

Hovedoppgave PSYPRO4100

13. mai 2016

**Hva kan predikere varians i angstsymptomer i
største grad av negative automatiske tanker og
metakognitive antagelser?**

Elise Furuly (715248)

og

Gro Tovsen (725060)

Veileder og biveileder:

Odin Hjemdal

Roger Hagen

Forord

Denne oppgaven undersøker enkelte kognitive og metakognitive faktorerers betydning for angstsymptomer. Oppgaven er et resultat av et kontinuerlig og tett samarbeid mellom forfatterne. Sammen har vi utviklet hypotese, gjennomført dataanalyser i samarbeid med hovedveileder og tolket og diskutert resultatene. Gro Tovsen har hatt hovedansvaret for den delen av innledningen som omhandler kognitiv teori, og Elise Furuly har hatt hovedansvaret for den delen av innledningen som omhandler metakognitiv teori. Vi ønsker å takke Odin Hjemdal og Roger Hagen for uvurderlig hjelp i denne krevende og svært lærerike prosessen.

Gro Tovsen

Elise Furuly

Sammendrag

Angst er noe som rammer mange. Kognitive og metakognitive teorier vektlegger ulike faktorer for utvikling og opprettholdelse av angstsymptomer. Hensikten med studien var derfor å undersøke om det er kognitive eller metakognitive faktorer som i størst grad kan predikere varians i angstsymptomer. Utvalget bestod av 186 studenter, der 149 var kvinner og 37 var menn. Respondentene fylte ut spørreskjemaet Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative (ATQ-30-N) som måler negative automatiske tanker, Meta-Cognitions Questionnaire-30 (MCQ-30) som måler metakognitive antagelser, og Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25) som måler angst- og depresjonssymptomer. I denne studien benyttes kun angstfaktoren i HSCL-25 (HSCL-25-angst). Resultatene indikerer at negative automatiske tanker predikerer varians i angstsymptomer i størst grad, men at metakognitive antagelser kan predikere noe utover dette. Dette tyder på at både negative automatiske tanker og metakognitive antagelser er viktige faktorer for å kunne forklare hvordan angstsymptomer utvikles og opprettholdes. Det er allikevel vanskelig å trekke bastante slutninger basert på resultatene, da dette er en korrelasjonell tverrsnittsstudie. Det er derfor nødvendig med videre forskning og prospektive studier på temaet for å kunne si noe om kausalitet.

Innholdsfortegnelse

Forord	ii
Sammendrag	iii
Innholdsfortegnelse	iv
1 Innledning	1
1.1 Kognitiv teori for utvikling og opprettholdelse av angstsymptomer.....	2
1.2 Metakognitiv teori for utvikling og opprettholdelse av angstsymptomer.....	5
1.3 Hensikt ved studien og hypotese.....	9
2 Metode	9
2.1 Design.....	9
2.2 Utvalg.....	9
2.3 Instrumenter	10
2.3.1 Hopkins Symptom Checklist-25.....	10
2.3.2 Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative.....	10
2.3.3 Meta-Cognitions Questionnaire-30.....	11
2.4 Statistiske analyser.....	12
3 Resultater	12
3.1 Gjennomsnittsskåre, standardavvik og Cronbachs alpha for de ulike spørreskjemaene.....	12
3.2 Korrelasjoner mellom HSCL-25-angst, ATQ-30 og MCQ-30-faktorene.....	12
3.3 Regresjonsresultater.....	13
4 Diskusjon	14
4.1 Begrensninger ved studien.....	19
4.2 Kliniske implikasjoner.....	21
4.3 Oppsummering og forslag til videre studier.....	22

4.4 Konklusjon.....	22
5 Referanser.....	23
6 Tabeller.....	31
6.1 Tabell 1.....	31
6.2 Tabell 2.....	32
6.3 Tabell 3.....	33
6.4 Tabell 4.....	34
7 Appendiks.....	35
7.1. Appendiks A.....	35
7.2 Appendiks B.....	37
7.3. Appendiks C.....	39

1 Innledning

Angstlidelser er en av de mest utbredte psykiske lidelsene i verden (Knudsen & Mykletun, 2010). I den norske befolkningen vil rundt 25% oppleve å få en angstlidelse i løpet av livet, og cirka 15% i løpet av et år. Det estimeres at hver tiende person lider av en angstlidelse til enhver tid (Folkehelseinstituttet [FHI], 2013), og forskning på temaet er viktig for å kunne få kunnskap om hvordan man kan redusere samfunnskostnadene og omfanget av lidelsen. Angsttilstander kjennetegnes av en sterk, negativ emosjon og kroppslige symptomer som oppstår som en reaksjon på en forventet fare (Barlow, 2004). Angstsymptomer kan være både fysiske; som økt puls, svimmelhet og kvalme, kognitive; som overdreven bekymring og vansker med konsentrasjon, eller atferdsmessige; som unngåelse av situasjoner og tanker.

ICD-10 (World Health Organization [WHO], 1999) skiller mellom ulike angstlidelser, som alle har det til felles at angstfølelsen er overdreven eller irrasjonell. Man skiller mellom fobiske angstlidelser (spesifikke fobier, sosial fobi og agorafobi), generalisert angstlidelse (GAD), panikklidelse, obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) og tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning, som inkluderer blant annet posttraumatisk stresslidelse (PTSD). De mest utbredte angstlidelsene er sosial fobi og spesifikke fobier, mens tvangslidelse er minst vanlig (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg ser man at svært mange som får en angstlidelse også vil oppleve å få en depresjon, og at det er en nær sammenheng mellom de to lidelsene (Helsedirektoratet, 2015). Angstlidelser er mer utbredt hos kvinner enn hos menn (Bekker & van Mens-Verhulst, 2007; Kringlen, Torgersen, & Cramer, 2001; Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998). Forholdet mellom alder og angstsymptomer er ikke entydig, da studier har vist både redusert (Flint, 1994; Jorm, 2000), økende (Herrmann, 1997; Lawton, Kleban, & Dean, 1993), og stabilt nivå av angstsymptomer (Fuentes & Cox, 2000) ved økende alder.

Det finnes flere ulike teorier som forsøker å forklare utvikling og opprettholdelse av angst. Denne studien skal ta for seg kognitiv og metakognitiv teori, og undersøke i hvor stor grad enkelte komponenter ved de to teoriene kan predikere varians i angstsymptomer.

1.1 Kognitiv teori for utvikling og opprettholdelse av angstsymptomer

Det finnes flere kognitive teorier for angstlidelser. Beck (1967) var blant de første som la frem en teori der tankers innhold blir vektlagt i utvikling av psykisk lidelse. Hans skjemateori (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) antar at psykiske lidelser, som for eksempel angst, utvikles og opprettholdes av tre ulike komponenter: 1) kognitive skjema, 2) kognitive fordreininger og 3) negative automatiske tanker. Teorien antar videre at enhver psykisk lidelse har en unik kognitiv profil med spesifikke skjema, kognitive fordreininger og negative automatiske tanker. Dette kalles teorien om innholdsspesifisitet (Beck, Emery, & Greenberg, 1985).

Skjema refererer til en kognitiv struktur som har blitt utviklet på bakgrunn av opplevde hendelser, og inneholder stabile antagelser individet har om verden, fremtiden og seg selv. Skjemaene vil være unike for ethvert individ, og vil aktiveres i situasjoner som oppleves betydningsfulle for individet basert på de erfaringene det tidligere har gjort seg. Hos engstelige individer vil dette typisk være situasjoner som oppfattes truende. Når skjemaene aktiveres påvirker de måten vi prosesserer, oppfatter, tolker og lagrer informasjon. Slik påvirkning kalles kognitive fordreininger i prosesseringen av informasjon. Hos individer med en angstlidelse ser man disse fordreiningene i form av en selektiv oppmerksomhet rettet mot eventuelle farer, en tendens til å undervurdere egen evne til å håndtere situasjonen, samt et syn på fremtiden som potensielt katastrofal (Beck et al., 1985). På denne måten fordreies nøytrale situasjoner, noe som resulterer i at den psykiske lidelsen opprettholdes.

De dysfunksjonelle skjemaene utløser videre automatiske tanker (Beck, 1967). Dette refererer til den strømmen av både positive og negative tanker som oppleves av et individ, og

som ikke nødvendigvis følges av bevisst overveielse (Beck & Dozois, 2011). Automatiske tanker er korte og spesifikke. De fremkommer ikke som et resultat av logisk tenkning, men synes å oppstå nærmest som en refleks. Slike tanker vil derfor være vanskelige å resonnerer over og få til å forsvinne, ettersom de fremstår både fornuftige og sanne for individet det gjelder. Hos individer med angstlidelse vil automatiske tanker beskrives som negative, og antas å omfatte temaer som trusler, fare og uforutsigbarhet (Greenberg & Beck, 1989). Automatiske tanker antas å være selve produktene av informasjonsprosesseringen, og er relativt tilgjengelige for å kunne måles og undersøkes.

Som følge av oppfattet fare vil individer med angstlidelse ofte ty til unngåelsesatferd eller sikkerhetsatferd for å unngå faren, og denne typen atferd kan blant annet innebære tankeundertrykking og bekymring (Alloy & Riskind, 2006). Slik unngåelse forhindrer at individets antagelser om at det er i fare avkrefte, noe som resulterer i at angsten vedvarer.

Litteraturen viser betydelig støtte for flere aspekter ved Becks teori. Studier har blant annet funnet sammenheng mellom angstsymptomer og flere dysfunksjonelle skjemaer. Det kan også virke som at dysfunksjonelle skjemaer kan skille mellom ikke-kliniske kontrollgrupper og pasienter med angstlidelser (Hawke & Provencher, 2011). Studier peker også i retning av at individer med en angstlidelse innkoder og gjenkaller informasjon som er i samsvar med de underliggende, engstelige skjemaene (Friedman, Thayer, & Borkovec, 2000; Greenberg & Beck, 1989; MacLeod, Mathews, & Tata, 1986). Videre finner man at individer med angstlidelse viser en kognitiv fordreining i form av selektiv oppmerksomhet mot truende stimuli (Pergamin-Hight, Naim, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, & Bar-Haim, 2015), noe som kan være med på å forklare hvorfor de i større grad innkoder og gjenkaller skjema-kongruent informasjon. Noen funn peker også i retning av at visse kognitive variabler, som negative automatiske tanker, kan predikere varians i fremtidige angstsymptomer (Hjemdal, Stiles, & Wells, 2013). Flere studier viser en signifikant sterk korrelasjon ($r = ,56$ -

,79) mellom negative automatiske tanker (målt med ulike versjoner av Automatic Thoughts Questionnaire) og angstsymptomer (Calvete & Connor-Smith, 2005; Hollon & Kendall, 1980; Siegert, Walkey, & Taylor, 1992). Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative har vist seg å kunne skille kliniske fra ikke-kliniske grupper, der kliniske grupper er karakterisert av en høyere forekomst av negative automatiske tanker (Hollon & Kendall, 1980).

På samme tid viser andre studier resultater som ikke er i overensstemmelse med skjemateorien. Blant annet finner man blandede resultater for hypotesen om innholdsspesifisitet, og evidens for denne hypotesen virker å være mindre konsistent for angst enn for depresjon (Beck & Perkins, 2001). Dersom en spesifikk type kognitivt innhold var unikt for angstlidelsene, ville man forventet å finne en positiv korrelasjon mellom slikt kognitivt innhold og angstsymptomer, og en svakere korrelasjon med depresjonssymptomer. I sin metaanalyse fant Beck og Perkins (2001) derimot at kognisjoner forbundet med angst var relatert til angst- og depresjonssymptomer i like stor grad. Videre fant de at mål på engstelig og mål på depressivt kognitivt innhold korrelerte i stor grad, noe som kan indikere at de til en viss grad måler samme underliggende fenomen.

Kognitiv atferdsterapi tar sikte på å være teoridrevet og basert på empiri, og viser store effektstørrelser sammenlignet med kontrollgrupper for flere angstlidelser (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006). Metoden kan for noen angstlidelser regnes som “gullstandarden” for behandling (Epp & Dobson, 2010), men allikevel er det en vesentlig andel som ikke blir friske av behandlingen eller opplever å få tilbakefall (Durham, Chambers, Macdonald, Power, & Major, 2003). Dette kan ha flere årsaker, og kan blant annet indikere mangler ved teorien. Ved å anta at negative automatiske tanker ved angst er et resultat av aktiveringen av dysfunksjonelle skjema, har kognitiv teori fokusert på opprinnelsen til tankeinnholdet. Teorien har ikke tatt hensyn til prosessen ved negativ tenkning, og de mekanismene som fører til at dysfunksjonelle tanker oppleves som viktige. Negative automatiske tanker er ikke unikt

ved psykisk lidelse, da slike tanker også forekommer hos normalbefolkningen (Harrell & Ryon, 1983; Hollon & Kendall, 1980). Det som derimot kan gjøre disse tankene problematiske, er måten individet responderer på dem. Man kan se på dette som et manglende ledd i kognitiv teori, ettersom nettopp den måten man forholder seg til egne tanker kan være en hovedfaktor ved psykisk lidelse (Wells & Carter, 2002).

1.2 Metakognitiv teori for utvikling og opprettholdelse av angstsymptomer

En metakognitiv modell for psykisk lidelse ble utarbeidet for å forklare hvordan uhensiktsmessige tankeprosesser, i tillegg til et overdrevet fokus på en selv og mulige trusler i omverdenen fører til utviklingen og opprettholdelsen av psykiske lidelser (Fisher & Wells, 2009; Wells, 2011). Den metakognitive teorien antar at det er tankeprosesser og kontrollen over disse, fremfor innholdet i tankene, som er sentrale for utviklingen av psykiske lidelser (Wells, 2011; Wells & Matthews, 1994). Teorien ble i utgangspunktet utviklet for å forklare generalisert angstlidelse, men har senere blitt utvidet til en mer generell forklaringsmodell for psykisk lidelse (Wells, 1995).

Metakognisjon er sentralt i denne teorien. Det referer til kunnskap om egne kognitive prosesser, og er dermed den delen av kognisjonen som overvåker og kontrollerer tankeprosessene (Fisher & Wells, 2009; Flavell, 1979). På den måten bestemmer metakognisjoner hva vi legger merke til i omgivelsene våre, hvilke tanker som blir tillagt vekt og hvordan vi tenker om oss selv.

I den metakognitive forståelsesmodellen for angstlidelser regnes bekymring som et sentralt aspekt (Wells, 1995, 2011), og defineres som negative tankerekker som vanligvis er verbale, ladet med negativ affekt og oppleves ukontrollerbare (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Bekymringen anses som det kognitive elementet i en angstopplevelse (Morris, Davis, & Hutchings, 1981), og er vanligvis ment som et forsøk på problemløsning.

Grunnmodellen som benyttes i den metakognitive teorien om psykisk lidelse kalles S-REF (Self-Regulatory Executive Function model) (Wells, 2011; Wells & Matthews, 1994). Denne modellen beskriver informasjonsprosessering og hvordan tankeprosesser kan bidra til å opprettholde ulike psykiske lidelser. I følge S-REF-modellen er psykologisk forstyrrelse tilknyttet et kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS). KOS kjennetegnes ved (1) overdreven selvbevissthet, (2) tankeprosessering preget av bekymring og grubling, (3) økt fokus på mulige trusler, og (4) dysfunksjonelle mestringsstrategier (Fergus, Bardeen, & Orcutt, 2012; Wells & Matthews, 1994).

Man tenker seg at det kognitive oppmerksomhetssyndromet utvikles og igangsettes på grunn av positive metakognitive antagelser, som aktiveres som følge av påtrengende triggertanker. De positive metakognitive antagelsene dreier seg om fordelene ved å benytte seg av dysfunksjonelle mestringsstrategier som bekymring, grubling, trusselmonitorering og kontroll av tankene (Fisher & Wells, 2009). Individene med angstlidelse antar at bekymring vil ha en nyttig funksjon, fordi de tror de vil være mer forberedt på en eventuell fare dersom de på forhånd har forutsett hva som kan skje. I tillegg vektlegger de nødvendigheten av å planlegge hvordan man skal kunne mestre denne situasjonen dersom den oppstår (Wells & Carter, 2002). Disse antagelsene kan resultere i overdreven bruk av bekymring som mestringsstrategi. Hvis bekymringen etter hvert tar så mye tid og krefter at individet begynner å oppleve det som et problem, kan resultatet være at man begynner å “bekymre seg for bekymring”. På den måten kan det utvikles negative antagelser om bekymringsprosessen, slik at normal bekymring endres til en patologisk variant (Cartwright-Hatton & Wells, 1997).

Disse negative vurderingene omtales som negative metakognitive antagelser, og er et annet sentralt begrep i metakognitiv teori. De negative metakognitive antagelsene dreier seg om at individet anser enkelte tanker som farlige og uforholdsmessig viktige, i tillegg til manglende tro på at man klarer å kontrollere dem (Wells, 2011). Metakognitive antagelser om

at bekymringsprosessen er ukontrollerbar bidrar til å opprettholde KOS fordi de fører til lite virksomme forsøk på selvregulering, som blant annet forsøk på kontrollere bekymringstankene ved å unngå eller undertrykke disse (Wells & Carter, 2002). Dette har en lite ønskelig effekt, ettersom det fører til kortvarig økning i påtrengende tanker og forsterker antagelsen om at negative tanker er viktige (Becker, Rinck, Roth, & Margraf, 1998). Det er i tillegg antagelser om at tankene er farlige som fører til at angstsymptomer bli intensivert. Angstsymptomer kan bli tolket som et tegn på at katastrofe er nært forestående, for eksempel i form av mentalt sammenbrudd. Ved slike omstendigheter kan angsten øke fort og føre til panikkanfall (Wells & Carter, 2002). En annen negativ konsekvens av de negative metakognitive antagelsene, er at de gjør at man ikke prøver å frigjøre seg fra de mentale prosessene som faktisk kan bli kontrollert (Fisher & Wells, 2009).

KOS kjennetegnes også ved en form for selektiv oppmerksomhet, der personen er spesielt oppmerksom på trusselrelatert stimuli. Dette kalles trusselovervåkning og bidrar til å styrke antagelsen om at man er i fare. Trusselovervåkningen forsterker angstsymptomene fordi det øker personens følelse av å være i fare, noe som igjen vil øke den emosjonelle aktiveringen. Samtidig vil forsøkene på å unngå ubehagelige situasjoner forhindre personen fra å erfare at de kan håndtere situasjonen, og at følelsene de opplever ikke er farlige i seg selv. Tankeprosesseringen og mestringsstrategiene som benyttes hos en person med angst, forstyrrer den kognitive tilpasningen som er nødvendig for å kunne vende tilbake til normal fungering (Wells, 2011). Resultatet er at KOS låser personen i en vedvarende emosjonell aktivering. Dette fører til en ubalansert selvregulering og gir en følelse av hjelpeløshet og manglende kontroll over egne tanker og følelser.

Flere studier støtter S-REF-modellen som en grunnmodell for psykiske lidelser, og som en forklaring på hvordan KOS bidrar til at lidelsene utvikles og opprettholdes. Blant annet fant Papageorgiou og Wells (2001) en sammenheng mellom positive metakognitive

antagelser og igangsettelse av KOS. De fant at individer med positive antagelser har lett for å aktivere grubling som en strategi for å regulere humøret når de opplever å være i et nedstemt humør. Roussis og Wells (2006) fant i sin studie at individer som brukte bekymring og straff som strategier for å kontrollere tankene hadde flere symptomer på stress enn kontrollgruppen. Hazlett-Stevens og Borkovec (2001) fant i en studie av studenter med talefobi, at gruppen som fikk i oppgave å bekymre seg rapporterte mer subjektiv angst enn en gruppe som fikk ta del i muskelavslapning etter å ha tatt del i in vivo eksponering. Mellings og Alden (2000) fant i en studie med sosialt engstelige deltagere, at utstrakt bruk av grubling etter en hendelse førte til at man i ettertid husket mer negativ selvrelatert informasjon.

I tillegg har man funnet at metakognitive antagelser har vist seg å være positivt assosiert med en rekke ulike angstsymptomer, som blant annet symptomer på OCD (Solem, Håland, Vogel, Hansen, & Wells, 2009), patologisk bekymring (Wells, 1995), angst for tester (Matthews, Hillyard, & Campbell, 1999), symptomer på PTSD (Roussis & Wells, 2006) og generalisert angstlidelse (Wells & Carter, 2002). I en prospektiv studie fant Hjemdal et al. (2013) at metakognitive antagelser (målt med Meta-Cognitions Questionnaire-30) var en positiv prediktor for fremtidige angstsymptomer. Selv om alle MCQ-30-faktorene er funnet å korrelere med angst, er det den faktoren som omhandler negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare (MCQ2) som korrelerer sterkest med tilbøyelighet for angst (Cartwright-Hatton & Wells, 1997; Spada, Mohiyeddini, & Wells, 2008).

Selv om forskningen på metakognitiv teori virker lovende, er det på dette tidspunkt for lite empirisk grunnlag til å trekke for bastante slutninger om årsakssammenheng. Kun et fåtall studier har undersøkt kausaliteten mellom metakognisjoner og angstlidelser. Selv om disse studiene finner at metakognisjoner kan predikere varians i fremtidige angstsymptomer, trengs det flere studier før man kan trekke konklusjoner. Fremdeles er det slik at hovedvekten av empirien som støtter teorien kommer fra korrelasjonelle tverrsnittsstudier som ikke muliggjør

kausale slutninger. Derfor er det nødvendig med flere prospektive studier av teorien for å finne ut om metakognisjoner er en sårbarhetsfaktor for utviklingen av psykiske lidelser, slik det hevdes i den metakognitive teorien (Yılmaz, Gençöz, & Wells, 2011).

1.3 Hensikt ved studien og hypotese

Kognitiv og metakognitiv teori vektlegger ulike faktorer i utviklingen og opprettholdelsen av angstlidelser. Mens kognitiv teori antar at skjemaer og negative automatiske tanker er sentrale, antar metakognitiv teori at det er tankeprosesser og kontrollen over disse som er årsaken til utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser. Få studier har sammenlignet disse teoriene direkte opp mot hverandre. Hensikten med oppgaven er å undersøke i hvilken grad henholdsvis negative automatiske tanker og metakognitive antagelser kan predikere varians i angstsymptomer i et ikke-klinisk utvalg.

På bakgrunn av empirien som er gjengitt i innledningen undersøkes følgende hypotese:

Metakognitive antagelser (målt med Meta-Cognitions Questionnaire-30) vil predikere varians i angstsymptomer (målt med Hopkins Symptom Checklist-25-angst), i større grad enn det negative automatiske tanker (målt med Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative) vil.

2 Metode

2.1 Design

Studien er en korrelasjonell tverrsnittstudie.

2.2 Utvalg

Totalt fylte 186 studenter ut de ulike spørreskjemaene. Seks personer ble ekskludert grunnet mangelfull utfylling. Gjennomsnittsalderen i utvalget var 22,18 år ($SD = 3,12$), og utvalget bestod av 149 (80%) kvinner og 37 (20%) menn. Rekrutteringen av forsøkspersoner ble gjort i forelesninger ved Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet (NTNU).

Studentene ble bedt om å fylle ut et batteri av spørreskjema med penn og papir i forelesningssalen. Deltagerne hadde, gjennom sin deltagelse, mulighet til å vinne et reisegavekort på 3000kr.

2.3 Instrumenter

2.3.1 Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25): HSCL-25 er en kortversjon av Symptom Checklist (SCL-90; Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1973). HSCL-25 er et selvutfyllingsskjema bestående av 25 ledd, og er et screening-instrument for å oppdage symptomer på angst og depresjon (Derogatis, Lipman, Rickels, Uhlenhuth, & Covi, 1974). Skjemaet består av to faktorer; ledd 1-10 måler angstsymptomer, mens ledd 11-25 måler depresjonssymptomer. I denne studien benyttes kun angstfaktoren i HSCL-25 (HSCL-25-angst). Eksempler på ledd er "Nervøs eller urolig" og "Hjertebank". Respondentene indikerer på en Likertskala fra 1-4 (1= "ikke i det hele tatt", og 4= "svært mye") hvor ofte de har opplevd de ulike symptomene på listen i løpet av den siste måneden. Totalskåren regnes ut ved å summere opp skårene på de ulike leddene og deretter dele på antall ledd. Høyere skåre indikerer sterkere grad av symptomer. Instrumentets reliabilitet og validitet er veldokumentert (Derogatis et al., 1974; Lavik, Hauff, Solberg, & Laake, 1999; Mouanoutoua & Brown, 1995). Instrumentet har utvist god spesifisitet og sensitivitet (Mollica, Wyschak, De Marnefe, Khuon, & Lavelle, 1987). Instrumentet har også utvist gode psykometriske egenskaper i flere norske utvalg (Moum, 1998; Sandanger, Nygård, Ingebrigtsen, Sørensen, & Dalgard, 1999).

2.3.2 Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative (ATQ-30-N): ATQ-30-N (Hollon & Kendall, 1980) er et selvutfyllingsskjema bestående av 30 ledd som måler negative automatiske tanker. Eksempler på ledd på ATQ-30-N er "jeg er en taper" eller "jeg hater meg selv". Individet indikerer på en skala fra 1-5 (1 = "ikke i det hele tatt", og 5 = "hele tiden") hvor ofte tanken forekom den foregående uken. Skårene varierer fra 30 til 150, hvor en høy

skåre vil indikere hyppigere forekomst av negative automatiske tanker. Ulike studier har funnet alt fra en til fem faktorer innad i ATQ-30-N (Chioqueta & Stiles, 2006; Deardorff, Hopkins, & Finch, 1984; Hollon & Kendall, 1980; Joseph, 1994; Sahin & Sahin, 1992). I denne oppgaven brukes to faktorer kalt; "Negativt selvkonsept og personlig mistilpasning" og "Ønsker om endring og negative forventninger" (Chioqueta & Stiles, 2006). ATQ-30-N har vist seg å ha god reliabilitet med en split-half mellom ,83-,97 (Chioqueta & Stiles, 2004; Hollon & Kendall, 1980) og Cronbachs alpha mellom ,94-,96 (Dobson & Breiter, 1983; Kazdin, 1990). Man har også funnet god validitet for både den engelske (Harrell & Ryon, 1983; Hill, Oei, & Hill, 1989) og den norske versjonen (Chioqueta & Stiles, 2004, 2006).

2.3.3 Meta-Cognitions Questionnaire-30 (MCQ-30): MCQ-30 er et

selvutfyllingsskjema med 30 ledd (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Skjemaet er ment å måle metakognitive antagelser som blir ansett som sentrale i den metakognitive modellen for psykiske lidelser. De ulike leddene besvares på en fire-punkts Likertskala fra 1-4 (1 = "ikke enig" og 4 = "helt enig"). En høyere skåre indikerer større enighet med de dysfunksjonelle metakognitive antagelsene. Ved hjelp av faktoranalyser fant man at spørreskjemaet måler fem ulike faktorer (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) som har blitt kalt: "Positive antagelser om bekymring" (MCQ1), "Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare" (MCQ2), "Lav kognitiv tillit" (MCQ3), "Behov for tankekontroll" (MCQ4) og "Kognitiv selvbevissthet" (MCQ5). Eksempler på ledd: "Jeg bekymrer meg så mye at jeg kan bli syk av det", "Jeg må kontrollere tankene mine hele tiden" og "Bekymringene gjør det lettere å løse problemer" (Wells, 2011). Skjemaet har utvist god reliabilitet med en Cronbachs alpha mellom ,85-,93 for totalskårene og god test-retest reliabilitet på ,94, samt tilfredsstillende konvergerende- og begrepsvaliditet (Spada et al., 2008; Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Skjemaet har også utvist gode psykometriske egenskaper i norske utvalg (Hjemdal et al., 2013; Solem, Thunes, Hjemdal, Hagen & Wells, 2015).

2.4 Statistiske analyser

Alle analyser ble foretatt ved bruk av SPSS 21.0. For å undersøke ulike karakteristika ved utvalget ble deskriptiv statistikk benyttet. En bivariat korrelasjonsanalyse ble gjennomført for å undersøke hvordan angstsymptomer, målt ved HSCL-25-angst, korrelerte med øvrige mål i undersøkelsen. I neste omgang ble det foretatt to multiple lineære hierarkiske regresjonsanalyser med angstsymptomer (målt ved HSCL-25-angst) som avhengig variabel, for å undersøke hvilke faktorer som i størst grad kan predikere varians i angstsymptomer.

3 Resultater

3.1 Gjennomsnittsskåre, standardavvik og Cronbachs alpha for de ulike spørreskjemaene

Gjennomsnittsskåre, standardavvik og den interne reliabiliteten for spørreskjemaene som ble anvendt i studien, og deres faktorer, er vist i tabell 1. Alle faktorene har en høy Cronbachs alpha, unntatt MCQ4, som har en Cronbachs alpha på ,64. MCQ4 ble likevel beholdt i videre analyser. På bakgrunn av korrelasjonsanalysene ble ATQ-30-N faktorene 1 og 2 slått sammen til én faktor i de videre regresjonsanalysene, da disse korrelerte så sterkt med hverandre ($r = ,90, p < ,001$) at det ville være fare for multikolaritet.

Tabell 1 her

3.2 Korrelasjoner mellom HSCL-25-angst, ATQ-30-N og MCQ-30-faktorene

For å undersøke sammenhengen mellom HSCL-25-angst og de andre variablene ble det gjennomført en bivariat korrelasjonsanalyse. Resultatene viser en positiv signifikant og sterk korrelasjon mellom HSCL-25-angst og ATQ-30-N ($r = ,67, p < ,001$), og mellom HSCL-25-angst og ”Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare”

(MCQ2) ($r = ,58, p < ,001$). En svak og signifikant korrelasjon ble funnet mellom HSCL-25-angst og ”Lav kognitiv tillit” (MCQ3) ($r = ,29, p < ,001$), ”Behov for tankekontroll” (MCQ4) ($r = ,24, p = ,001$) og ”Kognitiv selvbevissthet” (MCQ5) ($r = ,19, p = ,009$) (jfr. Tabell 2).

Tabell 2 her

3.3 Regresjonsresultater

To multiple lineære hierarkiske regresjonsanalyser ble gjennomført for å undersøke hvor stor del av variansen i angstsymptomer de ulike faktorene kunne predikere etter at det ble kontrollert for kjønn og alder. HSCL-25-angst inngikk som avhengig variabel. I begge regresjonsanalysene ble altså de demografiske variablene kjønn og alder undersøkt i steg 1 og 2. Kjønn fremgikk som signifikant prediktor, og viste seg å predikere 5% av variansen i angstsymptomer ($\beta = -,21, p = ,004$). Resultatene viser at det var signifikant mer angstsymptomer hos kvinner sammenlignet med menn i dette utvalget. Alder fremgikk ikke som signifikant prediktor for angstsymptomer ($\beta = ,03, p = ,70$). I den første regresjonsanalysen (jfr. Tabell 3) ble ATQ-30-N undersøkt i tredje steg og viste seg fremgå som en signifikant prediktor som kunne predikere 43% av variansen i angstsymptomer ($\beta = ,66, p < ,001$). MCQ1, MCQ2, MCQ3, MCQ4, og MCQ5 ble undersøkt i fjerde steg og viste seg samlet å fremstå som en signifikant prediktor som kunne predikere 5% av variansen i angstsymptomer ($p = ,005$). Blant MCQ-30-faktorene var det kun MCQ2 som signifikant bidrar til å predikere unik varians i angstsymptomer ($\beta = ,24, p = ,001$)(jfr. Tabell 3).

Tabell 3 her

En ny multipl lineær hierarkisk regresjonsanalyse ble gjennomført for å undersøke om negative automatiske tanker kunne predikere varians i angstsymptomer utover det som

som var forklart av metakognitive faktorer (jfr. Tabell 4). Her ble steg tre og fire reversert i forhold til den forrige regresjonsanalysen beskrevet ovenfor (jfr. Tabell 3). HSCL-25-angst inngikk også her som avhengig variabel. MCQ-30-faktorene ble undersøkt i tredje steg og fremgikk samlet som en signifikant prediktor som kunne predikere 33% av variansen i angstsymptomer ($p < ,001$). Blant MCQ-30-faktorene fremgikk både MCQ2 ($\beta = ,50, p < ,001$) og MCQ3 ($\beta = ,18, p = ,004$) som signifikante faktorer som kan bidra til å predikere unik varians i angstsymptomer. ATQ-30-N ble undersøkt i fjerde steg og fremgikk som en signifikant prediktor som kunne predikere 15% av variansen i angstsymptomer ($\beta = ,50, p < ,001$)(jfr. Tabell 4).

Tabell 4 her

4 Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke om negative automatiske tanker, målt med ATQ-30-N, eller metakognitive antagelser, målt med MCQ-30, i størst grad kunne predikere varians i angstsymptomer målt med HSCL-25-angst i et ikke-klinisk utvalg. Det ble antatt at metakognitive antagelser ville predikere varians i angstsymptomer i større grad enn hva de negative automatiske tankene ville gjøre.

Resultatene viser en signifikant korrelasjon mellom angstsymptomer og ATQ-30-N, og mellom angstsymptomer og flere av faktorene i MCQ-30. Korrelasjonen mellom angstsymptomer og ATQ-30-N var noe sterkere enn mellom angstsymptomer og de ulike MCQ-30-faktorene. Av de metakognitive faktorene, fant man sterkest korrelasjon mellom angstsymptomer og “Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare” (MCQ2). Det var også en signifikant korrelasjon mellom angstsymptomer og “Lav kognitiv tillitt” (MCQ3), ”Behov for tankekontroll” (MCQ4) og “Kognitiv selvbevissthet” (MCQ5).

Man fant ingen signifikant korrelasjon mellom angstsymptomer og “Positive antagelser om bekymring” (MCQ1).

Resultatene man fikk etter to multiple hierarkiske regresjonsanalyser viser også at negative automatiske tanker predikerte angstsymptomer i større grad enn det metakognitive antagelser gjorde. Videre fant man at metakognitive antagelser predikerte en viss andel av variansen i angstsymptomer utover det negative automatiske tanker kunne predikere. Når det ble kontrollert for negative automatiske tanker var det kun MCQ2 ”Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare” som signifikant kunne bidra til å predikere unik varians i angstsymptomer. Funnene tyder på at negative automatiske tanker predikerer varians i angstsymptomer i størst grad, samtidig som enkelte av de metakognitive antagelsene predikerer noe unikt utover dette. Funnene fra denne studien er altså ikke i tråd med hypotesen, men støtter likevel teorien om at metakognitive antagelser er viktige når det gjelder å kunne predikere varians i angstsymptomer.

På bakgrunn av tidligere forskning ville man forventet at MCQ-30 hadde predikert angstsymptomer i større grad enn ATQ-30-N. Blant annet har Hjemdal et al. (2013) tidligere funnet at MCQ-30 fremgår som en bedre prediktor for angstsymptomer enn det ATQ-30-N gjør. I gjeldende studie finner man, i tråd med dette, at MCQ-30 har en vesentlig forklaringsverdi for angstsymptomer når det ikke kontrolleres for negative automatiske tanker. Dette indikerer at metakognitive antagelser kan predikere varians i angstsymptomer. Når det derimot kontrolleres for negative automatiske tanker, synker forklaringsverdien til MCQ-30 betraktelig, og predikerer kun en liten andel av variansen i angstsymptomer utover det negative automatiske tanker predikerer. Dette kan indikere at enkelte av faktorene innad i ATQ-30-N og MCQ-30 til en viss grad måler det samme, noe som også understøttes av de sterke korrelasjonene mellom ATQ-30-N og MCQ-30-faktorene MCQ2, MCQ3 og MCQ4 i denne studien. ATQ-30-N måler negative automatiske tanker relatert til psykopatologi, og kan

derfor antas å måle dysfunksjonelle tankestiler som bekymring, til en viss grad. Samtlige ledd i ATQ-30-N består av en negativ automatisk tanke som kan utgjøre en kilde til bekymring. Derfor kan man argumentere for at ATQ-30-N måler tanker som indirekte kan være knyttet til bekymringer. MCQ-30 er til en viss grad ment å måle bekymringer, og det er derfor ikke overraskende at enkelte av faktorene i de to skjemaene korrelerer. I kognitiv teori er negative automatiske tanker sentrale da de anses som triggere for den videre angstresponsen. I metakognitiv teori er også triggertanker sentrale, da disse tankene kan fungere som igangsettere av den videre bekymringsprosessen. I denne studien er skåren for forekomst av negative automatiske tanker nokså lav, noe som kan indikere at triggertankene som igangsetter denne bekymringsprosessen ikke er tilstede i tilstrekkelig grad for at bekymringsprosessen skal oppstå. Dette kan være medvirkende årsak til hvorfor MCQ-30 predikerer så liten del av variansen i angstsymptomer når negative automatiske tanker er kontrollert for, i og med at man da har kontrollert for de problematiske tankene som er nødvendige for igangsettelse av bekymringsprosessen.

I denne studien fremgikk det en sterk korrelasjon mellom negative automatiske tanker og angstsymptomer. Dette er i tråd med tidligere forskning, som også har funnet en sterk korrelasjon mellom negative automatiske tanker og angstsymptomer (Calvete & Connor-Smith, 2005; Hollon & Kendall, 1980; Siegert et al., 1992). Resultatene fra regresjonsanalysene viser også at det var negative automatiske tanker som predikerte størst andel av variansen i angstsymptomer. Selv når det ble kontrollert for metakognitive faktorer, viste ATQ-30-N seg å kunne predikere ytterligere 15% av variansen i angstsymptomer. Det indikerer at innholdet i tanker har en vesentlig forklaringsverdi når det gjelder å kunne predikere varians i angstsymptomer. Dette er i tråd med kognitiv teori, som antar at negative automatiske tanker har betydning for utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser.

Det at ATQ-30-N korrelerer med og predikerer angstsymptomer i stor grad, er ikke fullstendig i tråd med tidligere forskning. Tidligere tverrsnittstudier har nemlig indikert at ATQ-30-N korrelerer i større grad med depressive symptomer enn med angstrelaterte symptomer (Siegert et al., 1992), og prospektive studier har pekt på at ATQ-30-N predikerer fremtidige nivåer av depresjonssymptomer, ikke angstsymptomer (Hjemdal et al., 2013). Tidligere forskning viser at ATQ-30-N korrelerer sterkt med depresjonssymptomer, og at det i utgangspunktet ble utformet som et skjema for å måle negative automatiske tanker assosiert med depresjon (Hollon & Kendall, 1980). Den sterke korrelasjonen mellom ATQ-30-N og angstsymptomer i denne studien, er dermed ikke i samsvar med Becks hypotese om innholdsspesifisitet, som er et viktig element i kognitiv teori. Innholdet i negative automatiske tanker ved angstlidelser skal i følge litteraturen være rettet mot overvurdering av trusler, fare og uforutsigbarhet, samt en undervurdering av egen evne til å takle situasjonen (Greenberg & Beck, 1989). I denne studien antydes det derimot at innholdet i negative automatiske tanker assosiert med angst også er rettet mot temaer assosiert med depresjon, som tidligere faktoranalyser har funnet i ATQ-30-N; negativt selvkonsept, mistilpasning, et ønske om endring og negative forventninger (Chioqueta & Stiles, 2006). Dette funnet kan indikere lav spesifisitet ved ATQ-30-N som måleinstrument, men kan også være resultat av den nære sammenhengen mellom angst og affektive lidelser. Flere av leddene i ATQ-30-N, som for eksempel “Fremtiden ser mørk ut” og “Jeg føler meg hjelpeløs”, er ledd man kan anse det som naturlig at individer med høye nivåer av angstsymptomer også vil kunne skåre høyt på. Det er fordi slike ledd kan gjenspeile det fremtidsrettede fokuset til individer med angst og tendensen deres til å undervurdere egen evne til å takle situasjoner.

I denne studien er det funnet variasjon i hvilken grad de ulike faktorene i MCQ-30 korrelerer med angstsymptomer, og i hvor stor grad de kan predikere unik varians i angstsymptomer. Denne studien vil se nærmere på resultatene knyttet til MCQ1, MCQ2 og

MCQ4, da funnene knyttet til disse faktorene kan være med på å forklare hvorfor MCQ-30-faktorene i varierende grad synes å korrelere med og predikere unik varians i angstsymptomer.

Det at “Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare” (MCQ2) i gjeldende studie signifikant kan predikere unik varians i angstsymptomer, er i tråd med tidligere forskning, som også viser at disse negative metakognitive antagelsene predikerer angstsymptomer (Spada et al., 2008; Yılmaz et al., 2011). Blant MCQ-30-faktorene i gjeldende studie ble det også funnet sterkest korrelasjon mellom MCQ2 og angstsymptomer, noe som også gjenspeiles i tidligere forskning (Davis & Valentiner, 2000; Yılmaz et al., 2011). Samlet sett tyder dette på at negative metakognitive antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare er sentralt med tanke på utvikling og opprettholdelse av angstsymptomer.

MCQ-30-faktoren “Positive antagelser om bekymring” (MCQ1) korrelerte i svært liten grad med angstsymptomer, noe som er i tråd med tidligere forskning (Davis & Valentiner, 2000; Yılmaz et al., 2011). MCQ1 fremgikk heller ikke som signifikant prediktor for unik varians i angstsymptomer. Dette stemmer også overens med forskningen som beskriver hvordan de positive antagelsene igangsetter bekymringsprosessen. Det å ha slike antagelser er imidlertid svært vanlig, og det å bekymre seg trenger ikke nødvendigvis å oppfattes som et problem. Forskningen viser at man først vil anse det å bekymre seg som et problem dersom man også utvikler negative antagelser omkring denne prosessen. Det er disse antagelsene som fører til intensivering av angstsymptomer, i tillegg til forlengelse og generalisering av angstopplevelsen (Wells & Carter, 2002).

I denne studien ble det funnet en svak korrelasjon mellom angstsymptomer og MCQ-30-faktoren “Behov for tankekontroll” (MCQ4). Solem et al. (2015) fant i sin studie en sterk korrelasjon mellom denne faktoren og symptomer på GAD og OCD, målt med henholdsvis

GAD-7 og OCI-R. Det kan ha hatt betydning for resultatet at de målene MCQ-30 ble sammenlignet med i deres studie, var mål på GAD og OCD fremfor et renere angstmål som ble brukt i gjeldende studie. I gjeldende studie fant man også, i tillegg til svak korrelasjon, at MCQ4 ikke predikerer unik varians i angstsymptomer. Dette er i tråd med studiet til Spada et al. (2008) som også fant at "Behov for tankekontroll" (MCQ4) ikke predikerer angst, men til en viss grad kan predikere depresjon. Der ble det foreslått at årsaken til resultatet kan være at det i et tilfeldig utvalg vil være stor sannsynlighet for at kun et fåtall av deltagerne har psykiske lidelser assosiert med behov for kontroll (som for eksempel GAD, PTSD og OCD). Dette kan indikere at MCQ-30 ikke egner seg for å predikere varians i generelle angstsymptomer, ettersom enkelte av faktorene ser på antagelser som synes å være spesifikke for enkelte av angstlidelsene. Det kan indikere at man burde benytte andre faktorer for å få utarbeidet et skjema som måler metakognitive antagelser som i større grad er knyttet til den generelle tendensen til å bekymre seg. Den noe lave begrepsvaliditeten man fant ved MCQ4 i gjeldende studie kan indikere at leddene som brukes til å måle denne faktoren ikke måler det underliggende fenomenet man ønsker å måle. Dette kan indikere at man burde utforme andre ledd for å måle behov for tankekontroll.

4. 1 Begrensninger ved studien

Flere begrensninger ved studien bør trekkes frem, og resultatene må tolkes med varsomhet. Dette er en tverrsnittstudie, og av den grunn er det i oppgaven snakk om en statistisk prediksjon. Derfor kan forholdet mellom variablene teoretisk sett ha motsatt retning, men antagelsen om prediksjonsretning i oppgaven bygger likevel på kognitiv og metakognitiv teori. Studien kan gi informasjon om potensielle sårbarhetsfaktorer for utviklingen av angst, men kan ikke utelukke at negative automatiske tanker og dysfunksjonelle metakognitive antagelser er konsekvenser av lidelsen heller enn predisponerende sårbarhetsfaktorer. Det er derfor behov for flere prospektive studier for å kunne trekke kausale slutninger.

I studien er det benyttet et bekvemmelighetsutvalg, noe som gjør det vanskelig å vite om utvalget er representativt. Tilgjengelig informasjon om utvalget er begrenset, og man har ikke kontrollert for om noen av deltagerne lider av angst eller andre psykiske lidelser. Siden deltagerne utgjør et ikke-klinisk utvalg, bør funnene følgelig replikeres i kliniske utvalg. Et ikke-klinisk utvalg vil antagelig ha lavere verdier og mindre variabilitet enn man ville forventet i kliniske utvalg, og resultatene kan følgelig være påvirket av dette.

Man kan trekke frem flere begrensninger ved utvalget i studien. Deltagerne hadde lav spredning i alder, noe som gjør det vanskelig å generalisere funnene til andre aldersgrupper. Utvalget bestod av 80% kvinner og kun 20% menn, og man bør strebe etter et mer balansert utvalg. Siden angstsymptomer er betydelig mer utbredt hos kvinner enn hos menn, kan det ha ført til at de rapporterte angstsymptomene er høyere enn det man ville forventet i et utvalg med jevnere kjønnsfordeling.

Et annet aspekt som bør påpekes, er den nære sammenhengen mellom angst og affektive lidelser. Denne sammenhengen kan utgjøre en konfunderende variabel som kan ha påvirket resultatene. Dette ser man blant annet på den nære sammenhengen mellom negative automatiske tanker målt med ATQ-30-N og angstsymptomer i denne studien. Videre er HSCL-25-angst som mål på angstsymptomer rettet mot de fysiologiske og emosjonelle aspektene ved angst, og måler ikke de kognitive aspektene. Dette indikerer behov for en multivariat tilnærming med flere mål, for å undersøke andre angstsymptomer og kognitivt innhold enn det som måles ved HSCL-25-angst, ATQ-30-N og MCQ-30.

Resultatene kan også være påvirket av begrensninger ved spørreskjemaene. Den lave Cronbachs alpha ved "Behov for tankekontroll" (MCQ4), indikerer manglende begrepsvaliditet ved denne faktoren. ATQ-30-N fremgår også som et lite spesifikt mål i denne studien, da det predikerer varians i angstsymptomer på tross av at det ble utviklet som et mål på depresjonssymptomer.

En annen begrensning ved studien er at den er basert på selvutfyllingsskjemaer. Svarene kan dermed være preget av sosial ønskelighet, i tillegg til individenes situasjon og sinnsstemning på tidspunktet for utfylling. Dette kan ha bidratt til å svekke resultatenes validitet.

4.2 Kliniske implikasjoner

Et viktig utbytte ved denne type forskning er at man kan få muligheten til å få en bedre forståelse av dagens forklaringsmodeller for psykiske lidelser. Resultatene fra denne studien indikerer at både tankeinnhold, som negative automatiske tanker, og tankeprosesser, som metakognitive antagelser, synes å være viktig i forståelsen av angstsymptomer. Det gjenspeiler seg i tidligere forskning, som viser at både MCT og CBT er virksomme metoder ved behandling av angstlidelser. Kunnskap fra studier som dette kan videre brukes til å forbedre dagens behandlingsmodeller.

Resultatene peker altså i retning av at negative automatiske tanker er sentralt ved angstsymptomer, noe som indikerer at dette bør være et viktig aspekt ved fremtidens forklaringsmodeller for angstlidelser. Resultatene kan videre indikere at fremtidens forklaringsmodeller for angstlidelser bør inkludere andre underliggende skjemaer, i tillegg til de man allerede antar er sentrale ved angstlidelser. I denne studien finner man at skåren på ATQ-30-N både korrelerer med og predikerer varians i angstsymptomer. Dette kan indikere at det å inkludere de underliggende faktorene som måles ved ATQ-30-N (negativt selvkonsept, mistilpasning, et ønske om endring og negative forventninger), ikke bare er nyttig for forståelsen av stemningslidelser, men også for forståelsen av angstlidelser.

Blant de metakognitive antagelsene viser resultatene fra denne studien at det er antagelsene om at bekymringsprosessen er ukontrollerbar, og at det er farlig å bekymre seg, som i størst grad fører til at bekymringen blir ansett på som et problem. Dette indikerer at det er viktig å inkludere slike antagelser i fremtidens forståelsesmodeller for angstlidelser.

Funnene fra regresjonsanalysene viser at både kognitive og metakognitive faktorer predikerer noe av variansen i angstsymptomer, og dette kan indikere at ingen av de to forklaringsmodellene er fullstendige i seg selv.

4.3 Oppsummering og forslag til videre studier

Utforskning av relasjonen mellom potensielt relaterte begreper og konstrukter innenfor kognitiv og metakognitiv teori er viktig for en bedre forståelse av likheter og forskjeller mellom de to tilnærmingene. I tillegg kan det være nyttig for videre utvikling av kliniske teorier, modeller og behandlingstilnærminger. Til tross for begrensninger gir studien støtte til både den kognitive og den metakognitive modellen for angstlidelser. Studien antyder at både innholdet i negative automatiske tanker og selve bekymringsprosessen er knyttet til utvikling og opprettholdelse av angstlidelser. Kunnskap om kognitive og metakognitive predisponerende og opprettholdende faktorer er viktig for klinikerer når det gjelder å tilpasse behandling, og å forstå stagnasjon og tilbakefall etter behandling. Studien peker på at metakognitive antagelser, særlig de som går ut på at tanker er ukontrollerbare og farlige, bør være sentrale i videre forskning på sårbarhetsfaktorer for utviklingen av angstlidelser. Videre studier bør også ta i bruk mer angstspesifikke spørreskjemaer enn HSCL-25, da dette inneholder faktorer som er ment å måle både angst og depresjon.

4.4 Konklusjon

Basert på resultatene i denne studien kan det ikke trekkes noen klar slutning om kognitiv eller metakognitiv teori i størst grad kan predikere varians i angstsymptomer. Studien indikerer at negative automatiske tanker predikerer størst andel av variansen, men at metakognitive antagelser også predikerer noe utover dette. Det anbefales videre forskning på temaet for å kunne trekke tydeligere slutninger.

5 Referanser

- Alloy, L. B., & Riskind, J. H. (2006). *Cognitive vulnerability to emotional disorders*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2. . utg.). New York: Guilford press.
- Beck, & Perkins, T. S. (2001). Cognitive content-specificity for anxiety and depression: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 651-663.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., & Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual review of medicine*, 62, 397-409.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Becker, E. S., Rinck, M., Roth, W. T., & Margraf, J. (1998). Don't worry and beware of white bears: Thought suppression in anxiety patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(1), 39-55.
- Bekker, M. H., & van Mens-Verhulst, J. (2007). Anxiety disorders: sex differences in prevalence, degree, and background, but gender-neutral treatment. *Gender Medicine*, 4, 178-193.

- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour research and therapy*, 21(1), 9-16.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31.
- Calvete, E., & Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 201-217.
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2004). Norwegian version of the Automatic Thoughts Questionnaire: A reliability and validity study. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(2), 79-82.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2006). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A) and the Automatic Thoughts Questionnaire: An exploratory study 1. *Psychological reports*, 99(1), 239-247.
- Davis, R. N., & Valentiner, D. P. (2000). Does meta-cognitive theory enhance our understanding of pathological worry and anxiety? *Personality and Individual Differences*, 29(3), 513-526.
- Deardorff, P. A., Hopkins, L. R., & Finch, A. J. (1984). Automatic Thoughts Questionnaire: A reliability and validity study. *Psychological Reports*, 55(3), 708-710.
- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, E. H., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1973). SCL-90-R: An outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacological Bulletin*, 9(1), 13-28.

- Derogatis, L. R., Lipman, R. S., Rickels, K., Uhlenhuth, E. H., & Covi, L. (1974). The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral science, 19*(1), 1-15.
- Dobson, K. S., & Breiter, H. J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology, 92*(1), 107-109.
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Macdonald, R. R., Power, K. G., & Major, K. (2003). Does cognitive-behavioural therapy influence the long-term outcome of generalized anxiety disorder? An 8–14 year follow-up of two clinical trials. *Psychological Medicine, 33*(03), 499-509.
- Epp, A. M., & Dobson, K. S. (2010). The evidence base for cognitive-behavioral therapy. I K. S. Dobson (Red.), *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies* (3. utg., s. 39-73). New York: The Guilford Press.
- Fergus, T. A., Bardeen, J. R., & Orcutt, H. K. (2012). Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology. *Personality and Individual Differences, 53*(3), 213-217.
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: Distinctive features* (B. 1). Hove (United Kingdom): Routledge.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American psychologist, 34*(10), 906.
- Flint, A. J. (1994). Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly. *The American journal of psychiatry, 151*(5), 640-648.
- Folkehelseinstituttet [FHI] (2013). *Hva er angstlidelser*. Hentet 21. oktober 2015, fra http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Main_6157&Main_6157=6261:0:25,8334

- Friedman, B. H., Thayer, J. F., & Borkovec, T. D. (2000). Explicit memory bias for threat words in generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy, 31*(4), 745-756.
- Fuentes, K., & Cox, B. (2000). Assessment of anxiety in older adults: a community-based survey and comparison with younger adults. *Behaviour research and therapy, 38*(3), 297-309.
- Greenberg, M. S., & Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: a test of the content-specificity hypothesis. *Journal of abnormal psychology, 98*(1), 9-13.
- Harrell, T. H., & Ryon, N. B. (1983). Cognitive-behavioral assessment of depression: clinical validation of the automatic thoughts questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*(5), 721-725.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 25*(4), 257-276.
- Hazlett-Stevens, H., & Borkovec, T. (2001). Effects of worry and progressive relaxation on the reduction of fear in speech phobia: An investigation of situational exposure. *Behavior Therapy, 32*(3), 503-517.
- Helsedirektoratet. (2015). *Angst*. Hentet 23. oktober 2015, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/angst-og-depresjon/angst>
- Herrmann, C. (1997). International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-a review of validation data and clinical results. *Journal of psychosomatic research, 42*(1), 17-41.
- Hill, C., Oei, T., & Hill, M. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 11*(4), 291-311.

- Hjemdal, O., Stiles, T., & Wells, A. (2013). Automatic thoughts and meta-cognition as predictors of depressive or anxious symptoms: A prospective study of two trajectories. *Scandinavian Journal of Psychology, 54*(2), 59-65.
- Hollon, S. D., & Kendall, P. C. (1980). Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cognitive therapy and research, 4*(4), 383-395.
- Jorm, A. F. (2000). Does old age reduce the risk of anxiety and depression? A review of epidemiological studies across the adult life span. *Psychological medicine, 30*(01), 11-22.
- Joseph, S. (1994). Subscales of the automatic thoughts questionnaire. *The Journal of Genetic Psychology, 155*(3), 367-368.
- Kazdin, A. E. (1990). Evaluation of the Automatic Thoughts Questionnaire: Negative cognitive processes and depression among children. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(1), 73-79.
- Knudsen, A. K., & Mykletun, A. (2010). Det du trenger å vite om forekomst av psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 47*(4), 342-343.
- Kringlen, E., Torgersen, S., & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry, 158*(7), 1091-1098.
- Lavik, N. J., Hauff, E., Solberg, Ø., & Laake, P. (1999). The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: Validation and analysis of HSCL-25. *Nordic Journal of Psychiatry, 53*(1), 17-20.
- Lawton, M. P., Kleban, M. H., & Dean, J. (1993). Affect and age: cross-sectional comparisons of Structure and prevalence. *Psychology and aging, 8*(2), 165-175.

- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology, 107*(1), 109-117.
- MacLeod, C., Mathews, A., & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of abnormal psychology, 95*(1), 15-20.
- Matthews, G., Hillyard, E. J., & Campbell, S. E. (1999). Metacognition and maladaptive coping as components of test anxiety. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 6*(2), 111-125.
- Mellings, T. M., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour research and therapy, 38*(3), 243-257.
- Mollica, R. F., Wyshak, G., De Marnefe, D., Khuon, F., & Lavelle, J. (1987). Indochinese versions of the Hopkins Symptom Checklist-25: a screening instrument for the psychiatric care of refugees. *American Journal of Psychiatry, 144*(4), 497-500.
- Morris, L. W., Davis, M. A., & Hutchings, C. H. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and a revised worry–emotionality scale. *Journal of Educational psychology, 73*(4), 541-555.
- Mouanoutoua, V. L., & Brown, L. G. (1995). Hopkins Symptom Checklist-25, Hmong version: a screening instrument for psychological distress. *Journal of Personality Assessment, 64*(2), 376-383.
- Moum, T. (1998). Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression. *Social Indicators Research, 45*(1-3), 279-318.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 8*(2), 160-164.

- Pergamin-Hight, L., Naim, R., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., & Bar-Haim, Y. (2015). Content specificity of attention bias to threat in anxiety disorders: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 35*, 10-18.
- Roussis, P., & Wells, A. (2006). Post-traumatic stress symptoms: Tests of relationships with thought control strategies and beliefs as predicted by the metacognitive model. *Personality and Individual Differences, 40*(1), 111-122.
- Sahin, N. H., & Sahin, N. (1992). Reliability and validity of the Turkish version of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology, 48*(3), 334-340.
- Sandanger, I., Nygård, J., Ingebrigtsen, G., Sørensen, T., & Dalgard, O. (1999). Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 34*(11), 570-579.
- Siegert, R. J., Walkey, F. H., & Taylor, A. J. (1992). Anxiety, depression, and cognitive self-statements: A factor analytic study. *New Zealand Journal of Psychology, 21*(2), 49-55.
- Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy, 47*(4), 301-307.
- Solem, S., Thunes, S. S., Hjemdal, O., Hagen, R., & Wells, A. (2015). A metacognitive perspective on mindfulness: An empirical investigation. *BMC psychology, 3*(24), 1-10. doi: 10.1186/s40359-015-0081-4
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C., & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences, 45*(3), 238-242.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy, 23*(3), 301-320.

- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford press.
- Wells, A., & Carter, K. (2002). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior therapy*, 32(1), 85-102.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove (United Kingdom): Lawrence Erlbaum.
- World Health Organization [WHO] (1999). *ICD-10 Psykiske Lidelser og Atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, 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.

6 Tabeller

6.1 Tabell 1.

Gjennomsnittsskåre, standardavvik og Cronbachs alpha for de ulike spørreskjema (N=186).

	Mean	SD	Alpha
Alder	22,18	3,12	
HSCL-25-angst	1,44	0,35	,74
ATQ-30-N	44,22	14,52	,95
MCQ1	8,58	2,52	,77
MCQ2	9,96	3,45	,80
MCQ3	9,82	3,66	,83
MCQ4	8,84	2,53	,64
MCQ5	12,51	3,97	,83

Note: HSCL-25-angst = Angstfaktoren i *Hopkins Symptom Checklist-25*, ATQ-30-N = *Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative*, MCQ1 = *Positive antagelser om bekymring*, MCQ2 = *Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare*, MCQ3 = *Lav kognitiv tillit*, MCQ4 = *Behov for tankekontroll*, MCQ5 = *Kognitiv selvbevissthet*.

6.2 Tabell 2.

Korrelasjoner for de ulike spørreskjema (N=186).

	Alder	HSCL- 25-angst	ATQ- 30-N	MCQ1	MCQ2	MCQ3	MCQ4	MCQ5
Alder								
HSCL-25- angst	-,00							
ATQ-30-N	-,02	,67***						
MCQ1	-,14	,09	,14					
MCQ2	,04	,58***	,58***	,14				
MCQ3	-,05	,29***	,33***	,05	,19**			
MCQ4	-,09	,24**	,36***	,20**	,31***	,23**		
MCQ5	,19*	,19**	,17*	,20**	,35***	,12	,38***	

Note: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. HSCL-25-angst = Angstfaktoren i *Hopkins Symptom Checklist-25*, ATQ-30-N = *Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative*, MCQ1 = *Positive antagelser om bekymring*, MCQ2 = *Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare*, MCQ3 = *Lav kognitiv tillit*, MCQ4 = *Behov for tankekontroll*, MCQ5 = *Kognitiv selvbevissthet*.

6.3 Tabell 3.

Multipel lineær hierarkisk regresjonsanalyse med angstsymptomer, målt med HSCL-25-angst som avhengig variabel, og ATQ-30-N i tredje steg (N=186).

	<u>HSCL-25-angst</u>			
	F cha	R ² cha	β	t
1 Kjønn	8,37**	,05**	-,21**	-2,89**
2 Alder	,15	,00	,03	,39
3 ATQ-30-N	145,29***	,43***	,66***	12,05***
4 MCQ-30-faktorer	3,49**	,05**		
MCQ1			-,03	-,49
MCQ2			,24**	3,47**
MCQ3			,08	1,41
MCQ4			-,04	-,62
MCQ5			,05	,80

Note: * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$. HSCL-25-angst = Angstfaktoren i *Hopkins Symptom Checklist-25*, ATQ-30-N = *Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative*, MCQ-30-faktorer = *Meta-Cognitions Questionnaire-30*, MCQ1 = *Positive antagelser om bekymring*, MCQ2 = *Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare*, MCQ3 = *Lav kognitiv tillit*, MCQ4 = *Behov for tankekontroll*, MCQ5 = *Kognitiv selvbevissthet*.

6.4 Tabell 4.

Multippel lineær hierarkisk regresjonsanalyse med angstsymptomer, målt med HSCL-25-angst som avhengig variabel, og MCQ-30-faktorer i tredje steg (N=186).

	<u>HSCL-25-angst</u>			
	F cha	R ² cha	β	t
1 Kjønn	8,37**	,05**	-,21**	-2,89**
2 Alder	0,15	,00	,03	,39
3 MCQ-30-faktorer	18,52***	,33***		
MCQ1			-,00	-,06
MCQ2			,50***	7,34***
MCQ3			,18**	2,92**
MCQ4			,06	,82
MCQ5			-,01	-,08
4 ATQ-30-N	52,62***	,15***	,50***	7,25***

*Note: * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < ,001. HSCL-25-angst = Angstfaktoren i Hopkins Symptom Checklist-25, ATQ-30-N = Automatic Thoughts Questionnaire-30-Negative, MCQ-30-faktorer = Meta-Cognitions Questionnaire-30, MCQ1 = Positive antagelser om bekymring, MCQ2 = Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare, MCQ3 = Lav kognitiv tillit, MCQ4 = Behov for tankekontroll, MCQ5 = Kognitiv selvbevissthet.*

7 Appendiks

7.1 Appendiks A

Hvordan har du det? Hopkins Symptom Checklist-25 (HSCL-25)

Leonard R. Derogatis, Ronald S. Lipman, Karl Rickels, E.H. Uhlenhuth og Lino Covi

(1974)

Når smerter og andre plager har vart en tid, blir en gjerne sliten og oppgitt. Dette gir ofte slike plager som nevnt nedenfor. Samlet blir disse her brukt som mål på at en er legemlig og psykisk presset. Vurder hvor mye hvert symptom har vært til plage eller ulempe for deg de siste 14 dagene (til og med i dag). Sett ring rundt tallet som passer best. Husk å sette en ring rundt aktuelt tall for hver plage/hvert symptom.

(sett ring rundt tallet)	Ikke i det hele tatt	Litt	En god del	Svært mye
1. Plutselig skremt uten grunn	1	2	3	4
2. Føler du deg engstelig	1	2	3	4
3. Føler du deg svimmel eller kraftløs	1	2	3	4
4. Nervøs eller urolig	1	2	3	4
5. Hjertebank	1	2	3	4
6. Skjelving	1	2	3	4
7. Føler deg anspent eller opphisset	1	2	3	4
8. Hodepine	1	2	3	4
9. Anfall av redsel eller panikk	1	2	3	4
10. Rastløshet, kan ikke sitte rolig	1	2	3	4

11. Føler deg slapp og uten energi	1	2	3	4
12. Anklager deg selv for ting	1	2	3	4
13. Har lett for å gråte	1	2	3	4
14. Tap av seksuell interesse/opplevelse	1	2	3	4
15. Dårlig appetitt	1	2	3	4
16. Vanskelig for å sove	1	2	3	4
17. Følelse av håpløshet mht. framtiden	1	2	3	4
18. Føler deg nedfor	1	2	3	4
19. Føler deg ensom	1	2	3	4
20. Har tanker om å ta ditt eget liv	1	2	3	4
21. Følelse av å være fanget	1	2	3	4
22. Bekymrer deg for mye	1	2	3	4
23. Føler ikke interesse for noe	1	2	3	4
24. Føler at alt krever stor anstrengelse	1	2	3	4
25. Føler at du ikke er verd noe	1	2	3	4

7.2 Appendiks B

Automatic Thoughts Questionnaire -30-Negative (ATQ-30-N)

Steven D. Hollon og Philip C. Kendall (1980)

INSTRUKSJON: Nedenfor er det en liste med tanker som dukker opp hos folk. Les hver tanke og angi hvor ofte, om i det hele tatt, du tenkte tanken siste uka. Vennligst les hvert utsagn nøye og lag en ring rundt det tallet som best beskriver hvor ofte denne tanken slo deg den siste uka.

Tallene har følgende betydning:

1 = ikke i det hele tatt, 2 = av og til, 3 = ganske ofte, 4 = ofte, 5 = hele tiden

1. Jeg føler verden går imot meg	1	2	3	4	5
2. Jeg er ikke noe tess	1	2	3	4	5
3. Hvorfor kan jeg aldri lykkes?	1	2	3	4	5
4. Ingen forstår meg	1	2	3	4	5
5. Jeg har skuffet andre	1	2	3	4	5
6. Jeg tror ikke jeg greier å fortsette lenger	1	2	3	4	5
7. Jeg skulle ønske jeg var et bedre menneske	1	2	3	4	5
8. Jeg er så svak	1	2	3	4	5
9. Livet mitt er ikke slik jeg ønsker det skal være	1	2	3	4	5
10. Jeg er så skuffet over meg selv	1	2	3	4	5
11. Ingenting gleder meg lenger	1	2	3	4	5
12. Jeg holder ikke ut lenger	1	2	3	4	5

13. Jeg kommer liksom ikke i gang	1	2	3	4	5
14. Hva er galt med meg?	1	2	3	4	5
15. Jeg skulle ønske jeg var et annet sted	1	2	3	4	5
16. Jeg greier ikke å samle meg om noe	1	2	3	4	5
17. Jeg hater meg selv	1	2	3	4	5
18. Jeg er ikke verdt noe	1	2	3	4	5
19. Jeg skulle ønske jeg kunne forsvinne	1	2	3	4	5
20. Hva er i veien med meg?	1	2	3	4	5
21. Jeg er en taper	1	2	3	4	5
22. Livet mitt er bare rot	1	2	3	4	5
23. Jeg er en fiasko	1	2	3	4	5
24. Jeg greier det aldri	1	2	3	4	5
25. Jeg føler meg så hjelpeløs	1	2	3	4	5
26. Det må skje en forandring	1	2	3	4	5
27. Det må være noe galt med meg	1	2	3	4	5
28. Jeg har en mørk fremtid	1	2	3	4	5
29. Det er bare ikke verdt det	1	2	3	4	5
30. Jeg kan ikke fullføre noen ting	1	2	3	4	5

7.3 Appendiks C

Meta-Cognitions Questionnaire – 30 (MCQ-30)

Adrian Wells og Samantha Cartwright-Hatton (2004)

Dette spørreskjemaet handler om antagelser om ens egne tanker. Nedenfor er det satt opp noen antagelser som enkelte forteller at de opplever. Les gjennom punktene, og sett ring rundt det tallet som best beskriver din oppfatning av hver av antagelsene.

	Ikke enig	Litt enig	Relativt enig	Helt enig
1. Bekymringene gjør at jeg kan unngå problemer senere	1	2	3	4
2. Det er farlig at jeg bekymrer meg	1	2	3	4
3. Jeg tenker mye på tankene mine	1	2	3	4
4. Jeg bekymrer meg så mye at jeg kan bli syk av det	1	2	3	4
5. Jeg er bevisst på hva som skjer i hodet mitt når jeg tenker gjennom et problem	1	2	3	4
6. Hvis jeg ikke kontrollerer en bekymringstanke og den blir virkelighet, er det min feil at det skjer	1	2	3	4
7. Jeg er nødt til å bekymre meg for å ha orden på ting	1	2	3	4
8. Jeg stoler ikke på min egen hukommelse når det gjelder ord og navn	1	2	3	4
9. Bekymringstankene vedvarer, uansett hvor mye jeg prøver å stanse dem	1	2	3	4
10. Bekymringene mine gjør det lettere å sortere tankene	1	2	3	4

11. Jeg kan ikke ignorere bekymringstankene	1	2	3	4
12. Jeg overvåker tankene mine	1	2	3	4
13. Jeg må kontrollere tankene mine hele tiden	1	2	3	4
14. Hukommelsen min fører meg noen ganger på avveie	1	2	3	4
15. Bekymringene kan gjøre at jeg blir gal	1	2	3	4
16. Jeg er bevisst på tankene mine absolutt hele tiden	1	2	3	4
17. Jeg har dårlig hukommelse	1	2	3	4
18. Jeg er veldig oppmerksom på hvordan hodet mitt fungerer	1	2	3	4
19. Bekymringene gjør at jeg klarer meg bedre	1	2	3	4
20. Det er et svakhetstegn at jeg ikke klarer å kontrollere tankene	1	2	3	4
21. Når jeg først begynner å bekymre meg, klarer jeg ikke slutte	1	2	3	4
22. Jeg vil bli straffet hvis jeg ikke klarer å kontrollere bestemte tanker	1	2	3	4
23. Bekymringene gjør det lettere å løse problemer	1	2	3	4
24. Jeg stoler lite på min egen hukommelse om steder	1	2	3	4
25. Noen tanker er stygge	1	2	3	4
26. Jeg stoler ikke på hukommelsen min	1	2	3	4
27. Hvis jeg ikke klarte å kontrollere tankene mine, ville jeg ikke fungert	1	2	3	4
28. Jeg er nødt til å bekymre meg for å fungere	1	2	3	4
29. Jeg stoler lite på min egen hukommelse om handlinger	1	2	3	4
30. Jeg analyserer tankene mine kontinuerlig	1	2	3	4