

Sverre Bang Støeng
Peter Sævik

Metakognitive antagelser knyttet til sosial angst

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi
Veileder: Henrik Nordahl
Januar 2023

Sverre Bang Støeng
Peter Sævik

Metakognitive antagelser knyttet til sosial angst

Hovedoppgave i Profesjonsstudiet i Psykologi
Veileder: Henrik Nordahl
Januar 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for psykologi



Kunnskap for en bedre verden

Forord

Vårt samarbeid om dette prosjektet oppstod som følge av en delt nysgjerrighet for metakognitiv teori og sosial angst, noe som vi fant ut at vi ønsket å undersøke i fellesskap. Arbeidet med denne oppgaven har vært spennende, lærerikt og utfordrende. Vi har hele veien måtte prøve oss frem i ukjent terreng, noe som har gjort læringskurven bratt og mestringsfølelsen stor.

Vi ønsker å takke vår veileder Henrik Nordahl for all hjelp. Takk for at du har vært tilgjengelig når vi har trengt deg, og for all bistand knyttet til de mange teoretiske og metodiske spørsmålene vi har hatt. Takk for støtte til utarbeiding av problemstilling, og for tilliten du har vist oss ved å la oss boltre oss med ditt teoretiske og kliniske forarbeid.

Vi vil også takke våre respektive partnere på hjemmebane. Takk for at dere har vært gode støttespillere, spesielt det siste året. I tillegg ønsker vi å takke de til sammen 751 (!) deltakerne som var villige til å svare på våre undersøkelser. Vi synes det er veldig kult at så mange tok seg tid til å svare.

*Sverre Bang Støeng og Peter Sævik
Trondheim, januar 2023*

Sammendrag

Selv om MCQ-30 regnes som gullstandarden for registrering av metakognitive antagelser, inneholder den ikke antagelser som er spesifikt knyttet til sosial angst. I denne oppgaven, forsøker vi å identifisere unike metakognitive domener som både har spesifisitet for sosial angst, og som predikerer sosial angst kontrollert for generelle metakognisjoner og kognitive antagelser knyttet til sosial angst. Det ble utarbeidet to spørreskjema, som henholdsvis målte metakognitive antagelser (MCQ-SB) og metakognitive mål for prosessering (MCQ-SG). Oppgaven rapporterer evalueringen av de psykometriske egenskapene til de to skjemaene, og drøfter deres relevans i videre forskning og klinikk. Blant faktorene som konstituerte disse skjemaene hadde to faktorer både spesifikk og prediktiv verdi for sosial angst utover kognitive antagelser relatert til sosial angst, men det var kun én av faktorene (MCQ-SG-FNE) som utgjorde et nytt teoretisk domene utover det som allerede er beskrevet i MCQ-30. Den andre faktoren (MCQ-SB-GEN) er generelle negative metakognisjoner som er satt i en sosial kontekst. Oppsummert finner vi indikasjon for at metakognisjoner om kognitiv kontroll i sosiale situasjoner er sterkt knyttet til sosial angst, samt at metakognitive mål knyttet til fremtreden og prestasjon er unikt knyttet til sosial angst. Samtidig har vi identifisert et behov for videre arbeid med metakognitive domener for å kunne benytte spesifikke skjema til evaluering av mer overordnede forskningsspørsmål og klinisk praksis.

Nøkkelord: Metakognisjon; metakognitive antagelser; sosial angst; faktoranalyse, S-REF modellen.

Abstract

Although MCQ-30 is considered the gold standard for measuring metacognitive beliefs, it does not contain beliefs specifically related to social anxiety. This paper aims to identify novel metacognitive domains that are specific to social anxiety, as well as predictive for social anxiety. General metacognitions and cognitive beliefs related to social anxiety are controlled for. Two questionnaires were developed; one describing metacognitive beliefs (MCQ-SB) and one describing metacognitive goals for processing (MCQ-SG). This paper reports the evaluation of the psychometric properties of the two questionnaires and discusses their relevance for further research and practice. Among the factors that constitute these questionnaires, two factors had both specific and predictive value for social anxiety beyond cognitive beliefs related to social anxiety, but only one of the factors (MCQ-SG-FNE) is a novel theoretical domain beyond what is already described in MCQ-30. The other factor (MCQ-SB-GEN) describes general negative metacognitions placed in a social context. In summary, our findings suggest that metacognitions about cognitive control in social situations are strongly associated with social anxiety, and that metacognitive goals related to appearance and performance are uniquely related to social anxiety. Coincidentally we have identified a need for further work on metacognitive domains, in order to use specific questionnaires for evaluation in preeminent research questions and clinical practice.

Keywords: Metacognition; metacognitive beliefs; social anxiety; factor analysis, S-REF model.

Innholdsfortegnelse

1.1 Sosial angst – en kognitiv modell	1
1.2 Kognitiv atferdsterapi for sosial angst	3
1.3 S-REF modellen for psykiske lidelser	3
2. Studie 1	8
2.1 Metode	8
2.1.1 Utvalg.....	8
2.1.2 Måleinstrumenter	8
2.1.3 Statistiske analyser.....	9
2.2 Resultater	10
2.2.2 Utforskende faktoranalyse, MCQ-SB.....	10
2.2.1 Utforskende faktoranalyse, MCQ-SG.....	12
2.2.3 Intern konsistens	13
2.2.4 Konvergerende validitet.....	14
3. Studie 2	15
3.1 Metode	15
3.1.2 Utvalg.....	15
3.1.3 Måleinstrumenter	15
3.1.4 Statistiske analyser.....	18
3.2 Resultater	18
3.2.1 Prinsipalkomponentanalyse, MCQ-SB.....	18
3.2.2 Konfirmerende faktoranalyse, MCQ-SB	19
3.2.3 Prinsipalkomponentanalyse, MCQ-SG.....	20
3.2.4 Konfirmerende faktoranalyse, MCQ-SG.....	21
3.2.5 Intern konsistens	21

3.2.6 Konvergerende og divergerende validitet.....	22
3.2.7 Inkrementell validitet.....	24
3.2.8 Diskriminerende validitet.....	26
4. Diskusjon	27
4.1 Metakognisjoner med spesifikk relevans for sosial angst.....	27
4.2 Spesifikke metakognitive antagelser.....	29
4.3 Metakognisjoner som transdiagnostisk fenomen.....	30
4.4 Interpersonlige problemer og metakognisjoner	31
4.5 Begrensninger ved oppgaven.....	31
5. Konklusjon.....	33
6. Referanser	35
7. Appendiks A	38
8. Appendiks B.....	43
9. Appendiks C.....	44
10. Appendiks D	45
11. Appendiks E.....	46

METAKOGNITIVE ANTAGELSER KNYTTET TIL SOSIAL ANGST

Etter depresjon er angst den vanligste årsaken til at voksne i Norge oppsøker helsehjelp. Spesifikke fobier og sosial fobi (sosial angst) er de to angstlidelsene med klart høyest livstidsprevalens, og prevalensen er omtrent like stor for begge i et norsk utvalg (Reneflot et al., 2018). Helsetjenester knyttet til utredning og behandling av psykiske lidelser utgjør 19.6 % av de totale utgiftene i helsevesenet, og 15.2 % av de totale samfunnskostnadene knyttet til sykdomsbyrde og produksjonstap (Helsedirektoratet, 2015). Sett i sammenheng kan man estimere at sosial angst alene kostet norske helsetjenester opptil 4.3 milliarder kroner i løpet 2013. Forebygging og mer effektiv behandling av sosial angst kan derfor bidra til store besparelser i sykdomsbyrde for befolkningen, samt redusere samfunnsøkonomiske kostnader og utgifter i helsevesenet. Forskning som kan bidra til bedre forståelse for etiologien og opprettholdelsen av sosial angst, kan være et nyttig bidrag til dette.

Sosial angst kjennetegnes av en frykt for å bli gransket kritisk av andre mennesker i sosiale situasjoner, noe som medfører angst og unngåelse av de angstutløsende sosiale situasjonene (WHO, 1999). Ifølge ICD-10 (WHO, 1999, s. 87) skal følgende diagnostiske kriterier være tilstede for at diagnosen F40.1 sosiale fobier skal kunne stilles: (a) psykiske, atferdsmessige eller autonome symptomer må primært være manifestasjoner av angst, og ikke sekundære i forhold til andre symptomer som vrangforestillinger eller tvangstanker; (b) angsten må være avgrenset til, eller hovedsakelig forekomme i, spesielle sosiale situasjoner; og (c) den fobiske situasjonen unngås når det er mulig.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) anbefaler kognitiv atferdsterapi (KAT) som primær behandling av sosial angst (Pilling et al., 2013). Spesifikt KAT som er utviklet for behandling av sosial angst, da basert enten på Rapee og Heimberg (1997) sin eller Clark og Wells (1995) sin kognitive modell for sosial angst. Disse anbefalingene er basert på systematisk gjennomgang av evidensgrunnlaget for behandling, og vurderinger av kostnadseffektiviteten ved intervensjonene (Pilling et al., 2013). For øyeblikket er ingen nyere anbefalinger publisert.

1.1 Sosial angst – en kognitiv modell

Clark og Wells (1995) sin kognitive modell for sosial fobi beskriver hvordan lidelsen opprettholdes av en informasjonsprosesseringsstil kjennetegnet av selv-fokusert

oppmerksomhet ledsaget av uhensiktsmessige mestringsstrategier. Når en har oppmerksomheten rettet mot seg selv blir det vanskelig å registrere eksterne tegn som avkrefter antagelser man har om seg selv og situasjonen. Dermed vedvarer disse antagelsene.

Modellen beskriver tre forskjellige typer antagelser som kan opprettholde sosial angst. Den første typen er betingede antagelser (*conditional assumptions*). Et eksempel på en slik antagelse kan være: «Dersom noen ser mine angstsymptomer vil jeg fremstå som svak». Den andre typen antagelser er ubetingede oppfatninger om det sosiale selvet (*unconditional beliefs about the social self*). Eksempler på slike oppfatninger kan være: «Jeg er dum», «Jeg er uinteressant» eller «Jeg er umulig å like». Den siste typen antagelse som er beskrevet i modellen omhandler høye standarder og regler for sosiale situasjoner. Dette kan være regler eller standarder som: «Jeg må fremstå som intelligent og interessant» eller «Jeg må bli likt av alle».

Ifølge modellen aktiveres disse antagelsene i spesifikke sosiale situasjoner som personen frykter. Aktivering av antagelsene fører til en rekke negative automatiske tanker som for eksempel: «De kommer til å gjennomskue meg», «Jeg kommer til å stokke ordene», «De kommer til å legge merke til at jeg svetter». Slik det siste eksempelet viser kan slike negative automatiske tanker også kobles til de autonome angstsymptomene som oppstår, som svetting, rødming og skjelving.

Når disse negative automatiske tankene overtar i sosiale situasjoner, opparbeider man seg en forståelse av hvordan man fremstår sett fra andres perspektiv. Denne forståelsen baserer seg på analyse av egne angstsymptomer og automatiske tanker basert på antagelser om seg selv. Dette bidrar til en ond sirkel der antagelsene forsterkes.

For å håndtere disse negative antagelsene om seg selv bedrives sikringsatferd. Eksempler på dette kan være å planlegge setninger før en skal snakke eller å ha på seg ekstra plagg for å skjule svetting. Problemet med disse mestringsstrategiene er at de videre forsterker den selv-fokuserte oppmerksomheten, øker oppfattelsen av frykt, forebygger muligheten for å oppleve en avkrefteelse av antagelser og kan påvirke selve situasjonen. Slik sikringsatferd kan dermed gjøre at personen fremstår som uvennlig, kald eller tilbaketrukket. Fullstendig unngåelse av situasjonen som trigger angsten er også vanlig, noe som gjør at det blir umulig å få motbevist de antagelsene som personen har om situasjonen og seg selv.

I forkant av sosiale situasjoner er det vanlig med bekymring og planlegging rundt situasjonen. Dette øker den negative selv-oppmerksomheten og fører til emosjonelt ubehag også utenfor den sosiale situasjonen. Det samme kan man si om analysering og grubling om

situasjonen i etterkant. Dette beskriver hvordan den sosiale fobien kan føre til vesentlig ubehag, både i forkant, underveis og i etterkant av sosiale situasjoner.

1.2 Kognitiv atferdsterapi for sosial angst

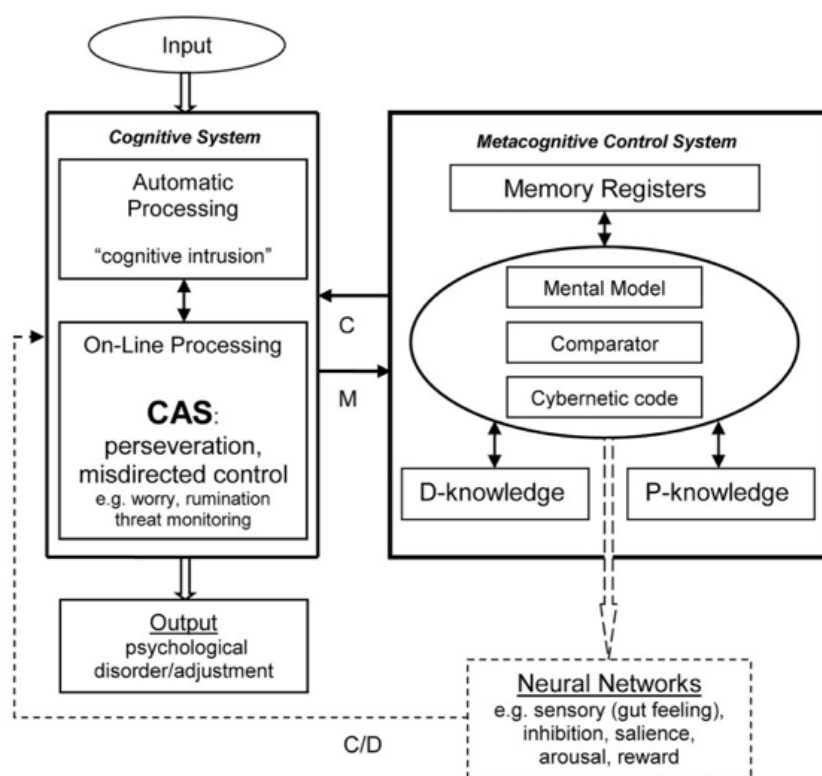
KAT er den gjeldende anbefalte behandlingen for sosial angst, og inkluderer intervensjoner som eksponeringsterapi, avslapningstrening, sosial ferdighetstrening og kognitiv restrukturering (Pilling et al., 2013; Richard, 2002). Kognitiv restrukturering går ut på å (a) identifisere negative tanker som har tilknytning til situasjonene som fremkaller symptomer på angst; (b) utforske og utfordre disse gjennom dialog og atferdseksperimenter; og (c) utarbeide alternative, mer hensiktsmessige tanker. Gjennomgangsstudier av Carpenter et al. (2018) og Hofmann et al. (2012) viser at KAT har god og svært omfattende dokumentert effekt på behandling av sosial angst. KAT spiller både på menneskers kognisjon og atferd for å bedre symptomene på sosial angst, og den kognitive modellen forklarer etiologien og opprettholdelsen av sosial angst med de samme to faktorene. Men kan det finnes flere aspekter ved menneskelig funksjon som spiller en rolle i sosial angst?

1.3 S-REF modellen for psykiske lidelser

Som et metakognitivt alternativ til den kognitive modellen til Clark og Wells (1995) beskriver Wells og Matthews (1996) S-REF modellen (The Self-Regulatory Executive Function Model). Denne modellen beskriver en alternativ forståelse for hvordan emosjonell lidelse dannes og opprettholdes. Modellen baserer seg på en kognitiv arkitektur med tre nivåer; (a) en automatisk og refleksiv prosesseringsenhet; (b) en kontrollert prosesseringsenhet, som er oppmerksomhetskrevende og dermed har begrenset kapasitet; og (c) en enhet der selv-antagelser (metakognisjoner) og medfølgende planer er lagret. Denne tredje enheten omtales som det metakognitive kontrollsystemet og har som hensikt å overvåke og kontrollere den kontrollerte prosesseringsenheten (Wells, 2019).

S-REF modellen beskriver spesifikt en prosessering som er selv-regulerende og basert på metakognisjon. Prosesseringen foregår i den kontrollerte prosesseringsenheten, noe som vil si at den er selvstyrt og har begrenset kapasitet. I metasystemet i modellen er det to forskjellige typer selv-antagelser; (a) deklorative antagelser, som kan være spesifikke antagelser som «bekymring er ukontrollerbart» eller «om jeg bekymrer meg vil jeg være mer forberedt»; og (b) prosedurale antagelser, som er mer implisitte antagelser og planer som omhandler hvordan en skal bruke den kontrollerte prosesseringsenheten (Wells, 2019). Figur

1 viser en grafisk fremstilling av S-REF modellen, med de forskjellige nivåene i den kognitive arkitekturen. Wells og Matthews (1996) beskriver hvordan man kan tenke seg at det kun eksisterer et proseduralt antagelses-system, og at de deklarativer antagelsene kun er konsekvenser av gjennomføringen av spesifikke planer for kontrollert prosessering.



Figur 1. S-REF modellen (Wells, 2019)

I modellen beskrives det et kognitivt oppmerksomhetssyndrom (cognitive attentional syndrom, CAS). Dette syndromet beskriver en uhensiktsmessig tankestil for å håndtere interne og eksterne stimuli på, som opprettholder emosjonelt ubehag (Wells & Matthews, 1996). Wells (2009) beskriver hvordan den persevererende tankestilen (CAS) manifesterer seg gjennom bekymring, grubling, trusselmonitorering og uhensiktsmessige mestringsstrategier som slår feil. Tankemønstrene har en repetitiv kvalitet og omhandler selvrelaterte temaer som er vanskelig å ta kontroll over. Dette fører til en høyere grad av selvfokusert oppmerksomhet. I de neste avsnittene er disse strategiene beskrevet.

Wells (2009) beskriver bekymring og grubling (ruminering) som prosesser som fokuserer personer på negativ informasjon og bidrar til et forskrudd inntrykk av seg selv og av verden rundt en. Bekymring handler ofte om mulig fare i fremtiden, uten at bekymringen

har noen sammenheng med den reelle risikoen. Grubling tar ofte for seg spørsmål som har mange eller ikke identifiserbare svar, som forsterker usikkerhet og stor forskjell mellom det en person vet og det personen ønsker å vite. Grubling og bekymring tar opp store oppmerksomhetsressurser hos enkeltpersonen og har en vanedannende tendens som fører til at den ofte får foregå uten at personen registrerer den.

Trusselmonitorering er et problem på grunn av at (a) det forhøyer den subjektive opplevelsen av fare og opprettholder emosjonell aktivering; (b) det gjør at personen styrker et prosesseringsskjema som gjør at man får en mer sensitiv evne til å oppfatte fare; (c) det forhindrer prosessen der kognisjonen må tilpasse seg en hverdag uten trusler; og (d) det kan skape en bias i prosessering av frykt som gjør at en oftere kan oppleve intrusive mentale opplevelser.

Tankekontrollstrategier, som for eksempel undertrykkelse, fører til en inhibisjon av normal emosjonell prosessering. Den emosjonelle habitueringsprosessen som foregår ved gjentatt eksponering for tanker kan da ikke ta plass. Undertrykkelse spesifikt er en strategi som aldri lykkes hele tiden, noe som kan medføre en opplevelse av kontrolltap.

Andre mestringsstrategier, som unngåelse eller rusbruk for å mestre situasjoner er problematiske da de fjerner muligheten for at en kan oppleve at man faktisk klarer å mestre de situasjonene som en opplever som vanskelig.

CAS, som disse strategiene utgjør, er kontrollert av feilaktige antagelser om tanker. Disse antagelsene er deklarativer antagelser i metasystemet, og kan deles inn i positive og negative metakognitive antagelser (Wells, 2019). De positive metaantagelsene omhandler nyttigheten av strategiene som er beskrevet ovenfor (f.eks. «bekymring gjør meg forberedt»), mens de negative metaantagelsene handler om kontrollerbarhet til tanker og faren, viktigheten og meningen til tanker (f.eks. «bekymring er ukontrollerbart» eller «bekymring er farlig») (Wells, 2009).

Wells (2019) beskriver hvordan det i metasystemet finnes en mental modell for ønsket kognitiv fungering og at denne modellen stadig sammenlignes med den faktiske prosesseringen. Om det viser seg å være diskrepans mellom disse kan metasystemet modulere det som foregår i det kognitive systemet (bevisstheten vår) slik at det samsvarer bedre med lagret informasjon i langtidshukommelsen. De metakognitive målene i metasystemet er dermed deklarativ kunnskap som brukes for å påvirke bevisst prosessering. I psykiske lidelser vil disse målene påvirke det kognitive systemet i retning av CAS-fungering.

Metakognitiv teori og sosial angst. Den metakognitive modellen for psykisk lidelse (Wells & Matthews, 1996) beskriver altså hvordan CAS bidrar til å opprettholde psykologiske vansker gjennom uhensiktsmessige selvregulerende prosesser. Modellen påstår at disse prosessene er generaliserbare og danner grunnlaget for forskjellige former for emosjonell lidelse. Dermed er det interessant å vurdere i hvilken grad denne metakognitive fungeringen påvirker sosial angst.

Gkika et al. (2018) gjorde en systematisk gjennomgang av studier og undersøkte sammenhengen mellom sosiale antagelser etter teorien til Clark og Wells (1995), metakognitive antagelser etter teorien til Wells og Matthews (1996) og sosial angst. De fant sammenhenger mellom metakognitive antagelser og sosial angst, både direkte og indirekte via de sosiale antagelsene i kognitiv teori. De konkluderer med at det er nødvendig med flere studier som undersøker de relative bidragene til sosiale antagelser og metakognitive antagelser i sosial angst. De fant to studier som indikerte at endringer i metakognitive antagelser bidrar til en reduksjon av sosial angst, noe som er positivt med tanke på eventuell behandling med metakognitiv terapi.

Vogel et al. (2016) undersøkte intervensjoner som brukes i metakognitiv terapi som har som hensikt å bedre oppmerksomhetsfunksjoner, nemlig Attention Training Technique (ATT) og Situational Attentional Refocusing (SAR), og deres effekt på sosial angst. 11 av 24 pasienter møtte ikke lengre kriteriene for sosial angst etter åtte behandlinger.

Siden har Nordahl og Wells (2018) undersøkt effekten av metakognitiv terapi på tre pasienter med forskjellige typer sosial angst. De fant at alle pasientene hadde vesentlig reduksjon i symptomer og at denne reduksjonen var vedlikeholdt ved oppfølging seks måneder senere. Det virket også som behandlingen hadde effekt på pasientenes kognitive stil (selvregulerende prosessering) og metakognitive antagelser.

Disse funnene støtter påstanden om at behandling av sosial angst kan ha nytte av et mer metakognitivt fokus. I slik behandling vil det være nyttig å kunne måle metakognisjoner.

The Meta-Cognitions Questionnaire (MCQ). I jakten på et selvutfyllingsskjema for å måle metakognisjoner og for å utforske sammenhengen mellom metakognisjoner, bekymring og påtrengende tanker, utviklet Cartwright-Hatton og Wells (1997) skjemaet *The Meta-Cognitions Questionnaire*, oftest omtalt som MCQ. De identifiserte i dette skjemaet fem unike subskalaer av metakognisjoner:

1. Positive antagelser om bekymring, som omhandler tanker om at bekymring hjelper en med å løse problemer og unngå vanskelige situasjoner.
2. Negative antagelser om tanker som omfatter kontrollerbarhet og fare. Denne subskalaen omfatter antagelser om at den mentale og fysiske faren ved bekymring, antagelsen om at man må kontrollere ens egen bekymring for å fungere og antagelsen om at ens egen bekymring er ukontrollerbar.
3. Kognitiv selvsikkerhet (*cognitive confidence*), som omhandler selvsikkerheten til egen oppmerksomhet og hukommelse.
4. Negative antagelser som omfatter konsekvensene av å ikke kontrollere ens egne tanker. Denne skalaen omfatter temaer som overtro, straff og ansvar når det kommer til egne tanker.
5. Kognitiv selvbevissthet, som beskriver tendensen personer har til å fokusere på ens egne tankeprosesser.

MCQ er et skjema på 65 ledd, noe som førte til at Wells og Cartwright-Hatton (2004) ønsket å utvikle en kortversjon av skjemaet. De utviklet MCQ-30 og fant at dette skjemaet hadde en faktorsammensetning som samsvarer med det originale skjemaet. MCQ-30 er dermed en kortere, mer økonomisk og mer håndterlig versjon av skjemaet for å fange opp metakognitive antagelser.

MCQ og sosial angst. Selv om MCQ regnes som gullstandarden for registrering av metakognitive antagelser i psykopatologi, omfatter ikke verktøyet antagelser spesifikt knyttet til sosial angst. Vi mener at utviklingen av et verktøy som forsøker å fange opp metakognisjoner direkte relevant for sosial angst kan gi verdifull informasjon for hvordan vi kan formulere sosial angst i den metakognitive modellen samt hvilke antagelser som man bør adressere i behandling. Målet for denne oppgaven blir derfor å utforske en rekke metakognitive ledd og deres relevans i sammenheng med sosial angst. I samarbeid med veileder ble det utviklet to skjema for å måle potensielt relevante metakognitive antagelser og metakognitive mål relatert til sosial angst. De følgende to studiene rapporterer evalueringen av de psykometriske egenskapene ved disse skjemaene.

2. Studie 1

2.1 Metode

2.1.1 Utvalg

Utvalget av deltagere til studiet ble gjort ved et bekvemmelighetsutvalg. Studenter ved ulike studieprogrammer ved NTNU ble rekruttert i forelesninger, og det ble opprettet annonser på ulike plattformer for sosiale medier med informasjon om studiet og en invitasjon til å delta. Deltagerne fylte ut et selvrapporteringsskjema i det nettbaserte datainnsamlingsverktøyet Nettskjema, som er en elektronisk sikker løsning for datainnsamling levert av Universitetet i Oslo. Spørreskjemaet ble anonymisert ved bruk av alderskategorier (18-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59 og 60+), og det var derfor ikke nødvendig å innhente godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Det totale utvalget bestod av 350 deltakere, hvorav 282 (80.5 %) var kvinner og ingen oppga å identifisere seg som ikke-binær. 67 av deltagerne (19.1 %) var i alderen 35-39 år, og over halvparten (55.1 %) av deltagerne var mellom 18 til 39 år. 25 av deltagerne (7.1 %) var eldre enn 60 år. Gjennomsnittlig sumskåre for SIAS var på 35 (på en skala fra 0-80), noe som indikerer et gjennomsnittlig moderat nivå av sosial angst i utvalget.

2.1.2 Måleinstrumenter

SIAS (Social Interaction Anxiety Scale). SIAS ble utviklet av Mattick og Clarke (1998) som et forsøk på å lage et reliabelt screeningsskjema for sosial fobi. Leddene i skjemaet ble anskaffet på bakgrunn av eksisterende skjemaer for registrering av sosial angst og frykt, i tillegg til ledd ekstrahert fra kliniske intervjuer med pasienter. Mattick og Clarke (1998) fant at skjemaet hadde tilfredsstillende test-retest reliabilitet og diskriminerende validitet og at det dermed egner seg godt til bruk i kliniske sammenhenger og i populasjonsstudier.

Skjemaet inneholder 20 ledd der man skal svare på i hvilken grad påstandene stemmer for en selv. Dette gjør man på en 5-punkts Likert skala fra 0 (ikke typisk) til 4 (svært typisk). Et eksempel på en påstand er «Jeg har problemer med å gi øyekontakt med andre». Tre av leddene er reverserte. Et eksempel på et av de reverserte påstandene er «Jeg slapper av når jeg treffer folk på fester o.l.». For utvalget i dette studiet hadde SIAS god intern konsistens, med en Cronbach's alfa-verdi på $\alpha = .94$.

MCQ-SB og MCQ-SG. Utarbeiding av leddene som konstituerte de to spørreskjemaene i dette studiet, ble gjort av Førsteamanuensis Henrik Nordahl ved Institutt for psykologi på NTNU. Leddene ble utarbeidet basert på kunnskap om metakognitiv teori, på de eksisterende subskalaene i MCQ-30, samt kliniske erfaringer i metakognitiv behandling av pasienter med sosial angst. Det ble gjort vurderinger av leddenes lesbarhet og forståelighet basert på tilbakemeldinger fra individer både med og uten kjennskap til metakognitiv teori. Det første måleinstrumentet bestod av 53 påstander som beskriver ulike metakognitive antagelser knyttet til sosiale situasjoner eller prestasjonssituasjoner, målt på en fire-punkts Likert-skala som rangerte fra «1 - Ikke enig», «2 - Litt enig», «3 - Ganske enig» til «4 - Svært enig». I denne oppgaven vil dette måleinstrumentet refereres til som MCQ-SB (Metacognitions Questionnaire – Social Beliefs). Instruksjonene for MCQ-SB lød som følger:

«Denne undersøkelsen handler om antagelser folk har om egne tanker, gjerne knyttet til sosiale situasjoner eller andre prestasjonssituasjoner. Vennligst les hvert ledd nøye og angi hvor mye du vanligvis er enig i antagelsen. Det finnes ikke noen riktige eller gale svar. Vennligst svar på alle.»

Det andre måleinstrumentet bestod av 28 påstander som beskriver metakognitive mål knyttet til sosiale situasjoner, målt på en skala fra 1 til 100. Dette måleinstrumentet vil refereres til som MCQ-SG (Metacognitions Questionnaire – Social Goals). Instruksjonene for MCQ-SG lød som følger:

«I hvor stor grad beskriver leddene nedenfor mål som er viktig for deg i sosiale situasjoner? Tenk spesielt på sosiale situasjoner du kan oppleve som utfordrende (for eksempel å delta i gruppearbeid eller å holde en tale). 1 betyr at det aktuelle målet ikke er viktig i det hele tatt, mens 100 betyr at det aktuelle målet er svært viktig for deg.»

2.1.3 Statistiske analyser

For å redusere antall ledd i MCQ-SB, ble det gjort en prinsipalkomponentsanalyse. For MCQ-SG ble det først gjennomført en faktoranalyse for å identifisere latente variabler, og deretter en prinsipalkomponentanalyse for å redusere antall ledd. Den interne konsistensen til de identifiserte faktorene i MCQ-SB og MCQ-SG ble vurdert ved hjelp av en reliabilitetsanalyse. Til slutt ble det gjennomført en korrelasjonsanalyse mellom SIAS og hver av faktorene i MCQ-SB og MCQ-SG. Analysene ble gjort ved bruk av IBM SPSS v28.

2.2 Resultater

2.2.2 Utforskende faktoranalyse, MCQ-SB

En prinsipalkomponentsanalyse ble gjennomført på de 53 leddene fra MCQ-SB med oblique rotasjon (direct oblmin). Kaiser-Meyer-Olkin-verdien var på .94, og ingen individuelle KMO-verdier var under .73. Elleve dimensjoner hadde en Eigenverdi på over 1, men undersøkelse av scree plot viste at det var hensiktsmessig å beholde fire faktorer, som til sammen forklarte 46.2 % av variansen. Tabell A1 (appendiks) viser faktorladningene etter rotasjon. For å korte ned antall ledd i MCQ-SB ble kun leddene med høyest ladning bevart. For faktor 1 ble alle ledd med faktorladning under .70 eliminert. Leddene som lader på samme faktor, indikerer at faktor 1 representerer generelle negative metaantagelser. Ledd 20 «Hvis jeg finner ut at mine negative tanker om meg selv er sanne vil jeg aldri kunne føle meg bra» og ledd 39 «Identiteten min trues av mine negative tanker om meg selv» ble eliminert som følge av at de ikke samsvarer teoretisk med de øvrige leddene som ladet på samme faktor. Ledd 27 «Jeg klarer ikke å flytte fokus når jeg er engstelig» ble eliminert for å redusere antall ledd i faktor 1, og samtidig faktorladning på faktor 4.

For faktor 2 ble alle ledd med faktorladning under .60 eliminert. Leddene som lader på samme faktor, indikerer at faktor 2 representerer meta-antagelser om antagelser. Ledd 8 «Hvis jeg fokuserer på mine tanker og følelser har jeg mer kontroll på meg selv»; ledd 35 «Bekymring hjelper meg med å håndtere stressende situasjoner»; og ledd 50 «Å tenke på hvordan andre vurderer meg hjelper meg med å tilpasse meg situasjoner» representerer ikke meta-antagelser om antagelser, og ble eliminert. For faktor 3 og 4 ble alle ledd med faktorladning under .64 eliminert. Leddene som lader på samme faktor indikerer at faktor 3 representerer meta-antagelser om negative selvantagelser, og faktor 4 representerer negative meta-antagelser om selvantagelser. Tabell 1 viser faktorladningene etter rotasjon for MCQ-SB etter eliminering av ledd.

Tabell 1*MCQ-SB Faktorladninger etter eliminering*

MCQ-SB enkeltledd	Faktorlading			
	1	2	3	4
Faktor 1: Generelle negative metaantagelser (MCQ-SB-GEN)				
37. Mine negative tanker om meg selv stopper meg fra å ha et normalt liv	.82	.20	.12	-.33
19. Min bekymring forhindrer meg i å prestere bra	.79	.25	.12	-.26
30. Jeg klarer ikke å ignorere mine bekymringer for sosiale situasjoner	.79	.25	.03	-.42
6. Negative tanker hindrer meg fra å prestere som jeg ønsker	.77	.25	.14	-.22
18. I etterkant av sosiale situasjoner er det vanskelig å stoppe med å analysere dem	.76	.38	.07	-.30
46. Det er problematisk at jeg har negative tanker om meg selv	.70	.22	.24	-.09
Faktor 2: Positive meta-antagelser om negative selvantagelser (MCQ-SB-POS)				
33. Å tro på negative tanker om meg selv beskytter meg mot kritikk og avvising fra andre	.50	.72	.08	-.42
31. Hvis jeg allerede er bevisst det som er galt med meg, vil ikke andre kunne såre meg	.45	.65	.13	-.35
29. Å tro negative ting om meg selv beskytter meg mot vonde følelser	.50	.64	-.07	-.55
14. Det er tryggere å tenke negativt enn positivt om seg selv	.58	.60	-.09	-.48
Faktor 3: Meta-antagelser om antagelser (MCQ-SB-MET)				
26. Jeg må vite hvem jeg er for å kunne føle meg trygg	.24	.24	.66	-.25
13. Jeg må vite hvem jeg er for å kunne slappe av med andre mennesker	.36	.32	.66	-.23
44. Det er viktig å ha stabile antagelser om hvem man er	.13	.28	.65	-.25
34. Bare når jeg har en klar tanke om hvem jeg er kan jeg fungere godt	.40	.29	.64	-.27
Faktor 4: Negative meta-antagelser om selvantagelser (MCQ-SB-NEG)				
36. Det å endre oppfatning om hvem man er, er et tegn på svakhet	.33	.23	.07	-.71
40. Det jeg tror om meg selv er sannheten om hvem jeg er	.20	.34	.06	-.67
25. Å ha negative tanker om meg selv betyr at jeg er en mindre god person	.54	.33	-.02	-.66

Note: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Direct oblimin with Kaiser Normalization.

2.2.1 Utforskende faktoranalyse, MCQ-SG

En prinsipalakseanalyse med ble gjennomført på de 28 leddene fra MCQ-SG med oblique rotasjon (direct oblimin). Kaiser-Meyer-Olkin-verdien var på .91, og de individuelle KMO-verdiene var alle over .71. Fem dimensjoner hadde en Eigenverdi på over 1, og undersøkelse av scree plot antydte at det var hensiktsmessig å beholde fire faktorer, som til sammen forklarte 59.13 % av variansen. Faktorladningene etter den initiale analysen vises i tabell A2 (appendiks). Leddene som lader på samme faktor indikerer at faktor 1 representerer mål om å forhindre negativ evaluering, faktor 2 representerer mål om være komfortabel, faktor 3 representerer mål om å bli positivt evaluert av andre og faktor 4 representerer mål knyttet til kontroll av tanker.

Etter den initiale analysen så vi på sammenhengene mellom faktorløsningen, innholdet i leddene og metakognitiv teori. Vi eliminerte ledd som innholdsmessig, teoretisk og metodisk ikke ladet slik vi ville forventet. Som følge av lav faktorladning (under .60), ble leddene «Huske alt som blir sagt og som skjer», «Få tiden til å gå» og «Følge med på om alle har det bra» eliminert fra faktor 1; og leddet «Være den beste utgaven av meg selv» eliminert fra faktor 4. Som følge av ladning på alle fire faktorer, ble leddet «Finne ut av om jeg blir likt eller akseptert av de andre» eliminert fra faktor 1. Som følge av at faktor 2 («Komfortabilitet») representerer et sosialt mål uten relevans for metakognitiv teori, ble alle leddene som ladet på denne faktoren slettet. Faktor 3 består kun av to ledd og kvalifiserer ikke til å stå som en egen faktor. Som følge av at leddene «imponere de jeg er med» og «fremstå som intelligent eller interessant» konstituerte en egen faktor som vurderes som teoretisk interessant, blir disse leddene likevel tatt med videre til studie 2.

Som følge av lav faktorladning, ble leddet «Være den beste utgaven av meg selv» eliminert fra faktor 4. Leddene «18. Kontrollere tankene mine», «15. Ha kontroll over tankene mine» og «19. Kontrollere følelsene mine» ble eliminert som følge av samtidig høy faktorladning på faktor 1. Ledd «17. Forstå hvilke tanker andre har om meg» i faktor 1, representerer også et mål knyttet til kontroll av kognisjon, men ladet ikke på faktor 4. Leddet ble derfor også eliminert.

Tabell 2 viser en prinsipalkomponentanalyse med oblique rotasjon (direct oblimin) for de 14 gjenværende leddene i MCQ-SG etter eliminering. To faktorer med relevans for metakognitiv teori ble identifisert. Faktor 1 representerer mål knyttet til håndtering av symptomer i en sosial kontekst, kalt forhindre negativ sosial evaluering; og faktor 2

representerer mål knyttet til å kontrollere kognisjon, kalt metamål. Kaiser-Meyer-Olkin-verdien var på .87. Med ett unntak (på .63) var alle de individuelle KMO-verdiene over .80.

Tabell 2

MCQ-SG Faktorladninger etter eliminering

MCQ-SG enkeltledd	Faktorlading	
	1	2
Faktor 1: Forhindre negativ sosial evaluering (MCQ-SG-FNE)		
8. Forhindre at jeg gjør eller sier noe dumt	.83	.27
14. Forhindre at andre tenker negativt om meg	.80	.45
13. Unngå at noen kritiserer meg	.79	.46
20. Ikke ta for mye plass	.77	.31
26. Skjule at jeg føler meg stresset	.77	.39
2. Unngå å gjøre noe feil	.73	.13
5. Ikke være til bry for noen	.72	.15
10. Unngå å komme i sentrum av andres oppmerksomhet	.66	.17
9. Fremstå som intelligent eller interessant	.45	.35
Faktor 2: Metamål (MCQ-SG-MET)		
12. Ha positive tanker	.12	.84
11. Ikke ha noen negative tanker om meg selv	.32	.82
16. Vite hvem jeg er	.30	.78
25. Motbevis negative tanker jeg har om meg selv	.41	.71
1. Imponere de jeg er med	.26	.30

Note: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Direct oblimin with Kaiser Normalization.

2.2.3 Intern konsistens

Det ble gjort reliabilitetsanalyser (Cronbach's alpha) for å vurdere den interne konsistensen i hver av de ekstraherte faktorene. Resultatene indikerte at faktorene knyttet til metaantagelser var reliable. Faktoren MCQ-SG-GEN hadde 6 ledd og $\alpha = .90$. MCQ-SG-POS hadde 4 ledd og $\alpha = .84$. MCQ-SG-MET hadde 4 ledd og $\alpha = .78$. MCQ-SG-MET hadde 3 ledd og $\alpha = .66$, noe som er lavere enn de andre tre faktorene. Det er imidlertid rimelig å forvente lavere skårer for faktorer med et lavt antall faktorer, og resultatet anses fortsatt som akseptabelt. For faktorene knyttet til sosiale mål indikerte resultatene at faktorene var reliable. Faktoren MCQ-SG-FNE hadde 9 ledd og $\alpha = .89$. Cronbach's alfa hadde blitt $\alpha = .90$

dersom leddet «Fremstå som intelligent eller interessant» hadde blitt fjernet, men dette er som forventet. Det er ingen indikasjoner på at andre ledd burde ha blitt fjernet. Faktoren MCQ-SG-MET hadde 5 ledd og $\alpha = .75$. Cronbach's alfa hadde blitt $\alpha = .81$ dersom leddet «Imponere de jeg er med» hadde blitt fjernet.

2.2.4 Konvergerende validitet

Korrelasjonene mellom de ekstraherte faktorene og SIAS er rapportert i tabell 3. Med unntak av MCQ-SG-MET, var samtlige faktorer signifikant og positivt korrelert med SIAS. Korrelasjonene mellom SIAS og MCQ-SB-GEN, MCQ-SB-POS og MCQ-SG-FNE er sterke. Korrelasjonen mellom SIAS og MCQ-SB-NEG er moderat, og korrelasjonene mellom SIAS og MCQ-SB-MET er svak. Det er moderate til sterke interkorrelasjon mellom de ekstraherte faktorene, med unntak av MCQ-SG-MET som kun har moderat korrelasjon med MCQ-SB-MET og MCQ-SG-FNE, og svak til ingen korrelasjon med de øvrige faktorene. MCQ-SB-MET har også svak korrelasjon med MCQ-SB-NEG.

Tabell 3

Gjennomsnitt, standardavvik og korrelasjoner mellom SIAS og de nye faktorene

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
	SIAS	MCQ-SB-GEN	MCQ-SB-POS	MCQ-SB-MET	MCQ-SB-NEG	MCQ-SG-FNE	MCQ-SG-MET
2.	.74**						
3.	.58**	.56**					
4.	.27**	.36**	.33**				
5.	.45**	.42**	.54**	.29**			
6.	.68**	.63**	.46**	.32**	.35**		
7.	.10	.26**	.05	.33**	.10*	.44**	
<i>M</i>	35.26	16.04	7.65	9.95	4.57	628.59	305.83
<i>SD</i>	19.40	5.16	3.45	2.83	1.76	177.53	98.07

Note: SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, MCQ-SB-GEN = Generelle negative metaantagelser, MCQ-SB-MET = Meta-antagelser om antagelser, MCQ-SB-POS = Positive metaantagelser om negative selvantagelser, MCQ-SB-NEG = Negative metaantagelser om selvantagelser, MCQ-SG-FNE = Forhindre negativ sosial evaluering, MCQ-SG-MET = Metamål, *M* = Gjennomsnitt, *SD* = Standardavvik, * $p < .05$, ** $p < .001$, $N = 350$

3. Studie 2

3.1 Metode

3.1.2 Utvalg

Prosedyren fra studie 1 ble gjentatt for studie 2. Det totale utvalget bestod av 385 deltakere, hvorav 293 (76.1 %) var kvinner og fem oppga å identifisere seg som ikke-binær. 53 av deltagerne (13.8 %) var i alderen 45-49 år, og over halvparten (55.1 %) av deltagerne var mellom 18 til 44 år. 35 av deltagerne (9.1 %) var eldre enn 60 år. Gjennomsnittlig sumskåre for SIAS var 36 av 80 ($SD = 18.1$), noe som indikerer et moderat nivå av sosial angst i utvalget. Gjennomsnittlig sumskåre for GAD-7 var 10.0 av 21 ($SD = 5.7$), noe som indikerer et moderat nivå av generalisert angst for utvalget. For PHQ-9 var gjennomsnittlig sumskåre 12.1 av 27 ($SD = 7.0$), som indikerer moderate symptomer på depresjon i utvalget.

3.1.3 Måleinstrumenter

For å vurdere validiteten i de ekstraherte faktorene vil det være nødvendig å sammenligne de med eksisterende skjemaer som gir indikasjoner på forskjellige problemstillinger knyttet til psykisk lidelse. I tillegg til SIAS, samlet vi i studie 2 også inn data med skjemaene SBSA, PHQ-9, GAD-7 og IIP-32. For utvalget i dette studiet hadde SIAS god intern konsistens, med en Cronbach's alfa-verdi på $\alpha = .94$. Først introduseres MCQ-SB og MCQ-SG, før skjemaene SBSA, PHQ-9, GAD-7 og IIP-32 kort gjøres rede for.

Metacognitions Questionnaire – Social Beliefs (MCQ-SB). MCQ-SB ble utarbeidet basert på resultatene fra studie 1, og måler metakognitive antagelser knyttet til sosiale situasjoner eller prestasjonssituasjoner, som ser ut til å ha relevans for sosial angst. Skjemaet består av 17 påstander som måles på en fire-punkts Likert-skala som rangerte fra «1 - Ikke enig», «2 - Litt enig», «3 - Ganske enig» til «4 - Svært enig». Måleinstrumentet består av fire subskalaer; (a) generelle negative metaantagelser (MCQ-SB-GEN) som består av 4 ledd; (b) positive meta-antagelser om negative selvantagelser (MCQ-SB-POS) som består av 6 ledd; (c) meta-antagelser om antagelser (MCQ-SB-MET) som består av 4 ledd; og (d) negative meta-antagelser om selvantagelser (MCQ-SB-NEG) som består av 3 ledd. Instruksjonene for MCQ-SB var som følger:

«Denne undersøkelsen handler om antagelser folk har om egne tanker, gjerne knyttet til sosiale situasjoner eller andre prestasjonssituasjoner. Vennligst les hvert ledd nøye

og angi hvor mye du vanligvis er enig i antagelsen. Det finnes ikke noen riktige eller gale svar. Vennligst svar på alle.»

Metacognitions Questionnaire – Social Goals (MCQ-SG). MCQ-SG ble utarbeidet basert på resultatene fra studie 1, og måler metakognitive mål knyttet til sosiale situasjoner eller prestasjonssituasjoner, som ser ut til å ha relevans for sosial angst. Skjemaet består av 14 påstander som måles på en på en skala fra 1 til 100. Måleinstrumentet består av to subskalaer, som begge har god intern konsistens. Subskalaene er; (a) forhindre negativ evaluering (MCQ-SG-FNE) som består av 6 ledd; og (b) metamål (MCQ-SG-MET) som består av 4 ledd. Instruksjonene for MCQ-SG var som følger:

«I hvor stor grad beskriver leddene nedenfor mål som er viktig for deg i sosiale situasjoner? Tenk spesielt på sosiale situasjoner du kan oppleve som utfordrende (for eksempel å delta i gruppearbeid eller å holde en tale). 1 betyr at det aktuelle målet ikke er viktig i det hele tatt, mens 100 betyr at det aktuelle målet er svært viktig for deg.»

SBSA. I et forsøk på å lage et skjema som fanger opp de tre forskjellige typene selv-antagelser som ligger til grunn for sosial angst ifølge Clark og Wells (1995) sin kognitive teori, utviklet Wong og Moulds (2011) SBSA (Self-Beliefs related to Social Anxiety). På tross av noe motstridende indikasjoner i faktoranalyser, konkluderte de med at den beste løsningen var en trefaktorløsning som samsvarer med betingede antagelser, ubetingede antagelser og høye standarder for sosiale situasjoner. Skjemaet hadde god test-retest validitet og god intern konsistens, samt generelt god validitet. Wong og Moulds (2011) fant at det hadde en sterk signifikant positiv assosiasjon med sosial angst, og en svak signifikant assosiasjon med depresjon. De fant ingen signifikante sammenhenger med generalisert angst.

Skjemaet består av 15 ledd der man skal plassere påstander på en 11-punkts Likert skala fra 0 (ikke enig i det hele tatt) til 10 (veldig enig). Leddene tar form som forskjellige typer selv-antagelser og kan for eksempel være «Jeg må fremstå intelligent og vittig» eller «Hvis jeg gjør feil, så vil andre avvise meg». I vårt utvalg fant vi god intern konsistens, med en Cronbach's alfa verdi $\alpha = .95$.

PHQ-9. PHQ-9 er en kortversjon av PHQ (Patient Health Questionnaire) der man kun har med ledd som har med diagnostisering av depresjon å gjøre (Kroenke et al., 2001).

Skjemaet presenterer ni ledd der man skal vurdere leddene en 4-punkts Likert skala med 0 (ikke i det hele tatt), 1 (noen dager), 2 (mer enn halvparten av dagene) og 3 (nesten hver dag) som svaralternativer. En sumskåre fra 0 til 27 gir en indikasjon på alvorlighetsgraden av en eventuell depresjon.

Kroenke et al. (2001) undersøkte de psykometriske egenskapene til PHQ-9 og fant at skjemaet vist god validitet som et skjema for å identifisere alvorlighetsgrad av depresjon. Skåren på PHQ-9 var tydelig assosiert med antall sykedager, funksjonell status og symptomrelaterte vansker, noe som vitner om god validitet i å identifisere depresjon. De fant også at PHQ-9 hadde god validitet i å identifisere kriterier for depresjon. I vårt utvalg fant vi en Chronbach's alfa verdi $\alpha = .91$, som indikerer en sterk intern konsistens.

GAD-7. Spitzer et al. (2006) utviklet GAD-7 for å tilby et kortere alternativ til å vurdere generalisert angst (GAD). De startet med et skjema på 13 ledd, basert på diagnosekriterier knyttet til generalisert angst, og eksisterende skjemaer for GAD. De syv endelige leddene ble selektert da de hadde størst korrelasjon med den totale 13-ledds skalaen. Skjemaet viste god intern konsistens og god test-retest reliabilitet. Skjemaet ble funnet å ha god sammenheng med alvorlighetsgraden av GAD da økende skåre på GAD-7 var sterkt assosiert med flere dimensjoner ved funksjonelle problemer og sykedager. Skjemaet viste god diskriminerende validitet i forhold til depresjon. GAD-7 består av syv ledd som skal vurderes på en 4-punkts Likert-skala fra 0 (ikke i det hele tatt), 1 (noen dager), 2 (mer enn halvparten av dagene) og 3 (nesten hver dag) som svaralternativer. I vårt utvalg fant vi en Chronbach's alfa verdi $\alpha = .91$, som indikerer om en sterkt intern konsistens.

IIP-32. IIP (Inventory of Interpersonal Problems) er et skjema opprinnelig med 127 ledd som forsøker å fange opp vansker folk har i sine interpersonlige relasjoner. Barkham et al. (1996) hadde som mål å utvikle en kortversjon av dette skjemaet som kunne vise seg å være nyttig å bruke både i klinisk praksis og i forskningssammenheng. De gjorde en faktoranalyse på alle de 127 leddene i IIP og ekstraherte de leddene som skåret høyest på faktorene. De fant at IIP-32 hadde om lag 90 % samvarians med IIP-127, noe som indikerer at det er et godt alternativ i praktisk bruk.

IIP-32 består av 32 ledd som rangeres på en 5-punkts Likert skala fra 0 (ikke i det hele tatt) til 4 (veldig). Påstandene blir presentert med innledningen «det er vanskelig for meg å», etterfulgt av ledd som «delta i grupper» eller «være bestemt når jeg trenger å være det».

Leddene danner en faktorløsning med åtte forskjellige dimensjoner, der hver dimensjon består av fire ledd. Chronbach's alpha rapporteres for å kunne vurdere den interne konsistensen i dimensjonene. Dimensjonene er dominerende/kontrollerende ($\alpha = .67$), hevnjerrig/selvsentret ($\alpha = .80$), kald/distansert ($\alpha = .78$), sosialt usikker/hemmet ($\alpha = .85$), lite selvhevdende ($\alpha = .86$), utnyttbar/føyeelig ($\alpha = .79$), selvoppofrende ($\alpha = .79$) og påtrengende krevende ($\alpha = .69$).

3.1.4 Statistiske analyser

Videre statistiske analyser ble gjort ved hjelp av IBM SPSS v28 og IBM AMOS v27. For å identifisere faktorløsninger i datamaterialet ble det gjort en prinsipalkomponentanalyse på MCQ-SB etterfulgt av en bekreftende faktoranalyse. De samme analysene ble gjort på MCQ-SG. Etter dette ble den interne konsistensen i faktorene ble vurdert ved hjelp av en reliabilitetsanalyse (Cronbach's α). For å vurdere konvergerende validitet ble det gjort bivariate korrelasjonsanalyser. Den første analysen viser sammenhengene mellom de nye faktorene og SIAS, GAD-7, PHQ-9 og IIP-32. Videre så vi på sammenhengene mellom faktorene og dimensjonene i IIP-32. Dette ble vurdert som relevant da enkelte av dimensjonene virker å ha en sammenheng med sosial angst. Videre ble faktorenes inkrementelle validitet i prediksjon av SIAS vurdert i to korrelasjonsanalyser der det ble kontrollert for alder, kjønn, resultater på PHQ-9 og GAD-7, resultater på SBSA og resultater på MCQ-30. Til slutt ble den diskriminerende validiteten i faktorene knyttet til sosiale mål vurdert ved å gjøre to multiple regresjonsanalyser med henholdsvis PHQ-9 og GAD-7 som utfallsvariabel.

3.2 Resultater

3.2.1 Prinsipalkomponentanalyse, MCQ-SB

En prinsipalkomponentanalyse med ble gjennomført på de 17 leddene fra MCQ-SB med oblique rotasjon (direct oblmin). Kaiser-Meyer-Olkin-verdien var på .90, og ingen av de individuelle KMO-verdiene var under .83. Ved ekstraksjon av fire faktorer, fordelte leddene seg på de samme fire faktorene som ble ekstrahert som følge av prinsipalkomponentanalysen i studie 1. Dette gir støtte til å beholde faktorinnndelingen som ble gjort ut i studie 1. Tabell 4 viser faktorladningene etter rotasjon.

Tabell 4

MCQ-SB Faktorladninger

MCQ-SB enkeltledd	Faktorlading			
	1	2	3	4
Faktor 1: Positive meta-antagelser om negative selvantagelser (MCQ-SB-POS)				
6. Å tro negative ting om meg selv beskytter meg mot vonde følelser	0.87	-0.34	0.36	0.31
10. Å tro på negative tanker om meg selv beskytter meg mot kritikk og avvising fra andre	0.86	-0.36	0.31	0.25
3. Det er tryggere å tenke negativt enn positivt om seg selv	0.80	-0.39	0.29	0.28
14. Hvis jeg allerede er bevisst det som er galt med meg, vil ikke andre kunne såre meg	0.74	-0.26	0.48	0.27
Faktor 2: Generelle negative metaantagelser (MCQ-SB-GEN)				
13. Mine negative tanker om meg selv stopper meg fra å ha et normalt liv	0.41	-0.87	0.36	0.26
8. Min bekymring forhindrer meg i å prestere bra	0.32	-0.84	0.34	0.16
1. Negative tanker hindrer meg fra å prestere som jeg ønsker	0.33	-0.84	0.39	0.19
17. Det er problematisk at jeg har negative tanker om meg selv	0.22	-0.80	0.30	0.24
11. Jeg klarer ikke å ignorere mine bekymringer for sosiale situasjoner	0.49	-0.77	0.33	0.10
4. I etterkant av sosiale situasjoner er det vanskelig å stoppe med å analysere dem	0.61	-0.67	0.36	-0.01
Faktor 3: Meta-antagelser om antagelser (MCQ-SB-MET)				
5. Jeg må vite hvem jeg er for å kunne føle meg trygg	0.42	-0.38	0.87	0.16
9. Bare når jeg har en klar tanke om hvem jeg er kan jeg fungere godt	0.38	-0.40	0.83	0.23
2. Jeg må vite hvem jeg er for å kunne slappe av med andre mennesker	0.42	-0.47	0.83	0.17
15. Det er viktig å ha stabile antagelser om hvem man er	0.15	-0.16	0.73	0.46
Faktor 4: Negative meta-antagelser om selvantagelser (MCQ-SB-NEG)				
12. Det å endre oppfatning om hvem man er, er et tegn på svakhet	0.30	-0.29	0.30	0.80
7. Å ha negative tanker om meg selv betyr at jeg er en mindre god person	0.43	-0.45	0.30	0.69
16. Det jeg tror om meg selv er sannheten om hvem jeg er	0.42	-0.13	0.37	0.56

Note: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Direct oblimin with Kaiser Normalization.

3.2.2 Konfirmerende faktoranalyse, MCQ-SB

En bekreftende faktoranalyse ble gjort på de fire faktorene fra MCQ-SB ved bruk av AMOS v. 27. Faktorene ble antatt å korrelere. Alle standardiserte regresjonsvekter var over .5, med

unntak av ledd 16 «Det jeg tror om meg selv er sannheten om hvem jeg er» fra faktor 4, som hadde en regresjonsvekt på .49. De øvrige leddene hadde regresjonsvekter på mellom .53 til .87. Kji-kvadrat var signifikant, med en verdi på 351,23 (df = 113, p = .000). *Root mean squared error of approximation* (RMSEA) var på .074, noe som anses å indikere en akseptabel statistisk tilpasning. *Comparative Fit Index* (CFI) var på .929, som også indikerer modellen har akseptabel statistisk tilpasning sammenlignet med en nullmodell som antar at det ikke finnes noen sammenhenger mellom leddene og faktorene de lader på. Tucker-Lewis Index (TLI) var på .904, som også indikerer en akseptabel statistisk tilpasning. Ingen av verdiene var høye nok til å indikere en god statistisk tilpasning, men samlet sett indikerer den konfirmerende faktoranalysen en akseptabel støtte til faktorinndelingen.

3.2.3 Prinsipalkomponentanalyse, MCQ-SG

En prinsipalkomponentanalyse med ble gjennomført på de 14 leddene fra MCQ-SG med oblique rotasjon (direct oblimin). Kaiser-Meyer-Olkin-verdien var på .90, og ingen av de individuelle KMO-verdiene var under .81. Tre dimensjoner hadde en Eigenverdi på over 1, og undersøkelse av scree plot antydte at det kunne være hensiktsmessig å beholde to faktorer. Faktorladningene etter den initiale analysen vises i tabell A3 (vedlegg).

Ved ekstraksjon av to faktorer, fordeler leddene seg på lik måte som de gjorde i prinsipalakseanalysen i studie 1. Dette gir støtte til faktorene som ble valgt ut i studie 1. For å redusere antall ledd på faktor 2, ble leddene «8. Unngå å komme i sentrum av andres oppmerksomhet» og «14. Skjule at jeg føler meg stresset» eliminert fra faktor 2 som følge av lav faktorladning. Til tross for at leddene «1. Imponere de jeg er med» og «7. Fremstå som intelligent eller interessant» er teoretisk interessante, ble disse også eliminert som følge av lav faktorladning.

En ny prinsipalkomponentanalyse med ble gjennomført på de 10 gjenværende leddene fra MCQ-SG med oblique rotasjon (direct oblimin). Kaiser-Meyer-Olkin-verdien var på .87, og ingen av de individuelle KMO-verdiene var under .78. To dimensjoner hadde en Eigenverdi på over 1. Tabell 5 viser faktorinndelingen etter eliminering.

Tabell 5

MCQ-SG Faktorladninger etter eliminering (direct oblimin)

MCQ-SG enkeltledd	Faktorlading	
	1	2
Faktor 1: Forhindre negativ sosial evaluering (MCQ-SG-FNE)		
11. Forhindre at andre tenker negativt om meg	.90	.28
5. Forhindre at jeg gjør eller sier noe dumt	.87	.31
10. Unngå at noen kritiserer meg	.85	.23
2. Unngå å gjøre noe feil	.81	.24
4. Ikke være til bry for noen	.78	.39
13. Ikke ta for mye plass	.70	.37
Faktor 2: Metamål (MCQ-SG-MET)		
6. Ha positive tanker	.13	.82
12. Motbevis negative tanker jeg har om meg selv	.42	.80
3. Ikke ha noen negative tanker om meg selv	.43	.79
9. Vite hvem jeg er	.25	.70

Note: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Direct oblimin with Kaiser Normalization.

3.2.4 Konfirmerende faktoranalyse, MCQ-SG

En bekreftende faktoranalyse ble gjort på begge faktorene fra MCQ-SG ved bruk av AMOS v. 27. Modellen bestod av 10 ledd, fordelt på de to faktorene som ble antatt å korrelere. Alle standardiserte regresjonsvekter var over .5, og hadde regresjonsvekter på mellom .54 til .88. Kji-kvadrat var signifikant, med en verdi på 178,00 (df = 34, $p = < .001$). RMSEA var på .105, noe som er over grenseverdien for det som anses som en akseptabel statistisk tilpasning for modellen. CFI var på .927, som indikerer at modellen har akseptabel statistisk tilpasning sammenlignet med en nullmodell. TLI var på .904, som er innenfor det som anses for en akseptabel statistisk tilpasning. Ingen av verdiene var høye nok til å indikere en god statistisk tilpasning, men samlet sett er dette en indikasjon på svak støtte til faktorinndelingen.

3.2.5 Intern konsistens

Det ble gjort reliabilitetsanalyser (Cronbach's alpha) for å vurdere den interne konsistensen i faktorene. For faktorene knyttet til metaantagelser var resultatene varierte. Faktoren MCQ-SB-POS hadde 4 ledd og $\alpha = .86$, og MCQ-SB-GEN hadde 6 ledd og $\alpha = .89$. Dette er tilfredsstillende resultater. Faktoren MCQ-SB-MET hadde 4 ledd og en $\alpha = .84$. For

denne faktoren ville denne verdien økt til $\alpha = .86$ dersom leddet «det er viktig å ha stabile antagelser om hvem man er» hadde blitt fjernet. En kan argumentere for at dette leddet da bør fjernes, men vi vurderer at dette ikke er nødvendig da faktoren kun har 4 ledd. Faktoren MCQ-SB-NEG hadde 3 ledd og $\alpha = .59$ som ville ha økt til $\alpha = .60$ dersom leddet «det jeg tror om meg selv er sannheten om hvem jeg er» hadde blitt fjernet. Denne verdien er noe lav, men kan vurderes som akseptabel da det er få ledd som utgjør faktoren.

For faktorene knyttet til sosiale mål ble det funnet resultater innen et akseptabelt område. Faktoren MCQ-SG-FNE hadde 6 ledd og $\alpha = .90$ og faktoren MCQ-SG-MET hadde 4 faktorer og $\alpha = .79$. For faktoren MCQ-SG-FNE hadde Cronbach's alfa forblitt $\alpha = .90$ dersom ledd 13, «ikke ta for mye plass» hadde blitt fjernet. Da reliabiliteten ikke øker velger vi å beholde leddet i de neste analysene.

3.2.6 Konvergerende og divergerende validitet

Videre gjorde vi to korrelasjonsanalyser. En der vi så på korrelasjon mellom de nye faktorene og SIAS, GAD-7, PHQ-9 og samleskåren på IIP-32. Den andre analysen vurderte vi korrelasjoner mellom de nye faktorene og dimensjonene i IIP-32.

Som vist i tabell 6, viste de seks nye faktorene vi har ekstrahert store, signifikante positive interkorrelasjoner. Dette med unntak av faktoren MCQ-SG-MET, som korrelerte svakere med de andre faktorene, spesielt med faktorene MCQ-SB-POS og MCQ-SB-NEG.

Den konvergerende validiteten er varierende. Faktorene MCQ-SG-FNE og MCQ-SB-GEN viste spesielt store signifikante korrelasjoner med resultatene på SIAS. De andre faktorene viste også en signifikant korrelasjon, men her er korrelasjonsstørrelsene mindre. Faktorene viser lignende korrelasjoner med måleinstrumenter som er ment å måle henholdsvis generalisert angst og depresjon. Samvariasjonen er her bare marginalt svakere enn sammenligning med SIAS (sosial angst). Vi ser at korrelasjonene med IIP-32 er signifikant, og vurderer det som interessant å vurdere faktorene opp imot subskalaene i dette instrumentet, da enkelte av disse subskalaene synes å ha spesiell relevans for sosial angst, mens andre har mindre relevans.

Vi ser at målet for å forhindre negativ evaluering i sosiale situasjoner er sterkere korrelert med sosial angst enn med generalisert angst og depresjon. Dette gjelder ikke i samme grad for de andre ekstraherte faktorene, hvor korrelasjonene er sammenlignbare for både sosial angst, generalisert angst og depresjon.

Tabell 6

Gjennomsnitt (*M*) og standardavvik (*SD*), med bivariat korrelasjonsanalyse mellom faktorene

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
	SIAS	GAD-7	PHQ-9	IIP-32	MCQ-SG-FNE	MCQ-SG-MET	MCQ-SB-GEN	MCQ-SB-POS	MCQ-SB-MET	MCQ-SB-NEG
2.	.58**									
3.	.61**	.77**								
4.	.79**	.66**	.68**							
5.	.70**	.51**	.50**	.65**						
6.	.25**	.25**	.22**	.29**	.41**					
7.	.74**	.69**	.66**	.76**	.66**	.32**				
8.	.46**	.43**	.44**	.50**	.49**	.11*	.50**			
9.	.39**	.43**	.40**	.45**	.41**	.42**	.50**	.48**		
10.	.37**	.37**	.44**	.43**	.39**	.16**	.43**	.55**	.46**	
<i>M</i>	36.03	9.99	12.05	46.93	411.59	229.08	16.06	7.4	9.68	4.56
<i>SD</i>	18.09	5.74	7.02	19.98	135.91	89	5.18	3.41	3.1	1.76

Note: SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder symptomter, PHQ-9 = Patient Health Questionnaire (depresjonssymptomer), IIP-32 = Inventory of Interpersonal Problems, MCQ-SG-FNE = Forhindre negativ sosial evaluering, MCQ-SG-MET = Metamål, MCQ-SB-GEN = Generelle negative metaantagelser, MCQ-SB-MET = Meta-antagelser om antagelser, MCQ-SB-POS = Positive metaantagelser om negative selvantagelser, MCQ-SB-NEG = Negative metaantagelser om selvantagelser, *M* = Gjennomsnitt, *SD* = Standardavvik, * $p < .05$, ** $p < .001$, $N = 385$

Korrelasjonene mellom de ekstraherte faktorene og dimensjonene i IIP-32 er rapportert i tabell 7. Interkorrelasjoner mellom IIP-32 dimensjonene og mellom MCQ-SB og MCQ-SG er sløffet i tabellen. Korrelasjon mellom IIP-dimensjonene og SIAS er rapportert for å bekrefte sammenhengen mellom de interpersonlige problemene og sosial angst. Vi ser at alle dimensjonene i IIP korrelerer signifikant med alle de ekstraherte faktorene. Noen av korrelasjonene er verdt å legge merke til. Vi ser blant annet at IIP-32 dimensjonene kald/distansert, sosialt usikker/hemmet, lite selvhevdende, utnyttbar/føyeelig og selvoppofrende viser sterke korrelasjoner med generelle negative metakognisjoner (MCQ-SB-GEN). De samme dimensjonene viser også høy korrelasjon med mål om å forhindre negativ evaluering i sosiale situasjoner (MCQ-SG-FNE). Disse dimensjonene viser også moderate positive korrelasjoner med MCQ-SB-MET, MCQ-SB-POS og MCQ-SB-NEG, men tydelig lavere korrelasjoner med metamål i sosiale situasjoner (MCQ-SG-MET). Mellom

dimensjonene dominerende/kontrollerende, hevnjerrig/selvcentrert og påtrengende/krevende og de ekstraherte faktorene fant vi svakere, men signifikante korrelasjoner.

Tabell 7

Bivariat korrelasjonsanalyse, med gjennomsnitt (M) og standardavvik (SD)

	SIAS	MCQ-SB-GEN	MCQ-SB-MET	MCQ-SB-POS	MCQ-SB-NEG	MCQ-SG-FNE	MCQ-SG-MET	<i>M</i>	<i>SD</i>
Dominerende / Kontrollerende	.20**	.25**	.22**	.21**	.16**	.18**	.16**	2.57	2.52
Hevnjerrig / Selvsentrert	.36**	.34**	.21**	.26**	.27**	.22**	.12*	2.57	3.11
Kald / Distansert	.59**	.51**	.32**	.46**	.34**	.43**	.16**	5.11	3.90
Sosialt usikker / Hemmet	.83**	.69**	.32**	.38**	.28**	.60**	.22**	7.67	4.58
Lite selvhevdende	.64**	.58**	.31**	.35**	.30**	.59**	.18**	8.09	4.24
Utnyttbar / Følgelig	.64**	.60**	.35**	.38**	.35**	.59**	.23**	8.23	3.88
Selv- oppofrende	.51**	.59**	.39**	.36**	.36**	.49**	.28**	8.11	3.91
Påtrengende / Krevende	.23**	.33**	.26**	.25**	.22**	.24**	.21**	4.65	3.46

Note: SIAS = Social Interaction Anxiety Scale, MCQ-SB-GEN = Generelle negative metaantagelser, MCQ-SB-MET = Meta-antagelser om antagelser, MCQ-SB-POS = Positive metaantagelser om negative selvantagelser, MCQ-SB-NEG = Negative metaantagelser om selvantagelser, MCQ-SG-FNE = Forhindre negativ sosial evaluering, MCQ-SG-MET = Metamål, *M* = Gjennomsnitt, *SD* = Standardavvik, * $p < .05$, ** $p < .001$, $N = 385$

3.2.7 Inkrementell validitet

For å vurdere den inkrementelle validiteten i MCQ-SB gjorde vi en multipel regresjonsanalyse med seks blokker. Tabell 8 viser resultatene av regresjonsanalysene. Blokk 1 med kjønn og alder, viste en signifikant effekt på SIAS, $F(2, 382) = 5.90$, $p = .003$. Blokken forklarer 3 % (R^2) av den totale variansen. Blokk 2, med GAD-7 og PHQ-9 viste en signifikant effekt på SIAS, $F(4, 380) = 70.49$, $p < .001$. Blokken forklarer en ekstra 40 % (ΔR^2) av variansen i SIAS. Blokk 3 viste også en signifikant effekt på utfallet i SIAS, $F(7, 377) = 72.56$, $p < .001$, og forklarer en ekstra 15 % (ΔR^2) av utfallet i SIAS. Blokk 4 ($F(12, 372) = 47.25$, $p < .001$) og blokk 5 ($F(16, 368) = 42.32$, $p < .001$) hadde også signifikante effekter på utfallet i SIAS, og forklarte henholdsvis 3 % og 4 % (ΔR^2) av utfallet, kontrollert

for de andre variablene. Den sjettede blokken, med faktorene for sosiale mål, har også en signifikant effekt på utfallet i SIAS, $F(18, 366) = 45.47, p < .001$. Med denne blokken forklartes ytterligere 4 % (ΔR^2) av utfallet kontrollert for de andre variablene.

Tabell 8

Multipel regresjon med 6 blokker – Prediktorer for resultater på SIAS

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	<i>Standardisert β</i>	<i>t</i>	<i>R²</i>	ΔR^2
Blokk 1					.03*	.03*
Kjønn	-0.43	1.23	-.01	-0.35		
Alder	-0.77	0.23	-.11	-3.36**		
Blokk 2					.43**	.40**
GAD-7	0.12	0.18	.04	0.64		
PHQ-9	0.31	0.13	.12	2.37*		
Blokk 3					.57**	.15**
SBSA-HSB	-0.31	0.10	-.16	-3.23**		
SBSA-UB	0.25	0.09	.14	2.68*		
SBSA-CB	0.09	0.07	.09	1.28		
Blokk 4					.60**	.03**
MCQ-30-CC	0.45	0.14	.12	3.20**		
MCQ-30-PBW	0.14	0.18	.03	0.74		
MCQ-30-CSC	-0.20	0.17	-.05	-1.19		
MCQ-30-NBUD	0.22	0.20	.06	1.09		
MCQ-30-NCT	-0.51	0.22	-.12	-2.29*		
Blokk 5					.65**	.04**
MCQ-SB-GEN	1.07	0.20	.31	5.35**		
MCQ-SB-POS	-0.01	0.24	.00	-0.05		
MCQ-SB-MET	0.15	0.24	.03	0.63		
MCQ-SB-NEG	-0.06	0.43	-.01	-0.15		
Blokk 6					.69**	.04**
MCQ-SG-FNE	0.05	0.01	.36	7.12**		
MCQ-SG-MET	-0.02	0.01	-.07	-2.08*		

Note: Alle verdier for *b*, *SE b*, *standardisert β* og *t* er resultatene i blokk 6. SBSA-HSB = High Standards Belief, SBSA-UB = Unconditional Beliefs, SBSA-CB = Conditional Beliefs, MCQ-30-CC = (Lack of) Cognitive Confidence, MCQ-30-PBW = Positive Beliefs about Worry, MCQ-30-CSC = Cognitive Self-Consciousness, MCQ-30-NBUD = Negative Beliefs about Uncontrollability and Danger, MCQ-30-NCT = Need to Control Thoughts, MCQ-SB-GEN = Generelle negative metaantagelser, MCQ-SB-MET = Meta-antagelser om antagelser, MCQ-SB-POS = Positive metaantagelser om negative selvantagelser, MCQ-SB-NEG = Negative metaantagelser om selvantagelser, MCQ-SG-FNE = Forhindre negative evaluering, MCQ-SG-MET = Metamål, $N = 384$, * $p < .05$, ** $p < .001$

3.2.8 Diskriminerende validitet

For å vurdere diskriminerende validitet gjorde vi en ny multippel regresjonsanalyse, denne gangen med GAD-7 som utfallsvariabel. Tabell 9 viser resultatene av regresjonsanalysen. Blokk 1 med kjønn og alder viste ingen signifikant effekt på GAD-7, $F(2, 382) = 0.95, p = .387$. Blokken forklarer 1 % (R^2) av den totale variansen. Blokk 2, med SIAS og PHQ-9 viste en signifikant effekt på GAD-7, $F(4, 380) = 147.79, p < .001$. Denne blokken forklarer 61 % (R^2) av den totale variansen. Blokk 3, med SBSA viste også en signifikant effekt på GAD-7, $F(7, 377) = 88.51, p < .001$. Blokken forklarte en ytterligere 1 % (ΔR^2) av den totale variansen. Blokk 4, med MCQ-30 viste en signifikant effekt på GAD-7, $F(12, 372) = 77.81, p < .001$. Denne blokken forklarte ytterligere 9 % (ΔR^2) av den totale variansen. Så til blokken med de ekstraherte faktorene. Blokk 5, med MCQ-SB viste en signifikant effekt på GAD-7, $F(16, 368) = 60.90, p < .001$. Blokken forklarte en ekstra 1 % (ΔR^2) av den totale variansen. Blokk 6, med MCQ-SG viste ingen signifikant effekt på GAD-7.

Tabell 9

Multippel regresjonsanalyse med 6 blokker – Prediktorer for resultater på GAD-7

	<i>b</i>	<i>SE b</i>	Standardisert β	<i>t</i>	R^2	ΔR^2
Blokk 1					.01	.01
Kjønn	0.51	0.37	.04	1.39		
Alder	0.08	0.07	.04	1.20		
Blokk 2					.61**	.60**
SIAS	0.01	0.02	.03	0.64		
PHQ-9	0.39	0.03	.48	11.63**		
Blokk 3					.62*	.01*
SBSA-HSB	0.02	0.03	.03	0.71		
SBSA-UB	-0.03	0.03	-.06	-1.11		
SBSA-CB	0.01	0.02	.02	0.36		
Blokk 4					.72**	.09**
MCQ-30-CC	-0.01	0.04	-.01	-0.23		
MCQ-30-PBW	0.05	0.05	.04	1.00		
MCQ-30-CSC	0.08	0.05	.06	1.64		
MCQ-30-NBUD	0.36	0.06	.31	6.30**		
MCQ-30-NCT	0.18	0.07	.13	2.64*		

Blokk 5					.73**	.01**
MCQ-SB-GEN	0.10	0.06	.09	1.65		
MCQ-SB-POS	-0.06	0.07	-.03	-0.80		
MCQ-SB-MET	0.03	0.07	.02	0.45		
MCQ-SB-NEG	-0.40	0.13	-.12	-3.10*		
Blokk 6					.73	.00
MCQ-SG-FNE	0.00	0.00	-.00	-0.05		
MCQ-SG-MET	0.00	0.00	-.02	-0.65		

Note: Alle verdier for b , $SE b$, $standardisert \beta$ og t er resultatene i blokk 6. SBSA-HSB = High Standards Belief, SBSA-UB = Unconditional Beliefs, SBSA-CB = Conditional Beliefs, MCQ-30-CC = (Lack of) Cognitive Confidence, MCQ-30-PBW = Positive Beliefs about Worry, MCQ-30-CSC = Cognitive Self-Consciousness, MCQ-30-NBUD = Negative Beliefs about Uncontrollability and Danger, MCQ-30-NCT = Need to Control Thoughts, MCQ-SB-GEN = Generelle negative metaantagelser, MCQ-SB-MET = Meta-antagelser om antagelser, MCQ-SB-POS = Positive metaantagelser om negative selvantagelser, MCQ-SB-NEG = Negative metaantagelser om selvantagelser, MCQ-SG-FNE = Forhindre negative evaluering, MCQ-SG-MET = Metamål, $N = 384$, $*p < .05$, $**p < .001$

4. Diskusjon

4.1 Metakognisjoner med spesifikk relevans for sosial angst

Målet for denne oppgaven var å utvikle to måleinstrumenter som måler metakognitive antagelser og mål med spesifikk relevans for sosial angst, samt å vurdere disse instrumentenes reliabilitet og validitet. Leddene som konstituerer MCQ-SG og MCQ-SB ble utarbeidet basert på kunnskap om metakognitiv teori, samt kliniske erfaringer og subskalaene i MCQ-30. Utforskende faktoranalyse ble gjennomført i studie 1 for å finne meningsfulle subskalaer og redusere antall ledd. I studie 2 ble spørreskjemaene utsatt for faktoranalyser for å redusere antall ledd og konfirmerende faktoranalyser for å evaluere den statistiske tilpasningen. Dette resulterte i MCQ-SG som består av 17 ledd og 4 subskalaer, og MCQ-SB som består av 10 ledd og 2 subskalaer; alle med god intern konsistens med unntak av MCQ-SB-NEG som bare hadde akseptabel intern konsistens ($\alpha = .59$). Faktorenløsningene lar seg godt forklare ut ifra metakognitiv teori, og støtter dermed den presenterte forståelsen av det metakognitive systemet. Det vi ser i analysene er at kun enkelte av de ekstraherte faktorene virker å ha relevans spesifikt for sosial angst. De andre skalaene mangler divergerende og inkrementell validitet.

Korrelasjonsanalysene viste at samtlige subskalaer i MCQ-SB og MCQ-SG korrelerer signifikant med sosial angst. Korrelasjonene er sterkest for subskalaene MCQ-SB-GEN og MCQ-SG-FNE. Disse to subskalaene korrelerer høyere med sosial angst, enn de gjør med generalisert angst og depresjon, noe som tyder på at disse subskalaene har mer spesifisitet og

relevans for sosial angst enn de øvrige subskalaene har. Den divergerende validiteten er imidlertid sterkest for MCQ-SG-FNE, mens de øvrige subskalaene ikke er mer sensitive for sosial angst enn de er for generalisert angst og depresjon.

Regresjonsanalysene viste at både MCQ-SB og MCQ-SG forklarte en økt del av variansen i sosial angst, kontrollert for kjønn, alder, generalisert angst, depresjon, SBSA og MCQ-30. For MCQ-SB utgjorde subskalaen MCQ-SB-GEN hele den forklarte variansen. For MCQ-SG forklarte MCQ-SG-FNE den største delen av den økte forklarte variansen, men også MCQ-SG-MET hadde en signifikant effekt. Denne effekten var i motsatt retning, men sett i sammenheng med positiv korrelasjon med sosial angst, er ikke faktoren beskyttende mot sosial angst. Den motsatte effekten kan forklares som følge av en statistisk overlapp mellom variablene i blokk 6, eller som følge av en interaksjonseffekt mellom variablene. Dersom man skårer høyt på MCQ-SG-FNE, kan høy skåre på MCQ-SG-MET tenkes å ha en modererende effekt på sosial angst.

Vi fant også at de faktorene som forklarte en ekstra del av variansen i sosial angst, ikke gjorde det samme når det var generalisert angst som var utfallsvariabel. Dette vitner om en viss grad av diskriminerende validitet. Den eneste av de nye faktorene som ga et signifikant bidrag i å forklare generalisert angst var MCQ-SB-NEG. Å sammenligne resultatene med resultater fra et klinisk utvalg ville vært en god måte å videre vurdere diskriminerende validitet.

Samlet sett indikerer resultatene videre at de metakognitive antagelsene som er beskrevet i MCQ-SB-GEN, samt de metakognitive målene som er beskrevet i MCQ-SG-FNE er metakognisjoner som har relevans spesifikt for sosial angst, og som kan veilede innholdet i metakognitiv terapi for sosial angst. MCQ-SB-GEN består imidlertid av generelle negative metakognisjoner som har blitt formulert på en måte hvor de er kontekstualisert i en sosial kontekst eller prestasjonssituasjon. Ett eksempel på dette er utsagnet «I etterkant av sosiale situasjoner er det vanskelig å stoppe med å analysere dem», som er en negativ metaantagelse om kontrollerbarheten til post mortem-bekymring, kontekstualisert til en sosial situasjon. Utsagnene i subskalaen dreier seg om kognitiv ukontrollerbarhet i en sosial kontekst, i tillegg til farligheten som ruminering utgjør for optimal prestasjon. Faktoren utgjør dermed ikke et nytt teoretisk bidrag som er unikt for sosial angst. MCQ-SB-GEN bidrar likevel til økt forklart varians i sosial angst kontrollert for MCQ-30, noe som viser nytteverdien av å sette generelle negative metakognisjoner i en sosial kontekst når man gir metakognitiv behandling for sosial angst.

MCQ-SG-FNE. Faktoren som beskriver mål om å forhindre negativ evaluering blir dermed stående igjen som den ene faktoren som samtidig: (a) korrelerer med sosial angst; (b) er mer sensitiv for sosial angst enn for depresjon og generalisert angst; (c) inneholder metakognisjoner som ikke allerede er beskrevet i MCQ-30; (d) bidrar til økt forklart varians i sosial angst kontrollert for generelle metakognisjoner og kognitive antagelser knyttet til sosial angst; og (e) ser ut til å ha diskriminerende validitet mot generalisert angst. Målene om å forhindre negativ evaluering er metakognitive mål, som bidrar til å modulere selvregulerende prosessering i det kognitive systemet. I metakognitiv teori er dette en del av metasystemet i den kognitive arkitekturen (Wells, 2009).

Samlet sett indikerer dette at mål om å forhindre negativ evaluering i sosiale situasjoner har en betydelig sammenheng med opplevelse av sosial angst. Vi har ikke klart å identifisere sammenhenger med like god divergerende validitet mellom metaantagelser (MCQ-SG) og sosial angst. Basert på dette ser vi for oss et metasystem som består hovedsakelig av generelle metakognisjoner, som ligger til grunn for spesifikke planer i sosiale situasjoner, og dermed vedlikeholder en opplevelse av sosial angst.

I faktoranalysen av MCQ-SG i studie 1, dannet leddene «1. Imponere de jeg er med» og «9. Fremstå som intelligent eller interessant» en egen faktor. Dette tyder på at det kan være interessant å undersøke metakognitive mål om å bli positivt evaluert i sosiale situasjoner. Dersom det utarbeides flere ledd som beskriver dette, kan de muligens konstituere en egen faktor og undersøkes i sammenheng med sosial angst eller andre vansker. I faktoranalysen i studie 2 falt disse leddene inn under faktoren MCQ-SG-FNE.

4.2 Spesifikke metakognitive antagelser

Spesifikke metakognitive antagelser er spesifisert for andre psykiske lidelser. For eksempel har Bailey og Wells (2015) identifisert spesifikke metakognitive antagelser knyttet til helseangst. Disse antagelsene handler blant annet om at tanker kan forårsake eller forhindre sykdom og at tanker om sykdom er ukontrollerbare. Dette er positive metaantagelser om nytten til tanker, og negative metaantagelser om kontrollerbarheten og faren ved tanker - og innholdet i disse tankene omhandler spesifikt helse og sykdom. Wells (2009) spesifiserer også den metakognitive modellen i relasjon til generalisert angst, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) og depresjon. Dette gjøres blant annet ved å knytte planer, positive metaantagelser og negative metaantagelser til spesifikke kjennetegn ved hver enkelt lidelse. Dette kan for eksempel være metaantagelser

om bekymring i generalisert angst, metaantagelser om trussel i PTSD, metaantagelser om påtrengende tanker og planer om ritualer i OCD og metaantagelser om ruminering (grubling) i depresjon.

Metakognitiv teori skiller ikke på ulike former for spesifikke angstlidelser, men forklarer angst som et produkt av positive og negative metaantagelser knyttet til bekymring (Wells, 2009). Slik er det rimelig å anta at det eksisterer metakognitive *antagelser* som spesifikt kan knyttes til sosial angst, selv om vi ikke har lyktes i å identifisere disse i dette studiet. Disse metaantagelsene kan man tenke vil omhandle andres vurdering av en selv, samt ens egen prestasjon og verdi i sosiale situasjoner.

Våre regresjonsanalyser viser at alder, kjønn, annen psykisk lidelse, samt generelle metakognisjoner (MCQ-30), kontekstualiserte generelle metakognisjoner (MCQ-SB-GEN) og spesifikke metakognitive mål (MCQ-SG-FNE) forklarer omtrent 70% av variansen i sosial angst. Det kan tenkes at man vil kunne forklare en større del av denne variansen dersom man lykkes i å definere sosialt spesifikke metakognitive antagelser.

4.3 Metakognisjoner som transdiagnostisk fenomen

Med unntak av MCQ-SB-GEN er subskalaene i MCQ-SG og MCQ-SB lite sensitive for sosial angst, sammenlignet med depresjon og generalisert angst. Samtlige av faktorene har signifikante korrelasjoner med både sosial angst, depresjon og generalisert angst – og flere av disse korrelasjonene er sterke. Dette gir støtte til konseptualiseringen av metakognisjoner som et transdiagnostisk fenomen, som beskrevet av Hagen et al. (2012). Metakognisjonene ser ut til å være generaliserbare og kan komme til uttrykk i mange forskjellige vansker. Fordi de metakognitive målene i vår studie korrelerer med flere lidelser, indikerer dette at terapeutisk arbeid med metakognisjoner som er spesifikke for sosial angst kan bidra til samtidig symptomlettelse på flere ulike vansker.

Det er samtidige høye interkorrelasjoner mellom sosial angst, depresjon og sosial angst – noe som gjenspeiler den høye komorbiditeten mellom disse lidelsene i Norge (Reneflot et al., 2018). Funnene i denne studien viser høye korrelasjoner mellom disse lidelsene og metakognisjoner, noe som tyder at metakognitive prosesser kan være en mulig fellesfaktor eller medierende variabel som bidrar til å forklare noe av komorbiditeten mellom disse lidelsene. Ruminering har for eksempel vist seg å være en transdiagnostisk faktor i angst og depresjon (McLaughlin & Nolen-Hoeksema, 2011), noe som i metakognitiv teori

opprettholdes av maladaptive metakognisjoner knyttet til for eksempel post-mortem ruminering.

Det var også signifikante positive korrelasjoner mellom alle dimensjonene i IIP-32 og alle subskalaene på MCQ-SB og MCQ-SG. Denne generelle samvariasjonen støtter også opp under generaliserbarheten av metakognisjoner, som danner grunnlaget for et bredt spekter av interpersonlige problemer og psykososiale vansker.

4.4 Interpersonlige problemer og metakognisjoner

Det var varierende korrelasjoner mellom de ulike dimensjonene i IIP-32 og sosial angst. Slik som vi forventer, har dimensjonene knyttet til sosial usikkerhet, lite selvhverdelse og selvpoppofring en større sammenheng med sosial angst enn dimensjoner som dominans og det å være påtrengende. Dimensjonene som korrelerte sterkest med sosial angst var også de som korrelerte sterkest med subskalaene MCQ-SB-GEN og MCQ-SG-FNE. Fordi begge disse faktorene er de som viser best konvergerende og divergerende validitet i identifisering av sosial angst, gir dette ytterligere støtte til sammenhengen mellom sosial angst og de nye metakognitive målene som ble utarbeidet i dette studiet. Indikasjonen er her at de samme metakognisjonene som fører til sosial angst, også kan bidra til spesifikke interpersonlige problemer.

Det er imidlertid verdt å nevne at vår studie er basert på selvrappport, så de interpersonlige problemene som skildres her er kun de selvrapporterte vanskene. En annen mulig forklaring på denne sammenhengen er derfor at personer som skårer høyt på sosial angst opplever de interpersonlige problemene som større enn det de faktisk er, noe som vil gi utslag på et måleinstrument som IIP-32. Selv om dette kan forklare deler av sammenhengen, er det fortsatt rimelig å anta at spesifikke metakognisjoner knyttet til sosiale situasjoner har en vesentlig sammenheng med interpersonlige problemer.

Strand et al. (2018) fant at metakognitiv terapi reduserte interpersonlige problemer hos pasienter med depresjon. Vår studie kan indikere at terapeutisk arbeid med metakognisjoner også kan ha en gunstig effekt på interpersonlige problemer hos pasienter med sosial angst.

4.5 Begrensninger ved oppgaven

Utvalg. Deltakerne ble hovedsakelig rekruttert via annonser på sosiale medier, som benytter seg av algoritmer som søker etter personer som har høyest sannsynlighet for å

interessere seg for tematikken i studiet. Vi kan dermed stille oss spørsmål om deltakerne i studien representerer et utvalg som er mer spesifikt interessert i sosial angst, forskning og / eller metakognitiv teori - og ikke er et representativt utvalg for befolkningen. Dette viser seg blant annet i et moderat symptomtrykk i vårt utvalg. Det gjør imidlertid ikke utvalget til et klinisk utvalg. Dersom vi hadde undersøkt et mer representativt utvalg, kunne vi muligens fått andre resultater i analysene. Dersom vi hadde undersøkt et rent klinisk utvalg, hadde vi kunnet gjort bedre analyser av blant annet den diskriminerende validiteten til våre ekstraherte faktorer.

Konvergerende validitet. Den konvergerende validiteten til de utarbeidede målene i dette studiet blir kun undersøkt ved korrelasjoner med SIAS, som er et symptomatisk mål på sosial angst. Dersom det hadde eksistert et metakognitivt måleinstrument for sosial angst ville man kunne gjort en bedre vurdering av faktorenes konvergerende validitet, men det eksisterer pr. i dag ikke et slikt mål på sosial angst etter vår kunnskap.

Tids- og ressursbegrensning. For å utvikle et spørreskjema som består av unike metakognitive antagelser og metakognitive mål relatert til sosial angst, vil det trolig være behov for mer tid og ressurser enn det som har vært rammene for denne oppgaven. Mer omfattende grunnarbeid i utviklingen av disse leddene, samt flere påfølgende studier kunne gitt et bedre resultat.

Leddene forståelighet. Selv om de initiale leddene ble vurdert ved hjelp av et lite utvalg eksterne personer både med og uten kjennskap til metakognitiv teori, kan man stille spørsmål til *hvordan* leddene ble lest og forstått av deltakerne i studiet. Det var stor variasjon i deltakernes svartid, noe som kan indikere variasjon i svarstil, hvor mye tid som ble satt av til å vurdere utsagnene, samt hvor lett forståelig leddene fremstod for deltagerne. At deltagere med lite kjennskap til metakognitiv teori bruker lengre tid på å vurdere leddenes innhold, er ikke uvanlig å forvente. Det er imidlertid ingen garanti for at det teoretiske innholdet som er forsøkt representert i hvert av leddenes formulering forstås av respondentene, særlig i en kontekst hvor de ikke kan stille spørsmål om hva som menes med hvert spørsmål.

Dette understreker verdien en mer omfattende vurdering av de initiale leddene kunne hatt for studiene. Videre bør man være forsiktig med å konstatere at ledd som ble eliminert i dette studiet ikke har noen mulig teoretisk verdi for et metakognitivt perspektiv på sosial angst.

Utvalg av initiale ledd. Leddene i dette studiet er utarbeidet basert på kunnskap om og kliniske erfaringer med metakognitiv terapi. Leddene har også blitt kontekstualisert i både

prestasjonssituasjoner og vanlige sosiale sammenhenger. Fordi kontekstualiseringen av metakognisjonene har vist seg å være svært viktige, kan en mer konsekvent, bevisst eller variert kontekstualisering av metakognisjonene tenkes å bidra til andre resultater enn det som fremkom i vår studie. Det kan også tenkes at omfattende kvalitative studier som grunnlag for utvelgelse av ledd kunne ha vært nyttig, men dette er igjen begrenset av både tid og ressurser.

5. Konklusjon

Vi har i denne oppgaven forsøkt å identifisere metakognitive domener spesifikt knyttet til sosial angst. For å gjøre dette har vi gjennom faktoranalyser utviklet skjemaene MCQ-SB (Metacognitions Questionnaire – Social Beliefs), som beskriver forskjellige typer metaantagelser og MCQ-SG (Metacognitions Questionnaire – Social Goals), som beskriver mål for kognitiv prosessering i sosiale situasjoner. Blant subskalaene i disse skjemaene fant vi at MCQ-SB-GEN (generelle negative metakognisjoner) og MCQ-SG-FNE (forhindre negativ evaluering) var sterkest knyttet til sosial angst, og at disse bidro til å forklare en vesentlig større grad av variansen i sosial angst kontrollert for kjønn, alder, psykisk lidelse, kognitive antagelser knyttet til sosial angst og metakognisjoner målt med MCQ-30.

Metaantagelsene vi har identifisert som prediktive er generelle negative metakognisjoner kontekstualisert til en sosial eller prestasjonsbasert situasjon. Dette vil si at de metakognitive antagelsene ikke er et nytt og spesifikt bidrag til metakognitiv forståelse av sosial angst. Resultatet gir likevel indikasjoner på at det å kontekstualisere generelle metakognisjoner har relevans for behandling av sosial angst.

Målet om å forhindre negativ evaluering (MCQ-SG-FNE) er derimot et nytt og spesifikt bidrag som kan knyttes direkte opp imot metakognitiv teori. Vi argumenterer for at disse målsetningene i sosiale situasjoner kan plasseres i det metakognitive kontrollsystemet (MCS) som Wells (2019) beskriver.

Vi har undersøkt sammenhengene mellom metakognisjonene, sosial angst og interpersonlige problemer. De interpersonlige problemområdene man typisk forbinder med sosial angst er også de som korrelerer sterkest med MCQ-SB og MCQ-SG. Den svakere korrelasjonene med interpersonlige problemområder som ikke typisk forbindes med sosial angst, gir støtte til hypotesen om at de utarbeidede faktorene har sammenheng med sosial angst. Videre finner vi tydelige sammenhenger som støtter en hypotese om at en spesifikk type interpersonlig fungering er til stede i sosial angst og at denne fungeringen kan ha en

sammenheng med metakognitive prosesser. Disse funnene kan også indikere at metakognitiv terapi vil kunne bidra til å redusere interpersonlige problemer for pasienter med sosial angst.

Videre vil det fortsatt være viktig å undersøke de metakognitive prosessene knyttet til sosial angst. Studier som replikerer og bygger videre på funnene knyttet til de sosiale målene som er identifisert i denne oppgaven, i tillegg til eventuelle andre sosiale mål, vil kunne styrke forståelsen av deres rolle i metakognitiv teori og sosial angst. Videre arbeid som undersøker metaantagelser som er spesifikke for sosial angst vil også være en viktig oppgave. Her kan forskningstilnæringer som integrerer både kvalitative og kvantitative metoder foreslås som nyttig.

Denne oppgaven viser at enkelte av metaantagelsene vi har undersøkt har spesifikk og prediktiv relevans for sosial angst. Dette gir støtte til idéen om at sosial angst kan forstås og håndteres ut ifra en metakognitiv forståelsesramme. Det vil være nødvendig med mer arbeid med identifisering av spesifikke metakognisjoner knyttet til sosial angst før spesifikke skjema kan brukes til evaluering av mer overordnede forskningsspørsmål og klinisk praksis.

6. Referanser

- Bailey, R. & Wells, A. (2015). Development and initial validation of a measure of metacognitive beliefs in health anxiety: The MCQ-HA. *Psychiatry Research*, 230(3), 871-877. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.11.035>
- Barkham, M., Hardy, G. E. & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Carpenter, J. K., Andrews, L. A., Witcraft, S. M., Powers, M. B., Smits, J. A. J. & Hofmann, S. G. (2018). Cognitive behavioral therapy for anxiety and related disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Depression and Anxiety*, 35(6), 502-514. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/da.22728>
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0887-6185\(97\)00011-x](https://doi.org/10.1016/s0887-6185(97)00011-x)
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope & F. R. Schneier (Red.), *Social Phobia: Diagnosis, Assessment, and Treatment* (s. 69-93). The Guilford Press.
- Gkika, S., Wittkowski, A. & Wells, A. (2018). Social cognition and metacognition in social anxiety: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 10-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/cpp.2127>
- 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.
- Helsedirektoratet. (2015). *Samfunnskostnader ved sykdom og ulykker*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/samfunnskostnader-ved-sykdom-og-ulykker>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36(5), 427-440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-613. <https://doi.org/https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

- Mattick, R. P. & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36(4), 455-470. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(97\)10031-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(97)10031-6)
- McLaughlin, K. A. & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 186-193. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.12.006>
- Nordahl, H. & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy for social anxiety disorder: An A–B replication series across social anxiety subtypes. *Frontiers in psychology*, 9, 540.
- Pilling, S., Mayo-Wilson, E., Mavranzouli, I., Kew, K., Taylor, C. & Clark, D. M. (2013). Recognition, assessment and treatment of social anxiety disorder: summary of NICE guidance. *BMJ : British Medical Journal*, 346, f2541. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2541>
- Rapee, R. M. & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00022-3](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00022-3)
- Reneflot, A., Aarø, L. E., Aase, H., Reichborn-Kjennerud, T., Tambs, K. & Øverland, S. (2018). *Psykisk helse i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Richard, G. H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: current status and future directions. *Biological Psychiatry*, 51(1), 101-108. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01183-0](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01183-0)
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Strand, E. R., Hagen, R., Hjemdal, O., Kennair, L. E. O. & Solem, S. (2018). Metacognitive Therapy for Depression Reduces Interpersonal Problems: Results From a Randomized Controlled Trial. *Front Psychol*, 9, 1415. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01415>
- Vogel, P. A., Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Smeby, M. C. B., Strand, E. R., Fisher, P., Nordahl, H. M. & Wells, A. (2016). Metacognitive Therapy Applications in Social Anxiety Disorder: An Exploratory Study of the Individual and Combined Effects of the Attention Training Technique and Situational Attentional Refocusing. *Journal of Experimental Psychopathology*, 7(4), 608-618. <https://doi.org/10.5127/jep.054716>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. The Guilford Press.

- Wells, A. (2019). Breaking the Cybernetic Code: Understanding and Treating the Human Metacognitive Control System to Enhance Mental Health. *Frontiers in psychology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>
- 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. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(03\)00147-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(03)00147-5)
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- WHO. (1999). *ICD-10: Psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Gyldendal akademisk.
- Wong, Q. J. J. & Moulds, M. L. (2011). A New Measure of the Maladaptive Self-Beliefs in Social Anxiety: Psychometric Properties in a Non-Clinical Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33(2), 273-284. <https://doi.org/10.1007/s10862-010-9208-3>

7. Appendiks A

Tabeller

Tabell A1

MCQ-SB Faktorladninger

MCQ-SB enkeltledd	Faktorlading			
	1	2	3	4
37. Mine negative tanker om meg selv stopper meg fra å ha et normalt liv	.82	.20	.12	-.33
19. Min bekymring forhindrer meg i å prestere bra	.79	.25	.12	-.26
30. Jeg klarer ikke å ignorere mine bekymringer for sosiale situasjoner	.79	.25	.03	-.42
6. Negative tanker hindrer meg fra å prestere som jeg ønsker	.77	.25	.14	-.22
18. I etterkant av sosiale situasjoner er det vanskelig å stoppe med å analysere dem	.76	.38	.07	-.30
27. Jeg klarer ikke å flytte fokus når jeg er engstelig	.74	.24	.08	-.40
20. Hvis jeg finner ut at mine negative tanker om meg selv er sanne vil jeg aldri kunne føle meg bra	.73	.34	.14	-.38
39. Identiteten min trues av mine negative tanker om meg selv	.72	.24	.23	-.33
46. Det er problematisk at jeg har negative tanker om meg selv	.70	.22	.24	-.09
1. Jeg klarer ikke slutte å tenke på hva andre tenker om meg	.69	.25	.06	-.35
21. Jeg har liten kontroll over oppmerksomheten min	.66	.19	.09	-.27
22. Hvis jeg tenker at jeg ser rar ut, ser jeg sannsynligvis rar ut	.64	.40	-.03	-.51
4. Det er vanskelig for meg å bli mindre selvfokusert i prestasjonssituasjoner eller når jeg er sosial	.64	.30	.05	-.21
15. Jeg kan ikke slutte med å tro på mine tanker om meg selv	.63	.35	.08	-.42
7. Hvis jeg har negative tanker om meg selv har andre sannsynligvis også det	.62	.40	-.05	-.47
23. Når jeg først blir selvbevisst, klarer jeg ikke fokusere på noe annet enn meg selv	.60	.28	.10	-.39
11. I sosiale situasjoner er det viktig å holde dårlige minner fra andre situasjoner unna	.54	.28	.30	-.12
53. Jeg kan ikke endre meg med mindre jeg slutter å tro på mine negative tanker om meg selv	.49	.11	.33	-.01
51. Jeg må stoppe å tenke på tidligere vonde opplevelser fra sosiale situasjoner	.48	.20	.23	-.11

33. Å tro på negative tanker om meg selv beskytter meg mot kritikk og avvisning fra andre	.50	.72	.08	-.42
31. Hvis jeg allerede er bevisst det som er galt med meg, vil ikke andre kunne såre meg	.45	.65	.13	-.35
29. Å tro negative ting om meg selv beskytter meg mot vonde følelser	.50	.64	-.07	-.55
35. Bekymring hjelper meg med å håndtere stressende situasjoner	.21	.63	.07	-.34
50. Å tenke på hvordan andre vurderer meg hjelper meg med å tilpasse meg situasjoner	.25	.63	.22	-.18
14. Det er tryggere å tenke negativt enn positivt om seg selv	.58	.60	-.09	-.48
8. Hvis jeg fokuserer på mine tanker og følelser har jeg mer kontroll på meg selv	.12	.60	.33	-.10
52. Å ha negative tanker om meg selv kan hjelpe meg til å bli en bedre person	.07	.56	.16	-.33
12. Hvis jeg har kontroll på tankene mine, har jeg bedre kontroll på hvordan andre vil oppfatte meg	.42	.54	.43	-.18
38. Selvbevissthet beskytter meg mot å oppdage at andre tenker negativt om meg	.34	.54	.22	-.40
3. Å tro noe negativt om meg selv holder verre tanker på avstand	.45	.52	-.16	-.47
28. Å fokusere innover i meg selv føles tryggest	.42	.50	.28	-.43
9. Hvis jeg analyserer hva andre tenker om meg, blir jeg mindre engstelig	.17	.48	.03	-.11
16. Bekymring forhindrer at jeg får jernteppe eller blir helt blank i hodet	.33	.41	.01	-.31
26. Jeg må vite hvem jeg er for å kunne føle meg trygg	.24	.24	.66	-.25
13. Jeg må vite hvem jeg er for å kunne slappe av med andre mennesker	.36	.32	.66	-.23
44. Det er viktig å ha stabile antagelser om hvem man er	.13	.28	.65	-.25
34. Bare når jeg har en klar tanke om hvem jeg er kan jeg fungere godt	.40	.29	.64	-.27
48. Bare hvis jeg tror positivt om meg selv kan jeg fungere godt med andre mennesker	.39	.12	.57	-.08
45. Jeg vil gjøre et bedre inntrykk på andre dersom jeg ikke har så mange negative tanker om meg selv	.34	.22	.48	.12
10. Det er viktig hva jeg tenker om meg selv	-.09	-.00	.45	.32
5. Analysing hjelper meg å lære av mine feil	-.10	.36	.39	.07
36. Det å endre oppfatning om hvem man er, er et tegn på svakhet	.33	.23	.07	-.71
40. Det jeg tror om meg selv er sannheten om hvem jeg er	.20	.34	.06	-.67

25. Å ha negative tanker om meg selv betyr at jeg er en mindre god person	.54	.33	-.02	-.66
17. Andre vil like meg mindre dersom jeg tror noe positivt om meg selv	.37	.48	-.03	-.62
47. Hvis jeg fokuserer utover mot andre vil jeg få bekreftet mine negative tanker om meg selv	.59	.55	-.03	-.61
42. Å holde på positive tanker om den jeg er vil straffe seg	.48	.58	-.09	-.61
43. Antagelsene jeg har om meg selv definerer hvem jeg er	.34	.36	.26	-.59
49. Det er bedre å tro noe negativt om seg selv, enn å ikke vite hvem man er	.23	.51	.07	-.56
41. Hvis jeg begynner å tro mer positivt om meg selv, vil jeg bli mindre empatisk ovenfor andre	.24	.46	.13	-.50
2. Hvis jeg endrer mine antagelser om hvem jeg er, vil jeg miste meg selv	.41	.24	.29	-.49
32. Det er mindre ubehagelig å fokusere på meg selv enn på det som skjer rundt meg	.32	.46	.10	-.47
24. Hvis jeg tenker på noe ubehagelig som kan skje i en sosial situasjon, er det mer sannsynlig at det vil skje	.43	.24	.08	-.44

Note: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Direct oblimin with Kaiser Normalization.

Tabell A2*MCQ-SG Faktorladninger*

MCQ-SG enkeltledd	Faktorlading			
	1	2	3	4
Faktor 1: Forhindre negativ evaluering				
8. Forhindre at jeg gjør eller sier noe dumt	.79	.08	.23	-.34
20. Ikke ta for mye plass	.76	.19	.05	-.44
26. Skjule at jeg føler meg stresset	.75	.19	.15	-.50
14. Forhindre at andre tenker negativt om meg	.75	.26	.50	-.45
13. Unngå at noen kritiserer meg	.74	.26	.45	-.44
17. Forstå hvilke tanker andre har om meg	.70	.22	.37	-.49
5. Ikke være til bry for noen	.68	.11	.15	-.26
27. Finne ut av om jeg blir likt eller akseptert av de andre	.68	.31	.44	-.46
2. Unngå å gjøre noe feil	.66	.04	.29	-.23
10. Unngå å komme i sentrum av andres oppmerksomhet	.63	.07	-.07	-.29
6. Huske alt som blir sagt og som skjer	.55	.11	.26	-.37
24. Få tiden til å gå	.51	.21	.09	-.42
7. Følge med på om alle har det bra	.28	.23	.21	-.26
Faktor 2: Komfortabilitet				
4. Være avslappet	.03	.72	.08	-.33
23. Erfare at jeg hører til	.28	.70	.29	-.41
22. Føle meg trygg	.34	.69	-.01	-.50
3. Ha det hyggelig	-.17	.58	.10	-.29
Faktor 3: Bli positivt evaluert				
1. Imponere de jeg er med	.14	.10	.68	-.15
9. Fremstå som intelligent eller interessant	.35	.19	.67	-.24
Faktor 4: Kontrollere tanker				
18. Kontrollere tankene mine	.59	.32	.13	-.87
15. Ha kontroll over tankene mine	.57	.34	.19	-.83
16. Vite hvem jeg er	.28	.52	.14	-.80
19. Kontrollere følelsene mine	.59	.33	.13	-.73
12. Ha positive tanker	.08	.53	.22	-.67
11. Ikke ha noen negative tanker om meg selv	.28	.40	.30	-.63
25. Motbevis negative tanker jeg har om meg selv	.40	.49	.20	-.57
21. Være den beste utgaven av meg selv	.33	.51	.29	-.56

Note: Extraction Method: Principal Axis Factoring. Rotation Method: Direct oblimin with Kaiser Normalization.

Tabell A3*MCQ-SG Faktorladninger*

MCQ-SG enkeltledd	Faktorlading	
	1	2
Faktor 1: Forhindre negativ sosial evaluering (MCQ-SG-FNE)		
11. Forhindre at andre tenker negativt om meg	.88	.10
5. Forhindre at jeg gjør eller sier noe dumt	.84	.14
10. Unngå at noen kritiserer meg	.83	.06
2. Unngå å gjøre noe feil	.82	.08
4. Ikke være til bry for noen	.73	.25
13. Ikke ta for mye plass	.65	.25
14. Skjule at jeg føler meg stresset	.61	.33
7. Fremstå som intelligent eller interessant	.58	.36
8. Unngå å komme i sentrum av andres oppmerksomhet	.56	.26
1. Imponere de jeg er med	.56	.14
Faktor 2: Metamål (MCQ-SG-MET)		
6. Ha positive tanker	-.01	.84
12. Motbevise negative tanker jeg har om meg selv	.29	.75
3. Ikke ha noen negative tanker om meg selv	.30	.74
9. Vite hvem jeg er	.14	.68

Note: Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Direct oblimin with Kaiser Normalization.

8. Appendiks B

Informasjonsskriv, Nettskjema – Studie 1

Hei! Takk for at du bidrar til studiet vårt.

Vi undersøker ulike antagelser som vi tror er relatert til sosial angst, og håper å kunne bidra til bedre forståelse for sosial engstelighet.

I denne undersøkelsen vil du bli presentert for en rekke påstander, hvor din oppgave er å ta stilling til hvor enig du er i hver påstand. Påstandene er relatert til engstelighet (i og utenfor sosiale situasjoner), antagelser om egen tenkning, mål i sosiale situasjoner, nedstemthet og personlighet. Basert på dine svar vil vi undersøke hvilke av påstandene som har sammenheng med hverandre, og om disse har noen sammenheng med sosial angst. Alle kan delta, uavhengig av hvor sosialt engstelige man er.

Vi regner med at det vil ta omtrent 10 minutter å fylle ut skjemaet. Skjemaet vil ikke lagre svarene dine dersom du ikke gjennomfører hele undersøkelsen, så vennligst vent med å fylle ut til du har nok tid til å gjennomføre.

Prosjektet er et hovedoppgaveprosjekt på Profesjonsstudiet i Psykologi, i regi av Norges Teknisk-vitenskapelige Universitet (NTNU). Svarene dine er anonyme, og samles inn via “Nettskjema”, som er en elektronisk sikker løsning for datainnsamling som leveres av Universitetet i Oslo.

Hvis du har spørsmål til studiet, kan du ta kontakt med en av oss på e-post.

- Sverre Bang Støeng (sverrbs@stud.ntnu.no)
- Peter Sævik (petersae@stud.ntnu.no)

Takk for hjelpen!

Med vennlig hilsen,

Sverre og Peter

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Ved å gå videre fra denne siden og videre til selve spørreundersøkelsen samtykker jeg til å delta. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

9. Appendiks C

Informasjonsskriv, Nettskjema – Studie 2

Hei! Takk for at du bidrar til vårt studie.

Vi undersøker ulike antagelser som vi tror er relatert til sosial angst, og håper å kunne bidra til bedre forståelse for sosial engstelighet. I denne undersøkelsen vil du bli presentert for en rekke påstander, hvor din oppgave er å ta stilling til hvor enig du er i hver påstand. Påstandene er relatert til engstelighet (i og utenfor sosiale situasjoner), nedstemthet, antagelser om egen tenkning, mål i sosiale situasjoner og personlighet. Basert på dine svar vil vi undersøke hvilke av påstandene som har sammenheng med hverandre, og om disse har noen sammenheng med sosial angst. Alle kan delta, uavhengig av hvor sosialt engstelige man er.

Vi regner med at det vil ta omtrent 12 minutter å fylle ut skjemaet. Skjemaet vil ikke lagre svarene dine dersom du ikke gjennomfører hele undersøkelsen, så vennligst vent med å fylle ut til du har nok tid til å gjennomføre. Prosjektet er et hovedoppgaveprosjekt på Profesjonsstudiet i Psykologi, i regi av Norges Teknisk-vitenskapelige Universitet (NTNU). Svarene dine er anonyme, og samles inn via “Nettskjema”, som er en elektronisk sikker løsning for datainnsamling som leveres av Universitetet i Oslo.

Hvis du har spørsmål til studiet, kan du ta kontakt med en av oss på e-post.

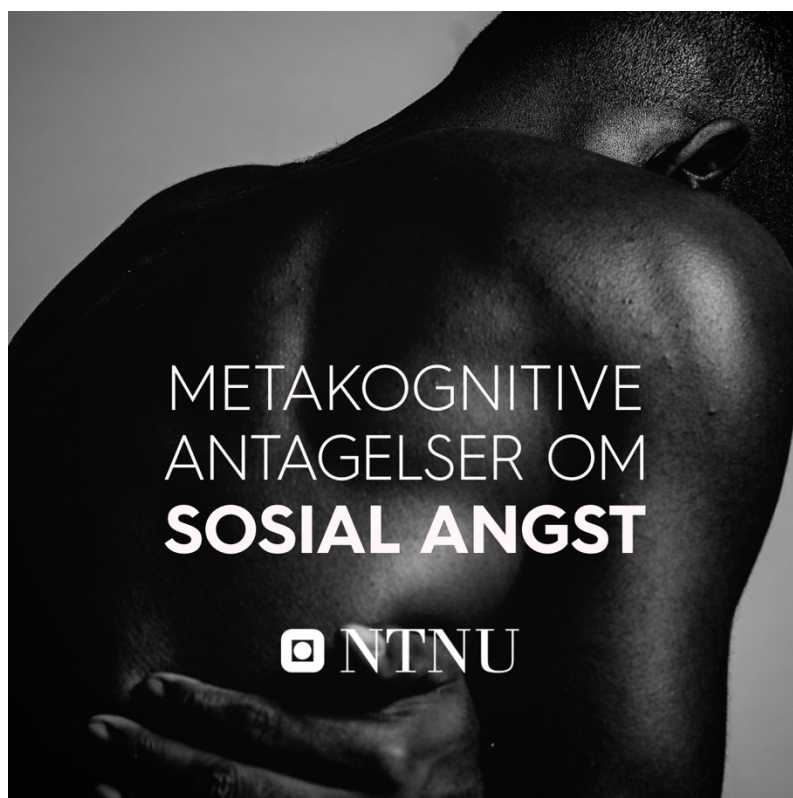
- Sverre Bang Støeng (sverrbs@stud.ntnu.no)
- Peter Sævik (petersae@stud.ntnu.no)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Ved å gå videre fra denne siden og videre til selve spørreundersøkelsen samtykker jeg til å delta. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

10. Appendiks D

Annonser



11. Appendiks E

Arbeidsfordeling

Sverre Bang Støeng og Peter Sævik har jobbet sammen på samtlige teoretiske, metodiske (inkl. statistiske analyser) og praktiske deler av hovedoppgaven, men ansvaret for utkast til ulike deler av arbeidet har blitt fordelt som følger:

Sverre Bang Støeng: 1.1, 1.2, 1.3, 3.1, 3.2.5, 3.2.6, 3.2.7, 3.2.8, 4.2, 4.4, 4.5, 5.

Peter Sævik 2.1, 2.2, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4, 4.1, 4.3, bearbeiding av datasett.

