

## **Metakognitiv terapi**

Henrik Nordahl , Odin Hjemdal , Sverre U. Johnson og Hans M. Nordahl

Kursholder MCT masterclass: HN, OH, SUJ, HMN. Styremedlem Norsk Forening for Metakognitiv terapi: SUJ, HN. Medeier i MCT Institute Ltd: HMN.

## Metakognitiv terapi

Henrik Nordahl et al. viser hvordan kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS) bidrar til kasuset Nadines plager og vansker.

Metakognitiv terapi (MKT) har blitt omtalt som en innovativ behandlingstilnærming helt i fronten av utviklingen innen klinisk psykologi, og en tilnærming som markerer en betydelig endring i hvordan vi skal forstå og behandle psykiske lidelser (Schweiger et al., 2019). I denne artikkelen presenterer vi kort den metakognitive modellen og behandlingen og noe av dens empiriske grunnlag, og vi viser hvordan metoden kan anvendes i behandling av kasuset Nadine.

## Teori og menneskesyn

MKT er basert på en teoretisk modell kalt *Self-Regulatory Executive Function* (S-REF) -modellen, som er en metafor for sinnets arkitektur og beskrivelse av hvordan selvregulering resulterer fra et samspill mellom ulike kognitive nivåer og deres respektive funksjon. S-REF-modellen ble utviklet av Adrian Wells og Gerald Matthews mot slutten av 1980-tallet (Wells & Matthews, 1994), og den nyeste versjonen benevnes ofte som den metakognitive modellen for psykologiske lidelser (Wells, 2019). På mange måter er det et unikt kjennetegn ved MKT at utviklingen av metoden var basert på en forutgående psykologisk teori utvunnet fra kognitiv psykologi og basal psykologisk forskning, ettersom de fleste psykologiske behandlingsmetodene har oppstått i klinisk virke og senere blitt forsøkt forankret i teoretiserte mekanismer for endring.

Utgangspunktet for utviklingen av S-REF-modellen var at Wells og Matthews ble opptatt av at selvfokuserte oppmerksomhetsprosesser var karakteristiske for psykologiske lidelser. De begynte å stille spørsmål rundt hva innholdet i selvfokusert oppmerksomhet var (se Capobianco & Nordahl, 2023). De hadde en hypotese om at det var topp-ned-styrte selvreguleringsstrategier (planer og mestringsmåter) som var sentrale mer enn bunn-opp-styrte prosesser (sensoriske, emosjonelle, assosiative), og de ble opptatt av hvilke mekanismer som virket inn og skapte individuelle forskjeller i selvregulering.

De argumenterte for at selvfokusert oppmerksomhet var en markør for et *kognitivt oppmerksomhetssyndrom* (KOS) bestående av en persevererende og negativ tenkestil, strategisk oppmerksomhetsbruk rettet mot trusler, og atferd som forhindrer oppdagelsen av kognitiv kontroll eller erfaring med å kunne tåle følelser og tanker uten at man trenger å håndtere dem på noen spesiell

måte. Med andre ord blokkerer KOS mer spontan selvregulering og tilfriskning som er iboende i oss fra naturens side. *Hvordan* en tenker (kognitiv stil), er derfor viktigere enn hva man tenker (innholdet i tankene), og responsen på negative tanker og følelser heller enn innholdet i dem er av sentral viktighet for å forstå psykologiske lidelser.

Videre argumenterte Wells og Matthews (1994) for at KOS er knyttet til og påvirket av underliggende *metakognisjon*. Metakognisjon referer til strukturer, innhold og prosesser som er involvert i monitorering, vurdering og regulering/kontroll av kognisjon. I den metakognitive modellen skiller man mellom ulike nivåer av kognisjon, der et *metakognitivt kontrollsystem* monitorerer og påvirker et *kognitivt system* bestående av vår kognitive stil og innholdet i bevisstheten vår (for eksempel KOS). Innholdet i det metakognitive kontrollsystemet i form av prosedural og deklarativ metakognitiv kunnskap er derfor sentralt for *kognitiv stil*, som igjen er en nærmere påvirkningsfaktor på følelser og ulike symptomer. Den metakognitive modellen er beskrevet i detalj av Wells (2009, 2019).

Med det metakognitive perspektivet følger en ny måte å forstå og behandle psykologiske lidelser med hovedfokus på mental regulering og kognitiv kontroll på tvers av diagnoser og tilstandsbilder forankret i en forståelse av at alle mennesker har en iboende evne til refleksiv selvregulering og tilfriskning. Den metakognitive modellen foreslår at 1) lidelser er mer like enn ulike; 2) transdiagnostiske prosesser er viktigere enn innholdet i tanker/følelser; 3) psykologiske lidelser er ikke et resultat av manglende ferdigheter eller svekkelser, eller et resultat av selv-antakelser, assosiative hukommelsesnettverk eller ubevisste prosesser; 4) det er topp-ned-styrte strategier som opprettholder psykologiske lidelser; og 5) gitt de første fire punktene vil et sett med like intervensjoner være effektiv i behandling av en rekke ulike lidelser.

### **Utløser og opprettholdere**

Den metakognitive modellen foreslår at symptomer naturlig vil avta av seg selv, men at aktivering av KOS knyttet til skjevheter i det metakognitive kontrollsystemet kan blokkere denne prosessen og dermed føre til at de vedvarer. Det kognitive oppmerksomhetssyndromet består av tre kategorier av topp-ned-styrte selvreguleringsstrategier: 1) tenkestil (for eksempel bekymring, grubling, selvkritisk tenkning); 2) trusselmonitorering og rigid selvfokusert oppmerksomhet (for eksempel vaksomhet for traumeminner/tvangstanker, årvåkenhet for ytre trusler) og 3) uhensiktsmessige atferdsstrategier

(som unngåelse, kontroll av følelser). To viktige subkategorier av metakognitiv kunnskap er involvert i aktiveringen og opprettholdelsen av KOS. Positive metakognitive antakelser (for eksempel «bekymring gjør meg forberedt»; «å følge med på mulige farer holder meg trygg») omhandler fordeler ved KOS-strategier og disponerer individet til å aktivere KOS for å håndtere følelser, tanker og trusler. Negative metakognitive antakelser (for eksempel «bekymring er ukontrollerbart»; «noen tanker er spesielt viktige»; «mine reaksjoner og følelser er unormale») omhandler hvordan kognisjon og indre opplevelser er ukontrollerbare eller farlige/skadelige/viktige, eventuelt at de indikerer at kognisjonen på noen måte er skadet eller defekt. Negative metakognitive antakelser fører til redusert tro på og motivasjon for å utøve direkte mental kontroll over tenkning. Dette kan videre føre til at kognisjon i seg selv oppleves som en trussel for individet.

KOS-elementer som bekymring/grubling er normale prosesser. Det er mer mengden og rigiditeten av disse som er sentrale i opprettholdelsen av psykologiske lidelser. Frekvensen og varigheten/rigiditeten av KOS knyttes igjen til styrken av overbevisning om dysfunksjonelle metakognitive antakelser, men også til kombinasjonen av dem. For eksempel er det vanlig at KOS blir perseverende når en person har både positive og negative metakognitive antakelser om den samme strategien («bekymring gjør meg trygg» og «bekymring kan føre til at jeg mister kontrollen»).

Et annet sentralt metakognitivt element for å forstå opprettholdelsen av psykologiske vansker er *meta-bevissthet*. Meta-bevissthet refererer til en mental tilstand i form av evnen til å betrakte sin egen kognisjon, men også til metakognitiv kunnskap om sammenhengen mellom metakognitive strategier og konsekvensene de får. Ett eksempel kan være kunnskap om at grubling har følelsesmessige konsekvenser ved at det forsterker tristhet og/eller sinne, og kognitive konsekvenser i form av å aktivere flere negative tanker. Noen lidelser som depresjon, sosial angst og personlighetsforstyrrelser er assosiert med redusert metabevisssthet. I så tilfelle er det et viktig behandlingsmål å øke den metakognitive bevisstheten til pasienten, slik at man kan gjenkjenne ulike former for kognisjon og skille mellom hva som er spontan indre erfaring, og hva som er respons på disse. Målet er å kunne finne andre mer adaptive måter å forholde seg til sin spontane indre erfaring på.

## Sentrale prosesser og intervensjoner

Målet i MKT følger naturlig ut fra forståelsen av hva som låser personer i tilstander av vedvarende negative følelser: 1) behandling bør fjerne KOS (avbryte bekymring, trusselmonitorering, uhensiktsmessig mestring) og 2) modifisere dysfunksjonell metakognitiv kunnskap (for eksempel å oppdage at bekymring ikke er hjelpsomt eller ukontrollerbart/farlig) (Wells, 2009). Tar vi utgangspunkt i at psykologiske lidelser er mer like enn ulike, og at KOS og metakognisjon er transdiagnostiske mekanismer, er det naturlig å anta at de samme stegene og intervensjonene vil være hjelpsomme på tvers av lidelser. Rekkefølgen som disse elementene utføres i, bygger på det som er sentralt i S-REF-modellen og på forståelsen av hvordan de ulike mekanismene i lidelse henger sammen. Metakognitiv terapi for angst og depresjon gjennomføres typisk i løpet av 8–12 behandlingstimer, og stegene i behandlingen er som følger:

- 1 Utforme en individuell kasusformulering og sosialisering
- 2 Introdusere frakoblet oppmerksomhet / oppmerksomhetstrening
- 3 Modifisere negative metakognitive antakelser og redusere persevererende tenkning og trusselmonitorering
- 4 Endre uhensiktsmessig mestringsatferd
- 5 Modifisere positive metakognitive antakelser
- 6 Oppsummere / forebygge tilbakefall

En metakognitiv kasusformulering vektlegger hvordan metakognitive mekanismer (metakognitive antakelser og KOS) opprettholder symptomer og emosjonelle vansker. Sentralt i dette arbeidet er differensieringen mellom symptomer/emosjoner/triggertanker (som er normale og spontane reaksjoner), våre selvreguleringsstrategier (KOS) og antakelser om vår indre opplevelse og selvreguleringsstrategier (metakognisjon). Videre er det sentralt å vise pasientene hvordan metakognitive antakelser kan gi opphav til uhensiktsmessige selvreguleringsstrategier (KOS), som så kan opprettholde symptomer og plager. Et konkret eksempel på det er en metakognitiv antakelse om at man ikke har kognitiv kontroll («bekymring er ukontrollerbart»). Det gjør at man i mindre grad forsøker å avbryte bekymringsprosessen enn om man trodde man hadde kontroll over den.

Videre kan vi hjelpe pasientene til å oppdage at noen KOS-strategier følger som «logiske handlinger» gitt at man strever med effektiv regulering av bekymring/grubling, som så knyttes til metakognitive antakelser. Et eksempel på dette er at mange pasienter med sosial fobi kan unngå sosial interaksjon, noe som ofte er knyttet til overdreven og vanskelig å kontrollere bekymring i forkant av det sosiale møtet, som igjen knytter seg til antakelser om at bekymringen både er en god forberedelse og samtidig vanskelig å avbryte / truende. Målet i sosialiseringprosessen er å hjelpe pasientene til å oppdage at det er de dysfunksjonelle metakognitive antakelsene og de resulterende selvreguleringsstrategiene som er problemet, heller enn innholdet i tanker om seg selv og emosjoner/reaksjoner.

De ulike nivåene av kognisjon medfører at tanker kan erfares i ulike «modus», som en refleksjon av den man er eller av virkeligheten (*objekt-modus*, for eksempel «Henrik er rar»), eller som en tanke i sinnet uavhengig av selvet og den ytre verden (*meta-modus*, for eksempel Henrik har tanken «Henrik er rar»). Denne forståelsen henger sammen med *meta-bevissthet*, som tidligere nevnt. I MKT er vi opptatt av at pasientene skal innta et metamodus-perspektiv på tankene sine og slik erfare at de har et handlingsrom og fleksibilitet når det gjelder hvordan de kan respondere på dem. Dette er viktig for å koble seg fra KOS og oppdage hvor mye kognitiv kontroll de har (adresserer metakognisjon om ukontrollerbarhet) samt «tankens kraft» (adresserer antakelser om fare/viktighet av tanker).

Alle pasienter introduseres til *frakoblet oppmerksomhet* («detached mindfulness»), en mental tilstand de kan innta i møte med triggertanker. Strategien er utvunnet fra S-REF-modellen og er en motsetning til KOS. Frakoblet oppmerksomhet blir ofte misforstått av både pasienter og ferske terapeuter som en type teknikk eller et alternativt verktøy for å håndtere tanker/følelser. Imidlertid er dette en bevissthetstilstand hvor det frigis kognitive ressurser for refleksiv selvregulering samt et endringsvindu for å oppnå innholdsmessig endring i det metakognitive kontrollsystemet. Hvis man for eksempel inntar frakoblet oppmerksomhet i møte med en tvangstanke («jeg er smittet»), kan man erfare at det å tenke at man er smittet, bare er en tanke. Det er ikke det samme som at man faktisk er smittet (altså erfare tanken i metamodus). Dette bryter med den metakognitive *fusjonsantakelsen* om at det å tenke noe er det samme som at det skjer / har skjedd / vil skje. Neste gang tanken aktiveres, vil pasienten sannsynligvis gjenkjenne den som en tanke og bli mindre engstelig, da en har «erfart på kroppen» (prosedural metakognitiv endring) at tanker om å være smittet bare er tanker (ny metakognitiv kunnskap).

Atferdseksperimenter brukes mye i MKT. De er naturligvis rettet mot å endre metakognitive antakelser, ettersom det er disse (og ikke innholdet i antakelser om den man er, eller hva som kommer til å skje) som er sentrale for opprettholdelsen av psykologiske lidelser. Eksempler på metakognitive atferdseksperimenter kan være: 1) utsette bekymring/grubling (for å teste metakognitiv antakelse om kontrollerbarheten av tenkning); 2) forsøke å overføre tanker til et objekt eller en annen person (teste metakognitiv antakelse om at tanker kan overføres mellom personer og objekter); 3) «adaptiv sjekking» (sjekke om man for eksempel har kjørt på noen etter å ha tenkt det, for å se om dette er en tanke eller en refleksjon av virkeligheten); og 4) presse/øke bekymring (for å teste antakelsen om at bekymring kan føre til kontrolltap).

### **Terapeutisk stil og generell etterlevelse**

En god metakognitiv terapeut er som en fersken: myk og rund, men med en fast kjerne. Metaforen illustrerer at generelle terapeutferdigheter og en god interpersonlig stil ligger til grunn for hvordan vi møter våre pasienter. Samtidig har vi en grunnleggende forståelse av at lidelse er knyttet til topp-nedstyrte strategier som er under frivillig kontroll. Det gjør at vi «leser» våre pasienter som strategiske, men også alltid «i kontroll» over sin tenkning og atferd (selvfølgelig med unntak, som under sterk ruspåvirkning), selv om de som oftest ikke opplever det slik selv på grunn av lav meta-bevissthet og tilstedeværelsen av feilaktig metakognitiv kunnskap.

Terapeutens kjerneoppgave er å etablere en metakognitiv forståelsesramme av de opprettholdende faktorene for symptomer, å redusere KOS og å skape metakognitiv endring. For å oppnå dette må man inngå i en *metakognitiv dialog* med pasienten. Med metakognitiv dialog refererer vi til en sokratisk dialog hvor terapeuten jobber for å identifisere og problematisere KOS og tilhørende metakognitive antakelser, slik at pasienten kan oppdage på hvilken måte de er problematiske. Vi snakker for eksempel om effekten av det å bekymre seg heller enn om hva man bekymrer seg for, og om konsekvensene av å tro at bekymring er ukontrollerbart versus det å tro at man har fleksibel mental kontroll. Målet med en metakognitiv dialog er å føre pasienten inn i en metakognitiv modus hvor mental regulering blir det sentrale fokuspunktet for behandlingen og ikke hva man føler/tenker og bakgrunnen for det, eller utfordringer i livet.

Metakognitiv terapi kjennetegnes videre av at terapeuten kombinerer deklarativt og proseduralt endringsarbeid i alle intervensjonene. Det er forskjell på å kjenne igjen / forstå noe versus det å gjøre det (anvende ferdigheten). Med deklarativt mener vi forankret i verbal forståelse, mens proseduralt refererer til erfaringsbasert. Eksempelvis kan vi i sosialisering til modellen bruke

sokratiske spørsmål for å oppdage sammenhenger (deklarativt arbeid; «*hva skjer med følelsene dine når du er på vakt*»), men vi kan også gjøre atferdseksperimenter for å erfare effekten av strategier (for eksempel tankeundertrykkelse-eksperiment for å erfare at undertrykkelse av tanker kan føre til at de blir mer frekvente). Metaforer (deklarativt arbeid) brukes i introduksjonen av frakoblet oppmerksomhet («*Hvis telefonen din ringer, hvilke valg har du da?*») før vi går over til å oppdage den mentale tilstanden i praksis gjennom erfaringsbaserte øvelser som «fri assosiasjonsøvelsen» (proseduralt arbeid). Metakognitive antakelser adresseres deklarativt gjennom verbal utfordring («*hvis du har klart å utsette bekymring, hva sier det om at bekymring er ukontrollerbart?*») og ved bruk av erfaringsbaserte øvelser (atferdseksperiment med å starte/stoppe bekymringstenkning).

### **Empirisk grunnlag**

Det foreligger betydelig og voksende evidens for de foreslåtte sammenhengene mellom metakognisjon, metakognitive strategier (KOS) og symptomer på psykiske lidelser (f.eks. Cano-López et al., 2022; Johnson et al., 2018; Nordahl et al., 2023; Sun et al., 2017). Utviklingen av MKT har fulgt en stegvis progresjon og ble først utviklet for generalisert angstlidelse (GAD). Ved GAD er det gjennomført randomiserte kontrollerte studier hvor man har funnet at MKT er mer effektiv enn andre aktive tilnærminger, som progressiv avspenning (Wells et al., 2010), kognitiv terapi rettet mot intoleranse for usikkerhet (van der Heiden et al., 2012) og gullstandardvarianten av kognitiv atferdsterapi (KAT) (Nordahl et al., 2018). Blant pasientene som deltok i sistnevnte studie, fant man at 57 % som ble behandlet med MKT, var friske fra GAD ni år etter behandling sammenlignet med 38 % som ble behandlet med KAT (Solem et al., 2021). Per i dag er MKT for GAD en av de anbefalte behandlingene av National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2012).

Det finnes også betydelig evidens for at MKT er en god behandling for depresjon (nylig oppsummert av Wells og Nordahl, 2023). En norsk randomisert kontrollert studie med ventelistekontroll (Hagen et al., 2017) rapporterte om en innad-gruppe effektstørrelse fra før til etter behandling (ti timer) på 3.1 for Beck Depression Inventory, og 80 prosent av pasientene ble klassifisert som friske etter endt behandling. Tre år etter behandling sto disse resultatene seg (Solem et al., 2019), noe som er oppsiktsvekkende tatt i betraktning at depresjon ofte er en lidelse assosiert



med betydelig tilbakefall. MKT har også vist seg som en mer effektiv behandling for depresjon sammenlignet med KAT i en randomisert kontrollert studie (Callesen et al., 2020).

Selv om det foreligger mest evidens for effekten av MKT for generalisert angstlidelse og depresjon, er metoden også utviklet for andre lidelser og er effektiv for posttraumatisk stresslidelse, sosial angstlidelse, helseangst, fødselsdepresjon og tvangslidelse (f.eks. Papageorgiou et al., 2018; Rochat et al., 2018). Metoden har dessuten en transdiagnostisk effekt i form av å ha en parallell effekt på komorbide lidelser, ulike symptom-domener, selvfølelse og interpersonlige problemer (f.eks. Esbjørn et al., 2018; Hjemdal et al., 2019; Strand et al., 2023). En studie fant at MKT ga bedre effekt enn standard behandling for pasienter med langvarig angst og sammensatte lidelser (Johnson et al., 2017). Den nyeste metaanalysen på effekten av MKT konkluderer med at metoden potensielt er mer effektiv enn venteliste og kognitive atferdsterapeutiske metoder for angstlidelser og depresjon, men flere kontrollerte studier er nødvendig for å kunne si noe mer sikkert om dette (Normann & Morina, 2018).

De senere årene har man i økende grad startet med å evaluere anvendbarheten og effekten av MKT blant barn og ungdom. I en åpen studie fra Danmark (Esbjørn et al., 2018) fikk barn (7–13 år) med GAD gruppebasert MKT. Etter åtte gruppesamlinger var det 86 % av barna som ikke lenger oppfylte de diagnostiske kriteriene for GAD. Små studier er også gjennomført på barn/ungdom med PTSD (Simons & Kursawe, 2019), oppkastfobi (Simons & Vloet, 2016) og OCD (Simons, et al., 2006), og disse viser lovende resultater. Oppmerksomhetstrening, en metakognitiv endringsteknikk som skal gi bevissthet om og bedre utøvelse av kognitiv kontroll, har vist seg å være effektiv som metode for å fremme god selvregulering hos 5–6 år gamle barn, og indikerer at det metakognitive modellen kan tilby et nytt perspektiv på forebygging (Murray et al., 2018).

### **Status i Norge**

MCT-Institute tilbyr 2- og 3-åring utdanning i MKT («MCT Masterclass» level I og II). Utdanningen gir mulighet til å bli sertifisert som MCTI Registered® Therapist. Det er en beskyttet tittel som skal sikre at den enkelte terapeut har adekvat opplæring i metoden. Utdanningen finnes i flere land, og siden 2019 har forfatterne i samarbeid med Adrian Wells tilbudt en egen norsk versjon av utdanningen med årlig oppstart. Per i dag er det omtrent 300 norske MKT-terapeuter. Norsk Forening

for Metakognitiv Terapi er opprettet som en egen norsk gren av MCT-Institute og skal jobbe for å ivareta etterlevelse og kompetanse i MKT.

## **Kasus Nadine**

### **Predisponerende faktorer**

Den metakognitive modellen forklarer psykologiske lidelser som et resultat av påvirkningen fra skjevheter i det metakognitive kontrollsystemet på tenkestil og selvregulering (KOS). Dysfunksjonell metakognitiv kunnskap er følgelig å anse som predisponerende faktorer for psykologisk lidelse generelt. Et relevant, men mer åpent spørsmål er hva som skaper skjevheter i det metakognitive kontrollsystemet. Foreløpig har vi ikke sikker kunnskap om dette, men negative barndomserfaringer er assosiert med utviklingen av dysfunksjonell metakognitiv kunnskap, og metakognitive antakelser medierer forholdet mellom negative barndomserfaringer og KOS og symptomer (Mansueto et al., 2019).

Nadine oppgis å ha tilbakevendende depresjonssymptomer, men også mer generelle vansker med emosjonsregulering. Hun sliter med frykt for å bli forlatt, selvhevdelse, relasjonelle utfordringer, negative selvantakelser og selvskading. Disse vanskene kan sannsynligvis forstås i lys av hennes temperamentsstil som barn og hvordan hun da ble møtt av foreldrene og etter hvert jevnaldrende. I en metakognitiv forståelsesramme er vi opptatt av å sortere hva vi forstår som eksterne faktorer, reaksjoner (spontan indre opplevelse som tanker/følelser), selvreguleringsstrategier og metakognitive antakelser. For noen pasienter, spesielt når det er snakk om sammensatte vansker og relasjonelle utfordringer / personlighetsvansker, kan det være nyttig å forstå sammenhengen mellom disse komponentene over tid. Vi vet ikke noe om hvor viktig dette er for Nadine, men det vil være en oppgave for den metakognitive terapeuten å finne ut av. Målet er å normalisere indre opplevelser og prosesseringsstil/atferd, gitt det Nadine har opplevd. Samtidig jobber man for å få en felles forståelse av hva som bør være fokus og mål for terapien nå i dag. Som et konkret eksempel oppgis at Nadine lærte seg å stenge av følelsene sine. Selv om dette er å forstå som et uttrykk for KOS i den metakognitive modellen, er det en forståelig strategi for et barn som ikke har bedre reguleringsmuligheter som støtte i foreldrene. Likevel vil dysfunksjonell metakognitiv kunnskap kunne etableres i forlengelsen av strategien. Forsøk på å kontrollere følelser gjør at man

kommuniserer til det metakognitive kontrollsystemet at følelser er farlige/truende (metakognitiv kunnskap). Når følelser senere aktiveres, vil det metakognitive kontrollsystemet oppfatte disse som en trussel og disponere for KOS (f.eks. at Nadine har benyttet strategiene selvskading, alkohol og unnvikelse) for å regulere dem. Dette kan føre til forsterkning av negative følelser eller andre symptomatiske eller livsbegrensende konsekvenser for Nadine.

Selv om historien og livserfaringene til Nadine gir kontekst til KOS-strategiene, tenker vi at eksterne og historiske faktorer i seg selv ikke styrer tenkestilen og selvreguleringen hennes. I den metakognitive forståelsesrammen er alle strategiene til Nadine funksjonelle, topp-ned-styrte og under frivillig kontroll, men de påvirkes av metakognitive faktorer, som Nadines metakognitive antakelser, metabevissthet og planer/mål for prosessering. Uavhengig av hva vi har med oss i bagasjen og hvilke ytre stressbelastninger vi står i, kan vi ta kontroll over selvreguleringen her og nå, som igjen har betydning for hvordan vi oppfatter oss selv, andre/verden og fremtiden. Det er viktig at man som metakognitiv terapeut evner å romme Nadines historie, men samtidig fokuserer på nåværende selvreguleringsstrategier. Med mer adaptiv kognitiv kontroll og selvregulering kan Nadine bli mer robust. Det er ikke fortiden eller ytre faktorer i livet som styrer hvordan hun forholder seg til sin indre opplevelse.

### **Opprettholdende faktorer**

Metakognitive antakelser og KOS opprettholder vanskene som Nadine strever med. En grundig sosialiseringsprosess hvor terapeuten introduserer den metakognitive forståelsesrammen, er viktig for å hjelpe Nadine til å skille mellom hva hun ikke har kontroll over (spontane reaksjoner), hva som er opprettholdende strategier under hennes frivillige kontroll og derav må reduseres (KOS), og hva som er antakelser om indre opplevelse og KOS, som må modifiseres i terapien for at hun skal kunne forholde seg mer konstruktivt til sin indre opplevelse (metakognisjon). Forståelsen av sammenhengen mellom disse faktorene og differensieringen av dem er en del av Nadines meta-bevissthet. Videre må Nadine oppdage forskjellen på de negative tankene hun har om seg selv (f.eks. «jeg er svak»), og den hun er som person (jeg har tanker om å være svak – og kan velge hvordan jeg vil forholde meg til disse).

Relevante eksempler på Nadines *kognitive oppmerksomhetsyndrom* (KOS) når det gjelder tenkestil, er: bekymring for å bli forlatt, bekymring for tristhet / depresjon / nye depressive episoder,

for å ikke fungere i jobben, for at mannen vil bli lei, for å ikke få det bedre, grubling på / analysering av hvorfor hun er trist, hvordan få det bedre, på det som har skjedd, om det er noe galt med henne, og selvkritikk. Det kommer ikke frem noen konkrete eksempler på trusselmonitorering, så dette må utforskes videre. Det kan være at Nadine er overdrevent vaksom overfor sine egne følelser, og/eller at hun i interaksjon med andre er vaksom for tegn på at hun blir mislikt eller står i fare for å bli kritisert/ avvist. Eksempler på atferdsstrategier er å kontrollere følelser og tanker, bruke alkohol for å dempe følelser/tanker, selvskading, støtte seg på andre (for å regulere tanker/følelser), inngå i kortvarige forhold, være passiv, distrahere seg, unngå sosiale situasjoner inkludert jobb, ikke hevde seg selv, bli stille i konflikter samt søke trygging hos nære. Selv om det ikke kommer tydelig frem i beskrivelsen, kan det å fastholde negative antakelser om sin mulighet for bedring også være et eksempel på en atferdsstrategi, noe som bør undersøkes nærmere i samtaler med Nadine.

De metakognitive antakelsene til Nadine blir ikke presentert direkte i beskrivelsen. En viktig oppgave for en MKT-terapeut vil være å avdekke metakognitive antakelser, ettersom det nettopp er disse som antas å ligge til grunn for Nadines KOS. I figur 1 har vi gitt noen eksempler på metakognitive antakelser som kan være relevante hos Nadine. KOS-strategiene hennes indikerer at hun har negative metakognitive antakelser, ettersom hun bruker strategier for å holde følelser/tanker unna (sannsynligvis relatert til metaantakelser om at indre opplevelse er farlig/truende, f.eks. «sterke følelser er farlige») og positive antakelser om fordelene med disse strategiene (f.eks. «hvis jeg kontrollerer følelsene mine, slipper jeg å bli mer nedstemt»). Nadine «føler seg fanget i en trist stemning» og tenker at hun er «mislykket/svak», og at det er noe «galt med henne». Denne informasjonen indikerer at Nadine opplever lite kontroll over egne symptomer og vansker. Dette kan være et uttrykk for metakognitive antakelser om ukontrollerbarheten av tenkning, og også antakelser om vanskene sin forankring, som ofte er av metakognitiv natur. Mange pasienter har antakelser om at depresjon og andre følelsestilstander styres av biologiske, kjemiske eller ytre faktorer – noe som reflekterer en type negativ metakognitiv kunnskap som blokkerer for endring og motivasjon. Hvis Nadine tror at vanskene hennes skyldes faktorer hun ikke kan påvirke, er det ikke rart at hun opplever at det er «vanskelig å tro at noe skal bli annerledes og bedre». Nadine skammer seg for å oppsøke hjelp, men hun tenker at terapi er verdt å prøve. Det er derfor viktig å undersøke om Nadine kjenner på ambivalens til endring/bedring, noe som gjerne knyttes til metakognitive «blokkeringsantakelser» (f.eks. «min depresjon er biologisk [og derfor kan jeg ikke endre på noe]»)

eller en overbevisning om motstridende metakognitiv kunnskap på en og samme tid («grubling gir meg svar» og «*grublingen min forhindrer at jeg fungerer*»).

### Mål for terapien

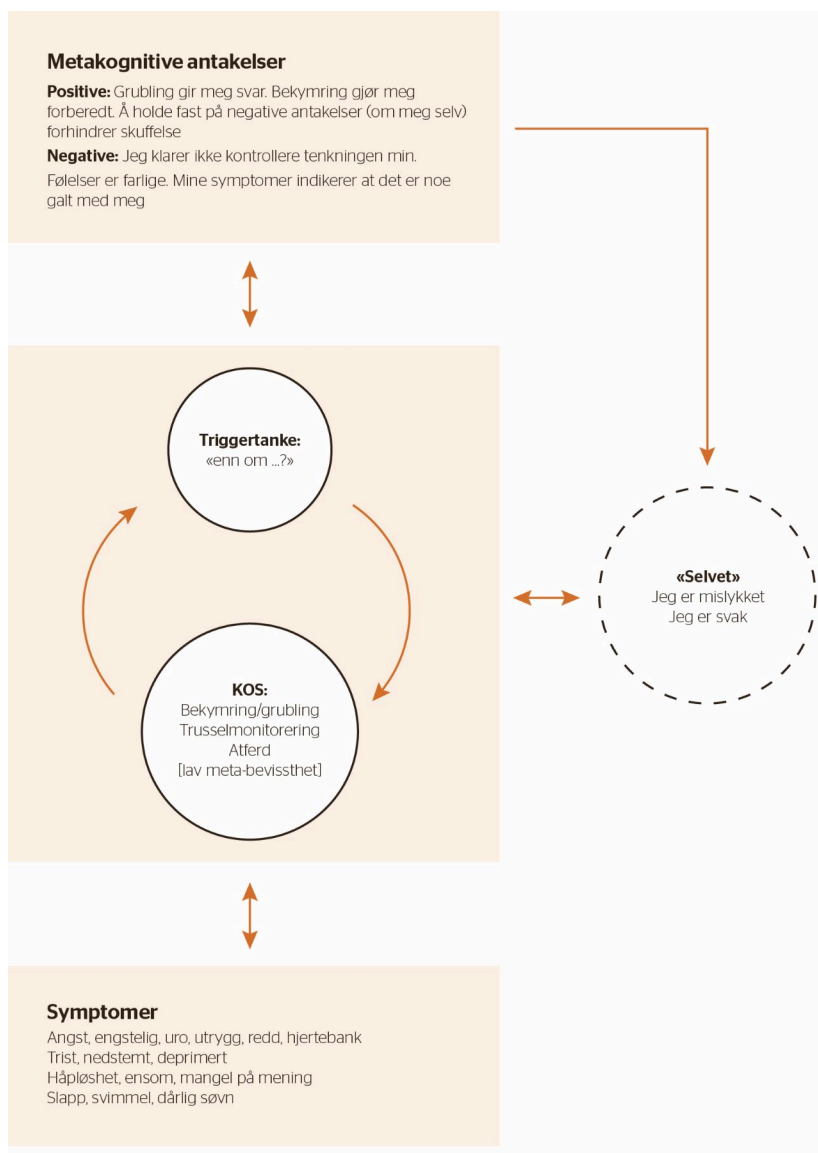
Langsiktige målsettinger for Nadine vil være at hun skal bli frisk fra sine emosjonelle vansker, og at det skal gi utslag i god arbeidsevne og mindre relasjonelle utfordringer. For å kunne oppnå dette må man fjerne KOS og modifisere de tilhørende metakognitive antakelsene.

Delmål mot dette er å hjelpe Nadine til å se vanskene i et metakognitivt rammeverk. Det vil si å formulere og forstå hennes ambivalens og reduserte tro på endring, å bli enig med henne om at den metakognitive forståelsesrammen er relevant for videre samarbeid, og om de målene som naturlig kommer av forståelsen om hva som opprettholder vanskene hennes. Når dette er etablert, vil terapeuten jobbe for å øke Nadines meta-bevissthet om tanker og introdusere henne for nye måter å erfare og respondere på tanker/følelser på (frakoblet oppmerksomhet og utsettelse av bekymring/grubling), utfordre metakognitive antakelser om ukontrollerbarhet og fare, hjelpe henne til å redusere bruken av uhensiktsmessige mestringsstrategier, modifisere positive metakognitive antakelser, og til slutt oppsummere hva hun har lært og oppdaget gjennom terapiforløpet.

### Sentrale intervensjoner

**Kasusformulering:** Figur 1 gir et eksempel på en kasusformulering som er basert på informasjonen som presenteres om Nadine, men hvor vi også har antatt hva som er typiske metakognitive antakelser knyttet til KOS-strategiene som er lagt frem. Modellen er et utgangspunkt for å danne en felles forståelse med Nadine om at det er metakognitive antakelser og KOS-strategier som opprettholder symptomene og funksjonsvanskene hennes, og som vi derfor må jobbe med i terapien.

*Merknad.* Modellen illustrerer forholdet mellom metakognitive antakelser og strategier, og symptomer.



**Introdusere frakoblet oppmerksomhet:** I forlengelsen av sosialiseringen vil terapeuten introdusere frakoblet oppmerksomhet til Nadine som en alternativ respons til KOS i møte med triggertanker. Dette kan gjennomføres ved for eksempel «fri assosiasjonsoppgaven», hvor terapeuten sier ord som skal vekke tanker hos Nadine, og hvor Nadine får i oppgave å være bevisst tankene, men velge å ikke respondere på dem. Når Nadine erfarer at hun kan innta frakoblet oppmerksomhet i møte med tanker, kan terapeuten repetere øvelsen, men denne gangen ved å bruke ladete ord (eksempelvis «svak», «defekt», «konflikt») for å teste om hun også kan møte triggertanker (spontane negative tanker) utløst av de ladete ordene med frakoblet oppmerksomhet. Målet er å hjelpe Nadine til å innta et metakognitivt modus i møte med tanker, å redusere tiden som brukes til KOS-strategier, samt å

teste metakognitive antakelser (for eksempel ved å utsette grubling i forlengelsen av triggertanker til et fastsatt tidspunkt senere på dagen for å teste om hun har kontroll over tenkningen sin).

**Modifisere metakognitiv kunnskap:** Nadine oppgir at hun bruker tid på bekymring og grubling som sannsynligvis opprettholder og forsterker symptomer som angst og nedstemthet. Grunnen til at Nadine benytter disse tenkestilene til tross for konsekvensene, er trolig det at hun har en metakognitiv antakelse om at bekymring/grubling er utenfor hennes kontroll, altså at hun ikke har evnen til å redusere aktiviteten. Metakognitive antakelser om at grubling/bekymring er ukontrollerbart, kan eksempelvis utfordres verbalt. En måte å gjøre det på er å sette opp bevisene Nadine har for og imot at denne antakelsen er riktig. Som terapeut kan man også komme med eksempler som motbeviser antakelsen (f.eks. «*kan du starte grubling, og hvis ja – hva sier det om kontrollen du har?*»), samt utfordre bevisene for antakelsen («*du har bekymret deg hele livet, men er det et godt bevis for at du ikke har kontroll? Er det andre aktiviteter du har gjort hele livet, men som du allikevel har kontroll over?*»). Når en oppsummerer bevisene for og imot, blir ofte konklusjonen at tenkning ikke kan være helt ukontrollerbart. Det er et godt utgangspunkt for erfaringsbaserte intervensjoner, hvor man tester antakelsen i praksis. Nadine kan teste hvor mye mental kontroll hun har via utsettelse av bekymring/grubling, eller terapeuten kan initiere eksperimenter i og utenfor terapirommet med å starte/stoppe tenkning.

**Redusere uhensiktsmessig mestring:** Det virker som Nadine trekker seg unna når ting blir vanskelig, en strategi som sannsynligvis bidrar til lav tro på seg selv, negative følelser og interpersonlige problemer. Når Nadine har fått bedre innsikt i spontane reaksjoner og modifisert eventuelle metakognitive antakelser om at indre opplevelser kan være truende (for eksempel at det er vanlig å kjenne seg nervøs i ukjente situasjoner, og at det ikke er et problem), kan man begynne arbeidet med mer konkret atferdsendring. En god intervensjon for å oppnå dette er å gjøre en såkalt fordeler og ulemper-analyse av en KOS-strategi, eksempelvis det med å trekke seg unna sosiale situasjoner. Da kan man bruke et enkelt skjema med to kolonner, hvor Nadine setter opp fordelene knyttet til strategien (f.eks. «*reduserer ubehag*») i den ene kolonnen og ulempene i den andre (f.eks. «*fører til at jeg føler meg svak*»). Terapeuten kan bidra til å belyse alle ulemper og konsekvenser, samt utfordre nytten av strategien (nært knyttet til positive metakognitive antakelser), eksempelvis ved å fokusere på kortvarig gevinst versus langvarig konsekvens («*kanskje føler du deg bedre der og da, men hva skjer med selvfølelsen din om du fortsetter slik?*»). Denne bevisstgjøringen, i kombinasjon med redusert frykt for indre opplevelse og økt erfaring med å utøve kognitiv kontroll

i møte med triggertanker og følelser, gir et godt utgangspunkt for mer konkret atferdsendring (for eksempel å stå opp for seg selv).

**Tilbakefallsforebygging og «gammel og ny plan»:** Et terapiforløp avsluttes vanligvis ved at man lager en «gammel og ny plan». Det skal være en oppsummering av hva som tidligere opprettholdt psykologiske vansker, og hva man har lært i terapien som er bedre måter å møte triggertanker på, og som kan være en støtte i tiden etter behandling. Figur 2 viser et eksempel på en slik «gammel og ny plan» for Nadine.

## Figur 2

*Et eksempel på «gammel og ny plan» for Nadine*

---

**Typiske triggertanker:** «Enn om jeg blir mer deprimeret?», «Hvorfor er jeg så trist?», «Jeg er mislykket», «Det må være noe galt med meg»

### Gammel plan

#### 1) Tenkestil

Bekymringstenkning  
Grubling/analyse  
Selvkritikk  
Skamme meg  
Selvmordstenkning

#### 2) Trusselmonitorering:

Innovvert fokus mot mine følelser, energinivå, og negative tanker  
Vaktsom overfor andres fremtreden og blikk

#### 3) Atferd:

Selvskadning  
Alkohol  
Være passiv, unngå  
Ikke si ifra, trekke meg unna  
Ikke kommunisere behovene mine  
Distrahere meg vekk fra tanker og følelser  
Holde fast på negative tanker om meg selv

### Ny plan

#### 1) Tenkestil

Møte triggertanker med «passiv respons», redusere perseverende tenkning til et minimum

**2) Trusselmonitorering:** Fokuserer utover på det som skjer, også når jeg kjenner meg nedstemt Bruke oppmerksomheten fleksibelt for å innhente «balansert informasjon»

#### 3) Atferd:

Tanker og følelser er helt ufarlige for meg De kan få komme og gå som de vil, uten at jeg trenger å regulere dem på noen måte  
Stå opp for meg selv, si ifra. Tørre å være meg selv

**Kort oppsummering av hva du har lært:** Jeg er ikke mine tanker og følelser, og tankene/følelsene mine er ikke en trussel for meg. Uansett hva jeg føler og tenker, kan jeg velge hvordan jeg forholder meg til det. Det er min respons på tanker/følelser som er viktig for den psykiske helsen min.

---

## Hvordan vurdere om endring?

Endring bør optimalt komme til uttrykk i endret atferd, som mindre fravær fra jobb og en bedre interpersonlig fungering. Ved siden av slike konkrete utfallsmål er vi i metakognitiv terapi opptatt av å vurdere og monitorere utviklingen av symptomene og hvordan de samvarierer med metakognitive mekanismer (KOS og metakognisjon) gjennom terapiforløpet. Til dette formålet brukes ulike



selvrapporteringskjema. I tillegg til generelle symptomsmål er det utviklet spesifikke time-til-time-skjema for ulike tilstandsbilder (Wells, 2009) som brukes i starten av hver terapitime. Skjemaene gir oss informasjon om endring i symptomutvikling, KOS og metakognisjon. Vi ser på disse komponentene i parallell og i sammenheng med det som har vært innholdet i terapiforløpet og hjemmeoppgaver mellom timer frem til nå.

Ved siden av spørreskjema er vi også opptatt av pasientens egenrapportering rundt selvregulering i relevante situasjoner. For Nadine virker det som at hun har aktivert KOS i møte med for eksempel depresjonsfølelse/tristhet og konfliktsituasjoner. I terapien blir det viktig å vurdere om Nadine klarer å møte slike triggere og ytre stressbelastninger uten noen form for KOS-aktivering. Det vil være en sterk indikator på om den underliggende metakognitive kunnskapen (som «jeg kan ikke kontrollere tenkningen min når jeg er under press») har endret seg. Når hun ikke lenger aktiverer KOS til tross for høy ytre stressbelastning eller når hun er i kontakt med (sterk) indre opplevelse, er det en god indikator på at hun ikke lenger har en «lidelse», som i MKT-perspektivet er mer knyttet til dysfunksjonell metakognitiv kunnskap enn symptomer/følelser/tanker i seg selv.

### Avslutning

Alle indre opplevelser som følelser og tanker er naturlige reaksjoner. De kan være ubehagelige, men utgjør ingen trussel for oss, og vil naturlig avta dersom iboende tilhelingsprosesser ikke blir forstyrret. Metakognitiv terapi er fundert i en forståelse som vektlegger at pasienter som har utviklet ulike psykiske lidelser, strever med selvregulering. Det kan for eksempel være bekymring og rigid oppmerksomhet i møte med indre opplevelser og ytre stressorer. Vanskene med selvregulering er uttrykk for et kognitivt oppmerksomhetssyndrom som er forankret i underliggende dysfunksjonell metakognisjon. Målet i MKT er derfor bedre selvregulering gjennom å endre metakognitiv kunnskap. Den metakognitive modellen og behandlingen er transdiagnostisk, der man antar at et sett med metakognitive intervensjoner vil være hjelpsomme for ulike lidelser. Målet er mer effektiv selvregulering, uavhengig av innholdet i tanker og følelser. Behandlingsmetoden har en solid teoretisk og empirisk forankring, og effekten av terapien kommer raskt, noe som muliggjør korte behandlingsforløp. Det er fortsatt behov for å evaluere hvor anvendelig og effektiv metoden er i behandlingen av barn og unge og ovenfor pasienter med alvorlige psykiske lidelser.

## Referanser

- Callesen, P., Reeves, D., Heal, C. & Wells, A. (2020). Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. *Scientific Reports*, 10(1), 7878. <https://doi.org/10.1038/s41598-020-64577-1>
- Cano-López, J.B., Garcia-Sancho, E., Fernández-Castilla, B. & Salguero, J.M. (2022). Empirical evidence of the metacognitive model of rumination and depression in clinical and nonclinical samples: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 46, 367 - 392. <https://doi.org/10.1007/s10608-021-10260-2>
- Capobianco, L. & Nordahl, H. (2023). A Brief History of Metacognitive Therapy: From Cognitive Science to Clinical Practice. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(1), 45–54. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.11.002>
- Esbjörn, B.H., Normann, N., Christiansen, B.M. & Reinholdt-Dunne, M.L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 16–21. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.11.002>
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L.E. O., Nordahl, H.M., Fisher, P. & Wells, A. (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 8, 31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
- Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S., Nordahl, H., Kennair, L.E. O., Ryum, T., Nordahl, H.M. & Wells, A. (2019). Metacognitive therapy in major depression: an open trial of comorbid cases. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 312–318. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.06.006>
- Johnson, S.U., Hofart, A., Nordahl, H.M., Ulvenes, P.G., Vrabel, K. & Wampold, B.E. (2018). Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: A study of within-person effects. *Journal of Consulting Psychology*, 65(1), 86–97. <https://doi.org/10.1037/cou0000226>
- Johnson, S.U., Hofart, A., Nordahl, H.M. & Wampold, B.E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder - Specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 50, 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.004>

- Mansueto, G., Caselli, G., Ruggiero, G.M. & Sassaroli, S. (2019). Metacognitive beliefs and childhood adversities: an overview of the literature. *Psychology, Health & Medicine*, 24(5), 542–550. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1550258>
- Murray, J., Scott, H., Connolly, C. & Wells, A. (2018). The attention training technique improves children's ability to delay gratification: A controlled comparison with progressive relaxation. *Behaviour Research and Therapy*, 104, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.003>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2012). *Generalised anxiety disorder in adults: Evidence Update September 2012*.
- Nordahl, H., Anyan, F. & Hjemdal, O. (2023). Prospective Relations Between Dysfunctional Metacognitive Beliefs, Metacognitive Strategies, and Anxiety: Results From a Four-Wave Longitudinal Mediation Model. *Behavior Therapy*, 54(5), 765–776. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.02.003>
- Nordahl, H.M., Borkovec, T.D., Hagen, R., Kennair, L.E., Hjemdal, O., Solem, S., Hansen, B., Haseth, S. & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych Open*, 4(5), 393–400. <https://doi.org/10.1192/bjo.2018.54>
- Normann, N. & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 2211. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
- Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne, L. & Wells, A. (2018). Group cognitive-behavior therapy or group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder? Benchmarking and comparative effectiveness in a routine clinical service. *Frontiers in Psychology*, 9, 2551. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02551>
- Rochat, L., Manolov, R. & Billieux, J. (2018). Efficacy of metacognitive therapy in improving mental health: A meta-analysis of single-case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 74(6), 896–915. <https://doi.org/10.1002/jclp.22567>
- Schweiger, J.I., Kahl, K.G., Klein, J.P., Sipos, V. & Schweiger, U. (2019). Innovation in psychotherapy, challenges, and opportunities: An opinion paper. *Frontiers in Psychology*, 10, 495. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00495>

- Simons, M. & Kursawe, A.L. (2019). Metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder in youth: a feasibility study. *Frontiers in Psychology, 10*, 264. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00264>
- Simons, M., Schneider, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(4), 257–264. <https://doi.org/10.1159/000092897>
- Simons, M. & Vloet, T.D. (2016). Emetophobia – a metacognitive therapeutic approach for an overlooked disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 46*, 57–66. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000464>
- Solem, S., Kennair, L.E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H.M., Wells, A., & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive therapy for depression: A 3-year follow-up study assessing recovery, relapse, work force participation, and quality of life. *Frontiers in Psychology, 10*, 2908. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02908>
- Solem, S., Wells, A., Kennair, L.E. O., Hagen, R., Nordahl, H.M. & Hjemdal, O. (2021). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in adults with generalized anxiety disorder: A 9-year follow-up study. *Brain and Behavior, 11*(10), e2358. <https://doi.org/10.1002/brb3.2358>
- Strand, E.R., Veium, L.T., Engvik, L.S. & Nordahl, H. (2023). Generic Group Metacognitive Therapy for Patients with Major Depressive Disorder and Related Problems: a Preliminary Evaluation in Specialized Mental Health Care. *International Journal of Cognitive Therapy, 1–13*. <https://doi.org/10.1007/s41811-023-00175-z>
- Sun, X., Zhu, C. & So, S.H. W. (2017). Dysfunctional metacognition across psychopathologies: a meta-analytic review. *European Psychiatry, 45*, 139–153. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.05.029>
- van der Heiden, C., Muris, P. & van der Molen, H.T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 50*(2), 100–109. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.005>
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.

- Wells, A. (2019). Breaking the Cybernetic Code: Understanding and Treating the Human Metacognitive Control System to Enhance Mental Health. *Frontiers in Psychology, 10*, 2621. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621>
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove UK: Erlbaum.
- Wells, A. & Nordahl, H. (2023). Metacognition and Mental Regulation. I D.J. A. Dozois & K.S. Dobson (Red.), *Treatment of Psychosocial Risk Factors in Depression* (s. 383–406). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000332-017>
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy, 48*(5), 429–434. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.013>