

Positive meta-antagelsers betydning ved depresjon

NTNU

Profesjonsstudiet i psykologi

PSYPRO-4100 Hovedoppgave

Vår 2014

Simon Grudzien

Forord

En stor takk rettes til mine to veiledere, Roger Hagen og Odin Hjemdal. God hjelp og flott veiledning har kjennetegnet hele dette veiledningsforholdet. Arbeidet med hovedoppgaven har vært krevende, men også veldig lærerikt.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	4
Innledning.....	5
Kognitiv og kognitiv atferdsterapi.....	5
Metakognitiv teori.....	6
Ruminering.....	7
Ruminering og den metakognitive modellen av depresjon.....	8
Mål med oppgaven og hypoteser.....	9
Metode.....	10
Deltagere og prosedyre.....	10
Måleinstrumenter.....	11
Statistiske analyser.....	11
Resultater.....	12
Diskusjon.....	13
Begrensninger og styrker ved studien.....	15
Implikasjoner og konklusjon.....	16
Referanseliste.....	17
Figurer og tabeller.....	20
Appendiks.....	25

Sammendrag

Hovedmålet med denne studien var å utforske betydningen av positive meta-antagelser ved depressive symptomer i et ikke-klinisk utvalg. Undersøkelsen var nettbasert og data ble samlet inn tre ganger i løpet av ett år. I denne oppgaven ble totalt fire standardiserte spørreskjema benyttet, Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs), Beck Depression Inventory (BDI), Dysfunctional Attitude Scale (DAS) og Ruminative Response Scale (RRS). Deltakerne (N=243) som svarte ved både tidspunkt 1 og 3, ble inkludert i denne studien. Tidsspennet for målingene på de to tidspunktene var åtte måneder. Resultatene viste at positive meta-antagelser hadde sterke assosiasjoner med ruminerende responsstil, depressive symptomer og dysfunksjonelle antagelser. Positive meta-antagelser målt på tidspunkt 1, forklarte en vesentlig grad av variansen av både ruminerende responsstil og dysfunksjonelle antagelser ved tidspunkt 3, men forklarte lite av variansen av depressive symptomer ved tidspunkt 3. Dette tyder på at positive meta-antagelser har en sentral rolle knyttet til tanker og prosesser involvert i depresjonssymptomer, men dennes viktighet ligger heller mer rundt sårbarhet av depresjon, da positive meta-antagelser er nært knyttet til valg av strategier for selvregulering.

Innledning

Depressive lidelser er en av de mest vanligste psykiske lidelsene i den norske befolkningen (Kringlen, Torgersen og Cramer, 2001). En av fem vil utvikle en depresjon, og en av ti vil rammes av en depressiv episode i løpet av 12 måneder (Folkehelseinstituttet, 2009). Liknende tall sees også i andre europeiske land (Ayuso-Mateos et al., 2001). Statistikk fra Verdens Helseorganisasjon indikerer at det globalt i 2012, var mer enn 350 millioner mennesker i alle aldre, med en depresjon (WHO, 2012).

Kjernesymptomer ved en depresjon inkluderer nedsatt stemningsleie, tap av interesse og glede, samt nedsatt energi. Andre vanlige symptomer er redusert konsentrasjon og selvfølelse, negative tanker om fremtiden, og forstyrrelser i søvn og appetitt. Selvskading samt planer eller utføring av selvmord kan også inntreffe. Symptomene må ha hatt en varighet på minst to uker for at en diagnose kan settes. Diagnostisk deles de inn i mild, moderat og alvorlig, etter antall symptomer som innfris (WHO, 1992).

Nasjonale retningslinjer for behandling av voksne ved moderat til alvorlig depresjon, anbefaler en strukturert psykologisk behandling, der pasienten ikke ønsker eller mottar antidepressiva. Ulike behandlingsformer kan eksempelvis være kognitiv eller kognitiv atferdsterapi, atferdsterapi med målrettet aktivisering eller interpersonlig terapi. Valg av behandlingsform bør ta i betraktning både eksisterende evidens av den aktuelle behandlingsformen, samt eventuelle tidligere erfaringer pasienten har (Helsedirektoratet, 2009). Ubehandlet varer en alvorlig depresjon fra fire til seks måneder, opp til to år. Behandling er mer effektiv jo tidligere den starter, men rundt halvparten av pasientene opplever allikevel å få en ny depressiv episode (Malt, Retterstøl og Dahl, 2007).

Kognitiv og kognitiv atferdsterapi

Det kognitive perspektivet knyttet til depresjon, understreker viktigheten av tidligere erfaringer en har gjort seg. Disse danner grunnlaget for ulike skjema vi utvikler, som former tolkninger vi gjør. Hva en velger å fokusere på i ulike situasjoner – seleksjon av stimuli – styres av skjema, som er stabile kognitive strukturer. Skjema kan ligge latente, men aktiveres i situasjoner som ligner tidligere erfaringer. Ved depressive tilstander kan dysfunksjonelle skjema aktiveres, som leder til en bestemt måte å tolke situasjonen på, som gjerne

inkluderer negative tanker om seg selv, fremtiden og nåværende erfaringer. Parallelt med dette, sees også ulike feilfortolkninger ved deprimerte tilstander, som forvrenger informasjon eller som fører til misoppfatninger (Beck, Rush, Shaw og Emery, 1979; Stiles, Nordahl og Vogel, 2003).

Den kognitive delen ved kognitiv atferdsterapi (KAT) fokuserer på hvordan tolkninger og dysfunksjonelle antagelser medvirker til den depressive lidelsen. Dette får også implikasjoner for behandlingen, som gjerne er rettet mot å identifisere dysfunksjonelle antagelser og systematisk teste ut riktigheten av disse (Hollon, Thase, Markowitz, 2002). En større oppmerksomhet rundt ens egne negative tanker, samt en revurdering og uttesting av disse, representerer kjernen i kognitiv terapi (Stiles, Nordahl og Vogel, 2003).

I KAT har man fokus på hvordan ens egen atferd er medvirkende til de depressive symptomer, og intervensjoner kan også utelukkende være atferdsorienterte (Hollon, Thase, Markowitz, 2002). Forskning har funnet støtte for at atferds aktivisering («Behavioral Activation») er et jevngodt alternativ med antidepressiva, og virker bedre enn kognitiv terapi ved alvorlig depresjon (Dimidjian, et al., 2006). En nylig metaanalyse som utforsket effekten av kognitiv atferdsterapi på depresjon sammenliknet med kontroll- grupper, psykofarmaka og andre terapiformer, konkluderte med at KAT har effekt ved depresjon, men lite tydet imidlertid på at KAT var signifikant mer effektiv enn andre terapiformer (Cuipers, et al., 2013).

I følge Wells (2009) har ulike teorier basert på kognitiv atferdsterapi knyttet til psykiske lidelser, et ubesvart spørsmål om hva som fører til at vanlige negative vurderinger eller antagelser, leder til vedvarende negative tanker og emosjoner. Metakognitiv teori forsøker å belyse dette, ved å skifte fokus fra den negative tanken eller antagelsen, til selve prosessen som antas å kontrollere denne. Hvordan en velger å forholde seg til disse tankene eller antagelsene, ikke utlukkende hva en tenker, antas å være styrende for ulike psykiske lidelsers forløp.

Metakognitiv teori

Metakognitiv teori representerer en forholdsvis ny forståelsesmodell og behandlingsmetode for depresjon. Det metakognitive perspektivet, bygger på den teoretiske modellen Self-

Regulatory Executive Function(S-REF), som er en teoretisk modell av oppmerksomhetsprosesser knyttet til selvregulering (Wells og Matthews, 1994, 1996). I metakognitiv teori (MCT) sees psykiske lidelser, deriblant depresjon, som en konsekvens av bestemt tankemønster. Dette omtales som det kognitiv oppmerksomhetssyndrom (KOS), og er med på dannelsen og vedlikeholdelse av psykiske vansker. KOS består av forhøyet selvoppmerksomhet, vedvarende prosessering i form av grubling (depressiv ruminering) og bekymring, et høyere fokus på trusler og uheldige mestringsstrategier som for eksempel tankeundertrykkelse, unnvikelse eller rusmisbruk (Hjemdal og Hagen, 2012; Wells, 2009). KOS drives av metakognisjoner. Metakognisjoner er tenkning om tenkning, og viser til ens egne antagelser og vurderinger av egen tenkning, samt ens egen antatte evne til å overvåke og regulere kognisjon (Wells, 2009; Papageorgiou og Wells, 2001a). Metakognisjoner er nært knyttet til valg av strategier for selvregulering (Hjemdal og Hagen, 2012; Wells, 2009). Metakognisjoner kan deles inn i positive og negative meta-antagelser. Positive meta-antagelser omhandler de antatte fordelene en tror det gir å starte med eksempelvis det å gruble eller bekymre seg som en reaksjon til negative tanker og følelser man har. Negative meta-antagelser omhandler kontrollerbarhet, mening, eller fare knyttet til tanker (Wells, 2009).

Ruminering

Siden grubling eller ruminering er en viktig del av den metakognitive teorien knyttet til depresjon, vil jeg gjennomgå noen av forskningsfunn knyttet til denne prosessen. I følge Nolen-Hoeksema (1991), er ruminering en respons til et nedstemt stemningsleie, som kjennetegnes av et vedvarende fokus på ens depressive symptomer, på årsaken og konsekvensene av dette. Hun hevder at det foreligger kjønnsforskjeller omkring hvordan menn og kvinner reagerer på et nedstemt stemningsleie. På bakgrunn av sosialiseringprosesser tidligere i barndommen, argumenterer hun for at menn i større grad bruker distraksjon, mens kvinner har en tendens til å ruminere, som en reaksjon på et nedstemt humør (Nolen-Hoeksema, 1987, 1991). Ruminering har konsekvent vist å være en risikofaktor for utvikling av depresjon (Weber og Exner, 2013). Forskning har eksempelvis vist at ruminerende responsstil i en ikke-deprimert tilstand kan predikere utvikling av depresjon og alvorlighet av første depressive episode, samt at en ruminerende responsstil i tillegg er stabil (Just og Alloy, 1997). Hvordan et individ responderer til sitt nedstemte humør

kan påvirke alvorligheten, lengden eller hyppighet av en depressiv episode (Nolen-Hoeksema, 1987). Ruminering forsterker oppfatningen av at situasjonen en befinner seg i er håpløs, og rettferdiggjør unnvikelse og inaktivitet (Nolen-Hoeksema, Wisco og Lyubomirsky, 2008).

Nolen-Hoeksema (1991), argumenterer for at en ruminerende responsstil er passiv, uten aktive planer for å endre sin situasjon. En slik forståelse av ruminering, avviker noe fra den en finner hos Wells (2009). Nedenfor følger en beskrivelse av ruminering i lys av metakognitiv teori og hvordan denne prosessen henger sammen med den metakognitive modellen av depresjon.

Ruminering og den metakognitive modellen av depresjon

Metakognitiv teori ser på ruminering som viljestyrt prosess, som er drevet av positive meta-antagelser. Ruminering leder til vedvarende dveling om årsaken til og betydningen av ens depressive symptomer. Ettersom en ikke kommer noen vei, forsterkes rumineringen. Dette aktiverer de negative meta-antagelsene, som bidrar til en opplevelse av manglende kontroll over denne prosessen, som gir et emosjonelt ubehag (Wells, 2009; Papageorgiou og Wells, 2003).

En trigger i modellen kan være en negativ tanke om en selv, eller sin fremtid, eller en følelse av å være sliten eller nedfor. Denne triggeren aktiverer positive meta-antagelser omkring nytteverdien av det å ruminere omkring dette, som en mestringsstrategi. Fordi en ikke har gode metoder for å stoppe rumineringen, kan dette lede til en oppfatning av at dette er farlig eller skadelig. Parallelt med rumineringen har en og et sterkt fokus på egne depressive symptomer, i den tro at dette kan fjerne depresjonen, noe som leder til forhøyet selvoppmerksomhet. Vanlige mestringsstrategier som blir brukt er gjerne unnvikelse eller sosial tilbaketrekning. En strategi som kan gi kortsiktig symptomlette, men som på lengre sikt gir mer tid til ruminering. På den måten styrkes antagelsen om mangel på kontroll, og forsterker de depressive symptomene (Hjemdal og Hagen, 2012; Wells, 2009). De ulike prosesser i den metakognitive modellen er belyst i figur 1.

Figur 1 her

Papageorgiou og Wells (2003) har funnet støtte for at positive meta-antagelser har en sammenheng med grad av ruminering, og at de negative meta-antagelsene virker medierende på depressive symptomer, både for deprimerte og ikke-deprimerte. I følge Wells (2009) kan ruminering sees på som en mental prosess, med det formål å forstå årsakene til ens nedstemthet, samt finne måter og hankses med vonde tanker og følelser. Denne grublingen er oftest fortidsorientert og knyttet til forståelse og mening av ens nedstemthet, som gjerne leter etter svar på spørsmål som: «Hvorfor meg? Hvorfor føler jeg meg slik? Hvorfor blir jeg ikke bedre?» (Hjemdal og Hagen, 2012). Spørsmål av denne typen har som regel ikke ett enkelt svar, og som sammen med prosessene beskrevet over, leder til ytterligere ruminering (Wells, 2009).

Mål med oppgaven og hypoteser

Den metakognitive modellen av depresjon antar at positive meta-antagelser er nært knyttet opp til graden av ruminering, som sees som et av de sentrale trekkene ved depresjon (Wells, 2009). Denne oppgaven ønsker derfor å se på sammenhenger mellom positive meta-antagelser på ruminerende responsstil, samt depresjonsgrad og dysfunksjonelle antagelser. Videre vil oppgaven undersøke om positive meta-antagelser på et tidspunkt predikerer, ruminerende responsstil, depresjon og dysfunksjonelle antagelser ved et senere tidspunkt.

Hypotesene i denne oppgaven er:

1. Positive meta-antagelser vil korrelere med ruminering, depresjonsdybde og dysfunksjonelle antagelser.
2. Høyere skåre på positive meta-antagelser ved et tidligere tidspunkt vil predikere en høyere skåre på ruminering, depresjonsdybde og dysfunksjonelle antagelser ved senere tidspunkt.

Metode

Deltagere og prosedyre

Deltagerne ble rekruttert via forskjellige e-postlister, som inneholdt informasjon og en link til selve undersøkelsen. Deltagelse var anonymt og frivillig, og man kunne når som helst trekke seg fra studien. Undersøkelsen var nettbasert, hvor innsamling av data ble gjort tre ganger i løpet av ett år. I denne oppgaven ble kun data fra tidspunkt 1 og 3 inkludert, og det var 8 måneder mellom de to. De statistiske analysene er derfor basert på deltakere som svarte ved begge disse tidspunktene. Totalt ble to hundre og førtitre personer inkludert i denne studien ($M = 24$ år, $SD = 3.58$). Deltakerne besto hovedsakelig av studenter. 193 (79,4 %) var kvinner, og 50 (20,6 %) var menn. Studien har blitt godkjent av regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), Midt Norge.

Måleinstrumenter

Den nettbaserte undersøkelsen besto av totalt syv ulike spørreskjema. En gjennomgang av de fire spørreskjema som ble brukt i denne oppgaven følger nedenfor.

Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs; Papageorgiou og Wells, 2001b) er et selvrapportskjema som måler positive meta-antagelser om depressiv grubling (ruminering). Skjemaet består av totalt ni ledd, hvor respondentene indikerer på en 4-punkts Likert skala fra 1 (uenig) til 4 (veldig enig) på de ulike leddene. Eksempler på disse er; «Grubling på mine problemer hjelper meg å fokusere på de viktigste tingene» eller «Jeg trenger å finne svar på hvorfor jeg er deprimert». Spørreskjemaet har skårer fra 9 til 36, og høyere skåre indikerer høyere grad av positive meta-antagelser. Spørreskjemaet har en Cronbachs alpha på .89 og god test-retest reliabilitet på $r = 0,85$ (Papageorgiou og Wells, 2001b).

Ruminative Response Scale (RRS; Nolen-Hoeksema og Morrow, 1991) er et selvrapportskjema som måler tilbøyelighet til ruminering ved nedstemt humør. Skjemaet består av totalt 22 ledd, som beskriver ulike utsagn som fokuserer på selvet, på symptomer, eller på konsekvensene og årsaken til det nedstemte humøret (Nolen-Hoeksema og Morrow, 1991). Respondentene indikerer på en 4-punkts Likert skala fra 1 (nesten aldri) til 4 (nesten alltid). Høyere skåre indikerer mer ruminering og det er mulig å få skårer mellom 22 og 88

(Luminet, 2004). Den indre konsistensen til spørreskjemaet har en Cronbachs alpha på .89 (Nolen-Hoeksema og Morrow, 1991).

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw og Emery, 1979) er et selvrapportskjema som måler depressive symptomer. Skjemaet består av totalt 21 ledd som både måler affektive, atferdsmessige, somatiske og kognitive faktorer knyttet til depresjon.

Respondentene velger det utsagnet som passer best, basert på uken som har vært, inkludert dagen skjemaet fylles ut. Det er mulig å få skårer fra 0 til 63, hvor høyere skåre indikerer større grad av depressive symptomer. BDI har vist å ha en gjennomsnittlig Cronbachs alpha på .87, og test-retest reliabilitet på større en $r = 0,60$ (Beck, Steer og Garbin, 1988).

Dysfunctional Attitude Scale (DAS; Weissman og Beck, 1978) er et selvrapportskjema som måler dysfunksjonelle skjema, basert på Becks kognitive depresjonsmodell. Skjemaet består av totalt 40 ledd, hvor respondentene indikerer på en 7-punkts Likert skala fra 1 (helt enig) til 7 (helt uenig), det utsagnet som passer best. Høyere skåre indikerer mer dysfunksjonelle antagelser og det er mulig å få skårer fra 40 til 280. Den indre konsistensen til spørreskjemaet har en Cronbachs alpha på .93 (Weissman og Beck, 1978). Den norske versjon av skjemaet har vist å ha en Cronbachs alpha på .85 (Chioqueta og Stiles, 2004).

Statistiske analyser

De statistiske analysene ble gjort med hjelp av det statistiske verktøyet SPSS 20.0. For å finne gjennomsnitt og standardavvik for de ulike måleinstrumentene ble de benyttet deskriptiv statistikk. For å undersøke ulike sammenhenger positive meta-antagelser hadde med andre mål i undersøkelsen, ble det gjennomført en korrelasjonsanalyse.

Det ble også utført tre multiple hierarkiske regresjonsanalyser for å undersøke hvordan positive meta-antagelser målt med PBRS på tidspunkt 1, ville påvirke skårer på depresjonssymptomer, dysfunksjonelle antagelser og ruminerende responsstil ved tidspunkt 3. Den første regresjonsanalysen ble utført med depresjonssymptomer målt med BDI som avhengig variabel. Deretter ble det gjort en ny regresjonsanalyse med dysfunksjonelle antagelser målt med DAS som avhengig variabel, etterfulgt av den siste regresjonsanalysen, denne gang, med ruminerende responsstil målt med RRS som avhengig variabel.

Resultater

For å finne hvordan positive meta-antagelser var assosiert med depresjonssymptomer, dysfunksjonelle antagelser og ruminerende responsstil, ble det utført en bivariat korrelasjonsanalyse. Den sterkeste korrelasjonen var i mellom positive meta-antagelser og ruminerende responsstil ($r= 0,47$ $p< .01$), etterfulgt av korrelasjonen mellom positive meta-antagelser og depresjonssymptomer ($r= 0,41$ $p< .01$). Den svakeste korrelasjonen var mellom positive meta-antagelser og dysfunksjonelle antagelser, men denne var fortsatt statistisk signifikant ($r=0,39$ $p< .01$). Resultatene fra korrelasjonsanalysen finnes i tabell 1.

Tabell 1 her

For å finne ut i hvor stor grad variansen av depresjonssymptomer på tidspunkt 3, kunne forklares av positive meta- antagelser på tidspunkt 1, ble det utført en hierarkisk multippel regresjonsanalyse med depresjonssymptomer på tidspunkt 3 som avhengig variabel. Kjønn ble lagt i steg 1, alder i steg 2, etterfulgt av positive meta-antagelser på tidspunkt 1 i steg 3. Resultatene fra denne analysen viste at hverken kjønn eller alder forklarte noe vesentlig av variansen, mens positive meta-antagelser forklarte 7,5 % av variansen og var statistisk signifikant (jfr. tabell 2).

Tabell 2 her

For å finne ut i hvor stor grad variansen av dysfunksjonelle antagelser på tidspunkt 3, kunne forklares av positive meta-antagelser på tidspunkt 1, ble det utført en ny hierarkisk multippel regresjonsanalyse. Denne gang, med dysfunksjonelle antagelser på tidspunkt 3 som avhengig variabel. Kjønn ble lagt i steg 1, alder i steg 2, etterfulgt av positive meta-antagelser på tidspunkt 1 i steg 3. Resultatene fra denne analysen viste at hverken kjønn eller alder forklarte vesentlig grad av variansen, mens positive meta-antagelser forklarte 14, 9 % av variansen og var statistisk signifikant (jfr. tabell 3).

Tabell 3 her

For å finne ut i hvor stor grad variansen av ruminerende responsstil på tidspunkt 3, kunne forklares av positive meta-antagelser på tidspunkt 1, ble det utført en tredje multipl hierarkisk regresjonsanalyse. Denne gang med ruminerende responsstil på tidspunkt 3 som den avhengige variabelen. Kjønn ble lagt i steg 1, alder i steg 2, etterfulgt av positive meta-antagelser tidspunkt 1 i steg 3. Resultatene fra denne analysen viste at hverken kjønn eller alder forklarte vesentlig grad av variansen, mens positive meta-antagelser forklarte 21,9 % av variansen og var statistisk signifikant (jfr. tabell 4).

Tabell 4 her

Diskusjon

Formålet med denne studien var å utforske positive meta-antagelsers betydning til depressive symptomer og andre faktorer ansett å ha en sentral rolle i utvikling av depresjon. Sterke korrelasjoner mellom positive meta-antagelser og ruminerende responsstil og depresjonsnivå ble funnet, samt en moderat korrelasjon mellom positive meta-antagelser og dysfunksjonelle antagelser. Dette antyder at positive meta-antagelser har en sterk assosiasjon med alle de tre variablene. Resultatene fra regresjonsanalysene viste videre at positive meta-antagelser målt på ett tidspunkt, forklarte vesentlig grad av variansen av både ruminerende responsstil og dysfunksjonelle antagelser, målt åtte måneder senere, men forklarte lite av variansen av depressive symptomer.

Resultatene fra den første regresjonsanalysen viste at positive meta-antagelser målt på tidspunkt 1, forklarte kun 7,5 % av variansen knyttet til depressive symptomer målt åtte måneder senere. At positive meta-antagelser ikke forklarte mer av variansen av depresjonsgrad, bør ses i sammenheng med hva den metakognitive modellen av depresjon faktisk antyder. I følge modellen, blir ruminering aktivert av negativ tanke eller følelse avhengig av ens positive meta-antagelser omkring den antatte nytteverdien. De negative meta-antagelsene som blant annet omhandler kontrollen en har over denne prosessen, aktiveres først på et senere tidspunkt. Det sentrale til depresjonsnivå, er således da knyttet til de negative meta-antagelsene, fremfor de positive meta-antagelsene (Wells, 2009). Forskning har tidligere vist at det nettopp er de negative meta-antagelsene som virker

medierende på depresjonsnivå (Papageorgiou og Wells 2003) og kan predikere depressive symptomer uavhengig av større livshendelser og demografiske variabler (Yilmaz, Gencöz og Wells, 2011). På bakgrunn av dette, kan resultatene fra denne studien sies å støtte positive meta-antagelsers funksjon i den metakognitive modellen av depresjon som funnet og beskrevet i andre studier.

Den andre regresjonsanalysen viste at positive meta-antagelser målt på tidspunkt 1, forklarte 14,9 % av variansen av dysfunksjonelle antagelser målt åtte måneder senere. Dette representerer en betydelig andel, og resultatene kan kanskje forklares ut fra hvordan dysfunksjonelle antagelser blir forstått. Aktivering av dysfunksjonelle skjema leder til negative tanker, og negative automatiske tanker kan da være et resultat av underliggende skjema (Beck, Rush, Shaw og Emery, 1979). På denne måten kan dysfunksjonelle antagelser representere et mål på negative automatiske tanker. Selv om negative automatiske tanker er kortvarige, kan responsen på disse lede til en vedvarende ruminering (Papageorgiou og Wells, 2001b). Dysfunksjonelle antagelser, forstått som negative automatiske tanker, kan i realiteten da fungere som en trigger. I den metakognitive modellen av depresjon, kan en negativ automatisk tanke være en trigger som setter i gang grublingen avhengig av ens positive meta-antagelser (Wells, 2009). Med utgangspunkt i en slik forståelse, er det rimelig å hevde at resultatene i tråd med funksjonen av positive meta-antagelser i henhold til den metakognitive modellen.

Den sterkeste sammenhengen i denne studien var mellom positive meta-antagelser og ruminerende responsstil. Positive meta-antagelser ved tidspunkt 1, viste å kunne forklare hele 21,9 % av variansen av ruminerende responsstil målt åtte måneder senere. Dette er i tråd med tidligere forskning som har vist at positive meta-antagelser predikerer ruminering (Weber og Exner, 2013). Dersom den antatte nytteverdien av ruminering er tilstede (jfr. positive meta-antagelser), følger det også at man har en mer ruminerende responsstil. Dette bekreftes av resultatene fra denne studien. Metakognitiv teori og responsstilteorien deler sentrale aspekter i forhold til grubleprosessen. Der de to teoriene har et klart skille, omhandler hvorvidt ruminering er en viljestyrt aktiv prosess som kan arbeides med og endres på i behandling (Wells, 2009), eller er en mer statisk, passiv og stabil prosess (Nolen-Hoeksema, 1991). Dette kan potensielt ha viktige implikasjoner knyttet til intervensjoner, da forståelsen av ruminering kan påvirke hvordan en forholder seg til dette. På den ene siden,

vil distraksjon, i følge Nolen-Hoeksema (1987), bedre humøret når en er i et nedstemt stemningsleie, og er et bedre alternativ enn ruminering. På den andre siden, kan det å gå direkte inn i selve prosessen som antas å være styrende for rumineringen, og endre denne, muligens representere et mer hensiktsmessig alternativ.

I sum viser resultatene fra denne studien viktigheten av positive meta-antagelser omkring tanker og prosesser knyttet til utvikling av depressive symptomer. Korrelasjonen mellom positive meta-antagelser og depresjonsnivå var i denne studien sterk. Positive meta-antagelser forklarte dog ikke vesentlig av variansen knyttet til grad av depresjonssymptomer, men at det ikke er en direkte sammenheng er forklart tidligere i diskusjonen. Til tross for dette, er det rimelig å hevde på bakgrunn av diskusjonen ovenfor, at resultatene bekrefter begge hypotesene. Videre så er positive meta-antagelser nært knyttet til valget om å begynne med ruminering på bakgrunn av den antatte nytteverdien dette har (Wells, 2009). På den måten påvirker positive meta-antagelser grad av ruminering, og tidligere forskning har funnet støtte for dette (jfr. Papageorgiou og Wells, 2003). De negative meta-antagelsene virker medierende på depressive symptomer (Papageorgiou og Wells, 2003), og depresjonsgrad blir således bestemt av de negative meta-antagelsene. På bakgrunn av dette, og resultatene fra denne studien, er det sannsynlig å anta at viktigheten av positive meta-antagelser, ligger mer rundt sårbarhet for å bli deprimert, og ikke nødvendigvis depresjonsgrad.

Begrensninger og styrker ved studien

Nærmere 80 % av utvalget i denne studien besto av kvinnelige studenter. Dette kan ha påvirket skårene for de ulike variablene, og ført til begrensninger knyttet til generalisering av funnene. Videre var denne studien basert på selvrapportskjema, som kan ha farget deltakernes responser på bakgrunn av sosial ønskverdighet eller den psykologiske tilstanden respondentene hadde da de fylte ut skjemaene.

Positive meta-antagelser ble kun sammenlignet med tre ulike variabler. Dette kan ha ført til å svekke formålet med undersøkelsen og gjøre det mindre sikkert å trekke klare konklusjoner. PBRS er et forholdsvis nytt måleinstrument sammenlignet med BDI, DAS og RRS. Dette kan ha gjort det vanskeligere å kartlegge dennes validitet. PBRS har allikevel blitt validert (Papageorgiou og Wells, 2001b).

Utvalget var fra en ikke-klinisk populasjon. Dette kan representere både en begrensning, men også en styrke. Lavt nivå av depresjon kan ha gitt lavere skårer på de ulike måleinstrumentene. På den andre siden, vil ikke nødvendigvis et lavt depresjonsnivå gjøre det vanskeligere å kartlegge viktigheten av positive meta-antagelser. Dette kan tvert om være en styrke ved denne studien.

Implikasjoner og konklusjon

Det er godt dokumentert at ruminering er assosiert med en rekke negative konsekvenser knyttet til depresjon (Weber og Exner, 2013), og denne studien bekrefter også hvordan positive meta-antagelser spiller en viktig rolle ved depresjon. Med fokus på ruminering som en aktiv, viljestyrt prosess, kan dette potensielt ha viktige implikasjoner for behandling. Nasjonale retningslinjer ved milde former for depresjon, anbefaler rådgivning og psykologisk intervensjon (Helsedirektoratet, 2009). Da positive meta-antagelser er nært knyttet til valg av strategier for selvregulering (Wells, 2009), og negative meta-antagelser er medierende på depresjonssymptomer (Papageorgiou og Wells, 2003), kan rådgivning eller intervensjon med fokus på positive meta-antagelser, muligens være et hensiktsmessig alternativ. Ved å modifisere den antatte nytteverdien av ruminering tidlig (jfr. positive meta-antagelser), kan dette muligens forhindre at man blir deprimert, og således redusere behovet for ytterligere behandling.

Referanseliste

Ayuso-Mateos, L. J., Vazquez-Bariquero, L. J., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, S. O., Casey, P., Wilkinson, C., Lasa, L., Page, H., Dunn, G., & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 308-316.

Beck, A. T., Rush, R., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8* (1), 77-100.

Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004). Psychometric Properties of the Norwegian Version of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A). *Cognitive Behavior Therapy*, *33* (2), 83-86.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dodson, S. K. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *Canadian Journal of Psychiatry*, *58* (7), 376-385.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74* (4), 658-670.

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

Hjemdal, O., & Hagen, R. (2012). Metakognitiv terapi ved depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *49* (1), 59-63.

Hollon, D. S., Thase, E. M., & Markowitz, C. J. (2002). Treatment and prevention of depression. *American Psychological Society*, *2* (3), 39-77.

Just, N., & Alloy, L. B. (1997). The response styles theory of depression: Tests and extension of the theory. *Journal of Abnormal Psychology, 106* (2), 221-229.

Kringlen, E., Torgersen., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 158* (7), 1091-1098.

Luminet, O. (2004). *Measurement of Depressive Rumination and Associated Constructs*. I Papageorgiou, C., & Wells, A. (red.), *Depressive Rumination. Nature, theory and treatment*. London: Wiley & Sons.

Malt, F. H., Retterstøl, N., & Dhal, A. A. (2007). *Lærebok i psykiatri*. Gyldendal forlag: Oslo.

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin, 101*, 259-282.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61* (1), 115-121.

Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3* (5), 400-424.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100* (4), 569-582.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001a). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8* (2), 160-164.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001b). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy, 32* (1), 13-26.

Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression. *Cognitive Therapy and Research, 27* (3), 261-273.

Stiles T. C., Nordahl H. M., & Vogel P. A. (2003). *Kognitiv terapi ved depresjon*. I Berge, T. (red.) Samtaler som forandrer. Fagbokforlaget: Oslo.

Weber, F., & Exner., C. (2013). Metacognitive beliefs and rumination: A longitudinal Study. *Cognitive Therapy and Research*, 37, 1257-1261.

Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation*. Paper presented at the annual meeting of the American Educational Research Association. Toronto, Canada.

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

Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. England, Hove: Psychology Press.

Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorders: The S-REF model. *Behavior Research and Therapy*, 34 (11), 881-888.

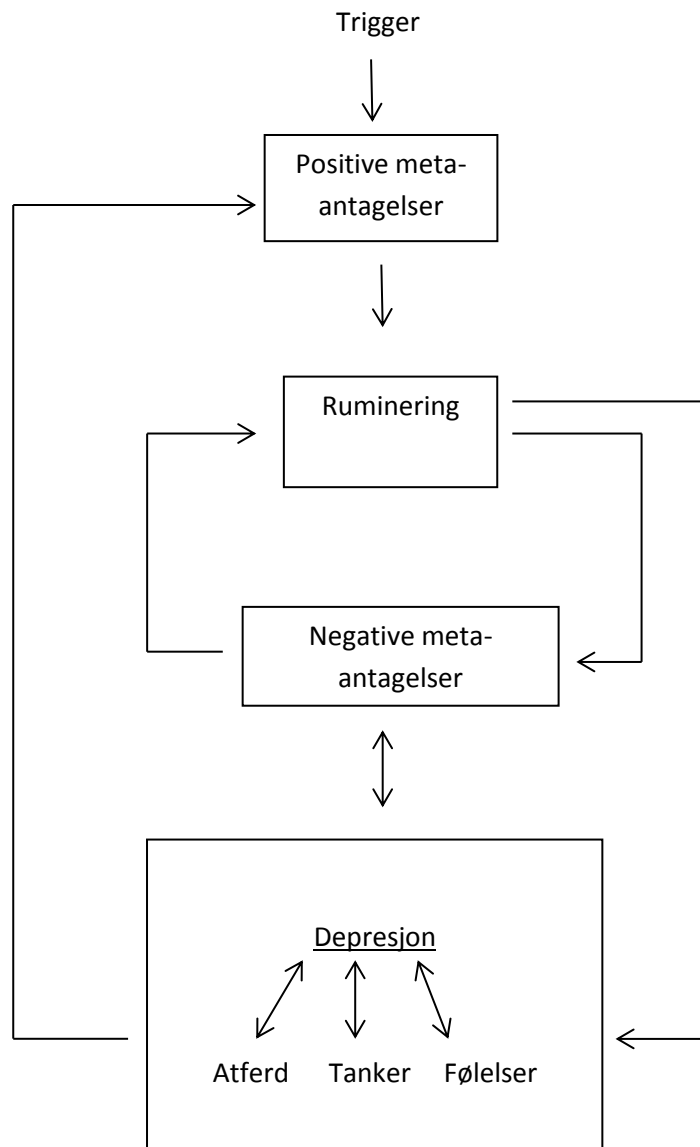
World Health Organization. (2000). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

World Health Organization. (2012). Depression. Hentet fra:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

Yilmaz, E. A., Gencöz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (3), 389-396.

Figur 1

Den metakognitive modellen av depresjon (Wells, 2009).



Tabell 1

Cronbachs alpha, gjennomsnitt, standardavvik og korrelasjoner for de ulike spørreskjema (N = 243).

Spørreskjema	Cronbachs alpha	Gj.snitt	SD	1	2	3	
1	PBRS	0,87	17,3	5,8			
2	RRS	0,89	38,4	12,1	0.467**		
3	BDI	0,81	6,0	6,4	0.409**	0.593**	
4	DAS	0,92	117,0	31,6	0.387**	0.502**	0.557**

Note: * $p < .0,5$, ** $p < .01$ -nivå (to-halet). PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale. RRS = Ruminative Response Scale. BDI = Beck Depression Inventory. DAS =Dysfunctional Attitude Scale.

Tabell 2

Multipel hierarkisk regresjonsanalyse med BDI T3 som avhengig variabel (N=243)

Steg	Variabler	F change	R2 change	Beta	T
1	Kjønn	.117	0.000	-0.22	-.342***
2	Alder	3.361	0.014	-.118	-1.833***
3	PBRS	19.576	0.075	.275	4.424***

Note: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. BDI = Beck Depression Inventory. PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale.

Tabell 3

Multipel hierarkisk regresjonsanalyse med DAS T3 som avhengig variabel (N=243)

Steg	Variabler	F change	R2 change	Beta	T
1	Kjønn	.535	.002	.047	.731***
2	Alder	2.092	.009	-.094	1.446***
3	PBRS	42.300	.149	.389	6.504***

Note: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. DAS =Dysfunctional Attitude Scale. PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale.

Tabell 4

Multipel hierarkisk regresjonsanalyse med RRS T3 som avhengig variabel (N=243)

Steg	Variabler	F change	R2 change	Beta	T
1	Kjønn	.781	.003	-.057	-.884***
2	Alder	.169	.001	.027	.412***
3	PBRS	62.239	.219	.472	8.200***

Note: *p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001. RRS =Ruminative Response Scale. PBRS = Positive Beliefs about Rumination Scale.

Appendiks

POSITIVE ANTAGELSER OM GRUBLING: PBRS

Instruksjoner: De fleste opplever depressive tanker av og til. Når depressiv tenkning vedvarer og er repetitiv kalles det *grubling*. Dette spørreskjemaet omhandler antagelser folk har om grubling. Nedenfor er det listet opp en hel del av slike antagelser. Vennligst les hver antagelse nøye og indiker hvor mye du *vanligvis* er enig med hver enkelt. Vennligst sett en ring rundt det nummeret som best beskriver ditt svar. Vennligst besvar alle utsagn.

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

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

Rumination Scale

Mennesker tenker og gjør mange forskjellige ting når de føler seg deprimerte. Les over alle de utsagn som står nedenfor, og angi om du nesten aldri, noen ganger, ofte, eller nesten alltid tenker eller gjør dette når du føler deg nedtrykt, trist eller deprimert. Husk å angi hva du *vanligvis gjør*, og ikke hva du tenker du burde gjøre.

1=Nesten aldri 2= Noen ganger 3= Ofte 4 = Nesten alltid

1. Tenker på hvor ensom du føler deg
2. Tenker "Jeg får ikke gjort jobben min dersom jeg ikke klarer å komme meg ut av dette".
3. Tenker på dine følelser av utmattethet og smerte
4. Tenker på hvor vanskelig det er å konsentrere seg.
5. Tenker "hva er det jeg gjør for å fortjene dette?"
6. Tenker på hvor passiv og umotivert du føler deg.
7. Analyserer nylige hendelser for å prøve å forstå hvorfor du er deprimert.
8. Tenker på hvorfor det virker som om du ikke føler noe lenger.
9. Tenker "Hvorfor kommer jeg [meg] ikke i gang?"
10. Tenker "Hvorfor reagerer jeg alltid på denne måten?"
11. Er for deg selv og tenker på hvorfor du føler som du gjør.
12. Skriver ned hva du tenker på og analyserer dette.
13. Tenker på en nylig situasjon og ønsker at det hadde gått bedre
14. Tenker "Jeg kommer ikke til å kunne konsentrere meg hvis jeg fortsetter å føle meg på denne måten.
15. Tenker "Hvorfor har jeg problemer andre mennesker ikke har?"
16. Tenker "Hvorfor takler jeg ikke ting bedre?"
17. Tenker på hvor trist du føler deg.
18. Tenker på alle dine mangler, svakheter, feil
19. Tenker på hvorfor du ikke føler deg i stand til å gjøre noen ting.
20. Analyserer personligheten din for å prøve å forstå hvorfor du er deprimert.
21. Drar et sted alene for å tenke over dine følelser
22. Tenker på hvor sint du er på deg selv

BECK INVENTORY - D

BDI: Navn: _____ alder: _____ kjøn: _____

INTRODUKSJON: I dette spørreskjemaet vil du finne setninger innledt i grupper. Vennligst les alle setningene i hver gruppe nøye. Deretter velger du den setningen i hver gruppe som best beskriver hvordan du har følt deg den siste uka i dag inkludert. Sett så ring rundt tallet tallet nummer setningen du har valgt. Derom flere setninger innenfor samme gruppe synes å passe like godt, sett ring rundt tallene til hver av dem.

Husk å lese alle setningene innenfor en gruppe før du velger, og pass på at du gir svar innenfor alle gruppene.

- 1 0 Jeg føler meg ikke trist.
1 Jeg er lei meg eller føler meg trist.
2 Jeg er lei meg eller trist hele tiden og klarer ikke å komme ut av denne tilstand.
3 Jeg er så trist eller uheldig at jeg ikke holder det ut.
- 2 0 Jeg er ikke særlig pessimistisk eller motløs overfor framtiden.
1 Jeg føler meg motløs overfor framtiden.
2 Jeg føler at jeg ikke har noe å se fram til.
3 Jeg føler at framtiden er håpløs og at forholdene ikke kan bedre seg.
- 3 0 Jeg føler meg ikke som et mislykket menneske.
1 Jeg føler at jeg har mislykkes mer enn andre mennesker.
2 Når jeg ser tilbake på livet mitt, ser jeg ikke ansvet enn mislykkelighet.
3 Jeg føler at jeg har mislykkes fullstendig som menneske.
- 4 0 Jeg får like mye tilfredsstillelse ut av ting som før.
1 Jeg nyter ikke ting på samme måte som før.
2 Jeg får ikke ordenlig tilfredsstillelse ut av noe lenger.
3 Jeg er misfornøyd eller kjeder meg med alt.
- 5 0 Jeg føler meg ikke særlig skyldbebyttet.
1 Jeg føler meg skyldbebyttet en god del av tiden.
2 Jeg føler meg temmelig skyldbebyttet mesteparten av tiden.
3 Jeg føler meg skyldbebyttet hele tiden.
- 6 0 Jeg har ikke følelsen av å bli straffet.
1 Jeg føler at jeg kan bli straffet.
2 Jeg forventer å bli straffet.
3 Jeg føler at jeg blir straffet.
- 7 0 Jeg føler meg ikke skuffet over meg selv.
1 Jeg er skuffet over meg selv.
2 Jeg avskyr meg selv.
3 Jeg hater meg selv.
- 8 0 Jeg føler ikke at jeg er noe dårligere enn andre.
1 Jeg kritiserer meg selv for mine svakheter eller feilgrep.
2 Jeg behreider meg selv hele tiden for mine feil eller mangler.
3 Jeg gir meg selv skylden for alt galt som skjer.
- 9 0 Jeg har ikke tanker om å ta livet mitt.
1 Jeg har tanker om å ta livet mitt, men jeg vil ikke omsette dem i handling.
2 Jeg ønsker å ta livet mitt.
3 Jeg ville ta livet mitt om jeg fikk sjansen til det.
- 10 0 Jeg grater ikke mer enn vanlig.
1 Jeg grater mer nå enn jeg gjorde før.
2 Jeg grater hele tiden nå.
3 Jeg pleide å kunne gråte, men nå kan jeg ikke gråte selv om jeg gjerne vil.

Snu arkett/

FFE -ghk

- 11) 0 Jeg er ikke mer irritert nå enn ellers.
 1 Jeg blir lettere irritable eller irritert enn før.
 2 Jeg føler meg irritert hele tiden nå.
 3 Jeg blir ikke irritert i det hele tatt over ting som pleide å irritere meg.
- 12) 0 Jeg har ikke mistet interessen for andre mennesker.
 1 Jeg er mindre interessert i andre mennesker enn jeg pleide å være.
 2 Jeg har mistet det meste av min interesse for andre mennesker.
 3 Jeg har mistet all interesse for andre mennesker.
- 13) 0 Jeg tar avgjørelser omtrent like lett som jeg alltid har gjort.
 1 Jeg forsøker å utsette det å ta avgjørelser mer enn tidligere.
 2 Jeg har større vanskeligheter med å ta avgjørelser enn før.
 3 Jeg klarer ikke å ta avgjørelser i det hele tatt lenger.
- 14) 0 Jeg føler ikke at jeg ser dårligere ut enn jeg pleide å gjøre.
 1 Jeg er bekymret for at jeg ser gammel eller lite tiltrekkende ut.
 2 Jeg føler at det er varige forandringer i mitt utseende som får meg til å se lite tiltrekkende ut.
 3 Jeg tror jeg ser stygg ut.
- 15) 0 Jeg kan arbeide omtrent like godt som før.
 1 Det kreves en ekstra anstrengelse for å ta fatt på noe.
 2 Jeg må presse meg selv hardt for å gjøre noe.
 3 Jeg klarer ikke å gjøre noe i det hele tatt.
- 16) 0 Jeg sover like godt som ellers.
 1 Jeg sover ikke så godt som før.
 2 Jeg våkner 1-2 timer tidligere enn ellers og har vanskelig for å sove igjen.
 3 Jeg våkner flere timer tidligere enn jeg pleide, og får ikke sove igjen.
- 17) 0 Jeg blir ikke fortere trøtt enn ellers.
 1 Jeg blir fortere trøtt enn ellers.
 2 Nesten alt jeg gjør, blir jeg trøtt av.
 3 Jeg er for trøtt til å gjøre noe som helst.
- 18) 0 Matlysten min er ikke dårligere enn ellers.
 1 Matlysten er ikke så god som den var før.
 2 Matlysten min er mye dårligere nå.
 3 Jeg har ikke matlyst i det hele tatt lenger.
- 19) 0 Jeg har ikke gått ned meget i vekt, om i det hele tatt noe, i den senere tid.
 1 Jeg har tatt av mer enn 2 kg.
 2 Jeg har tatt av mer enn 4 kg.
 3 Jeg har tatt av mer enn 6 kg.
- Jeg prøver bevisst å gå ned i vekt ved å spise mindre:
 JA NEI
- 20) 0 Jeg er ikke mer bekymret for helsen min enn vanlig.
 1 Jeg er bekymret over fysiske plager som verkning og smerter, eller urolig mage, eller forstoppelse.
 2 Jeg er meget bekymret over mine fysiske plager og det er vanskelig å tenke på stort annet.
 3 Jeg er så bekymret over mine fysiske plager at jeg ikke klarer å tenke på annet.
- 21) 0 Jeg har ikke merket noen forandring i mine seksuelle interesser i det siste.
 1 Jeg er ikke mindre interessert i sex enn jeg var før.
 2 Jeg er mye mindre interessert i sex nå.
 3 Jeg har helt mistet interessen for sex.

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

Dette skjemaet inneholder en rekke forskjellige holdninger og innstillinger som folk noen ganger har. Les HVERT utsagn nøye og bestem deg for i hvilke grad du er enig eller uenig i det. Vis ditt svar ved å markere under den kolonne som BEST BESKRIVER HVORDAN DU TENKER. Sjekk at du velger bare ett svar for hvert utsagn. Folk er forskjellige. Derfor finnes det ikke et riktig eller galt svar til disse utsagnene. For å bestemme om en holdning er typisk for din måte å se ting på, bare tenk på hvordan du VANLIGVIS er.

	Helt enig	Veldig enig	Litt enig	Nøytral	Litt uenig	Veldig uenig	Helt uenig
Det er vanskelig å være lykkelig hvis man ikke er pen, intelligent, rik og kreativ.							
Lykke er mer et spørsmål om min holdning til meg selv, enn den måten andre mennesker ser meg.							
Folk vil sannsynligvis synes mindre om meg hvis jeg gjør en feil.							
Hvis jeg ikke gjør det bra hele tiden, vil folk heller ikke respektere meg.							
Å ta selv en liten sjanse er tåpelig, for tapet vil sannsynligvis bli katastrofalt.							
Det er mulig å vinne et annet menneskes respekt uten å være spesielt talentfull til noe.							
Jeg kan ikke være lykkelig uten at de fleste mennesker jeg kjenner beundrer meg.							

Hvis en person ber om hjelp, er det et tegn på svakhet.							
Hvis jeg ikke gjør det så bra som andre mennesker, betyr det at jeg er et underlegent menneske.							
Hvis jeg mislykkes i min jobb, så er jeg en mislykket person.							
Hvis du ikke kan gjøre noe skikkelig, er det liten vits i å gjøre det i det hele tatt.							
Å gjøre feil er bra, for jeg kan lære noe av dem.							
Hvis noen er uenig med meg, betyr det sannsynligvis at vedkommende ikke liker meg.							
Hvis jeg delvis mislykkes, er det like ille som å mislykkes fullstendig.							
Hvis andre folk vet hvordan du virkelig er, vil de synes mindre om deg.							
Jeg er ingenting verd hvis en person jeg elsker ikke elsker meg.							
Man kan finne fornøyelse i en aktivitet, uansett hvordan utfallet blir.							
Folk burde vite sånn noenlunde at resultatet blir vellykket for de foretar seg noe.							
Min verdi som person er svært avhengig av hva andre synes om meg.							

Hvis andre misliker deg, kan du ikke være lykkelig.							
Det er best å gi opp sine egne interesser for å glede andre mennesker.							
Min lykke avhenger mer av andre mennesker enn den avhenger av meg.							
Jeg trenger ikke å bli anerkjent av andre mennesker for å være lykkelig.							
Hvis en person unngår problemer, har problemene en tendens til å forsvinne.							
Jeg kan være lykkelig selv om jeg går glipp av mange ting i livet.							
Hva andre folk mener om meg er veldig viktig.							
Å være isolert fra andre er nødt til å føre til ulykkelighet.							
Jeg kan finne lykke uten å være elsket av en annen person.							