

Tankemønstre knyttet til angst.

En studie av tidlige maladaptive skjemaer ved sosial
fobi og panikklidelse med agorafobi.

Maria Leer-Salvesen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Oktober 2012

© Maria Leer-Salvesen

2012

Tittel: Tankemønstre knyttet til angst. En studie av tidlige maladaptive skjemaer ved sosial fobi og panikkelidelse med agorafobi.

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo.

Sammendrag

Forfatter: Maria Leer-Salvesen

Tittel: Tankemønstre knyttet til angst. En studie av tidlige maladaptive skjemaer ved sosial fobi og panikklidelse med agorafobi.

Veileder: Asle Hoffart

Bakgrunn: Basert på antakelsen om at spesifikke tankemønstre kan knyttes til psykiske lidelser (Beck, 1997), ble spesifisiteten mellom Youngs (1990) 15 tidlige maladaptive skjemaer (TMS) og diagnosene sosial fobi og panikklidelse med agorafobi undersøkt. I følge skjemateorien utvikles TMS i barndommen og kan føre til psykopatologi senere i livet. Teorien og behandlingsmetoden var opprinnelig utviklet for vedvarende personlighetsforstyrrelser, men anvendes nå i større grad i forståelse og behandling av psykiske lidelser generelt. Panikklidelse med agorafobi og sosial fobi er to utbredte diagnoser i den norske befolkning (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001), de har flere fellestrekk og er særlig kronifiserende (Clark & Wells, 1995; Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells & Gelder, 1999). Økt kunnskap om kognitive trekk ved diagnosene var oppgavens formål. Relevant teori samt tidligere forskning ga hypoteser om hvilke kognitive skjemaer som ville vise spesifikt forhold til panikklidelse med agorafobi og sosial fobi.

Metode: Denne empiriske studien baserte seg på allerede innsamlede data, stilt til rådighet av Modum Bad (Norsk landsdekkende behandlingsinstitusjon). Utvalget bestod av 119 deltakere, hvor samtlige hadde panikklidelse med agorafobi eller sosial fobi som sin primære diagnose. Deltakerne gjennomgikk bred diagnostisk vurdering, med bruk av strukturerte kliniske intervju. Kognitive skjemaer er i denne studien kartlagt med et strukturert spørreskjema (Youngs Schema Questionnaire). Skårene er analysert med deskriptiv statistikk og variansanalyse (ANCOVA).

Resultater: Resultatene viste omfattende utbredelse av TMS i utvalget, sammenlignet med både normalkontroll i Wang, Halvorsen, Eisemann og Waterloo (2010) og gruppe med generell psykopatologi i Hoffart et al. (2005). Det kognitive skjemaet *Subjugation* viste et spesifikt forhold til sosial fobi. *Social isolation*, *Emotional inhibition*, *Defectiveness/Shame* og *Mistrust/Abuse* hadde et delvis spesifikt forhold til sosial fobi. Antakelsene om spesifisitet mellom panikklidelse med agorafobi og de tre antatte skjemaene *Abandonment/instability*, *Vulnerability to harm/illness* og *Dependence/incompetence* ble ikke bekreftet.

Konklusjon: Studien demonstrerte at en rekke TMS var tilstedet ved angstlidelsene og at spesifisiteten var begrenset til en av diagnosene. Resultatene gir implikasjoner om at tankene knyttet til de fem spesifikke TMS ved sosial fobi bør kartlegges og modifiseres i behandling av sosial fobi. Funnet støtter i all hovedsak Clark og Wells (1995) kognitive modell for sosial fobi, og utdyper den diagnostiske beskrivelsen av vesentlig engstelse for sosialt samvær. Manglende spesifisitet mellom TMS og panikklidelse med agorafobi kan skyldes færre deltakere i denne gruppen og generelle problemer med å finne spesifikke forhold mellom TMS og enkelte diagnoser. Tilstedeværelsen av flere TMS impliserer et komplekst bilde, og behovet for å kartlegge den individuelle skjemastrukturen til hver enkelt klient.

Innholdsfortegnelse

INTRODUKSJON	1
Problemstilling.....	1
Begrunnelse for valg av problemstilling.....	2
Formål.....	2
BAKGRUNN.....	3
Jeffrey E. Youngs skjemateori.....	4
Utvikling av skjemaer.....	6
Opprettholdelse av skjemaer.....	7
Endring av skjemaer.....	8
Operasjonalisering og måling av TMS.....	8
Klinisk forskning på psykopatologi og TMS.....	9
Sosial fobi.....	10
Etiologi.....	11
Kognisjon knyttet til sosial fobi.....	12
Panikklidelse med agorafobi.....	12
Etiologi.....	13
Kognisjon knyttet til panikklidelse med agorafobi.....	14
Panikklidelse med agorafobi og sosial fobi - sett under ett.....	15
Hva vet vi om TMS ved panikklidelse med agorafobi og sosial fobi så langt?.....	16
Sosial fobi.....	17
Panikklidelse med agorafobi.....	17
Metodiske mangler ved tidligere forskning.....	18
Hypoteser.....	19
Hypoteser om spesifikke TMS ved sosial fobi.....	19
Hypoteser om spesifikke TMS ved panikklidelse med agorafobi.....	19
Antakelser om panikklidelse med agorafobi og sosial fobi samtidig.....	20
Påvirkning fra andre diagnoser.....	20
Oppsummering av bakgrunn og målsetning med studien.....	21
Avgrensninger.....	21
Forskningsspørsmål.....	22
METODE.....	23
Deltakere.....	23

Måleinstrumenter.....	23
Diagnostikk.....	23
Tidlige maladaptive skjemaer.....	24
Prosedyre.....	24
Statistiske analyser.....	25
Statistisk signifikant og effektstørrelser.....	26
Forskningsetikk.....	26
RESULTATER.....	27
Diagnostisk fordeling.....	27
Tidlige maladaptive skjemaer i de ulike gruppene.....	29
Spesifikke TMS i de tre ulike gruppene kontrollert for komorbiditet.....	31
DISKUSJON.....	34
Hovedfunn.....	34
Skjematisk struktur ved sosial fobi.....	34
Skjematisk struktur ved panikklidelse med agorafobi.....	37
Egenskaper ved sosial fobi og panikklidelse med agorafobi samtidig.....	38
Sosial fobi og panikklidelse med agorafobi som en og samme diagnose.....	39
Drøftelse av spesifisitet.....	40
Skjematikken og symptomlidelser.....	41
Differensiering mellom underkategorier av angst.....	42
Kliniske implikasjoner.....	42
Begrensninger.....	44
Veien videre.....	45
Konklusjon.....	46
Referanser.....	48
Vedlegg.....	52

INTRODUKSJON

Teori om kognitiv terapi, opprinnelig utviklet av Aaron Beck på 60-tallet, har generert en mengde forskning på psykopatologi. En grunnleggende antakelse i kognitiv psykologi er at negative og problematiske tanker om seg selv, andre mennesker og ens verden ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av emosjonelle lidelser (Clark, Beck & Alford, 1999). Videre er det antatt at hver emosjonell lidelse karakteriseres av en kognitiv profil med et spesifikt innhold (Beck, 1997). Dette spesifikke innholdet knyttet til to former for klinisk angst er denne oppgavens hovedanliggende.

Jeffrey Youngs skjemateori bygger delvis på Aron Becks arbeid, og er en kognitivt basert innfallsvinkel til å forstå utvikling og opprettholdelse av psykopatologi. Tidlige maladaptive skjemaer (TMS), defineres som grunnleggende, ervervede, fastlåste og dysfunksjonelle tankemønstre en person har om seg selv, andre og verden. Young (1990) identifiserer 15 TMS, kognitive skjemaer han hevder ligger til grunn for utvikling og opprettholdelse av en rekke psykiske lidelser. TMS antas å ha utviklet seg tidlig i livet, gjennom et samspill mellom genetiske predisposisjoner, andre biologiske faktorer og miljø. I Youngs skjematerapi er målet å endre problematiske skjemaer (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Skjemateori og skjematerapi var i første omgang knyttet til akse II diagnoser, men benyttes i økende grad til forståelse og behandling av akse I diagnoser (Hawke & Provencher, 2011).

Problemstilling

Ledet av foreliggende forskning vil denne oppgaven konsentrere seg om følgende problemstilling: Hvilke TMS er spesifikke for en klientgruppe med sosial fobi og/eller panikklidelse med agorafobi?

Sosial fobi (300.23 i DSM-IV) dreier seg om frykt overfor sosiale situasjoner, hvor det ligger en mulighet for å bli kritisk iaktatt av andre personer. Panikklidelse med agorafobi (300.21 i DSM-IV) gir seg uttrykk ved avgrensede anfall med kraftige, fysiske symptomer, med påfølgende redsel for å besøke offentlige plasser, der det kan være vanskelig å slippe unna, eller der hjelp ikke er tilgjengelig ved et akutt angstanfall. Panikklidelse og agorafobi kan oppstå uavhengig av hverandre. I denne oppgaven behandles imidlertid panikklidelse med agorafobi som én diagnose. En grundigere gjennomgang av de to diagnosene samt konseptuell forståelse av TMS vil bli gitt siden.

Vurderingen av hvorvidt et TMS er *spesifikt* relatert til en av diagnosene vil baseres på statistisk signifikant forskjell mellom gruppenes gjennomsnittskårer og funnenes sammenheng med teori og tidligere forskning.

Begrunnelse for valg av problemstilling. Foreliggende forskning har gjentatte ganger vist hvilke kognitive skjemaer som dominerer ved blant annet depresjon (Shah & Waller, 2000; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan, 2002; Abela, Auerback, Sarin & Lakdawalla, 2009) og personlighetsforstyrrelser (Young, 1999; Jovev & Jackson, 2004; Nordalh, Holthe & Haugum, 2005). Senere er det funnet at TMS forklarer 52 % av variansen i angstsymptomer (Welburn et al., 2002). Selv om flere studier har sett på forholdet mellom TMS og angst gjenstår det å finne spesifisiteten mellom ulike TMS og angst (Calvete, Estevez, Lopez de Arroyabe & Ruiz, 2005; Hawke & Provencher, 2011). Ikke minst er det behov for å se på *ulike* typer angst, da angstlidelser antas å være kvalitativt forskjellige og diagnostiseres i flere underkategorier.

Etter et grundig litteratursøk ser det ikke ut til at andre studier har kartlagt og sammenlignet TMS i panikklidelse med agorafobi og sosial fobi, og samtidig kontrollert for komorbide diagnoser. Begrunnelsen for å velge akkurat de to angstlidelsene baseres på at de er utbredte i befolkningen, de har flere fellestrekk og de opptrer ofte sammen (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001).

Formål

Bedre klientbehandling er et overordnet mål for forskning på psykiske lidelser. Enkelte hevder at kroniske angstlidelser i mindre grad profitterer på tradisjonell kognitiv-atferdsterapi med vekt på eksponering, og i større grad på terapi som fokuserer på å endre maladaptive skjemaer (Young et al., 2003). Formålet med denne studien er å øke forståelsen av panikklidelse med agorafobi og sosial fobi, gjennom å se på hvilke TMS som dominerer på gruppenivå. Kunnskapen om tankemønstrene knyttet til angstlidelsene vil kunne bidra til mer effektiv og tilpasset psykoterapeutisk behandling.

Skjemateoriens utvidelse til akse I diagnoser vil dessuten profitere på empirisk kunnskap om hvilke skjemaer som ligger til grunn for utvikling av panikklidelse med agorafobi og sosial fobi. Skjemateoriens nytteverdi som forståelsesramme og bruk av TMS til å differensiere mellom de to diagnosene vil bli drøftet. Empirisk testing av andre sentrale teoretiske modeller og antakelser om utvikling og opprettholdelse av de to angstlidelsene, vil også bli berørt i denne studien.

Innledningsvis vil jeg redegjøre for Jeffrey Youngs skjemateori. Deretter vil jeg se nærmere på de to aktuelle diagnosene; sosial fobi og panikklidelse med agorafobi. Etter å ha redegjort for diagnostiske kjennetegn, vil jeg se nærmere på sentrale kognitive forklaringsmodeller for angstlidelsene. Modellene vil danne grunnlag for denne studiens hypoteser, sammen med tidligere forskning på forholdet mellom diagnosene og skjemateorien. Hypotesene vil gjennomgå empirisk testing i et klinisk utvalg. Resultatene vil deretter diskuteres opp mot teori og tidligere forskning, før det konkluderes på studiens problemstilling.

BAKGRUNN

Begrepet skjema kan spores tilbake til den tyske filosofen Immanuel Kant (Pace, 1988; Stein, 1992). Under debatten om opprinnelsen til menneskets egen kunnskap ble begrepet dannet. Kant anså kunnskap som et resultat av sensoriske inntrykk *omgjort* av a priori kategorier av tenkning (Pace, 1988). Kant så med andre ord for seg at forestillingen om et begrep bygget på et *skjema* for begrepet (Stein, 1992). Kants filosofiske forståelse av skjema er fremdeles aktuell i dagens psykologi.

Bartlett (1932) var en av de første til å introdusere begrepet skjema i psykologien, og da innenfor forskning på hukommelse. I sine studier fant han at når et individ gjenkalte historier ble historiene forvrent på en konsistent måte. Forklaringen ble at hukommelsen bestod av skjemaer. Dannet i interaksjon med miljøet organiserer og påvirker skjemaene ny informasjon. Begrepet stod samtidig sentralt i Piagets teori om kognitiv utvikling. Piaget forklarte læring og utvikling som et resultat av at opprinnelige skjemaer interagerer med miljøet og ble mer avanserte. Interaksjonen bestod av prosessene akkommodasjon og assimilering (Piaget, 1930).

Gjennom Aron Becks forskning på kognitiv terapi ble begrepet skjema for alvor innlemmet i klinisk psykologi. Beck utviklet en modell for depresjon basert på informasjonsprosessering, hvor skjema spilte en sentral rolle sammen med begrepet om den negative triade; negativt syn på seg selv, andre og verden (Beck, Emery & Greenberg, 1985).

Siden Becks første publiseringer på 1960-tallet har begrepene og teoriene utviklet seg. På tross av skjemaenes sentrale rolle har andre kognitive begreper som negative automatiske tanker og tankemønstre, som for så vidt bygger på begrepet skjema, vært mer fremtredende i forskning og praksis (Clark et al., 1999). I prosessen med å utvide kognitiv terapi til andre diagnoser enn depresjon, ble begrepet skjema mer fremtredende igjen.

Jeffrey E. Youngs skjemateori

I 1990 publiserte Jeffrey E. Young en bok om skjemafokusert behandling av personlighetsforstyrrelser. Inspirert av blant annet Becks formulering om skjema og kognitiv terapi, utviklet Young en egen skjemateori og behandlingsform. Skjemateorien innbefatter et sett av spesifikke kognitive skjemaer. Young anså skjemaene for å være sentrale i forståelsen av klientenes varige personlighetsrelaterede problemer. Skjemafokusert behandling bruker begrepet tidlige maladaptive skjemaer som et samlende element i en teori bygget på personlighet, psykopatologi og psykoterapi. TMS defineres som følger:

Early Maladaptive Schemas are broad, pervasive themes or patterns regarding oneself and one's relationships with others that are dysfunctional to a significant degree. Schemas compromise memories, emotions, cognitions, and bodily sensations. They develop during childhood or adolescence and are elaborated throughout one's lifetime. Schemas begin as adaptive and relatively accurate representations of the child's environment, but they become maladaptive and inaccurate as the child grows up. As part of the human drive for consistency, schemas fight for survival. They play a major role in how individual think, feel, act and relate to others (Young et al., 2003, s. 61).

TMS, eller kognitive skjemaer, forstås altså som underliggende emosjonelle og kognitive strukturer som medierer og organiserer ens erfaringer om seg selv og verden. TMS former kjernen av et individs selvoppfatning og kognitive organisering, og er i stor grad resistente mot endring. De oppfattes som sannheter, og blir av individet selv tatt for gitt. TMS sies å operere på det dypeste nivået av kognisjonen. Individet er ofte ikke klar over skjemaets innhold, før det i situasjoner lignende de som har formet skjemaet, får en aktivering av innholdet. Aktiveringen fører som regel til høyt nivå av negativ affekt (Young, 1999). Individet utvikler etter hvert mer eller mindre adaptive mestringsstrategier for å håndtere den smerten skjemaaktiveringen gir. TMS antas å være universelle og dimensjonale, slik at enhver person har TMS i en eller annen grad. Alvoret i skjemainnholdet, og hvor omfattende et TMS er, varierer imidlertid mellom individer.

Youngs opprinnelige skjemamodell (1990) består av en liste med 16 TMS gruppert i fem domener.

Tabell 1.

Tidlige maladaptive skjemaer

Disconnection and rejection domain: Overbevisning om at ens behov for sikkerhet, trygghet, stabilitet, empati og respekt ikke blir ivaretatt.

- *Emotional deprivation:* Overbevisning om at ens behov for adekvat følelsesmessig støtte ikke vil bli møtt av andre i tilstrekkelig grad.
- *Abandonment/instability:* Overbevisning om at ens nære er ustabile og upålitelige, og at de ikke vil gi følelsesmessig støtte og tilknytning.
- *Mistrust/abuse:* Overbevisning om at andre vil skade, ydmyke, manipulere eller utnytte en.
- *Social isolation/alienation:* Overbevisning om at man er annerledes enn andre mennesker og isolert fra resten av verden.

Impaired autonomy: Overbevisninger om at ens evne til å fungere uavhengig av og atskilt fra andre er alvorlig svekket eller skadet.

- *Dependence/incompetence:* Overbevisning om at man er ute av stand til å håndtere forpliktelser i hverdagen på en kompetent måte, uten omfattende hjelp fra andre.
- *Subjugation:* Overbevisning om at ens personlige ønsker ikke er viktige sammenlignet med andres preferanser.
- *Vulnerability to harm:* Overbevisning om at risikoen for katastrofer er overhengende, og at man ikke vil være i stand til å forhindre dem.
- *Enmeshment/undeveloped self:* Overdreven følelsesmessig involvering og nærhet til en eller flere av sine nære, på bekostning av sin egen personlige og sosiale utvikling. Ofte en overbevisning om at en av disse personene ikke kan overleve eller være glad uten ens vedvarende støtte.

Undesirability: Overbevisninger om at en er forskjellig fra andre og uønsket med tanke på ens fysiske attraktivitet, sosiale ferdigheter og personlighet.

- *Defectiveness/shame:* Overbevisning om at en på en rekke områder ikke er fullkommen, men defekt, mindreverdig og verdiløs – eller at nære ikke kan elske en hvis ens svakheter blir avslørt.
- *Social undesirability:* Overbevisning om at en er isolert fra andre pga. et uønsket trekk (for eksempel kjedelig) *ikke med i YSQ-S
- *Failure to achieve:* Overbevisning om at en fundamentalt sett er utilstrekkelig i forhold til andre, og at en vil mislykkes på viktige områder som skole, yrke osv.

Restricted self-expression: Utstrakt restriksjon eller undertrykkelse av følelser

- *Emotional inhibition:* Overbevisning om at å uttrykke seg følelsesmessig vil føre til negative konsekvenser som ydmykelse. En uttalt hemning for spontane handlinger, følelser eller kommunikasjon.
- *Self-sacrifice:* Utstrakt overbevisning om plikt og ansvarlighet overfor andre.
- *Unrelenting standards:* Overbevisning om at en må leve opp til meget høye standarder og urealistiske krav.

Impaired limits: Mangel på selvdisciplin og evne til å sette emosjonelle og interpersonlige grenser.

- *Entitlement:* Overbevisning om at man ikke trenger å ta hensyn til andre.
 - *Insufficient self-control:* Overbevisning om at selvdisciplin er uvesentlig, og at en i liten grad trenger å legge bånd på følelsesmessige reaksjoner og impulser.
-

Utvikling av skjemaer. Young og hans kollegaer antar at skjemaene utvikles i tidlig barndom. Selv om genetiske predisposisjoner spiller en relativt stor rolle for utviklingen, understreker Young (1990) betydningen av gjentatte negative erfaringer med foreldre, søsken og jevnaldrende i barndommen.

Hovedårsaken til utvikling av TMS, slik Young ser det, er at barnets universelle psykologiske behov ikke blir møtt. Young grupperer barns grunnleggende behov i fem hovedkategorier: behovet for tilknytning, behovet for autonomi, behovet for å føle seg verdifull, behovet for å bli stilt rimelige forventninger og krav til og behovet for å ha trygge grenser. Barnet forsøker å få dekket behovene gjennom samspill med andre. I hvilken grad barnet faktisk får sine behov dekket, er avgjørende for den psykososiale utviklingen. Navnene på skjemadomenene (tabell 1) gjenspeiler hvilke behov som ikke har blitt møtt. Overbevisninger om at en ikke er fullkommen, men defekt og mindreverdige, knyttes til at barnet ikke har fått dekket sitt behov for å føle seg verdifull. Skjemadomenet i dette tilfellet kalles uønsket (*Undesirability*), og henviser til en del av et individ som ikke har fått optimal utvikling. Young et al. (2003) refererer for øvrig til Erik Eriksons psykososiale modell for personlighetsutvikling, og argumenterer i tråd med den for at uløste oppgaver i utviklingsstadiene kan resultere i TMS.

TMS utvikles med andre ord som følge av negativ sosial interaksjon. Navnene på og innholdet av TMS reflekterer barnets forsøk på å gi mening til erfaringene, og barnets tilpasning til miljøet. For eksempel vil et barn som stadig blir kritisert for ikke å tilfredsstille

foreldrenes krav og standard, kunne utvikle skjemaet *Defectivnes/shame*, med den selvoppfatning at en er defekt og ikke er mulig å bli glad i. Skjemainnholdet gir barnet en mening med det som skjer (jeg er ikke mulig å bli glad i, derfor slår mamma meg), og tilpasningen sørger for trygghet og forutsigbarhet (når mamma kommer, trekker jeg meg likegodt unna).

Tilpasningen ved TMS er, som det ligger i ordet, nettopp maladaptiv eller ugunstig for individet på sikt. Det dysfunksjonelle aspektet ved skjemaene blir tydelig når skjemaene viser sin rigiditet, og manglende evne til å tilpasse seg nye situasjoner og andre forhold.

Skjemautløste følelser forblir som oftest uendret, og gir individet lite handlingsrom. I skjemamodellen sees personlighetsproblemer og andre kliniske symptomer primært på som uttrykk for generaliserte maladaptive mestringsstrategier.

Opprettholdelse av skjemaer. TMS er antatt å være stabile og gjennomgripende senere i livet, selv om omgivelsene er endret. TMS blir en del av individets identitet, og individets atferd og tolkninger av situasjoner bekrefter stadig innholdet i skjemaet. Det finnes en rekke slike skjemaoppretholdende prosesser, som for eksempel kognitive kortslutninger og selvskadende livsførsel. Mekanismene som bidrar til opprettholdelse av skjemaene kan forklare rigiditeten i personlighetsforstyrrelser og andre mer kroniske lidelser, som sosial fobi.

Young (2003) identifiserte i hovedsak tre strategier for mestring av emosjonelt ubehag ved aktivering av skjemaer, som også bidrar til opprettholdelse av skjemaer: unngåelse, kompensering og overgivelse.

Unngåelse handler om at følelser og tanker knyttet til et aktuelt skjema fortrenses eller blokkeres. Det kan komme til uttrykk ved at individet ikke vil snakke om et gitt tema, unngår situasjoner som vil minne en om skjemainnholdet, eller at en ruser seg for å unngå å kjenne på de vonde følelsene. Kompensering dreier seg derimot om at individet overkompenserer for sine tidlige maladaptive skjemaer, det vil si at det handler, tenker eller føler på en motsatt måte. Overkompensering blir problematisk i det kompenseringen faktisk ikke fungerer, og individet likevel får aktivert sitt skjema. Overgivelse, som den tredje mestringsstilen, handler om at en gir etter for skjemainnholdet, ved verken å prøve å unngå det eller kompensere for det. En person som overgir seg vil mer eller mindre søke etter bekreftelse på det negative de tenker om seg selv.

TMS gir med andre ord individet en sårbarhet for å utvikle angst, depresjon dysfunksjonelle relasjoner, rusproblemer etc., som en del av den ubevisste prosessen i å opprettholde skjemaer. Mestringsstrategien blir på mange måter selve problemet (Young, 1999), og krever ofte psykoterapeutisk oppfølging for å kunne endres.

Endring av skjemaer. Skjematerapi er en integrativ tilnærming, utviklet av J. Young, opprinnelig for behandling av klienter med kroniske personlighetsrelaterede problemer, som ikke har oppnådd bedring med tradisjonell kognitiv atferdsterapi (Young, 1999). I følge teori om kognitiv terapi generelt, følger symptomlette av identifisering og endringer av kognitive tankemønstre (Beck, 1997). Youngs skjematerapi fokuserer på endring av tidlige maladaptive skjemaer. For å identifisere skjemaene til hver enkelt klient, noe som er et nødvendig ledd i starten av en skjemafokusert behandling, har Young utviklet strukturerte selvrapportskalaer (Young et al., 2003).

For å endre et skjema må minst tre oppgaver løses. For det første må klienten utvikle en mer sympatisk forståelse av seg selv og sine vansker. For det andre må klienten gjøres bevisst sine maladaptive mestringsstrategier, og øve seg på å stå i ubehaget når skjemaet blir aktivert. Til slutt må klienten utforske sine tidlige livserfaringer, som har bidratt til utviklingen av skjemaet. Prosessen krever både en intellektuell forståelse av skjemaene og deres mekanismer, og at en erfarer skjemaprosessene emosjonelt. Klienten må hjelpes til å tenke kritisk om opplevelsene, og danne alternative perspektiver som fører til færre negative oppfatninger og skjemaaktiveringer (Hoffart, Versland & Sexton, 2002).

Skjematerapi er således ingen konkurrent til tradisjonell kognitiv terapi, men et supplement til behandling av et klientell hvor de psykiske problemene kan sies å være dypere forankret i personligheten.

Operasjonalisering og måling av TMS. For å måle TMS, både i forskning og klinikk, har det vært vanlig å anvende et selvrappoterings-skjema utviklet av Jeffrey Young, kalt The Schema Questionnaires (SQ). Respondenten svarer på en skala fra 1 til 6 hvor godt han eller hun synes at utsagnene er beskrivende for ham eller henne. Et eksempel på et utsagn kan være: "Min dømmekraft kan ikke stoles på i hverdagssituasjoner".

Schmidt, Joiner, Young og Telch (1995) var noen av de første til å undersøke SQs psykometriske egenskaper. Utvalget deres bestod av 1129 studenter og 187 polikliniske pasienter. De fant at skalaen hadde tilfredsstillende test-retest reliabilitet (tre uker) varierende fra .50 (*Vulnerability to harm*) til .82 (*Emotional deprivation*). Intern konsistens varierte fra .83 (*Enmeshment/undeveloped self*) til .96 (*Defectiveness/shame*). I det kliniske utvalget produserte Principal component analysis 15 faktorer. Skjemaet kalt *Social undesirability* ble ikke støttet som en egen faktor, og skjemaet er tatt vekk i den senere kortversjonen av SQ (SQ-S1; Young, 1998).

Konvergent og diskriminativ validitet ble målt i studentutvalget. Resultatene viste høy korrelasjon mellom skalaene i SQ og psykologisk ubehag, selvfølelse, kognitiv sårbarhet for

depresjon og symptomer på personlighetsforstyrrelser. Andre studier har vist sammenheng mellom skalaene i SQ og negative automatiske tanker (Calvete et al., 2005), og dysfunksjonelle holdninger (Wang, Halvorsen, Eisemann & Waterloo, 2010).

Både eksplorerende (Lee, Taylor & Dunn, 1999) og konfirmerende (Hoffart et al., 2005) faktoranalyser støtter tilstedeværelsen av de 15 TMS i kliniske utvalg. SQ er dessuten videre validert på tvers av ulike kulturelle kontekster og i varierende kliniske populasjoner (akse I og akse II) og normalpopulasjon (Hoffart et al., 2005). SQ ble derfor benyttet som spørreskjema i denne studien.

Klinisk forskning på forholdet mellom TMS og psykopatologi

En økende grad av popularitet rundt Youngs skjemateori og behandlingstilnærming, har ført til stadig mer forskning og empirisk måling av TMS. En rekke studier har de siste årene vist en sammenheng mellom TMS og ulike psykiske lidelser. Robuste funn indikerer at de som lider av psykopatologi generelt har signifikant høyere skjemaskårer sammenlignet med friske kontrollpersoner (Young, 1999; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel & Bogels, 2010).

Antakelsen om at høye skårer på TMS gir individer en predisposisjon til å utvikle psykiske lidelser, og i sær personlighetsforstyrrelser, har blitt bekreftet i en rekke studier (Schmidt et al., 1995; Young, 1999; Nordal et al., 2005). Personlighetsforstyrrelsene antisosial, schizotyp og schizoid skiller seg imidlertid noe ut, og hadde ingen signifikante korrelasjoner med TMS i en av studiene (Nordal et al., 2005).

TMS sine roller i depresjon er bredt kartlagt og nå etablert som nyttig forståelsesramme (Shah & Waller, 2000; Abela et al, 2009; Wang et al., 2010). Andre har utarbeidet en skjemafokusert modell for spiseforstyrrelser (Waller, Ohanian, Meyer & Osman, 2000).

Hva gjelder angst fant en studie at kognitive skjemaer forklarer 52 % av variansen i angstsymptomer, hvor skjemaene *Abandonment/instability*, *Vulnerability to harm or illness*, *Failure* og *Emotional inhibition* forklarte mest (Welburn et al., 2002). Studien kontrollerte imidlertid ikke for andre diagnoser, og skilte heller ikke mellom ulike angstlidelser.

I et utvalg blant ungdom med angst, stemningslidelser og opposisjonelle atferdsforstyrrelser ble skjemateoriens nytteverdi for å forstå kognitiv sårbarhet og dens assosiasjon til psykopatologi undersøkt. Faktoranalyser bekreftet Youngs modell med 15 kognitive skjemaer, og de fem skjemaområdene passet godt. Det ble funnet et spesifikt forhold mellom depresjon og skjemaene om inkompetanse (*Failure to achieve*,

Defectiveness/Shame, Dependence/Incompetence) og deprivasjon (*Emotional Deprivation*). De fant også at *Unrelenting standards, Abandonment, Failure to achieve* og *Dependence/Incompetence* predikerte angst, men at forholdene var mindre spesifikke. Mindre spesifikke forhold angående angst kan skyldes at angst ble sett på som én diagnose. Angst refererer til en relativt heterogen sammensetning av emosjonelle, kognitive og fysiologiske komponenter. Artikkelforfatterne etterlyste derfor studier av undergruppene av angst, som generalisert angstlidelse, agorafobi, sosial fobi etc., for å finne spesifikke TMS ved angstlidelsene (Van Vlierberghe et al., 2010).

Majoriteten av tidligere studier har benyttet kryss-seksjonelle design. Veien videre vil blant annet være å undersøke spørsmål om hvordan TMS faktisk fungerer som en sårbarhet forut for utvikling av psykopatologi. Et annet spørsmål er hvorvidt skjemateorien fremkommer som like anvendelig for angstlidelser som personlighetsforstyrrelser. Før vi går videre med de studiene som allerede foreligger, om spesifikke TMS ved sosial fobi og panikklidelse med agorafobi, vil en kort redegjørelse for de to aktuelle diagnosene presenteres sammen med sentrale kognitive modeller for forståelsen av lidelsene.

Sosial fobi

Sosial fobi karakteriseres av en sterk og vedvarende frykt overfor situasjoner hvor en kan bli kritisk iaktatt av andre personer. Det er en frykt for å dumme seg ut eller oppføre seg på en måte som er ydmykende eller flaut. Det fremkommer ofte en markert forhåndsangst for sosiale situasjoner som bidrar til at individet gjerne unngår situasjonen (Beck, 1985).

Epidemiologiske studier viser at sosial fobi er en av de mest utbredte angstlidelsene i Norge, med en livstidsforekomst på 13 % (Kringlen et al., 2001), og diagnosen har store negative innvirkninger på livet generelt. Om lidelsen forblir ubehandlet har den et kronifiserende forløp, med negative konsekvenser for sosialt nettverk, grad av sosial støtte og yrkesliv (Wittchen & Fehm, 2003).

Komorbiditetsprosenten er høy. Enkelte studier viser at opp til 70-80 % av personer med sosial fobi har komorbide lidelser (Keller, 2003). Av tilleggsdiagnoser sees spesielt depresjon, andre angstlidelser og rusproblematikk (Lecrubier et al., 2000). Cluster C – personlighetsforstyrrelsen kalt unnnvikende, ser ut til å være tilstede hos over halvparten av personer med sosial fobi (Herbert, Hope & Bellack, 1992; Perugi et al., 1999).

Personer som oppsøker hjelpeapparatet gjør det imidlertid sjelden av den grunn at de sliter med sosial fobi. Motivasjonen for å søke hjelp knyttes oftere til klientens depresjon eller andre komorbide lidelser. Enkelte spekulerer i om dette kan handle om at symptomene på

sosial fobi etter hvert oppleves som egosyntone, som en del av personligheten (Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer, 1999). Utsagn som ”jeg har alltid vært en sky person” og ”jeg er en som bare ikke får til det sosiale”, kan tyde på at personen selv anser vanskene som forankret i personligheten. Denne observasjonen stemmer med Youngs (1990) skjemateori, som sier at psykiske problemer kommer av vedvarende kognitive skjemaer forankret tidlig i individets utvikling.

Etiologi. Forskningen generelt, tyder på at sosial fobi har en multifaktoriell etiologi. Som ved de fleste andre psykiske lidelser skyldes utviklingen en interaksjon mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer.

Enkelte studier viser til ulike foreldrestiler med høy grad av kritikk, straff, overbeskyttelse eller sosial isolasjon, som mulige faktorer i utvikling av sosial fobi (Neal & Edelman, 2003). Retrospektive studier av voksne med sosial fobi påpeker, i tråd med overnevnte, betydningen av vonde sosiale erfaringer i barndommen. Personer med sosial fobi oppgir ofte minner om kritikk, ydmykelse og mobbing (Rapee & Spence, 2004).

Det er imidlertid uklart hva som faktisk medierer forholdet mellom negative opplevelser og utviklingen av angst. Nyere forskning spekulerer i om utvikling av såkalte kjerneoppfatninger, eller skjemadrevne oppfatninger, er det som medierer forholdet. Det kan tenkes at en negativ foreldrestil karakterisert av mye kritikk eller overbeskyttelse, sender barnet et budskap om egen inkompetanse og dårlig mestringsevne, og videre det syn at andre personer er kritiske og ydmykende. Når dette blir barnets dominerende oppfatninger, kan det utvikle sosial fobi (Pinto-Gouveia et al., 2006). Spekulasjonen er i tråd med Youngs (1990) skjemateori.

På tross av allsidig forskning er forståelsen av sosial fobis opphav og utvikling fortsatt noe mangelfull. Kognitive forklaringsmodeller har imidlertid vært sentrale, og vil derfor danne grunnlag for denne oppgavens hypoteser, om hvilke spesifikke TMS som knytter seg til sosial fobi.

Kognisjon knyttet til sosial fobi. Clark og Wells (1995) har utviklet en anerkjent kognitiv modell for sosial fobi. Modellen hevder at sosial fobi dreier seg om en rekke antakelser om verden og seg selv, som gjør at sosiale situasjoner assosieres med fare: a) personen kan komme til å oppføre seg rart og dumme seg ut, og b) slik atferd fører til katastrofale konsekvenser som avvising og tap av verdighet.

Modellen beskriver videre sentrale kognitive prosesser som karakteriserer og opprettholder sosial fobi. I sosiale settinger vil individer med sosial fobi fokusere på seg selv fremfor de rundt seg. Dette skaper flere problemer. På den måten blir de oppmerksomme på

små detaljer i dem selv, detaljer som kan utløse større angst. Ved at de er opptatt av seg selv, skapes dessuten et inntrykk av at de også er senter for andres oppmerksomhet, noe de ikke ønsker å være. De går i tillegg glipp av informasjon om det som faktisk skjer rundt dem. I mangel av informasjon gjetter de hva andre synes om dem. Det de selv føler blir grunnlaget for antakelser om hva andre tenker om dem. De nevnte elementene kan forklare hvorfor sosial trening (eksponering) ikke nødvendigvis hjelper de med sosial fobi. Tilsynelatende vellykket interagering med andre mennesker kan nemlig bli tolket helt annerledes, grunnet de kognitive prosessene.

Clark og Wells (1995) beskriver også det de kaller en trygghetssøkende atferd. Personer med sosial fobi opparbeider seg noen strategier for å unngå de fryktede katastrofene. Det kan for eksempel dreie seg om å unngå blikkontakt, sitte på hendene eller snakke fort for at ingen skal høre at en stotrer. Slik atferd er problematisk på flere måter. For det første unngår personen å erfare at hendene ikke rister så mye eller at en faktisk snakker uten stotring. For det andre kan de fryktede konsekvensene faktisk inntreffe, som en følge av at trygghetssøkende atferd kan vekke negativ oppsikt.

Klientene rapporterer dessuten ofte overdrevne høye standarder om dem selv, som at ”alle må like meg; jeg må ikke vise noe tegn på svakhet; jeg må alltid virke intelligent og morsom”. Slike standarder skaper angst, fordi de er tilnærmet umulige å leve opp til. Det hele leder ofte til et depressivt selvbilde, og komorbiditeten mellom sosial fobi og depresjon er høy (Clark & Wells, 1995; Wittchen & Fehm, 2003).

Modellen forklarer vesentlige faktorer ved sosial fobi, og peker på hvorfor eksponering alene ikke nødvendigvis fører til endring ved akkurat denne angstlidelsen. Denne studien vil bidra med en empirisk testing av modellens antakelser. Studien vil undersøke hvorvidt modellens prediksjoner stemmer overens med de tidlige maladaptive skjemaene som viser spesifisitet til sosial fobi. Før de konkrete hypotesene om spesifikke TMS ved sosial fobi skisseres, vil oppgavens andre aktuelle diagnose redegjøres for.

Panikklidelse med agorafobi

Panikklidelse er karakterisert av tilbakevendende panikkanfall. Panikkanfallene innebærer spontane og intense fysiske og kognitive symptomer på angst. Symptomene utløses av ulike stimuli. Panikklidelse med agorafobi kjennetegnes av unngåelse av situasjoner som kan utløse panikkfølelse. *Agora* kommer av det greske ordet for torg, og henviser til en åpen plass hvor mennesker møtes for å diskutere politikk og hverdagsliv sammen. Begrepet agorafobi beskriver frykt for offentlige plasser. Mer konkret dreier det seg om frykt for å

bevege seg utenfor hjemmet eller frykt for situasjoner der en kan få angstanfall. Det kan utarte seg som frykt for å ta offentlig transport, oppholde seg i store folkemengder eller frykt for å være alene.

Epidemiologiske studier viser at det er flere kvinner enn menn som lider av panikklidelse med agorafobi og ren agorafobi. Livstidsprevalensen for den norske befolkningen er 6 % ved agorafobi, og 4,5 % ved panikklidelse. I tillegg til at panikklidelse og agorafobi som oftest opptrer sammen, finnes det en rekke andre komorbide tilstander, og da særlig sosial fobi, generalisert angstlidelse og tvangslidelse. Unnvikende, avhengig og tvangspregget personlighetsforstyrrelse er dessuten også overrepresentert ved panikklidelse med agorafobi (Kringlen et al., 2001).

Panikken springer ut av tolkningen av kroppslige symptomer. Normale reaksjoner i utgangspunktet tolkes i retning av katastrofe, som ”jeg kommer til å besvime”, ”hjertet kjennes ut som det stopper” eller ”jeg holder på å bli gal”. Følgene av panikkanfall kan bli endret atferd med en rekke strategier for å unngå nye anfall, som sosial isolering eller avhengighet av trygghetspersoner. Unngåelsen av steder og situasjoner blir på mange måter selve hovedproblemet for personer med panikklidelse med agorafobi, med vesentlige konsekvenser for fungering og livsutfoldelse (Salkovskis, Clark, Hackmann, Wells & Gelder, 1999).

Agorafobi kommer ofte som en følge av tidligere panikkanfall. Noen argumenterer derfor for at agorafobi mer dreier seg om frykt for panikkanfall, fremfor spesifikke situasjoner (Klein, 1988; Clark, 1985). Agorafobi kan imidlertid eksistere alene, da som en frykt for angstanfall på offentlige steder uten at det faktisk har forekommet tidligere anfall. Slik sett differensierer en mellom agorafobi og panikklidelse. Studier demonstrer imidlertid en usikkerhet knyttet til om agorafobi er egen kategori uavhengig av panikklidelse (Hedley & Hoffart, 2001). I denne og flere andre sammenhenger behandles uansett panikklidelse med agorafobi som én sammensatt diagnose med komponenter fra både panikklidelse og agorafobi.

Etiologi. Etiologiske studier generelt antyder et komplekst samspill mellom flere mulige årsaker til panikklidelse med agorafobi. Enkelte taler for en nevrobiologisk dysfunksjon knyttet til panikklidelse (Klein, 1988), mens andre taler for en underliggende sårbarhet i personlighetsutviklingen, operasjonalisert gjennom høy skåre på nevrotisme (Andrews, Steward, Morris-Yates, Holt & Henderson, 1990).

Breier, Charney og Heninger (1986) vektlegger på sin side den kognitive tolkningen av et panikkanfall som avgjørende for utvikling av agorafobi. Som kjent oppstår agorafobi

ofte i etterkant av et panikkanfall. Om anfallet tolkes som spontant og helt uten logikk, er det større fare for utvikling av agorafobi. Om anfallet derimot tolkes som et forståelig angstanfall, tilskrevet en naturlig reaksjon på en ekstrem belastning, er det mindre sjanse for å utvikle invalidiserende frykt for nye anfall.

Breier et al., (1986) påpeker videre at agorafobi har en gjennomsnittlig senere debut enn andre psykiske lidelser. Det spekuleres derfor i om agorafobi nærmest er en sekundærlidelse; at lidelsen oppstår som følge av andre diagnoser generelt, som depresjon og andre angstlidelser. Veien til utvikling av agorafobi ser ut til å være kortere for de som allerede har én psykisk lidelse.

Uavhengig av årsak, som følge av annen psykopatologi eller personlighet, blir imidlertid agorafobien ofte hovedproblemet for personen på sikt og den har et kronifiserende forløp om ubehandlet (Salkovskis et al., 1999). Flere aspekter ved kognisjonen knyttet til panikklidelse med agorafobi har derfor vært sentralt i forståelsen og behandlingen av diagnosen.

Kognisjon knyttet til panikklidelse med agorafobi. Den generelle kognitive modellen for angst hevder at spesielle kognitive rammeverk påvirker informasjonsprosesseringen. Individet legger i større grad merke til tegn på fare, tolker flertydige signaler som truende og lagrer denne konstruerte informasjonen om fare i hukommelsen (Beck et al., 1985). Forskning har gjentatte ganger vist hvordan kognitive feilslutninger karakteriserer panikklidelse (Clark, 1986; Teachman, Marker & Smith-Janik, 2008).

Den kognitive modellen for panikk, utviklet av Clark (1986), hevder at panikkanfall oppstår som en konsekvens av selve tolkning av triggere og kroppslige symptomer. Symptomene er ofte urolig pust, økt hjerterefrekvens, svetting og lignende. Tolkningen dreier seg om at en katastrofe er i ferd med å inntreffe, som hjerteinfarkt eller tap av bevissthet og kontroll. Tolkning av stimuli i retning av katastrofe, fører til økt aktivering, som igjen fører til økt overbevisning om fare, og tilslutt eskalerer det til et panikkanfall.

En vanlig trigger er å komme til et sted hvor en har erfart panikkanfall før. Redselen for å få et nytt anfall, for eksempel på butikken, aktiverer kroppen, og panikksirkelen settes i gang. Panikkanfall kan også oppstå uventet, for eksempel i etterkant av en emosjonelt ladet hendelse som krangling med ektefelle. De kroppslige symptomene blir også da feiltolket som tegn på at kroppen er i fare (Clark, 1986).

En studie benyttet skalaen 'Locus of Control', for å se nærmere på opplevelsen av kontroll hos personer med panikklidelse med agorafobi og personer med sosial fobi (Cloutre, Heimberg, Liebowitz & Gitow, 1992). Gruppene viste begge signifikant lavere opplevelse av

å ha kontroll enn kontrollgruppen. Artikkelforfatterne fant i tillegg to spesifikke mønstre. I gruppen med panikklidelse med agorafobi opplevdes hendelser som å skje helt tilfeldig og utenfor ens egen kontroll. Gruppen med sosial fobi svarte derimot at hendelser i større grad styres av andre mektige personer.

Kognisjonen i agorafobi ser med andre ord ut til å karakteriseres av repeterende tanker om både fare og manglende evne til å takle farene. I følge Young (1999) er problematiske tanker skjemabaserte, dypt forankret og sentrale i både utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser. Hvilke av Youngs 15 TMS som faktisk knytter seg til panikklidelse med agorafobi, og hvordan dette funnet samsvarer med omtalt forskning og teori vil bli belyst siden.

Etter å ha sett de to diagnosene hver for seg, med deres kjennetegn og kognitive modeller, vil fellestrekk mellom diagnosene nevnes. Fellestrekkene gjør det interessant å sammenligne diagnosene med hensyn til TMS.

Panikklidelse med agorafobi og sosial fobi – sett under ett

Forholdet mellom panikklidelse med agorafobi og sosial fobi, har flere interessante sider. For det første opptrer lidelsene ofte sammen. En amerikansk epidemiologisk studie viser at 59 % av de som har sosial fobi også har agorafobi (Schneier, Blanco, Smita & Liebowitz, 2002). En annen studie viser et noe lavere tall, 44 % (Andrews et al., 1990), men tallet er fortsatt relativt høyt.

Videre peker flere på likhetstrekk ved diagnosene (Schneier, et al., 2002). Begge handler om fobisk unngåelse av situasjoner, som i de fleste tilfellene involverer andre mennesker. Angstsymptomene er i seg selv også ganske like. Det dreier seg blant annet om en følelse av panikk, måtte komme seg unna situasjonen og sterke fysiologiske markører som svetting, hjertebank og urolig mage. Panikkanfall kan dessuten forekomme i fryktede sosiale situasjoner som en del av en sosial fobi, og i mange tilfeller videreutvikle seg til en agorafobi med panikklidelse. I andre tilfeller kan utvikling av agorafobi samtidig med sosial fobi, ha oppstått i etterkant av et pinlig panikkanfall. Konsekvensen blir da unngåelse av sosiale situasjoner, som ledd i både sosial fobien og agorafobien.

Noen argumenterer for at sosial fobi og agorafobi bør forstås som to deler av et og samme spektrum (Schneier et al., 2002). Spektrumet omhandler personlighetstrekk, som blant annet overveiende frykt for ubehag. Studier viser at over halvparten av de med sosial fobi og rett under halvparten av de med panikklidelse med agorafobi har samtidig unnvikende personlighetsforstyrrelse (Perugi et al., 1999). Det faktum at sosial fobi og agorafobi relativt

ofte opptrer med samme personlighetsforstyrrelse, støtter hypotesen om at fobiene kan sees på som to deler av samme spektrum. Mye tyder altså på at lidelsene deler samme underliggende predisposisjon i personligheten. Funn som dette gjør det ekstra interessant å studere kognitive skjemaer knyttet til fobiene, som på mange måter kan sees på som en konkretisering av personlighetsmønstre utviklet gjennom erfaringer tidlig i livet.

Fellestrekk kan også sees hva gjelder behandling. De kognitive modellene viser hvordan opprettholdende mekanismer kan hindre endring på tross av eksponering (Clark & Wells 1995; Clark, 2000). Manglende endring kan i tillegg tilskrives rigiditeten ved TMS og selvbekreftende strategier. Endring kan muliggjøres av en grundig utforskning av skjemaoppfatningene og ved erstatning av gamle mestringsstrategier. Sentralt for skjemafokusert behandling av panikklidelse med agorafobi og sosial fobi, blir derfor å kartlegge spesifikke skjemaer knyttet til de to diagnostiske gruppene.

Hva vet vi om TMS ved sosial fobi og panikklidelse med agorafobi så langt?

I tillegg til de generelle funnene om at psykopatologi er forbundet med høye skårer på samtlige TMS, er det mye som tyder på at ulike psykiske lidelser karakteriseres av spesifikke TMS (Hawke & Provencher, 2011). Forskningen hittil har likevel ikke etablert konsistente mønstre av skjemaene knyttet til ulike angstlidelser. Calvete et al. (2005) presenterte en oversikt over TMS forbundet med angst. Funnene var kvalitativt forskjellige på tvers av studiene.

Inkonsistente funn kan skyldes flere forhold. Flere studier har nemlig brukt klienter med angst og/eller depresjon kun som kontrollgruppe, som sammenligning mot gruppe med personlighetsforstyrrelser, fremfor å se spesifikt på hvilke skjemaer som dominerer ved ulike angstlidelser. Angst er nødvendigvis ikke én psykisk lidelse. Derimot dreier det seg mer om flere kategorier av angst, med egne symptomuttrykk og forløp. Generalisert angstlidelse, tvangslidelse og ulike fobier vil antakeligvis ha unike skjemastrukturer.

Denne studien vil derfor se spesifikt på sosial fobi og panikklidelse med agorafobi. Før de aktuelle hypotesene redegjøres for, vil relevant foreliggende forskning nevnes.

Sosial fobi. Pinto-Gouveia et al. (2006) var noen av de første til å systematisk undersøke hvilke kognitive skjemaer som er mest utbredt i en gruppe med sosial fobi, sammenlignet med skårer på skjemaer hos personer med andre angstlidelser. De fant en sterk sammenheng mellom TMS og grad av psykopatologi. Et viktig funn var at gruppen med sosial fobi skåret høyere på *samtlig*e skjemaer, unntatt *Unrelenting standards*. Personer med sosial fobi har muligens generelt flere TMS enn personer med andre angstlidelser. Dette

forklarer artikkelforfatterne med sosial fobis negative konsekvenser på flere viktige områder, som nære relasjoner, yrkesaktivitet og generell livsutfoldelse.

Av Youngs (1990) skjemaer fikk gruppen med sosial fobi høyest skåre på skjemaene i følgende rekkefølge: *Guilt/Failure*, *Emotional deprivation*, *Mistrust/Abuse*, *Social isolation*, *Defectiveness/Shame* og *Dependence/Incompetence*. En svakhet med studien til Pinto-Gouveia (2006) er at de ekskluderte personer med komorbide diagnoser. Med tanke på at personer med sosial fobi har høy komorbiditet (opptil 70 til 80 % i følge Keller (2003)), kan det tenkes at det begrensede utvalget i studien ikke er tilstrekkelig representativt for hele populasjonen med sosial fobi. Om mine funn blir klart annerledes, vil det eventuelt belyse en slik begrensning av denne tidligere studien.

En annen studie trekker frem to TMS, *Abandonment/instability* og *Emotional inhibition*, som de som forklarer mest (25,9%) av variansen ved sosial fobi, innenfor en klientgruppe med spiseforstyrrelser (Hinrichsen, Waller & Emanuelli, 2004). I mitt utvalg vil jeg derimot anta at skjemaet *Abandonment/instability* følger gruppen med panikklidelse med agorafobi fremfor gruppen med sosial fobi. En sterk frykt for å bli forlatt, og et sterkt behov for andre, assosieres i større grad med agorafobi. Funnet til Hinrichsen et al. (2004) må dessuten sees i lys av flere begrensninger ved studien. Deltakerne var kun kvinner med alvorlige spiseforstyrrelser, og resultatene har dermed mindre generaliserbarhet til populasjonen som helhet. Det ble heller ikke statistisk kontrollert for andre diagnoser. Slik sett kan en ikke si om de høye skårene på *Abandonment/instability* kommer av sosial fobi eller annen komorbid psykisk lidelse.

Panikklidelse med agorafobi. En tidligere studie gjort ved Modum Bad undersøkte sammenhengen mellom panikklidelse med agorafobi og skjemaene *Vulnerability to harm/illness*, oppfatninger om at katastrofer kan ramme en når som helst, og *Dependence/incompetence*, tanker om at en ikke er i stand til å takle oppgaver i hverdagen uten omfattende hjelp fra andre. Studien viste at skjemaet *Vulnerability to harm/illness* predikerte frykt for kroppslige symptomer, frykt for å miste kontrollen og unngåelsesatferd. Derimot predikerte ikke *Dependence/incompetence* de tre målene assosiert med panikklidelse med agorafobi. *Vulnerability to harm/illness* predikerte imidlertid *Dependence/incompetence*. Artikkelforfatterne forklarer sammenhengen mellom de to skjemaene med at tanken om sårbarhet for fare leder til sekundære tanker om avhengighet og inkompetanse (Hedley, Hoffart & Sexton, 2001).

Hinrichsen et al. (2004) fant i sin studie at skjemaet *Vulnerability to harm/illness*, forklarer hele 48 % av variansen i agorafobi. Mye tyder altså på at *Vulnerability to*

harm/illness er et sentralt TMS i panikkelidelse med agorafobi. Utvalget bestod riktig nok bare av kvinner med spiseforstyrrelser. Funnenes overføringsverdi kan med fordel testes gjennom studier med andre utvalg.

Metodiske mangler ved tidligere forskning

En rekke studier viser at pasienter skårer høyere på TMS sammenlignet med friske kontroller, og mange vil hevde at skjemaskårer på en reliabel måte kan diskriminerer mellom ulike diagnostiske grupper (Van Vlierberghe et al., 2010). Det er imidlertid enkelte forskjeller i funnene på tvers av de publiserte studiene, når det gjelder akkurat hvilke kognitive skjemaer som dominerer innenfor spesifikke diagnostiske grupper. Dette strider noe mot antakelsen om at hver lidelse kjennetegnes av et spesifikt kognitivt tankemønster (Beck, 1997), og problematiserer funn om at TMS diskriminerer på en reliabel måte mellom diagnostiske grupper.

En årsak til de ulike resultatene på tvers av studiene kan skyldes metodologiske forskjeller, som ulike inklusjonskriterier, ulike aldersgrupper på tvers av studiene osv. En annen mulig forklaring er at skjemaenes relativt høye korrelasjon med hverandre, skaper et problem med multikollinearitet. Med multikollinearitet menes høy korrelasjon mellom de uavhengige variablene. Studiene har 15 høyt korrelerte prediktorer, som kan gjøre det vanskelig å se hvert enkelt skjemas spesifikke betydning (Van Vlierberghe et al., 2010). Årvåken bruk av ulike statistiske teknikker kan imidlertid overkomme hinderet med høy korrelasjonen mellom variablene.

En begrensning med tidligere forskning er at den ikke har tatt høyde for komorbiditet. Komorbiditet handler om tilstedeværelse av flere lidelser på en gang, og ser ut til å være regelen snarere enn unntaket når det gjelder psykiske lidelser. Uten å kontrollere for andre diagnoser kan en ikke vite om en faktor, som et bestemt skjema, er uttrykk for en spesifikk diagnose eller er et generelt uttrykk for psykopatologi (Grant et al., 2003). At komorbiditet i liten grad har blitt kontrollert for, kan ha forstyrret funnene i tidligere forskning (Van Vlierberghe et al., 2010).

Denne studien vil nettopp kontrollere for DSM akse I og akse II diagnoser. På den måten vil studien kunne bidra med en tydeliggjøring av eventuelle spesifikke TMS knyttet til sosial fobi og panikkelidelse med agorafobi.

Hypoteser

Hypoteser om spesifikke TMS ved sosial fobi. Basert på tidligere empirisk forskning og modellen til Clark og Wells (1995), vil det være naturlig å anta at skjemaene *Defectiveness/Shame*, *Emotional inhibition*, *Unrelenting standards* og *Social isolation* har et spesifikt forhold til sosial fobi sammenlignet med panikkelidelse med agorafobi.

Defectiveness/Shame, som omhandler tanker om at en er defekt og ikke til å bli glad i, kan sees i sammenheng med modellens beskrivelse av frykten for og tanken om at en kommer til å dumme seg ut, og vise uheldige sider av seg selv. *Emotional inhibition*, ideen om at hvis en uttrykker seg emosjonelt, så leder det til ydmykelse eller noe annet negativt, kan også sees i sammenheng med den overdrevne frykten for å dumme seg ut.

Unrelenting standards, tanken om at en må møte urealistiske og høye standarder, er overlappende med modellens skissering av tanker om at en alltid må si noe klokt, eller aldri vise svakhet. Skjemaet kan imidlertid være sterkere forbundet med tvangslidelser, hvor nitidig perfektjonisme forekommer. Det kan i så fall forklare hvorfor studien til Pinto-Gouveia et al. (2006) fant forhøyede skårer på samtlige skjemaer unntatt for *Unrelenting standards*.

Social isolation, oppfattelsen av at en er isolert fra resten av verden og annerledes andre mennesker, kan også stemme overens med modellens prediksjoner. Tanken om at det er noe sært og annerledes med en, som andre ikke vil like, er fremtredende, og mer sentralt; det leder til faktisk sosial isolering.

Subjugation er skjemaet om at egne ønsker er mindre viktige i forhold til andres preferanser. En slik oppfatning kan tenkes å oppstå som *en følge av* problemene med å leve med sosial fobi. Selvhevdelse er noe av det vanskeligste for personer med sosial fobi, det krever mot i sosiale situasjoner og mindre frykt for å bli avvist. Således er det naturlig å anta at skårene er forhøyet også på dette skjemaet.

Hypoteser om spesifikke TMS ved panikkelidelse med agorafobi. Beck et al. (1985) hevder at tanken på og frykten for å være i fysisk fare, er et hovedtrekk ved agorafobi. Clarks (1986) modell for panikk predikerer dessuten et fokus på faresignaler og en følelse av manglende evne til å håndtere farene. I tråd med modellens prediksjoner, og resultatene av studien til Hedley et al. (2001) og Hinrichsen et al. (2004), vil denne studiens hypoteser, om hvilke TMS som er spesifikt relatert til panikkelidelse med agorafobi, inneholde skjemaet *Vulnerability to harm/illness*.

En studie gjort av Andrews et al. (1990) viser til forventninger om tap av kontroll hos personer med agorafobi. Studien til Cloitre et al. (1992) (beskrevet tidligere) bekrefter ytterligere at personer med agorafobi rapporterer en avvikende, ytre kontrollplassering. Mye

tyder derfor på at skjemaet *Dependence/ Incompetence* er mer utbredt i gruppen med panikkelidelse med agorafobi.

I forlengelsen av å oppleve at en selv ikke har kontroll, kan det tenkes at det utvikles avhengighet av andre, i håp om at i hvert fall de kan passe på en. Skjemaet *Abandonment/ Instability*, som er en overdreven frykt for at andre vil forlate en eller kan dø fra en, kan dermed antas å ha høyere skårer hos personer med agorafobi, nettopp på grunn av en slik avhengighet. Andrews et al. (1990) understreker dessuten sammenhengen mellom agorafobi og nevrotiske, bekymrende trekk. *Abandonment/Instability* kan tenkes å korrelere med en generell tendens til bekymring, og dermed vise et spesifikt forhold til panikkelidelse med agorafobi.

Antakelser om panikkelidelse med agorafobi samtidig med sosial fobi. Etter grundig litteratursøk er det ikke funnet andre studier som har undersøkt TMS i en gruppe med både panikkelidelse med agorafobi og sosial fobi samtidig, kontrollert for andre diagnoser. Det kan derfor bare spekuleres i hva resultatene av denne studien vil være. Vil det være en kumulativ effekt, hvor skårene blir ekstra høye grunnet et større lidelsestrykk i en gruppe med flere diagnoser? Eller vil det bli lavere skårer, og heller jevnt fordelte skårer over flere skjemaer? Det antas at flere av de samme skjemaene som karakteriserer gruppene hver for seg, også vil dominere i gruppen med begge diagnosene. Vil det likevel være andre skjemaer som står sterkt i denne gruppen? Studien vil svare på også disse spørsmålene etter analysene.

Påvirkning fra andre diagnoser. Denne studien vil ta høyde for at andre komorbide tilstander kan påvirke skårene på de kognitive skjemaene, med nettopp å kontrollere for andre diagnoser. Depresjon vil spesielt kunne forventes å påvirke skårene. Depresjon kan sies å være preget av omfattende og gjennomgripende negative tanker om en selv, andre og verden (Berge & Repål, 2004). Depresjonstilstanden vil kunne gjennomsyre kognisjonen generelt. Det vil videre kunne påvirke svarene på spørreskjemaet om TMS, og i sin helhet hvor mange skjemaer og hvor sterkt skjemaene oppleves å være tilstede hos den enkelte. For å kunne svare på problemstillingen, om hvilke TMS som er spesifikke ved panikkelidelse med agorafobi og sosial fobi, vil det derfor være sentralt å kontrollere for depresjon.

Samtidig tilstedeværelse av personlighetsforstyrrelser, spesielt cluster-C, vil også være naturlig å kontrollere for. Et stort antall av deltakerne har flere akse I lidelser, og noen vil også tilfredsstillende kriteriene for personlighetsforstyrrelser. Skillet mellom akse I og akse II diagnoser har etter hvert blitt omstridt, og noen tar til ordet for en dimensjonell forståelse av lidelsene fremfor en kategoriell. Unnvikende personlighetsforstyrrelse kan for eksempel sees på som en ekstrem grad av sosial fobi (Schneier, et al. 2002). Men i denne sammenheng

forholder vi oss til kategoriseringen i DSM-IV, og anser det som hensiktsmessig å kartlegge TMS ved akse I diagnoser kontrollert for eventuelle samtidige akse II diagnoser.

Oppsummering av bakgrunn og målsetning med studien

Jeffrey Youngs skjemateori, en kognitivt basert innfallsvinkel til å forstå utvikling av psykopatologi, består av 15 tidlige maladaptive skjemaer. Skjemaene er antatt å ligge til grunn for utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser (Young, 1990). Empiriske studier bekrefter tilstedeværelsen av TMS i en rekke diagnostiske grupper (Hawke & Provencher, 2011). Mens det er forsket mye på personlighetsforstyrrelser (Young, 1999) og depresjon (Shab & Waller, 2000; Abela et al., 2009) er det mindre empiri på forholdet mellom TMS og angst. Den generelle antakelsen om at psykiske lidelser karakteriseres av spesifikke kognitive tankemønstre, har blitt forsøkt demonstrert gjennom studier av skjemastrukturer. Ved ikke å ha kontrollert for andre komorbide lidelser har imidlertid tidligere forskning i mindre grad funnet spesifisiteten av ulike TMS til hver lidelse. Denne studien vil forholde seg til komorbiditet.

Sosial fobi og panikklidelse med agorafobi karakteriseres av ubehagelige tanker om ulike katastrofer, tendens til sosial isolering og begrenset livsutfoldelse. De to er utbredte psykiske lidelser (Kringlen et al., 2001). Verdien av å studere de to diagnosene sammen, begrunnes i at de har en rekke fellestrekk og at de ofte opptrer samtidig.

Formålet med studien er å øke kunnskapen om hvilke spesifikke TMS som dominerer i en gruppe med panikklidelse med agorafobi og/eller sosial fobi, undersøke om det er empirisk støtte for teoretiske antakelser på feltet, og belyse om tidligere forskningsfunn lar seg replikere. Skjematerapi er en anerkjent metode for behandling av kroniske personlighetsforstyrrelser, og anvendes nå i større grad for vedvarende og invalidiserende depresjon og angst (Young et al., 2003). Kunnskap om spesifikke TMS og angstdiagnoser vil derfor være nyttig, da stadig utvikling av effektive behandlingsmetoder er nødvendig. Spesielt kroniske angstlidelser kan i større grad tenkes å profitere på terapi som fokuserer på å endre underliggende skjemaer.

Avgrensninger

Foreliggende forskning på TMS bærer preg av å ha sett på angst som én lidelse. Ulike former for angst kan antas å ha ulike TMS. Studien vil derfor avgrenses til å se nærmere på to former for angst: panikklidelse med agorafobi og sosial fobi.

Skjemateorien antar at TMS ligger forut for utviklingen av psykiske lidelser. Denne studien gir imidlertid ikke grunnlag for å trekke kausale slutninger med hensyn til retning på forholdet mellom kognitive skjemaer og angst. Studien er heller ikke rettet mot å skulle øke kunnskap om selve utviklingen av skjemaer knyttet til diagnosene. Kun på et strukturelt nivå vil denne studien kunne ta stilling til hvilke TMS som står sterkest i de ulike gruppene, og på den måten teste sentrale teoretiske antakelser på området.

Data behandles på gruppenivå da oppgaven vil belyse fenomenet i den kliniske populasjonen. Valget av kvantitativ metode begrunnes i ønsket om å undersøke forekomst og å finne generaliserbare funn. I klinisk sammenheng må TMS likevel kartlegges individuelt. Funnene fra denne studien er kun ment som et bidrag til den generelle forståelsen av sosial fobi og panikklidelse med agorafobi, og erstatter ikke terapeutisk utforskning av den enkelte klients unike sammensetning av TMS.

Forskningsspørsmål

Opgavens problemstilling, hvilke TMS er spesifikke for en gruppe med panikklidelse med agorafobi og sosial fobi, kontrollert for andre diagnoser, vil besvares på bakgrunn av empiriske analyser av et klinisk utvalg.

Basert på teoretiske antakelser og tidligere forskning er hypotesen at følgende TMS vil være spesifikt relatert til gruppen med sosial fobi:

- *Social isolation*
- *Emotional inhibition*
- *Unrelenting standards*
- *Defectiveness/shame*
- *Subjugation*

Og følgende TMS i gruppen med panikklidelse med agorafobi:

- *Vulnerability to harm/illness*
- *Dependence/incompetence*
- *Abandonment/instability*

METODE

Deltakere

Deltakerne til studien ble valgt blant søkere til behandling ved Modum Bad, en behandlingsinstitusjon for ikke-psykotiske pasienter som trenger intensiv terapi. Klinikken tilbyr døgnplasser til pasienter som ikke har hatt nytte av lokalt poliklinisk tilbud eller som mangler adekvat lokalt tilbud. Den primære helsetjenesten ble informert om forskningsprosjektet, og henvisningsprosedyren ble forklart på klinikkens hjemmeside. Inklusjonskriteriene til studien var: 1) DSM-IV-kriteriene for sosial fobi eller panikklidelse med agorafobi (APA, 1994), 2) både pasienten og behandleren anså sosial fobi eller panikklidelse med agorafobi som den primære diagnosen, og anså ikke behov for behandling av andre problemer på daværende tidspunkt, 3) ingen annen pågående psykotisk lidelse eller rusmisbruk, 4) ingen organisk mental lidelse, 5) villighet til å avstå fra bruk av psykofarmaka, alkohol og andre stoffer, 6) evne til å snakke norsk, 7) alder 18-65 år. Pasientene som møtte inklusjonskriteriene ble informert om studien, og gav skriftlig samtykke for deltakelse. I tillegg til deltakelse i studien fikk pasientene behandling for sine lidelser.

Til sammen bestod utvalget av 119 deltakere: 74 kvinner (62,1 %) og 45 menn (37,8 %). Gjennomsnittsalder var 39 år (SD = 10,9) hvorav den yngste var 19 år og den eldste var 58 år.

For denne studien ble deltakerne delt inn i tre grupper hvor gruppe 1 bestod av panikklidelse med agorafobi (n = 26), gruppe 2 sosial fobi (n = 66) og gruppe 3 både panikklidelse med agorafobi og sosial fobi (n = 27). Deltakerne med begge diagnosene samtidig ble trukket ut til i den tredje gruppen for å tydeliggjøre spesifikke skjemaers forhold til den enkelte diagnosen, og for å kunne studere egne karakteristikk ved gruppen med begge diagnosene.

Måleinstrumenter

Diagnostikk. Den diagnostiske utredningen ble gjennomført med strukturerte kliniske intervjuer for DSM-IV akse I og akse II lidelser (SCID I og SCID II: First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1995). Anvendelse av deskriptiv kriteriebasert diagnostikk er særlig viktig ved at det sikrer høy reliabilitet og teorinøytralitet. Erfarne klinikere ved Modum Bad utførte intervjuene. Interrater-reliabiliteten ble undersøkt ved at en annen psykiater vurderte de samme utredningene. Kappa koeffisient for panikklidelse med agorafobi var .88, for sosial fobi .85 og for andre komorbide diagnoser mellom .70 til 1.00

På grunn av høy tilstedeværelse av depresjonen i utvalget fylte deltakerne ut Beck depression inventory – II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1995). BDI gir et kontinuerlig og mer detaljerte mål. Selvrappoteringskjemaet består av 21 spørsmål, som til sammen måler depressive symptomer langs affektive, kognitive, motivasjonelle og fysiologiske dimensjoner. Høy totalskåre indikerer mer alvorlig depressiv symptomatologi. Grenseverdiene er følgende: 0-13: minimal depresjon; 14-19: mild depresjon; 20-28: moderat depresjon; og 29-63 alvorlig depresjon. BDI er et anerkjent måleinstrument, og har tilfredsstillende psykometriske egenskaper (Beck, Steer & Garbin, 1988). I denne studien var Cronbachs alfa .91 i gruppen med panikk lidelse med agorafobi og .83 i gruppen med sosial fobi.

Tidlige maladaptive skjemaer. Maladaptive skjemaer ble målt med Youngs Schema Questionnaire (SQ; Young & Brown, 1990). SQ er et selvrappoteringsverktøy for å kartlegge 16 TMS. Den opprinnelige versjonen består av 205 utsagn. Hvert utsagn rangeres på en seks-punkts Likertskala, fra 1 (beskriver meg ikke) til 6 (beskriver meg helt presis). Individuell skåre på hvert enkelt TMS ble regnet ut ved å ta gjennomsnittet av skårene til de relevante utsagnene til hvert skjema. Høy gjennomsnittsskåre reflekterer et uhensiktsmessig nivå av skjemaoppfatninger.

Gruppen med agorafobi fylte ut kortversjonen (SQ-S1; Young, 1998), som består av 75 spørsmål. Gruppen med sosial fobi fikk den opprinnelige versjonen med 205 spørsmål. Mens den opprinnelige versjonen måler 16 TMS, måler kortversjonen 15 av disse. Skjemaet Social undesirability er utelatt. Kortversjonen har trukket ut fem av spørsmålene til hvert av skjemaene. I det aktuelle utvalget, hvor noen svarte på utgaven med 205 spørsmål og andre på utgaven med 75 spørsmål, ble gjennomsnittet for hvert skjema i begge gruppene basert på de fem spørsmålene, som finnes i kortversjonen.

Som tidligere beskrevet viser en rekke studier at spørreskjemaet har adekvate psykometriske egenskaper og faktorstruktur (Schmidt et al., 1995; Lee et al., 1999; Hoffart et al., 2005; Wang et al., 2010). Også den norske oversettelsen av SQ-S1 (se vedlegg) har vist god reliabilitet og validitet i prediksjon av psykopatologi, og faktorstruktur (Hoffart et al., 2005). Ideelt skal Cronbachs alpha koeffisient være over .7 (DeVilles, 2003) og i dette utvalget fikk skalaen en Cronbachs alfa på .87.

Prosedyre

I den aktuelle delen av det opprinnelige datamaterialet forelå det missing data. Der det var hensiktsmessig ble manglende data erstattet med data fra annet måletidspunkt. For

personer som ikke hadde besvart SQ ved inntøst (n = 1) ble data flyttet fra en senere måling (last observation carried backward procedure).

BDI ble målt ved inntøst for pasientene med sosial fobi. Fordi gruppen med panikk lidelse med agorafobi manglet data for BDI ved inntøst ble BDI ved forvern benyttet. Det var ingen signifikante forskjeller i skårene mellom responstidspunktene for verken SQ eller BDI.

Statistiske analyser

Data ble registrert og analysert i SPSS versjon 19. Hver deltaker fikk gjennomsnittsskåre på samtlige YSQ ledd, totalskåre på BDI og dummyskåre på tilstedeværelse (verdi 1) eller ikke tilstedeværelse (verdi 0) av komorbide akse I og akse II diagnoser. Deskriptiv statistikk ble benyttet for å undersøke skårene i gruppene og korrelasjonen mellom TMS og diagnosene.

For å finne ut hvilke TMS som er spesifikke for de tre diagnostiske gruppene, kontrollert for andre diagnoser, ble 15 separate univariate variansanalyser med kovariater (ANCOVA) benyttet. En hypotese om spesifisitet ansees som bekreftet dersom den aktuelle gruppen med bare en diagnose (for eksempel sosial fobi) og gruppen med begge diagnosene samtidig er statistisk signifikant forskjellige fra gruppen med den andre diagnosen (panikk lidelse med agorafobi). SPSS bruker regresjonsprosedyrer for å fjerne den delen av varians i avhengig variabel som skyldes kovariatet, og utfører deretter vanlig variansanalyse på de estimerte skårene. Ved å fjerne påvirkningen fra andre komorbide diagnoser øker sannsynligheten for at eventuelle forskjeller skyldes diagnosene som er grunnlag for gruppeinndelingen i denne studien.

I variansanalysene ble ett og ett TMS satt som avhengig variabel, med gruppeinndeling som uavhengig variabel. Kovariatene var utvalgte komorbide diagnoser. Seleksjonen av komorbide diagnoser som kovariater ble gjort på bakgrunn av frekvens hos deltakerne (n < 6) og signifikant korrelasjon til minimum fem av de avhengige variablene.

Multikollinearitet, høy korrelasjon mellom uavhengige variabler, kan gi mer usikre funn (Tabachnick & Fidell, 2007). For å unngå tilsvarende problem mellom kovariatene, ble korrelasjonen mellom kovariatene undersøkt.

I tillegg til de generelle forutsetningene for bruk av ANOVA, om normalfordeling, linearitet og homogenitet i variansene, tilkommer et par ekstra hensyn ved bruk av ANCOVA. Uavhengighet mellom kovariat og gruppevariabel og reliabel måling av kovariatene kreves i

tillegg til homogenitet av regresjonslinjene (Tabachnick & Fidell, 2007). Visuell inspeksjon samt formelle tester ble benyttet for å finne eventuelle brudd på antakelsene.

Statistisk signifikans og effektstørrelse. Signifikanstester gir oss sannsynligheten for å observere en forskjell mellom de ulike diagnostiske gruppene, dersom det i virkeligheten ikke finnes en slik forskjell mellom gruppene i populasjonen. F-tester ble benyttet for å kunne sammenligne mer enn to gjennomsnitt. Bruk av kovariater øker sensitiviteten til F-testene.

Statistisk signifikans sier ikke noe om hvor forskjellene befinner seg, altså hvilke av de tre gruppene som er forskjellige fra hverandre. For å finne ut hvilke TMS som fulgte hvilken gruppe ble det gjennomført post hoc tester, parvis sammenligning, med Sidak korreksjon. Sidak korreksjon ligner Bonferroni korreksjon, men er mindre konservativ.

Effektstørrelse uttrykker hvor mye av variansen i avhengig variabel (TMS) som kan forklares av uavhengig variabel (gruppe). I følge Cohen (1988) er en effektstørrelse på 1 % liten, 6 % medium og over 13 % stor.

Forskningsetikk

Nødvendige tillatelser ble innhentet, og studien ble godkjent av regional etisk komité. Deltakerne fikk på forhånd informasjon om opplegget og hensikten med forskningen. Deltakerne ga informert samtykke til å være med i studien. De fikk beskjed om at deltakelsen var frivillig, og at de når som helst kunne trekke seg uten å oppgi grunn. Psykotiske pasienter ble utelukket fra studien. Resterende deltakerne ble antatt å ha samtykkekompetanse.

Deltakere med psykiske vansker kan anses som sårbare med sitt lidelsestrykk under forskning (Ellis, 2007). Forskeren har derfor et særskilt ansvar for å ivareta klientens verdighet samtidig med studiens hensikt.

Intervju av deltakerne ble gjennomført av erfarne klinikere, som gav deltakerne terapeutisk ivaretagelse. Relasjonen mellom forsker og klient var mest mulig tillitskapende og trygg. Personopplysninger er behandlet konfidensielt, og anonymisert for utenforstående og biforskere innad i prosjektet. Ut over deltakelse i datainnsamlingen fikk pasientene behandling for sine vansker.

RESULTATER

Diagnostisk fordeling

Forekomsten av DSM-IV diagnoser er vist i tabell 2.

Tabell 2.

Deltakernes alder, kjønn og prevalens av DSM-IV diagnoser.

	Totalt (N = 119)	Gruppe 1 (N = 26)	Gruppe 2 (N = 66)	Gruppe 3 (N = 27)
Alder	39,0 (10,9) ¹	42,9 (10,2) ¹	36,1 (11,6) ¹	42,4 (7,8) ¹
Kvinner/Menn	74/45	20/6	31/35	23/4
Unipolar depresjon (nåværende)	18 (15 %)	9 (34 %)	7 (10 %)	2 (7 %)
Unipolar depresjon (i løpet av livet)	71 (59 %)	14 (54 %)	38 (57 %)	19 (70 %)
Andre angstlidelser	40 (33 %)	15 (57 %)	12 (18 %)	13 (48 %)
Personlighetsforstyrrelser:				
-Avhengig	7 (6 %)	1 (4 %)	2 (3 %)	4 (15 %)
-Unnvikende	61 (51 %)	5 (19 %)	40 (60 %)	16 (59 %)
-Tvangspreget	13 (11 %)	6 (23 %)	6 (9 %)	1 (4 %)
-Paranoid	10 (8 %)	0	8 (12 %)	2 (7 %)
-Ustabil	7 (6 %)	0	5 (7 %)	2 (7 %)
Andre personlighetsforstyrrelser	1 (0,8 %)	0	1 (1 %)	0

¹ Standardavvik. Gruppe 1 = panikklidelse med agorafobi, Gruppe 2 = sosial fobi, Gruppe 3 = panikklidelse med agorafobi og sosial fobi. Andre angstlidelser: generalisert angstlidelse (GAD), enkel fobi og tvangslidelse (OCD)

Utvalget bestod av flere kvinner enn menn, $F(2,116) = 8,35$ $p = .00$. Tukey post-hoc test viste signifikant forskjell mellom antall menn i gruppe 1 og gruppe 2, og gruppe 2 og gruppe 3. Kjønn korrelerte signifikant med 9 av 15 TMS, men korrelasjonene var lave (mellom $-.38$ og $.02$). Mann-Whitney U test viste at kvinner skåret signifikant ($p < .00$) høyere på seks TMS (*Social isolation/alienation*, *Failure to achieve*, *Subjugation*, *Vulnerability to harm*, *Abandonment/instability* *Defectiveness/shame*), og menn signifikant høyere på ett TMS (*Entitlement*).

Forskjell i alder mellom gruppene var statistisk signifikant $F(2,116) = 5,56$ $p = .00$. Pasientene i gruppe 1 og 3 var signifikant eldre enn pasientene i gruppe 2, vist med Tukey

post-hoc test. Alder korrelerte imidlertid ikke signifikant med noen av de kognitive skjemaene.

Den diagnostiske utredningen viste at både depresjon og andre angstlidelser var hyppige ved siden av sosial fobi og panikkklidelse med agorafobi. Halvparten hadde også komorbid akse II lidelser, hvor de fleste som forventet befant seg innenfor cluster C (engstelige) personlighetsforstyrrelser.

Chi-square test indikerte at blant de komorbide diagnosene var det kun én diagnose med signifikant forskjell i forekomst mellom gruppene. Pasientene i gruppe 2 og 3 hadde signifikant høyere forekomst av unnvikende personlighetsforstyrrelse, $X^2(2, n = 119) = 13, p = .00$ $\phi = .34$, sammenlignet med gruppe 1.

Unnvikende personlighetsforstyrrelse korrelerte signifikant med Mistrust/abuse ($r = .18, p = .04$), Social isolation/alienation ($r = .24, p = .00$), Failure to achieve ($r = .31, p = .00$), Emotional inhibition ($r = .31, p = .00$) og Subjugation ($r = .27, p = .00$). Tvangspreget personlighetsforstyrrelse korrelerte signifikant med Emotional inhibition ($r = .23, p = .01$), Unrelenting standards ($r = .28, p = .00$), Dependence/incompetence ($r = .20, p = .03$), Vulnerability to harm ($r = .22, p = .02$) Enmeshment/undeveloped self ($r = .24, p = .00$) og Abandonment/instability ($r = .26, p = .00$). Korrelasjonen mellom flere TMS og de to personlighetsforstyrrelsene gjorde det aktuelt å kontrollere for unnvikende- og tvangspreget personlighetsforstyrrelse i de senere analysene.

Det var overraskende få signifikante korrelasjoner mellom TMS og de resterende komorbide diagnosene. Test på Point-Biserial-korrelasjon viste at generalisert angstlidelse korrelerte signifikant med Vulnerability to harm og Self-sacrifice. Enkel fobi korrelerte signifikant med Defectiveness/shame og Enmeshment/undeveloped self. Avhengig personlighetsforstyrrelse korrelerte signifikant med Emotional inhibition og Unrelenting standards. Paranoid personlighetsforstyrrelse og ustabil personlighetsforstyrrelse korrelerte signifikant kun med Mistrust/abuse.

Tabell 3.

BDI: gjennomsnitt og standardavvik

	Gruppe 1	Gruppe 2	Gruppe 3
M	23,3	18,3	27,9
SD	10,4	9,8	10,8

Etter de normative kriteriene for grad av depresjon (Beck et al., 1995), hadde deltakerne i gruppen med sosial fobi gjennomsnittlig en mild grad av depresjon, mens gruppen med panikk lidelse med agorafobi og gruppen med begge diagnosene i gjennomsnitt hadde en moderat grad av depresjon. Standardavviket indikerer relativt stor spredning. Det var en signifikant forskjell ($F(2,112) = 8,82, p = .00$) mellom gruppene. Tukey post-hoc test viste signifikant forskjell i depresjonsnivå mellom gruppen med sosial fobi og gruppen med begge angstdiagnosene.

BDI korrelerte signifikant ($p < .00$) med samtlige TMS, unntatt *Entitlement*. *Entitlement* er antatt å ikke ha et relevant forhold til gruppene i denne studien. BDI ble derfor vurdert til å være nyttig som kovariat i senere analyser.

Tidlige maladaptive skjemaer i de ulike gruppene

Resultatene av kartleggingen av de kognitive skjemaene er presentert i tabell 4, sammen med data fra et stort norsk utvalg ($n = 871$) av pasienter med ulike psykopatologi i Hoffart et al. (2005).

Tabell 4.

SQ: gjennomsnitt og standardavvik.

	Pan.ag		Sosial fobi		Pan.ag/SF		Hoffart et al.	
	(n= 26)		(n= 66)		(n= 27)		(n=871)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
SQ								
Emotional deprivation	2,63	1,10	2,90	1,41	3,05	1,35	2,71	1,40
Abandonment/instability	3,27	1,23	2,73	1,11	3,49	1,24	2,62	1,34
Mistrust/abuse	1,81	0,89	2,21	1,00	2,38	1,05	2,14	1,15
Social isolation/alienation	3,01	1,62	3,28	1,41	3,58	1,37	2,51	1,38
Dependence/incompetence	2,79	1,49	2,22	0,98	2,63	1,15	2,04	1,06
Subjugation	2,68	1,38	3,05	1,14	3,55	1,42	2,65	1,32
Vulnerability to harm/illness	2,79	1,16	1,96	0,98	2,67	1,13	2,28	1,18
Enmeshment/undeveloped self	2,50	1,50	2,15	1,04	2,25	1,18	2,01	1,13
Defectiveness/shame	2,15	1,26	2,59	1,25	2,93	1,22	2,10	1,23
Failure to achieve	2,81	1,67	2,61	1,22	3,09	1,47	2,37	1,36
Emotional inhibition	2,60	1,25	3,45	1,15	3,12	1,25	2,53	1,29
Self-sacrifice	3,20	1,52	2,88	1,20	3,18	1,32	3,13	1,13
Unrelenting standards	2,99	1,19	3,26	1,20	3,55	1,28	3,01	1,19
Entitlement	1,89	0,62	2,07	0,76	1,78	0,82	1,85	0,80
Insufficient self-control	2,50	1,02	2,77	1,11	2,75	1,20	2,42	1,08

Pan.Ag = panikklidelse med agorafobi, Pan.ag/SF = panikklidelse med agorafobi og sosial fobi. M = gjennomsnitt, SD = standardavvik.

Sammenlignet med pasientutvalget i Hoffart et al. (2005) skåret gruppen med panikklidelse med agorafobi omtrent ett standardavvik høyere på *Dependence/incompetence*, og omtrent et halvt standardavvik høyere på *Abandonment/instability* og *Vulnerability to harm/illness*. Gruppen med sosial fobi skåret omtrent et halvt standardavvik høyere på *Social isolation/alienation*, *Subjugation*, *Defectiveness/shame* og *Emotional inhibition*. De forhøyede skårene sammenlignet med utvalget i Hoffart et al. (2005), var alle i tråd med antakelsene, bortsett fra at *Unrelenting standards* var ventet å være høyere i gruppen med sosial fobi. Det er i tillegg verdt å merke seg at en rekke TMS, ut over de antatte, var skåret høyere i dette utvalget, sammenlignet med utvalget Hoffart et al. (2005).

I gruppen av pasienter med begge diagnosene var skårene for *Social isolation/alienation* ett standardavvik høyere, og omtrent et halvt standardavvik høyere for syv andre TMS (*Emotional inhibition, Unrelenting standards, Failure to achieve, Defectiveness/shame, Subjugation, Dependence/incompetence, Abandonment/instability*) sammenlignet med normgrunnet.

Det var generelt høyere skårer i gruppen med begge diagnosene enn i gruppene med bare en diagnose. Det var som forventet. En mulig kumulativ effekt av flere angstlidelser samtidig vil bli drøftet siden. Resultatene viste for øvrig at de forhøyede skårene i gruppen med begge diagnosene stort sett hørte til de samme kognitive skjemaene som dominerte i gruppene med bare en av fobiene.

Spesifikke TMS i de tre ulike gruppene kontrollert for komorbiditet. 15 separate variansanalyser med kovariat (ANCOVA) ble benyttet for å sammenligne gruppene på hvert enkelt TMS.

Det ble gjort undersøkelser på forhånd for å se om det var problematiske brudd på forutsetningene for bruk av metoden. Levene's test of equality of error variances produserte ikke-signifikante resultater ($\alpha = 0.05$) og indikerte dermed at feilvariansen i de 15 avhengige variablene var lik på tvers av de tre gruppene i uavhengig variabel. Visuell grafisk inspeksjon av fordelingen av SQ-skårene og Kolmogorov-Smirnovs test indikerte at skårene ikke var normalfordelte. Etersom ANOVA ansees som en robust metode for brudd på antakelsen om normalfordeling og ulikt antall deltakere i gruppene (Field, 2005) ble likevel parametriske tester benyttet.

Analysene viste at påvirkningen fra depresjon var sentral, med statistisk signifikant effekt av kovariatet på samtlige kognitive skjemaer ($p < .05$) unntatt *Entitlement*. Effektstørrelsene til kovariat var mellom 1-12 %. Endringene i de estimerte skårene når kontrollert for andre komorbide diagnoser var nærmest ubetydelige. Følgelig ble resultatene av ANCOVA med kun depresjon som kovariat lagt til grunn.

Tabell 5.

SQ: Estimerte gjennomsnitt, standardfeil og F-test kontrollert for depresjon.

	Pan.ag		Sosial fobi		Pan.ag/SF		F-verdi
	(n= 26)		(n= 66)		(n= 27)		
	M	SE	M	SE	M	SE	
SQ							
Emotional deprivation	2,69	0,28	2,99	0,17	3,94	0,27	0,45
Abandonment/instability	2,99	0,22	2,86	0,13	3,28	0,22	1,27
Mistrust/abuse	1,70 _y	0,18	2,35 _x	0,11	2,16 _{xy}	0,18	4,39**
Social isolation/alienation	2,62 _y	0,27	3,47 _x	0,16	3,25 _{xy}	0,26	3,62*
Dependence/incompetence	2,41	0,21	2,36	0,13	2,32	0,20	0,04
Subjugation	2,38 _y	0,24	3,19 _x	0,14	3,33 _x	0,23	5,24**
Vulnerability to harm/illness	2,60	1,19	2,10	0,12	2,45	0,19	2,71
Enmeshment/undeveloped self	2,14	0,22	2,29	0,13	1,94	0,22	0,81
Defectiveness/shame	1,97 _y	0,24	2,75 _x	0,14	2,66 _{xy}	0,23	3,98*
Failure to achieve	2,47	0,26	2,77	0,16	2,77	0,26	0,51
Emotional inhibition	2,58 _y	0,24	3,59 _x	0,14	2,84 _{xy}	0,23	7,81**
Self-sacrifice	2,79	0,25	3,00	0,15	2,97	0,25	0,24
Unrelenting standards	2,77	0,25	3,37	0,14	3,39	0,24	2,42
Entitlement	1,80	0,16	2,08	0,09	1,80	0,15	1,66
Insufficient self-control	2,32	0,22	2,86	0,13	2,63	0,22	2,09

*= $p < .05$, **= $p < .01$. M = estimerte gjennomsnitt, SE = standardfeil.

Gjennomsnitt med ulike subscript (x, y) er signifikant $p < .05$ forskjellige fra hverandre.

Slik det går frem av tabell 5 var det etter å ha kontrollert for de aktuelle komorbide diagnosene en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på *Mistrust/Abuse*: $F(2,112) = 4,39$, $p = .01$, *Social isolation/alienation*: $F(2,112) = 3,62$, $p = .03$, *Subjugation*: $F(2,112) = 5,24$, $p = .00$, *Defectiveness/shame*: $F(2,112) = 3,98$, $p = .02$, og *Emotional inhibition*: $F(2,112) = 7,87$, $p = .00$. En tendens til signifikans gjaldt for *Vulnerability to harm/illness* $F(2,111) = 2,71$, $p = .07$. Skårene fordelte seg i tråd med antakelsene, med høyest gjennomsnittsskåre for de antatte skjemaene i den aktuelle gruppen. For de antatte kognitive skjemaene i gruppen med panikk lidelse med agorafobi var forskjellene mellom gruppene imidlertid ikke statistisk signifikante.

Hvor gruppene var statistisk signifikant forskjellig ble det gått videre med post hoc tester. Sidak korreksjon ble benyttet for å unngå type 1 feil. Parvise sammenligninger viste at gjennomsnittsskårene for gruppen med sosial fobi var signifikant ($p < .05$) forskjellig fra gruppen med panikklidelse med agorafobi på samtlige av de fem kognitive skjemaene: *Mistrust/Abuse*, *Social isolation/alienation*, *Subjugation*, *Defectiveness/shame* og *Emotional inhibition*.

I tråd med hypotesene var altså *Subjugation* høyest i gruppen med sosial fobi og komorbidgruppen og signifikant forskjellig fra gruppen med panikklidelse med agorafobi. Spesifisiteten for dette kognitive skjemaet er dermed bekreftet. For de fire andre TMS, *Emotional inhibition*, *Social isolation/alienation*, og *Defectiveness/shame*, var skårene også høyest i gruppen med sosial fobi. Den signifikante forskjellen var imidlertid kun mellom gruppene med bare en av diagnosene. Blandingsgruppen og gruppen med panikklidelse med agorafobi var ikke signifikant forskjellige på de tre nevnte skjemaene. Spesifisiteten er dermed bare delvis bekreftet.

Det var uventet at også *Mistrust/Abuse* viste delvis spesifisitet til sosial fobi, og at *Unrelenting standards* ikke gjorde det. Overraskende nok viste ikke *Vulnerability to harm/illness*, *Abandonment/instability* og *Dependence/incompetence* en statistisk signifikant spesifikk sammenheng med panikklidelse med agorafobi.

Et stort antall faktorer antas å påvirke skåringen av TMS. Effektstørrelsen (partial eta squared) for de fem signifikante TMS i denne studien var henholdsvis *Mistrust/Abuse* (.07), *Social isolation/alienation* (.06), *Subjugation* (.08), *Defectiveness/shame* (.06) og *Emotional inhibition* (.12). Med andre ord forklarte tilhørighet i de tre aktuelle diagnostiske gruppene mellom 6-12% av den totale variansen i de nevnte skjemaene, kontrollert for depresjon. I følge Cohen (1988) kan tallene sies å være mellom middels og store effektstørrelser.

DISKUSJON

Hensikten med denne studien var å øke kunnskapen om kognitive trekk ved sosial fobi og panikkelidelse med agorafobi. Basert på antakelsen om at spesifikke tankemønstre kan knyttes til ulike psykiske lidelser (Beck, 1997), ble spesifisiteten mellom Youngs 15 TMS og de to diagnosene undersøkt. Sentrale kognitive modeller for de to angstlidelsene samt tidligere relevant forskning ble lagt til grunn for hypoteser om hvilke TMS som ville være spesifikke for panikkelidelse med agorafobi og sosial fobi.

Resultatene vil bli drøftet opp mot antakelsene i denne studien og mot andres resultater i tidligere forskning med både kliniske grupper og kontrollgrupper. Mulige forklaringer på funnene vil bli skissert sammen med implikasjoner og ideer for videre forskning.

Hovedfunn. Deltakerne skåret som helhet høyere på samtlige av de 15 kognitive skjemaene sammenlignet med en kontrollgruppe ($n = 46$) i en norsk studie av Wang et al. (2010). Forskjellen var mellom ett standardavvik (*Self-sacrifice*) og seks standardavvik (*Social isolation*) for de tre gruppene samlet, bortsett fra *Entitlement* som var omtrent likt skåret i de to utvalgene. Funnet bekrefter at høye skårer på TMS er assosiert med psykiske vansker (Young, 1999; Pinto-Gouveia et al., 2006; Van Vlierberghe et al., 2010).

Resultatene viste at hypotesene om spesifisitet ble bekreftet for *Subjugation*, og delvis bekreftet for *Social isolation*, *Emotional inhibition*, *Defectiveness/Shame* i gruppen med sosial fobi. Hypotesen om *Unrelenting standards* ble ikke bekreftet. Et overraskende funn var at også *Mistrust/Abuse* viste et spesifikt forhold til sosial fobi. Antakelsene om spesifisitet mellom panikkelidelse med agorafobi og de tre skjemaene *Abandonment/instability*, *Vulnerability to harm/illness* og *Dependence/incompetence* ble ikke bekreftet.

Skjematisk struktur ved sosial fobi

Gruppen med sosial fobi skåret høyere på 13 av 15 TMS, sammenlignet med en gruppe med generell psykopatologi (Hoffart et al., 2005). Unntakene var nærmest like skårer på *Vulnerability to harm/illness* og *Self-sacrifice*. (Sammenligningen er basert på standardavvik, og ikke statistiske tester.) Dette samsvarer med funnet til Pinto-Gouveia et al. (2006), som også viste en omfattende utbredelse av TMS i en gruppe med sosial fobi. Ettersom deres studie ekskluderte deltakere med komorbide diagnoser, sikrer denne studiens bekreftelse av funnet en større generaliserbarhet til den generelle populasjonen av personer med sosial fobi.

I tråd med hypotesene pekte variansanalysen på fire spesifikke TMS knyttet til sosial fobi: *Social isolation*, *Emotional inhibition*, *Defectiveness/Shame* og *Subjugation*.

Spesifisiteten til tre av dem ble imidlertid kun delvis bekreftet, ettersom komorbidgruppen ikke hadde statistisk signifikant forskjellig skåre fra gruppen med panikkelidelse med agorafobi alene. Dette kan skyldes relativt få deltakere i den komorbide gruppen (n = 27). En annen mulighet er at sosial fobien var mindre uttalt i gruppen med begge diagnosene, enn i gruppen som bare hadde sosial fobi.

Resultatene tyder uansett på at personer med sosial fobi opplever seg som isolert fra og annerledes resten av verden, at egne emosjonelle uttrykk bør inhiberes, at det er noe fundamentalt galt med en og at egne ønsker er mindre viktige enn andres preferanser. Gitt de interpersonlige konsekvensene av disse kognitive skjemaene er det forståelig at personer med sosial fobi frykter samvær med andre og at situasjonene gjerne unngås.

Subjugation var ikke predikert av modellen til Clark og Wells (1995), men antatt å oppstå nærmest som en følge av sosial fobi. Nedtoning av egne behov og preferanser, muligens for å slippe selvhedelse i samhandling med andre ble tenkt assosiert med sosial fobi. Variansanalysen viste i tråd med antakelsene et spesifikt forhold mellom skjemaet og sosial fobi. Overbevisningen om faren for å bli avvist, eller på annen måte bli skadet, kan tenkes å overskygge for retten til å si sin mening. Lav selvfølelse i seg selv kan dessuten signalisere at ens egne ønsker er latterlige og at det er grunn til å ikke ta for mye plass.

Clark og Wells kognitive modell fremhever i tillegg tanker om at en kan komme til å dumme seg ut. Dette samsvarer med funnet av *Emotional inhibition* som delvis spesifikt til sosial fobi. Å gjøre seg selv usynlig kan bli løsningen for å unngå kritikk og avvisning. Spontane følelsesuttrykk holdes tilbake. Flere følger kan tenkes. Følelser, som glede, som ikke deles kan miste noe av sin kvalitet. Sinne som ikke får utløp kan hope seg opp og være energikrevende. Interpersonlig kan dette også få konsekvenser. Andre kan oppfatte en som følelsesmessig forknytt, og dermed avstå fra kontakt. Omfattende kontroll og inhibering av egne følelser kan dermed føre til depressivitet, da følelser både er med på å farge livet og binde mennesker sammen. Tanken om at følelsesuttrykk kan lede til ydmykelse av andre ser med andre ord ut til å være sentralt, og kan forklare noen av sammenhengen mellom depresjon og sosial fobi.

Defectiveness/Shame dreier seg om mindreverdighetsfølelser, og kan tenkes å være en slags spire for den nevnte inhiberingen av både egne emosjonsuttrykk og personlige preferanser. Skjemaet spiller som tidligere nevnt en sentral rolle ved depresjon. At skjemaet i denne studien viste et delvis spesifikt forhold til sosial fobi kontrollert for depresjon, støtter

opp om en psykologisk forståelse av lav selvfølelse som en vesentlig faktor i utviklingen av begge de to lidelsene.

Social isolation var sammenlignet med pasientutvalget i Hoffart et al. (2005) ikke spesielt forhøyet, noe som tyder på at tankene knytter seg til psykiske problemer generelt. Variansanalysen viste imidlertid et delvis spesifikt forhold til sosial fobi. Skjemaet kan dermed antas å være en underliggende årsak til sosial fobi, samt muligens en konsekvens av sosial fobien. Tankene knyttet til *Social isolation*, tanker om ikke å passe inn og å føle seg fremmed, kan ligge forut for utviklingen. Skjemateorien antar en slik rekkefølge. Etter hvert som sosial fobien manifesterer seg kan videre sosial isolering bidra i seg selv til en kronifisering, som skissert av modellen til Clark og Wells (1995).

Resultatene tyder i tillegg på at *Mistrust/Abuse* har et spesifikt forhold til sosial fobi. Overbevisninger om at andre er manipulerende og ute etter å skade en grenser til paranoia. Kan det også være en komponent i sosial fobi? Funnet er i tråd med studien til Pinto-Gouveia et al. (2006). De fant faktisk at *Mistrust/Abuse* stod for den største effekten på variasjonen i et mål på ubehag i sosiale situasjoner. Clark og Wells kognitive modell for sosial fobi vektlegger negative tanker om en selv fremfor negative tanker om andre. Opplevelser om ydmykelse kunne tenkes å være følt nærmest berettiget, som konsekvens av skjemaet om defekthet og mindreverd. Med bare delvis spesifisitet til sosial fobi i denne studien, er mulighetene for slutningene begrenset. Det er likevel grunnlag for å antyde at negative forventninger om andre bidrar til den skjematiske strukturen i sosial fobi, så vel som negative tanker om en selv. Funnet demonstrer viktigheten av bygge opp klientens tillit til terapeuten og andre medmennesker som ledd i behandling av sosial fobi.

Unrelenting standards viste seg ikke å være spesifikt relatert til sosial fobi. Tanker om at en må imøtekomme urealistiske høye standarder var tenkt predikert ut fra Clark og Wells sin modell, men ble ikke bekreftet å ha et spesifikt forhold til sosial fobi. Funnet kan tolkes dit hen at standardene personer med sosial fobi ønsker å møtekomme ansees av dem selv som normale krav til sosial fungering. Standardene er noe de ikke mestrer, men oppfattes likevel ikke som overdrevne. Ønsket om å være normal kan sies å være en grunnleggende del av mennesket. Sosial fobi utfordrer utvilsomt behovet for å fungere sosialt på lik linje med andre. Tanker om at egne prestasjoner nærmest må være perfekte ser imidlertid ikke ut til å være et dominerende trekk ved sosial fobi. Funnet er i tråd med Pinto-Gouveia et al. (2006), som heller ikke fant noen sammenheng mellom sosial fobi og *Unrelenting standards*. Som tidligere nevnt er muligens dette skjemaet mer relatert til tvangslidelse enn sosial fobi.

Oppsummert gir studien empirisk støtte til Clark og Wells (1995) kognitive modell for sosial fobi. Tankene skissert i modellen samsvarte for det meste med de kognitive skjemaene funnet i denne studien. Unntaket var tanken om å måtte imøtekomme overdrevne høye standarder. Funnet av mistillit som relatert til sosial fobi var ikke predikert av modellen, og gir dermed utfyllende informasjon om relevante mekaniser. De fem TMS med helt eller delvis spesifikt forhold til sosial fobi, er i all hovedsak i tråd med andre teoretiske antakelser og beskrivelser av diagnosen generelt, med vesentlig engstelse for å dumme seg ut, bli kritisk iaktatt av andre og i verste fall avvist.

Skjematisk struktur ved panikklidelse med agorafobi

Sammenlignet med en gruppe med generell psykopatologi (Hoffart et al., 2005), viste gruppen med panikklidelse med agorafobi deskriptivt høyere skårer på *Abandonment/instability*, *Vulnerability to harm/illness* og *Dependence/incompetence*. Gruppen skåret i tillegg høyere på *Social isolation*, *Emotional inhibition*, *Failure to achieve* og *Enmeshment/undeveloped self*.

De høye skårene tyder på at tanker knyttet til panikklidelse med agorafobi omhandler avhengighet av andre, frykt for å bli forlatt, at katastrofer kan inntreffe når som helst, at en er annerledes og isolert fra resten av verden, at følelsesutbrudd vil lede til ydmykelse, lav mestringstro og følelsesmessig overinvolvering i andre.

Modellen for panikk (Clark, 1986) fremhevet tanker om katastrofe som det sentrale i angstlidelsen. Tidligere empiriske studier har bekreftet en sammenheng mellom panikklidelse og det kognitive skjemaet *Vulnerability to harm/illness*. Hedley et al. (2001) fant at skjemaet predikerte mål på panikklidelse med agorafobi; frykt for kroppslige symptomer, frykt for å miste kontrollen og unngåelsesatferd. Hinrichsen et al. (2004) fant på sin side at *Vulnerability to harm/illness* forklarte 48 % av variansen i agorafobi.

På tross av dette fant denne studien ikke et spesifikt forhold mellom skjemaet og diagnosen. Skårene på *Vulnerability to harm/illness* var i tråd med hypotesene høyest i agorafobigruppen sammenlignet med sosial fobi. Det var imidlertid kun en tendens til signifikante forskjeller mellom gruppene. *Vulnerability to harm/illness* var heller ikke av de høyest skårede skjemaene i gruppen med panikklidelse med agorafobi.

Innledningsvis ble det antatt at tanker om avhengighet av andre og frykt for å bli forlatt kunne komme som en følge av frykten for katastrofer. Manglende kompetanse til å håndtere hverdagslige utfordringer var forventet ledsaget av frykten for katastrofer. Skårene på *Dependence/incompetence* og *Abandonment/instability* fordelte seg som antatt mellom de

tre gruppene, med lavest skåre i gruppen med kun sosial fobi. Forskjellene var imidlertid ikke signifikante. Skjemaene kan derfor ikke sies å vise et spesifikt forhold til panikklidelse med agorafobi.

Funnene går derimot mer i retning av å antyde at en rekke skjemaer knytter seg til lidelsen, tatt de høye skårene i betraktning. En mulig forklaring kan være at frykten for fare leder til avhengigheten av andre og skaper bekymringer om å miste nær personer. Å plages av slik angst kan lede til lav mestringsstro, som igjen kan lede til emosjonell inhibering og nedtoning av egen individualitet. Om alle disse skjemaene ledsages av hverandre på denne måten, blir imidlertid bare spekulasjoner.

Manglende spesifisitet mellom TMS og panikklidelse med agorafobi kan skyldes få deltakere i den aktuelle gruppen. Statistisk styrke, sjansen for å finne signifikante funn, reduseres av små utvalg (Tabachnick & Fidell, 2007). Andre forklaringer på manglende spesifisitet vil utdypes siden.

Egenskaper ved sosial fobi og panikklidelse med agorafobi samtidig

Den komorbide gruppen ble trukket ut for å tydeliggjøre sammenhengen mellom spesifikke TMS og enkeltdiagnosene. Det ble i tillegg ansett som interessant å studere skjemastrukturen til denne gruppen i seg selv, om enn bare på et deskriptivt nivå. Hypoteser ble presentert innledningsvis.

Resultatene viste at flere av de samme TMS knyttet til enkeltdiagnosene naturligvis dominerte i den komorbide gruppen. Etter å ha kontrollert for depresjon var de høyest skårede skjemaene i denne gruppen, sammenlignet med pasientutvalget i Hoffart et al. (2005), *Abandonment/instability, Emotional deprivation, Social isolation/alienation, Defectiveness/shame* og *Subjugation*.

Innledningsvis ble det spekulert i om tilstedeværelsen av flere angstlidelser samtidig assosieres med et større lidelsestrykk, og om det eventuelt ville reflekteres i skårene til den tredje gruppen. Young (1999) fremhever nemlig en sammenheng mellom økt forekomst av TMS og symptomer på emosjonelt ubehag, stress og problemer i hverdagen. Sammenligning av gruppene innad i denne studien viser at skårene til flere av skjemaene er høyest i den komorbide gruppen. Resultatene kan tyde på at tilstedeværelsen av både sosial fobi og panikklidelse med agorafobi skaper høyere skårer på TMS og dermed større lidelsestrykk.

Kvantitative forskjeller mellom gruppene kan reflektere fenomenet at en psykisk lidelse gjerne bringer med seg flere andre. Problemer kan forsterkes og til og med skapes som konsekvens av hverandre. En mulig forklaring på funnet kan være at ett kognitivt skjema

fører til utvikling av andre skjemaer. Youngs skjemateori hevder imidlertid at TMS ligger forut for utviklingen av psykiske lidelser. Tolkes funnet i tråd med skjemateorien er det mer sannsynlig at gruppen med både panikklidelse med agorafobi og sosial fobi, helt fra barndommen hadde flere problematiske kognitive skjemaer, sammenlignet med personer med bare en av fobiene.

Emotional deprivation representerer en kvalitativ forskjell mellom gruppene. Skjemaet var ikke spesielt forhøyet i gruppene med bare en av diagnosene, men høyest skåret i gruppen med begge diagnosene kontrollert for depresjon. Tanker om at en har stått alene meste parten av tiden, ikke vært spesiell for noen eller fått dekket sine emosjonelle behov, ser ut til å dominere hos de som strever med begge angstlidelsene samtidig. Det kan spekuleres i om dette skjemaet ligger bak tilfellene som utviklinger begge fobiene, og på den måten skiller mellom dem og de som bare har en av lidelsene. Young (1990) beskriver et oppvekstmiljø preget av manglende respekt og ivaretagelse, for de som utvikler skjemaet *Emotional deprivation*. Personer som sliter med begge fobiene kan tenkes å være mer preget av et slikt miljø enn andre.

Sosial fobi og panikklidelse med agorafobi som en og samme diagnose

Som tidligere nevnt argumenterer enkelte for at de to diagnosene bør sees på som én diagnose (Schneier et al., 2002). Fellestrekkene er mange og de opptrer ofte samtidig. Likevel er det to separate kategorier med egne diagnostiske kriterier. Diskusjonen om diagnoser som ulike grader innenfor samme spektrum fremfor separate kategorier, og hvorvidt angstlidelsene er kvalitativt forskjellige, er kompleks. Det er begrenset hva denne studien kan bidra med i denne debatten, da analysene ikke direkte adresserte spørsmålet. Funnene i denne studien gir imidlertid indikasjoner på at det er vesensforskjeller mellom diagnosene. Fem TMS viste et helt eller delvis spesifikt forhold til sosial fobi sammenlignet med panikklidelse med agorafobi. Mistillit til andre, sosial isolering, mindreverdigfølelser, føyelighet og emosjonell inhibering er i større grad assosiert til sosial fobi enn til panikklidelse med agorafobi. Vanskene ved sosial fobi ser med andre ord ut til å knytte seg spesifikt til sosialt samspill.

Selv om TMS kan være forhøyet og relevante ved begge diagnosene, er det altså flere signifikante forskjeller mellom de to gruppene. De fem TMS med bekreftet spesifisitet til sosial fobi kan sies å gi støtte til de diagnostiske kriteriene for sosial fobi, og kategoriseringen av sosial fobi som noe kvalitativt forskjellig fra panikklidelse med agorafobi. At lidelsene ofte opptrer samtidig kan tenkes å skyldes en felles underliggende sårbarhet. Om sårbarheten er

omfattende vil problemene kunne manifestere seg på flere områder. Spørsmålet om hvorfor noen imidlertid utvikler sosialt invalidiserende angst fremfor frykt for kroppslige symptomer og katastrofer, og andre begge deler, har gir imidlertid studien med dette designet ikke mulighet til å besvare. Funn om spesifikke TMS knyttet til angstlidelsene kan derimot være et bidrag til videre etiologisk forskning.

Drøftelse av spesifisitet

Basert på Van Vlierberghe et al. (2010) sine egne og andres studier, argumenterte de for at spesifikke skjemaer kunne være knyttet til ulike psykopatologiske diagnoser. Funnene angående angst var imidlertid uklare. I forsøket på å finne spesifisitet mellom TMS og angst, har en rekke studier påpekt behovet for å se på undergrupper av angst (Welburn et al., 2002; Calvete et al., 2005; Hawke & Provencher, 2011).

Basert på min studie kan det imidlertid se ut til at manglende spesifisitet ikke bare skyldes at angst er sett på som en gruppe. Denne studiens hypoteser om spesifisitet ble kun delvis bekreftet, selv etter å ha sett på undergrupper av angst og ha kontrollert for andre diagnoser. Det kan skyldes metodologiske begrensninger knyttet til studien, som vil bli redegjort for siden, men det kan også skyldes at det ikke er en fullkommen spesifisitet mellom kognitive skjemaer og enkelte diagnoser.

Young selv antok ikke spesifisitet på samme måte som min og andres studier har forsøkt å demonstrere. De kognitive skjemaene var ikke utviklet for direkte å korrespondere med diagnoser. Undersøkelser av forholdet mellom TMS og former for psykopatologi har likevel forsøkt å gi de teoretiske antakelsene et systematisk empirisk grunnlag. Formålet med studiene av spesifisitet har vært å øke kunnskapen om kognitive mekanismer knyttet til diagnosene. Karakteristikk ved ulike skjematiske strukturer har blitt undersøkt.

Flere studier har lyktes i å finne spesifikke forhold mellom ulike TMS og kategorier av psykiske lidelser, mens andre studier har motstridende funn. Jovev og Jackson (2004) konkluderte positivt med hensyn til spesifisitet mellom TMS og personlighetsforstyrrelser. De fant unike og konsistente mønster av TMS knyttet til diagnoser, og talte for bruk av SQ som differensieringsverktøy mellom diagnostiske kategorier. Etter å ha undersøkt TMS-profiler i sammenheng med diagnostiske kriterier på borderline personlighetsforstyrrelse, konkluderte imidlertid Lawrence et al. (2011) med at spesifikke diagnoser sannsynligvis ikke kan assosieres med spesifikke maladaptive skjemaer. Deres funn antydde derimot at TMS tilføyet nyttig informasjon til det diagnostiske bildet, fremfor å bekrefte diagnosen.

Funnet i min studie støtter antakelsen om at TMS kan bidra til en differensiering mellom panikklidelse med agorafobi og sosial fobi. Med fem spesifikke skjemaer knyttet til sosial fobi støtter også studien antakelsen om spesifisitet, men støtten er ikke entydig. Utbredelsen av TMS var generelt omfattende og demonstrerer en heterogenitet ved at en rekke TMS var forhøyet i gruppene. For panikklidelse med agorafobi ble hypotesene om spesifisitet ikke bekreftet. Om det skyldes at panikklidelse med agorafobi ikke har en spesifikk profil, at gruppen er mer kompleks enn gruppen med sosial fobi, er usikkert. Flere studier er nødvendig for å avklare spørsmål om spesifisitet og skjemastruktur knyttet til panikklidelse med agorafobi.

Spesifisitet mellom diagnoser og skjemaene er forøvrig bare én del av bildet. Verktøy for å kartlegge tanker og metoder for å behandle dem effektivt er et hovedmål for psykisk helsevern. Skjemateorien som generell forståelsesramme og SQ som kartleggingsverktøy kan til dels uavhengig av spesifisitet ha nytteverdi, men da mer som supplerende verktøy. Der det faktisk er grunnlag for å anta spesifisitet mellom TMS og diagnoser vil imidlertid relevansen av skjemateorien være enda større.

Skjemateorien og symptomlidelser

Enkelte taler for at TMS er sterkere relatert til personlighetsforstyrrelser enn til akse I diagnoser (Lee et al., 1999; Nordalh et al., 2005). Selv om det er uenighet angående spesifisiteten mellom TMS og personlighetsforstyrrelser også, kan det være en delvis forklaring på manglende spesifisitet mellom TMS og symptomlidelser. Young utviklet opprinnelig sin skjemateori for å forstå personlighetsforstyrrelser. Skjemateoriens anvendelse for akse I diagnoser kan sies å være i en utprøvningsfase. Denne studiens funn tilsier muligens at det er en større sammenheng mellom skjemateorien og sosial fobi enn mellom skjemateorien og panikklidelse med agorafobi.

Kan det skyldes at sosial fobi ligner mer på en personlighetsforstyrrelse enn det panikklidelse med agorafobi gjør? Som tidligere nevnt argumenterer enkelte for at både sosial fobi og agorafobi befinner seg i samme spektrum som unnvikende personlighetsforstyrrelse (Schneier et al., 2002). Komorbiditeten til unnvikende personlighetsforstyrrelse er imidlertid høyere for sosial fobi (Perugi et al., 1999). Symptomene på sosial fobi oppleves dessuten ofte som egosyntone (Lipsitz et al., 1999) og har store interpersonlige konsekvenser. Denne studiens avdekking av flere TMS med spesifikt forhold til sosial fobi kan tyde på at sosial fobi overlapper mer med personlighetsforstyrrelsen enn panikklidelse med agorafobi, og at det

muligens kan være en forklaring på manglende spesifisitet mellom TMS og panikk lidelse med agorafobi.

Dette betyr likevel ikke at skjemateorien ikke egner seg for akse I diagnoser generelt, på samme måte som for personlighetsforstyrrelser. Som tidligere nevnt er skjemateorien vel etablert for forståelsen av depresjon og andre symptomidelser (Shah & Waller, 2000; Waller et al., 2000; Welburn, et al., 2002; Abela, et al., 2009; Wang et al., 2010; Hawke & Provencher, 2011). Utfordringer med å forbedre behandlingsopplegg i tråd med skjemateorien gjelder dessuten både for akse I og akse II diagnoser.

Differensiering mellom underkategorier av angst

Som tidligere nevnt har de fleste studier sett på angst som en kategori. Resultatene av min studie peker i retning av at det er nyttig å skille mellom ulike underkategorier. Dog er det vanskeligere å finne signifikante forskjeller mellom grupper med ulike angstlidelser, enn mellom grupper av ulike psykiske lidelser generelt. En del av skjemastrukturen vil naturligvis være felles. Der det manglet signifikante forskjeller kan det skyldes at skjemaskårene var for like mellom gruppene i denne studien.

Calvete et al. (2005) fant at *Vulnerability to harm/illness*, *Dependence/incompetence*, *Social isolation/alienation* og *Emotional deprivation* predikerte angst generelt. Andre har funnet at også *Unrelenting standards* og *Abandonment/instability* predikerte angst (Van Vlierberghe et al., 2010). Resultatene fra denne studien tyder på, i tråd med overnevnte, at *Vulnerability to harm/illness*, *Unrelenting standards*, *Abandonment/instability* og *Dependence/incompetence* dominerer i både sosial fobi og agorafobi, og av den grunn ikke fullt ut viste det antatte spesifikke forholdet til en av dem. *Emotional deprivation* var av de høyest skårede skjemaene i gruppen med begge diagnosene, og viste heller ikke et spesifikt forhold til en av diagnosene. *Social isolation/alienation*, og fire andre TMS, viste derimot et spesifikt forhold til sosial fobi.

Oppsummert finnes det flere mulige forklaringer på hvorfor ikke samtlige av de antatte TMS viste et spesifikt forhold til en av diagnosene i denne studien. Fem TMS viste imidlertid et spesifikt forhold til sosial fobi, og den kliniske nytten av et slikt funn vil utdypes i det følgende.

Kliniske implikasjoner

Young utviklet sin modell for skjemat terapi i håp om å kunne skape større endring enn det tradisjonell kognitiv terapi tilsynelatende klarte å oppnå ved langvarige psykiske lidelser.

Endring av vansker fordrer, i følge ham, utforskning av skjemaene og utarbeidelsen av kognitiv restrukturering. Hans teoretiske rammeverk og kliniske verktøy for identifisering av TMS er i bruk ved stadig flere klinikker verden over. Dersom fremtidig forskning bekrefter nytten av skjemateorien også for angstlidelser, kan det være aktuelt å i større grad supplere dagens protokoller for kognitiv behandling med Youngs ideer og verktøy. Pasienter med spesielt langvarig angstproblematikk, der eksponering ikke er nok alene, kan tenkes å dra nytte av spesifikke terapeutiske tilnærminger innen skjemafokusert terapi. Den kognitive restruktureringen er mer interpersonlig og emosjonsfokusert enn tradisjonell kognitiv terapi (Young et al., 2003).

Resultatene av denne studien impliserer at behandling av sosial fobi profiterer på modifisering av tankene knyttet til de fem spesifikt relaterte skjemaene til diagnosen. Behandlingen bør forsøke å endre tankene om at en er annerledes og isolert fra resten av verden, at egne ønsker er mindre viktige enn andres, at det er farlig å hevde seg selv og uttrykke seg fritt. Tankene om at andre ikke liker en og vil en vondt, vil dessuten kunne være en direkte utfordring for den terapeutiske alliansen. Tillit til at terapeuten vil en vel er en nødvendighet for klientens åpenhet og videre endringsmuligheter. Fokuset på å endre skjemaet om mistillit vil være en forutsetning for arbeidet med andre TMS.

Studiens andre funn manglet statistisk signifikans, men kan likevel sies å ha en praktisk signifikans. Psykologisk sårbarhet knyttet til panikklidelse med agorafobi ser nemlig ut til å involvere en rekke ugunstige antakelser i vedkommendes tankesett, tanker om at personen er ute av stand til å kontrollere følelser og hendelser generelt. Observasjonen av at flere TMS i gruppen med panikklidelse med agorafobi og tilnærmet samtlige TMS i gruppen med sosial fobi var forhøyet, sammenlignet med både normalutvalg og klinisk kontroll, impliserer at lidelsene har store konsekvenser for generell livskvalitet. Tatt i betraktning den relativt høye forekomsten i befolkningen og funnet om høyt lidelsestrykket, gjør behandling av angstlidelsene til en sentral oppgave for psykisk helsevern.

Funn av manglende spesifisitet eller ulik spesifisitet mellom studier, impliserer videre at forståelse av psykopatologi fordrer kompleks tenkning og rom for individuelle forskjeller blant klientene. Det krever at klinikere unngår trangen til overforenkling. Skjemastrukturen skal først og fremst utforskes individuelt med hver enkelt klient. Studien indikerer at en del er felles for en gruppe klienter med samme diagnose, men noe er også varierende. I tillegg til at ulike TMS kan være spesifikt relatert til noen diagnoser, viser dessuten det kliniske bildet at pasienter som regel har flere diagnoser. Vellykket terapi må derfor uansett tilpasses den enkelte, og romme alle dens vansker.

Begrensninger

Pasienter henvist til Modum bad er de som ikke har hatt nytte av lokalt behandlingstilbud. En mulig begrensning med studien er derfor at det kliniske utvalget bestod av mer alvorlig symptomatologi enn det som er gjennomsnittlig. Høye skårer sammenlignet med pasientutvalget i Hoffart et al. (2005) kan tyde på nettopp det. Generaliserbarheten til populasjonen som helhet kan være noe mindre. På den annen side kan det ha vært en fordel. Utvalget med tyngre symptomatologi kan ha gjort spesifisiteten mellom TMS og selve kjernen av angstlidelsene tydeligere.

En styrke ved studien var dessuten inklusjon av personer med komorbide diagnoser. Inklusjonen gjør muligheten for generalisering større, ettersom mange med sosial fobi og panikklidelse med agorafobi har andre lidelser i tillegg. Tilstedeværelsen av komorbide diagnoser kan forklare den omfattende utbredelsen av flere TMS i utvalget. Statistiske metoder gjør det imidlertid mulig å kontrollere for komorbiditet i de analysene der det er vesentlig. Tidligere studier har vist at flere av de samme kognitive skjemaene knyttet til angst også er knyttet til depresjon og andre psykiske lidelser. Det var derfor nødvendig å kontrollere for depresjon i variansanalysene, da målet var å finne spesifisiteten mellom TMS og angstlidelsene i denne studien. Depresjon varierte imidlertid ikke likt mellom gruppene. Gruppen med sosial fobi hadde lavere depresjonsnivå enn de to andre gruppene. Brudd på forutsetningen om lik fordelt varians i kovariat, kan ha problematisert bruken av ANCOVA.

Spesifisiteten til fire av de kognitive skjemaene ble kun delvis bekreftet. Ingen TMS ble signifikant assosiert med panikklidelse med agorafobi. Dette kan skyldes metodologiske begrensninger knyttet til denne studien. Gruppen med panikklidelse med agorafobi og den komorbide gruppen bestod av omtrent halvparten av det antallet gruppen med sosial fobi hadde. Selv om ANOVA ansees som en robust metode, også for ulikt antall deltakere i gruppene, vil små utvalg generelt reduserer statistisk styrke (Tabachnick & Fidell, 2007). Fremtidige studier med større utvalg er nødvendig for å bekrefte spesifisiteten funnet i denne studien, og undersøke denne studiens tendenser til spesifikke TMS ved panikklidelse med agorafobi.

Det lave antallet menn i to av gruppene forhindret måling av eventuelle effekter av kjønn på skjemaene. Kjønnforskjeller var imidlertid ikke et hovedfokus for denne studien. Sammenligningen mot andre studiers funn var nyttig som en erstatning av egen kontrollgruppe. Spesifisiteten begrenses likevel noe av at normalkontroll og klinisk kontroll ikke var tilgjengelig i samme studie.

Ved bruk av krysseksjonelt forskningsdesign har denne studien ikke mulighet til å fastslå retningen på forholdet mellom TMS og fobiene. Det vil si at kognitive skjemaer kan skape angstlidelsene, men også motsatt at det å ha angstlidelser i seg selv kan føre til negative tolkninger av omgivelsene. Redselen for å gjøre noe dumt, ved sosial fobi, kan føre til at en lettere vurderer andres reaksjoner som nedvurderende. Skjemaet om mistillit kan på den måten være utløst av fobien. Konsekvensene av angst for generell livsutfoldelse er omfattende. Ringvirkningene kan skape ytterligere vansker for personen, og da muligens manifestere seg gjennom flere problematiske kognitive skjemaer. Teoretiske antakelser sier imidlertid at kognitive skjemaer utvikles forut for psykiske lidelser (Young, 1999). Begrepet *tidlige* maladaptive skjemaer er likevel fortsatt noe spekulativt. Utforskning av og mulighet for modifisering av skjemastrukturer kan uansett ansees som nyttig både i forskning og klinikk.

Veien videre

Hvorvidt kognitive skjemaer ikke bare korrelerer spesifikt med ulike psykiske lidelser, men hvordan de faktisk skaper psykopatologi er interessante spørsmål for videre forskning. Thimm (2010) undersøkte sammenhengen mellom TMS og personlighetstrekk, og fant at femfaktormodellen overlappet med skjemamodellen, og at skjemamodellen faktisk hadde større prediktiv evne på depresjon. En annen studie, av samme forfatter, viste hvordan TMS medierte forholdet mellom opplevde foreldrestiler og symptomer på personlighetsforstyrrelser (Thimm, 2010). Fremtidig forskning bør undersøke hvordan et bredt spekter av faktorer bidrar til utviklingen av TMS og hvordan de senere manifesterer seg i for eksempel angstdiagnoser. Til dette trengs prospektive forskningsdesign.

For å tydeliggjøre eventuell spesifisitet mellom diagnoser og TMS, bør fremtidige studier inkludere flere diagnostiske grupper og kontrollgrupper i en og samme studie. Dette vil kunne utbrodere bildet av hvordan ulike TMS relaterer seg til ulike diagnoser, og demonstrere mulige sammenhenger mellom diagnosene. Kunnskapen vil kunne si noe om generelle årsaker til psykiske lidelser og gi en pekepinne for hvordan vanskene kan endres.

I denne studien ble det kun foretatt selvrapporing av de kognitive skjemaene. Selv om SQ er et godt validert verktøy er det generelle utfordringer knyttet til selvrapporing. De kognitive skjemaene er antatt å være delvis ubevisste (Young, 1999). Personer kan ha TMS uten å være klar over det selv. I tillegg vil mestringsstrategier som skjemaunngåelse kunne påvirke selvrapporingen. Sarin og Abela (2003) benyttet derimot et semistrukturert klinisk intervju for å kartlegge TMS i sin studie. Andre har foreslått test på aktivering av TMS i

sosiale scenarier (Welburn et al., 2002). I fremtidige studier vil det være av interesse å sammenligne ulike måleinstrumenter som alternative eller kompletterende verktøy i forskning og klinikk.

Tatt i betraktning empiriske funn av TMS sine sentrale roller i depresjon og angstlidelser, vil tradisjonelle kognitive behandlingstilnæringer for akse I diagnoser antakelig tjene på et større fokus på underliggende maladaptive skjemaer. Modellen om sosial fobi (Clark & Wells, 1995) skisserer i tråd med dette hvordan sosial fobi krever inngående bearbeiding av kognitive prosesser, for å kunne skape endring. Et viktig mål for fremtidig forskning vil derfor være å undersøke hvordan skjemafokusert behandling for akse I diagnoser kan lykkes på lik linje med skjemafokusert behandling av personlighetsforstyrrelser. Med et godt kartleggingsverktøy som SQ og et solid teoretisk rammeverk, ligger mye til rette for videreutvikling av skjemafokusert behandling for symptomlidelsene.

Konklusjon

Samtlige gjennomsnittskårer for 15 TMS var høyere sammenlignet med en kontrollgruppe i en norsk studie av Wang et al. (2010). Utvalgets forhøyede skjemaskårer er i tråd med annen forskning, som gjentatte ganger har vist høyere skjemaskårer i grupper med psykopatologi enn i normalpopulasjon. Hovedfunn i denne studien var at *Subjugation* viste et spesifikt forhold til sosial fobi, og at *Defectiveness/shame*, *Social isolation/alienation* *Emotional inhibition* og *Mistrust/Abuse* et delvis spesifikt forhold til sosial fobi. Ingen TMS viste spesifikt forhold til panikklidelse med agorafobi.

De empiriske funnene støtter en psykologisk forståelse av lav selvfølelse og vansker med sosialt samvær som vesentlige faktorer i sosial fobi. Kognitiv modell for sosial fobi samsvarer i stor grad med funnene. Resultatene av studien har bidratt med en videre utdypning av, og pekt på mulige sammenhenger mellom, sentrale mekanismer ved sosial fobi. Manglende spesifisitet mellom TMS og panikklidelse med agorafobi kan skyldes færre deltakere i denne gruppen og generelle problemer med å finne spesifikke forhold mellom TMS og enkelte diagnoser.

Resultatene gir implikasjoner om at tankene knyttet til de fem nevnte kognitive skjemaene bør kartlegges og modifiseres i behandling av sosial fobi. Studien demonstrer samtidig at det ikke nødvendigvis er fullt samsvar mellom TMS og diagnoser. Det vil være nødvendig med individuell utforskning av skjemastrukturen til hver enkelt klient. Den høye

komorbiditeten indikerer dessuten at terapi må romme mer enn de spesifikt relaterte kognitive skjemaene, da det kliniske bildet ofte er komplekst sammensatt av flere lidelser.

Referanser

- Abela, J. R. Z., Auerback, R. P., Sarin, S. & Lakdawalla, Z. (2009). Beck's cognitive theory of depression: An examination of the schematic content in the life stories of university students. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 50-58.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual for the psychiatric disorders*. Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Steward, G., Morris-Yates, A., Holt, P. & Henderson, S. (1990). Evidence for a general neurotic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 157, 6-12.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: a study in experimental and social psychology*. London: Cambridge University Press.
- Beck, A. T. (1997). The past and future of cognitive therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6, 276-284.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias. A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. (1995). *Beck depression inventory – II manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Berge, T. & Repål, A. (2004). *Den indre samtalen. Kognitiv terapi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Breier, A., Charney, D. S. & Heninger, G. R. (1986). Agoraphobia with panic attacks: development, diagnostic stability, and course of illness. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1029-1036.
- Calvete, E., Estevez, A., Lopez de Arroyabe, E. & Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire-short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 90-99.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Clark, A., Beck, A.T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.

- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. R. Schneier (red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (s. 69-93). New York: Guildford Press.
- Cloitre, M., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R. & Gitow, A. (1992). Perceptions of control in panic disorder and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 569-577.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2. utg.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- DeVilles, R. F. (2003). *Scale development: Theory and applications* (2. utg.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Ellis, C. (2007). Telling secrets, revealing lives: relational ethics in research with intimate others. *Qualitative Inquiry*, *13*, 3-29.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London, UK: Sage Publications.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. & Williams, J. B. W. (1995). *Structured clinical interview for DSM-IV, Axis I disorders – Patient edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. & Benjamin, L. (1994). *Structured clinical interview for DSM-IV, Axis II Disorders – Patient (SCID-II, Version 2.0)*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D. & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms and risk. *Psychological Bulletin*, *129*, 447-466.
- Hawke, L. D. & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A Review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *25*, 257-276.
- Hedley, L. M. & Hoffart, A. (2001). Agoraphobia without history of panic disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *8*, 436-443.
- Hedley, L. M., Hoffart, A. & Sexton, H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *15*, 131-142.
- Herbert, J. D., Hope, D. A. & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *101*, 332-339.
- Hinrichsen, H., Waller, G. & Emanuelli, F. (2004). Social anxiety and agoraphobia in the eating disorders: Associations with core beliefs. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *192*, 784-787.

- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A. et al. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 29, 627-644.
- Hoffart, A., Versland, S. & Sexton, H. (2002). Self-understanding, empathy, guided discovery, and schema belief in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process-outcome study. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 199-219.
- Jovey, M. & Jackson, H. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18, 467-478.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorders: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplements*, 417, 85-94.
- Klein, D. F. (1988). The cause and treatment of agoraphobia. *Archives of General Psychiatry*, 45, 389-392.
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry* 158, 1091-1098.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S. & Chanen, A. M. (2011). A study of maladaptive schemas and borderline personality disorder in young people. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 30-39.
- Lecrubier, Y., Wittchen, H. U., Faravelli, C., Bobes, J., Patel, A. & Knapp, M. (2000). A European perspective on social anxiety disorder. *European Psychiatry*, 15, 5-16.
- Lee, C. W., Taylor, G. & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 441-451.
- Lipsitz, J. D., Markowitz, J. C., Cherry, S. & Fyer, A. J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1814-1816.
- Neal, J. A. & Edelman, R. J. (2003). The etiology of social phobia: Toward a developmental profile. *Clinical Psychology Review*, 23, 761-786.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Pace, T. M. (1988). Schema theory: A framework for research and practice in psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 2, 147-163.

- Perugi, G., Nassini, S., Socci, C., Lenzi, M., Toni, C., Simonini, E. & Akiskal, H. S. (1999). Avoidant personality in social phobia and panic-agoraphobic disorder: a comparison. *Journal of Affective Disorders*, *54*, 277-282.
- Piaget, J. (1930). *The child's conception of the world*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, *30*, 571-584.
- Rapee, R. M. & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, *24*, 737-767.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., Hackmann, A., Wells, A. & Gelder, M. G. (1999). An experimental investigation of the role of safety-seeking behaviours in the maintenance of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 559-574.
- Sarin, S. & Abela, J. R. Z. (2003). The relationship between core beliefs and a history of eating disorders: An examination of the life stories of university students. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *17*, 359-374.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E. & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structures of measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, *19*, 295-321.
- Schneier, F. R., Blanco, C., Antia, S. X. & Liebowitz, M. R. (2002). The social anxiety spectrum. *Psychiatric Clinics of North America*, *25*, 757-774.
- Shab, R. & Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression – The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*, 19-25.
- Stein, D. J. (1992). Schemas in the cognitive and clinical sciences: An integrative construct. *Journal of Psychotherapy Integration*, *2*, 45-63.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5. utg.). Boston: Pearson.
- Teachman, B. A., Marker, C. D. & Smith-Janik, S. B. (2008). Automatic associations and panic disorder: Trajectories of change over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *76*, 988-1002.
- Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: a five-factor model perspective. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*, 373-380.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *41*, 52-59.

- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y. & Bogels, S. (2010). Maladaptive schemas and psychopathology in adolescence: On the utility of Young's schema theory in youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.
- Waller, G., Ohanian, V., Meyer, C. & Osman, S. (2000). Cognitive content among bulimic women: The role of core beliefs. *International Journals of Eating Disorders*, 28, 235-241.
- Wang, C. E. A., Halvorsen, M., Eisemann, M. & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 389-396.
- Welburn, K. R., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. & Jordan, S. (2002). The schema questionnaire short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530.
- Wittchen, H. U. & Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplements*, 417, 4-18.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3. utg.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. & Brown, G. (1990). Schema Questionnaire. I J. E. Young, *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (s. 61-67). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

GRUNNLEGGENDE LEVEREGLER (75 LEDD)

NR. _____

Dato _____

INSTRUKSJON: Nedenfor følger en liste med utsagn som folk ofte bruker for å beskrive seg selv. Vennligst les hvert utsagn og avgjør hvor godt det beskriver deg. Dersom du er i tvil, så svar på grunnlag av hva du føler og ikke på grunnlag av hva du tror er riktig. Velg det tallet som best beskriver deg ved å skrive tallet på linjen til venstre for utsagnet!

TALLKODER:

- 1 = Beskriver meg ikke
- 2 = Beskriver meg stort sett ikke
- 3 = Beskriver meg litt
- 4 = Beskriver meg ganske godt
- 5 = Beskriver meg stort sett slik jeg er
- 6 = Beskriver meg helt presis

EKSEMPEL: A. 4 Jeg er bekymret for at folk ikke vil like meg

-
- _____ 1. I mesteparten av tiden, har jeg ikke hatt noen som har gitt meg omsorg eller som har brydd seg skikkelig om alt som har hendt meg
- _____ 2. Generelt kan jeg si at det ikke er noen som har gitt meg varme, kos og kjærlighet
- _____ 3. I stort sett hele mitt liv har jeg følt at jeg ikke er spesiell for noen
- _____ 4. Stort sett har jeg ikke hatt noen som egentlig lytter til meg, forstår meg eller oppfatter mine innerste behov og følelser.
- _____ 5. Jeg har sjelden hatt en sterk person som kunne gitt meg gode råd eller veiledning når jeg ikke er sikker på hva jeg skal gjøre
-
- _____ 6. Jeg klammer meg til folk som står meg nær, fordi jeg er redd for at de vil forlate meg
- _____ 7. Jeg trenger andre så sterkt at jeg er redd for å miste dem
- _____ 8. Jeg er bekymret for at de som står meg nær vil forlate eller avvise meg
- _____ 9. Når jeg føler at noen jeg bryr meg om trekkes bort fra meg, blir jeg desperat

_____ 10. Noen ganger er jeg så bekymret for at andre skal forlate meg at jeg driver dem unna _____ ab

_____ 11. Jeg føler at folk vil utnytte meg

_____ 12. Jeg føler jeg må forsvare meg mot andre, ellers vil de forsøke å skade meg

_____ 13. Det er bare spørsmål om tid før noen forråder meg

_____ 14. Jeg er nokså mistenksom på andre folks motiver

_____ 15. Jeg er vanligvis på utkikk etter de baktanker med ting som andre har _____ ma

_____ 16. Jeg passer ikke inn

_____ 17. Jeg er fundamentalt forskjellig fra andre mennesker

_____ 18. Jeg tilhører ingen steder; jeg er noe for meg selv

_____ 19. Jeg føler meg fremmed overfor andre

_____ 20. Jeg føler meg alltid utenfor i forhold til alle grupper _____ si

_____ 21. Ingen av de jeg begjærer vil elske meg hvis de så mine feil

_____ 22. Ingen jeg begjærer ville stå meg nær dersom hun/han kjente hvordan jeg egentlig er

_____ 23. Jeg fortjener ikke kjærlighet, omtanke og respekt fra andre

_____ 24. Jeg føler at ingen vil kunne elske meg

_____ 25. Det er for mye uakseptabelt ved meg til å avsløre meg for andre _____ ds

_____ 26. Nesten ingenting jeg gjør på jobben (eller skolen) er så godt som det andre folk gjør

_____ 27. Jeg er inkompetent når det gjelder ferdigheter

_____ 28. De fleste andre er mer kapabel enn meg når det gjelder arbeid og ferdigheter

- _____ 29. Jeg er ikke så talentfull som de fleste andre er i deres arbeid
- _____ 30. Jeg er ikke så intelligent som de fleste andre når det gjelder arbeid eller skole _____ fa
- _____ 31. Jeg føler meg ikke i stand til å klare meg på egen hånd i hverdagen
- _____ 32. Jeg tenker på meg selv som en avhengig, når det kommer til hvordan jeg fungerer til daglig
- _____ 33. Jeg mangler sunn fornuft
- _____ 34. Min dømmekraft kan ikke stoles på i hverdagssituasjoner
- _____ 35. Jeg er usikker på min egen evne til å løse de hverdagsproblemer som dukker opp _____ di
- _____ 36. Jeg klarer ikke å unngå å føle at noe galt snart vil skje
- _____ 37. Jeg føler at en katastrofe (natur, kriminalitet, økonomi, sykdom) kan oppstå hvert øyeblikk
- _____ 38. Jeg er bekymret for å bli angrepet
- _____ 39. Jeg er bekymret for at jeg skal miste alle pengene mine og bli fattig
- _____ 40. Jeg er bekymret for at jeg kan få alvorlig sykdom, selv om intet alvorlig har blitt diagnostisert av legen _____ vh
- _____ 41. Jeg har ikke vært i stand til å selvstendiggjøre meg i forhold til mine foreldre på samme måte som mine jevnaldrende har
- _____ 42. Mine foreldre og jeg synes å være overinvolvert i hverandres liv og problemer
- _____ 43. Det er veldig vanskelig for både mine foreldre og meg å holde intime detaljer skjult for hverandre, uten å føle seg skyldsbetyngt eller sveket
- _____ 44. Jeg føler ofte at foreldrene lever gjennom meg – Jeg har ikke mitt eget liv
- _____ 45. Jeg føler ofte at jeg ikke har min egen identitet eller er forskjellig fra mine foreldre eller partnere _____ cm
- _____ 46. Jeg tror at hvis jeg gjør som jeg ønsker, ber jeg om bråk

_____ 47. Jeg føler at jeg ikke har annet valg enn å gi etter for andres ønsker, for ellers vil de slå tilbake eller avvise meg

_____ 48. I forholdet til andre lar jeg dem ha styringen

_____ 49. Jeg lar alltid andre gjøre valg for meg, så jeg vet egentlig ikke hva jeg vil

_____ 50. Jeg har store vansker med å kreve at mine rettigheter blir respektert og at man tar hensyn til mine følelser

_____ sb

_____ 51. Jeg er den som vanligvis ender opp med å ta vare på personer som står meg nær

_____ 52. Jeg er et godt menneske fordi jeg tenker mer på andre enn på meg selv

_____ 53. Jeg er så opptatt med å ordne for de jeg er glad i, så jeg får liten tid til meg selv

_____ 54. Jeg har alltid vært den som lytter til alle andres problemer

_____ 55. Folk ser meg som en person som gjør alt for mye for andre og ikke nok for meg selv

_____ ss

_____ 56. Jeg er for sjenert til å vise positive følelser for andre (eks. varme, vise at jeg bryr meg)

_____ 57. Jeg synes det er flaut å gi uttrykk for mine følelser for andre

_____ 58. Jeg synes det er vanskelig å være varm og spontan

_____ 59. Jeg kontrollerer meg selv så mye at folk tror jeg ikke har følelser

_____ 60. Folk ser på meg som følelsesmessig forknytt

_____ ei

_____ 61. Jeg må være best i det aller meste av det jeg gjør; jeg aksepterer ikke å være nestbest

_____ 62. Jeg prøver å gjøre mitt beste, jeg slår meg ikke til ro med «godt nok»

_____ 63. Jeg må oppfylle alle mine forpliktelser

_____ 64. Jeg føler at det er konstant press på meg for å oppnå resultater og få ting gjort

_____ 65. Jeg lar meg ikke slippe unna lett eller lage unnskyldninger for mine feil

_____ us

- _____ 66. Jeg har store vansker med å akseptere nei for et svar når jeg ønsker noe fra andre mennesker
- _____ 67. Jeg er spesiell og skulle ikke akseptere mange av de begrensninger som pådyttes folk
- _____ 68. Jeg hater å bli hemmet eller tvunget fra å gjøre som jeg vil
- _____ 69. Jeg føler at jeg ikke trenger å følge de normale reglene og normene som andre folk følger
- _____ 70. Jeg føler at mine bidrag er mer verdifulle enn de bidrag andre kommer med _____ et
- _____ 71. Jeg klarer ikke å disiplinere meg til å fullføre rutinemessige eller kjedelige oppgaver
- _____ 72. Hvis jeg ikke kan nå et mål blir jeg lett frustrert og gir opp
- _____ 73. Jeg har vanskelig for å utsette umiddelbar tilfredsstillelse for å oppnå langsiktige mål
- _____ 74. Jeg kan ikke tvinge meg selv til å gjøre ting jeg ikke liker, selv om jeg vet at det er til mitt eget beste
- _____ 75. Jeg har sjelden klart å holde meg til det jeg har besluttet _____ is