

Det helsevitenskapelige fakultet, institutt for psykologi

Påvirker mindfulness eller self-compassion relasjonen mellom nevrotisisme og symptomtrykk?

Maiken Tingvold og Cecilie Rummelhoff

Hovedoppgave for profesjonsstudiet i psykologi, PSY-2901 - Mai 2016

Forord

Denne artikkelen ble skrevet som en hovedoppgave for 5.-årsstudenter på profesjonsstudiet i faget PSY-2901. Oppgaven er forfattet av Cecilie Rummelhoff og Maiken Tingvold, der begge har medvirket likt i arbeidet som har resultert i artikkelens innhold. Oppgavens tema ble valgt på grunnlag av deres kliniske relevans, samt at veileder allerede hadde et omfattende datasett til disposisjon. Undertegnede sto fritt til å velge tema fra dette datasettet ut fra egne interesser. Hypoteser og problemstillinger ble utformet i samarbeid med veileder.

Vi vil takke veileder Jens Thimm for uvurderlig hjelp gjennom et helt år, ved å stake ut veien for oppgaven, foreslå relevant litteratur, svare på spørsmål underveis og evaluere arbeidet. Arbeidet med oppgaven har vært spennende og lærerikt, både på grunn av det foreliggende temaet og dets omfattende natur.



UiT / NORGES ARKTISKE
UNIVERSITET

**Påvirker mindfulness og self-compassion relasjonen mellom nevrotisme og
symptomtrykk?**

PSY-2901

Maiken Tingvold og Cecilie Rummelhoff

Veileder: Jens Thimm

Hovedoppgave for graden Candidatus Psychologiae

Institutt for psykologi

Det helsevitenskapelige fakultet

UiT, Norges Arktiske Universitet

Mai 2016

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Sammendrag

Tidligere forskning indikerer at nevrotisme er positivt korrelert med symptomtrykk, men at mindfulness og self-compassion er positivt korrelert med velvære og gode mestringsstrategier. I denne studien undersøkte vi hvordan nevrotisme, mindfulness og self-compassion, kan relateres til symptombelastning. Vi forventet å se at self-compassion og mindfulness ville utgjøre en modererende eller medierende effekt på relasjonen mellom nevrotisme og symptombelastning. Totalt 212 deltakere (73.6% kvinner, $M = 21.81$ år, $SD = 4.40$) deltok ved å fylle ut spørreskjemaer. Vi fant ingen signifikante funn på at hverken mindfulness eller self-compassion modererte nevrotisme-symptomtrykk-relasjonen. Derimot hadde både mindfulness og self-compassion en medierende effekt på relasjonen mellom nevrotisme og symptomtrykk, men mindfulness mistet sin signifikans når den ble satt i samme modell som self-compassion. Disse funnene demonstrerer at noe av den positive assosiasjonen mellom nevrotisme og symptombelastning, kan virke gjennom self-compassion. Dette har blant annet implikasjoner for self-compassion-baserte intervensjoner og videre forskning på dette feltet.

Nøkkelord: nevrotisme, symptomtrykk, personlighetstrekk, mindfulness, self-compassion, mediator, moderator, CAT-PD-SF, BSI, FFMQ, SCS-SF.

Innledning

At det er en link mellom personlighet og mental helse, har vært diskutert helt siden antikkens Hellas. Det best kjente eksempelet på tidlige teorier er humoralpatologien og doktrinene om de fire “humørene”: kolerisk, melankolsk, flegmatisk og sangvinsk, som Hippokrates og Galen snakket om (Maher & Maher, 1994). Psykologien har fortsatt å utvide denne tradisjonen. Freuds teori (1905/1953) om psykoseksuell utvikling linket mental lidelse til personlighetstyper han baserte på kliniske observasjoner. Pavlov (1927) og hans skole fortsatte å fremme teorien om humoralpatologien, som de omformulerte til nevralt responser. Interessen for temaet har fortsatt til den dag i dag. Studien av personlighetspsykologi kan forbedre prognosemulighetene og kan hjelpe til med å forklare den mentale lidelsens etiologi gjennom identifisering av delte mekanismer (Krueger & Tackett, 2006). Det har vært en økt interesse for kjerneprosesser som kan ligge til grunn for utviklingen- og opprettholdelsen av symptomer på tvers av en rekke lidelser (Barlow, Ellard, Sauer-Zavala, Bullis, & Carl, 2014). Spesielt nevrotisme er et personlighetstrekk som er forbundet med psykopatologi, og nevrotiske personer har lett for å oppleve negative følelser (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis & Ellard, 2013). I tillegg tenderer de til å reagere aversivt og å reagerer med høye nivåer av negativ affekt når de står overfor stressende situasjoner (Mroczek, Spiro, Griffin & Neupert, 2006). Det blir derfor ekstra viktig for disse å lære seg strategier for å håndtere disse sterke følelsene. Mindfulness og self-compassion, som begge stammer fra Østlig filosofisk tenking, kan være slike hensiktsmessige selvreguleringsstrategier (Terry & Leary, 2011; Vago & Silbersweig, 2012) som kan virke direkte inn på nevrotisme som en underliggende faktor.

De siste årene har en sett en økning i dialog mellom slik Østlig filosofisk tenking, spesielt Buddhisme, og vestlig psykologi (Neff, 2003b). Dette har ført til nye måter å forstå og skape velvære. Fordi buddhistisk psykologi er fokusert på å analysere og forstå naturen til det menneskelige selvet, har mange av dens ideer vist seg å være spesielt verdifulle for forskere som er interesserte i prosesser som skjer i selvet (Neff, 2003a). I en mer og mer teknologisk verden der tidsklemma og prestasjonsfokus har blitt vanlige og negativt assosierte begreper, har det skjedd en popularisering av slike buddhistiske tilnærminger gjennom f.eks. yoga og utallige kurs i mindfulness og meditasjon.

Nedenfor følger definisjoner av begrepene personlighet, nevrotisme, symptombelastning, mindfulness og self-compassion. Underveis har vi også forsøkt å knytte

disse begrepene sammen, og å legge et forskningsbasert grunnlag for hvorfor mindfulness og self-compassion kan være viktige begrep i relasjonen mellom nevrotisisme og symptomtrykk.

Personlighet

Personlighet er menneskers måte å tenke, føle og handle på i en rekke ulike situasjoner over lengre tidsperioder (Torgersen, 2008). Det kan beskrives som den komplekse organiseringen av tekning, affekter og atferd som gir retning og mønster til en persons liv. Den består av både strukturer og prosesser, og reflekterer både gener og erfaring. Personlighet omfatter også virkninger og minner fra fortiden, så vel som effekten av nåtiden og forventninger om fremtiden (Pervin 1966). Personlighet er dermed egenskaper som gir individet særpreg. Personlighet er mest kjent som trekk, og ble opprinnelig beskrevet av Eysenck, pioneren for det kjente Big Three (Eysenck, 1990). Dette er kun ett av mange syn på hva personlighet er og feltet preges generelt hete diskusjoner.

Personlighetspsykologien opplevde problemer med klassifikasjon allerede på 1900-tallet: varierende klassifikasjon av både terminologi, antall trekk og deres natur (Kotov, Gamez, Schmidt & Watson, 2010). Feltet ble sett på som meget kaotisk og forvirrende. Diskusjonen startet om hvorvidt personlighetsavvik skulle forstås som sykdomsvarianter eller som ekstreme normalvarianter. En enighet begynte å ta form da det utviklet seg en anerkjennelse av at personlighet er ordnet hierarkisk fra et større antall spesifikke trekk til færre generelle karakteristikk (Kotov et al., 2010). Denne realiseringen gjorde det mulig å skape forskjellige modeller som spesifiserte alt fra to til flere titalls trekk, til ett integrert system. De lavere nivåene av klassifikasjonen er enda ikke kartlagt fullt ut, men de høyere nivåene er godt forstått (Kotov et al., 2010). De blir beskrevet av to fremstående skjemaer, “Big Five” og “Big Three” (McCrae & Costa, 1987; Eysenck, 1991). I denne oppgaven gjenspeiles i størst grad den førstnevnte.

Big Five, eller femfaktormodellen, har vært en av de mest dominerende modellene innenfor personlighetspsykologien. Den ble utviklet etter en rekke forsøk på å forstå organiseringen av trekkdeskripsjoner i det naturlige språket (McCrae et al., 2000). Strukturelle analyser av disse beskrivelsene resulterte i fem brede faktorer: ekstroversjon, planmessighet, medmenneskelighet, nevrotisisme og åpenhet for nye erfaringer. *Ekstroversjon* refererer til et utadvendt og og svært aktivt trekk. *Planmessighet* viser til selvkontroll, disiplin og det å være organisert og målrettet. *Medmenneskelighet* er slik som ekstroversjon relatert til interpersonlige

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

kvaliteter, men inkluderer også medgjørighet, altruisme, varme og tillit til andre. *Åpenhet for nye erfaringer* viser til det å være åpen og fleksibel i sin tenking, og en viser ofte til kreativitet, fantasifullhet og nysgjerrighet under dette trekket. *Nevrotisme* viser til et bredt spekter av negative emosjoner og står i kontrast til det å være emosjonelt stabil, rolig og god på stressmestring (Haslam, 2007).

Denne overnevnte strukturen har vist seg å være særlig robust. De samme faktorene blir observert både når en beskriver faktorer ved seg selv og ved andre (McCrae & Costa, 1987), i analyser av både barn og voksne (Digman, 1997) og på tvers av et bredt spekter av språk og kulturer (Allik, 2005; McCrae & Costa, 1997). Det er også laget seks fasetter til hver av disse faktorene (McCrae & Costa, 1995; McCrae & John, 1992). For eksempel er følgende seks fasetter tilhørende nevrotisme: angst, sinne/hostilitet, depresjon, forlegenhet (self-consciousness), impulsivitet og sårbarhet (Costa & McCrae, 1995). Trekkene av femfaktormodellen med deres underliggende fasetter, er knyttet til både adaptive og maladaptive varianter og forbindes med både positive og negative utfall (f.es. Kotov et al., 2010).

Personlighet og psykiske lidelser.

Personlighet og psykiske lidelser har vært knyttet sammen siden antikkens hellas. Clark og Watson (1991) la frem en modell som viser hvordan angst og depresjon begge er definert av høye nivåer av negativ affekt. Malouff, Thorsteinsson og Schutte (2005) viste i sin metaanalyse at alle de studerte symptomene på psykiske lidelser, var assosiert med en femfaktorprofil med høy grad av nevrotisme, lav grad av samvittighetsfullhet, ekstroversjon og medmenneskelighet. Stoffavhengighet har blitt linket til nevrotisme, disinhisjon og lav grad av medmenneskelighet (Ball, 2005). Lidelser som f.eks. depresjon, angst og rusavhengighet har en sterk link til personlighet (Kotov et al., 2010). Kotov et al. (2010) viste i sin review at høy grad av nevrotisme og lav samvittighet definerte alle lidelsene inkludert i studien.

Personlighet er også knyttet til en rekke personlighetslidelser. Saulsman og Page (2004) gjorde en meta-analyse hvor de blant annet viste at ulikhetene mellom personlighetslidelsene viser en femfaktorprofil som er meningsfull og predikerbar relativt til de diagnostiske kriteriene. Dimensjonene som ligger til grunn for flere personlighetslidelser, er positive assosiasjoner til nevrotisme og negative assosiasjoner til medgjørighet. Derimot ser ekstroversjon ut til å spille en rolle i diskriminering av de ulike personlighetslidelsene. Personlighetslidelser kan forstås som

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

maladaptive varianter av personlighetstrekkene i femfaktormodellen, og en nyere metastudie (Widiger & Samuel, 2008) har støttet funnene av Saulsman og Page (2004). Til forskjell fra Saulsman og Page (2004) undersøkte Widiger og Samuel (2008) fasettene av femfaktormodellen. Disse to metastudiene antyder begge at personlighetslidelser viser meningsfulle direkte relasjoner til trekkene i femfaktormodellen. En metastrukturell modell av Wright og Simms (2015) viser også at en stor andel vanlige mentale lidelser, psykoser og personlighetslidelser, kan bli organisert innenfor rammeverket av fem domener av personlighetstrekk.

Diagnosemanualene DSM-5 (American Psychiatric Association (APA), 2013) og ICD-10 (World Health Organization, 1992) er standard for diagnostisering og forskning verden over, men får mye kritikk også for personlighetsavsnittene. Debatten gjenspeiler vanskeligheter med deskriptive diagnosesystemer i seg selv, men også synet på lidelser av personligheten. F.eks. har en ikke greid å reprodusere diagnosekategoriene ut fra empiriske data (Livesley, 2001), klassifiseringen mangler teorier (Gabbard, 1997) og mange med personlighetsavvik faller utenfor kategorisystemet (Westen & Shedler, 1999). Debatten som har pågått siden begrepets tidlige historie, er mer aktuell enn noen gang: bør personlighetsforstyrrelser klassifiseres i klassiske kategorier, dimensjoner eller som prototyper. Det foreligger ingen enighet, men mange argumenterer i favør av den dimensjonelle tilnærmingen (f.eks. Trull & Durrett, 2006, Widiger & Samuel, 2005). Manualrevisjonene har likevel fulgt den kategoriske modellen. Følgelig operasjonaliserer forskningen psykopatologi som kategorier fordi de følger ett av disse systemene. I kontrast blir symptomer på mental lidelse typisk studert som kontinuerlige variabler. Men de dimensjonelle variablene varierer mellom hver studie, og det er ikke utviklet et dimensjonelt klassifiseringssystem med tilslutning fra fagmiljøene (Kotov et al., 2010).

I DSM-5 seksjon III (APA, 2013) er det i dag presentert en alternativ modell for personlighetslidelser. Denne representerer en dimensjonell tilnærming til personlighetslidelser. Den alternative modellen er inkludert for å imøtekomme en del av de manglene en ser at er i seksjon II, den kategoriske tilnærmingen. Personlighetslidelsene er karakterisert av svekkelser i personlighetsfungering og patologiske personlighetstrekk. Disse patologiske personlighetstrekkene er organisert som fem domener og anses som maladaptive varianter av femfaktormodellens dimensjoner (Wright & Simms, 2014). De spesifikke diagnosene inkluderer antisosial, unnnvikende, borderline, narsissistisk, obsessive-compulsive, og schizotyp. Modellen inkluderer i tillegg trekk-spesifiserte lidelser som kan benyttes når en personlighetslidelse

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

vurderes, men kriteriene for en spesifikk lidelse ikke er møtt. Det er økende evidens for signifikante problemer med det kategoriske rammeverket som ligger til grunn for beskrivelser av personlighetslidelser i DMS-5. Å ta i bruk en dimensjonell modell for trekkene blir antatt å minske flertallet av disse problemene. Det kreves allikevel mer forskning på teoriene som gjenspeiler denne alternative modellen, før de kan integreres som hovedbeskrivelsen i del II.

Widiger & Simonsen (2005) har belyst denne nye dimensjonelle tenkingen og beskrevet 18 ulike dimensjonelle modeller for personlighetslidelser. Disse modellene strekker seg fra å beskrive personlighetstrekk knyttet til både abnormalitet og normalitet. De har også ulike tilnærminger til organisering og totalt fire varianter fremkommer: utvikling av dimensjonelle profiler av eksisterende diagnostiske konstrukter, dimensjonell organisering av symptomer for personlighetslidelser, integrering av akse I og akse II ved bruk av like kliniske spekter av dysfunksjon, og integrering av akse II med dimensjonelle modeller av personlighetsstruktur.

I dag vet en også at det er svært vanlig at pasienter har en samtidig forekomst av personlighetsforstyrrelser og symptomlidelser (Wright & Simms, 2015). Det er allerede kjent at personlighetspatologi i seg selv bærer med seg mye subjektiv lidelse, men dette sier også noe om symptomtrykket pasienter med personlighetsforstyrrelser har. Personlighetspatologi har f.eks. høy komorbiditet med tidligere akse I-lidelser i DMS-5 (Grant et al., 2005; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005). Det personlighetstrekket som oftest har vært knyttet til psykisk lidelse og symptombelastning er nevrotisisme (Krueger & Markon, 2006; Weinstock & Wishman, 2006). I den nyere dimensjonelle tenkingen er nevrotisisme ansett som ett av trekkene og som vi skal se viser forskning at nevrotisisme er en viktig faktor når det gjelder personlighet og psykiske lidelser. Fordi det særlig er nevrotisisme som er forbundet med psykiske lidelser vil dette trekket være fokus i vår studie.

Nevrotisisme

Nevrotisisme kan defineres som tendensen til jevnlig å oppleve negative emosjoner som en respons til ulike kilder av stress i kombinasjon med en opplevelse av manglende kontroll (Barlow et al., 2013). Disse negative emosjonene strekker seg ofte bredt og kan inkludere engstelse, frykt, irritabilitet, sinne, tristhet osv., og sist men ikke minst opplevelse av angst og depresjon. Personer med nevrotiske tendenser vil ofte kunne oppleve verden som et farlig og truende sted i kombinasjon med manglende tro på at en kan mestre utfordrende hendelser.

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

Definisjonen av nevrotisisme inkluderer ikke prosesser som bekymring, grubling eller emosjonell unngåelse, selv om disse prosessene sannsynligvis kommer som følge av nevrotisisme, samt opprettholder den (Barlow et al., 2013).

Nevrotisisme er en risikofaktor for psykisk lidelse da det hindrer individer i å tilpasse seg til omgivelsene og kan føre til at de havner i en årsakskjede som igjen fører til symptomer og funksjonssvikt (Karterud, Wilberg & Urnes, 2010). Trekket har vist seg å robust predikere et bredt spekter av negative utfall. Det er først og fremst sterkt assosiert med- og predikerer en mengde psykiske lidelser som blant annet depresjon (Clark, Watson, & Mineka, 1994) og angstlidelser (Hettema, Neale, Myers, Prescott & Kendler, 2006), inkludert komorbiditet (Clark, et al., 1994; Krueger & Markon, 2006; Sher & Trull, 1994; Weinstick & Whisman, 2006), personlighetslidelser (Saulsman & Page, 2004), og andre negative emosjonelle utfall (Feltman, Robinson & Ode, 2009). Disse relasjonene holder seg signifikante i longitudinelle studier hvor sammenfallende depressive tilstander er kontrollert for (Spijker, de Graaf, Oldehinkel, Nolen, & Ormel, 2007). Mindre selvfølgelig er kanskje linken mellom nevrotisisme og fysisk helse. Rosmalen, Neelman, Gans og de Jonge (2007) har knyttet trekket til selvrapporterte somatiske symptomer. Trekket har blitt assosiert med en rekke fysiske problemer, som hjerte- og karsykdommer, eksem, astma og irritert tarm-syndrom (Brickman, Yount, Blaney, Rothberg, & De-Nour, 1996; Smith & MacKenzie, 2006; Suls & Bunde, 2005). Nevrotisisme predikerer også i hvilken grad en søker behandling og behandlingsrespons for både psykiske lidelser og generelle helseproblemer (Shipley, Weiss, Der, Taylor & Deary, 2007). Tatt i betraktning gir dette store konsekvenser for folkehelsen og statens helsekostnader. Cuijpers et al. (2010) estimerte at de økonomiske kostnadene av nevrotisisme i den nederlandske populasjonen overgikk kostnadene av vanlige psykiske lidelser. Sett under ett kan dette antyde at personer med høy grad av nevrotisisme er mer utsatt og sårbare for symptomer av både psykisk og somatisk art.

Trippel sårbarhet.

Det har etterhvert vokst fram flere ulike forklaringsmodeller for hvordan en bør forstå nevrotisisme og de mangfoldige konsekvensene trekket kan ha. Barlow (1991, 2002) la opprinnelig frem en teori om trippel sårbarhet for å beskrive forekomsten av angst og stemningslidelser, men viser senere til hvordan denne modellen er mer egnet til å beskrive utviklingen av nevrotisisme i seg selv (Barlow et al., 2014). Teorien beskriver tre separate men

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

interagerende sårbarheter (Barlow, 1988; Barlow, 2000). Nevrotisisme ses i modellen som et resultat av en generell biologisk- og en generell psykologisk sårbarhet som medieres av en dysregulert stressrespons. Nevrotisisme kan da føre til emosjonelle lidelser, men denne banen modereres av en spesifikk psykologisk sårbarhet.

Den første komponenten, generell biologisk sårbarhet, består av genetiske og neurobiologiske tilskudd til personlighetstrekk (Barlow, 2000). En genetisk link til emosjonelle lidelser har blitt godt etablert i både familie- og tvillingstudier (f.eks. Hettema, Neale & Kendler, 2001; Skre, Onstad, Torgersen, Lygren & Kringlen, 1993). Nevrotisisme er arvelig, og det genetiske bidraget er estimert til å bestå av mellom 40% og 60% av variansen til trekket (f.eks. Bouchard & Loehlin, 2001; Clark et al., 1994; Kendler, Prescott, Myers & Neale, 2003). Den genetiske komponenten er også linket til den neurobiologiske tendensen til forhøyet reaktivitet i emosjongsgenererende strukturer, f.eks. amygdalahyperaktivering og redusert effektivitet i inhibitorisk kontroll av prefrontale strukturer (Keightly et al., 2003; Stein, Simmons, Feinstein & Paulus, 2007; Westlye, Bjernebekk, Grydeland, Fjell & Walhovd, 2011).

Den generelle psykologiske sårbarheten, består av en forhøyet sans for uforutsigbarhet og ukontrollerbarhet i forhold til livssituasjoner, samt en opplevelse av å mangle evne til å håndtere negative utfall av slike livssituasjoner. Dette er assosiert med endringer i hjernefunksjon, som et resultat av tidlige belastende hendelser (Barlow, 2000). Nevrotisisme ses på som en latent underliggende faktor for angst- og depresjonslidelser. For eksempel viser Barlow (2000) til at tilknytningslitteraturen viser at ulike oppdragerstiler har ulike konsekvenser for et barns opplevelse av kontroll, noe som igjen er assosiert med økte nivåer av nevrotisisme.

Den spesifikke psykologiske sårbarheten er også i stor grad er lært, Denne forklarer hvorfor to personer som har lik grad av nevrotisisme kan utvikle to ulike lidelser, f.eks. panikk lidelse og tvangslidelse. Denne spesifikke psykologiske sårbarheten kan f.eks. arte seg slik: høye nivåer av nevrotisisme sammen med en lav grad av positiv affekt og kanskje også lav resiliens. Barlow et al. (2014) fremhever hvordan resultater fra flere forskningsfelt antyder at klassisk betinging gjennom direkte opplevelser og observasjon eller instrumentell læring, spiller en viktig rolle i tilegnelsen av frykt og angst. En tenker da at nevrotisisme kan styrke disse lærte assosiasjonene. Om en person høy på nevrotisisme blir konfrontert med opplevelser som genererer assosiasjoner til frykt, kan disse utvikle seg til å være et senter for angst og muligens lidelse (Barlow, 2000).

Den generelle biologiske- og den generelle psykologiske sårbarheten, medieres av en påfølgende dysregulert stressrespons. Denne interaksjonen mellom de to generelle sårbarhetene viser ikke til noen kausalitet, men til en interaksjon mellom disse to sårbarhetene og nevrotisme (Barlow, 2000). Barlow legger frem hvordan HPA aksene kan være en modell for denne biologisk-psykologisk-miljømessige interaksjonen.

I følge Barlow (2000) har modellen en stor fordel ved at den integrerer perspektiver og teorier som ofte står i kontrast mot hverandre. En får en sterk forklaring på hvordan genotype for ulike temperamenter får ulike uttrykk avhengig av miljømessige variabler. En kan trygt si at en i dag har god bevissthet rundt arv-miljø interaksjoner og dermed komplikasjonene ved å skille de ulike faktorenes bidrag ved emosjonelle lidelser. Samtidig er det sannsynlig at tidlige miljømessige opplevelser i stor grad påvirker gens uttrykk i utviklingen av nevrotisme (Barlow, 2000).

Selvregulering.

Matthews (2004) foreslår at nevrotisme kan bidra til psykiske lidelser gjennom å endre prosessering av emosjonelt materiell, inkludert negativ bias, under tolkningen av informasjon. Barnhofer og Chittka (2010) har vist at nevrotisme øker kognitiv reaktivitet i møte med negativ stimuli, og Maack, Tull og Gratz (2012) fant at nevrotisme skaper skadelige mestringsstrategier, som atferdsmessig og eksperimentell unngåelse. Relatert prosessforskning har funnet at negativ grubling medierer sammenhengen mellom nevrotisme og psykiske lidelser (Yoon, Maltby & Joorman, 2013). Grubling er en emosjonell strategi med signifikant sammenheng med depresjon og angst (Muris, Roelofs, Rassin, Franken & Mayer, 2005). Feltman et al. (2009) har publisert en artikkel hvor de fremhever et selvreguleringsperspektiv på utfall av nevrotisme. Deres studie ser på hvorvidt mindfulness kan moderere utfall av nevrotisme ved å være en dempende faktor på slik negativ emosjonell reaktivitet. Resultatene viste at nevrotisme-relaterte utfall (depresjon og angst), var sterkere for individer som var lav på mindfulness. I tillegg har nevrotisme vist seg å ha en signifikant negativ assosiasjon med mindfulness, og dette kan indikere at mindfulness påvirker sammenhengen mellom nevrotisme og depressive symptomer (Barnhofer, Duggan & Griffith, 2011). Dette passer også overens med teorien om trippel sårbarhet (Barlow, 2000), som viser til hvordan en spesifikk psykologisk sårbarhet kan påvirke de endelige utfallene av nevrotisme.

Den genetiske komponenten i teorien om trippel sårbarhet er som vi så også relatert til forhøyet reaktivitet i emosjongsgenererende strukturer (Keightly et al., 2003; Stein et al., 2007; Westlye et al., 2011). Feltman et al. (2009) viser også til hvordan nevropsykologisk forskning på oppmerksomhet og bevissthet, som er avgjørende for selvregulering, knyttes til hjerneområder som anterior cingulate cortex (ACC). ACC responderer på prosessering av betingelser hvor problematiske utfall har skjedd eller er sannsynlig at vil inntreffe igjen. Aktivering av ACC er også knyttet til rekrutteringen av regioner i den prefrontale cortex som er involvert i selvregulering og dens eventuelle negative utfall. Derfor bør f.eks. mindfulness som er linket til høyere nivåer av oppmerksomhet og kognisjon: (Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkaisan, 2010; Siegel, 2007), fasilitere en mer effektiv emosjonsregulering, i følge denne nevrologiske modellen av overvåkning og korrigerings.

Mroczek et al. (2006) argumenterer for at det er tre personlighetsdimensjoner som er spesielt viktig for selvregulering: regulering av humør, impuls kontroll og tro på at en kan kontrollere sitt eget humør. De som skårer høyt på nevrotisme tenderer til å vise større svingninger i humøret enn andre, og har ført til at andre kaller trekket for “emosjonell stabilitet” (Goldberg, 1992) og “emosjonalitet” (Eysenck & Eysenck, 1968). På mange måter er selvregulering en type personlighetskaraktistikk (Mroczek et al., 2006), noe Bandura (1999) har argumentert for i mange år.

Oppsummert kan en si at personer som skårer høyt på nevrotisme har lett for å oppleve negative følelser. Det er for disse sårbare personene ekstra viktig å lære seg strategier for å håndtere disse negative følelsene. Mindfulness og self-compassion kan være slike hensiktsmessige selvreguleringsstrategier (Vago & Silbersweig, 2012; Terry & Leary, 2011).

Mindfulness

Mindfulness er et gammelt konsept med røtter i østlig filosofi og buddhisme (Soysa & Wilcomb, 2013). Det kan defineres som økt og overlagt oppmerksomhet på både interne og eksterne opplevelser som skjer akkurat nå (Brown & Ryan, 2003), på en ikke-dømmende og aksepterende måte (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006). Opprinnelig var mindfulness noe som kunne utvikles gjennom regelmessig meditasjon, og en økning i positive kvaliteter som oppmerksomhet, innsikt, visdom, medfølelse og sinnsliekevekt skulle komme som en følge av det (Goldstein, 2002). De siste tiårene har tradisjonelle mindfulnessøvelser blitt

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

akseptert for sekulær bruk, og inkorporert i flere intervensjoner som nå er lett tilgjengelig innenfor rammene av både medisinsk og psykisk helse (Baer et al., 2006).

Mindfulness er en type bevissthet hvor en fokuserer på å være her-og-nå, er ikke-dømmende og ikke-utdypende. Hver tanke, følelse og sensasjon som oppstår blir erkjent og akseptert som de er (Kabat-Zinn, 1990, 1998; Shapiro & Schwartz, 1999, 2000; Teasdale, 1999; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Når en er mindful blir tanker og følelser observert som hendelser i sinnet, uten å overidentifisere seg med dem og uten å reagere på dem på en automatisk eller vanemessig måte. Denne lidenskapløse måten å være selv-observant på skal skape en avstand mellom ens persepsjon og respons. Derfor skal mindfulness gjøre en bedre i stand til å respondere på situasjoner mer reflektert, i stedet for handle på en mer automatisk måte (Bishop et al., 2004). Slike tilnærminger er ikke ansett som avslapping eller som teknikker for å håndtere humøret, men som er form for mental trening for å minke kognitiv sårbarhet til reaktive måter å tenke og føle på. Disse ville ellers kunne føre til forhøyet generelt og emosjonelt stress, eller opprettholdt psykopatologi (Bishop et al., 2004).

Et førvitenskapelig begrep.

Mindfulness er også et førvitenskapelig begrep, som vil si at det ikke finnes en formell, entydig definisjon av det (Nilsonne, 2010). Dette blir tydelig når en ser på innholdet i de forskjellige kursene som tilbys i emnet, eller sammenligner innholdet i mange av bøkene om det (Nilsonne, 2010). Som Nilsonne (2010) påpeker, så skaper dette problemer for forskningen ved at det blir usikkert hva forskjellige forskere egentlig snakker om, og hvordan en skal vite at det er det samme som undersøkes av ulike forskere. Dette reflekteres i forskningen der mindfulness har variert fra å bestå av én fasett (Brown & Ryan, 2003) til flere fasetter (Baer et al., 2006), og det har blitt utviklet flere forskjellige selvrapporteringskjemaer for å måle mindfulness. Selv om disse skjemaene har tilfredsstillende psykometriske kvaliteter (Baer et al., 2006), varierer de i innhold og struktur, og viser at det er en mangel på konsensus blant forskere rundt operasjonaliseringen og konstruktene av mindfulness (Bohlmejer, Klooster, Fledderus, Veehof & Baer, 2011). Baer et al. (2006) kombinerte i sin studie elementene fra allerede eksisterende mindfulness-skjemaer og gjennomførte utforskende faktoranalyse på dem. Denne analysen viste at det var fem fasetter ved mindfulness som gikk igjen: observere sanseintrykk, persepsjoner, tanker og følelser, beskrive disse sanseintrykkene med ord, handle med bevissthet heller enn på

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

autopilot, være ikke-dømmende til disse opplevelsene, og å ikke være reaktiv til disse opplevelsene.

Bishop et al. (2004) på sin side, oppdaget at til tross for at mindfulness fikk mye oppmerksomhet i forskningsfeltet så vel som i den kliniske hverdagen, så var det ingen som hadde definert mindfulness operasjonelt. De kom med forslag til en modell bestående av to komponenter. Den første komponenten, *selvregulering av oppmerksomhet* (Self-regulation of attention), skal sikre at en holder fokuset på her-og-nå, og gi rom for økt gjenkjenning av det som skjer mentalt. Dette involverer å opprettholde oppmerksomheten på pusten over en lengre periode for å holde oppmerksomheten ankret i det nåværende øyeblikket, slik at tanker, følelser og sansninger kan oppdages idet de oppstår i bevisstheten. Det er også viktig å kunne skifte oppmerksomheten, slik at en kan flytte fokus tilbake til pusten når tanker, følelser og sanser har blitt anerkjent. Selvregulering av oppmerksomhet går også ut på å forfølge de tanker, følelser og sansninger en får. I stedet for å observere opplevelser gjennom et filter av ens meninger, antakelser, ønsker og forventninger, skal en direkte observere hendelser som om en ser eller opplever det for første gang. Siden oppmerksomheten har begrenset kapasitet, vil det å kvitte seg med utdypende tenking frigjøre flere ressurser til å prosessere informasjon relatert til opplevelser her og nå.

Den andre komponenten, *orientering mot opplevelse* (orientation to experience), involverer å orientere seg mot her-og-nå, og er karakterisert av nysgjerrighet, åpenhet og aksept. En begynner med å vie seg til å opprettholde en nysgjerrighet for hvor tankene vandrer når de går bort fra å fokusere på pusten. Dette innebærer også en nysgjerrighet på de forskjellige delene av ens opplevelser til enhver tid. Alle følelser, tanker og sansninger som oppstår blir sett på som relevante, og som noe som skal observeres. Hensikten er ikke å gå inn i noen form for avslapping eller på noen måte endre det en tenker, men å gjøre en innsats for å legge merke til alt som oppstår i bevisstheten, for så å akseptere alt som skjer. Det blir altså en aktiv prosess der en velger å ta det som kommer med åpenhet og er mottakelig for hva enn som måtte skje i bevisstheten.

Mindfulness er altså et begrep det er vanskelig å definere (Van Dam, Earlwine, & Boarders, 2010). Å forstå komponentene i mindfulness er en pågående prosess og mer forskning er fortsatt nødvendig for å fullt ut forstå mindfulness både som et trekk og som en intervensjon.

Det er avgjørende å forstå hvilken rolle mindfulness eller fravær av sådan, har i utviklingen av psykiske lidelser. Som vi skal se under er det mange assosiasjoner mellom mindfulness og psykisk helse.

Mindfulness og psykisk helse.

Det er vanlig å skille mellom mindfulness som en tilstand en øver på gjennom meditasjon (Lau et al., 2006) og som et trekk, altså ens predisposisjon til å være mindfull i dagliglivet (Baer et al., 2006). Uten intervensjon ser mindfulness ut til å være stabilt over tid (Brown & Ryan, 2003). Mindfulness-baserte intervensjoner ser også ut til å øke mindfulness som trekk (Carmody, Reed, Kristieller, & Merriman, 2008; Shahar, Britton, Sbara, Figueredo, & Bootzin, 2010; Shapiro, Oman, Thoresen, Plante, & Flinders, 2008). Når evnene først er lært, kan oppmerksomheten reguleres til å vekke mindfulness i mange situasjoner, og slik gjøre en i stand til å respondere annerledes på situasjoner som vekker emosjonelle reaksjoner (Bishop et al., 2004). Emosjonelt stress vil bli opplevd som mindre ubehagelig og truende, siden den aksepterende holdningen endrer den subjektive meningen til det emosjonelle stresset. Dette kan sannsynligvis føre til økt affekttoleranse (Bishop et al., 2004). Mindfulness kan også føre til at en er bedre i stand til å skille mellom følelser fra kroppslig sansning som er relatert til emosjonell aktivering eller ikke, samt være bedre i stand til å forstå og beskrive den komplekse naturen av forskjellige emosjonelle tilstander (Bishop et al., 2004). Mindfulness vil også kunne øke ens kognitive kapasitet til å se sammenhenger mellom tanker, følelser og handling, men samtidig dra ut mening og årsak til opplevelser og atferd (Bishop et al., 2004). Forskere har også funnet assosiasjoner mellom mindfulness og velvære (Caldwell, Emery, Harrison & Greeson, 2011; Howell, Dopko, Passmore & Buro, 2011), så vel som relasjonen mellom mindfulness og psykologisk stress (Jimenez, Niles & Park, 2010; Hinterman, Burns, Hopwood & Rogers, 2012; Masuda & Tully, 2012; Palmer & Rodger, 2009). I en studie identifiserte Christopher og Gilbert (2010) at "mindful accepting" var en omvendt prediktor for depressive symptomer og at "mindful observing" var en prediktor for livstilfredshet (life satisfaction).

Dette indikerer at mindfulness kan ha en viktig rolle også i relasjonen mellom de psykiske lidelsene og deres prognostiske forløp. Som poengtert tidligere kan maladaptive personlighetstrekk generelt og nevrotisme spesielt, være årsaker til psykiske lidelser.

Mindfulness og personlighet.

Flere studier har også vist sammenheng mellom mindfulness, ulike aspekter av psykisk belastning og personlighet. Personer som skårer høyt på nevrotisme har en tendens til å være mer engstelig, usikker og humørsyk (Barrick, Mount, & Judge, 2001), mer utsatt for distress og takler stress dårligere enn andre (Costa & McCrae, 1992). Nevrotisme er ikke overraskende negativt linket til psykologisk velvære (Brown, Ryan, & Creswell, 2007), og det er også mindfulness (Caldwell et al., 2011; Howell et al., 2011). Ved å utøve en form for frivillig eksponering kan det tenkes at mindfulle individer har en større evne til å tolerere et større spekter av tanker, følelser og opplevelser (Baer, 2003; Brown et al., 2007; Shapiro, Carlson, Astin, & Freedman, 2006).

En metaanalyse av Giluk (2009) undersøkte relasjonen mellom mindfulness femfaktormodellens trekk og affekt. Analysen deres viste at alle de fem personlighetstrekkene hadde noen form for relasjon med mindfulness, men sterkest relasjon var det til nevrotisme. Forfatterne poengterer allikevel at de ikke ut fra deres data kan avgjøre noen kausal retning for denne relasjonen. Andre studier har sett nærmere på hvilken rolle mindfulness kan ha i relasjonen med nevrotisme. F.eks. har mindfulness vist seg å mediere effekten mellom nevrotisme og subjektiv velvære (Wenzel, Versen, Hirschmüller, & Kubiak, 2014), og å svekke påvirkninger av suicidale tanker (Tucker et al., 2014). Barnhofer et al. (2011) fant at mindfulness ser ut til å moderere relasjonen mellom nevrotisme og depresjon, og van den Hurk et al. (2011) fant at spesifikke mindfulnesssevner hadde en medierende rolle på relasjonen mellom mindfulnessmeditasjon og nevrotisme. De samme studiene viste også at mindfulness kan være en moderator mellom personlighet og psykiske plager generelt. Disse studiene gir indikasjoner på at både det å være naturlig mindful, og å trene på å bli det, kan være nyttig for personer som innehar en stor grad av nevrotisme.

Mindfulness som intervensjon.

Mye av interessen i den kliniske tilnærmingen til mindfulness ble igangsatt av *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR; Bishop et al., 2004). Dette er et manualbasert behandlingsprogram for håndtering av kronisk smerte (Kabat-Zinn, 1982; Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985; Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1987). MBSR blir nå brukt til å redusere psykologisk morbiditet assosiert med kroniske sykdommer og til å behandle

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

emosjonelle og atferdsmessige lidelser (Kabat-Zinn, 1998). Resultatene fra forskningen indikerer dessuten at MBSR kan føre til reduksjon i psykologisk morbiditet assosiert med medisinsk lidelse (Baer, Carmody, & Hunsinger, 2012; Bränström, Kvillemo, Brandberg, & Moskowitz, 2010; Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen & Speca, 2001; Grossman, Niemann, Schmidt, & Walach, 2004; Reibel, Greenson, Brainard & Rosenzweig, 2001), og redusert stress, så vel som økt emosjonelt velvære i ikke-kliniske utvalg (Chiesa & Serretti, 2009; Irving, Dobkin, & Park, 2009; Williams, Kolar, Reger & Pearson, 2001). I tillegg til MBSR er det utviklet andre intervensjoner som bruker mindfulness. I det følgende nevnes noen av disse.

Dialektisk atferdsterapi (DBT; Linehan, 1993) er en tilnærming som har vist seg å redusere selvskading og selvmordsatferd hos kronisk suicidale pasienter med boarderline personlighetsforstyrrelse (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991). I DBT arbeider en med å akseptere virkeligheten som den er, samt å ta hensyn til virkeligheten. En søker en balanse mellom å akseptere og å forandre. Sentralt inngår mindfulnessmeditasjon for å fremme affekttoleranse (Bishop et al., 2004).

Mindfulness-basert kognitiv terapi (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002) kombinerer mindfulnessmeditasjon og kognitiv terapi. Denne kombinerte effekten kan redusere tilbakefall ved tilbakevendene alvorlig depresjon (Teasdale et al., 2000). Flere andre forskere har kommet med teoretiske rasjonale for å integrere mindfulness i en rekke andre kliniske syndromer. Dette inkluderer generalisert angstlidelse (Roemer & Orsillo, 2002; Wells, 1999), posttraumatisk stresslidelse (Wolfsdorf & Zlotnick, 2001), substansmisbruk (Breslin, Zack & McMain, 2002; Marlatt, 2002) og spiseforstyrrelser (Kristeller & Hallett, 1999; Telch, Agras & Linehan, 2001).

Acceptance and commitment therapy (ACT; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) er basert på “relasjonell rammeteori” (“relational frame theory”) som betyr at ord eller deler av språket er knyttet til emosjoner, som f.eks. at ordet “heis” er knyttet til frykt hos personer med heisfobi (Holden, 2007). I ACT fokuserer man på å akseptere negative opplevelser, å svekke tankers følelser og betydning, samt å bevege seg i retning av egne, verdsatte mål (Holden, 2007).

Relapse prevention for substance abuse (RP; Marlatt & Gordon, 1985) var originalt en tilnærming basert på kognitiv atferdsterapi for hindre tilbakefall hos de som forsøkte å slutte med substansmisbruk. I senere tid har en rekke andre tilnærminger blitt benyttet i kombinasjon med RP for å forbedre effekten, f.eks. mindfulness og buddhistisk filosofi (Marlatt, 2002).

De overnevnte intervensjonene bruker mindfulness som et sett med evner som kan læres og øves på med den hensikt å redusere psykiske symptomer og å fremme helse og velvære (Baer et al., 2006). De mindfulness-baserte intervensjonene har blitt testet over et bredt spekter av populasjoner og lidelser (Baer, 2003; Gotink et al., 2015; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004; Robins & Chapman, 2004; Zenner, Herrnleben-Kurz, Walach, 2014; Zoogman, Goldberg, Hoyt, & Miller, 2015), og effektiviteten blir dermed støttet av den empiriske forskningen. Litteraturen på disse kliniske intervensjonene støtter dermed antakelsene våre om at mindfulness påvirker symptombelastning og kan ha en modererende eller medierende effekt på årsakene til denne belastningen og deres utfall.

Self-compassion

Self-compassion defineres som å være snill med seg selv når en møter vansker, tilkortkommelse og når en opplever at en selv feiler (Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007). Kristin D. Neff er en av verdens ledende eksperter på self-compassion, og var den første som definerte begrepet og forsket på det. Hun definerer self-compassion ved å først forklare hva *compassion* (medfølelse) er. Når vi opplever medfølelse oppdager vi og blir beveget av andres lidelse, compassion betyr “to suffer with” (å lide med) (Neff, 2012). Når du ser en mann som en *person* som faktisk lider, vil du føle en kobling til ham, og i stedet for å ignorere ham, vil du føle en trang til å hjelpe på en eller annen måte. En ser lidelse, føler godhet, omsorg og forståelse for mennesker som lider, slik at trangen etter å hjelpe oppstår naturlig (Neff, 2012). Medfølelse involverer også den delte menneskelige tilstanden av å være skjør og imperfekt (Neff, 2012). Self-compassion har akkurat de samme kvalitetene, det er medfølelse rettet innover mot selvet.

Videre deler Neff (2012) self-compassion inn i tre deler.

Self-kindness: Å være varm og forståelsesfull mot seg selv når vi lider, feiler eller føler at vi ikke strekker til, isteden for å være selvkritiske. Vi innser at vi ikke vil være perfekte i møte med livets utfordringer. Vi kan ikke alltid få det vi vil, og vi kan ikke alltid være den vi vil være. Når denne realiteten blir fornektet eller motarbeidet, vil lidelse vise seg i form av stress, frustrasjon og selvkritikk. I den motsatte enden av skalaen er *self-judgement*.

Common humanity: Når vi oppdager noe ved oss selv som vi ikke liker, føler vi irrasjonelt at alle andre er perfekte, det er bare en selv det er noe feil med. Når ting går galt i livet, føler vi at alle andre har det lettere, at vår egen situasjon er abnormal og urettferdig. Self-

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

compassion innebærer å innse at utfordringer og personlige nederlag er en del av å være menneske, en opplevelse vi alle deler. Det hjelper oss å føle mindre isolasjon når vi opplever lidelse. Motsetningen til common humanity er *isolation*.

Mindfulness: Ikke-dømmende, mottakende tilstand der tanker og følelser blir observert som de er, uten å undertrykke eller benekte dem. En kan ikke ignorere ens smerte og føle medfølelse på samme tid. Vi går ofte umiddelbart inn i en problemløsningsmodus uten å gjenkjenne behovet for å trøste oss selv i vanskene vi står ovenfor. Ved å ha en mindful tilnærming skaper vi et mentalt rom for å tilnærme oss våre vanskelige følelser, og gir plass for større klarhet, perspektiv og emosjonell likevekt. Motsetningen til mindfulness er *over-identification*.

Ifølge Neff (2012) er self-compassion forskjellig fra selv-medlidenhet (self-pity), hedonisme (self-indulgence) og selvtillitt (self-esteem):

Self-pity: Å synes synd på seg selv utløser egosentriske følelser av separasjon og forsterker opplevd stress. Self-compassion gjør oss i stand til å relatere opplevelser av oss selv med andre uten å frakoble oss andre. Når vi innser hvor vanskelig det er for oss her og nå, blir resten av menneskeheten inkludert i vår bekymrede oppmerksomhet. Når vi tenker på hva andre går gjennom, vil vi lettere kunne se vår egen situasjon i et større perspektiv.

Self-indulgence: å tro at vi er for skånsomme med oss selv fordi vi er self-compassionate. Mange tror at det å være selvkritisk er nødvendig for å motivere dem selv, og at hvis de har for mye self-compassion vil de bare bli sittende i sofaen foran TV 'en hele dagen. Men en mor som har omsorg for sin sønn, lar ham ikke sitte å se TV hele dagen. Hun vil passe på at han spiser nok, går på skolen, gjør leksene, pusser tennene og legger seg tidlig. Barnet vil da bli mer motivert til å nå sine mål, han vet han kan stole på at han får sin mors oppfordring og støtte også når han feiler.

Self-esteem: refererer til i hvilken grad vi evaluerer oss selv positivt, og er ofte basert på sammenligning med andre. Self-compassion er ikke basert på positiv dømming eller evaluering, det er en måte å *relatere* seg til oss selv. Folk føler self-compassion fordi de er mennesker, ikke fordi de er spesielle eller over gjennomsnittet. Det legger vekt på sammenkobling heller enn separering. Self-compassion tilbyr også mer stabilitet enn selvtillit, ved at den alltid er der for deg - både når du er på topp og når du er på bunn.

Self-compassion og psykisk helse.

Det har også blitt en økt interesse for relasjonen mellom self-compassion og utfall på psykisk helse. En ser at self-compassion kan forstås fra mange forskjellige perspektiver, og at de forskjellige teoretiske modellene vektlegger ulike aspekter ved self-compassion. Dette viser at det foreligger subtile men viktige forskjeller mellom studiene, men alle modellene predikerer at self-compassion er assosiert med velvære (Neely, Schallert, Mohammed, Roberts, & Chen, 2009) og redusert emosjonelt stress (MacBeth & Gumley, 2012). Self-compassion ser dessuten ut til å ha akademiske fordeler, da det er linket til en indre interesse av læring og sunnere strategier etter å ha strøket på en eksamen (Neff, Hseih, & Dejithrat, 2005).

Self-compassion er også en viktig årsaksvariabel når en skal forstå mental helse og resiliens (MacBeth & Gumley, 2012). Individuer som er oppvokst i et trygt og godt miljø, og som opplever støttende og bekræftende relasjoner med sine omsorgsgivere, er i større grad i stand til å relatere seg til seg selv på en omsorgsfull måte (Neff og Dahm, 2015). På den andre siden så vil individer som har vokst opp i usikre, stressene og truende miljøer være mer utsatt for å ha et utilstrekkelig selv-trøstende system (self-soothing) og ha færre internaliserte modeller for medfølelse (Gilbert og Procter, 2006). Forskning støtter synet på at self-compassion er relatert til omsorgssystemet og tidlige interaksjoner i barndommen. Individuer som mangler self-compassion har større sannsynlighet for å ha kritiske mødre, å komme fra familier hvor det er mye konflikt, samt å vise usikre tilknytningsmønstre. Det motsatte er tilfellet for de med høyere nivåer av self-compassion (Neff & McGehee, 2010; Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011).

Gilbert og Irons (2005) foreslår at self-compassion deaktiverer trusselsystemet, som er assosiert med følelser av usikker tilknytning, forsvar, og autonom aktivering. Det aktiverer også det selvberoligende systemet, som er assosiert med følelser av sikker tilknytning, sikkerhet og oxytocin-utskillelse. Rockliff, Gilbert, McEwan, Lightman og Glover (2008) fant at å gi individer en kort øvelse i self-compassion, senket deres nivåer av stresshormonet cortisol. Det økte også variabiliteten i hjerteraten, som er assosiert med en større evne til å trøste seg selv når en står ovenfor stress (Porges, 2007). Følelse av medfølelse for en selv og andre har også blitt linket til høyere nivåer av hjerneaktivitet i venstre prefrontale cortex, et område som er assosiert med glede og optimisme (Lutz, Greischar, Rawlings, Ricard, & Davidson, 2004). Men selv om de som har høye nivåer av self-compassion opplever signifikant mer positivt og mindre negativt humør generelt, betyr ikke dette at self-compassion fører til at smerte, sorg eller lidelse

forsvinner. En holder negative emosjoner i bevisstheten på en ikke-dømmende måte, uten å fornekte eller å undertrykke dem (Neff, Rude & Kirkpatrick, 2007).

I en studie av Neff, Kirkpatrick og Rude (2007) gjennomgikk deltakerne et jobbintervju der de ble spurt om å “beskrive sine største svakheter”. Selv om individene med økt grad av self-compassion brukte like mange negative beskrivelser om seg selv som de som var lavere i self-compassion når de beskrev sine svakheter, hadde de mindre sannsynlighet for å oppleve angst som et resultat av oppgaven. De med mye self-compassion tenderte også til å bruke mer inkluderende og mindre isolerende språk når de skrev om sine svakheter. De brukte færre førsteperson entalls-pronomen som “jeg”, og brukte flere førsteperson flertalls-pronomen som “vi”, og brukte i større grad sosiale referanser til venner, familie og andre mennesker. Dette tyder på at individer som har høyere grad av self-compassion kan redusere selvevaluerende angst, fordi svakheter føles mindre truende når en overveier det i lys av en delt menneskelig opplevelse (Neff & Dahm, 2015).

Ovenfor så vi at Neff (2012) argumenterte for at self-compassion ikke kan sammenlignes med selvtillit. Neff (2003a) mener også at self-compassion heller ikke kan assosieres med narsissisme, noe selvtillit kan. Å oppfordre til å ha medfølelse med seg selv burde faktisk minske følelsen av å være annerledes og separasjon fra andre mennesker. Hun sier også at self-compassion endrer negativ self-affect til en mer positiv affektiv tilstand, ved å innse at en er et menneske med feil og mangler. Dette betyr at self-compassion kan være nyttig verktøy i terapi når en f.eks. skal arbeide med pasienter som har negative leveregler eller skjema om seg selv (Neff, 2003a).

Self-compassion og personlighet.

Self-compassion er linket med personlighet ved at det foreligger positive korrelasjoner mellom glede, optimisme, positiv affekt, visdom, personlig initiativ, nysgjerrighet, medmenneskelighet, ekstrovertsjon og det å være samvittighetsfull (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Self-compassion overlapper med “Big 5”, og spesielt nevrotisme. Følelser som å dømme seg selv, isolasjon og grubling vokser i mangelen på self-compassion, og har likheter med de trekkene som beskrives i nevrotisme (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Jo mer self-compassion, jo mindre nevrotisme (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007), men også mindre markører på maladaptasjon som depresjon, angst og grubling (Neff, 2012). Slike resultater

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

støttes av blant annet Raes (2011) som fant at self-compassion signifikant predikerte endringer i depresjonssymptomer, og Kirkpatrick (2005) som fant at self-compassion var negativ assosiert med angst, depresjon, selvkritikk, nevrotisme, grubling og tankeundertrykking. Self-compassion predikerer også signifikant varians i positiv psykologisk helse utover det som kan tilskrives til personlighet, og beveger seg derfor inn i aspekter av velvære som ikke blir dekket av fem-faktormodellen (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007). Self-compassion er altså ikke overflødig når en skal forklare positiv fungering.

Self-compassion som intervensjon.

De siste årene har det også begynt å vokse frem intervensjoner som baserer seg på å øke self-compassion for å fremme psykisk helse og resiliens (Barnard & Curry, 2011; MacBeth & Gumley, 2012). Forskning viser også at det nødvendigvis ikke er så mye som skal til for å lære personer å være mer omsorgsfulle med seg selv. Shapira og Mongrain (2010) gjorde et eksperiment der individer ble bedt om å skrive et self-compassionate brev til seg selv over syv dager. De fant at korte intervensjoner økte lykkenivåene sammenlignet med kontrollgruppen som skrev om tidligere minner under den samme perioden. Den økte lykkefølelsen var opprettholdt både ved en, tre og seks måneders oppfølging. Nylig har også Smeets, Neff, Alberts og Peters (2014) utviklet et kortvarig program for øke resiliens og velvære hos studenter. Den tar i bruk forskjellige øvelser og evaluering i grupper for å lære studentene å få mer medfølelse med seg selv. Self-compassion økte med 21 % hos deltakerne etter 3 uker deltakelse i programmet (Smeets, et al., 2014).

Videre har Gilbert (2010) utviklet en tilnærming rettet mot den kliniske populasjonen, kalt *Compassion-focused therapy* (CFT). Den tar i bruk forestilling og eksperimentelle øvelser for å øke følelser av trøst, trygghet og forståelse for seg selv. CFT har blitt testet på flere kliniske populasjoner, som f.eks. depresjon, spiseforstyrrelse og bipolar lidelse (Gilbert, 2010; Gross & Allan, 2010; Kelly, Zuroff & Shapira, 2009; Lowens, 2010).

Neff og Germer (2013) introdusert *The mindful self-compassion program* (MSC) i sikte på øke velvære både i klinisk og normal populasjon. Dette er en åtteukers intervensjon bestående av interpersonlige øvelser, veiledet meditasjon og øvelser for å øke self-compassion i hverdagen. MSC øker self-compassion, mindfulness og velvære signifikant, og effekten vedvarte ved oppfølgingsstudier både ved 6 måneder og 1 år seinere (Neff & Germer, 2013).

Mindfulness og self-compassion

Vi kan se flere likheter mellom mindfulness og self-compassion. Begge metodene innebærer at en retter oppmerksomheten innover mot smertefulle opplevelser med en aksepterende holdning, slik at destruktive og maladaptative prosesser blir mindre (f.eks. Bishop et al., 2004; Kirkpatrick, 2005). Vi har også sett at begge metodene er korrelert med velvære (f.eks. Caldwell et al., 2011; Neely et al., 2009). For å kunne gi seg selv medfølelse må en være i stand til å rette fokuset innover, anerkjenne og akseptere sin egen lidelse, og det betyr at mindfulness er en kjernekomponent i self-compassion. (Neff & Dahm, 2015). Det foreligger dessuten indikasjoner på at self-compassion kan øke effekten av mindfulnessbaserte-intervensjoner (f.eks. Gilbert, 2009), og både Smeets et al. (2014) og Neff og Germer (2013) fant at self-compassion-intervensjoner økte mindfulness.

Neff og Dahm (2015) påpeker at det allikevel er forskjeller mellom dem som er verdt å merke seg. For det første er mindfulness-aspektet i self-compassion betydelig mindre i omfang enn mindfulness generelt. Mindfulness-aspektet i self-compassion innebærer å ha en balansert bevissthet på *negative* tanker og følelser, mens mindfulness generelt handler om å rette oppmerksomheten mot *enhver* opplevelse.

For det andre er self-compassion større i omfang enn mindfulness. Self-compassion inkluderer også elementer av self-kindness og common humanity, og dette er ikke kvaliteter som er en del av mindfulness i seg selv.

For det tredje har mindfulness og self-compassion også ulike mål. Mindfulness er en måte å relatere til indre opplevelser, mens self-compassion er en måte å relatere seg til seg selv som et menneske som lider. Mens mindfulness søker å akseptere tanker, følelser og sanseintrykk uten å være dømmende, innebærer medfølelse at en som sansende menneske søker å være glad og fri for lidelse.

Det er sannsynlig at self-compassion er en del av et annet fysiologisk system enn mindfulness (Gilbert, 2009). Mindfulness er evolusjonsmessig relativt nylig utviklet (Siegel, 2007), mens medfølelse er koblet til eldre omsorgsgivende systemer (Goertz, Keltner & Simon-Thomas, 2010). Mindfulness er assosiert med aktivitet i midtre prefrontale områder i hjernen, og er en form for metakognisjon og en oppmerksomhetsregulator (Siegel, 2007). Medfølelse på sin side er assosiert med andre spesifikke nevralt nettverk som har med kjærlighet og tilhørighet å

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

gjøre (Klimecki, Leiberg, Lamm & Singer, 2013), og involverer oxytocin og andre hormoner som er relatert til trygg tilknytning (Goertz et al., 2012). Disse to forskjellige systemene blir antakelig rekruttert avhengig om en er mindful her og nå, eller medfølelse ovenfor seg selv. Som Neff og Dahm (2015) poengterer, så er det f.eks. usannsynlig at tilknytningssystemet skal aktiveres når en spiser en rosin på en mindful måte” (s. 22; vår oversettelse).

Det har de siste årene også oppstått en interesse for den kombinerte effekten av mindfulness og self-compassion og forskere har begynt å undersøke hvordan de to sammen kan predikere psykologiske utfall. Van Dam, Sheppard, Forsyth & Earleywine (2011) undersøkte den relative viktigheten av mindfulness og seks dimensjoner av self-compassion, og hvordan de kunne forutsi depresjon, angst, bekymring og livskvalitet. De fant at generell self-compassion hadde en større del i prediksjonen av utfallet enn det generell mindfulness hadde. Hollis-Walker og Colosimo (2011) undersøkte fem fasetter av mindfulness, og seks dimensjoner av self-compassion, og fant at alle mindfulness-fasettene og fire fasetter av self-compassion predikerte velvære. Når de undersøkte mindfulness og self-compassion sammen, fant de at kun mindfulness-fasettene *beskrivelse* og *oppmerksomhet* og self-compassion-fasettene *isolasjon* forutsa velvære. Baer, Lykins og Peters (2012) fant at de forskjellige mindfulness- og self-compassion-fasettene predikerte velvære omtrent likt. Slike resultater indikerer at noen mindfulness-fasetter og noen dimensjoner av self-compassion har et konseptuelt overlapp (Soysa & Wilcomb, 2013).

Formål

Vi ønsker å undersøke relasjonen mellom nevrotisisme, mindfulness, self-compassion og symptombelastning. Basert på tidlige forskning rundt disse relasjonene, forventer vi å finne en negativ korrelasjon mellom nevrotisisme og symptombelastning. Vi ønsker så å teste om mindfulness og self-compassion kan moderere eller mediere relasjonen mellom nevrotisisme og symptombelastning.

Moderasjon er den kombinerte effekten av to variabler, altså interaksjon (Field, 2013). I dette tilfellet vil det bety den kombinerte effekten av mindfulness eller self-compassion, med nevrotisisme på symptombelastning. De vil altså ha en innvirkning på den allerede eksisterende relasjonen mellom nevrotisisme og symptombelastning.

Mediasjon viser til en situasjon hvor relasjonen mellom en prediktor og en utfallsvariabel kan forklares ved deres relasjon til en tredje variabel (Field, 2013). I denne studien vil en mediasjon vise seg ved at effekten av nevrotisisme på symptombelastning, virker gjennom mindfulness eller self-compassion.

Vi har valgt å fokusere på trekket nevrotisisme fordi vi hypotiserer at mindfulness eller self-compassion vil gi størst utslag på dette trekket. Dette med tanke på at forskningen har etablert sterke indikasjoner på at det foreligger negative korrelasjoner mellom disse to og nevrotisisme. Dersom vi skulle få våre antakelser bekreftet, vil dette kunne være av klinisk relevans. Personer som skårer høyt på nevrotisisme vil da kunne tenkes profittere på å jobbe med mindfulness og self-compassion for å fremme sin psykiske helse.

Metode

Deltakere

Veileder har samlet inn data fra totalt 212 psykologistudenter ved Norges arktiske universitet i Tromsø, der fordelingen var 55 menn (25.9%) og 156 kvinner (73.6%) i alderen 18-51 år ($M = 21.81$, $SD = 4.40$). Deltakelse i prosjektet var anonymt og frivillig. Samtlige deltakere var årsstudenter i psykologi som deltok fordi studien var godkjent som arbeidskrav. Datainnsamlingen ble gjennomført våren 2015. Én deltaker manglet informasjon for kjønn og alder. Én deltaker mangler informasjon for nevrotisisme.

Design

Denne studien er utformet som en tverrsnittstudie og består av fire hovedvariabler: nevrotisisme, symptombelastning, mindfulness og self-compassion.

Materialer

Under følger en oversikt over de ulike spørreskjemaene som er benyttet i denne studien.

Computerized Adaptive Test of Personality Disorders Static Form (CAT-PD-SF; Simms et al., 2011).

Computerized Adaptive Test of Personality Disorders Static Form (CAT-PD-SF) er en kortversjon av den totale Computerized Adaptive Test of Personality Disorder (CAT-PD). CAT-

PD prosjektet utarbeidet et databasert spørreskjema for å gi en integrativ og omfattende modell, og et effektivt mål på personlighetslidelser. Modellen baserer seg på femfaktormodellen og kartlegger maladaptive personlighetstrekk. Totalt har fullversjonen 1366 items og måler 33 trekk. Prosjektet har videreutviklet en spørrekjemaversjon med 212 items, målt ved fem punkts likertskala. Dette ble dannet for å fasilitere rask og standardisert kartlegging på tvers av studier. CAT-PD-SF-modellens skalaer er tenkt å lade på totalt fem høyere dimensjoner liknende de som er beskrevet av Widiger og Simonsen (2005). Domenene er som følgende: negativ emosjonalitet, positiv emosjonalitet, antagonisme, samvittighetsfullhet og eksentrisitet. Modellen gir en alternativ representasjon til den kategoriske modellen, og tilsvarer den vi finner i seksjon III av DSM-5. CAT-PD-SF måler i motsetning til en del andre teorier og skjema som f.eks. NEO-PI, også negative utfall.

Den norske versjonen av skjemaet er oversatt til norsk av Thimm, Riise, Johnsen og Elvevåg (2014, upublisert). Instrumentet har da vært oversatt til norsk, tilbakeoversatt til engelsk av profesjonelle oversettere og fått det endelig godkjent av tekstforfatterne.

Nevrotisisme er det mest nærliggende i litteraturen som kan relateres til domenet negativ emosjonalitet. Det er totalt 10 skalaer i CAT-PD-SF som lader på dette domenet: affektiv liabilitet, sinne, engstelighet, depressivitet, selvskading, mistillit, underdanighet, interpersonlig usikkerhet, kognitive problemer og helseangst (Simms et al., 2011).

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983).

Symptombelastning er i vår studie målt med Brief Symptom Inventory (BSI) som er kortversjonen av Symptom Checklist-90-R (SCL-90; Degoratis, 1993; Derogatis & Melisaratos, 1983), og består av 53 ledd. BSI er et selvrapporteringskjema for psykiatriske og medisinske pasienter, så vel som individer som ikke er pasienter. Symptomene blir her målt i ni dimensjoner: somatisering, obsessive-compulsive, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, paranoiditet og psykotisisme (Derogatis & Melisaratos, 1983). Hvert item i skalaen rapporteres på en fem-punkts likertskala som strekker seg fra “ikke i det hele tatt” til “veldig mye”. BSI har et bredt omfang og er sensitiv for en rekke symptomatiske manifestasjoner. Disse strekker seg fra et mildere tap av velvære, til symptomnivåer som oftest karakteriserer psykiatriske/psykiske- lidelser. Instrumentene er nyttige for å operasjonalisere diagnostisk status,

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

samtidig som de kan gi et bilde av omfanget av psykologiske tilstander og måling av utfall av intervensjoner som er ment å endre disse tilstandene (Degoratis, Fitzpatrick & Maruish 2004).

Derogatis og Melisaratos (1983) viser til at BSI har en god indre konsistens og test-retest-reliabilitet, samt en moderat konvergent validitet, begrepsvaliditet og samtidig validitet.

Korrelasjonene mellom BSI og SCL-90 er dessuten forholdsvis høye. Flere studier har i ettertid testet instrumentet på en rekke populasjoner og kulturer (f.eks. Andreu et al., 2008; Galdòn et al., 2008; Lancaster, McCrae, & Nelson, 2016; Mohammadkhani, Dobson, Mehdi, & Ghaffari, 2010) og funnet gode indikasjoner på at BSI kan benyttes både i kliniske sammenhenger og i forskning.

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer, Smith, Hopkins, Kreytemeyer & Toney, 2006).

Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2006) er et spørreskjema dannet ved hjelp av faktoranalyse av fem mindfulnesskjemaer, utviklet uavhengige av hverandre. Utfallet var fem faktorer som lader på mindfulness. Disse faktorene er evnen til å observere, beskrive, samt en ikke-dømmende og en ikke-reagerende holdning av, og til, indre erfaringer (Baer et al., 2006). Skalaen har 39 spørsmål som skåres fra 1 (aldri eller veldig sjelden sant) til 5 (veldig ofte eller aldri sant). Høyere skåre indikerer økt grad av mindfulness. Det har blitt testet i studentutvalg og har vist gode psykomriske egenskaper (Baer et al., 2006; Baer, Smith, Lykins, Button, Krietemeyer & Sauer, 2008). Skjemaet er også blitt validert i Norge (Dundas, Vøllestad, Binder, & Sivertsen, 2013). Bohlmeijer et al., (2011) har utviklet en kortversjon (FFMQ-SF) av FFMQ, med samme innholdsvaliditet og psykomriske egenskapene som fullversjonen. Som fullversjonen er den også høyt sensitiv til endringer. FFMQ-SF er nyttig når den f.eks. skal brukes i kombinasjon med andre instrumenter, som er tilfelle i denne studien, da det er tidsbesparende.

Self-Compassion Scale - Short Form (SCS-SF; Raes, Pommier, Neff, & Van Gucht, 2011).

Det er Kristin D. Neff (2003b) som har laget spørreskjemaet som er utgangspunktet for kortversjonen vi bruker i denne studien. Self-Compassion Scale - short form (SCS-SF) ble utviklet og testet av Raes et al. (2011) noen år senere, da dette er tidsbesparende når den f.eks.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

skal inngå som ett av mange ledd i datainnsamling, eller i en klinisk hverdag. SCS-SF har 12 items som lader på 6 faktorer. SCF-SF består totalt av seks underskalaer, der to og to er motsetninger av hverandre. Disse er beskrevet i innledningen. Svarene på SCS-SF blir gitt på en fem-punktskala fra “nesten aldri” til “nesten alltid”, der høyere skårer representerer høyere grad av self-compassion. Forskningen indikerer at SCS viser samtidig validitet (f.eks. korrelerer negativt med selvkritikk (self-criticism), diskriminant validitet (f.eks. ingen korrelasjon med social desirability eller narsisisme), konvergent validitet (SCS-skårene er signifikant korrelerte med terapeutvurderinger av self-compassion) og test-retest reliabilitet (Neff, 2003b; Neff, Kirkpatrick, & Rude, 2007). Forskning på et amerikansk utvalg har også vist god indre konsistens for SCS (.90 - .95 for totalskåre og .75 - .86 for subskala-skårer) (Neff & McGehee, 2010). Reas et al. (2011) sin kortversjon har en adekvat indre indre konsistens (Cronbach's alpha ≥ 0.86) og en nesten perfekt korrelasjon med den originale versjonen ($r \geq 0.97$). Faktoranalyse indikerer at SCS-SF har både den samme seks-faktor-strukturen og totalskåren som langversjonen. I denne studien brukte vi kun totalskåren for self-compassion i våre analyser.

Etikk

Det er vurdert som ikke nødvendig å søke Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) for godkjenning av studien, da alle opplysninger er anonyme og derfor faller utenfor helseforskningsloven. Veileder har også vært i kontakt med REK via telefon for å få dette bekreftet. Studien har derfor ikke fremleggelsesplikt da den har anonyme opplysninger og er en utprøving av spørreskjema.

Prosedyre

Studentene fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og det ble gitt skriftlig samtykke. Samtlige fylte ut et hefte med en samling av flere spørreskjema ved universitetets lokaler. Rekrutteringen ble gjort via fronter. Det ble satt opp tidspunkter hvor deltakere kunne møte opp og delta i undersøkelsen. Mange av deltakerne deltok som en del av et arbeidskrav i et psykologifag ved instituttet.

Statistiske analyser

Statistiske analyser ble foretatt i IBM SPSS versjon 21 (IBM SPSS, Chicago, ILL., USA). Det ble benyttet et signifikansnivå på $p = .05$ for alle analyser. Vi produserte en output med deskriptiver og frekvenser på alle tre prediktorvariablene og utfallsvariabelen, og gjennomførte deretter en korrelasjonsanalyse (Pearsons r). Dette gjorde vi for å undersøke korrelasjoner mellom de antatte prediktorvariablene og kriterievariablene, som var nevrotisisme (skåre på CAT-PD-SF), mindfulness (skåre på FFMQ-SF), self-compassion (skåre på SCS-SF), og symptombelastning (BSI). For å undersøke moderator- og mediatorhypotesene gjorde vi analyser ved bruk av Hayes process tool (Hayes, 2013).

Resultater

Testvariablene mindfulness og self-compassion var tilnærmet normalfordelte. Nevrotisisme og symptombelastning var noe forskjøvet og ble transformert ved bruk av square root transformasjon (SQRT). Skewness for nevrotisisme var 2.18 før transformasjonen, og fikk etter denne en verdi på .016. Kurtosis endret seg fra -0.46 til -.286. For BSI endret skewness seg fra 5.87 til .181, og kurtosis endret seg fra 2 til -.404. Høyeste VIF etter sentrering var 2.3, noe som indikerte at multikollinearitet ikke lenger var et problem.

Deskriptiver

Antall deltakere med valid respons, gjennomsnitt, standardavvik og spenn for variablene nevrotisisme, mindfulness, self-compassion og symptombelastning er presentert nedenfor i tabell 1.

Tabell 1

Antall deltakere, gjennomsnitt og standardavvik for de ulike variablene

Variabel	<i>N</i>	Gjennomsnitt	Standardavvik	Min.	Max.
Nevrotisisme	210	4.68	.50	3.51	5.96
Mindfulness	211	3.38	.49	2.13	4.71
Self-compassion	211	37.05	8.91	16.00	59.00
Symptombel.	212	.81	.29	.19	1.57

Korrelasjoner

Alle prediktorvariablene viste en signifikant korrelasjon med utfallsvariabelen. Alle korrelasjonene er høyt korrelerte. Tabell 2 viser verdiene for de ulike korrelasjonene.

Tabell 2

Korrelasjon mellom BSI og prediktorvariablene

Variabel	<i>r</i>	<i>N</i>	<i>p</i>
Nevrotisisme	-.732	210	.00
Mindfulness	-.543	211	.00
Self-compassion	-.622	211	.00

Regresjonsanalyse**Moderator.**

For å teste effekten av nevrotisisme på symptombelastning med mindfulness og self-compassion som moderatorer ble to regresjonsanalyser utført. Forberedende analyser er gjennomført for å sjekke antakelsene om normalfordeling, linearitet, multikollinearitet og homoskedastisitet.

Mindfulness som moderator.

Den helhetlige modellen forklarer totalt 53% av variansen vi ser i symptombelastning ($F(3,205) = 82.92, p = <.001, R^2 = .531$). Som vist i tabell 3 var nevrotisisme og mindfulness signifikante prediktorer for symptombelastning. Interaksjonsvariabelen var der i mot ikke signifikant og vi kan derfor ikke anta at noen moderasjon har funnet sted. Tabellen 3 viser ustandardiserte regresjonskoeffisienter for prediktorene.

Tabell 3

Resultater av første moderatoranalyse.

Prediktor	<i>b</i>	SE B	<i>t</i>	<i>p</i>
Konstant	.810	.017	48.28	<.001
Nevrotisisme	.377	.035	10.68	<.001
Mindfulness	-.076	.034	-2.24	<.050
Nevrotisisme*mindfulness	-.005	.052	-.09	.926

Note. *b* = regresjonskoeffisienter, SE B = standard error B, *t* = t-statistikk og *p* = signifikansnivåer.

Tabellen 3 viser de ustandardiserte regresjonskoeffisienter for prediktorene. Resultatene indikerte at både høyere nivåer av nevrotisisme og lavere nivåer av mindfulness var assosiert med høyere nivåer av symptomtrykk. Interaksjonen mellom nevrotisisme og mindfulness var derimot ikke signifikant, og støtter dermed ikke hypotesen om self-compassion som moderator.

Self-compassion som moderator.

Den helhetlige moderatormodellen forklarer 54% av variansen i symptombelastningen ($F(3,205) = 88.34, p = <.001, R^2 = .545$). Som vist i tabell 4 var ikke interaksjonsvariabelen signifikant, og det foreligger derfor ingen data som indikerer en moderasjon.

Tabell 4

Resultater av andre moderatoranalysen.

Prediktor	<i>b</i>	SE B	<i>t</i>	<i>p</i>
Konstant	.805	.017	46.77	<.001
Nevrotisisme	.331	.041	8.01	<.001
SC	-.007	-.002	-3.01	.003
Nevrotisisme*SC	-.001	.003	-.26	.795

Note. SC=self-compassion, *b* = regresjonskoeffisienter, SE B = standard error B, *t* = t-statistikk og *p* = signifikansnivåer.

Tabellen 4 viser de ustandardiserte regresjonskoeffisienter for prediktorene. Resultatene indikerte at både høyere nivåer av nevrotisisme og lavere nivåer av self-compassion var assosiert med høyere nivåer av symptomtrykk. Interaksjonen mellom nevrotisisme og self-compassion var derimot ikke signifikant, og støtter dermed ikke hypotesen om self-compassion som moderator.

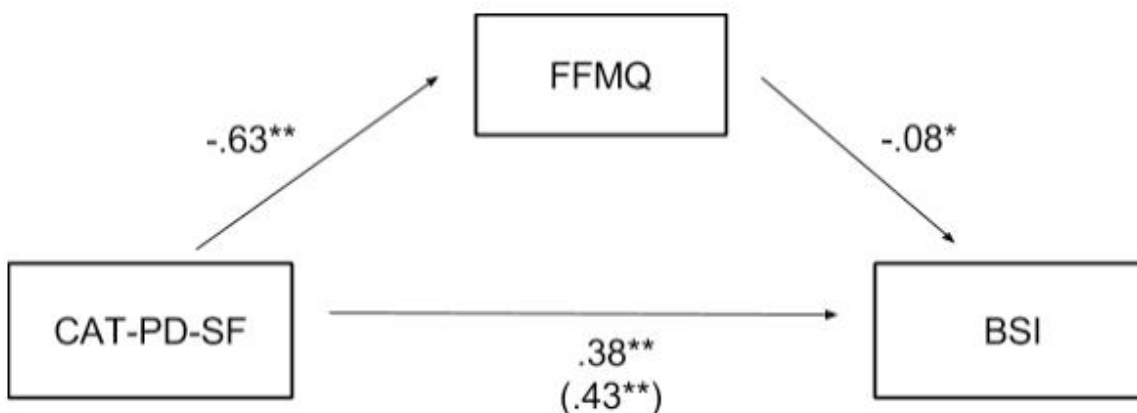
Disse resultatene støtter altså ikke hypotesene om at mindfulness eller self-compassion moderer effekten av nevrotisisme på symptomtrykk.

Mediator

For å teste mediatorhypotesene benyttet vi Hayes process tool (Hayes, 2013). BSI ble satt inn som utfallsvariabel. Estimer av effekt og 95% bias-korrigerede konfidensintervall basert på bootstrapping, er vist i figur 1 og 2.

Mindfulness som mediator.

Nevrotisisme viste seg som en signifikant prediktor for symptombelastning ($F(1,207) = 225.71, p = <.001, R^2 = .52$). Videre predikerte nevrotisisme mindfulness ($F(1,207) = 148.80, p <.001, R^2 = .42$). Nevrotisisme og mindfulness predikerer sammen symptombelastning ($F(2,206) = p <.001, R^2 = .53$).



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

Direkte effekt: $\beta = .38$, SE = .04, 95% CI (.30, .45)

Indirekte effekt: $\beta = .048$, SE = .022, 95% CI (.005, .09)

Figur 1 Path analyse for effekten av nevrotisisme på symptombelastning via mindfulness. Koeffisientene er standardiserte og koeffisientene i parentes er den totale effekten. CI = bias-korrigerte konfidensintervall basert på $n = 1000$ bootstrap-utvalg.

Sobels test bekrefter at den indirekte effekten er signifikant forskjellig fra den direkte ($Z = 1.9663$, $p = < .05$). Videre så vi på kapp for å se hvor stor denne forskjellen var.

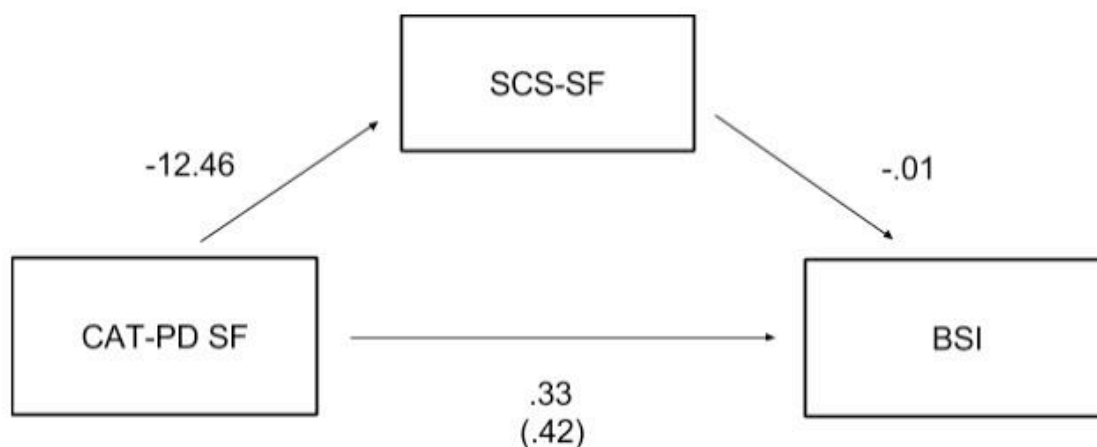
Den standardiserte b for den indirekte effekten $b = .08$, 95% CI [.0056, .1508] og $\kappa^2 = .09$, 95% BCa CI [.0132, .1649] ligger begge mellom 0 og 1 som vil si at den indirekte effekter er på omtrentlig 9 % av den maksimale verdien den kan/være. Dette indikerer en moderat effekt (Preacher & Kelley, 2011). Ingen av effektstørrelsene hadde konfidensintervaller som inkluderte null, noe som indikerer en liten men meningsfull mediasjon. Vi bør derfor se på andre potensielle mediatorer for å inkludere i modellen.

Self-compassion som mediator.

Nevrotisisme viste seg som en signifikant prediktor for symptombelastning ($F(1,207) = 224.38$, $p = < .001$, $R^2 = .52$). Videre predikerte nevrotisisme self-compassion ($F(1,207) = 204.66$,

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

$p < .001$, $R^2 = .50$. Nevrotisisme og self-compassion predikerer sammen symptombelastning ($F(2,206) = 123.29$, $p < .001$, $R^2 = .54$).



Note. $p < .001$.

Direkte effekt: $\beta = .33$, SE = .039, 95% CI (.25, .41)

Indirekte effekt: $\beta = .091$, SE = .030, 95% CI (.033, .152)

Figur 2 Path analyse for effekten av nevrotisisme på symptombelastning via self-compassion. Koeffisientene er ustandardiserte og koeffisientene i parentes er den totale effekten. CI = bias-korrigerede konfidensintervall basert på $n = 1000$ bootstrap-utvalg.

Sobels test bekrefter at den indirekte effekten er signifikant forskjellig fra den direkte ($Z = .0911$, $p = < .01$). Videre så vi på κ^2 for å se hvor stor denne forskjellen var.

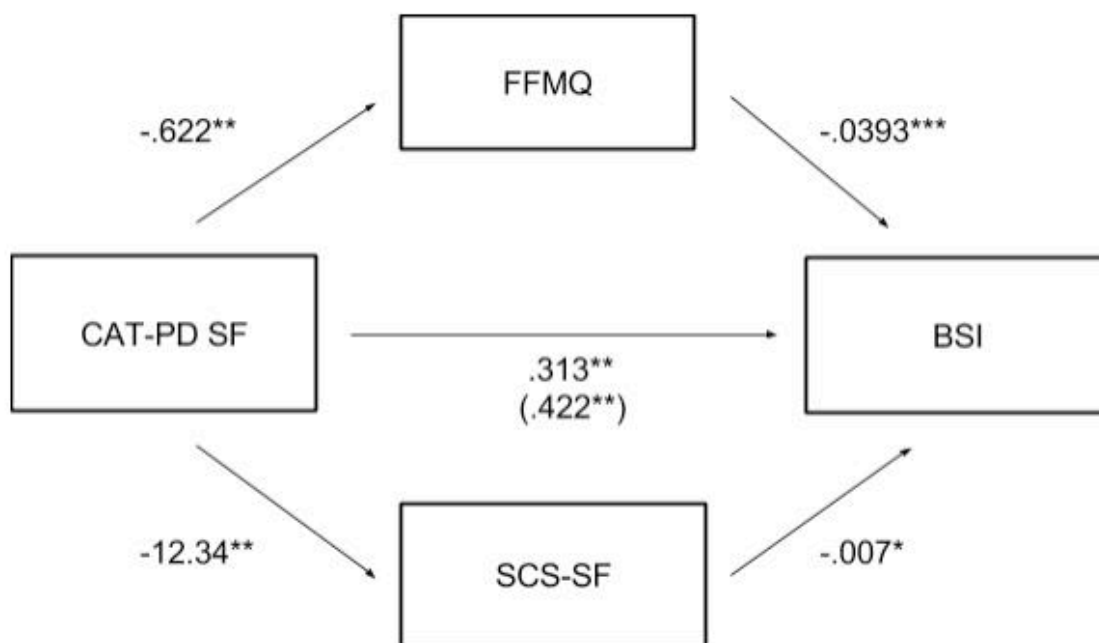
Den standardiserte b for den indirekte effekten $b = .16$, 95% Bc CI [.0652, .2494] og $\kappa^2 = .16$, 95% BCa CI [.0723, .2491] ligger begge mellom 0 og 1 som vil si at den indirekte effekter er på omtrentlig 16 % av den maksimale verdien den kan være. Dette indikerer en moderat effekt.

Ingen av effektstørrelsene hadde konfidensintervaller som inkluderte null, noe som indikerer en liten men meningsfull mediasjon.

Multipel mediasjon.

Både mindfulness og self-compassion viste seg som signifikante mediatorer av relasjonen mellom nevrotisme og symptombelastning. Vi gikk derfor videre med en multipel mediasjonsanalyse for å se hvilken effekt de har sammenlignet med hverandre. For å teste dette benyttet vi igjen Hayes Process tool, og begge mediatorvariablene ble satt inn i modellen. Vi kunne først se at nevrotisme isolert, signifikant predikerte symptombelastning ($F(1,206) = 222.17, p = <.001, R^2 = .52$). Denne modellen forklarte omtrent 51 % av variansen i symptombelastning.

Når mediatorene inkluderes i modellen øker forklaringsandelen noe mer ($F(3,204) = 81.99, p = <.001, R^2 = .55$). Resultatene viste videre at mindfulness mister sin effekt som mediator ($ab = 0.025, 95\% \text{ CI} = -.022, .065$), når den sees i sammenheng med self-compassion ($ab = .084, 95\% \text{ CI} = .024, .146$). Self-compassion mediatoren forklarer nesten 20% av den totale effekten, $P_m = .198$ (Preacher & Kelley, 2011).



Note. * $p < .01$, ** $p < .001$, *** $p = .316$

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Direkte effekt: $\beta = .313$ SE = .042., 95% CI (.231, .396)

Indirekte effekt via FFMQ: $\beta = .025$, SE = .022, 95% CI (-.022, .065)

Indirekte effekt via SCS-SF: $\beta = .084$, SE = .031, 95% CI (.024, .146)

Figur 3 Path analyse for effekten av nevrotisme på symptombelastning med to mediatorer i modellen. Koeffisientene er standardiserte og koeffisientene i parentes er den totale effekten. CI = bias-korrigerede konfidensintervall basert på $n = 1000$ bootstrap-utvalg.

Diskusjon

Formålet med vår studie var å undersøke relasjonen mellom nevrotisme, symptombelastning, og mindfulness/self-compassion. Først kunne vi bekrefte den antatte relasjonen mellom nevrotisme og symptombelastning. Jo større grad av nevrotisme, jo mer symptomer. Vi hadde også hypoteser som sa at mindfulness og self-compassion kunne påvirke relasjonen mellom nevrotisme og symptombelastning, enten med en medierende eller en modererende effekt. Derimot hadde ingen av de to en signifikant modererende effekt på relasjonen mellom nevrotisme og symptombelastning. I denne studien fant vi derimot en signifikant medierende assosiasjon, først mellom nevrotisme, symptombelastning og mindfulness, og deretter også for nevrotisme symptombelastning og self-compassion. Self-compassion som mediator viste en noe sterkere medierende effekt enn mindfulness. Til slutt ble det gjennomført en multippel mediasjonsanalyse som viste at mindfulness mistet sin forklaringsverdi når den ble satt i en modell sammen med self-compassion.

Første hypotese antok at høyere skåre på nevrotisme ville føre til hyppigere rapportering av symptombelastning. Denne hypotesen ble forsterket, da nevrotisme, så vel som mindfulness og self-compassion, hadde meget høye negative korrelasjoner med symptomtrykk. Videre viste nevrotisme seg også som en sterk prediktor for symptombelastning i regresjonsanalysen og ikke overraskende kunne vi bekrefte vår hypotese. Dette er i tråd med det majoriteten av forskning har funnet på feltet tidligere (f.eks. Baer, 2003; Hayes et al., 2004; MacBeth & Gumley, 2012; Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007; Raes, 2011; Rosmalen et al., 2007). Resultatet gjenspeiler det vi har sett over, at nevrotisme predikerer et bredt spekter av psykiske vansker (f.eks. Feltman et al., 2009; Hettema et al., 2006), så vel som fysiske og somatiske plager (f.eks. Brickman et al., 1996; Smith & MacKenzie, 2006).

Vi fant ikke støtte for vår moderatorhypotese da hverken mindfulness eller self-compassion viste en modererende effekt på forholdet mellom nevrotisme og symptombelastning. Ut fra tidligere forskning forventet vi en negativt modererende effekt av mindfulness og self-compassion på symptombelastning. F.eks. fant Barnhofer et al. (2011) og Feltman et al. (2009) at mindfulness modererer relasjonen mellom nevrotisme og depresjon. Både Barnhofer et al. (2011) og van den Hurk et al. (2011) fant at mindfulness kunne moderere relasjonen mellom personlighet og psykiske plager generelt. På den andre siden kunne Wenzel et al. (2014) kun finne at mindfulness hadde en moderende effekt i én av sine to studier. De spekulerte i om forskjellen mellom resultatene i de to studiene kom som følge av deltakerutvalget. Der utvalget bestod av utelukkende universitetslever fant de ingen moderasjon, mens der utvalget var mer blandet var moderasjonen til stede. Det kan derfor tenkes at studentutvalget i vår studie var en av grunnene til at vi ikke fant en moderende effekt. Men ser vi igjen på Barnhofer et al. (2011) og Feltman et al. (2009) som hadde relativt like resultater, ser vi også at sistnevnte hadde et utvalg utelukkende bestående av studenter, mens førstnevnte ikke hadde dette. Da er det nærliggende å diskutere andre årsaker til forskjellene, f.eks. alder, sosial status, om deltakerantallet var for lite, målefeil, hvordan data ble hentet inn, og lignende. Det bør derfor også være en oppfordring til videre forskning at slike forhold studeres nærmere for å få klarhet i hva disse forskjellene skyldes.

Når det gjelder self-compassion og tidligere studier, så fant Podina, Jucan og David (2015) at det kun var self-kindness-komponenten som modererte sammenhengen mellom maladaptive holdninger og depresjonssymptomer, mens de to andre komponenten ikke gjorde det i signifikant grad. Wong og Mak (2013) fant at self-kindness og mindfulness modererte relasjonen mellom autonomi og depresjon, samt relasjonen mellom selvkritikk og depresjon. Common humanity modererte kun relasjonen mellom selvkritikk og depresjon. Slike resultater indikerer at forskjellig deler av self-compassion, kan moderere ulike former for psykopatologi. Kanskje hadde vi i denne studien funnet en modererende effekt av en av self-compassion-komponentene dersom vi hadde sett på fasettene av self-compassion.

Både mindfulness og self-compassion hadde en medierende effekt på relasjonen mellom nevrotisme og symptomtrykk. Begge mediatoresene viste effekter på moderat nivå. Mindfulness viste dog en noe svakere mediasjonseffekt enn self-compassion, noe som kan spille seg av at mindfulness er konseptuelt mindre omfattende enn self-compassion (Neff & Dahm, 2015). At

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

både mindfulness og self-compassion var signifikante mediatorer, er i tråd med tidligere forskning som har funnet at begge fungerer som en mediatorer på på en rekke relasjoner. F.eks. mellom stress og psykologisk velvære (Bräenström et al., 2010), meditasjon og lykke (Campos et al., 2016), kognitive faktorer og velvære (Neff & McGehee, 2010), maladaptiv perfektjonisme og depressive symptomer (Mehr & Adams, 2016), og mellom meditasjon og nevrotisme (Van den Hurk et al., 2011).

Når vi sammenligner mindfulness og self-compassion som mediatorer, ser vi at den indirekte effekten via mindfulness ikke lenger er signifikant. Dette er i samsvar med Van Dam et al. (2011), som fant at self-compassion hadde en større predikerbar effekt på blant annet depresjon og angst, enn det mindfulness hadde. Det kan være mange mulige årsaker til disse resultatene. For det første inngår mindfulness som en egen, dog mindre, komponent av self-compassion (Neff og Dahm, 2015). Samtidig er det vist at det er konseptuelle overlapp mellom fasetter av både mindfulness og self-compassion (Soysa & Wilcomb, 2013). Det kan tenkes at mindfulness konseptet i stor grad blir omfattet av self-compassion og at det på denne måten blir overflødig å snakke om mindfulness separat.

Oppsummert vil dette si at self-compassion har vist seg som en signifikant mediator av relasjonen mellom nevrotisme og mindfulness. Mindfulness mister sin signifikans når den ses i samme modell som self-compassion, og sannsynligvis kommer dette av at mindfulness i stor grad inngår som en del av self-compassion. Dette kan i praksis bety at mindfulness kan være en beskyttende faktor for symptombelastning, men en vil dra større nytte av eventuell self-compassion. Denne studien føyer seg dermed inn i rekken av forskning som indikerer at mindfulness generelt og self-compassion spesielt kan være nyttige mestringsstrategier og intervensjoner, og som supplement til andre mer tradisjonelle behandlingsformer.

Trippel sårbarhet

Resultatene kan sees i lys av teorien om trippel sårbarhet og nevrotisme (Barlow et al., 2014). Det enkelte individ er født med et sett arvede gener og innehar også en generell psykologisk sårbarhet. Disse sårbarhetene sammen med en evne til å regulere sine stressresponser, vil i følge modellen utgjøre en persons grad av nevrotisme. Hvorvidt dette fører til en emosjonell lidelse påvirkes av en persons spesifikke psykologiske sårbarhet. Ut fra denne modellen gir det da også mening å snakke om en spesifikk psykologisk resiliens eller

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

beskyttende faktor. Særlig mindfulness har vokst frem som en sterk retning innenfor behandling av psykiske lidelser. Mindfulness og self-compassion er i utgangspunktet sett i mer positive lys, det er kvaliteter en kan ha mer eller mindre av og som påvirkes av omgivelsene. Denne studien indikerer i motsetning til modellen også at disse spesifikke psykologiske sårbarhetene ikke virker modererende på relasjonen slik Barlow legger frem, men gjennom et utvalg av disse spesifikke sårbarhetene (Barlow et al., 2014).

Det har lenge vært diskutert hvorvidt personlighet er noe som ligger til grunn for alle psykiske lidelser, og kanskje kan en forklare noe av relasjonen mellom psykiske lidelser og maladaptive personlighetstrekk slik. Dette er en mulig forklaring på noe av overlappet mellom de ulike diagnosene for personlighetslidelser og også deres komorbiditet med andre psykologiske lidelser (f.eks. Bornstein, 1998). Det er ikke forskjellige diagnoser men uttrykk for mer underliggende trekk som ikke utelukker hverandre slik Barlow et al. (2014) legger frem. Saulsman og Page (2004) har f.eks. vist at nevrotisme har positive assosiasjoner til flere av personlighetslidelsene. Med tanke på de påviste sammenhengene mellom nevrotisme og psykiske vansker og lidelser, har det vært diskutert at det er et behov for intervensjoner som ikke ensidig fokuserer på resultatet av nevrotisme, men på nevrotisme som en underliggende årsak til psykopatologi i seg selv (Cuijpers et al., 2010). Våre resultater kan ikke gi ett endelig svar på dette, men mye peker mot at nevrotisme kan være en generell underliggende sårbarhetsfaktor for flere lidelser, og utfallet avhenger blant annet av ulike spesifikke psykologiske sårbarheter eller beskyttelsesfaktorer som f.eks. self-compassion.

Sett i lys av selvregulering og våre resultater ser det ut til at self-compassion kan være en faktor som bidrar til økt selvregulering. ACC er vist å ha en avgjørende rolle i regulering av selvet, ved at den blant annet har forbindelser til den prefrontale cortex, kjent for kontroll av eksekutive funksjoner (Feltman et al., 2009). Mindfulness er assosiert med aktivering av midtre-prefrontale hjerneområder, og er karakterisert som en kilde til metakognisjon og oppmerksomhetsregulering (Siegel, 2007). Bishop et al. (2004) fremhever også selvregulering av oppmerksomhet som en av to hovedkomponenter i sin definisjon av mindfulness. Allikevel var ikke mindfulness signifikant i den multiple mediatoranalysen i vår studie og hadde kun små effekter som enkel mediator. Den prefrontale cortex er en relativt nyutviklet hjernedel, og det kan tenkes at ved økende nivåer av nevrotisme i form av instinktive responser, i økende grad overstyrrer de høyere mentale funksjonene av mindfulness. Personer med høy grad av

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

nevrotisme er sårbare i forhold til å oppleve negative følelser (Feltman et al., 2009). Det er argumentert for at self-compassion kan være en del av et annet fysiologisk system enn mindfulness (Gilbert, 2009). Fordi mindfulness ikke er knyttet til de omsorgsgivende systemene slik som self-compassion, kan en tenke at disse fasettene er avgjørende for den signifikante effekten vi får for self-compassion. Self-compassion består i tillegg til mindfulness også av self-kindness og common humanity. Dette omfatter å innse at en er normal selv om en ikke er perfekt, og å være forståelsesfull med seg selv når en ikke strekker til, i motsetning til nevrotisme som innebærer hyppige opplevelser av negative emosjoner og å føle manglende kontroll. Videre sier forskningsfeltet på self-compassion at konstruktet sannsynligvis er del av et grunnleggende omsorgsgivende system (Gilbert, 2009). Dette antyder at self-compassion er knyttet til dypere strukturer for emosjonell regulering, samtidig som mindfulnesskomponenten antyder at det kan være baner knyttet til den prefrontale cortex. Det argumenteres for at det omsorgsgivende systemet self-compassion er en del av, da nødvendigvis må være lokalisert i dypere og mer primitive hjernestrukturer og dermed i ikke blir overstyrt like lett av nevrotisme. Det ser dermed ut til at self-compassion i stor også involverer følelser, mens mindfulness i mindre grad lar personen bli aktivert. Her er det dog manglende studier på disse likhetene og forskjellene, og flere hjernestudier må gjennomføres før en antyde noe mer enn antakelser og teorier.

En mulig årsak til at både mindfulness og self-compassion viser medierende effekter framfor modererende, kan tenkes å komme av at de ikke bare er noe en tilfører som terapi, men er en mer grunnleggende del av individet. Mindfulness kan f.eks. også sees som et trekk, en predisposisjon til å være mindful. Noen er mer eller mindre mindfulle av natur uavhengig av trening, og har det som en disposisjon (Brown & Ryan, 2003). Disposisjonell mindfulness kan konseptualiseres som et individs tendens til å meningsfullt presentere og oppleve verden og emosjoner på en ikke-dømmende måte (Brown & Ryan, 2003). Det er i tillegg vist at mindfulness som trekk, har vist seg å være stabil over tid (Brown og Ryan 2003). I dette ser vi en viss kontrast til nevrotisme hvor en har en tendens til å oppleve verden som et truende sted og raskt oppleve negative emosjoner (Barlow et al., 2014). Kanskje kan mindfulness på denne måten slik som nevrotisme, sees som et resultat av en generell biologisk- og psykologisk sårbarhet. Dette utelukker allikevel ikke muligheten for at mindfulness også skulle kunne fungere som en mediator i form av en mer spesifikk psykologisk variabel. Tidligere forskning

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

har vist at en f.eks. ikke vet om mindfulness former personligheten, om personlighet former mindfulness eller om begge blir formet av andre faktorer (Thomson & Waltz, 2007). Dette gjør det vanskelig å avgjøre hvorvidt mindfulness faktisk inngår som en mer generell psykologisk faktor, som en spesifikk psykologisk faktor slik vår hypotese antok, eller både som et trekk og en senere opptrenbar evne.

På samme måte kan også self-compassion tenkes å kunne være en del av den generelle sårbarheten. Forskning antyder at self-compassion kan relateres til omsorgssystemet og tidlige interaksjoner i barndommen (Neff & McGehee, 2010; Wei et al., 2011). Dette kan indikere et overlapp med personlighet og nevrotisisme som er produkter av ens gener og medfødte egenskaper, samt erfaringer fra tidlig barndom (Barlow et al., 2014; Haslam, 2007; Kendler et al., 2003). Forskere har foreslått at self-compassion deaktiverer trusselsystemet som er assosiert med følelser av usikker tilknytning, forsvar, og autonom aktivering (Gilbert & Irons, 2005). Samtidig kan det også aktivere det selvberoligende systemet som assosieres med sikker tilknytning, sikkerhet og utskillelse av oxytocin (Gilbert & Irons, 2005). Allikevel peker det meste av litteraturen på self-compassion mot at det er en spesifikk psykologisk sårbarhet. Neff, Kirkpatrick og Rude (2007) har f.eks. foreslått at individer som er mer self-compassionate, i større grad kan redusere risikoen for angst som oppstår som følge av selvevaluering. Våre studier sammenfaller i større grad med self-compassion som en spesifikk psykologisk sårbarhet. For å kunne ha den medierende effekten vi ser på relasjonen mellom nevrotisisme og self-compassion, må den logisk komme *a posteriori*, etter nevrotisisme. Høyere nivåer av self-compassion ser ut til å være en buffer for psykiske problemer, men samtidig ser en at lavere nivåer av psykopatologi og stress kan fasilitere at en inntar en mer self-compassionate holdning til seg selv (MacBeth & Gumley, 2012). Nevrotiske individer kan være i større risiko for å mangle self-compassion på grunn av deres engstelige og pessimistiske tankegang, men økt self-compassion kan også redusere nevrotiske tendenser (Neff, Rude, & Kirkpatrick, 2007).

Både mindfulness og self-compassion kan deles opp i mindre deler, i fasetter. Dette kan en også gjøre med personlighetstrekkene. F.eks. består nevrotisisme av bl.a. angst, fiendtlighet og depresjon (Costa & McCrae, 1992). Det kan hende at fasettene av å innta en aksepterende og ikke-dømmende holdning er det som kan forklare sammenhengen mellom nevrotisisme og mindfulness, mens den samme relasjonene ikke vil eksistere dersom en sammenligner oppmerksomhet- og bevissthet-fasettene i mindfulness (Gulik, 2009). Kanskje er det nettopp ved

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

å måle spesifikke fasetter at en vil finne de mest interessante resultatene. Som nevnt i innledningen har forskningen allerede beveget seg i denne retningen, ved å utforske hvilke av fasettene i mindfulness og self-compassion som overlapper med hverandre (Hollis-Walker & Colosimo, 2011; Soysa & Wilcomb, 2013; Van Dam et al., 2011). Det er derfor et fortsatt behov for mer detaljert og oppdelt forskning på self-compassion og mindfulness. Totalskåren i self-compassion består av tre overlappende komponenter, i par bestående av en negativ og en positiv motsetning. Selv om denne og tidligere studier (f.eks. MacBeth & Gumley, 2012) finner sterke korrelasjoner mellom self-compassion og psykopatologi, vet vi ikke om dette tilskrives høy positiv self-compassion eller lave nivåer av self-judgement, self-isolation og over-identification.

I forhold til nevrotisisme har vi i denne studien benyttet en dimensjonell tilnærming ved å bruke CAT-PD-SF. Hovedtyngden av forskning har brukt instrumenter som NEO-PI (Costa & McCrae, 1992), som måler normale trekk. Ved å velge instrument slik vi har gjort, har vi hatt fokus på maladaptive personlighetstrekk, dvs. ett større fokus på det en vil forvente fører til lidelse. Den nevrotisistiske komponenten i vår studie består av totalt ti underfasetter. Det er derfor mulig at også her vil enkelte fasetter kunne korrelere sterkere eller svakere med enkelte fasetter av mindfulness og self-compassion, eller andre faktorer en ønsker å måle det opp mot. Å dele variabler opp i underkomponenter kan være inngangen til å bedre kartlegge sammenhenger mellom dem, og at å måle totalskårer kan bidra til å skjule relasjonene som egentlig befinner der (Smith, Fischer, & Fister, 2003).

Implikasjoner

Mindfulness og self-compassion er begge trekk mennesker har i større eller mindre grad, samtidig som det er evner som kan læres. Allerede eksisterende trekk kan forsterkes ved å synliggjøre dem som ressurser, og kan trenes til det bedre. For de som fra før ikke innehar slike kvaliteter, kan de med litt øvelse lære seg disse. Det kreves ingen utstyr, og det kan gjøres hvor som helst. Mindfulness- og self-compassion-baserte intervensjoner kan derfor være et nyttig supplement til mer tradisjonelle behandlings- og terapiformer. Forskning viser at det reduserer tilbakefall (Marlatt, 2002; Segal, Williams & Teasdale, 2002), og terapien kan utføres i grupper, og vil følgelig bli mer kostnadseffektivt.

Både mindfulness og self-compassion kan tenkes å være nyttige verktøy som forebyggende tiltak mot psykisk lidelse. Ved å være oppmerksom på det en selv trenger, gi seg

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

selv medfølelse for dette og selv identifisere hvilke preventive tiltak som må til for å lindre psykisk belastning. Å ha en emosjonell innsikt vil kunne hjelpe mange pasienter både til å bli friskere og til å hindre tilbakefall.

Mindfulness og self-compassion kan også for klinikerer selv være til nytte. I møte med pasienter opplever og klinikerer sterke følelser og reaksjoner som trengs å tas hånd om. Ved å være mer oppmerksom på hva som skjer her og nå, er klinikerer kanskje også bedre i stand til å være oppmerksom på pasientens behov, styrker og svakheter.

Ut fra våre resultater kan det se ut til at særlig self-compassion baserte intervensjoner kan være noe å satse på, da self-compassion viste størst effekt i vår analyse, samtidig som det foreligger indikasjoner på at self-compassion kan øke effekten av mindfulnessbaserte intervensjoner (Gilbert, 2009). Det vil være interessant å se fremtidige resultater av forskning på dette, og erfaringer fra klinisk praksis.

Jo bedre vi kan forstå nevrotisisme som en underliggende faktor for psykiske lidelser generelt, jo bedre kan vi behandle og ikke minst forebygge emosjonelle lidelser som følge av den. Våre resultater har også konsekvenser for hvordan vi i fremtiden forstår og måler personlighet og dens lidelser. Vi har i denne studien prøvd ut det nye CAT-PD-SF-spørreskjemaet og samtidig satt lys på debatten om en dimensjonal forståelse av personligheten og dens lidelser. Det krever fortsatt flere studier på både den dimensjonale modellen i seksjon III av DSM-5 og skjema som er relevante for de tilhørende diagnosene. Denne studien bidrar til at en kommer nærmere en forståelse av denne tankegangen slik at fagmiljøet i fremtiden forhåpentligvis kan samles om én modell i DSM-5 (APA, 2013).

Begrensninger

Det er begrensninger i denne studien som bør tas hensyn til.

Selv om det var et tilstrekkelig antall deltakere i denne studien, vil et utvalg med enda flere deltakere øke generaliserbarheten av funnene og den statistiske styrken. Det er nesten tre ganger så mange kvinnelige deltakere som mannlige. Neff, Rude og Kirkpatrick (2007) fant derimot ingen forskjeller i self-compassion på tvers av hverken kjønn eller etnisitet, og Soysa og Wilcomb (2013) fant ingen kjønnsforskjeller for hverken mindfulness eller self-compassion. Andre har dog funnet at menn generelt rapporterer høyere self-compassion-skårer enn kvinner

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

(Neff, 2003a; Neff, Hsieh & Dejithrat, 2005; Raes, 2011), så en kan derfor ikke utelukke at kjønnsfordelingen i denne studien kan ha påvirket resultatet.

Videre var alle deltakerne studenter ved samme universitet og samme faglige retning. Deltakerne kommer altså fra et selektivt utvalg, og en kan ikke nødvendigvis anta at resultatene vil la seg generalisere til andre populasjoner. Studenter er antakelig en gruppe som ikke har et generelt høyt symptomtrykk. Det kreves et minimumsnivå av stressmestring for å tåle det presset en ofte møter som student (eksamener, være i posisjon til å lære, tåle en svak økonomisk tilværelse). Kanskje hadde det i et studentutvalg vært mer hensiktsmessig å studere samvittighetsfullhet, som allerede har vist seg å korrelere positivt med mindfulness (Gulik, 2009).

Utvalget består av personer hovedsakelig i alderen 18-30 år. Noen av deltakerne er derfor i en alder hvor det i klinisk sammenheng er for tidlig å diagnostisere psykopatologiske personlighetstrekk før myeliniseringsprosessen er fullført, som er i starten av 20-årene (Giedd, 2004). Det kan tenkes at effekten av både den generelle biologiske og psykologiske sårbarheten, samt stressresponser og spesifikke psykologiske sårbarheter vil av naturlige modningsprosesser endres over tid (jmf. myelinisering). Det er derfor en interessant hypotese at både relasjonen mellom de forskjellige variablene vil endres over 20 års-alderen og en vil ikke nødvendigvis kunne predikere langsiktige effekter av funn hos unge voksne. Samtidig er dette et utvalg som ikke er representativt for populasjonen i sin helhet både når det gjelder kognitivt evnenivå og fungering i hverdagen. Det er ikke i studentpopulasjoner en ser høyest forekomst av maladaptive personlighetstrekk. Kanskje er det andre personlighetstrekk som er bedre representert i et slikt utvalg.

Det finnes også begrensninger ved å benytte selvutfyllingsskjema i datainnsamlingen. F.eks. vil mange individer ikke være tilstrekkelig klar over sine egne emosjonelle opplevelser til å være klar over i hvilken grad de mangler self-compassion (Neff, 2003b). De som undertrykker eller unngår sine negative emosjoner vil være ekstra vanskelig å måle med selvrapportering, siden undertrykking ikke er en bevisst atferd (Neff, 2003b). Her kan en f.eks. sikre bedre målinger ved å gjøre kliniske rettede samtaler, undersøkelser eller målinger av self-compassion, så vel som mindfulness, nevrotisme og symptomtrykk. Deltakere kan også angi sine svar i forhold til slik de tror det er forventet av dem at de skal svare, eller angir en høyere eller lavere skår for å stille seg selv i et bedre lys. I denne studien ble det benyttet en lang rekke skjemaer, og

muligens ble deltakerne slitne eller lei mot slutten, og svarte kanskje av den grunn ikke helt adekvat på alle spørsmålene. Videre vet en ikke helt sikkert om skjemaene måler det de faktisk er ment å måle, men vi har minimert risikoen for målefeil ved å benytte skjemaer med forskningsgrunnlag som indikerer at samtlige har god reliabilitet og validitet.

Videre forskning

I studien ble mindfulness og self-compassion ikke manipulert, men målt slik de eksisterer naturlig hos mennesker. Derfor kan det være vanskeligere å konkludere med om mindfulness og self-compassion faktisk medierer relasjonen mellom nevrotisisme og symptomtrykk, eller om det er nevrotisisme som er mediatoren. Ved å manipulere de to, f.eks. med å trene opp eller bruke en populasjon som allerede praktiserer mindfulness og self-compassion, vil en kunne få bedre klarhet i resultatene, samt få en bedre forståelse for de underliggende kausale prosessene.

Resultatene i denne studien indikerer at en del av samvariansen mellom nevrotisisme og symptomtrykk kan forklares av mindfulness og self-compassion, men vi kan ikke trekke noen endelige konklusjoner om årsakssammenhengen/kausaltet. Forskningsfeltet på dette området er imidlertid relativt nytt, og per dags dato er det relativt få resultater som har blitt replikert over flere studier. Videre forskning bør derfor fokusere på å samle inn data fra en mer heterogen gruppe mennesker, slik at resultatene bedre kan generaliseres til andre populasjoner. Det bør også fokuseres på å mer nøyaktig måle individers nivåer av nevrotisisme, mindfulness og self-compassion, f.eks. gjennom mer klinisk rettede undersøkelser. Videre bør en sikte på å få en bedre forståelse av hvordan mindfulness, self-compassion og personlighetstrekk kan deles opp i mindre deler, og undersøke om det da er mulig å finne sterkere sammenhenger og kausalitet.

Konklusjon

Denne studien føyer seg inn i rekken av studier som ser på nevrotisisme og dens konsekvenser. Vår studie skiller seg allikevel fra flere andre innenfor feltet da vi for det første har benyttet et nytt spørreskjema som mål på nevrotisisme. Videre har vi i tillegg til å se på mindfulness også inkludert self-compassion, som er et betydelig nyere konsept hvor det så langt foreligger lite forskning sammenlignet med mindfulness. Dette viste seg å være et godt valgt, da self-compassion til slutt stod igjen som den signifikante mediatoren av relasjonen mellom nevrotisisme og symptombelastning.

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

Vi oppfordrer andre til å replikere vår studie samtidig som vi håper at andre også vil se på de ulike fasettene av både nevrotisisme, mindfulness og self-compassion.

Vi håper vår studie har bidratt til en økt forståelse av sammenhengene mellom personlighet og psykiske- og fysiske plager, og hvilke mekanismer som ligger til grunn for disse relasjonene. På denne måten kan en få en økt forståelse for den kliniske populasjonen og videreutvikle intervensjoner til størst mulig nytte for de som lider.

Referanser

Allik, J. (2005). Personality dimensions across cultures. *Journal of Personality Disorders, 19*, 212 - 232.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Andreu, Y., Galdón, M. J. Dura, E., Ferrando, M., Murgui, S., García, A., & Ibáñez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptoms Inventory-18 (BSI-18) in a Spanish sample of outpatients with psychiatric disorders. *Psicothema, 20* (4), 844 - 850.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 125 - 143.

Baer, R. A., Carmody, J., & Hunsinger, M. (2012). Weekly changes in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology, 68* (7), 755 - 765.

Baer, R. A., Lykins, E. L. B., Peters, J. R. (2012). Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological well-being in long-term meditators and matched nonmeditators. *The Journal of Positive Psychology, 7* (3), 230 - 238. doi:10.1080/17439760.2012.674548

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assesment, 13* (1), 27 - 45

Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., & Sauer, S. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and non-meditating samples. *Assesment, 15*, 329 - 342.

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

Ball, S. A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39, 84-102. doi:10.1016/j.jrp.2004.09.008

Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. I L. Pervin & O. John (Eds.), *Handbook of personality* (2. ed., s. 154 - 196). New York: Guilford Publications.

Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York, NY: Guilford Press.

Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58 - 71.

Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247 - 1263.

Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatments of anxiety and panic* (2. ed.) New York, NY: Guilford Press.

Barlow, D. H., Ellard, K. K., Sauer-Zavala, S., Bullis, J. B., & Carl, J. R. (2014). The Origins for Neuroticism. *Perspectives on Psychological Science*, 9 (5), 481 - 496.

Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (2013). The Nature, Diagnosis, and Treatment of Neuroticism: Back to the Future. *Clinical Psychological Science*, 2 (3), 344 - 365.

Barnard, L. K., Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualization, correlates, & interventions. *Review of General Psychology*, 15, 289 - 303.

Barnhofer, T., & Chittka, T. (2010). Cognitive reactivity mediates the relationship between neuroticism and depression. *Behavioral Research and Therapy*, 48 (4), 275 - 281.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Barnhofer, T., Duggan, D. S., & Griffith, J. W. (2011). Dispositional mindfulness moderates the relation between neuroticism and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 51* (8), 958 - 962.

Barrick, M. R., Mount, M. K., & Judge, T. A. (2001). Personality and performance at the beginning of the new millennium: what do we know and where to go next? *International Journal of Selection and Assessment, 9*, 9 - 30.

Bishop, R. S., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychological Science and Practice, 11*, 230 - 241.

Bohlmeijer, E., Klooster, P. M., Fledderus, M., Veehof, M., & Baer, R. (2011). Psychometric Properties of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Depressed Adults and Development of Short Form. *Assessment, 18*, 308 - 320.

Bouchard, T. J., & Loehlin, J. C. (2001). Genes, evolution, and personality. *Behavior Genetics, 31*, 243 - 273.

Bornstein, R. F. (1998). Reconceptualizing personality disorder diagnosis in the *DSM-V*: The discriminant validity challenge. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 333 - 343.

Bränström, R., Kvillemo, P., Brandberg, Y., & Moskowitz, J. T. (2010). Self-report mindfulness as a mediator of psychological well-being in a stress reduction intervention for cancer patients - a randomized study. *Annals of Behavioral Medicine, 39* (2), 151 - 161.

Breslin, C. F., Zack, M., & McMMain, S. (2002). An information processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 275 - 299.

Brickman, A. L., Yount, S. E., Blaney, N. T., Rothberg, S. T., & De-Nour, A. (1996). Personality traits and long-term health status: The influence of neuroticism and conscientiousness on renal

Mediator/moderator på nevroisisme-symptomtrykk

deteriation in Type-1 diabetes. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry*, 37, 459 - 468.

Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822 - 848.

Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, 18, 211 - 237.

Caldwell, K., Emery, L., Harrison, M., & Greeson, J. (2011). Changes in mindfulness, well-being, and sleep quality in college students through taijiquan courses: A cohort control study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17, 931 - 938.

Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Breton-Lopez, J., Botella, C., Soler, J., Garcia-Campayo, J., Demarzo, M., & Banos, R. M. (2016). Meditation and happiness: Mindfulness and self-compassion may mediate the meditation-happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, 93, 80 - 85.

Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: Six-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9, 112 - 123.

Carmody, J., Reed, G, Kristeller, J., & Merriman, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 393 - 403.

Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: A review and meta-analysis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 15 (5), 593 - 600.

Christopher, M. S., & Gilbert, B. D. (2010). Incremental validity of components of mindfulness in the prediction of satisfaction with life and depression. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives and Diverse Psychological Issues*, 29, 10 - 23.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression; Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 316-336. doi: 10.1037/0021843X.100.3.316

Clark, L. A., Watson, D., & Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 103 - 116.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1995). Domains and facets: hierarchical personality assessment using the revised NEO personality inventory. *Journal of Personality Assessment, 64* (1), 21 - 50.

Cuijpers, P., Smit, F., Penninx, B. W. J. H., de Graaf, R., ten Have, M., & Beekman, A. T. F. (2010). Economic costs of neuroticism: A population based study. *Archives of General Psychiatry, 67*, 1086 - 1093.

Digman, J. M. (1997). Higher-order factors of the Big Five. *Journal of Personality and Social Psychology, 73*, 1246 - 1256.

Derogatis, L. (1993). *BSI brief symptom inventory. Administration, scoring and procedure manual*, (4. ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Derogatis, L. R., Fitzpatrick, M., & Maruish, M. E. (Ed.) (2004). *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Volume 3: Instruments for adults* (3. ed.). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Derogatis, L. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *The Journal of Psychological Medicine, 13*, 595 - 605

Dundas, I., Vøllestad J., Binder P-E., & Sivertsen, B. (2013). The Five Factor Mindfulness Questionnaire in Norway. *Scandinavian Journal of Psychology*, *54*, 250 - 260. DOI: 10.1111/sjop.12044

Eysenck, H. J. (1990). Genetic and environmental contributions to individual differences: The three major dimensions of personality. *Journal of Personality*, *58*, 245 - 261.

Eysenck, H. J. (1991). Dimensions of personality: 16, 5 or 3? Criteria for a taxonomic paradigm. *Personality and Individual Differences*, *12* (8), 773 - 390.

Eysenck, H. J., & Eysenck, S. B. G. (1968). *Manual for the Eysenck Personality Inventory*. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.

Feltman, R., Robinson, M. D., & Ode, S. (2009). Mindfulness as a moderator of neuroticism-outcome relations: A self regulation perspective. *Journal of Research in Personality*, *43*, 953-961.

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics and sex and drugs and rock 'n' roll*. London: Sage Publications Ltd.

Freud, S. (1953). Three essays on the theory of sexuality. I J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standards edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 3, s. 123 - 246). London, England: Hogarth Press. (Original work published in 1905).

Gabbard, G. O. (1997). Finding the “person” in personality disorders”. *The American Journal of Psychiatry*, *154* (7), 891 -893.

Galdón, M. J., Durá, E., Andreu, Y., Ferrando, M., Murgui, S., Pérez, S., & Ibañez, E. (2008). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory-18 in a Spanish breast cancer sample. *Journal of Psychosomatic Research*, *65* (6), 533 - 539.

Giedd, J. (2004). Structural Magnetic Resonance Imaging of the Adolescent Brain. *Annals of the New York Academy of Science*, 1021, 77 - 85.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassionfocused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15 (3), 199 - 208; doi 10.1192/apt.bp.107.005264

Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.

Gilbert, P. (2010). *Compassion-focused therapy: Distinctive features*. New York, NY: Routledge.

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies and compassionate mind training for shame and self-attacking. I P. Gilbert, (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (s. 263 - 325). London: Routledge.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353 - 379.

Giluk, T. L. (2009). Mindfulness, Big Five personality, and affect: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 47 (8), 805 - 811.

Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351 - 374.

Goldberg, L. R. (1992). The development for markers for the Big-Five factor structure. *Psychological Assessment*, 4 (1), 26 - 42.

Goldstein, J. (2002). *One Dharma: The emerging Western Buddhism*. San Francisco: Harper Collins.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. (2015). Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLoS ONE* 10 (4): e0124344.
doi:10.1371/journal.pone.0124344

Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Huang, B. (2005). Co-occurrence of 12 month mood and anxiety disorders in the US: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 1 - 9.

Gross, K., & Allan, S. (2010). Compassion focused therapy for eating disorders. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 141 - 158.

Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 35 - 43

Haslam, N. (2007). *Introduction to personality and intelligence*. London: Sage Publications Ltd.

Hayes, F. H. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis: A Regression-Based Approach*. New York, NY: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Louma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35 - 54.

Hayes, S. C., Stosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experimental approach to behavioral change*. New York: Guilford.

Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568 - 1578.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Hettema, J. M., Neale, M. C., Myers, J. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2006). A population based twin study of the relationship between neuroticism and internalizing disorders. *American Journal of Psychiatry*, *163*, 857 - 8864.

Hinterman, C., Burns, L., Hopwood, D., & Rogers, W. (2012). Mindfulness: Seeking a more perfect approach to coping with life`s challenges. *Mindfulness*, *3*, 275 - 281.

Holden, B. (2007). Aksept- og forpliktelsesterapi: En atferdsanalytisk psykoterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, *44* (9), 1118 - 1126.

Hollis-Walker, L., & Colosimo, K. (2011). Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*, *50*, 222 - 227.

Howell, A. K., Dopko, R. L., Passmore, H., & Buro, K. (2011). Nature connectedness: Associations with well-being and mindfulness. *Personality and Individual Differences*, *50*, 166 - 171.

Irwing, J. A., Dobkin, P. L., & Park, J. (2009). Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *15* (2), 61 - 66.

Jimenez, S. S., Niles, B. L., & Park, C. L. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, *49*, 645 - 650.

Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, *4*, 33 - 47.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind and body to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.

Kabat-Zinn, J. (1998). Meditation. I J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (s. 767 - 779). New York: Oxford University Press.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 163 - 190.

Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcome and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, 159 - 173.

Karterud, S., Wilberg, T., & Urnes, Ø. (2010). *Personlighetspsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Keightley, M. L., Seminowicz, D. A., Bagby, R. M., Costa, P. T., Fossati, P., & Mayberg, H. S. (2003). Personality influences limbic-cortical interactions during sad mood induction. *NeuroImage*, 20, 2031 - 2045.

Kelly, A. C., Zuroff, D. C., & Shapira, L. B. (2009). Soothing oneself and resisting self-attacks: The treatment of two intrapersonal deficits in depression vulnerability. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 301 - 313.

Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., & Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Archives of General Psychiatry*, 60, 929 - 937.

Kirkpatrick, K. L. (2005). *Enhancing self-compassion using a Gestalt two-chair intervention*. Upublisert doktorgradsavhandling, University of Texas at Austin, TX, USA.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Klimecki, O. M., Leiberg, S., Lamm, C., & Singer, T. (2013). Functional neural plasticity and associated changes in positive affect after compassion training. *Cerebral Cortex*, 23 (7), 1552 - 1561.

Kristeller, J. L., & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, 4, 357 - 363.

Krueger, R. F., & Tackett, J. L. (2006). *Personality and psychopathology*. New York, NY: Guilford Press.

Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 111 - 133.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136, 768 - 821.

Lancaster, M. A., McCrea, M. A., & Nelson, L. D. (2016). Psychometric properties and normative data for the Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18) in high school and collegiate athletes. *The Clinical Neuropsychologist*, 30 (2), 321 - 333.

DOI:10.1080/13854046.2016.1138504

Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, S., Carmody, J., Abbey, S., Devins, G. (2006). The Toronto mindful scale: Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (12), 1445 - 1467.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Saurez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060 - 1064.

Livesley, W. J. (2001). *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. New York: The Guilford Press.

Lowens, I. (2010). Compassion focused therapy for people with bipolar disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 172 - 185.

Lutz, A., Greischar, L. L., Rawlings, N. B., Ricard, M., & Davidson, R. J. (2004). Long term meditators self-induce high-amplitude gamma synchrony during mental practice. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 101, 16369 - 16373.

Maack, D. J., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2012). Experimental avoidance mediates the association between behavioral inhibition and posttraumatic stress disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 36 (4), 407 - 426.

MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 23, 545 - 552.

Maher, B. A., & Maher, W. B. (1994). Personality and psychopathology: A historical perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 173 - 181.

Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: a meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27 (2), 101 - 114.

Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9 (1), 44 - 50.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.

Masuda, A., & Tully, E. C. (2012). The role of mindfulness and psychological flexibility in somatization, depression, anxiety, and general psychological distress in a nonclinical college sample. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, *17*, 66 - 71.

Matthews, G. (2004). Neuroticism from the top down; Psychophysiology and negative emotionality. I R.M Stemack (Ed.), *On the Psychobiology of Personality* (s. 249 - 266). Oxford: Elsevier Ltd.

McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1987). Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 81 - 90.

McCrae, R. R., & Costa Jr., P. T. (1995). Trait explanation in personality psychology. *European Journal of Personality*, *9*, 231–252.

McCrae, R. R. & Costa, P. T., Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, *52*, 509 - 516.

McCrae, R. R., & John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, *60*, 175–215.

McCrae, R. R., Costa, P. T., Jr., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., Sanz, J., Sánchez-Bernados, M. L., Kusdil, M. E., Woodfield, R., Saunders, P. R. & Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, *78*, 173 - 186.

Mehr, K. E., & Adams, A. C. (2016). Self-Compassion as a Mediator of Maladaptive Perfectionism and Depressive Symptoms in College Students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *30* (2), 132 - 145.

Mohammadkhani, M., Dobson, K., Mehdi, A., Ghaffari, F. H. (2010). Psychometric properties of the Brief Symptom Inventory in a sample of recovered Iranian depressed patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10 (3), 541 - 551.

Mroczek, D. K., Spiro, A., Griffin, P. W., & Neupert, S. D. (2006). Social Influences on Adult Personality, Self-Regulation and Health. I K. W Schaie & L. L. Carstenden (Eds.), *Social Structures, Aging and Self-regulation in Elderly* (s. 69 - 122). New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., & Mayer, B. (2005). Mediating effects of rumination and worry on the links between neurotism, anxiety and depression. *Personality and Individual Differences*, 39 (6), 1105 - 1111.

Neely, M. E., Schallert, D. L., Mohammed, S. S., Roberts, R. M., & Chen, Y. J. (2009). Self-kindness when facing stress. The role of self-compassion, goal regulation, and support in support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*, 33, 88 - 97.

Neff, K. D. (2003a). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 2, 85 - 102.

Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self and Identity*, 2, 223 - 250.

Neff, K. D. (2012). The science of self-compassion, I C. Germer & R. Siegel (Eds.), *Compassion and Wisdom in Psychotherapy* (s. 79 - 92). New York: Guilford Press.

Neff, K. D., & Dahm, K. A. (2015). Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. I B. Meier & B. Ostafin (Eds.), *Mindfulness and Self-Regulation*. New York: Springer.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and a randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology, 69* (1), 28 - 44.

Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity, 4*, 263 - 287.

Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L., & Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*, 139 - 154.

Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity, 9*, 225 - 240.

Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality, 41*, 908 - 916.

Nilsson, Å. (2010). *Mindfulness: Treningsredskap for hjernen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Palmer, A., & Rodger, S. (2009). Mindfulness, stress and coping among university students. *Canadian Journal of Guidance and Counselling, 32*, 198 - 212.

Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes: An investigation of the physiological activity of the cerebral cortex* (G. V. Anrep, Ed. & Trans.). London, England: Oxford University Press.

Pervin, L. A. (1966). *The science of personality*. Oxford, England.

Podina, I., Jucan, A., & David, D. (2015). Self-compassion: A buffer in the pathway from maladaptive beliefs to depression. An exploratory study. *Journal of Evidence-Based Psychotherapies, 15* (1), 97 - 109.

Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology, 74*, 116 - 143.

Preacher, K. & Kelley, K. (2011). Effect size measures for mediation models: Qualitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods, 16* (2), 93 - 115.

Raes, F. (2011). The effects of self-compassion on the development of depression symptoms in a non-clinical sample. *Mindfulness, 2*, 33 - 36.

Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and Factorial Validation of a Short Form of the Self-Compassion Scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*, 250 -255.

Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry, 23*, 183 - 192.

Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders, 18*, 73-89.

Rockliff, H., Gilbert, P., McEwan, K., Lightman, S., & Glover, D. (2008). A pilot exploration of heart rate variability and salivary cortisol responses to compassion-focused imagery. *Clinical Neuropsychiatry, 5*, 132 - 139.

Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 54 - 68.

Rosmalen, J. G. M., Neeleman, J., Gans, R. O. B., & de Jonge, P. (2007). The association between neuroticism and self-reported common somatic symptoms in a population cohort. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 122-135.

Saulsman L. M., Page A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, 23*, 1055–1085.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Shahar, B., Britton, W. B., Sbara, D. A., Figueredo, A. J., & Bootzin, R. R. (2010). Mechanisms of change in mindfulness-based cognitive therapy for depression: Preliminary evidence from a randomized controlled trial. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3 (4), 402 - 418
- Shapira, L. B., & Mongrain, M. (2010). The benefits of self-compassion and optimism exercises for individuals vulnerable to depression. *The Journal of Positive Psychology*, 5, 377 - 389.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., Astin, J. A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373 - 386.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: Effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64 (7), 840 - 862.
- Shapiro, S. L., & Schwartz, G. E. (1999). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances in Mind-Body Medicine*, 15, 128 - 134.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G. E. (2000). The role of intention in self-regulation: Toward intentional systemic mindfulness. I M. Boekaerts & P. Pintrich (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (s. 253 - 273). San Diego, CA: Academic Press.
- Sher, K. J., & Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology; Alcoholism and anti-social personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 92 - 102.
- Shiple, B. A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M. D., & Deary, I. J. (2007). Neuroticism, Extraversion, and mortality in the UK health and lifestyle survey: a 21-year prospective cohort study. *Psychosomatic Medicine*, 69 (9), 923 - 931.
- Siegel, D. (2007). *The mindful brain*. New York: Norton.

Simms, L. J., Goldberg, L. R., Roberts, J. E., Watson, D., Welte, J., & Rotterman, J. H. (2011). Computerized adaptive assessment of personality disorder: Introducing the CAT-PD project. *Journal of Personality Assessment, 93*, 380 - 389.

Skre, I., Onstad, S., Torgersen, S., Lyngren, S. & Kringlen, E. (1993). A twin study of DSM-II anxiety disorders. *Acta Psychiatria Scandinavia, 88* (2), 85 - 92.

Smeets, E., Neff, K. D., Alberts, H., Peters, M. (2014). Meeting suffering with kindness: Effects of a brief self-compassion intervention for female college students. *Journal of Clinical Psychology, 70* (9), 794 - 807.

Smith, G. T., Fischer, S., & Fiste, S. M. (2003). Incremental validity principles in test construction. *Psychological Assessment, 15*, 467 - 477.

Smith, T. W., & MacKenzie, J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology, 2*, 435 - 467.

Soysa, C. K., & Wilcomb, C. J. (2013). Mindfulness, Self-compassion, Self-efficacy, and Gender as Predictors of Depression, Anxiety, Stress and Well-being. *Mindfulness, 6*, 217 - 226.

Spijker, J., de Graaf, R., Oldehinkel, A. J., Nolen, W. A., & Ormel, J. (2007). Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms? *Depression and Anxiety, 2*, 472 - 478.

Stein, M. B., Simmons, A. N., Feinstein, J. S., & Paulus, M. P. (2007). Increased amygdala and insula activation during emotion processing in anxiety-prone subjects. *The American Journal of Psychiatry, 164*, 318 - 327.

Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: The problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin, 131*, 260 - 300.

Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146 - 155.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615 - 623.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavioral therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 69 (6), 1061 - 1065.

Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10 (3), 352 - 362.

Thimm, J. C., Riise, S.G., Johnsen, T. J., & Elvevåg, B. (2014). Norsk oversettelse av Computerized Adaptive Test of Personality Disorders Static Form. Upublisert manuskript, Psykologisk institutt, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø, Norge.

Thomson, B. L., & Waltz, J. (2007). Everyday mindfulness and mindfulness meditation: Overlapping constructs or not? *Personality and Individual Differences*, 43, 1875–1885.

Torgersen, S. (2008). *Personlighet og personlighetforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2006). Categorical and dimensional models of personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355 - 380.

Tucker, R. P., O'Keefe, V. M., Cole, A. B., Rhoades-Kerswill, S., Hollingsworth, D. W., Helle, A. C., DeShong, H. L., Mullins-Sweatt, S. N. & Wingate, L. R. (2014). Mindfulness tempers the impact of personality on suicidal ideation. *Personality and Individual Differences*, 68, 229 - 233.

Vago, D. R., & Silbersweig, D. A. (2012). Self-awareness, self-regulation, and self-transcendence (S-ART): A framework for understanding the neurobiological mechanisms of mindfulness. *Frontiers in Human Neuroscience*, *6*, 296. doi: 10.3389/fnhum.2012.00296

Van Dam, N.T., Earleywine, M., Borders, A. (2010). Measuring mindfulness? An Item Response Theory Analysis of the Mindful Attention Awareness Scale. *Personality and Individual Differences*, *49*, 805 - 810. doi:10.1016/j.paid.2010.07.020

Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, *25*, 123 - 130.

Van den Hurk, P. A. M., Wingers, T., Giommi, F., Barendregt, H. P., Speckens, A. E. M., & van Schie, H. T. (2011). On the Relationship Between the Practice of Mindfulness Meditation and Personality—an Exploratory Analysis of the Mediating Role of Mindfulness Skills. *Mindfulness*, *2* (3), 194 - 200.

Weinstock, L. M., & Whisman, M. A. (2006). Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: A test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*, 68 - 74.

Wenzel, M., Versen, C. V., Hirschmüller, S., & Kubiak, T. (2014). Curb your neuroticism - Mindfulness mediates the link between neuroticism and subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, *80*, 68-75

Wei, M, Liao, K., Ku, T., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality*, *79*, 191 - 221.

Wells, A. (1999). A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioral Modification*, *23*, 526 - 555.

Mediator/moderator på nevrotisisme-symptomtrykk

Westen, D. & Shedler, J. (1999). Revising and assessing axis II, PartII: Towards an empirically based and clinically useful classification of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 273 - 285.

World Health Organization. (1992). *ICD-10 Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser, kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Westlye, L. T., Bjornebekk, A., Grydeland, H., Fjell, A. M., & Walhovd, K. B. (2011). Linking anxiety-related personality trait to brain white matter microstructure: Diffuse tensor imaging and harm avoidance. *Archives of General Psychiatry*, 68, 369 - 377.

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fifth edition*. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494 - 504.

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2008). A meta-analytic review of the relationships between the five-factor model and DSM-IV-TR personality disorders: A facet lever analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (8), 1326 - 1342.

Widiger, T. A & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of Personality Disorders*, 19 (2), 110 - 130.

Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E., & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, 15 (6), 422 - 432.

Wolfsdorf, B. A., & Zlotnick, C. (2001). Affect management in group therapy for women with posttraumatic stress disorder and histories of childhood sexual abuse. *Journal of Clinical Psychology*, 57 (2), 169 - 181.

Mediator/moderator på nevrotisme-symptomtrykk

Wong, C. C., & Mak, W. W. (2013). Differentiating the role of three self-compassion components in buffering cognitive-personality vulnerability to depression among Chinese in Hong Kong. *Journal of Counseling Psychology, 60* (1), 162 -169.

Wright, A. G. C., & Simms, L. J. (2015). A metastructural model of mental disorders and pathological personality traits. *Psychological Medicine, 45*, 2309 - 2319.

Yoon, K. L., Maltby, J., & Joormann, J. (2013). A pathway from neuroticism to depression: examining the role of emotional regulation. *Anxiety, Stress & Coping, 26* (5), 558 - 572.

Zeidan, F., Johnson, S., Diamond, B., David, Z, Goolkaisan, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: evidence of brief mental training. *Consciousness and Cognition, 19* (2), 597 - 605.

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools - a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology, 5*, 603.

Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1911 - 1918.

Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2015). Mindfulness-Interventions with Youth: A Meta-Analysis. *Mindfulness, 6* (2), 290 - 302.