

# Grunnleggende overbevisninger, angst og depresjon i en poliklinisk pasientgruppe

Angst og depresjon kan være forbundet med bestemte typer av tankemønstre. Eksempler er overbevisninger knyttet til manglende tilhørighet, svekket autonomi og overdrevne standarder.

## TEKST

Ole Johan Hovland

PUBLISERT 1. juli 2007

## ABSTRACT:

**Engelsk tittel: Early Maladaptive Schemas, anxiety and depression in a group of psychiatric outpatients**

The article explores the relationships between anxiety, depression and four second order domains of Early Maladaptive Schemas (EMSs) in 225 Norwegian psychiatric outpatients. As expected the results showed Impaired Autonomy and Exaggerated Standards to be the two domains of EMSs most closely related to patients' level of anxiety, and Impaired Autonomy and Disconnection the domains of EMSs most closely related to patients' level of depression. Controlling for depression, Impaired Autonomy and Exaggerated Standards still predicted patients' level of anxiety. Controlling for anxiety, only Disconnection still predicted patients' level of depression. Impaired Autonomy finally accounted for about 59% of the covariance between patients' level of anxiety and depression. This supports the notion that a diminished belief in one's coping ability is a common denominator in anxiety and depression. Finally some implications for therapy are outlined.

---

Keywords: clinical psychology, cognitive therapy, anxiety, depression, Early Maladaptive Schemas

---

EMNER

Kognitiv terapi

Angst

Depresjon

Tidlige mistilpasningsskjemaer

---

Formålet med denne artikkelen er å utforske hvilke typiske tankemønstre eller grunnleggende overbevisninger som er forbundet med angst og depresjon. Innbefattet i en slik undersøkelse er også forsøket på å finne empiriske svar på spørsmål om i hvilken grad slike grunnleggende overbevisninger kan predikere henholdsvis angstnivået og depresjonsnivået hos pasienter i poliklinisk behandling.

Angst og depresjon har hver for seg en betydelig negativ innvirkning på vår evne til å fungere adekvat i dagliglivet (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Clark, Beck & Alford, 1999). Samtidig forekomst av angst og depresjon utgjør i tillegg hovedregelen snarere

enn unntaket i en klinisk sammenheng. L. A. Clark (1989) har dokumentert en komorbiditet mellom angstlidelser og depresjonslidelser på omtrent 50%. Andre studier har rapportert høye korrelasjoner mellom ulike angstmålt og depresjonsmålt som er ment å identifisere intensiteten av disse symptomene (Clark & Watson, 1991).

Kognitiv terapi er basert på en modell for informasjonsbearbeiding (Beck, 1976; Beck & Clark, 1991) og vektlegger betydningen av subjektive oppfatninger, tanker, fantasier og overbevisninger for utvikling og opprettholdelse av emosjonelle forstyrrelser. Utvikling av ikke-beviste, stabile kognitive mønstre (skjemaer / grunnleggende overbevisninger) utgjør en sentral del av vår normale kognitive utvikling. Kognitive mønstre styrer screening, koding og evaluering av de hendelsene som påvirker vår organisme. På grunnlag av slike mønstre blir vi i stand til å kategorisere og tolke opplevelser på en meningsskapende måte. Slike mønstre spiller imidlertid også en sentral rolle i opprettholdelsen av psykologiske problemer (Padesky, 1994).

Kognitiv terapi forstår den psykologiske siden av angst som en reaksjon på det å oppleve og forvente mangelfull mestring eller egen utilstrekkelighet i situasjoner hvor en må takle en reell eller fantasert trussel (Beck et al., 1985). Samtidig innebærer enhver trusselopplevelse også muligheter for håp om at noe kan gjøres for å påvirke situasjonen i ønsket retning. Angst er et menneskelig fenomen som oppstår i grenselandet mellom menneskers håp og tvil. Enhver trusselopplevelse antas å være influert av to sentrale psykologiske overbevisninger – overdrevne og rigide krav til seg selv og manglende tro på egen mestringsevne (Bandura, 1997; Hovland, 2001). Absolutte og overdrevne standarder i forhold til egne ytelser fører imidlertid også til manglende tro på egen mestringsevne, da slike standarder av natur nærmest er uoppnåelige. En grunnleggende overbevisning om svekket mestringsevne vil i tillegg ha som konsekvens en tendens til å overvurdere farenivået i trusselen mot slike absolutte og overdrevne standarder. En selvforsterkende negativ sirkel oppstår (Hovland, 2001).

Depresjon blir innenfor samme tradisjon forstått psykologisk som en reaksjon på det å ha opplevd egen utilstrekkelighet i tapssituasjoner hvor en mener at en egentlig burde ha vært i stand til å mestre eller endre de faktiske forhold (Clark et al., 1999; jf. Bandura, 1997). I tillegg forutsettes det at en bebreider seg selv for at en ikke har maktet eller noen gang vil komme til å kunne make dette. Det er en overbevisning om egen utilstrekkelighet eller svekket mestringsevne som tilsynelatende fratrukker pasienten ethvert håp («Det er bare slik, og slik vil det alltid komme til å fortsette å være»). Uansett hva han/hun gjør, vil resultatet alltid bli det samme. Lært hjelpeløshet (Seligman, 1975), som en vedvarende forventning om manglende mestringsevne, er da gått over til en vedvarende opplevelse av håpløshet og oppgitthet (Abramson, Alloy & Metalsky, 1995; Clark et al., 1999). En overbevisning om svekket mestringsevne vil dermed stå sentralt også i en psykologisk forståelse av depresjon innenfor kognitiv terapi. Hoffart et al. (2005) har videre funnet støtte for at en mangelfull tilhørighetsopplevelse er knyttet til depressiv symptomatologi. Teoretisk begrunnes dette blant annet i Becks (1983) syn på depresjon som forbundet med mellommenneskelige bekymringer knyttet til behov for tilhørighet, anerkjennelse og avhengighet. Dette er psykologiske temaer som alle synes

forbundet med problemer i forhold til så vel mestringsevne som tilhørighet gjennom overbevisningen om egen utilstrekkelighet.

Oppsummert fremtrer dermed en grunnleggende overbevisning om egen utilstrekkelighet eller sviktende mestringsevne som en mulig fellesnevner i opplevelsen av angst og depresjon. I tillegg synes angst å være knyttet til en overbevisning om nødvendigheten av absolutte mestringskrav, mens depresjon synes knyttet til en overbevisning om manglende tilhørighet.

Tidlige mistilpasningsskjemaer (Early Maladaptive Schemas: EMS) er et hovedbegrep for negative og fastlåste tankemønstre eller grunnleggende overbevisninger innenfor Jeffrey Youngs utvidelse og modifisering av standard kognitiv terapi. Hans skjemafokuserte terapi er særlig rettet mot spesielle behov hos pasienter med personlighetsproblemer eller vedvarende angst og depresjon (Young, 1990; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

### **Tidlige mistilpasningsskjemaer innenfor kognitiv terapi**

Tidlige mistilpasningsskjemaer (EMS) defineres som ervervede grunnleggende, fastlåste og dysfunksjonelle tankemønstre eller overbevisninger en person har om seg selv, andre og verden. Slike tidlige mistilpasningsskjemaer antas å ha utviklet seg i barndommen gjennom et samspill mellom genetisk disposisjon, biologiske faktorer og oppvekstmiljø (Young et al., 2003). Young (1990) mener imidlertid at en av de viktigste etiologiske faktorene i utviklingen av et EMS er destruktive erfaringer med foreldre, søsken og jevnaldrende i barndommen. For eksempel kan en person oppleve depresjon og angst som følge av en depressiv personlighetslegning sammen med alvorlige livshendelser og påkjenninger opp gjennom oppveksten og inn i voksen alder. Slike destruktive erfaringer kan for eksempel ha vært overgrep i barndommen, dødsfall i familien eller en serie med nederlagsopplevelser. På bakgrunn av slike erfaringer kan personen utvikle negative og fastlåste oppfatninger om seg selv («klarer ingenting, er verdiløs»), om sin egenverdi som betinget («udiskutabel dyktighet er en forutsetning for verdi»), om andre («kritiske, ikke til å stole på») og om livet for øvrig («innsats er nytteløst»). Slike negative og fastlåste overbevisninger (EMS) aktiveres så i forsøket på å gi mening til bestemte opplevelser som tolkes som relevante i forhold til disse overbevisningene. Utgangspunktet for en slik aktivering kan for eksempel være en korrigerende kommentar fra en bekjent. På bakgrunn av personens negative og fastlåste overbevisninger vil en slik kommentar lett bli tolket som kritikk. Følgelig vil personen som kom med kommentaren, også ha en tendens til å bli oppfattet som «kritisk, ikke til å stole på» av vedkommende.

Når et bestemt EMS aktiveres, skapes sterke negative affekter som angst og depressive symptomer. For å takle et aktivert EMS og påfølgende negative affekter utvikles mestringsstrategier og kompensatoriske strategier som på lengre sikt blir ødeleggende fordi de har en tendens til å forsterke det aktuelle mistilpasningsskjemaet (Young, 1990). Personen vil unngå bestemte situasjoner eller styre oppmerksomheten vekk fra temaer som kan aktivere skjemaet, f.eks. opplevde krav til mestring, initiativ eller

aktivitet. Dermed vil personen gjennom sin unngåelsesatferd hindre seg selv i å gjøre nye erfaringer slik at skjemaet kan korrigeres. Tidlige mistilpasningsskjemaer har videre vist seg motstandsdyktige mot endring selv i møte med opplagt motstridende erfaringer (Padesky, 1994). Kognitiv terapi vektlegger derfor identifisering og endring av slike skjemaer som et sentralt element i behandlingsopplegg ved vedvarende psykiske problemer (Beck et al., 2004). Ett av flere strukturerte hjelpemidler i en slik identifiseringsprosess er Youngs selvrappportskalaer (Young, 1990; Young et al., 2003).

På bakgrunn av klinisk erfaring foreslo Young (1990) opprinnelig 18 ulike tidlige mistilpasningsskjemaer (EMS), som han organiserte i fem tematisk overordnede EMS-områder: *manglende tilhørighet* («disconnection»), *svekket autonomi* («impaired autonomy»), *manglende ønskverdighet* («undesirability»), *hemmet selvutfoldelse* («restricted self-expression») og *svekket impuls kontroll* («impaired limits»). To større faktoranalytiske studier med utgangspunkt i Youngs selvrappportskalaer har imidlertid senere kun funnet fire av disse fem tematisk overordnede EMS-områdene: *manglende tilhørighet*, *svekket autonomi*, *overdrevne standarder* og *svekket impuls kontroll* (Hoffart et al., 2005; Lee, Taylor & Dunn, 1999) (tabell 1).

**TABELL 1. RESULTATER FRA TO FAKTORANALYTISKE STUDIER<sup>1</sup> I PASIENTGRUPPER SAMMENLIKNET MED YOUNGS OPPRINNELIGE TEMATISKE ORGANISERING AV «EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS» (EMS)**

<b>Studier</b>	<b>Andreordens tematiske EMS-områder</b>				
Youngs (1990) (Avledet fra klinisk erfaring)	Disconnection	Undesirability	Impaired Autonomy	Restricted Self-Expression	Impaired Limits
Lee, Taylor & Dunn (1999) (433 pasienter)	Disconnection		Impaired Autonomy	Over Control	Impaired Limits
Hoffart et al. (2005) (888 pasienter)	Disconnection		Impaired Autonomy	Exaggerated Standards	Impaired Limits

<sup>1</sup> EMS målt ved hjelp av Young-inventoriene YSQ-L1 og YSQ-S1 (Young, 1990).

*Manglende tilhørighet* og *ønskverdighet* kommer i begge studiene ut som en faktor oppkalt etter den første av disse. «Restricted self-expression» fremstår under forskjellige betegnelser i de to studiene, selv om innholdet i faktorene er overlappende. Jeg velger betegnelsen *overdrevne standarder* («exaggerated standards»), som ble foretrukket i den norske studien (Hoffart et al., 2005) da den synes mer dekkende for innholdet i faktoren. En oversikt over de fire overordnede skjemaområdene og deres psykologiske innhold er presentert i tabell 2.

**TABELL 2. OVERSIKT OVER PSYKOLOGISKE TEMAER I YSQ-S1S FIRE OVERORDNEDE SKJEMAOMRÅDER**

TABELL 2. OVERSIKT OVER PSYKOLOGISKE TEMAER I YSQ-S1S FIRE OVERORDNEDE SKJEMAOMRÅDER

### **Manglende tilhørighet («disconnection»)**

Overbevisning om at ens behov for trygghet, sikkerhet, stabilitet, empati, akseptering og respekt ikke vil bli imøtekommet på en forutsigbar måte.

[Inkluderer «emotional deprivation», «mistrust/abuse», «social isolation», «defectiveness/shame» og «emotional inhibition»]

### **Svekket autonomi («impaired autonomy»)**

Overbevisning om at ens evne til å fungere uavhengig av og atskilt fra andre er alvorlig svekket eller skadet på en eller annen måte.

[Inkluderer «failure», «dependence/incompetence», «vulnerability to harm» og «enmeshment»]

### **Overdrevne standarder («exaggerated standards»)**

Overbevisning om at en for enhver pris må leve opp til ugjennomførlig høye standarder, noe som også innbefatter fornuftstridige oppfatninger om plikt og ansvar i forhold til andre.

[Inkluderer «self-sacrifice» og «unrelenting standards»]

### **Svekket impuls kontroll («impaired limits»)**

Overbevisning om at selvdisiplin er uvesentlig og at en i liten grad trenger å legge bånd på sine følelsesmessige reaksjoner og impulser, og at en er i sin fulle rett til å handle uten å måtte ta hensyn til andre.

[Inkluderer «entitlement» og «insufficient self-control»]

Tre av de overordnede skjemaområdene – *manglende tilhørighet*, *svekket autonomi* og *svekket impuls kontroll* – betraktes av Young (Young et al., 2003) som ubetingede, mens det fjerde området – *overdrevne standarder* – betraktes som betinget. En overbevisning fra et ubetinget skjemaområde gir ikke pasienten noe håp; uansett hva han/hun gjør, vil resultatet alltid bli det samme (f.eks. «Det er for mye uakseptabelt ved meg til at jeg tør avsløre meg for andre»). En slik overbevisning kan gi grunnlag både for den håpløshetsfølelsen og følelsen av *manglende tilhørighet* som er forbundet med alvorlig depresjon og for det å oppleve og forvente utilstrekkelighet (*svekket autonomi*) i situasjoner hvor en må takle en reell eller fantasert trussel (Beck et al., 1985; Clark et al., 1999; Hoffart et al., 2005). Hoffart et al. (2005) fant da også at *manglende tilhørighet* var forbundet med alvorlig depresjon, mens *svekket autonomi* var knyttet til unnvikende trekk. En overbevisning innenfor det betingede skjemaområdet *overdrevne standarder* gir på den annen side muligheter for håp om at noe kan gjøres for å påvirke situasjonen i en mer ønsket retning (f.eks. «Jeg føler at det er konstant press på meg for å oppnå resultater og få ting gjort»). *Overdrevne standarder* var da også knyttet til tvangsproblematikk i Hoffart et al. (2005). Samtidig kan denne betingede overbevisningen også bidra til en mer direkte utvikling av angstsymptomer. Det å prestere kan bli en kompensatorisk strategi hvor betinget anerkjennelse og akseptering blir et substitutt for en opplevelse av ubetinget *tilhørighet*. Å stadig kreve av seg selv at

en må oppnå resultater, skaper dermed en vedvarende trussel om å miste noe av vital betydning for en fortsatt meningsfull eksistens (Hovland, 2001).

Når det senere i denne artikkelen refereres til pasienters grunnleggende overbevisninger om *manglende tilhørighet*, *svekket autonomi*, *overdrevne standarder* og *svekket impuls kontroll*, menes de grunnleggende overbevisningene som måles gjennom disse fire tematisk overordnede EMS-områdene i Hoffart et al. (2005).

I det følgende vil det nå søkes empirisk støtte for den teoretiske argumentasjonen i innledningen. Dette innebærer å undersøke nærmere hvordan ulike mistilpasningsskjemaer er til stede ved henholdsvis angst og depresjon. Videre vil det være av interesse å vurdere i hvilken grad empiriske funn i denne undersøkelsen korresponderer med tidligere forskningsfunn (for eksempel Hoffart et al., 2005). Avslutningsvis vil enkelte implikasjoner for psykologisk behandling bli gjennomgått.

Oppsummert synes en grunnleggende overbevisning om egen utilstrekkelighet eller sviktende mestringssevne å fremstå som en mulig fellesnevner i opplevelsen av angst og depresjon. I tillegg synes angst teoretisk å være knyttet til en overbevisning om nødvendigheten av absolutte mestringskrav, mens depresjon synes forbundet med en overbevisning om manglende tilhørighet. Knyttet til de fire tematisk overordnede EMS-områdene ovenfor forventes det dermed at *svekket autonomi* og *overdrevne standarder* fremviser uavhengige og signifikante sammenhenger med angstnivået, mens *svekket autonomi* og *manglende tilhørighet* forventes å fremvise det samme i forhold til depresjonsnivået. Dette fører til følgende to antagelser:

- *Antagelse 1: Svekket autonomi og overdrevne standarder* forventes å bidra uavhengig og signifikant til forklaring av pasienters angstnivå. Ingen andre tematisk overordnede overbevisninger antas å bidra utover disse to.
- *Antagelse 2: Svekket autonomi og manglende tilhørighet* forventes å bidra uavhengig og signifikant til forklaring av pasienters depresjonsnivå. Ingen andre tematisk overordnede overbevisninger antas å bidra utover disse to.

Da *svekket autonomi* videre er en overbevisning som teoretisk antas knyttet til både angstnivået og depresjonsnivået, vil det i tillegg være av interesse å undersøke i hvilken grad denne overbevisningen kan forklare en eventuell observert sammenheng mellom disse to symptomlidelsene. Avslutningsvis vil det også være av interesse å undersøke hvordan de observerte sammenhengene i *Antagelsene 1 og 2* påvirkes av at de to symptomuttrykkene angst og depresjon kontrolleres for hverandre. Dette fører til følgende tre problemstillinger:

- *Problemstilling 1:* Hvordan påvirkes sammenhengen mellom angstnivå og depresjonsnivå når *svekket autonomi* innføres som kontrollvariabel?
- *Problemstilling 2:* Hvordan påvirkes sammenhengene mellom *svekket autonomi*, *overdrevne standarder* og angstnivå når det kontrolleres for depresjonsnivå?
- *Problemstilling 3:* Hvordan påvirkes sammenhengene mellom *svekket autonomi*, *manglende tilhørighet* og depresjonsnivå når det kontrolleres for angstnivå?

## Metode

### Pasientutvalg og prosedyre

I alt 225 pasienter med rett til nødvendig helsehjelp i form av poliklinisk individual- og/eller dagbehandling innenfor det psykiske helsevern på Vestlandet i Norge utgjorde utvalget i undersøkelsen. For å ivareta tilstedeværelsen av en noe vedvarende symptomatologi var dette pasienter som alle i tillegg hadde minst ett tidligere behandlingsforsøk for sin symptomlidelse hos fastlege eller privatpraktiserende psykolog. ICD-10-diagnoser ble satt av psykologer ved hjelp av klinisk intervju, bruk av «Mini International Neuropsychiatric Interview» (M.I.N.I: Sheehan & Lecrubier, 1994) og «Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders» (SCID-II: First et al., 1997).

Førtiåtte prosent av pasientene hadde angst som hoveddiagnose på symptomsiden, 36% hadde depresjon. Blant de resterende 16% hadde 8% posttraumatisk stresslidelse og 4,4% somatiseringslidelse som hoveddiagnose. Seks pasienter tilfredsstilte ingen hoveddiagnose på symptomsiden. Av angstlidelsene var generell angst (33,4%) og sosial fobi (29,6%) vanligst forekommende. Av depresjonslidelsene var tilbakevendende depresjoner (44,4%) og dystymi (35,8%) de vanligste. Dette er alle differensialdiagnoser som tyder på at mange av disse pasientene nettopp slet med vedvarende symptomatologi.

72 pasienter hadde i tillegg en personlighetsforstyrrelsesdiagnose hvor ustabil personlighetsforstyrrelse (26,4%) og unnvikende personlighetsforstyrrelse (25,0%) var hyppigst forekommende. De resterende 153 pasientene tilfredsstilte enten ikke diagnosekriteriene for en personlighetsforstyrrelse ( $N = 46$ ), eller informasjonen var for mangelfull til å sette en slik diagnose ( $N = 107$ ).

Utvalget bestod av 137 kvinner og 88 menn. Kvinnene hadde en gjennomsnittsalder på 35,8 år ( $SD = 10,22$ ) med en aldersvariasjon mellom 17 og 72 år. Mennene på sin side hadde en gjennomsnittsalder på 38,1 år ( $SD = 11,24$ ) med en aldersvariasjon mellom 18 og 65 år. Totalt sett hadde utvalget et gjennomsnittlig angstnivå lik T-skåre 69,7 ( $SD = 13,22$ ) og depresjonsnivå lik T-skåre 73,4 ( $SD = 12,94$ ) slik dette ble målt ved hjelp av PAI-skalaene (se nedenfor). Det ble ikke funnet statistisk signifikante kjønnsforskjeller mellom variablene som inngikk i undersøkelsen.

Data ble bearbeidet ved hjelp av statistikkpakken SPSS 12.01.

### Måleinstrumenter

Symptomer på angst og depresjon ble målt ved hjelp av angstskaalen (PAI-A) og depresjonsskaalen (PAI-D) i Leslie S. Moreys Personality Assessment Inventory (PAI: Morey, 1991, 1996, 2003)<sup>[1]</sup>. Dette er et omfattende selvrapportinventorium basert på 344 påstander som alle besvares på en fire punkts skala fra 0: «Feil eller stemmer overhodet ikke» til 3: «Stemmer svært godt». Testen gir råskårer og T-transformerte skårer på blant annet 22 ikke-overlappende skalaer: fire validitetsskalaer, elleve kliniske skalaer, fem

behandlingsskalaer og to interpersonlige skalaer. Den amerikanske utgaven ble opprinnelig oversatt til norsk av psykologene Harvey Glasser, Ole Johan Hovland og Mette Sundt Gundersen i 1995. En profesjonell tilbakeoversettelse av en korrigert utgave (18 av påstandene fikk en noe endret ordlyd) ble i 2004 godkjent som meget bra av PAR (Psychological Assessment Resources) og testutvikleren Leslie S. Morey.

De kliniske skalaene i PAI viser en indre konsistens varierende mellom .74 og .94 i standardiseringsutvalget (N = 1000) og mellom .82 og .94 i et klinisk utvalg (N = 1265). Test-retest-korrelasjoner over 2–4 uker for de kliniske skalaene varierer mellom .79 og .92 i et blandet utvalg (N = 155). Ulike validitetsstudier har videre fremvist konvergent så vel som diskriminativ validitet for de kliniske skalaene i forhold til mer enn 50 ulike mål på patologi (Morey, 1991).

*Angstskalaen*, som inngår i de kliniske skalaene, består av 24 spørsmål om opplevelser og observerbare tegn på angst innenfor tre ulike responsmodaliteter:

- *Kognitive (ANX-C)*. Åtte ledd som fokuserer på vedvarende grubling og bekymring over aktuelle emner/hendelser som resulterer i en svekkelse av konsentrasjons- og oppmerksomhetsevne.
- *Affektive (ANX-A)*. Åtte ledd som fokuserer på opplevelsen av å være anspent, ha problemer med avslapning og føle utmattelse på grunn av høyt opplevd stress.
- *Fysiologiske (ANX-P)*. Åtte ledd som fokuserer på åpenbare fysiske tegn på anspenthet og stress, slik som svette håndflater, skjelvende hender, klage over uregelmessige hjerteslag og kortpustethet.

*Depresjonsskalen*, som også inngår i de kliniske skalaene, består av 24 spørsmål om symptomer og opplevelser knyttet til depressive forstyrrelser innenfor tre ulike responsmodaliteter:

- *Kognitive (DEP-C)*. Åtte ledd som fokuserer på tanker omkring verdiløshet, håpløshet og personlige nederlag, så vel som ubeslutsomhet og konsentrasjonsproblemer.
- *Affektive (DEP-A)*. Åtte ledd som fokuserer på tristhetsfølelse, tap av interesse for vanlige aktiviteter og tap av lystfølelse (anhedoni).
- *Fysiologiske (DEP-P)*. Åtte ledd som fokuserer på fysisk funksjonsnivå, aktivitets- og energinivå, inkludert forstyrrelse i søvnmønster og appetittendringer og/eller vekttap.

I denne undersøkelsen er T-skårene basert på amerikanske normer.

### **Tidlig mistilpasningsskjema**

Hensikten med Youngs (1990) to selvrapportskalaer er som nevnt å identifisere pasienters grad av tilslutning til tidlige mistilpasningsskjema (EMS) og deres fem overordnede skjemaområder. En langvariant med 205 ledd (Young Schema Questionnaire-L1) identifiserer 16 og en kortvariant med 75 ledd (Young Schema



Questionnaire-S1) identifiserer 15 av disse opprinnelig 18 skjemaene. Mens langvarianten består av varierende antall ledd i måling av de ulike skjemaene, består kortvarianten av kun fem ledd innenfor hver skjemaskala. Leddene i begge selvrapportskalaene blir alle skåret på en sekspunktsskala fra 1 («Beskriver meg ikke») til 6 («Beskriver meg helt presis»). Pasientenes summeskårer i en skjemaskala definerer hans/hennes grad av tilslutning til et bestemt mistilpasningsskjema.

Som tidligere nevnt fant Hoffart et al. (2005), i sin andreordens faktoranalyse, kun fire tematisk overordnede EMS-områder tilsvarende Lee, Taylor og Dunns (1999) andreordens løsning, begge basert på de 75 utsagnene i YSQ-S1 (Young Schema Questionnaire-S1): *manglende tilhørighet, svekket autonomi, overdrevne standarder og svekket impuls kontroll* (se tabell 1). I samsvar med denne faktorløsningen konstruerte så Hoffart et al. (2005) fire nye skalaer, hver basert på åtte utsagn. Disse målene på de fire overordnede EMS-områdene fremviste alle tilfredsstillende indre konsistens (varierende fra .82 til .93) og test–retest-reliabilitet (varierende fra .63 til .87) i et nytt utvalg. Skalaene viste også prediktiv validitet blant annet i forhold til både panikkforstyrrelse med agorafobi og DSM-IV Cluster C personlighetstrekk blant inneliggende pasienter og i en gruppe med varierende grad av klinisk depresjon (Hoffart et al. 2005).

Ved den empiriske utprøvingen av de fremsatte antagelsene og problemstillingene i denne undersøkelsen vil summeskårene til disse nye skalaene fra Hoffart et al. (2005) bli benyttet.

### **Måleinstrumentenes funksjonalitet**

Som grunnlag for å kunne si at vi måler tre forskjellige psykologiske begreper relativt reliabelt, er to forundersøkelser nødvendig. I første rekke må det være rimelig sikkert at de fire overordnede skjemadimensjonene henger nærmere sammen seg imellom enn med angst- og depresjonsaspektene. Det samme må gjelde for så vel de tre angstaspektene som for de tre depresjonsaspektene. Dette er en forutsetning for å kunne anta at vi har med forskjellige begreper å gjøre, og ikke ulike aspekter av ett og samme fenomen.

For å få undersøkt dette ble det gjennomført en prinsippal komponentanalyse med Varimax-rotasjon. Komponentanalysen ble gjennomført med utgangspunkt i T-skårene til de tre responsmodalitetene som angstskalaen og depresjonsskalaen hadde hver seg, samt summeskårene til de fire tidligere identifiserte skjemaområdene. Forventningen er at en slik analyse vil komme ut med tre faktorer hvor henholdsvis angstmodalitetene, depresjonsmodalitetene og de overordnede skjemaområdene kommer ut som hver sin faktor. Resultatene er presentert i tabell 3.

**TABELL 3. PRINSIPAL KOMPONENT-ANALYSE (VARIMAX-ROTASJON) AV SUMMESKÅRENE I UNDERSKALAENE TIL GRAD AV TIDLIGE MISTILPASNINGSSKJEMAER, ANGST OG DEPRESJON (N = 225)**

**Variabler**

**Faktorer**

**TABELL 3. PRINSIPAL KOMPONENT-ANALYSE (VARIMAX-ROTASJON) AV SUMMESKÅRENE I UNDERSKALAENE TIL GRAD AV TIDLIGE MISTILPASNINGSSKJEMAER, ANGST OG DEPRESJON (N = 225)**

	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Disconn	.84		
Impauton	.77		
Exastand	.57		
Implimit	.71		
Angst - kognitiv		.76	
Angst - affektiv		.82	
Angst - fysiologisk		.86	
Depresjon - kognitiv	.48		.72
Depresjon - affektiv			.75
Depresjon - fysiologisk			.74
Totalt forklart varians	27%	24%	22%

Note. Bare ladninger over .40 er presenterte; DISCONN = skala for manglende tilhørighet basert på YSQ-S1; IMPAUTON = skala for svekket autonomi basert på YSQ-S1; EXASTAND = skala for overdrevne standarder basert på YSQ-S1; IMPLIMIT = skala for svekket impuls kontroll basert på YSQ-S1; Angst - kognitiv, affektiv og fysiologisk refererer til underskalaene i angstskaalen i Moreys Personality Assessment Inventory (PAI); Depresjon - kognitiv, affektiv og fysiologisk refererer til underskalaene i depresjonsskaalen i PAI.

Basert på Scree-testing (Kline, 1993) resulterte en urotert prinsipal komponentanalyse i tre faktorer som til sammen forklarte 73% av variasjonen i de ti summeskårene. Den påfølgende Varimax-rotasjonen (tabell 3) basert på Kaiser-normalisering og en tre-faktor-løsning viste jevnstore faktorer hvor henholdsvis angstmodalitetene (24%), depresjonsmodalitetene (22%) og skjemaområdene (27%) var de som uten unntak ladet markert høyest på sin «egen» faktor. Disse resultatene støtter antagelsen om at de tre benyttede måleinstrumentene identifiserer tre forskjellige psykologiske begreper og ikke ulike aspekter av ett og samme fenomen.

Samtlige skalaers teoretiske bakgrunn forutsetter videre en rimelig grad av indre konsistens mellom besvarelsen av de ulike utsagnene som inngår i den enkelte skalaen. I tillegg til å fremvise et tilfredsstillende resultat fra faktoranalysen må derfor det enkelte måleinstrument også fremvise en akseptabel indre konsistens. En oversikt over

antall ledd, gjennomsnitt, standardavvik og indre konsistens, knyttet til skalaene som inngår i denne undersøkelsen, finnes i tabell 4.

**TABELL 4. ANTALL LEDD, SKALAGJENNOMSNIITT, STANDARDAVVIK OG CRONBACHS ALPHA FOR SKALAENE I UNDERSØKELSEN (N = 225)**

<b>Skala<sup>1</sup></b>	<b>Antall ledd</b>	<b>Gjennomsnittsskåre<sup>2</sup></b>	<b>Standardavvik</b>	<b>Cronbachs alpha<sup>3</sup></b>
PAI-A	24	69.7	13.2	.94
PAI-D	24	73.4	12.9	.93
DISCONN	8	20.8	10.9	.94
IMPAUTON	8	21.7	09.7	.91
EXASTAND	8	26.5	07.6	.78
IMPLIMIT	8	17.9	06.6	.79

Note. PAI-A = angstskalaen i PAI; PAI-D = depresjonskalaen i PAI; DISCONN = Skala for manglende tilhørighet basert på YSQ-S1; IMPAUTON = skala for svekket autonomi basert på YSQ-S1; EXASTAND = skala for overdrevne standarder basert på YSQ-S1; IMPLIMIT = skala for svekket impuls kontroll basert på YSQ-S1.

Gjennomsnitt og standardavvik for PAI-A og D er basert på T-skårer, mens for de andre skalaene er disse basert på råskårer. For PAI-A og D er resultatene her hentet fra de amerikanske normeringsdataene basert på et klinisk utvalg (Morey, 1991, s. 86).

Som det fremgår av tabell 4, fremviser samtlige skalaer en akseptabel indre konsistens basert på Cronbachs alpha (Kline, 1993: Cronbachs alpha  $\geq$  .70).

På bakgrunn av resultatene fra faktoranalysen og undersøkelsen av skalaenes indre konsistens vurderes måleinstrumentene som metodologisk gode nok for en meningsfull undersøkelse av de fremsatte antagelsene og problemstillingene.

## **Resultater**

For å undersøke de to antagelsene og tre problemstillingene i denne studien ble hierarkisk regresjonsanalyse benyttet som statistisk metode ved utprøving av *Antagelsene 1 og 2* og ved undersøkelse av *Problemstillingene 2 og 3*. *Problemstilling 1* ble på sin side undersøkt ved å sammenlikne en «zero-order»-korrelasjon med en tilsvarende «first-order» semipartiell korrelasjon.

Resultatene fra undersøkelsen av *Antagelse 1* er presentert i tabell 5 (Prediksjon av angstnivå).

**TABELL 5. RESULTATER FRA HIERARKISK REGRESJONSANALYSE FOR PREDIKSJON AV ANGSTNIVÅ (PAI-A) OG DEPRESJONSNIVÅ (PAI-D) UT FRA OVERORDNEDE SKJEMAOMRÅDER (N = 225)**

<b>Prediktorer</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>Standardisert beta</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>ΔR<sup>2</sup></b>
(Prediksjon av angstnivå)					
IMPAUTON	0.74	0.08	.55	.365	.365****
EXASTAND	0.23	0.10	.13	.373	.014*
(Prediksjon av depresjonsnivå)					
IMPAUTON	0.55	0.11	.41	.369	.369****
DISCONN	0.29	0.10	.24	.391	.022***

Note. PAI-A = angstskalaen i Moreys Personality Assessment Inventory (PAI); PAI-D = depresjonsskalaen i PAI; DISCONN = skala for manglende tilhørighet basert på YSQ-S1; IMPAUTON = skala for svekket autonomi basert på YSQ-S1; EXASTAND = skala for overdrevne standarder basert på YSQ-S1; IMPAUTON = skala for svekket autonomi basert på YSQ-S1

\*  $p \leq .05$

\*\*\*  $p \leq .005$

\*\*\*\*  $p \leq .001$ .

Tabell 5 (Prediksjon av angstnivå) viser at *svekket autonomi* (beta = .547,  $t = 9.236$ ,  $p \leq .001$ ) og *overdrevne standarder* (beta = .130,  $t = 2.203$ ,  $p \leq .05$ ) begge statistisk signifikant predikerte pasienters angstnivå uavhengig av hverandre.

*Svekket autonomi* bidro som første faktor med en statistisk signifikant forklart varians på 36,5% ( $CumR^2 = .365$ ,  $F = 127.121$ ,  $p \leq .001$ ). Utover dette bidro *overdrevne standarder* med en ytterligere statistisk signifikant økning på 1,4% i kumulativ forklart varians (Økning i  $CumR^2 = .014$ ,  $F = 4.852$ ,  $p \leq .05$ ). Totalt predikerer dermed *svekket autonomi* og *overdrevne standarder* 37,9% av variasjonen i pasientenes angstskårer ( $CumR^2 = .379$ ,  $F = 67.094$ ,  $p \leq .001$ ). Innføring av variablene *manglende tilhørighet* og *svekket impuls kontroll* gav ingen ytterligere statistisk signifikante bidrag i prediksjon av pasientenes angstskårer.

Resultatene fra undersøkelsen av *Antagelse 2* er også presentert i tabell 5 (Prediksjon av depresjonsnivå).

Tabell 5 viser her at *svekket autonomi* (beta = .414,  $t = 4.789$ ,  $p \leq .001$ ) og *manglende tilhørighet* (beta = .244,  $t = 2.826$ ,  $p \leq .005$ ) begge statistisk signifikant predikerte pasienters depresjonsnivå uavhengig av hverandre.

*Svekket autonomi* bidro her som første faktor med en statistisk signifikant forklart varians på 36,9% ( $CumR^2 = .369$ ,  $F = 129.102$ ,  $p \leq .001$ ). Utover dette predikerte *manglende tilhørighet* ytterligere en depresjonsskårevariasjon på 2,2% (Økning i  $CumR^2 = .022$ ,  $F =$

7.986,  $p \leq .005$ ). Totalt predikerer dermed *svekket autonomi* og *manglende tilhørighet* 39,1% av variasjonen i pasientenes depresjonsskårer ( $CumR^2 = .391$ ,  $F = 102.970$ ,  $p \leq .001$ ). Innføring av henholdsvis *overdrevne standarder* og *svekket impuls kontroll* gav ingen ytterligere statistisk signifikante bidrag i prediksjon av pasientenes depresjonsskårer.

*Problemstilling 1* ble undersøkt gjennom å sammenlikne «zero-order»-korrelasjonen mellom pasientenes angstnivå og depresjonsnivå med «first-order» semipartiell korrelasjon mellom de samme variablene hvor det ble kontrollert for *svekket autonomi*.

I denne undersøkelsen ble det funnet en «zero-order»-korrelasjon mellom pasientenes angstnivå og deres depresjonsnivå på .618 ( $p \leq .001$ ). Ved innføring av *svekket autonomi* som kontrollvariabel ble sammenhengen mellom angstnivået og depresjonsnivået redusert til en «first-order» semipartiell korrelasjon på .397 ( $p \leq .001$ ). Dette utgjør en samvariasjonen på 22,4% sammenliknet med utgangspunktet på 38,2%, dvs. en differanse på 15,8%. Den prosentmessige reduksjonen i samvariasjon mellom angstnivå og depresjonsnivå blir dermed på hele 58.7 når det ble kontrollert for grad av *svekket autonomi*.

Resultatene fra undersøkelsen av *Problemstilling 2* er presentert i tabell 6 (Prediksjon av angstnivå).

**TABELL 6. RESULTATER FRA HIERARKISK REGRESJONSANALYSE FOR PREDIKSJON AV ANGSTNIVÅ (PAI-A) KONTROLLERT FOR DEPRESJONSNIVÅ (PAI-D) OG DEPRESJONSNIVÅ (PAI-D) KONTROLLERT FOR ANGSTNIVÅ (PAI-A) UT FRA OVERORDNEDE SKJEMAOMRÅDER (N = 225)**

<b>Prediktorer</b>	<b>B</b>	<b>SE B</b>	<b>Standardisert beta</b>	<b>R<sup>2</sup></b>	<b>ΔR<sup>2</sup></b>
(Prediksjon av angstnivå)					
PAI-D	0.40	0.06	.39	.382	.382****
IMPAUTON	0.43	0.09	.31	.460	.083****
EXASTAND	0.20	0.09	.12	.476	.011*
(Prediksjon av depresjonsnivå)					
PAI-A	0.44	0.05	.45	.382	.382****
DISCONN	0.43	0.07	.36	.482	.100****

Note. PAI-A = angstskaalen i Moreys Personality Assessment Inventory (PAI); PAI-D = depresjonsskaalen i PAI; DISCONN = skala for manglende tilhørighet basert på YSQ-S1; IMPAUTON = skala for svekket autonomi basert på YSQ-S1; EXASTAND = skala for overdrevne standarder basert på YSQ-S1; IMPAUTON = skala for svekket autonomi basert på YSQ-S1

\*  $p \leq .05$

\*\*\*\*  $p \leq .001$

Tabell 6 (Prediksjon av angstnivå) viser at så vel *svekket autonomi* (beta = .314,  $t = 4.792$ ,  $p \leq .001$ ) som *overdrevne standarder* (beta = .117,  $t = 2.137$ ,  $p \leq .05$ ) fremdeles statistisk signifikant predikerte pasienters angstnivå uavhengig av hverandre selv når det ble kontrollert for depresjonsnivå (beta = .393,  $t = 6.383$ ,  $p \leq .001$ ).

*Svekket autonomi* predikerte statistisk signifikant 8,3% varians (Økning i  $CumR^2 = .083$ ,  $F = 34.106$ ,  $p \leq .001$ ) utover det depresjonsnivået som første faktor gjorde i forhold til pasientenes angstnivå ( $CumR^2 = .382$ ,  $F = 136.881$ ,  $p \leq .001$ ). I tillegg predikerte *overdrevne standarder* ytterligere 1,1% av variasjonen i angstskårene utover dette igjen (Økning i  $CumR^2 = .011$ ,  $F = 4.569$ ,  $p \leq .05$ ). Totalt predikerer dermed depresjonsnivå, *svekket autonomi* og *overdrevne standarder* 47,6% av variasjonen i pasientenes angstnivå ( $CumR^2 = .476$ ,  $F = 66.389$ ,  $p \leq .001$ ). Ingen av de to resterende skjemaområdene kunne bidra med ytterligere statistisk signifikant prediksjon av pasientenes angstskårer.

Resultatene fra undersøkelsen av *Problemstilling 3* er også presentert i tabell 6 (Prediksjon av depresjonsnivå).

Tabell 6 viser her at kun *manglende tilhørighet* (beta = .359,  $t = 6.514$ ,  $p \leq .001$ ) fremdeles signifikant predikerte pasienters depresjonsnivå når det ble kontrollert for angstnivå (beta = .448,  $t = 8.115$ ,  $p \leq .001$ ).

*Manglende tilhørighet* predikerte statistisk signifikant 10,0% varians (Økning i  $CumR^2 = .100$ ,  $F = 42.430$ ,  $p \leq .001$ ) utover det angstnivået alene gjorde i forhold til pasientenes depresjonsnivå ( $CumR^2 = .382$ ,  $F = 136.881$ ,  $p \leq .001$ ). Totalt predikerer dermed angstnivå og *manglende tilhørighet* 48,2% av variasjonen i pasientenes depresjonsnivå ( $CumR^2 = .482$ ,  $F = 102.486$ ,  $p \leq .001$ ). Ingen av de tre resterende skjemaområdene kunne gi ytterligere statistisk signifikante bidrag til prediksjon av pasientenes depresjonsskårer.

## Diskusjon

Formålet med denne artikkelen var å utforske hvilke typiske tankemønstre eller grunnleggende overbevisninger som er forbundet med vedvarende angst og depresjon i en gruppe polikliniske pasienter. Teoretisk ble dette oppsummert gjennom at angst ble antatt å være relatert til en overbevisning om nødvendigheten av absolutte mestringskrav, mens depresjon ble antatt å være relatert til en overbevisning om en manglende tilhørighet. En grunnleggende overbevisning om egen utilstrekkelighet eller sviktende mestringssevne ble i tillegg antatt å være en mulig fellesnevner i opplevelsen av angst og depresjon.

Resultatene fra undersøkelsen basert på *Antagelse 1* viste at pasienters opplevde angstnivå ble signifikant og uavhengig predikert av to grunnleggende overbevisninger: den ubetingede overbevisningen om *svekket autonomi* og den betingede overbevisningen om *overdrevne standarder*. Undersøkelsen av *Antagelse 2* viste at opplevd depresjonsnivå på sin side ble signifikant og uavhengig predikert av de to grunnleggende og ubetingede overbevisningene om *svekket autonomi* og *manglende tilhørighet*. Disse to funnene er helt i overensstemmelse med de teoretiske antagelsene.

I begge analysene synes *svekket autonomi* å fremstå som den «sterkeste» prediktoren av så vel opplevd angstnivå som depresjonsnivå. Følgelig var det ønskelig i *Problemstilling 1* å undersøke i hvilken grad det å kontrollere for *svekket autonomi* ville påvirke forholdet mellom pasientenes angstnivå og deres depresjonsnivå. Resultatet av denne undersøkelsen viste at innføring av *svekket autonomi* som kontrollvariabel førte til en reduksjon på omtrent 59% av samvariasjonen mellom de to målene på symptomnivå. En ubetinget overbevisning om *svekket autonomi* fremstår dermed som hovedforklaringen på den observerte samvariasjonen mellom angstnivå og depresjonsnivå blant pasientene i denne undersøkelsen. Dette empiriske funnet styrker en psykologisk forståelse av sviktende mestringsevne som den vesentligste psykologiske fellesfaktoren ved samtidig forekommende symptomer på angst og depresjon.

Resultatene fra undersøkelsen basert på *Problemstilling 2* viste at pasienters opplevde angstnivå fremdeles ble signifikant og uavhengig predikert av *svekket autonomi* og *overdrevne standarder* selv når det ble kontrollert for depresjonsnivå. Undersøkelsen av *Problemstilling 3* viste på sin side at opplevd depresjonsnivå kun ble signifikant predikert av *manglende tilhørighet* når det ble kontrollert for angstnivå. Den signifikante relasjonen til *svekket autonomi* forsvinner altså når det kontrolleres for angst. Videre viser disse resultatene også at *manglende tilhørighet* predikerer pasienters depresjonsnivå uavhengig av om det kontrolleres for angstnivå eller ikke.

Disse funnene tyder på at overbevisningen om *manglende tilhørighet* er spesielt knyttet til depresjon, mens overbevisningen om *svekket autonomi* er knyttet til samtidig angst og depresjon. Sammen med *overdrevne standarder* synes avslutningsvis *svekket autonomi* å være knyttet til angstproblematikk uavhengig av om det kontrolleres for depresjon eller ikke.

I forhold til prediksjon av en av symptomlidelsene (f.eks. angst) forklarer imidlertid den andre lidelsen (f.eks. depresjon) sammen med den første lidelsens skjematilknytning kun ca. 48% av variasjonen. Dette innebærer at andre faktorer også vil være viktige bidragsytere ved forklaring av pasienters angstnivå og depresjonsnivå.

Som tidligere nevnt fant Hoffart et al. (2005) i sin undersøkelse at så vel *manglende tilhørighet* som *svekket autonomi* predikerte depresjonsnivået, mens agorafobisk unnvikelse og tvangsproblematikk ble predikert av henholdsvis *svekket autonomi* og *overdrevne standarder*. I dataene foran er det ikke skilt mellom ulike angstlidelser, men kun brukt en indeks på generelt angstnivå som kriterium. Med dette for øyet er resultatene her helt i overensstemmelse med Hoffart et al. (2005). Imidlertid kontrolleres det ikke for angstnivå i Hoffart et al. (2005), slik at det er umulig å si noe om effekten av *svekket autonomi* som prediktor i forhold til depresjonsnivå her primært er knyttet til en samvariasjon med angst, slik det ble funnet støtte for ovenfor.

Resultatene ovenfor tyder på at *manglende tilhørighet* er det overordnede skjemaområdet som predikerer «rent» depresjonsnivå, mens *svekket autonomi* sammen med *overdrevne standarder* predikerer angstnivå. *Manglende tilhørighet* og *svekket*

*autonomi* er begge ubetingede skjemaområder utviklet gjennom barndommens erfaringer (Young, 1990). Dette kan tyde på at ulike tidlige opplevelser knyttet til utviklingen av disse skjemaområdene er noe av det som predisponerer for senere symptomutvikling. Depresjon og angst kan dermed ha noe forskjellig psykologisk etiologi. Mens depresjon synes knyttet til tidlige opplevelser av manglende trygghet, akseptering og anerkjennelse synes angst snarere knyttet til tidlige opplevelser av sviktende evne til å fungere uavhengig og selvstendig. Samtidig kan det også tenkes at det nettopp er opplevelsen av *svekket autonomi* som predisponerer for senere sameksistens av angst og depresjon. Gjennom «å være flink» oppstår nemlig, som tidligere nevnt, muligheten for å oppnå en betinget anerkjennelse og akseptering som kompensasjon for en grunnleggende overbevisning om *manglende tilhørighet*. For å finne eventuell empirisk støtte for disse antagelsene vil det imidlertid være nødvendig med lengdesnittsundersøkelser så vel som ytterligere tverrsnittsundersøkelser.

Funnene i denne undersøkelsen synes altså entydig å støtte den teoretiske argumentasjonen som lå til grunn for de fremsatte antagelsene og problemstillingene. Imidlertid er det viktig å ha klart for seg når en vurderer resultatene, at denne undersøkelsen kun er basert på pasientenes selvrappport, med de fordelene og ulempene dette fører med seg. Forundersøkelsene av hvordan pasientene besvarte spørreskjemaene, tyder imidlertid på at de både differensierte mellom de ulike variablene i undersøkelsen (tabell 3) og fremviste en akseptabel indre konsistens mellom besvarelsene av ledd som ble antatt å måle samme psykologiske fenomen (tabell 4). Begge deler støtter troverdigheten av pasientenes selvrappport i denne undersøkelsen. Resultatene kan også ha vært påvirket av pasientenes depresjonsnivå. Hoffart et al. (2005) fant imidlertid at depresjon i deres undersøkelse ikke hadde noen vesentlig innvirkning på de testede relasjonene der det ble kontrollert for depresjonsnivå. I undersøkelsen ovenfor ble det heller ikke funnet noe tegn på at relasjonen mellom angstnivå og overordnede skjemaer ble vesentlig endret når det ble kontrollert for depresjonsnivå. Disse funnene støtter begge en antagelse om at depresjonsnivået ikke har påvirket de empiriske resultatene i noen avgjørende grad.

### **Kliniske implikasjoner**

For å kunne bekjempe de negative emosjonelle konsekvensene av fastlåste grunnleggende overbevisninger vil det være nødvendig for en pasient å gjennomføre visse kognitive og atferdsmessige endringer. På bakgrunn av det Leahy (2001) kaller strategiske selvbegrensninger, er det imidlertid lite sannsynlig at pasienten vil ta sjansen på dette gjennom å møte nye utfordringer eller holde ved like oppnådd fremgang sånn uten videre. Mens terapeuter søker å fremme endring for å oppnå en fremtidig gevinst for en pasient, mener Leahy at pasienten selv heller søker å unngå risiko og endring for å redusere sjansen for nye nederlag eller tap. I kognitiv terapi mener en imidlertid, som tidligere nevnt, at en varig reduksjon i symptomnivået sjelden oppnås uten at pasienters måte å tenke på utfordres og endres. Å ta sjansen på å endre sentrale overbevisninger krever både mot og besluttsomhet. Dette forutsetter igjen en opplevelse av ubetinget akseptering, respekt og forutsigbarhet i trygge og



støttende omgivelser. Et hensiktsmessig behandlingstilbud må derfor baseres på relasjonsbygging.

Hvis for eksempel en pasient sliter med grunnleggende overbevisninger om andre (inkludert terapeuten) som «kritiske, ikke til å stole på», må terapeuten evne å møte pasientens mistenksomhet og utprøvinger på en ikke-dømmende og betingelsesfri måte. Slik kan terapeuten hjelpe pasienten til å ta sjansen på å gjøre et «skjemaunntak» for terapeuten. Et slikt unntak vil så kunne myke opp og nyansere overbevisningen om manglende ubetinget akseptering, respekt og forutsigbarhet. Dette vil på sin side åpne muligheten for en videre utprøving og realitetstesting av dette skjemaet utenfor terapirommet (in vivo trening). Et uønsket resultat vil da sammen med terapeuten kunne realitetstestes, differensieres og redefineres mer som en nyttig og hensiktsmessig erfaring enn automatisk å bli tolket som et nytt tap eller nederlag.

I behandlingen av pasientens depressive symptomer vil det nettopp være spesielt viktig innenfor rammen av en trygg og støttende behandlingsallianse (jf. overbevisningen om *manglende tilhørighet*) å fremme erfaringer som stiller spørsmål med overbevisningen om sviktende mestringssevne (jf. overbevisningen om *svekket autonomi*). Samtidig må en hjelpe pasienten til å realitetsteste de negative oppfatningene som han/hun kontinuerlig plager seg selv med, og som danner grunnlaget for håpløshetsopplevelsen. Dette innebærer at den grunnleggende overbevisningen om at han/hun «klarer ingenting, er verdiløs», må justeres eller erstattes av mer hensiktsmessige overbevisninger eller skjemaer. For mange vil det her være aktuelt å samarbeide med terapeuten om utvikling av alternative oppfatninger som for eksempel varianter av temaet: «Noe kan jeg godt, andre ting kan jeg ikke så godt. Dette siste kan jeg imidlertid arbeide for å endre på dersom det er viktig for meg.» I de aller fleste tilfellene har det liten hensikt å utfordre eksisterende skjemaer uten at pasienten i samarbeid med terapeuten samtidig utvikler alternative overbevisninger eller skjemaer (Padesky, 1994).

I behandlingen av pasientens angstsymptomer vil det i tillegg til å fremme erfaringer som stiller spørsmål ved overbevisningen om en manglende evne til å fungere uavhengig av andre eller en sviktende mestringssevne (*svekket autonomi*), være viktig å konfrontere pasienten med de urealistiske krav som han/hun har en tendens til å bruke som målestokk på seg selv og sine ytelser (*overdrevne standarder*). Krav som har bakgrunn i pasientens oppfatning av betinget egenverdi i form av overbevisningen om at udiskutabel dyktighet er en forutsetning for at en selv har verdi, og en ofte korresponderende oppfatning av andre som kritiske, er ikke til å stole på. Slike urealistiske krav til seg selv og sine ytelser har i tillegg en tendens til å forsterke følelsen av en sviktende mestringssevne nettopp på grunn av sin absolutte og krevende form. Pasienten blir da, som tidligere nevnt, lett låst fast i en negativ og selvforsterkende overbevisning om en varig skadet evne til å fungere uavhengig av andre og til noen gang å mestre utfordringene i livet sitt. Konsekvensen er ofte en korresponderende overbevisning om en fullstendig verdiløshet som menneske.

Som nevnt ovenfor fremstår overbevisningen om *svekket autonomi* sentralt i forståelsen av sammenhengen mellom angst og depresjon. Hos pasienter med samtidig

angst og depresjon vil det ut fra funnene ovenfor være pasientens antagelse om egen hjelpeløshet som utgjør den vesentligste delen av forklaringen på dette samsvaret. Mens mange deprimerte pasienter uten angst kun synes å fremvise en opplevelse av håpløshet (jf. overbevisningen om *manglende tilhørighet*), suppleres en opplevelse av hjelpeløshet hos pasienter med angstlidelser ofte av en overbevisning om det nødvendige i å sette absolutte krav som målestokk for seg selv og sine egne ytelser (jf. *overdrevne standarder*). Ved samtidig depresjon og angst vil det dermed, innenfor rammen av en trygg og støttende behandlingsallianse, også være viktig å fremme erfaringer som stiller spørsmål ved pasientens overbevisning om egen hjelpeløshet og sviktende mestringsevne. Samtidig må terapeuten i samarbeid med pasienten stille spørsmål ved, realitetsteste og arbeide for å endre de mer spesielle overbevisningene som er med på å opprettholde både angst («udiskutabel dyktighet er en forutsetning for verdi») og depresjon («innsats er nytteløst»).

I siste instans, som ved all psykologisk behandling, vil også her terapeutens evne til å «romme» pasientens mistenksomhet, urealistiske selvoppfatning, negative emosjonelle reaksjoner og ulike utprøvinger på en ikke-dømmende og betingelsesløs måte være avgjørende. På sikt vil dette kunne legge grunnlaget for at pasienten føler seg trygg nok til å ta sjansen på å endre sin selvdestruktive tolkning av og forhold til seg selv, andre og verden i en mer konstruktiv retning.

Ole Johan Hovland

Helse Bergen HF

DPS Klinikken, Avdeling Fjell

Blombakkane5353 Straume

Tlf 56 31 30 50

E-post [olehovl@online.no](mailto:olehovl@online.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 7, 2007, side 878-886*

#### TEKST

**Ole Johan Hovland**

+ **Vis referanser**

#### Referanser

Abramson, L. Y., Alloy, L. B. & Metalsky, G. I. (1995). Hopelessness depression. I G. M. Buchanan & M. E. P. Seligman (Eds.), *Explanatory style* (ss. 113-134). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman and Company.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.

- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression: New perspectives. I P. J. Clayton & J. E. Barrett (Eds.), *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (ss. 265-290). New York: Raven.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1991). Anxiety and depression: An information processing perspective. I R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (ss. 41-54). Chur, Switzerland: Harwood Academic Publishers.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. & Associates. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Clark, L. A. (1989). The anxiety and depressive disorders: Descriptive psychopathology and differential diagnosis. I P. C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features* (ss. 83-129). San Diego: Academic Press.
- Clark, L. A. & Watson, D. (1991). A tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxometric considerations. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Cottraux, J. & Blackburn, I.-M. (2001). Cognitive therapy. I W. J. Livesly (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (ss. 377-399). New York: Guilford Press.
- First, M. B., Gibon, M., Spitzer, R. L. et al., (1997). *User's guide for the structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wangs, C., Holthe, H., Haugum, J. A., Nordahl, H. M., Hovland, O. J. & Holthe, A. (2005). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor-derived scales. *Cognitive Therapy and Research*, 6, 627-644.
- Hovland, O. J. (2001). Angst som menneskelig fenomen. *Kognitiv Terapi i Norge*, 1, 6-17.
- Kline, P. (1993). *Personality: The psychometric view*. London: Routledge.
- Leahy, R. L. (2001). *Overcoming resistance in cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Morey, L. C. (1991). *The personality assessment inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C. (1996). *An interpretive guide to the personality assessment inventory (PAI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Morey, L. C. (2003). *Essentials of PAI® Assessment*. New Jersey: Wiley.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 267-278.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness. On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Freeman and Company.
- Sheehan, D.V. & Lecrubier, Y. (1994). *Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)*. Tampa, Florida/Paris, France: University of South Florida Institute for Research in Psychiatry / INSERM-Hôpital de la Salpêtrière.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press (3rd ed., 1999).
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

