

Metakognitiv terapi ved depresjon

I stedet for å jobbe med innholdet i den deprimerte personens tanker, sikter metakognitiv terapi mot å redusere selve grubleprosessen.

TEKST

Odin Hjemdal

Roger Hagen

PUBLISERT 5. januar 2012

EMNER

Metakognitiv

Depresjon

Grubling

Frakoblet oppmerksomhet

Oppmerksomhetstrening

Meta-antagelser



KAN BLI BEDRE: Kognitiv atferdsterapi er den best dokumenterte behandlingen ved depressive lidelser, men kun halvparten blir friske fra sin depresjon etter endt behandling. Og etter 18 måneder har halvparten av de som ble friske, opplevd et tilbakefall. Foto: Flickr / A. Abbey

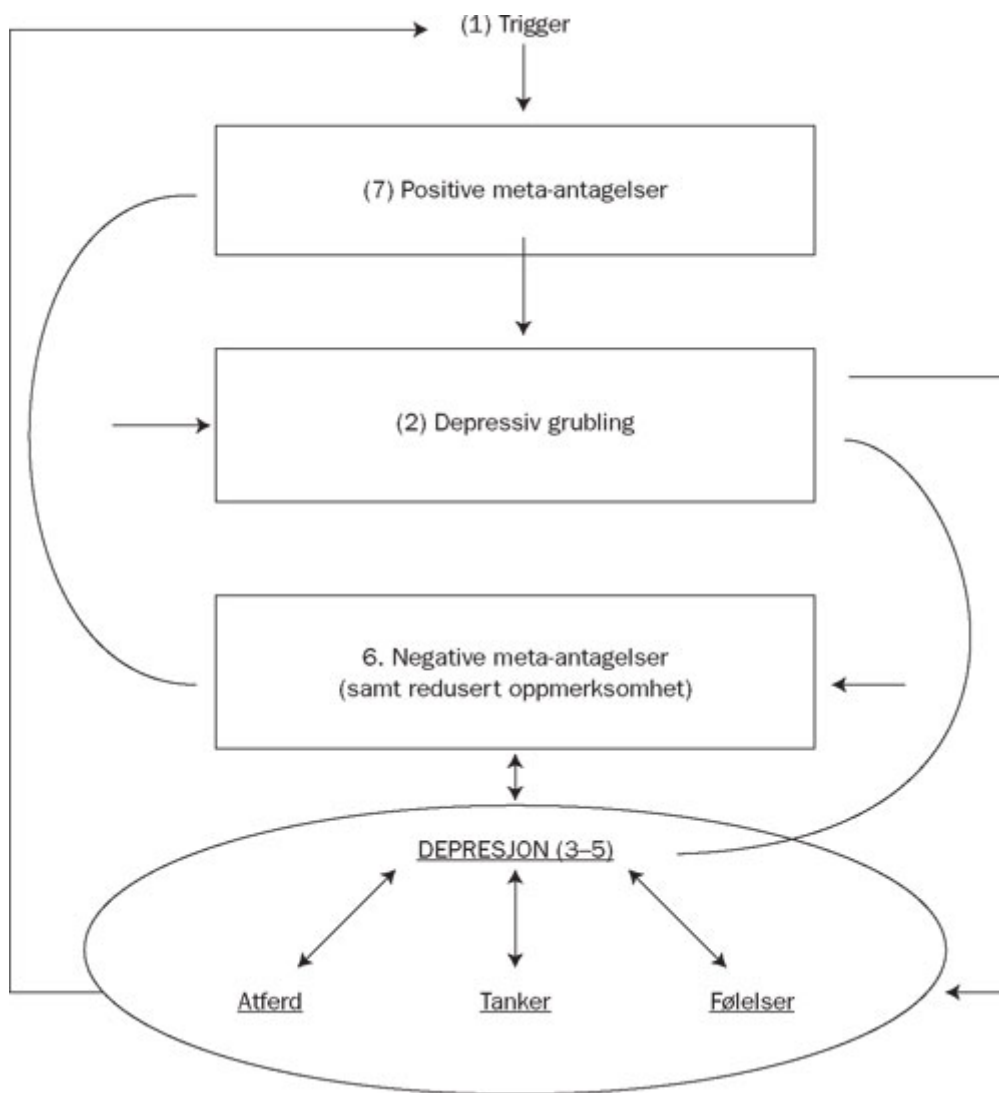
Nyere forskning viser at det er store terapeutiske gevinster ved å utvikle behandlingstilnæringer som spesifikt retter seg mot depressiv grubling (Wells, 2009).

Grubling defineres som en form for vedvarende, tilbakevendende negativ tenkning omkring en selv (Nolen-Hoksema, 2004). Dette ligner på det vi kaller bekymring; mens bekymringen retter seg mot fremtidige hendelser og er angstrelatert, er depressiv grubling knyttet til fortid og depressive symptomer (Wells, 2009). Typiske grubletanker er at man analyserer sine tidligere feil for å unngå å gjøre nye i fremtiden, eller at man kverner rundt tanker omkring hvorfor man kjenner seg deprimert. Grubleren antar at slike analyser vil gi innsikt i hvordan man skal komme seg ut av depresjonen.

Få psykologiske behandlingsmetoder har så langt lagt vekt på å redusere selve grubleprosessen. Kognitiv atferdsterapi (KAT) har primært vektlagt tankeinnholdet hos pasienten (Wells & Pagageorgiou, 2004). Dette er per i dag den best dokumenterte behandlingen ved depressive lidelser, men studier viser at kun halvparten blir friske fra sin depresjon etter endt behandling. Og etter 18 måneder har halvparten av de som ble friske, opplevd et tilbakefall (Dimidjian et al., 2006; Roth & Fonagy, 2006). Forbedringspotensialet er med andre ord stort for behandling av depresjon.

Dette bidraget ser på fenomenet depressiv grubling, og setter det inn i en terapeutisk sammenheng. Metakognitiv terapi (MCT) er en relativt ny psykologisk behandlingsform som retter seg mot å redusere grubleprosessen hos deprimerte. Artikkelen gir et grunnriss av den metakognitive modellen ved depresjon, og hvordan man kan anvende denne kunnskapen terapeutisk. Vi starter med å forklare noe av den teorien som ligger bak MCT.

Hva er metakognisjoner?



Figur 1. Den metakognitive modellen ved depresjon.

Metakognisjoner kan forstås som «tanker omkring tanker». Det teoretiske grunnlaget for MCT bygger på er det vi kaller *SREF*-modellen (Self-Regulatory Executive Function). Kort fortalt beskriver denne kognitive modellen informasjonsprosessering og hvordan ulike typer av tankeprosesser bidrar til å opprettholde psykiske lidelser (Matthews & Wells, 2004). Modellen antar at spesifikke kognitive oppmerksomhetsstrategier (CAS – Cognitive Attention Syndrom) bidrar til dannelsen og opprettholdelsen av psykologiske problemer. Disse kognitive oppmerksomhetsstrategiene består av (1) forhøyet selvoppmerksomhet, (2) vedvarende og gjentakende tankeprosesser i form av bekymring og grubling, (3) et sterkere fokus på trusler, og (4) bruk av uheldige mestringsstrategier som gjør at pasienten vedlikeholder sine psykologiske problemer.

De metakognitive antagelsene er sentrale i MCT fordi de er tett knyttet til pasienters valg av strategier for å regulere egne følelser. Sentralt i MCT er betydningen av metakognitive antagelser i valg av strategier for hvordan man regulerer sine følelser. Metakognisjoner kan deles inn i positive eller negative antagelser. Positive meta-antagelser er knyttet til *fordeler* med bruken av for eksempel bekymring og grubling. Et eksempel på en slik positiv meta-antagelse kan være: «Å bekymre meg over fremtiden kan gjøre meg bedre forberedt». Negative meta-antagelser er knyttet til

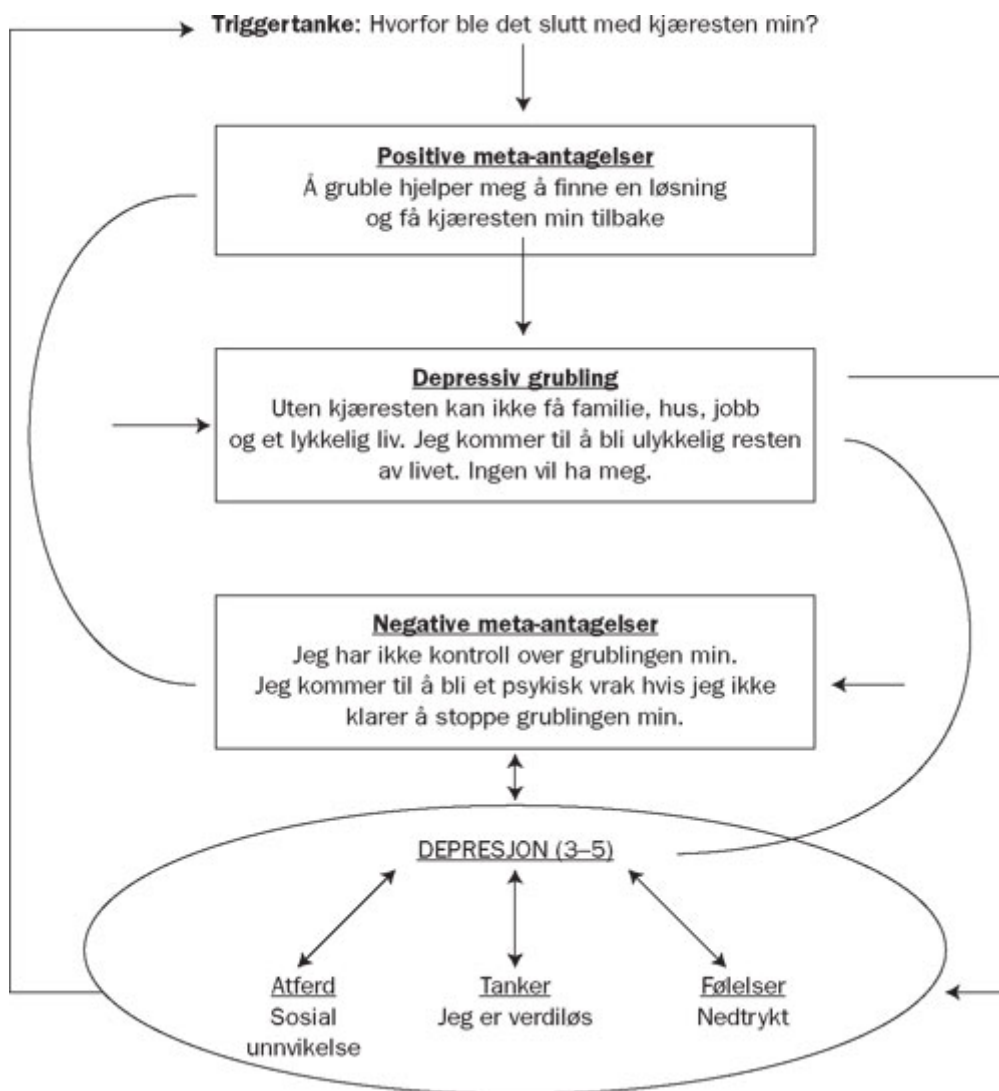
ukontrollerbarheten av grubling eller bekymring. Et eksempel kan være at personen tenker: «Jeg kan miste kontrollen over mine bekymringer, noe som fører til at jeg blir gal». MCT antar at positive meta-antagelser gjør en sårbar for å utvikle psykologiske problemer, mens negative meta-antagelser gir et følelsesmessig ubehag (Fisher & Wells, 2009). Slike tankeprosesser låser individet inn i en negativ sirkel fylt med grubling og bekymring, noe som gjør at angst og depressive symptomer vedvarer.

Den metakognitive modellen ved depresjon

Depressiv grubling er repetitiv og fokuser ofte på ens depressive symptomer, på årsaken og meningen med depresjonen, samt på de negative konsekvensene som følger av det å være deprimert (Wells, 2009). Typiske tanker for personen som grubler, er: «Hvorfor føler jeg meg slik? Hvorfor er jeg deprimert? Hvorfor blir jeg ikke bedre?» I tillegg til den depressive grublingen overvåker gjerne pasienten sine egne depressive symptomer og tanker, ofte i den tro at denne strategien kan fjerne depresjonen. Slike strategier har derimot en paradoksal effekt. Økt fokus på symptomer bidrar til ytterligere forhøyet selvoppmerksomhet. Blant atferdsstrategiene som ofte blir brukt, er unngåelse av aktiviteter og sosial kontakt typisk brukte mestringsstrategier som opprettholder depresjonen. Slike strategier gir ofte en kortvarig lettelse, men på lengre sikt gir det større anledning til depressiv grubling. De essensielle trekkene ved en metakognitiv modell for depresjon (Wells, 2009) er oppsummert i figur 1.

En typisk trigger i modellen er en negativ tanke om seg selv eller fremtiden, eller at man «kjenner» at man føler seg litt trist. Denne triggeren aktiverer positive meta-antagelser om fordelene ved grubling som en mestringsstrategi. Siden pasienten ikke har noen gode metoder for å stoppe grublingen, oppleves det som ukontrollerbart, og at det er skadelig og farlig. Tilbaketrekking og sosial unnvikelse gir mer rom for grubling, noe som igjen forsterker antagelsene om ukontrollerbarhet. Samlet bidrar dette til å forsterke depresjonen.

Metakognitiv behandling ved depresjon



Figur 2. Den metakognitive modellen ved depresjon illustrert ved et kasus.

Vi vil bestandig starte en behandling ved å bygge en kasusformulering sammen med pasienten. Spørsmålene stilles i en bestemt rekkefølge (se figur 1). Det første vi spør om, er hvilke triggertanker som starter grublingen, og hvilke tanker som følger etter denne triggeren: (1) «Hva var den første tanken du fikk som gjorde at du følte deg deprimert? (2) Hvilke tanker fulgte deretter? Hvor lang tid brukte du å gruble over dette?» Det neste man etterspør, er (3) hvilke følelser og symptomer pasienten opplevde når hun satt og kvernet på sine negative tanker, og (4) hvilke tanker hun endte opp med til slutt. Det er også viktig å avdekke hvilke strategier pasienten tar i bruk for å mestre sin depresjon, (jf. spesifikke kognitive oppmerksomhetsstrategier; CAS). (5) Hva gjør pasienten når hun opplever negative tanker og depressive symptomer? Kasusformuleringen avsluttes med spørsmål knyttet til de ulike meta-antagelser pasienten har knyttet til sin grubling. (6) Er det slik at pasienten tenker at grublingen er ukontrollerbar? Tror pasienten at hun kan gjøre noe for å endre sin depresjon, og om den er skadelig? Hvor oppmerksom er pasienten på sin egen grubleprosess? Når disse negative meta-antagelsene er identifisert, utforskes de positive meta-antagelsene: (7) «Er det fordeler ved å gruble på sine problemer? Tenker du at grubling hjelper deg å mestre?»

En kasusformulering ved en depressiv lidelse kan da få en form som vist i figur 2.

I dette eksemplet ser vi at det er tanker på en tidligere kjæreste som starter hele grubleprosessen. Grublingen kan pågå i flere timer og øker pasientens depressive symptomer (negative tanker, søvnproblemer, nedsatt energi og tanker om å ta sitt eget liv). Grublingen fører til en opplevelse av å være totalt verdiløs. Pasienten prøver å mestre sin depresjon ved å trekke seg tilbake fra sosiale situasjoner og redusere sitt aktivitetsnivå, men det gir bare rom for mer grubling og en opplevelse av at dette er noe som ikke kan kontrolleres. Pasienten blir deprimert av sin grubling, men tror likevel at det vil hjelpe henne med å finne løsninger på problemet.

Etter kasusformuleringen blir pasienten sosialisert til MCT. Først gjennomgås modellen, og det er viktig at pasienten opplever den som meningsfylt. Under sosialiseringsprosessen er det noen punkter som det er viktig å få frem, og som bereder grunnen for det videre terapeutiske arbeidet.

1. Det er viktig at pasienten ser dobbeltheten som er knyttet til antagelser rundt grubling. Hvordan kan grubling være noe positivt (en fordel) og kan hjelpe dem å komme seg ut av depresjonen, og samtidig være ukontrollerbart og skadelig (en ulempe)?
2. Et annet sentralt punkt relaterer seg til hvilke mestringsstrategier pasienten har brukt for å bli mindre deprimert, og hvor effektive disse har vært.

På denne måten begynner man i sosialiseringsprosessen å rokke ved de metakognitive antagelsene samtidig som man utfordrer pasientens mestringsstrategier. Samlet bidrar det til å lette overgangen fra sosialisering til de terapeutiske intervensjonene.

Frakoblet oppmerksomhet (DM)

Det er viktig at pasienten forstår forskjellen mellom triggertanker og selve grubleprosessen som følger i etterkant. Triggertanker er tanker som dukker opp av seg selv, og som kan oppleves som skremmende eller ubehagelige. Slike tanker leder også til grubling eller bekymring. En av hovedmålsettingene i MCT er å kunne la slike negative tanker komme og gå, fremfor å forsøke å prosessere dem videre eller forsøke å endre dem. Dette kaller vi frakoblet oppmerksomhet, og den består av to hovedmomenter:

- evnen til å kunne betrakte tanker uten å engasjere seg i dem, og
- det at du har en bestemt tanke, betyr ingenting om deg som person.

Pasientene får gjennom ulike øvelser og hjemmeoppgaver konkrete erfaringer med å observere triggertanker uten å engasjere seg i dem¹.

Utsettelse av grubling

Når pasienten er kjent med frakoblet oppmerksomhet og hvordan dette kan brukes i møtet med sine triggertanker, introduseres grublingsutsettelse som en annen ny strategi. Dette innebærer å utsette grublingen til et bestemt tidspunkt på dagen,

avgrenset til 15 minutters varighet. Grubletiden er frivillig, og de fleste pasienter benytter seg ikke av dette selv om de har anledning til å gjøre det. Gjennom frakoblet oppmerksomhet og grubleutsettelse opplever pasientene å få kontroll over sin grubling. Samlet sett gir dette pasienten en mer adaptiv kontroll over tankene sine, og det bidrar til en nedgang i depressive tanker og symptomer.



HVORFOR HVORFOR HVORFOR? Den deprimerte grubler over årsaken til og meningen med depresjon: «Hvorfor føler jeg meg slik? Hvorfor er jeg deprimert? Hvorfor blir jeg ikke bedre?» Metakognitiv terapi retter seg direkte mot å redusere grubleprosessen hos deprimerte. Foto: Flickr / M. Milosevic

Oppmerksomhetstrening (ATT)

Mange deprimerte pasienter er ikke klar over sine grublerier, og opplever gjerne at de har liten viljestyrt kontroll over sin oppmerksomhet. Oppmerksomhetstrening (ATT) er derfor en viktig komponent i behandlingen ved depresjon. Det er anbefalt at pasientene trener på ATT to ganger daglig, da denne treningen øker deres viljestyrte oppmerksomhetskontroll. For en nærmere utdypning av ATT se Wells (2009).

Meta-antagelser utfordres

Helt sentralt i behandlingen står arbeidet med å endre meta-antagelsene. I terapien utfordrer man først de negative meta-antagelsene knyttet til at grubling er ukontrollerbar. Terapeuten leter sammen med pasienten etter eksempler på unntak fra dette: «Hva skjer med grublingen når du til slutt sovner? Hva skjer med grublingen når du øker aktivitetsnivået? Hva skjer med grublingen når du blir opptatt av noe annet? Har du innimellom perioder uten grubling? Dersom grubling var helt ukontrollerbart, hvorfor stopper den da opp?» På denne måten viser terapeuten at pasienten har mer kontroll over grublingen enn pasienten opplever. Også arbeidet med frakoblet oppmerksomhet (DM), oppmerksomhetstrening (ATT) og grubleutsettelse vil øke opplevelsen av kontroll over grubling.

Pasienten blir også bedt om å hente frem en triggertanke som starter grubleprosessen. Gjennom atferdseksperimenter og sokratiske samtale undersøker vi om pasienten kan miste kontrollen over grublingen sin, om grubling er skadelig og om pasienten kan bli gal av å gruble. Terapeuten kan også lage atferdseksperimenter hvor man trener pasienten i å betrakte triggertanker uten å engasjere seg i dem. Frakoblet oppmerksomhet (DM), oppmerksomhetstrening (ATT) og grubleutsettelse gis som hjemmeoppgaver mellom timene, slik at pasientene får en opplevelsesmessig erfaring med å ta i bruk disse nye strategiene utenfor terapirommet.

**«Metakognitiv terapi er egnet i
behandling av depresjon, og
skiller seg fra andre
behandlingsformer med sitt
fokus på tankeprosesser fremfor
innholdet i tanker»**

Når ukontrollerbarheten av grublingen er redusert til et minimum, flyttes fokuset over til de positive meta-antagelsene. Disse utfordres ved å spørre pasienten: «Dersom det er bare fordeler med å gruble, burde ikke alle da gjøre mer av det? Hvis grubling var nyttig, ville ikke det ha ført til at depresjonen din har gått over? Det at du ikke har blitt kvitt depresjonen din, hva forteller det deg om hvor nyttig dette er?» Gjennom sokratiske spørsmål får pasienten en erkjennelse av de manglende fordelene med grubling, og at dette kun medfører ekstra problemer og bidrar til at depresjonen vedvarer.

Overfokus på symptomer

Mange deprimerte pasienter har en tendens til å overfokusere på sine symptomer. Våkner pasienten med en følelse av lite energi, er dette et tegn på depresjon og at man for eksempel bør hvile til man føler seg bedre. Denne opptattheten av symptomer gjør at man blir mer oppmerksom på sine negative tanker og kroppslige symptomer, noe som opprettholder depresjonen. Sammen med pasienten gjennomgår terapeuten fordeler og ulemper med å ha et slikt oppmerksomhetsfokus. Dette overfokuset på

symptomer er et eksempel på uheldige mestringsstrategier ved depresjon. Andre uheldige og vanlige mestringsstrategier kan være å redusere aktivitetsnivået, sove mer, overspise, bruke alkohol (eller andre rusmidler), og selvskading. Pasienten har gjennom behandlingen fått andre strategier han/hun kan benytte isteden, (f.eks. frakoblet oppmerksomhet), noe som medfører at pasienten etter hvert tør droppe de gamle mestringsstrategier og flytte fokus bort fra depressive symptomer.

Forebygging av tilbakefall

I arbeidet med å forebygge tilbakefall er det sentralt å få pasienten til å se forskjellen mellom sine gamle og nye måter å forholde seg til sine negative tanker og depressive symptomer på. I møte med pasienten kaller vi dette ofte «Gammel plan og Ny plan». En slik plan lages i fellesskap på et blankt A4-ark. Øverst noteres pasientens triggertanker, og deretter deles arket i to kolonner. Venstre side brukes til gamle strategier som pasienten brukte før behandlingen startet, og høyre side brukes til nye strategier som pasienten har lært i terapien. Begge kolonnene har tre punkter: 1) tankestil, 2) atferd og 3) oppmerksomhetsfokus. Følgende spørsmål brukes for å klargjøre forskjellen mellom pasientens gamle og nye plan i forhold til å mestre negative tanker og depressive symptomer:

- Hvordan tenkte du før omkring dine negative tanker, og hvordan forholder du deg til dem nå?
- Hva gjorde du for å mestre (atferd) din depresjon før behandlingen startet, og hva gjør du nå isteden?
- Var du overopptatt av depressive symptomer og negative tanker før behandlingen startet, og hvor er fokuset ditt nå?
- Hva har du lært av behandlingen?

«Gammel plan og Ny plan» blir noe pasientene kan ta frem etter behandlingen. Det gir en god oversikt over hovedmomentene i terapien, og fungerer som en huskeliste over hensiktsmessige og uhensiktsmessige strategier som pasienten kan repetere ved behov.

Konklusjon

Metakognitiv terapi er egnet i behandling av depresjon, og skiller seg fra andre behandlingsformer med sitt fokus på tankeprosesser fremfor innholdet i tanker. Ulike studier tyder så langt på at MCT-behandling har en meget god effekt, men det er hovedsakelig gjort på små utvalg (Wells 2009, Wells et al., 2007). Det gjenstår å undersøke effekten av MCT i større randomiserte og kontrollerte studier. En slik større studie er under oppstart i 2011 i regi av artikkelforfatterne og Trondheimsgruppen ved Psykologisk institutt, NTNU.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 1, 2012, side 59-63

Odin Hjemdal, Psykologisk institutt, NTNU

KONTAKT: odin.hjemdal@svt.ntnu.no

Roger Hagen

+ **Vis referanser**

Referanser.

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.

Fisher, P. & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy. Distinctive features*. Abingdon, Oxford: Taylor & Francis.

Matthews, G. & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In Costas Pagageorgiou & Adrian Wells (red.), *Depressive rumination. Nature, theory and treatment* (s. 125-152). London: Wiley & Sons.

Nolen-Hoksema, S. (2004). The response styles theory. In Costas Pagageorgiou & Adrian Wells (Red): *Depressive rumination. Nature, theory and treatment* (s. 107-124). London: Wiley & Sons.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Publishing.

Wells, A. & Pagageorgiou, C. (2004). Metacognitive therapy for depression. I Costas Pagageorgiou & Adrian Wells (red.), *Depressive rumination. Nature, theory and treatment* (s. 259-274). London: Wiley & Sons.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2007). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 290-300.