggerman, 2005). Zumpf og Harter (1989, sitert av Harter, 1999) fant at majoriteten av ungdom i tidlige tenår baserte selvbilde på hvor fornøyd de var med utseende, i stedet for motsatt retning. Vedrørende sosial støtte peker interpersonlige modeller (Harter, 2012; Rudolph, 2009) og empiri (Burton et al., 2004; Stice et al., 2004; Sund & Wichstrøm, 2002; Vaughan et al., 2010) mot at lite sosial støtte fra venner og fra foreldre predikerer økning i depressive symptomer hos ungdom. Samtidig kan det å ha depresjonssymptomer gjøre at man støter andre fra seg og i mindre grad legger merke til tilgjengelig støtte (Thompson et al., 2006). En toveis kausalitet mellom disse faktorene og depressive symptomer er mest sannsynlig. Det står ikke i motsetning til nytten av å fremme et

positivt kroppsbilde og sosial støtte. Problemstillingene bør undersøkes longitudinelt: om ulike samspill mellom risikofaktorene i 12-13-årsalderen predikerer depresjonssymptomer på et senere tidspunkt kontrollert for baseline symptomnivå. I så fall må måleinstrumentet for depresjonssymptomer virke relevant ved dette senere tidspunktet, slik at de ikke fanger opp noe annet. Slik standardisering er viktig i longitudinelle studier (Menard, 2002).

Det andre problemet som forhindrer å kunne trekke kausale slutninger fra foreliggende studie, er *tredjevariabelproblemet* (Bordens & Abbot, 2008). Mediering og moderering som ble undersøkt i denne studien er to av flere typer tredjevariabelforhold som kommer fram når en faktor kontrolleres for. Et annet tredjevariabelforhold er at utfallet som undersøkes kan ha mange årsaker (Agresti & Finlay, 2009). Det påvirker evnen til å si noe om viktigheten av målte variabler, som kun kommer fram i forhold til de målte variablene (Tabachnick & Fidell, 2013). Andre typer tredjevariabelforhold er konfunderende variabler og mediatorer som *ikke* er målt (Agresti & Finlay, 2009). Umålte variabler som kunne vært aktuelle i denne studien er ulike genetiske og biologiske faktorer (Hicks, DiRago, Iacono & McGue, 2009), hormonelle (Angold et al., 1999; Patton & Viner, 2007), og morfologiske (Stice et al., 2000) faktorer relatert til puberteten, kjønnsidentitet (Egan & Perry, 2001), å være del av en kjønnsminoritet (Marshall et al., 2011), temperament og personlighet (Karevold et al., 2009), kroniske og akutte stressende livshendelser (Shih, Eberhart, Hammen & Brennan, 2006; Sund et al., 2003) og seksuelle overgrep (Schraedley et al., 1999). Variabler som er relevant spesielt for undersøkelsen av sosial støtte, er lærerstøtte (Undheim & Sund, 2005); mor og far undersøkt adskilt, da forskning har funnet at ungdom kan ha ulike tilknytningsrelasjoner med mor og far (Armsden & Greenberg, 1987; Ge et al., 2009); foreldres psykiske helse (Myklestad et al., 2012); ungdommens sosiale kompetanse (Nilsen et al., 2013), og andre spesifikke stressorer i jevnalderrelasjoner, som mobbing og vennekonflikter (Rose & Rudolph, 2006). Teorirelevante variabler som kunne vært målt er relasjonell orientering (Rudolph, 2002), indre arbeidsmodeller (Rudolph, 2009), og BMI (Stice et al., 2000; Tiggerman, 2005). Resultatene fra denne studien bør tolkes i lys av at disse umålte variablene kan ha påvirket hvor viktige prediktorene fremstår og sammenhenger med depresjonssymptomer.

7.3.2. Måleinstrumentene påvirker hvilke konklusjoner som kan trekkes

Regresjon antar at variablene måles uten feilvarians. Dette krever så gode måleinstrumenter som mulig (Tabachnick & Fidell, 2013). Det er mulig skalaen på sosial støtte fra foreldre (Lamborn et al., 1991) ikke var et godt nok mål på sosial støtte. Den måler respekt, varme og involvering og er relativt innholdsvalid i forhold til ulike definisjoner av sosial støtte (Cobb,

1976; Cohen & Wills, 1985; Dalgard et al., 1995), men måler ikke om ungdommens opplevelse av å være satt pris på/verdifull. Dette aspektet inkluderer andre mål, som NRI (Furman, 1996, Furman & Buhrmester, 2009). Den foreliggende studiens mål på sosial støtte fra foreldre hadde $\alpha = 0,72$, sammenlignbart med andre studier (Adalbjarnardottir & Hafsteinsson, 2001; Lamborn et al., 1991). Samtidig er α over 0,80 i følge Pallant (2010) å foretrekke.

Det er mulig skalaen på sosial støtte fra venner (Dalgard et al., 1995) heller ikke var et godt nok mål på sosial støtte. Den hadde lav reliabilitet ($\alpha = 0,51$). Samtidig hevder Pallant (2010) at man kan forvente slike alpha-verdier på skalaer med kun tre testledd (som denne er). Forskning med denne skalaen har pekt mot at det er et valid mål på sosial støtte (Dalgard et al., 1995; Nilsen et al., 2013). Den er innholdsvalid i forhold til Cobb (1976) og Dalgard og medarbeideres (1995) definisjoner på sosial støtte, men utelater aspekter som praktisk hjelp, som Cohen og Wills (1985) fremhever. I følge Vaughan og medarbeidere (2010) trengs det måleinstrumenter som inkluderer om man opplever venner som ressurser for problemløsning, samt mer åpne negative aspekter, som konflikt med eller kritikk fra venner.

Et annet aspekt som er relatert til hvordan depressive symptomer ble målt er om SMFQ bedre fanger opp depressive symptomer hos jenter enn hos gutter, og om dette bidro til kjønnsforskjellen som kom fram. Lundervold og medarbeidere (2013) har fremhevet at det er mulig jenter har en mer *affektiv responsstil*, som gjør at de rapporterer om mer alvorlige depressive symptomer. van Beek, Hessen, Hutteman, Verhulp og van Leuven (2012) fant at i et utvalg av 8-17-åringer rapporterte jentene om mer alvorlige problemer på spørreskjema enn forventet, sammenlignet med klinisk utredning. Slike studier som sammenligner spørreskjema og klinisk utredning bør utføres på norske ungdommer. Som indirekte støtte for en slik fortolkning fant Meadows (2007) i en selvrappportstudie at stress og lite sosial støtte førte til økning i depressive symptomer hos jenter og atferdsvansker hos gutter hos 11-17-åringer. En klinisk utredning *kan* ha fanget opp at en del av disse guttene slet med depressive symptomer.

Svakheter ved studiens måleinstrumenter kan ha påvirket resultatene. Både sosial støtte fra venner og foreldre kunne potensielt ha vist sterkere sammenheng med depressive symptomer, og sosial støtte fra foreldre kunne hatt en beskyttende effekt i forhold til negativt kroppsbilde. Den stressbeskyttende effekten av vennestøtte kunne vært sterkere og mer stabil. Slike spørsmål vil det være nyttig å undersøke i videre forskning.

7.3.3. Selvrapport og en kontinuerlig tilnærming til måling av depresjon

Depressive symptomer, negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og fra foreldre ble målt med selvrapport. Bruk av flere informanter i vurdering av internaliserende vansker hos

ungdom har gitt inkonsistente resultater (Achenbach; 2006; Sourander, Helstela & Helenius, 1999). Bird, Gould og Staghezza (1992) har fremhevet at ungdom kan være bedre informanter enn foreldrene når det gjelder internaliserende vansker. Generelt gir ulike informanter ulik informasjon (Achenbach; 2006). Lewis og medarbeidere (2012) fant at fra 12-års alder predikerte ungdoms rapportering av depresjonssymptomer fremtidig klinisk depresjon like godt som foreldrenes rapportering gjorde. Foreldrene i studien hadde tidligere hatt depresjon og lignende studier bør utføres med foreldre uten slik historie. Når det gjelder sosial støtte peker empiri mot at *oppfattet* sosial støtte predikerer depresjon bedre enn andre-rapportert støtte (Thompson et al., 2006; Turner & Brown, 2010). Videre forskning bør undersøke om negativt kroppsbilde egner seg eller er fruktbart for å undersøkes med flere informanter. Det kan generelt være nyttig å undersøke den herværende studiens problemstillinger med andre-rapporterte kontinuerlige variabler, for å få et mer nyansert bilde av ungdommenes fungering.

Felles metodevarians kan uansett være et problem i tverrsnittstudier av internaliserende vansker med en informant (Lindell & Whitney, 2001). I foreliggende studie kan dette ha gjort at sammenhengen mellom depressive symptomer og henholdsvis negativt kroppsbilde, sosial støtte fra venner og sosial støtte fra foreldre, kan ha blitt blåst opp.

Denne studien har hatt en kontinuerlig tilnærming til depresjonsfenomenet. En begrensning med tilnærmingen er at depresjons*diagnose* ikke fanges opp (Essau & Ollendick, 2009). Videre forskning kan undersøke denne oppgavens problemstillinger i identifiserte kliniske versus subkliniske utvalg, og sammenligne om sammenhengene arter seg forskjellig.

8. Konklusjon

Fra et forebyggende perspektiv er 12-13-årsalderen en viktig utviklingsperiode å undersøke fordi både nivå av depressive symptomer og kjønnsforskjellen i depressive symptomer begynner å øke rundt denne alderen. Denne studien har belyst disse to fenomenene. Stress- og interpersonlige perspektiv, inkludert medierings- og modereringsmodeller, ble anvendt i forståelse av tidligere empiri, utarbeiding av hypoteser og denne studiens resultater.

Resultatene viste at kjønn, negativt kroppsbilde og sosial støtte fra venner og sosial støtte fra foreldre forklarte samlet hele 28 % av variasjonen i depressive symptomer. Negativt kroppsbilde hadde den sterkeste sammenhengen med depresjonssymptomer, deretter vennestøtte og til slutt foreldrestøtte. Sosial støtte fra venner beskyttet mot effekten negativt kroppsbilde hadde på depresjonssymptomer. Det at jenter hadde mer negative kroppsbilder forklarte delvis at de hadde mer depresjonssymptomer.

Funnene har flere praktiske implikasjoner. De peker mot at det å forebygge negativt kroppsbilde hos jenter spesielt kan bidra til å minke kjønnsforskjellen i depresjonssymptomer. Teori og tidligere empiri har pekt på at jenter har et mer negativt kroppsbilde fordi de utsettes for mer kroppspress enn gutter. Jevnaldrendes respons på kroppslige pubertale endringer og skjønnhetsideal kommunisert av media kan være mulige innganger til intervensjon. Funnene peker også mot behov for universell forebygging av negativt kroppsbilde, og intervensjon på nivå av jevnaldrende og media kan være aktuelt også her. Sosial støtte har blitt teoretisk relatert til indre arbeidsmodeller. I et slikt perspektiv kan universell forebygging ta form av å hjelpe foreldre forme sikker tilknytning med barna sine tidlig. Da vil barna som ungdom i større grad kunne oppsøke sosial støtte. Når det gjelder selektiv intervensjon hos ungdom som opplever lite støtte kan tilknytningsarbeid med både foreldre og venner i tenårene være relevant. Når det gjelder selektiv forebygging av negativt kroppsbilde, kan det å bedre sosial støtte redusere sannsynligheten for at ungdom med negative kroppsbilder utvikler depressive symptomer. Funnene peker mot potensiell nytte av å jobbe med relasjoner med foreldre og jevnaldrende når man skal hjelpe ungdom som allerede sliter med depresjonssymptomer.

Studiens problemstillinger bør undersøke longitudinelt. De kan også brukes som ramme for å undersøke andre spesifikke stressorer og utfall. En mulighet er å undersøke om sosial støtte beskytter mot effekten av lav selvfølelse i andre jevnalder- og foreldrerelaterte selvdomener. Det kan også være nyttig å nærmere undersøke mekanismer tilknyttet media og jevnaldrende i sammenhengen mellom negativt kroppsbilde og depressive symptomer.

9. Litteraturliste

- Achenbach, T. M. (2006). As others see us clinical and research implications of cross informant correlations for psychopathology. *Current Directions in Psychological Science*, 15(2), 94-98. doi: 10.1111/j.0963-7214.2006.00414.x
- Adalbjarnardottir, S., & Hafsteinsson, L. G. (2001). Adolescents' perceived parenting styles and their substance use: Concurrent and longitudinal analyses. *Journal of Research on Adolescence*, 11(4), 401-423. doi: 10.1111/1532-7795.00018
- Agresti, A., & Finlay, B. (2009). *Statistical methods for the social sciences* (4. utg.). Upper Saddle River, N. J.: Pearson Prentice Hall.
- Allen, J. P. (2008). The attachment system in adolescence. I J. Cassidy & P. R. Shaver (red.), *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical applications* (2. utg., s. 419-435). New York: Guildford Press.
- Allen, J. P., Insabella, G., Porter, M. R., Smith, F. D., Land, D., & Phillips, N. (2006). A social-interactional model of the development of depressive symptoms in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 55-65. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.55
- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Tashman, N. A., Berrebbi, D. S., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., ... & Morocco, A. (2001). Developmental origins of cognitive vulnerability to depression: Parenting, cognitive, and inferential feedback styles of the parents of individuals at high and low cognitive risk for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 25(4), 397-423. doi: 10.1023/A:1005534503148
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (4. utg.). Washington, DS: American Psychiatric Association.
- Andersen, A. E., & DiDomenico, L. (1992). Diet vs. shape content of popular male and female magazines: A dose-response relationship to the incidence of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 283-287. doi: 10.1002/1098-108X(199204)11:3<283::AID-EAT2260110313>3.0.CO;2-O

- Angold, A., Costello, E. J., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1999). Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*, 29(05), 1043-1053.
Hentet fra
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=26417&fileId=S0033291799008946>
- Angold, A., Costello, E. J., Messer, S. C., Pickles, A., Winder, F., & Silver, D. (1995). Development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, (5), 237-249. Hentet fra
[http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Short%20Mood%20and%20Feelings%20Questionnaire%20\(1995\).pdf](http://www.scalesandmeasures.net/files/files/Short%20Mood%20and%20Feelings%20Questionnaire%20(1995).pdf)
- Angold, A., Costello, E. J., & Worthman, C. M. (1998). Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological medicine*, 28(01), 51-61.
Hentet fra
<http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=25591&fileId=S003329179700593X>
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16(5), 427-454. doi: 10.1007/BF02202939
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182. doi: 10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Bearman, S. K., Presnell, K., Martinez, E., & Stice, E. (2006). The skinny on body dissatisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(2), 229-241. doi:10.1007/s10964-005-9010-9
- Bearman, S. K., & Stice, E. (2008). Testing a gender additive model: The role of body image in adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(8), 1251-1263. doi: 10.1007/s10802-008-9248-2

- Bird, H. R., Gould, M. S., & Staghezza, B. (1992). Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 78-85. doi: 10.1097/00004583-199201000-00012
- Bordens, K. S., & Abbot, B. B. (2008). *Research designs and methods: a process approach* (7. utg.). New York: McGraw-Hill.
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Attachment* (utg. 2, vol. 1). New York: Basic books.
- Brent, D., & Weersing, V. R. (2008). Depressive disorders in childhood and adolescence. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. S. Stevenson, E. A. Taylor & A. Thapar (red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry* (5. utg., s. 587-612). Oxford: Blackwell Publishing.
- Briggs, S. R., & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality*, 54(1), 106-148. doi: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00391.x
- Buhrmester, D., & Furman, W. (1987). The development of companionship and intimacy. *Child Development*, 1101-1113. doi: 10.2307/1130550
- Burton, E., Stice, E., & Seeley, J. R. (2004). A prospective test of the stress-buffering model of depression in adolescent girls: no support once again. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(4), 689-697. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.689
- Byrne, D. G., Davenport, S. C., & Mazanov, J. (2007). Profiles of adolescent stress: The development of the adolescent stress questionnaire (ASQ). *Journal of Adolescence*, 30(3), 393-416. doi: 10.1016/j.adolescence.2006.04.004
- Børresen, R., & Rosenvinge, J. H. (2003). Body dissatisfaction and dieting in 4,952 Norwegian children aged 11–15 years: Less evidence for gender and age differences. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 8(3), 238-241. doi: 10.1007/BF03325020
- Carr, A. (2006). *The handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach* (2. utg.). East Sussex/New York: Routledge.

- Carter, J. S., Garber, J., Ciesla, J. A., & Cole, D. A. (2006). Modeling relations between hassles and internalizing and externalizing symptoms in adolescents: A four-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(3), 428-442. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.428
- Cash, T. F. (2008). *The body image workbook: An 8-step program for learning to like your looks* (2. utg.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Cash, T. F., & Hrabosky, J. I. (2003). The effects of psychoeducation and self monitoring in a cognitive-behavioral program for body-image improvement. *Eating Disorders, 11*(4), 255-270. doi: 10.1080/10640260390218657
- Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of attachment theory and research: A framework for future research, translation, and policy. *Development and Psychopathology, 25*, 1415-1434. doi: 10.1017/S0954579413000692
- Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and Clinical Applications* (2. utg.). New York: Guildford Press.
- Chester, C., Jones, D. J., Zalot, A., & Sterrett, E. (2007). The psychosocial adjustment of African American youth from single mother homes: The relative contribution of parents and peers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 36*(3), 356-366. doi: 10.1080/15374410701444306
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. I D. Cicchetti & D. J. Cohens (red.), *Developmental psychopathology, Volume 1: Theory and methods*. (2. utg., s. 1-23). Hoboken, NJ: John, Wiley & Sons.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic medicine, 38*(5), 300-314. Hentet fra https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Cobb-PsychosomaticMed-1976.pdf
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin, 98*(2), 310-357. Hentet fra http://lchc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2012_11.dir/pdfYukILvXsL0.pdf

- Conley, C. S., & Rudolph, K. D. (2009). The emerging sex difference in adolescent depression: Interacting contributions of puberty and peer stress. *Development and Psychopathology*, 21(2), 593-620. doi: 10.1017/S0954579409000327
- Conley, C. S., Rudolph, K. D., & Bryant, F. B. (2012). Explaining the longitudinal association between puberty and depression: sex differences in the mediating effects of peer stress. *Development and Psychopathology*, 24(2), 691-701. **doi:** 10.1017/S0954579412000259
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York: Schribners.
- Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: what changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10), 1015-1025. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02446.x
- Crespo, C., Kielpikowski, M., Jose, P. E., & Pryor, J. (2010). Relationships between family connectedness and body satisfaction: A longitudinal study of adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(12), 1392-1401. doi: 10.1007/s10964-009-9433-9
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297-334. doi: 10.1007/BF02310555
- Dalgard, O. S., & Tambs, K. (1995). Social support, negative life events and mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 166(1), 29-34. doi: 10.1192/bjp.166.1.29
- Davison, T. E., & McCabe, M. P. (2006). Adolescent body image and psychosocial functioning. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 15-30. doi: 10.3200/SOCP.146.1.15-30
- Derikman-Eiron, R., Indredavik, M. S., Bratberg, G. H., Taraldsen, G, Bakken, I. J., & Colton, M. (2011). Gender differences in subjective well-being, self-esteem and psychosocial functioning in adolescents with symptoms of anxiety and depression: Findings from the Nord-Trøndelag health study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52(3), 261-267. doi: 10.1111/j.1467-9450.2010.00859.x
- DeVellis, R. F. (2012). *Scale Development: Theory and Applications* (3. utg.). Los Angeles: Sage Publications.

- Dion, J., Blackburn, M. E., Auclair, J., Laberge, L., Veillette, S., Gaudreault, M., ... & Touchette, É. (2015). Development and aetiology of body dissatisfaction in adolescent boys and girls. *International journal of adolescence and youth*, 20(2), 151-165. doi: 10.1080/02673843.2014.985320
- Dooley, B., Fitzgerald, A., & Giollabhui, N. M. (2015). The risk and protective factors associated with depression and anxiety in a national sample of Irish adolescents. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(01), 93-105. doi: [10.1017/ipm.2014.83](https://doi.org/10.1017/ipm.2014.83)
- Downey, G., Lebolt, A., Rincón, C., & Freitas, A. L. (1998). Rejection sensitivity and children's interpersonal difficulties. *Child Development*, 69, 1074-1091. doi: 10.1111/j.1467-8624.1998.tb06161.x
- DuBois, D. L., Felner, R. D., Brand, S., Adan, A. M., & Evans, E. G. (1992). A prospective study of life stress, social support, and adaptation in early adolescence. *Child Development*, 63(3), 542-557. doi: 10.1111/j.1467-8624.1992.tb01645.x
- Dykas, M. J., Ziv, Y., & Cassidy, J. (2008). Attachment and peer relations in adolescence. *Attachment & human development*, 10(2), 123-141. doi: 10.1080/14616730802113679
- Eberhart, N. K., Shih, J. H., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006). Understanding the sex difference in vulnerability to adolescent depression: An examination of child and parent characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(4), 493-508. doi: 10.1007/s10802-006-9020-4
- Egan, S. K., & Perry, D. G. (2001). Gender identity: a multidimensional analysis with implications for psychosocial adjustment. *Developmental Psychology*, 37(4), 451-463. doi: 10.1037//0012-1649.37.4.451
- Eidsdottir, S. T., Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Garber, C. E., & Allegrante, J. P. (2014). Association between higher BMI and depressive symptoms in Icelandic adolescents: the mediational function of body image. *The European Journal of Public Health*, 24(6), 888-892. doi: 10.1093/eurpub/ckt180
- Eiland, L., & Romeo, R. D. (2013). Stress and the developing adolescent brain. *Neuroscience*, 249, 162-171. doi: 10.1016/j.neuroscience.2012.10.048
- Eisenberg, M. E., Neumark-Sztainer, D., Haines, J., & Wall, M. (2006). Weight-teasing and emotional well-being in adolescents: Longitudinal findings from Project EAT. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 675-683. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.07.002

- Eley, T. C., Liang, H., Plomin, R., Sham, P., Sterne, A., Williamson, R., & Purcell, S. (2004). Parental familial vulnerability, family environment, and their interactions as predictors of depressive symptoms in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(3), 298-306. doi: 10.1097/00004583-200403000-00011
- Essau, C. A., & Ollendick, T. H. (2009). Diagnosis and assessment of adolescent depression. I S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (red.), *Handbook of Depression in Adolescents* (s. 33-52). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Fairburn, C. G. (2008). Eating disorders: the transdiagnostic view and the cognitive behavioural theory. I C. G. Fairburn (red.), *Cognitive Behavioural Therapy and Eating Disorders* (s. 7-22). New York: The Guilford Press.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4. utg). London: SAGE publications Ltd.
- Furman, W. (1996). The measurement of friendship perceptions: Conceptual and methodological issues. I W. M. Bukowski, A. F. Newcomb, & W. W. Hartup (red.), *The company we keep: friendships in childhood and adolescence* (s. 41–65). New York: Cambridge University.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21(6), 1016-1024. doi: 10.1037/0012-1649.21.6.1016
- Furman, W., & Buhrmester, D. (2009). Methods and measures: The network of relationships inventory: Behavioral systems version. *International Journal of Behavioral Development*, 33(5), 470-478. doi: 10.1177/0165025409342634
- Galen, B. R., & Underwood, M. K. (1997). A developmental investigation of social aggression among children. *Developmental Psychology*, 33(4), 589-600. doi: 10.1037/0012-1649.33.4.589
- Garber, J., Webb, C. A., & Horowitz, J. L. (2009). Prevention of depression in adolescents: a review of selective and indicated programs. I S. Nolen-Hoeksema & L. M. Hilt (red.), *Handbook of Depression in Adolescents* (s. 619-684). New York: Routledge Taylor & Francis Group.

- Gavin, L. A., & Furman, W. (1989). Age differences in adolescents' perceptions of their peer groups. *Developmental Psychology*, 25(5), 827-834. doi: [10.1037/0012-1649.25.5.827](https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.5.827)
- Ge, X., Brody, G. H., Conger, R. D., & Simons, R. L. (2006). Pubertal maturation and African American children's internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 531-540. doi: [10.1007/s10964-006-9046-5](https://doi.org/10.1007/s10964-006-9046-5)
- Ge, X., Conger, R. & Elder, G. H. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37(3), 404-417. doi: [10.1037/0012-1649.37.3.404](https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.404)
- Ge, X., Lorenz, F. O., Conger, R. D., Elder, G. H., & Simons, R. L. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental Psychology*, 30(4), 467-483. doi: [10.1037/0012-1649.30.4.467](https://doi.org/10.1037/0012-1649.30.4.467)
- Ge, X., Natsuaki, M. N., & Conger, R. D. (2006). Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18(01), 253-273. doi: [10.1017/S0954579406060147](https://doi.org/10.1017/S0954579406060147)
- Ge, X., Natsuaki, M. N., Neiderhiser, J. M., & Reiss, D. (2009). The longitudinal effects of stressful life events on adolescent depression are buffered by parent-child closeness. *Development and psychopathology*, 21(02), 621-635. doi: [10.1017/S0954579409000339](https://doi.org/10.1017/S0954579409000339)
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129(3), 447-466. doi: [10.1037/0033-2909.129.3.447](https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.3.447)
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., Gipson, P. Y., Campbell, A. J., ... & Westerholm, R. I. (2006). Stressors and child and adolescent psychopathology: Evidence of moderating and mediating effects. *Clinical Psychology Review*, 26(3), 257-283. doi: [10.1016/j.cpr.2005.06.011](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.06.011)
- Grissom, R. J. (2000). Heterogeneity of variance in clinical data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 155-165. doi: [10.1037/0022-006X.68.1.155](https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.1.155)

- Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders, 31*(1), 1-16. doi: 10.1002/eat.10005
- Gustavson, K., von Soest, T., Karevold, E., & Røysamb, E. (2012). Attrition and generalizability in longitudinal studies: findings from a 15-year population-based study and a Monte Carlo simulation study. *BMC Public Health, 12*(1), 918. doi: 10.1186/1471-2458-12-918
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis: a global perspective*. Upper Saddle River, N.J.: Pearson Education.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (1999). Development of gender differences in depression: Description and possible explanations. *Annals of Medicine, 31*(6), 372-379. doi: 10.3109/07853899908998794
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2002). Measuring cognitive vulnerability to depression in adolescence: Reliability, validity, and gender differences. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 31*(4), 491-504. doi: 10.1207/S15374424JCCP3104_8
- Hankin, B. L., Mermelstein, R., & Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development, 78*(1), 279-295. doi: 10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x
- Hargreaves, D. A., & Tiggemann, M. (2004). Idealized media images and adolescent body image: “Comparing” boys and girls. *Body Image, 1*(4), 351-361. doi: [10.1016/j.bodyim.2004.10.002](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2004.10.002)
- Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption: Why children turn out the way they do – Parents matter less than you think*. New York: Free Press.
- Harrison, K. (2001). Ourselves, our bodies: Thin-ideal media, self-discrepancies, and eating disorder symptomatology in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 20*(3), 289-323. doi: 10.1521/jscp.20.3.289.22303
- Harter, S. (1988). *Manual for the self-perception profile for adolescents*. Denver, CO: University of Denver.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self: A Developmental Perspective*. New York: The Guilford Press.

- Harter, S. (2006). The Self. I W. Damon & R. Lerner (red.) & N. Eisenberg (vol. red.). *Handbook of child psychology: Social emotional and personality development* (6.utg., vol. 3, s. 505-570). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Harter, S. (2012). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations* (2. utg.). New York: The Guildford Press.
- Hayes, A. F. (2013). Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. New York: The Guilford Press.
- Hazel, N. A., Oppenheimer, C. W., Technow, J. R., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2014). Parent relationship quality buffers against the effect of peer stressors on depressive symptoms from middle childhood to adolescence. *Developmental Psychology*, *50*(8), 2115-2123. doi: 10.1037/a0037192
- Hicks, B. M., DiRago, A. C., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Gene–environment interplay in internalizing disorders: consistent findings across six environmental risk factors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *50*(10), 1309-1317. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02100.x
- Horowitz, J. L., Garber, J., Ciesla, J. A., Young, J. F., & Mufson, L. (2007). Prevention of depressive symptoms in adolescents: a randomized trial of cognitive-behavioral and interpersonal prevention programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(5), 693-706. doi: [10.1037/0022-006X.75.5.693](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.5.693)
- Jackson, Y., & Warren, J. S. (2000). Appraisal, social Support, and life events: predicting outcome behaviour in school-age children. *Child Development*, *71*(5), 1441-1457. doi:10.1111/1467-8624.00238
- James, W. (1892). *Psychology: The briefer course*. New York: Holt.
- Jones, D. C. (2004). Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Developmental Psychology*, *40*(5), 823-835. doi: 10.1037/0012-1649.40.5.823
- Karevold, E. (2008). *Emotional problems in childhood and adolescence: Predictors, pathways and underlying structure*. (Doktorgradsavhandling), Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrøm, E., & Mathiesen, K. S. (2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, *45*(4), 1051-1060. doi: 10.1037/a0016123

- Kenny, D. A. (2015, 21. november). Mediation. Hentet fra <http://davidakenny.net/cm/mediate.htm#DI>
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., & Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biological Psychiatry*, *49*(12), 1002-1014. doi: [10.1016/S0006-3223\(01\)01129-5](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01129-5)
- Kim, J., Kim, M. S., Kam, K. Y., & Shin, H. C. (2003). Influence of self-construals on the perception of different self-presentation styles in Korea. *Asian Journal of Social Psychology*, *6*(2), 89-101. doi: [10.1111/1467-839X.t01-1-00013](https://doi.org/10.1111/1467-839X.t01-1-00013)
- Kjeldsen, A. (2013). *Longitudinal profiles of externalising behaviour from infancy to mid adolescence: Early predictors, timing of risk factors, and late adolescence outcomes*. (Doktorgradsavhandling), Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.
- Knudsen, A. K., Harvey, S. B., Mykletun, A., & Øverland, S. (2013). Common mental disorders and long-term sickness absence in a general working population. The Hordaland Health Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *127*(4), 287-297. doi: [10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x](https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01902.x)
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(3), 163-174. doi: [10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x](https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00204.x)
- Kuo, E. S., Stoep, A. V., & Stewart, D. G. (2005). Using the short mood and feelings questionnaire to detect depression in detained adolescents. *Assessment*, *12*(4), 374-383. doi: [10.1177/1073191105279984](https://doi.org/10.1177/1073191105279984)
- Kvalem, I. L. (2007). Ungdom og kroppsbylde. I I. L. Kvalem & L. Wichstrøm (red.). *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer* (s. 33-50). Oslo: Cappelen, Akademisk forlag.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L., & Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Child Development*, *62*(5), 1049-1065. doi: [10.1111/j.1467-8624.1991.tb01588.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1991.tb01588.x)
- Lamborn, S. D., & Steinberg, L. (1993). Emotional autonomy redux: revisiting Ryan and Lynch. *Child Development*, *64*(2), 483-499. doi: [10.1111/j.1467-8624.1993.tb02923.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb02923.x)

- Larson, R., & Asmussen, L. (1991). Anger, worry, and hurt in early adolescence: An enlarging world of negative emotions. I M. E. Colton & S. Gore (red.). *Adolescent stress: Causes and consequences* (s. 21-41). New York: Aldine de Gruyter.
- Larson, R., & Ham, M. (1993). Stress and "storm and stress" in early adolescence: The relationship of negative events with dysphoric affect. *Developmental Psychology*, 29(1), 130-140. doi: [10.1037/0012-1649.29.1.130](https://doi.org/10.1037/0012-1649.29.1.130)
- Larsson, B., Ingul, J., Jozefiak, T., Leikanger, E., & Sund, A. M. (2016). Prevalence, stability, 1-year incidence and predictors of depressive symptoms among Norwegian adolescents in the general population as measured by the Short Mood and Feelings Questionnaire. *Nordic journal of psychiatry*, 1-5. doi: 10.3109/08039488.2015.1109137
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leech, N. L., & Onwuegbuzie, A. J. (2002, November). A call for greater use of nonparametric statistics. Paper presented at the Annual Meeting of the Mid-South Educational Research Association. Hentet fra <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED471346.pdf>
- Lewis, K. J. S., Mars, B., Lewis, G., Rice, F., Sellers, R., Thapar, A. K., . . . Thapar, A. (2012). Do parents know best? Parent-reported vs. child-reported depression symptoms as predictors of future child mood disorder in a high-risk sample. *Journal of Affective Disorders*, 141(2-3), 233-236. doi: 10.1016/j.jad.2012.03.008
- Licitra-Kleckler, D. M., & Waas, G. A. (1993). Perceived Social Support among High-Stress Adolescents The Role of Peers and Family. *Journal of Adolescent Research*, 8(4), 381-402. doi: 10.1177/074355489384003
- Lindell, M. K., & Whitney, D. J. (2001). Accounting for common method variance in cross sectional research designs. *Journal of Applied Psychology*, 86(1), 114-121. doi: [10.1037/0021-9010.86.1.114](https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.1.114)
- Lundervold, A. J., Breivik, K., Posserud, M. B., Stormark, K. M., & Hysing, M. (2013). Symptoms of depression as reported by Norwegian adolescents on the Short Mood and Feelings Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 4 (613), 1-8. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00613

- Marcotte, D., Fortin, L., Potvin, P., & Papillon, M. (2002). Gender differences in depressive symptoms during adolescence role of gender-typed characteristics, self-esteem, body image, stressful life events, and pubertal status. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 10*(1), 29-42. doi: 10.1177/106342660201000104
- Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., ... & Brent, D. A. (2011). Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review. *Journal of Adolescent Health, 49*(2), 115-123. doi:[10.1016/j.jadohealth.2011.02.005](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2011.02.005)
- Mathiesen, K. S. (1999). *Prediktorer for tilpasningsvansker hos førskolebarn: Barnas temperament, mødrenes psykiske helse og forhold i omgivelsene*. (Doktorgradsavhandling), Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo.
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E. B., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). *Trivsel og Oppvekst – barndom og ungdomstid*, nr. 5, Nasjonalt Folkehelseinstitutt. ISBN: 9788280822055.
- Meadows, S. O. (2007). Evidence of parallel pathways: Gender similarity in the impact of social support on adolescent depression and delinquency. *Social Forces, 85*(3), 1143-1167. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/4494968>
- Mendelson, B. K., White, D. R., & Mendelson, M. J. (1996). Self-esteem and body esteem: Effects of gender, age, and weight. *Journal of Applied Developmental Psychology, 17*(3), 321-346. doi: [10.1016/S0193-3973\(96\)90030-1](https://doi.org/10.1016/S0193-3973(96)90030-1)
- McCabe, M. P., Ricciardelli, L. A., & Ridge, D. (2006). Who thinks I need a perfect body? Perceptions and internal dialogue among adolescents about their bodies. *Sex roles, 55*(5-6), 409-419. doi: 10.1007/s11199-006-9093-0
- McGue, M., Elkins, I., Walden, B., & Iacono, W. G. (2005). Perceptions of the parent adolescent relationship: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 41*(6), 971-984. doi: 10.1037/0012-1649.41.6.971
- Menard, S. (2002). *Longitudinal Research*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
- Murray, K., Rieger, E., & Byrne, D. (2015). The relationship between stress and body satisfaction in female and male adolescents. *Stress and Health, 31*(1), 13-23. doi: 10.1002/smi.2516

- Myklestad, I., Røysamb, E., & Tambs, K. (2012). Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: a family study in the Nord-Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*(5), 771-782. doi: 10.1007/s00127-011-0380-x
- Natsuaki, M. N., Ge, X., Brody, G. H., Simons, R. L., Gibbons, F. X., & Cutrona, C. E. (2007). African American children's depressive symptoms: the prospective effects of neighborhood disorder, stressful life events, and parenting. *American journal of community Psychology*, *39*(1-2), 163-176. doi: 10.1007/s10464-007-9092-5
- Negriff, S., Fung, M. T., & Trickett, P. K. (2008). Self-rated pubertal development, depressive symptoms and delinquency: Measurement issues and moderation by gender and maltreatment. *Journal of Youth and Adolescence*, *37*(6), 736-746. doi: 10.1007/s10964-008-9274-y
- Nilsen, W., Karevold, E., Røysamb, E., Gustavson, K., & Mathiesen, K. S. (2013). Social skills and depressive symptoms across adolescence: Social support as a mediator in girls versus boys. *Journal of Adolescence*, *36*(1), 11-20. doi: 10.1016/j.adolescence.2012.08.005
- Nolen-Hoeksema, S., & Girgus, J. S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*, *115*(3), 424-443. doi: [10.1037/0033-2909.115.3.424](https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.3.424)
- Obradović, J., & Hipwell, A. (2010). Psychopathology and social competence during the transition to adolescence: The role of family adversity and pubertal development. *Development and Psychopathology*, *22*(03), 621-634. doi: 10.1017/S0954579410000325
- Oppedal, B., Røysamb, E., & Sam, D. L. (2004). The effect of acculturation and social support on change in mental health among young immigrants. *International Journal of Behavioral Development*, *28*(6), 481-494. doi: 10.1080/01650250444000126
- Pallant, J. (2010). *SPSS survival manual* (4. utg.). Berkshire: McGraw-Hill Education.
- Papadakis, A. A., & Strauman, T. J. (2011). Stress, coping, socialization and goals: A self regulation perspective on gender and depression in adolescence. I T. J. Strauman, P. R. Constanzo & J. Garber (red.), *Depression in Adolescent Girls: Science and Prevention* (s. 151-192). New York: The Guilford Press.

- Patton, G. C., & Viner, R. (2007). Pubertal transitions in health. *The Lancet*, 369(9567), 1130-1139. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60366-3
- Paxton, S. J., Eisenberg, M. E., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Prospective predictors of body dissatisfaction in adolescent girls and boys: a five-year longitudinal study. *Developmental Psychology*, 42(5), 888-899. doi: 10.1037/0012-1649.42.5.888
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006). Body dissatisfaction prospectively predicts depressive mood and low self-esteem in adolescent girls and boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539-549. doi: 10.1207/s15374424jccp3504_5
- Peugh, J. L., & Enders, C. K. (2004). Missing data in educational research: A review of reporting practices and suggestions for improvement. *Review of educational research*, 74(4), 525-556. doi: 10.3102/00346543074004525
- Pourhoseingholi, M. A., Baghestani, A. R., & Vahedi, M. (2012). How to control confounding effects by statistical analysis. *Gastroenterology and Hepatology from Bed to Bench*, 5(2), 79-83. Hentet fra <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4017459/pdf/GHFBB-5-079.pdf>
- Presnell, K., Bearman, S. K., & Stice, E. (2004). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *International Journal of eating disorders*, 36(4), 389-401. doi: 10.1002/eat.20045
- Prinstein, M. J., Boergers, J., & Vernberg, E. M. (2001). Overt and relational aggression in adolescents: Social-psychological adjustment of aggressors and victims. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30(4), 479-491. doi: 10.1207/S15374424JCCP3004_05
- Richter, J., & Sund, A. M. (2013). Måleegenskaper ved den norske versjonen av Mood and Feelings Questionnaire - Humøret Ditt (MFQ). *PsykTestBarn: måleegenskaper ved tester og kartleggingsverktøy*, 1:1. Hentet fra <http://www.r-bup.no/CMS/ptb.nsf/pages/mfq>
- Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological Bulletin*, 132(1), 98-131. doi: 10.1037/0033-2909.132.1.98
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic books.

- Rubin, K. H., Bukowski, W., & Parker, J. (2006). Peer interactions, relationships and groups. I W. Damon & R. Lerner (red.) & N. Eisenberg (vol. red.). *Handbook of child psychology: Social, emotional, and personality development* (6. utg., vol. 3, s. 571-645). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Rubin, K. H., Dwyer, K. M., Booth-LaForce, C., Kim, A. H., Burgess, K. B., & Rose Krasnor, L. (2004). Attachment, friendship, and psychosocial functioning in early adolescence. *The Journal of Early Adolescence*, 24(4), 326-356. doi: 10.1177/0272431604268530
- Rudolph, K. D. (2002). Gender differences in emotional responses to interpersonal stress during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 30(4), 3-13. doi: 10.1016/S1054-139X(01)00383-4
- Rudolph, K. D. (2009). The interpersonal context of adolescent depression. I S. Nolen Hoeksema & L. M. Hilt. (red.), *Handbook of Depression in Adolescents* (s. 377-419). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
- Rudolph, K. D., Caldwell, M. S., & Conley, C. S. (2005). Need for approval and children's well-being. *Child Development*, 76(2), 309-323. doi: 10.1111/j.1467-8624.2005.00847_a.x
- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child Development*, 70(3), 660-677. doi: 10.1111/1467-8624.00048
- Rudolph, K. D., Hammen, C., Burge, D., Lindberg, N., Herzberg, D., & Daley, S. E. (2000). Toward an interpersonal life-stress model of depression: The developmental context of stress generation. *Development and Psychopathology*, 12(02), 215-234. Hentet fra https://www.researchgate.net/profile/Dorli_Burge/publication/12470150_Toward_an_interpersonal_life-stress_model_of_depression_The_developmental_context_of_stress_%20generation/links/02bfe510d3b8dc24e4000000.pdf

- Rueger, S. Y., Malecki, C. K., & Demaray, M. K. (2010). Relationship between multiple sources of perceived social support and psychological and academic adjustment in early adolescence: Comparisons across gender. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(1), 47-61. doi: 10.1007/s10964-008-9368-6
- Schraedley, P. K., Gotlib, I. H., & Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25(2), 98-108. doi: 10.1016/S1054-139x(99)00038-5
- Shih, J. H., Eberhart, N. K., Hammen, C. L., & Brennan, P. A. (2006). Differential exposure and reactivity to interpersonal stress predict sex differences in adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(1), 103-115. doi: 10.1207/s15374424jccp3501_9
- Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here?. *Body image*, 1(1), 15-28. doi:10.1016/S1740-1445(03)00008-1
- Sourander, A., Helstela, L., & Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(12), 657-663. doi: 10.1007/s001270050189
- Statistisk sentralbyrå (1995, 1. oktober). Utdanningsstatistikk. Befolkningens utdanningsnivå. Hentet fra https://www.ssb.no/a/ukens_statistikk/utg/9651-52/4.html
- Statistisk sentralbyrå (2005). Barn og unges familier: to barn er mest vanlig. Hentet fra <https://www.ssb.no/a/barnogunge/arkiv/2005/familie/>
- Statistisk sentralbyrå (2015, 18. juni). Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2014. Hentet fra <https://www.ssb.no/utdanning/statistikker/utniv/aar/2015-06-18>
- Stice, E., & Bearman, S. K. (2001). Body-image and eating disturbances prospectively predict increases in depressive symptoms in adolescent girls: a growth curve analysis. *Developmental Psychology*, 37(5), 597-607. doi: 10.1037/0012-1649.37.5.597
- Stice, E., Hayward, C., Cameron, R. P., Killen, J. D., & Taylor, C. B. (2000). Body-image and eating disturbances predict onset of depression among female adolescents: a longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 438-444. doi: 10.1037/0021-843X.109.3.438

- Stice, E., Ragan, J., & Randall, P. (2004). Prospective relations between social support and depression: Differential direction of effects for parent and peer support?. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(1), 155-159. doi: 10.1037/0021-843X.113.1.155
- Stice, E., & Whitenton, K. (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: a longitudinal investigation. *Developmental Psychology, 38*(5), 669-678. doi: 10.1037/0012-1649.38.5.669
- Størksen, I., Røysamb, E., Moum, T., & Tambs, K. (2005). Adolescents with a childhood experience of parental divorce: A longitudinal study of mental health and adjustment. *Journal of Adolescence, 28*(6), 725-739. doi: 10.1016/j.adolescence.2005.01.001
- Sund, A. M. (2004). *Development of depressive symptoms in early adolescence: The Youth and Mental Health Study*. (Doktorgradsavhandling), Det medisinske fakultet ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU).
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2001). Depressive symptoms among young Norwegian adolescents as measured by the Mood and Feelings Questionnaire (MFQ). *European Child & Adolescent Psychiatry, 10*(4), 222-229. doi: 10.1007/s007870170011
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrøm, L. (2003). Psychosocial correlates of depressive symptoms among 12-14-year-old Norwegian adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(4), 588-597. doi: 10.1111/1469-7610.00147
- Sund, A. M., Larsson, B., & Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 5*(28). doi: 10.1186/1753-2000-5-28
- Sund, A. M., & Wichstrøm, L. (2002). Insecure attachment as a risk factor for future depressive symptoms in early adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(12), 1478-1485. doi: 10.1097/00004583-200212000-00020
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6. utg.). Boston: Pearson Education.

- Thompson, R. A., Flood, M. F., & Goodvin, R. (2006). Social support and developmental psychopathology. I D. Cicchetti & D. J. Cohen (red.), *Developmental Psychopathology: Risk, Disorder, and Adaption* (2. utg., vol. 3, s. 1-37). New York: John, Wiley & sons, Inc.
- Thomson, N. R., & Zand, D. H. (2002). The Harter self-perception profile for adolescents: Psychometrics for an early adolescent, African American sample. *International Journal of Testing*, 2(3-4), 297-310. doi: 10.1080/15305058.2002.9669497
- Tiggemann, M. (2005). Body dissatisfaction and adolescent self-esteem: Prospective findings. *Body image*, 2(2), 129-135. doi: [10.1016/j.bodyim.2005.03.006](https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2005.03.006)
- Turner, R. J., & Brown, R. L. (2010). Social support and mental health. I T. L. Scheid & T. N. Brown (red.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories and systems* (2. utg., s. 200-212). New York: Cambridge university press.
- Undheim, A. M., & Sund, A. M. (2005). School factors and the emergence of depressive symptoms among young Norwegian adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(8), 446-453. doi: 10.1007/s00787-005-0496-1
- van Beek, Y., Hessen, D. J., Hutteman, R., Verhulp, E. E., & van Leuven, M. (2012). Age and gender differences in depression across adolescence: real or 'bias'?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(9), 973-985. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02553.x
- van den Berg, P. A., Mond, J., Eisenberg, M., Ackard, D., & Neumark-Sztainer, D. (2010). The link between body dissatisfaction and self-esteem in adolescents: Similarities across gender, age, weight status, race/ethnicity, and socioeconomic status. *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 290-296. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.02.004
- van Stralen, K. J., Dekker, F. W., Zoccali, C., & Jager, K. J. (2010). Confounding. *Nephron Clinical Practice*, 116(2), 143-147. doi: 10.1159/000315883
- Vaughan, C. A., Foshee, V. A., & Ennett, S. T. (2010). Protective effects of maternal and peer support on depressive symptoms during adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(2), 261-272. doi: 10.1007/s10802-009-9362-9
- von Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal norsk forlag.

- Wade, T. J., Cairney, J., & Pevalin, D. J. (2002). Emergence of gender differences in depression during adolescence: National panel results from three countries. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 41*(2), 190-198. doi: 10.1097/00004583-200202000-00013
- Wichstrøm, L. (1995). Harter's Self-Perception Profile for Adolescents: reliability, validity, and evaluation of the question format. *Journal of Personality Assessment, 65*(1), 100-116. doi: 10.1207/s15327752jpa6501_8
- Wichstrøm, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: the role of intensified gender socialization. *Developmental Psychology, 35*(1), 232-245. doi: 10.1037/0012-1649.35.1.232
- Wichstrøm, L. (2007). Depresjon og suicidalitet. I I. L. Kvaalem & L. Wichstrøm. *Ung i Norge: Psykososiale utfordringer* (s. 92-118). Oslo: Cappelen, Akademisk forlag.
- Zimmer-Gembeck, M. J., Hunter, T. A., & Pronk, R. (2007). A model of behaviors, peer relations and depression: Perceived social acceptance as a mediator and the divergence of perceptions. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(3), 273-302. doi: 10.1521/jscp.2007.26.3.273
- Zimmerman, M. A., Ramirez-Valles, J., Zapert, K. M., & Maton, K. I. (2000). A longitudinal study of stress-buffering effects for urban African-American male adolescent problem behaviors and mental health. *Journal of Community Psychology, 28*, 17-33. Hentet fra https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/34572/4_ftp.pdf?sequence=&isAllowed=y

10. Vedlegg

Vedlegg 1: The Short Mood and Feelings Questionnaire (SMFQ)



Her er en liste over forskjellige plagsomme følelser og tanker man av og til kan ha. Tenk på de to siste ukene og kryss av for om du har følt eller tenkt noe av det som står nedenfor:

(sett ett kryss på hver linje.)

	1 Stemmer	2 Stemmer noen ganger	3 Stemmer ikke
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			

PES...HUFF.....SUKK

Vedlegg 2: The Physical Appearance subscale fra Harters Self-Perception Profile for Adolescents (SPPA)

Når alt kommer til alt, hvor fornøyd er du med utseendet ditt? Kryss av for hvor godt utsagnene nedenfor stemmer for deg:

(Husk å krysse av for hver linje)

	1 Stemmer svært godt	2 Stemmer nokså godt	3 Stemmer nokså dårlig	4 Stemmer svært dårlig
141	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YES!

..

Vedlegg 3: Tre spørsmål fra skalaen «Spørsmål om kvaliteten ved sosialt nettverk og sosial støtte»



Når folk beskriver **vennene sine**, bruker de ofte setninger som nedenfor. Hvordan stemmer disse beskrivelsene for deg? (Kryss av for hvor enig du er i setningen)

	1 Helt enig	2 Litt enig	3 Både og	4 Litt uenig	5 Helt uenig
191	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
192	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
193	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vedlegg 4: The Parental Warmth/Involvement subscale fra Lamborn Parenting Scale

 Her kommer noen flere utsagn om hvordan ungdom kan oppleve at foreldrene er mot dem. Kryss av for hvor godt du synes dette stemmer for deg:

		1	2
		Stemmer vanligvis	Stemmer vanligvis ikke
Tenk på moren din:			
238	Jeg kan stole på at hun hjelper meg hvis jeg har problemer		
239	Hun oppmuntrer meg alltid til å gjøre mitt beste		
240	Hun oppmuntrer meg til å ta egne valg		
241	Hun hjelper meg med skolearbeidet hvis det er noe jeg ikke forstår		
242	Når hun vil jeg skal gjøre noe, forklarer hun hvorfor		



		1	2
		Stemmer vanligvis	Stemmer vanligvis ikke
Tenk på faren din:			
243	Jeg kan stole på at han hjelper meg hvis jeg har problemer		
244	Han oppmuntrer meg alltid til å gjøre mitt beste		
245	Han oppmuntrer meg til å ta egne valg		
246	Han hjelper meg med skolearbeidet hvis det er noe jeg ikke forstår		
247	Når han vil jeg skal gjøre noe, forklarer han hvorfor		

Vedlegg 5: Undersøkte kovariater

Mors rapportering av demografiske variabler

- 37 Er du:
- Gift
 - Ugift
 - Separert/skilt
 - Enke/enkemann
- 40 Hvilken utdanning har du?
Oppgi bare høyest fullførte utdanning
- 9-årig grunnskole eller mindre
 - Ett eller to år på videregående skole (10-11 år)
 - Artium, økonomisk gymnas, treårig videregående skole
 - Høyskole/universitet, mindre enn 4 år
 - Høyskole/universitet, 4 år eller mer
- 42 Hvilken utdanning har din partner?
Oppgi bare høyest fullførte utdanning
- 9-årig grunnskole eller mindre
 - Ett eller to år på videregående skole (10-11 år)
 - Artium, økonomisk gymnas, treårig videregående skole
 - Høyskole/universitet, mindre enn 4 år
 - Høyskole/universitet, 4 år eller mer
- 47 Hvordan klarer du/familien seg med den økonomien du/dere har?
- Vi klarer oss svært dårlig
 - Vi klarer oss dårlig
 - Vi klarer oss
 - Vi klarer oss bra
 - Vi klarer oss meget bra

Barns rapportering: "Om kropp og helse", hentet fra Sund (2004)

 **KROPPEN DIN** 


Du er nå i en alder da kroppen din kan ha begynt å forandre seg og bli mer lik kroppen til en voksen. Her er noen spørsmål om forandringer som skjer med ungdommer i din alder:

132 Har du kommet i puberteten? 1 Nei 2 Ja 3 Vet ikke

133 Når du ser på deg selv nå, mener du at du er tidligere eller senere fysisk moden enn andre på din alder?

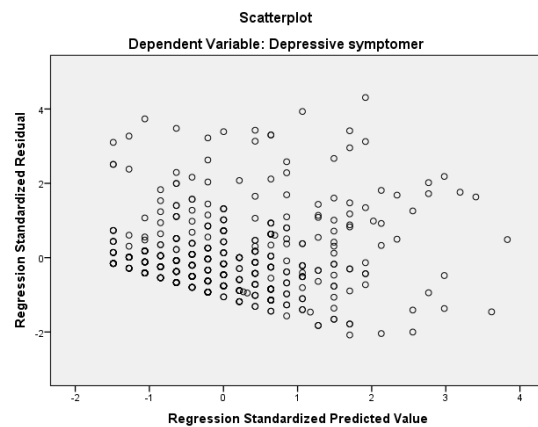
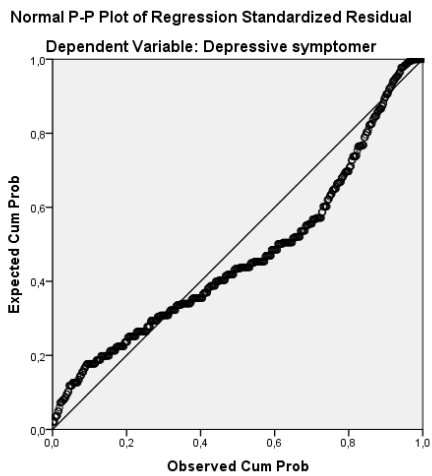
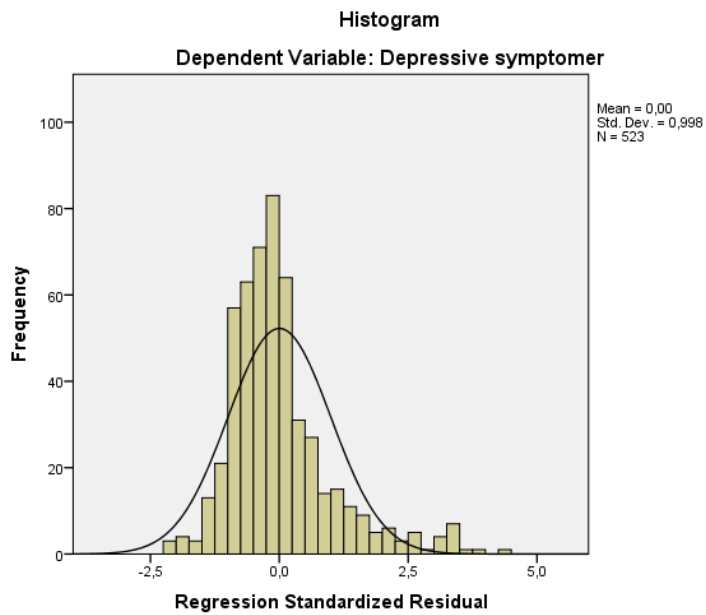
- Mye tidligere
- Noe tidligere
- Som hos andre
- Noe senere
- Mye senere

Å KOPPE? DU PÅ OVERLEPPA?



Vedlegg 6: representativt eksempel på endring i residualer etter transformering

Uten transformering:



Med log-transformering:

