

FORORD

”Generasjon perfektjon” er et begrep som i de siste årene har dukket opp i media. Flere avisreportasjer og TV-dokumentarer har tatt for seg temaet omkring unge mennesker som jakter etter perfektjon på flere områder i livet og hvilke negative konsekvenser dette kan ha for den psykiske helsen.

Under min egen tid som student la jeg merke hvordan medstudenter rundt meg higet etter perfektjon, og jeg ble samtidig mer og mer klar over min egen lengsel etter det samme. Det opplevdes for meg som en jakt etter å få alt til å bli riktig og feilfritt. Med denne bevisstheten kom også oppdagelsen om hvordan perfektjon er et uoppnåelig prosjekt, og hvordan det tærer på en når man hele tiden forsøker å oppnå det. Det virket som et umulig mønster og bryte. Jeg fikk etterhvert muligheten til å jobbe som forskningsassistent i to forskningsprosjekter hvor man forsket på metakognitiv terapi. Etter å ha brukt tid på å forstå og anvende teknikkene på meg selv har jeg fått et helt nytt forhold til tankene mine, og bekymringer og grubling over hvorvidt ting er godt nok har blitt redusert. Parallelt med dette la jeg merke til en ting - det å være perfekt føltes ikke som så viktig som det hadde gjort før. Denne endrede holdningen til meg selv og verden hadde på en måte kommet av seg selv, det vil si - jeg hadde ikke gått aktivt og direkte inn for å endre den. Jeg ønsket å undersøke om det kan ha vært slik for andre også, og har derfor tatt for meg metakognitiv terapi og perfektjonisme i min hovedoppgave.

Arbeidet med hovedoppgave har vært utfordrende. Underveis er jeg imidlertid utrolig takknemlig for alt jeg har lært, spesielt om statistikk og det å skrive en faglig tekst. Takk til mine to dyktige veiledere, Odin og Roger, for at dere har hjulpet meg i å forstå dette. Og takk for at dere har orket å lese igjennom omstendelige førsteutkast og hjulpet meg i å spisse det jeg prøver å formidle.

Til slutt ønsker jeg å takke to veldig viktige personer. Takk til mamma, for hadde det ikke vært for deg hadde jeg aldri sittet her og skrevet hovedoppgave i det hele tatt. Din oppmuntring og støtte gjennom alle år har vært helt avgjørende for at jeg har kunnet bli akkurat det jeg har hatt lyst til å bli, nemlig psykolog. Takk til Kristian, for din veldige

tålmodighet, støtte og vellykkede forsøk på å få meg til å le i en periode av livet som har vært ekstra utfordrende.

Maud Caroline Berg Smeby, Modum Bad, mai 2017

INNHold

Sammendrag.....	5
Innledning.....	7
Hypoteseformulering.....	10
Metode.....	11
Prosedyre.....	11
Deltakere.....	11
Måleinstrumenter.....	12
Behandling.....	13
Dataanalyser.....	14
Resultater.....	15
Diskusjon.....	17
Begrensninger/svakheter ved studien.....	19
Implikasjoner.....	21
Tabeller.....	23
Litteraturliste.....	27
Appendiks.....	39

SAMMENDRAG

Perfeksjonisme er et trekk som er tett forbundet med utvikling av psykiske lidelser. Kognitiv teori har operasjonalisert perfeksjonisme i form av perfeksjonistiske kognitive antakelser og selvskjema, og man bruker kognitiv atferdsterapi for å endre disse. Metakognitiv teori har en annen tilnærming og fokuserer på at perfeksjonister grubler og bekymrer seg mye, samt hvordan denne repeterende tankeaktiviteten kan forklare sammenhengen mellom perfeksjonisme og psykiske problemer. Denne hovedoppgaven tok sikte på å undersøke om metakognitiv terapi fører til reduksjon av perfeksjonisme. Resultatene viser en statistisk signifikant reduksjon i skårer relatert til perfeksjonisme fra behandlingsoppstart til behandlingsslutt. Videre viser resultatene at metakognitive antakelser, hovedsakelig relatert til ”negative metaantakelser om ukontrollerbarhet og fare”, ”kognitiv tillit” og ”behov for å kontrollere tanker” kan forklare disse endringene i perfeksjonismeskåren. Disse funnene kan være indikasjon på at problemet hos de som plages med perfeksjonisme ikke ligger i at man har antakelser og skjema relatert til perfeksjonisme, men at man bruker mye tid på bekymring og grubling når perfeksjonistiske tanker dukker opp.

INNLEDNING

Perfeksjonisme har de senere årene blitt sett på som relevant å arbeide med i en terapeutisk sammenheng. Ulike studier har knyttet fenomenet opp mot flere negative faktorer som lav selvtillit, prokrastinering, skyldfølelse, ubeslutsomhet, tanker om å være mislykket, samt en konstant følelse av skam (Hamachek, 1978; Hollender, 1965; Pacht, 1984; Solomon & Rothblum, 1984; Sorotzkin, 1985). Det har også blitt assosiert med somatiske tilstander slik som ulcerøs kolitt og irritabel tarm (Pacht, 1984). Andre studier antyder også en betydelig sammenheng mellom perfeksjonisme og ulike psykiske lidelser slik som sosial fobi (Juster, et al., 1996; Lundh & Öst, 1996), tvangslidelse (Ferrari, 1995; Frost & Steketee, 1997), spiseforstyrrelser (Bastiani, Rao, Weltzin & Kaye, 1995; Rosch, Crowther & Graham, 1991; Srinivasagam et al., 1995) og depresjon (Dunkley, Sanislow, Grilo & McGlashan, 2006; Enns & Cox, 1999; Frost, Heimberg, Holt, Mattia, & Neubauer, 1993; Hewitt & Flett, 1991; Hewitt, Flett & Ediger, 1996; Powers, Zuroff & Topciu, 2004). Til tross for at mange av disse studiene er av et korrelasjonelt design, påpeker Egan, Wade & Shafran (2011) på perfeksjonisme som en transdiagnostisk risikofaktor for akse I-lidelser.

Det finnes ulike operasjonaliseringer av perfeksjonismebegrepet som vektlegger forskjellige aspekter. I hovedsak er dette disposisjonelle trekk og perfeksjonistiske tanker og antakelser. Hewitt og Flett (1991) og Frost, Marten, Lahart & Rosenblate (1990) har vektlagt en trekkbasert og multidimensjonell konseptualisering av begrepet. Begge forskningsgruppene har uavhengig av hverandre utviklet hvert sitt selvrappormål med samme tilnavn kalt Multidimensional Perfectionism Scale (MPS: Hewitt & Flett, 1991; Frost et al., 1990). Dette måleinstrumentet har blitt anvendt av mange i forskning på perfeksjonisme. Hewitt og Flett (1991) har integrert både personlige og interpersonlige faktorer, med underdimensjoner som ”selvorientert perfeksjonisme”, ”andreorientert perfeksjonisme”, og ”sosialt foreskrevet perfeksjonisme”. ”Selvorientert perfeksjonisme” forstås som at man kontinuerlig setter urimelig forventning til og strengt evaluerer seg selv, mens man ved andreorientert perfeksjonisme forventer og kritisk vurderer andre i henhold til egne urealistiske standarder. ”Sosialt-foreskrevet perfeksjonisme” handler mer om at andre stiller forventninger om perfeksjonisme til en, samt en streben i forsøk på å imøtekomme oppfattede krav fra andre. Frost et al. (1990) opererer derimot med underfaktorene ”personlige standarder”, ”overdreven preferanse for orden og organisering”, ”bekymring for å gjøre feil”, ”tvilende

holdning til kvaliteten av egne prestasjoner”, og ”oppfatning om at ens foreldre har høye forventninger til og kritiserer en”.

Ulike studier har ved hjelp av faktoranalyser av begge MPS-måleinstrumentene vist hvordan de ulike dimensjonene beskrevet ovenfor kategoriserer seg i to grupper, nemlig ”selvkritisk perfeksjonisme” og perfeksjonisme knyttet til ”høye personlige standarder” (Bieling, Israeli, & Antony, 2004; Dunkley & Kyparissis, 2008; Frost et al., 1993; Cox, Enns & Clara, 2002). Perfeksjonisme relatert til høye personlige standarder svarer til en aktiv streben etter å etterkomme selvpålagte høye målsettinger, noe som i seg selv ikke utgjør noen risiko for forstyrret tilpasning (Frost et al., 1991). Selvkritisk perfeksjonisme handler derimot om en tendens til å ha et konstant evaluerende og strengt blikk mot en selv, samt opptatthet av andres personers kritikk av en. Knyttet til en slik form for perfeksjonisme er det også en selvklandrende og selvstraffende stil de gangene hvor prestasjonen ikke svarer til ens høye standarder. Dette fører da til følelser av skam og skyldfølelse (Powers et al., 2004; Dunkley, Blankstein, Zuroff, Lecce & Hui, 2006). Det er den selvkritiske formen for perfeksjonisme som har vist seg relatert til psykiske lidelser i ulike studier og utgjør derfor en mer maladaptiv form for perfeksjonisme (Bieling et al., 2004).

Terapeutiske behandlingstilnærminger som sikter seg inn på å behandle perfeksjonisme har først og fremst benyttet kognitiv atferdsteori (Antony & Swinson, 1998; Arpin-Cribbie, Irvine & Ritvo, 2012; Egan & Hine, 2008; Glover, Brown, Fairburn & Shafran, 2007; Pleva & Wade, 2007; Radhu et al., 2012; Riley, Lee, Cooper, Fairburn & Shafran, 2007; Steele & Wade, 2008). En metastudie viser at enkelte perfeksjonistiske trekk lar seg redusere som følge av kognitiv atferdsterapi (CBT), med moderate til store effektstørrelser (Lloyd, Schmidt, Khondoker & Tchanturia, 2015). Kognitiv teori tillegger særlig relevans til de kognitive skjemaenes innhold, som kan beskrives som oppfatninger eller grunnantakelser (Wells, 1997). En perfeksjonist er en som identifiserer seg med og derfor handler, fortolker, og tenker om verden på en måte som samsvarer med livsregler og antakelser som er av perfeksjonistisk art (Brown & Beck, 2002). I en kognitiv atferdsterapi vil målet i stor del omhandle å identifisere og endre dypereleggende kognitive antakelser og leveregler, nettopp fordi de forstås som grunnen for en perfeksjonistisk personlighetsstil og væremåte (Lloyd et al., 2015). Man tenker seg at ens kognitive skjema utvikles etterhvert som man utsettes for ulike lærings- og erfaringssituasjoner (Hjemdal & Kennair, 2014). For eksempel har man en hypotese om at perfeksjonister i sin oppvekst har måtte vise til ekstraordinære prestasjoner for å utløse

kjærlighet og omsorgsattferd fra omsorgsgivere (Burns 1980; Pacht, 1984; Hamachek, 1978; Hollander, 1965). Hvorvidt slike kognitive antakelser dreier seg om stabile trekk eller er tilstandsavhengige har imidlertid vært kilde til diskusjon med motstridende funn (Hamilton & Abramson, 1983; Silverman, Silverman, & Eardley, 1984; Zuroff, Blatt, Sanislow, Bondi, & Pilkonis; 1999).

Måling av perfektjonisme med bakgrunn i den kognitive teorien har skjedd ved hjelp av Dysfunctional Attitude Scale (DAS; Weissman & Beck, 1978). DAS ble opprinnelig ikke utarbeidet med det formål å måle perfektjonisme, men faktoranalyser av måleinstrumentet har ved gjentatte anledninger vist perfektjonisme som en faktor (Imber et al., 1990), samt andre tilsvarende faktorer, som ”eksternalisert selvtillit” (Oliver & Baumgart, 1985), ”prestasjon” (Power et al., 1994) og ”prestasjonsevaluering” (Cane, Olinger, Gotlib, & Kuiper, 1986). Inklusjon av DAS-perfektjonisme-subskalaen i faktoranalyser av måleinstrumenter relatert til perfektjonisme har vist hvordan DAS-perfektjonisme hører inn under den selvkritiske formen for perfektjonisme (Powers et al., 2004).

I den senere forskningslitteraturen har den kognitive teorien knyttet til perfektjonisme blitt utfordret. Fremfor å være opptatt av innholdet har man prøvd å forstå hvordan perfektjonisme kjennetegnes av uttalt tilbøyelighet til å gå inn i en selvfokusert og repetitiv tankestil preget av bekymring og grubling (Flett, Coulter, Hewitt & Nepon, 2011; Flett, Madorsky, Hewitt & Heisel, 2002; O'Connor, O'Connor & Marshall, 2007). Funn tyder på at en slik tankestil kan mediere forholdet mellom perfektjonisme og psykisk lidelse (Flett et al., 2011; Harris, Pepper & Maack, 2008; O'Connor et al., 2007). Så selv om kognitive antakelser utgjør et teoretisk relevant aspekt, så gir den nye forskningen et behov for teoretisk utvidelse og mer integrativ forståelse av perfektjonisme. En forståelsesmodell for psykologisk ubehag som i særlig stor grad beskriver og vektlegger betydningen av persevererende tankeprosesser, er S-REF-modellen (Matthews & Wells, 1994; 1996). Slike prosesser kan forstås som individets forsøk på selvregulering i møte med ubehagelige indre hendelser, som for eksempel negative følelser og negative tanker. Ved at man prøver å regulere seg selv ved bruk og av grubling og bekymring, trusselmonitorering og andre atferdsmessige kontrollstrategier (som for eksempel unnvikelse), låser personen seg fast i et vedvarende emosjonelt ubehag (Wells, 2011). En slik maladaptiv selvreguleringsprosess har innenfor metakognitiv teori fått tilnavnet kognitiv oppmerksomhetssyndrom (CAS; Wells, 2000). Innenfor et metakognitivt perspektiv blir da perfektjonisme knyttet til et sett med slike CAS-strategier. Personen kan for eksempel

bekymre seg og gruble over perfektjonisme-relevante tema (Macedo, Marques & Pereira, 2014). Denne selvfokuserte tenkningen tar blant annet form som bekymring rundt prestasjon og hvorvidt man vil nå sine mål, analysing av eventuelle mistak, samt en selvkritiserende og selvevaluerende grubling (O'Connor et al., 2007).

Et viktig begrep knyttet til det kognitive oppmerksomhetssyndrom er det som kalles metakognisjoner (Wells, 2011). Dette er den delen av vårt kognitive apparat som legger føringer for hvilke strategier man benytter i en selvreguleringsprosess, og om man går inn i grubling, bekymring eller andre former for CAS-prosessering (Wells, 2011). Metakognisjoner kan enten være av positiv eller negativ art. Et eksempel på positive metakognisjoner kan være “grubling vil hjelpe meg i å finne mine feil slik at jeg hele tiden kan forbedre meg”, mens metakognisjonen «grublingen min er ukontrollerbar» er et eksempel på en negativ metaantakelse.

Ved maladaptiv perfektjonisme vil man innenfor metakognitiv teori tenke at perfektjonistiske antakelser, tanker og ideer som dukker opp i bevisstheten, hele tiden repeteres (Wells, 2011). En konsekvens av dette er at antakelsene oppleves som sanne og virkelige for individet. Perfektjonistiske antakelser forstås altså ut i fra metakognitiv teori som tankeprodukter av CAS (Wells, 1997; Wells, 2011). Denne årsakssammenhengen mellom grubling og dysfunksjonelle antakelser er blitt funnet i noen studier (Kuehner, Huffziger & Liebsch, 2009; Wong & Moulds, 2009).

1.3 Hypoteseformulering

Det er blitt presentert ulike forståelsesmodeller for perfektjonisme. Den kognitive behandlingsmodellen er blitt testet med ulike resultater i flere studier (Lloyd et al., 2015). Den metakognitive behandlingsmodellen er ikke tidligere undersøkt i forhold til å redusere perfektjonisme. Det vil derfor være av interesse å undersøke om MCT er en god behandlingstilnærming for perfektjonistiske antagelser hos pasienter. Det ville også være av viktighet å finne hvilke typer av metakognisjoner som er assosiert med perfektjonisme. Mer spesifikt tar denne hovedoppgaven utgangspunkt i følgende hypoteser:

- Det forventes at graden av dysfunksjonelle perfektjonistiske antakelser reduseres i metakognitiv terapi
- Endring i perfektjonistiske antakelser kan forklares av endring i metakognitive antagelser

METODE

Denne hovedoppgaven tar utgangspunkt i data innhentet fra behandlingsstudien «Metakognitiv terapi for depresjon», som ble gjennomført ved Institutt for Psykologi, NTNU i tidsperioden 2012-2015. Denne studien hadde et randomisert kontrollert design, hvor inkluderte pasienter ble tilfeldig fordelt på betingelsene metakognitiv terapi eller venteliste. Pasienter fordelt til venteliste-betingelsen fikk behandling etter å ha ventet ti uker. Studien er registrert på ClinicalTrials.gov (NCT01608399), og godkjent av REK- (ref.nr. 2011/1138).

Prosedyre

Pasienter ble rekruttert ved at informasjon ble formidlet via brev til fastlegekontorer, medieoppslag og annonsering i sosiale medier, radio og TV. For å bli inkludert i studien måtte pasienter underskrive en skriftlig samtykkeerklæring, være 18 år eller eldre, samt tilfredsstillende kriteriene til en depressiv lidelse (MDD) i henhold til DSM-IV-kriterier (APA, 2000). Pasienter som tilfredsstilte ett eller flere av følgende eksklusjonskriterier ble ikke inkludert i studien: kjent somatisk lidelse, psykoselidelse, pågående suicidale intensjoner, PTSD, cluster A eller cluster B personlighetsforstyrrelser, rusmiddelavhengighet, manglende villighet til å godta randomisering og manglende villighet til å slutte med benzodiazepiner over en 4-ukers periode før oppstart av behandling.

Totalt 239 pasienter ble vurdert for inklusjon i studien. Pasienter som tok kontakt med studien på eget initiativ ble som regel screenet over telefon før de eventuelt ble innkalt til en mer omfattende utredningssamtale. Totalt 105 pasienter ble innkalt til og gjennomgikk utredningsintervju og hvor diagnostisering ble gjort ved hjelp av anamnesticke opplysninger og ved strukturerte kliniske intervjuer som SCID-I (First, Spitzer, Gibbon and Williams, 1995), SCID-II (First, Spitzer, Gibbon, Williams, & Benjamin, 1995) og Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD-17; Hamilton, 1967). De diagnostiske intervjuene ble utført av trenede utredere. Intervjuene ble videofilmet slik at erfarne klinikere kunne bekrefte diagnoser og kvalitetssikre utredningsarbeidet.

Deltakere

Det endelige utvalget i studien bestod av totalt 39 pasienter, hvorav 20 av disse ble randomisert inn i MCT-betingelsen, mens 19 ble randomisert inn i «venteliste-betingelsen». Fordelingen kvinner/menn var henholdsvis 23 og 16. Utvalget befant seg innenfor et

aldersspenn på 18-54 år, med en gjennomsnittsalder på 33.7 år ($SD = 10.4$). En stor andel av pasientene hadde tidligere mottatt behandling for depresjon, i form av fastlegesamtaler ($N = 30$), SSRI-medisinerer ($N = 9$), poliklinisk oppfølging ved psykolog/psykiater ($N = 21$), psykiatrisk døgnbehandling ($N = 3$) og ECT-behandling ($N = 1$). Kun 13 pasienter presenterte med depresjon som eneste diagnose. Se forøvrig Tabell 1 for mer utfyllende informasjon vedrørende demografiske og diagnostiske data.

Tabell 1 her

Måleinstrumenter

Strukturerte kliniske intervjuer ble gjennomført ved pre og post som beskrevet ovenfor . Pasientutvalget fylte samtidig ut en skjemapakke inneholdende diverse selvrapportskjemaer. Ikke alle av disse er blitt benyttet i denne hovedoppgaven, slik at det i det følgende kun redegjøres for de som er blitt benyttet i denne hovedoppgaven. Alle disse skjemaene ble fylt ut ved oppstart og avslutning av behandling, samt ved 6 og 12 måneders follow-up. Denne hovedoppgaven vil kun ta utgangspunkt i måletidspunktene pre og post.

Dysfunctional attitude scale (DAS)

DAS (Weissman & Beck, 1978) består av tilsammen 40 ledd formulert som ulike kognitive antakelser. For eksempel: "Folk vil sannsynligvis synes mindre om meg hvis jeg gjør en feil". Respondent tar utgangspunkt i en 7-punkts Likertskala (1 = helt enig, 7 = helt uenig), og må gradere sin enighet med disse. DAS viser til svært god intern konsistens med en Cronbachs $\alpha = .93$ (Weissman & Beck, 1978). Faktoranalyser av data innhentet under studien *The Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP; Blatt, Quinlan, Pilkonis & Shea, 1995) viser til hvordan DAS-leddene klustrer seg sammen til å utgjøre to faktorer, hvor subskalaen *DAS-perfeksjonisme* utgjør en, mens *DAS-need for approval* utgjør den andre (Imber et al., 1990). Rogers et al. (2009) bekrefter riktigheten av denne tofaktorstrukturen. Som mål på perfeksjonistiske antakelser benyttet man i denne hovedoppgaven subskalaen *DAS-perfeksjonisme (DAS-P)* som består av 15 ledd.

Metacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30)

MCQ-30 (Wells & Cartwright Hatton, 2004) er en forkortet versjon av den opprinnelige MCQ-64 (Cartwright-Hatton & Wells, 1997), og kartlegger ulike typer av metakognisjoner. Man skal ved hjelp av en firepunkts Likertskala (1 = ikke enig, 4 = svært enig), oppgi i hvilken grad man er enig i de ulike påstandene. En høy skåre indikerer en høy grad av maladaptive metakognisjoner. Selvrapporteringskjemaet innehar en femfaktor-struktur, hvis begrepsvaliditet er blitt bekreftet ved eksplorative faktoranalyser (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). De fem subskalaene er ”positive metaantakelser relatert til bekymring”, ”negative metaantakelser om tanker som ukontrollerbare og skadelige”, ”kognitiv tillit”, ”antakelser om behov for å kontrollere tanker” og ”kognitiv selvopphenghet”. Studier av psykometriske egenskaper har forøvrig vist at MCQ-30 har god indre konsistens og akseptabel til god test-retest reliabilitet (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Det er påvist positive sammenhenger mellom metakognisjoner målt med MCQ-30 og ulike former for psykologiske problemer, blant annet bekymring av patologisk art (Wells & Papageorgiou, 1998), prestasjonsangst (Matthews, Hillyard, & Cambell, 1999), OCD-symptomatologi (Hermans, Martens, De Cort, Pieters, & Eelen, 2003; Janeck, Calamari, Riemann, & Heffelfinger, 2002; Wells & Papageorgiou, 1998), sårbarhet for auditive hallusinasjoner (Baker & Morrison, 1998; Morrison, Wells, & Nothard, 2000), og depresjon (Papageorgiou & Wells, 2003).

Beck Depression Inventory (BDI)

BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) er ment å vurdere grad av depressivt symptomtrykk. Hvert ledd er utformet som utsagn på en firepunkts Likerskala (0-3), og hvor respondent skal krysse av for den av de utsagnene som er mest representativt for dem selv. Totalskåre gir en indikasjon på alvorlighetsgrad av den depressive episoden og hvor kuttpunkt-verdier er som følger: 0-9 = subklinisk depresjon, 10-18 = mild depressiv episode, 19-29 = moderat depressiv episode, 30-63 = alvorlig depressiv episode. BDI har vist god reliabilitet og som et valid mål på depressive symptomers alvorlighetsgrad på tvers av kliniske og ikke-kliniske utvalg (Beck, Steer and Garbin, 1988).

Behandling

Behandlingsforløpet bestod av tilsammen 10 terapisesjoner avviklet på ukentlig basis, og fulgte Wells` MCT-protokoll for depresjonsbehandling (Wells, 2011). Kort beskrevet er behandlingssekvensen slik; 1) utarbeiding av kasusformulering og sosialisering til modellen og behandlingens rasjonale, 2) identifisering av triggertanker 3) introduksjon av

oppmerksomhetstrening som ledd i pasientens utvikling av fleksibel oppmerksomhetsstyring og metakontroll, 4) modifisering av negative metaantakelser om grubling og bekymring som noe ukontrollerbart og farlig, 5) modifisering av positive metaantakelser om grubling og bekymring, 6) endring av maladaptive mestringsstrategier og 7) forebygging av tilbakefall.

Dataanalyser

SPSS versjon 22 for MacOS X ble benyttet for å analysere data. En paret t-test ble gjennomført for å undersøke om det var noen signifikant forskjell mellom grad av perfeksjonistiske antakelser hos pasientene før behandlingsstart og ved behandlingsslutt. Cohens d ($M1 - M2 / \text{pooled SD}$; Cohen, 1992) ble brukt for å beregne effektstørrelsen en eventuell endring representerer. I den sammenheng tolkes $d < 0.20$ som indikasjon på liten effekt, $d = 0.50 - 0.80$ som moderat effekt og $d > 0.80$ som stor effekt. En korrelasjonsanalyse ble gjennomført for å undersøke grad av samvariasjon mellom inkluderte måleinstrumenter. En multippel hierarkisk regresjonsanalyse ble så benyttet for å undersøke hvorvidt endring i metaantakelser kan forklare eventuelle endringer i perfeksjonistiske antakelser, og flere hierarkiske multiple regresjonsanalyser ble deretter gjennomført for å undersøke i hvilken grad de ulike MCQ-30 subskalaene kunne forklare varians i perfeksjonistiske antakelser ved behandlingsslutt. Fordi en depresjonstilstand antas å virke inn på intensiteten og styrken av dysfunksjonelle antakelser, samt antas å virke inn på generelle personlighetskaraktistika (Alloy et al., 2006; Miranda & Persons, 1988; Jacobs, Reinecke, Gollan & Kane, 2008; Scher, Ingram & Segal, 2005; Widiger & Smith, 2011; Zuroff, Mongrain & Santor, 1999), ble initialt nivå av depresjon kontrollert for i regresjonsanalysene. DAS-perfeksjonisme-leddene ble reversert før analyse, slik at dataene lettere skal kunne forstås (dvs. høy skåre indikerer høy grad av perfeksjonisme).

RESULTATER

For å undersøke om graden av perfektjonistiske antakelser hadde endret seg fra start til behandlingsslutt ble en to-halet parret t-test benyttet. Resultatene viser en signifikant reduksjon i perfektjonistiske antagelser ($t(39) = 6.93, p = .000$) fra start ($M = 59.23, SE = 2.16$) til behandlingsslutt ($M = 38.69, SE = 2.92$). Dette reflekterer en effektstørrelse på $d = 1.28$.

Det ble videre gjennomført korrelasjonsanalyser for å undersøke grad av samvariasjon mellom variabler knyttet til de ulike måleinstrumentene brukt i denne hovedoppgaven. Tabell 2 og Tabell 3 viser korrelasjonsmatriser for henholdsvis T₁ (pre-behandling) og T₂ (post-behandling).

Tabell 2 her

Tabell 3 her

Ved oppstart er det kun en statistisk signifikant samvariasjon mellom BDI og MCQ-total, samt mellom BDI og MCQ-subskala 4 (jfr. Tabell 2). Ved behandlingsslutt viser korrelasjonsmatrisen et signifikant korrelasjonsforhold mellom samtlige av variablene, med unntak av mellom BDI og MCQ-subskala 3 (jfr. Tabell 3). Høy grad av samvariasjon kan være et problem når man skal utføre regresjonsanalyser. Ingen av måleinstrumentene viste korrelasjon på over $r \approx .8$, og multikollinearitet antas derfor ikke å utgjøre noe problem her (Field, 2013).

Det var av videre interesse å undersøke hvorvidt endringer i metakognisjoner kunne predikere varians knyttet til perfektjonistiske antagelser ved behandlingsslutt. En hierarkisk multippel lineær regresjonsanalyse ble derfor anvendt. DAS-P-preskåre og BDI-preskåre ble kontrollert for i denne analysen, og avhengig variabel var DAS-P-postskåre. DAS-P-preskåre ble innført i steg 1, etterfulgt av BDI-preskåre i steg 2, for så at endringskåre for MCQ-30 (total) ble innført i steg 3. Resultatene av regresjonsanalysen viser at endring i metakognisjoner har en signifikant prediktiv effekt på perfektjonistiske antagelser ved behandlingsslutt, også når det

kontrolleres for preskåre for depresjon. Endringsskåren på MCQ-30 forklarer 26 % av variansen i DAS-P-postskåre (jfr. Tabell 4).

Ytterligere fem separate hierarkiske multiple regresjonsanalyser ble så gjort for å undersøke hvilke av de ulike MCQ-30 subskalaene som predikerer varians i perfektjonistiske antakelser ved slutten av behandlingen. I hver av disse ble DAS-P-preskåre og BDI-preskåre holdt konstant, tilsvarende som i analysen over, og derfor ført inn i henholdsvis steg 1 og steg 2. Endringsskåren til MCQ-subskala 1-5 ble ført inn i steg 3 i de atskilte regresjonsanalysene. DAS-P-postskåre utgjør avhengig variabel også i disse analysene. Oppsummert viser resultatene fra de ulike regresjonsanalysene at tre av MCQ-30- subskalaene predikerer varians på perfektjonistiske antagelser ved behandlingsslutt. Subskala 4 viser imidlertid størst effekt. Inklusjon av MCQ-4-endringsskåre forklarer 24% av variasjonen i DAS-P-postskåre, $p = 0.000$ (jfr. Tabell 4).

Tabell 4 her

DISKUSJON

Denne studiens mål var å undersøke om det har skjedd en endring i dysfunksjonelle perfeksjonistiske antakelser hos pasienter som har mottatt metakognitiv terapi for depresjon. Resultatene viser en signifikant reduksjon av perfeksjonistiske antakelser i perioden fra behandlingsoppstart til behandlingsslutt. Videre ble det funnet at endring i metakognisjoner forklarte 26% av variansen i perfeksjonistiske antakelser ved behandlingsslutt, i tillegg til det initiale depresjonsnivået kan forklare. I forhold til hvilke typer av metakognisjoner som forklarte mest varians var det altså subskalaer knyttet til ”negative metaantakelser om ukontrollerbarhet og fare”, ”kognitiv tillit” og ”behov for å kontrollere tanker” som viste seg å være statistisk signifikante.

Det er av stor interesse at ti timer behandling med metakognitiv terapi ser ut til å gi en reduksjon av det som flere teoretikere hevder å være stabile personlighetstrekk (Beck, 1964; Beck, 1983; Blatt, 1974; Dunkley & Kyparissis, 2008). Troen på at det er viktig å være perfekt og feilfri har altså endret seg hos pasientene uten at man har gått inn for å adressere dette direkte. Dette kan kanskje skyldes at MCT prøver å redusere uhensiktsmessige *kognitive prosesser*, og erstatte disse med en alternativ og mer fleksibel måte å relatere seg til tanker på (Nordahl, 2014). I en tradisjonell CBT-tilnærming ville man i en behandling ha prøvd å fokusere på å endre skjema knyttet til perfeksjonisme, mens i MCT er kognitive prosesser (som grubling og bekymring) hovedmålet. Det kan derfor se ut som at problemet hos de som plages med perfeksjonisme, ikke ligger i at man har skjema og negative automatiske tanker relatert til perfeksjonisme, men at man bruker mye tid på bekymring og grubling når tanker om perfeksjonisme dukker opp. Andre studier har også vist hvordan de metakognitive antakelsene er av større betydning enn skjema i forhold til utvikling og opprettholdelse av emosjonelle problemer (Grøtte, Solem, Vogel, Güzey, Hansen & Myers, 2015; Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton, 2004; Myers & Wells, 2005; Myers, Fisher & Wells, 2009; Solem, Håland, Vogel, Hansen & Wells, 2009; Solem, Myers, Fisher, Vogel & Wells, 2010).

Behandlingen i denne studien har vært rettet i mot pasienter med en depresjonsdiagnose, men likevel viser resultatene til signifikante endringer i perfeksjonisme. En potensiell årsaksforklaring til dette kan være at er at den metakognitive modellen og behandlingen er av transdiagnostisk art, hvilket vil si at terapien sikter seg inn på hva man forstår som de sentrale mekanismer på tvers av emosjonelle lidelser, nemlig metakognisjoner og dysfunksjonelle CAS-prosesser (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012). Det er utviklet

diagnosespesifikke behandlingsprotokoller etterhvert som man empirisk har funnet *hvilke* metaantakelser og dysfunksjonelle kognitive prosesser som typisk gjør seg gjeldende ved de ulike lidelsene. Dette innebærer at positive og negative metaantakelser, samt depressiv grubling er blitt adressert først og fremst i denne behandlingsstudien data er hentet i fra. (Wells, 2009). Det kan tenkes at det er andre metakognisjoner, triggertanker og annen tankestil som driver og opprettholder perfeksjonistisk stil. Om det er slik, kan det være at de registrerte endringene i perfeksjonisme kan tilskrives at pasientene har generalisert det de har lært i forhold til depressiv ruminering til også å omfatte perfeksjonistisk ruminering.

Det vil være nødvendig å reflektere rundt hvorfor subskalene ”negative metaantakelser om ukontrollerbarhet og fare”, ”kognitiv tillit” og ”antakelser om behov for å kontrollere ens tanker” viser en sammenheng med perfeksjonisme. Om man tar utgangspunkt i den metakognitive modellen vil disse metakognisjonene tilrettelegge for en mestring som kanskje fostrer perfeksjonistiske antakelser.

”Antakelser om behov for å kontrollere ens tanker” er en faktor som er relatert til i hvor stor grad man er i behov av å kontrollere tanker, samt prøver å unngå å tenke uønskede eller ubehagelige tanker (Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008). Mange av de med høyt behov for tankekontroll sidestiller tankekontrolltap med svakhet, mangel på selvkontroll og moralsk svikt (Purdon & Clark, 2002). Ens CAS-prosess vil av den grunn kunne bestå i høy årvåkenhet overfor enkelte type ubehagelige tanker, samt aktive forsøk på å motarbeide dem gjennom for eksempel tankeundertrykking (Purdon & Clark, 2002). Forskingen viser imidlertid at vi mennesker benytter oss av tankekontrollstrategier som virker mot sin hensikt og som fører til utmattelse og økt opplevelse av ukontrollerbarhet (Clark, Ball & Pape, 1991; Wegner, Schneider, Carter & White, 1987). Det kan være at individer som har økte skårer omkring metaantakelser om tankekontroll stadig forsøker å kompensere slike mislykkede forsøk på tankekontroll. Det kan videre være at kompenseringen består av å presse seg selv til å lykkes på andre områder i livet, prestere og være feilfri, nettopp for å gjennerve et godt selvbilde og en følelse av selvkontroll.

”Kognitiv tillit” dreier seg om i hvor stor grad man har tillit til egne kognitive prosesser, så som hukommelse- og oppmerksomhetsprosesser (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Å ha lav

kognitiv tillit innebærer svekket tiltro til egen evne til mentalt å regulere og mestre utfordrende situasjoner ledsaget av vanskelige følelser (Spada, Nikčević, Moneta & Wells, 2007). Liten tiltro til egne kognitive evner, samt en opplevelse av ukontrollerbarhet kan gi en subjektiv følelse av indre kaos, som igjen kan forsterke behovet for kontroll. Fordi det oppleves som uoverkommelig å oppnå kontroll i ens indre vil CAS-prosesser kunne bestå i strategier hvis formål er kontroll over eksterne omgivelser. Dette kan innebære strategier å holde orden, ha «systemer», strebe etter feilfrihet og nøyaktighet. Å ha høye skårer knyttet til antagelser om at en ikke kan stole på egne kognitive prosesser handler på mange måter også om en tvilende holdning til egen kognitive evner. En slik tvilende holdning til seg selv vil kunne gi negative kognitive prosesser bestående av analysering av tidligere prestasjoner for å vurdere hvorvidt man handlet riktig, monitorering av egne prestasjoner og tidkrevende og repetitiv sjekking av eget arbeid. Tidligere forskning har for øvrig pekt på hvordan perfeksjonisme henger sterkt sammen med tvilende holdning til kvaliteten av egne prestasjoner (Burns, 1980; Frost et al., 1990; Hamachek, 1978).

”Negative metaantakelser” er antakelser om at bekymring og grubling ikke kan kontrolleres, og at det vil kunne føre til fysisk eller psykisk skade eller fare (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Metaantakelser om at bekymring og grubling er ukontrollerbart vil for mange gi økt gruble- og bekymringstendens. Dette fordi man bruker uhensiktsmessige strategier som kun er med på å øke grublingen (Wells, 2011). Økt grubling vil kunne føre til at tanker og antakelser, for eksempel av perfeksjonistisk karakter, vil kunne få plass til å gjøre seg større og viktigere.

Mestrings- og reguleringsprosessene som er beskrevet overfor vil kunne sementere og stadig forsterke antakelser om viktigheten av å ha kontroll, være perfekt og være feilfri. Dette igjen vil kunne føre til CAS-prosesser bestående av selvkritisk grubling, nettopp fordi feilfrihet og perfeksjon er et umulig prosjekt. Den metakognitive terapien tar sikte på å modifisere uhensiktsmessige metakognisjoner gjennom å gi pasienten erfaringer med at de har kontroll over grubling og bekymring, samt erfaringer med at tanker bare er tanker og ikke noe som må responderes på.

Begrensninger og svakheter ved studien

Studiets design setter noen åpenbare begrensninger for hvorvidt man kan generalisere resultatene.

Det kan hende at det er mange andre variabler som påvirker grad av perfektjonisme, som for eksempel kjønn, alder, etc., som ikke har blitt undersøkt i denne hovedoppgaven. Årsaken til at disse ble utelatt som kontrollvariabler skyldes det relativt lave antall deltakere. Flere kontrollvariabler ville bidratt til mer usikkerhet knyttet til resultatene. Ved å utelate potensielt viktige kontrollvariabler risikerer man å svekke den ytre validiteten og generaliserbarheten av resultatene.

Repeterte målinger (for eksempel i form av time-til-time-målinger) ville kunnet tydeliggjort sammenhengen mellom endringer i metakognisjoner og graden av perfektjonisme. Man ville da kunne sett på om nedgang i metakognisjoner kommer først, og om dette følges av en endring i perfektjonistiske holdninger. Spørsmålet om kausalitet disse variablene i mellom er også noe man vil kunne adressert på en bedre måte gjennom bruk av et slikt design eller eksperimentelle design.

En annen svakhet ved studien er hvordan den baserer seg på selvrapport som metode. Det er velkjent hvordan selvrapportdata i seg selv er forbundet med risikoen for bias, så som responsstil, sosial ønskelighet eller andre faktorer (Archer & Smith, 2014; Tanaka-Matsumi & Kameoka, 1986). Samtidig peker flere forskere på begrensningene ved kun å bruke selvrapport i målingen av dysfunksjonelle personlighetstrekk, og hvordan man i slike sammenhenger bør supplere med vurderinger hentet fra informanter som kjenner personen godt (Klein, 2003; Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2002; Zimmerman, 1994).

Denne hovedoppgaven har hentet data fra Metacognitions Questionnaire-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004), som prøver å avdekke generelle maladaptive metakognisjoner som antas som relevante for utvikling av psykiske lidelser. Eventuelle perfektjonisme-spesifikke metaantakelser og deres rolle i denne studien har ikke blitt undersøkt, noe som gjør at man kanskje går glipp av viktig informasjon. Eventuelle perfektjonisme-spesifikke metaantakelser er imidlertid noe som ikke har blitt forsket på til nå og som det derfor ikke finnes noen måleskjema for. I denne studien er det kun blitt inkludert mål på metakognisjoner. I fremtidige studier ville det kunne vært interessant å inkludere mål på perserverende og ukontrollerbar tenkning, for eksempel Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ; Ehring et al., 2011) og Repetitive Thinking Questionnaire (RTQ; McEvoy, Mahoney, & Moulds, 2010), for å undersøke om disse måler noe MCQ-30 ikke fanger opp.

Implikasjoner

Til tross for begrensninger ved selve studien kan det altså se ut som at metakognitiv terapi har ført til en endring i perfektjonistiske holdninger hos pasientene. Videre ser det ut som at det er sammenheng mellom endringer i metakognisjoner og grad av perfektjonisme. Studiens resultater gir holdepunkter til å kunne påstå at behandling av perfektjonisme kanskje bør justere kurs, fra å arbeide med å endre det kognitive innholdet (skjema og antagelser) til heller å fokusere mot å endre metakognisjoner knyttet til bekymring og grubling (Wells, 2011).

Pasienter som plages med psykiske lidelser og har en samtidig tilstedeværelse av perfektjonistiske trekk, kan profittere på at transdiagnostiske mekanismer adresseres i MCT (Hagen et al., 2012).

TABELLER

Tabell 1: Demografisk og diagnostisk informasjon omkring utvalget (N = 39)

	Venteliste	Direkte behandling	Total pre	Total post
N	19	20	39	
Demografiske data				
Alder	35.4 (8.8)	32.2 (11.7)	33.7(10.4)	
Kvinner	52.6%	65.0%	23	
Norsk etnisitet	94.7%	75%	84.6%	
Gift/Samboer	63.2%	40%	51.3%	
Fulltidsansatt	42.1%	42.1%	30.8%	
Fulltidsstudent	15.8%	20%	17.9%	
Trygdeytelser	5.3%	30%	17.9%	
Høyere utdanning	36.8%	40%	38.5%	
SSRI	5.3%	10%	7.7%	
Tidligere behandling	63.2%	55%	59%	
Depressiv episode				
Mild	0	0	0	0
Moderat	5	3	8	1
Alvorlig	2	4	6	0
Recurrent depression				
Mild	1	0	1	3
Moderat	8	9	17	0
Alvorlig	4	4	8	0
Axis I komorbiditet				
GAD	5	5	10	2
Sosial fobi	1	0	1	1
Hypokondri	1	0	1	0
Panikk lidelse	1	1	2	0
EDNOS	0	1	1	0
Overspisingsforstyrrelse	1	0	1	0
Trikotillomani	0	1	1	1
<i>Total</i>	29	28	57	8
Axis II komorbiditet				
Engstelig/unnvikende	1	2	3	1
OCPD	5	5	10	7
<i>Total</i>	6	7	13	8

Merk. EDNOS = Eating Disorder Not Otherwise Specified, GAD = generalized anxiety disorder, OCPD = obsessive compulsive personality disorder.

Tabell 2: Korrelasjon mellom alle måleinstrumenter ved T₁ (N=39).

Variabel	BDI	DAS-P	MCQ-Total	MCQ-1	MCQ-2	MCQ-3	MCQ-4	MCQ-5
BDI	1	.11	.37*	.15	.27	.10	.44**	.17
DAS-P	-	1	.21	.16	.27	-.07	.22	.14
MCQ-total	-	-	1	.47**	.64**	.51**	.76**	.60**
MCQ-1	-	-	-	1	.02	.08	.31	.15
MCQ-2	-	-	-	-	1	.02	.39*	.57**
MCQ-3	-	-	-	-	-	1	.28	-.16
MCQ-4	-	-	-	-	-	-	1	.32*
MCQ-5	-	-	-	-	-	-	-	1

Merk. T₁=før behandlingsoppstart; BDI = Beck Depression Inventory; DAS-P = Dysfunctional Attitude Scale-Perfeksjonisme; MCQ-total = Metacognitions Questionnaire 30 totalskåre; MCQ-1 = MCQ-subskala 1 (Positive metaantakelser); MCQ-2 = MCQ-subskala 2 (Negative metaantakelser); MCQ-3 = MCQ-subskala 3 (Kognitiv tillit); MCQ-4 = MCQ-subskala 4 (Antakelser om behov for å kontrollere ens tanker); MCQ-5 = MCQ-subskala 5 (Kognitiv selvopphenghet). * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Tabell 3: Korrelasjon mellom alle måleinstrumenter ved T₂ (N=39).

Variabel	BDI	DAS-P	MCQ-Total	MCQ-1	MCQ-2	MCQ-3	MCQ-4	MCQ-5
BDI	1	.69**	.69**	.36*	.71**	.26	.65**	.43**
DAS-P	-	1	.74**	.46**	.48**	.56**	.68**	.41**
MCQ-total	-	-	1	.66**	.73**	.66**	.83**	.66**
MCQ-1	-	-	-	1	.30	.39*	.45**	.50**
MCQ-2	-	-	-	-	1	.20	.57**	.46**
MCQ-3	-	-	-	-	-	1	.48**	.17
MCQ-4	-	-	-	-	-	-	1	.38*
MCQ-5	-	-	-	-	-	-	-	1

Merk. T₂=ved behandlingsslutt; BDI = Beck Depression Inventory; DAS-P = Dysfunctional Attitude Scale-Perfeksjonisme; MCQ-total = Metacognitions Questionnaire 30 totalskåre; MCQ-1 = MCQ-subskala 1 (Positive metaantakelser); MCQ-2 = MCQ-subskala 2 (Negative metaantakelser); MCQ-3 = MCQ-subskala 3 (Kognitiv tillit); MCQ-4 = MCQ-subskala 4 (Antakelser om behov for å kontrollere ens tanker); MCQ-5 = MCQ-subskala 5 (Kognitiv selvopphenghet). * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$

Tabell 4: Effekten av endringsskåre for MCQ-30-total og MCQ-30-subskalaer på DAS-P-postskåre (N = 39).

Steg	Variabel	F change	R ² change	β	t
1	DAS-P (T ₁)	9.46**	.20	.45	3.08**
2	BDI (T ₁)	3.14	.06	.25	1.77
3	MCQ-total (T ₂ -T ₁)	19.14***	.26	.52	4.37***
3	MCQ-1 (T ₂ -T ₁)	1.84	.04	.20	1.36
3	MCQ-2 (T ₂ -T ₁)	13.21***	.20	.45	3.63***
3	MCQ-3 (T ₂ -T ₁)	10.73**	.17	.42	3.28**
3	MCQ-4 (T ₂ -T ₁)	17.33***	.24	.52	4.16***
3	MCQ-5 (T ₂ -T ₁)	2.92	.06	.24	1.71

Merk. T₁ = før behandlingsoppstart; T₂ = ved behandlingsslutt; T₂-T₁ = endringsskåre (dvs. sumskåre ved T₁ subtrahert fra sumskåre ved T₂); BDI = Beck Depression Inventory; DAS-P = Dysfunctional Attitude Scale-Perfeksjonisme; MCQ-total = Metacognitions Questionnaire 30 totalskåre; MCQ-1 = MCQ-subskala 1 (Positive metaantakelser); MCQ-2 = MCQ-subskala 2 (Negative metaantakelser); MCQ-3 = MCQ-subskala 3 (Kognitiv tillit); MCQ-4 = MCQ-subskala 4 (Antakelser om behov for å kontrollere ens tanker); MCQ-5 = MCQ-subskala 5 (Kognitiv selvopphenghet). ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

LITTERATURLISTE

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Whitehouse, W. G., Hogan, M. E., Panzarella, C., & Rose, D. T. (2006). Prospective incidence of first onsets and recurrences of depression in individuals at high and low cognitive risk for depression. *Journal of abnormal psychology, 115*(1), 145.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised 4th ed.). Washington, DC: Author.
- Antony, M., & Swinson, R. (2009). *When perfect isn't good enough: Strategies for coping with perfectionism* (2.utg.). Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Archer, R. P., & Smith, S. R. (2014). *Personality assessment* (2.utg.). New York: Routledge.
- Arpin-Cribbie, C., Irvine, J., & Ritvo, P. (2012). Web-based cognitive-behavioral therapy for perfectionism: a randomized controlled trial. *Psychotherapy Research, 22*(2), 194-207.
- Baker, C. A., & Morrison, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine, 28*(5), 1199-1208.
- Bastiani, A. M., Rao, R., Weltzin, T., & Kaye, W. H. (1995). Perfectionism in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 17*(2), 147-152.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry, 10*(6), 561-571.
- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: new perspectives. I P. J. Clayton & J. E. Barrett (Red.), *Treatment of depression: old controversies and new approaches* (s. 265–290). New York: Raven.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100.
- Beck A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Bieling, P. J., Israeli, A. L., & Antony, M. M. (2004). Is perfectionism good, bad, or both? Examining models of the perfectionism construct. *Personality and individual differences*, 36(6), 1373-1385.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The psychoanalytic study of the child*, 29(1), 107-157.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(1), 125-132
- Brown, G. P., & Beck, A. T. (2002). Dysfunctional attitudes, perfectionism, and models of vulnerability to depression. I G.L.Flett & P.L. Hewitt (Red.), *Perfectionism: Theory, research and treatment*, (1.utg., s. 231-251). Washington DC: American Psychological Association.
- Burns, D. D. (1980). The perfectionist's script for self-defeat. *Psychology today*, 14(6), 34-52.
- Cane, D. B., Olinger, L. J., Gotlib, I. H., & Kuiper, N. A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 307-309
- 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.

- Clark, D. M., Ball, S., & Pape, D. (1991). An experimental investigation of thought suppression. *Behaviour research and therapy*, 29(3), 253-257.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cox, B. J., Enns, M. W., & Clara, I. P. (2002). The multidimensional structure of perfectionism in clinically distressed and college student samples. *Psychological assessment*, 14(3), 365-373
- Dunkley, D. M., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., & McGlashan, T. H. (2006). Perfectionism and depressive symptoms 3 years later: Negative social interactions, avoidant coping, and perceived social support as mediators. *Comprehensive psychiatry*, 47(2), 106-115.
- Dunkley, D. M., Blankstein, K. R., Zuroff, D. C., Lecce, S., & Hui, D. (2006). Self-critical and personal standards factors of perfectionism located within the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 40(3), 409-420.
- Dunkley, D. M., & Kyparissis, A. (2008). What is DAS self-critical perfectionism really measuring? Relations with the five-factor model of personality and depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 44(6), 1295-1305.
- Egan, S. J., & Hine, P. (2008). Cognitive behavioural treatment of perfectionism: A single case experimental design series. *Behaviour Change*, 25(04), 245-258.
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical psychology review*, 31(2), 203-212.
- Ehring, T., Zetsche, U., Weidacker, K., Wahl, K., Schönfeld, S., & Ehlers, A. (2011). The Perseverative Thinking Questionnaire (PTQ): Validation of a content-independent measure of repetitive negative thinking. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 42(2), 225-232.
- Enns, M. W., & Cox, B. J. (1999). Perfectionism and depression symptom severity in major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(8), 783-794.

- Ferrari, J. R. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical samples. *Journal of Social Behavior & Personality*, 10 (1), 143-156
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4.utg). London: Sage.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders- Patient edition (SCID I / P, version 2.0)*. Biometrics Research Department.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B., & Benjamin, L. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II-Personality*. Biometrics Research Department.
- Flett, G. L., Coulter, L. M., Hewitt, P. L., & Nepon, T. (2011). Perfectionism, rumination, worry, and depressive symptoms in early adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*, 26(3), 159-176.
- Flett, G. L., Madorsky, D., Hewitt, P. L., & Heisel, M. J. (2002). Perfectionism cognitions, rumination, and psychological distress. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 20(1), 33-47.
- Frost, R. O., Heimberg, R. G., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Neubauer, A. L. (1993). A comparison of two measures of perfectionism. *Personality and individual differences*, 14(1), 119-126
- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour research and therapy*, 35(4), 291-296.
- Glover, D. S., Brown, G. P., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A preliminary evaluation of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A case series. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(1), 85-94.

- Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2015). Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive–compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(1), 41-50.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *11*(2), 137-144.
- Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E., & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, *49*(3), 247-252.
- Harris, P. W., Pepper, C. M., & Maack, D. J. (2008). The relationship between maladaptive perfectionism and depressive symptoms: The mediating role of rumination. *Personality and Individual Differences*, *44*(1), 150-160.
- Hamachek, D. E. (1978). Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism. *Psychology*, *15*(1), 27-33.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *6*, 278-96.
- Hamilton, E. W., & Abramson, L. Y. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorder: a longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*(2), 173-184
- Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(4), 383-401.
- Hewitt, P. L., & Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of personality and social psychology*, *60*(3), 456-470

- Hewitt, P. L., Flett, G. L., & Ediger, E. (1996). Perfectionism and depression: Longitudinal assessment of a specific vulnerability hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(2), 276-280
- Hjemdal, O. & Kennair, L.E.O. (2014). Kognitiv atferdsterapi. I L.E.O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi: Tilnærminger og metoder* (1.utg., s.145-163). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Hollender, M. H. (1965). Perfectionism. *Comprehensive psychiatry, 6*(2), 94-103.
- Imber, S. D., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Elkin, I., Watkins, J. T., Collins, J. F., et al. (1990). Mode-specific effects among three treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 352–359.
- Jacobs, R. H., Reinecke, M. A., Gollan, J. K., & Kane, P. (2008). Empirical evidence of cognitive vulnerability for depression among children and adolescents: A cognitive science and developmental perspective. *Clinical psychology review, 28*(5), 759-782.
- Janeck, A. S., Calamari, J. E., Riemann, B. C., & Heffelfinger, S. K. (2003). Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 17*(2), 181-195.
- Juster, H. R., Heimberg, R. G., Frost, R. O., Holt, C. S., Mattia, J. I., & Faccenda, K. (1996). Social phobia and perfectionism. *Personality and Individual Differences, 21*(3), 403-410.
- Klein, D. N. (2003). Patients' versus informants' reports of personality disorders in predicting 7 1/2-year outcome in outpatients with depressive disorders. *Psychological Assessment, 15*(2), 216-222

- Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2002). Informant-reports of personality disorder: Relation to self-reports and future research directions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 300–311.
- Kuehner, C., Huffziger, S., & Liebsch, K. (2009). Rumination, distraction and mindful self-focus: Effects on mood, dysfunctional attitudes and cortisol stress response. *Psychological medicine*, 39(02), 219-228.
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychologic interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 43(06), 705-731.
- Lundh, L. G., & Öst, L. G. (1996). Stroop interference, self-focus and perfectionism in social phobics. *Personality and Individual Differences*, 20(6), 725-731.
- 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.
- Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A. T. (2014). Perfectionism and psychological distress: A review of the cognitive factors. *International Journal of Clinical Neurosciences and Mental Health*, 1(6), 1-10.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. (2010). Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of anxiety disorders*, 24(5), 509-519.
- Miranda, J., & Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(1), 76-79
- Morrison, A. P., Wells, A., & Nothard, S. (2000). Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, 39(1), 67-78.

- Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806-817.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4), 436-442.
- Nordahl, H. (2014). Metakognitiv terapi. I L.E.O. Kennair & R. Hagen (Red.), *Psykoterapi: Tilnæringer og metoder* (1.utg., s.145-163). Oslo: Gyldendal Akademisk
- O'Connor, D. B., O'Connor, R. C., & Marshall, R. (2007). Perfectionism and psychological distress: Evidence of the mediating effects of rumination. *European Journal of Personality*, 21(4), 429-452.
- Oliver, J. M., & Baumgart, E. P. (1985). The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population. *Cognitive therapy and research*, 9(2), 161-167.
- 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.
- Pacht, A. R. (1984). Reflections on perfection. *American psychologist*, 39(4), 386-390
- Pleva, J., & Wade, T. D. (2007). Guided self-help versus pure self-help for perfectionism: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(5), 849-861.
- Power, M. J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C. F., Lam, D., & Beck, A. T. (1994). The Dysfunctional Attitude Scale (DAS): a comparison of forms A and B and proposals for a new subscaled version. *Journal of Research in Personality*, 28(3), 263-276.
- Powers, T. A., Zuroff, D. C., & Topciu, R. A. (2004). Covert and overt expressions of self-criticism and perfectionism and their relation to depression. *European Journal of Personality*, 18(1), 61-72.

- Purdon, C., & Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. I R. O. Frost & G. Steketee (Red.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment* (1.utg., 29-43). Oxford: Elsevier
- Radhu, N., Daskalakis, Z. J., Guglietti, C. L., Farzan, F., Barr, M. S., Arpin-Cribbie, C. A., ... & Ritvo, P. (2012). Cognitive behavioral therapy-related increases in cortical inhibition in problematic perfectionists. *Brain stimulation*,5(1), 44-54.
- Riley, C., Lee, M., Cooper, Z., Fairburn, C. G., & Shafran, R. (2007). A randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy for clinical perfectionism: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2221-2231.
- Rogers, G. M., Park, J. H., Essex, M. J., Klein, M. H., Silva, S. G., Hoyle, R. H., ... & Pathak, S. (2009). The dysfunctional attitudes scale: Psychometric properties in depressed adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38(6), 781-789.
- Rosch, D. S., Crowther, J. H., & Graham, J. R. (1991). MMPI-derived personality description and personality subtypes in an undergraduate bulimic population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 5(1), 15-22
- Scher, C. D., Ingram, R. E., & Segal, Z. V. (2005). Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diatheses in unipolar depression. *Clinical psychology review*, 25(4), 487-510.
- Silverman, J. S., Silverman, J. A., & Eardley, D. A. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression?. *Archives of General Psychiatry*, 41(1), 28-30.
- 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., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of anxiety disorders*, 24(1), 79-86.
- Solomon, L. J., & Rothblum, E. D. (1984). Academic procrastination: Frequency and cognitive-behavioral correlates. *Journal of counseling psychology*, 31(4), 503-509.
- Sorotzkin, B. (1985). The quest for perfection: Avoiding guilt or avoiding shame?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(3), 564-571
- Srinivasagam, N. M., Kaye, W. H., Plotnicov, K. H., Greeno, C., Weltzin, T. E., & Rao, R. (1995). Persistent perfectionism, symmetry, and exactness after long-term recovery from anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1630-1634.
- Steele, A. L., & Wade, T. D. (2008). A randomised trial investigating guided self-help to reduce perfectionism and its impact on bulimia nervosa: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 46(12), 1316-1323.
- Tanaka-Matsumi, J., & Kameoka, V. A. (1986). Reliabilities and concurrent validities of popular self-report measures of depression, anxiety, and social desirability. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(3), 328-333
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of personality and social psychology*, 53(1), 5-13.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy* (1. utg.). Chichester: Wiley.
- Wells, A., (2011). *Metakognitiv terapi for angst og depresjon* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide* (1.utg.) Chichester: John Wiley & Sons.
- 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* (1.utg.). Hove UK: Psychology Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11), 881-888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and metacognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (9), 899–913.
- Weissman, A. N., & Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Paper presentert på det årlige møtet for the Association for the Advancement og Behavior Therapy, Chicago
- Widiger, T. A., & Smith, G. T. (2011). Personality and psychopathology. I John, Robins & Pervin (red): *Handbook of personality. Theory and research* (3.utg., s. 743-769). New York: The Guildford Press
- Wong, Q. J., & Moulds, M. L. (2009). Impact of rumination versus distraction on anxiety and maladaptive self-beliefs in socially anxious individuals. *Behaviour research and therapy*, 47(10), 861-867.
- Zuroff, D. C., Blatt, S. J., Sanislow, C. A., Bondi, C. M., & Pilkonis, P. A. (1999). Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(1), 76-89

Zuroff, D. C., Mongrain, M. & Santor, D. A. (2004). Conceptualizing and measuring personality vulnerability to depression: Comment on Coyne and Whiffen (1995). *Psychological Bulletin*, 130 (3), 489–511.

Zimmerman, M. (1994). Diagnosing personality disorders: A review of issues and research methods. *Archives of General Psychiatry*, 51(3), 225-245.

APPENDIKS

Dysfunctional Attitude Scale (DAS: Weissman & Beck, 1978) (Kun DAS-Perfeksjonisme-leddene er illustrert her)

Under følger en liste med ulike holdninger og innstillinger. Hvor enig eller uenig er du i hver av dem? Det vi er interessert i er hva som er typisk for din måte å tenke på. Tenk derfor på hvordan du *vanligvis* er. Benytt følgende svarskala:

1= Helt enig, 2= Veldig enig, 3= Litt enig, 4= Nøytral, 5= Litt uenig, 6= Veldig uenig, 7= Helt uenig

Ledd nr.	Ledd
1	“Det er vanskelig å være lykkelig hvis man ikke er pen, intelligent, rik og kreativ”
3	“Folk vil sannsynligvis synes mindre om meg hvis jeg gjør en feil”
4	“Hvis jeg ikke gjør det bra hele tiden, vil folk heller ikke respektere meg”
8	“Hvis en person ber om hjelp, er det et tegn på svakhet”
9	“Hvis jeg ikke gjør det så bra som andre mennesker, betyr det at jeg er et underlegent menneske”
10	“Hvis jeg mislykkes i min jobb, så er jeg en mislykket person”
11	“Hvis du ikke kan gjøre noe skikkelig, er det liten vits å gjøre det i det hele tatt”
13	“Hvis noen er uenig med meg, betyr det sannsynligvis at vedkommende ikke liker meg”
14	Hvis jeg delvis mislykkes, er det like ille som å mislykkes fullstendig”
15	“Hvis andre folk vet hvordan du virkelig er, vil de synes mindre om deg”
20	“Hvis jeg ikke setter meg de høyeste mål, vil jeg sannsynligvis ende opp som en annenrangsperson”
21	“Hvis jeg skal bli et verdifullt menneske, må jeg virkelig være fremragende i det minste på ett område”
22	“Folk som har gode ideer er mer verdifulle enn de som ikke har det!”
23	“Jeg burde bli skuffet hvis jeg gjør en tabbe”
26	“Hvis jeg stiller et spørsmål, får det meg til å virke underlegen”

Metacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30: Wells & Cartwright-Hatton, 2004)

Her er et utvalg antakelser folk kan ha om sine egne tanker. Kryss av for hvor mye du vanligvis er enig i hver av dem. Det er ingen riktige eller gale svar.

Benytt følgende svarskala:

1=Ikke enig, 2= Litt enig, 3= Ganske enig, 4= Svært enig

1. Å bekymre meg hjelper meg å unngå problemer i fremtiden.
2. At jeg bekymrer meg, er farlig for meg.
3. Jeg tenker mye om tankene mine.
4. Jeg kan gjøre meg selv syk av å bekymre meg.
5. Jeg er oppmerksom på at måten sinnet mitt arbeider når jeg tenker gjennom et problem.
6. Dersom jeg ikke kontrollerte en bekymringstanke, og det så skjedde, ville det være min skyld.
7. Jeg trenger å bekymre meg for å forbli organisert.
8. Jeg har lite tiltro til min hukommelse for ord og navn.
9. Mine bekymringstanker går ikke bort uansett hvordan jeg forsøker å stoppe dem.
10. Å bekymre meg hjelper meg å sortere ting i sinnet mitt.
11. Jeg kan ikke ignorere bekymringstankene mine.
12. Jeg holder oversikt over tankene mine.
13. Jeg burde ha kontroll over tankene mine hele tiden.
14. Hukommelsen min kan fra tid til annen villedde meg.
15. Mine bekymringstanker kan gjøre meg gal
16. Jeg er konstant oppmerksom på hvordan jeg tenker
17. Jeg har en dårlig hukommelse
18. Jeg følger nøye med på hvordan sinnet mitt fungerer

19. Bekymringer hjelper meg med å holde ut
20. At jeg ikke er i stand til å kontrollere tankene mine, er et tegn på svakhet
21. Når jeg starter å bekymre meg, kan jeg ikke stoppe
22. Jeg kommer til å straffes for at jeg ikke kontrollerer visse tanker
23. Å bekymre meg hjelper meg å løse problemer
24. Jeg har lite tillit til min hukommelse for steder
25. Deter dårlig å tenke visse tanker
26. Jeg stoler ikke på hukommelsen min
27. Dersom jeg ikke kunne kontrollere tankene mine, ville jeg ikke vært i stand til å fungere
28. Jeg trenger å bekymre meg for å arbeide bra
29. Jeg har lite tillit til min hukommelse for handlinger
30. Jeg gransker tankene mine konstant

Beck Depression Inventory (BDI: Beck et al., 1961)

Her er 21 grupper med utsagn. Vennligst kryss av for det utsagnet i hver gruppe som *best* beskriver hvordan du har hatt det den *siste uken, medregnet i dag*. Det er viktig at du leser alle utsagnene i gruppa før du krysser av.

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 tilstanden
 3 Jeg er så trist eller ulykkelig 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 live mitt, ser jeg ikke annet enn mislykkethet
 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 ordentlig tilfredsstillelse av noe lenger
 3 Jeg er misfornøyd eller kjeder meg med alt

5. 0 Jeg føler meg ikke særlig skyldbetyngt
 1 Jeg føler meg skyldbetyngt en god del av tiden
 2 Jeg føler meg temmelig skyldbetyngt mesteparten av tiden

- 3 Jeg føler meg skyldbetyngt 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 bebreider 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 gråter ikke mer enn vanlig
- 1 Jeg gråter mer nå enn jeg gjorde før
- 2 Jeg gråter hele tiden nå
- 3 Jeg pleide å kunne gråte, men nå kan jeg ikke gråte selv om jeg gjerne vil
11. 0 Jeg er ikke mer irritert nå enn ellers
- 1 Jeg blir lettere ergerlig 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 like godt som før
- 1 Det kreves en ekstra anstrengelse for å ta fatt på noe
- 2 Jeg må presse meg selv hardt for å gjøre noe
- 3 Jeg klarer ikke å gjøre noe i det hele tatt
16. 0 Jeg sover like godt som ellers
- 1 Jeg sover ikke så godt som før
- 2 Jeg våkner 1-2 timer tidligere enn ellers og har vanskelig for å sovne igjen
- 3 Jeg våkner flere timer tidligere enn jeg pleide, og får ikke sove igjen
17. 0 Jeg blir ikke fortere trøtt enn ellers

- 1 Jeg blir fortere trøtt enn ellers
 - 2 Nesten alt jeg gjøre, 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 min 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 verking 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 stort annet
21. 0 Jeg har ikke merket noen forandring i mine seksuelle interesser i det siste
- 1 Jeg er 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

