

Erfaringer ved bruk av metakognitiv terapi for barn og unge

Metakognitiv terapi (MKT) er en behandlingsform som har fått økende interesse i de siste årene. Målet med denne artikkelen er å vise hvordan MKT kan anvendes for barn og unge som plages med angstsymptomer.

TEKST

Stine Harstad
Svein Øverland

PUBLISERT 5. desember 2014

Metakognisjoner kan forstås som «tanker omkring tanker». Det teoretiske grunnlaget for MKT er *S-REF*-modellen («Self-Regulatory Executive Function- Model»). *S-REF*-modellen beskriver hvordan tankeprosesser er med på å bidra til å utvikle og opprettholde psykiske lidelser (Matthews & Wells, 2004). De negative tankeprosessene benevnes i MKT som «kognitivt oppmerksomhetssyndrom» (KOS), og består av (1) en forhøyet selvoppmerksomhet, (2) kjeder av bekymring og grubling, (3) trusselmonitorering (fokus på fare), og (4) bruken av uheldige mestringsstrategier som opprettholder pasientens problemer (Hjemdal & Hagen, 2012).

«Nye strategier som frakoblet oppmerksomhet og bekymringsutsettelse blir derfor presentert som andre måter å forholde seg til tanker på»

Alle individer har strategier for selvregulering. Valg av strategier for selvregulering er styrt av det vi kaller metakognisjoner. Positive metakognisjoner omhandler for eksempel fordeler med bruk av bekymring og grubling for å regulere ens negative tanker eller følelser. Noen pasienter er bekymret for at bekymringen og grublingen kan virke skadelig, eller at de opplever at de ikke kan kontrollere sin bekymring eller grubling. Dette benevnes som negative metakognisjoner.

Metakognisjoner hos barn og unge

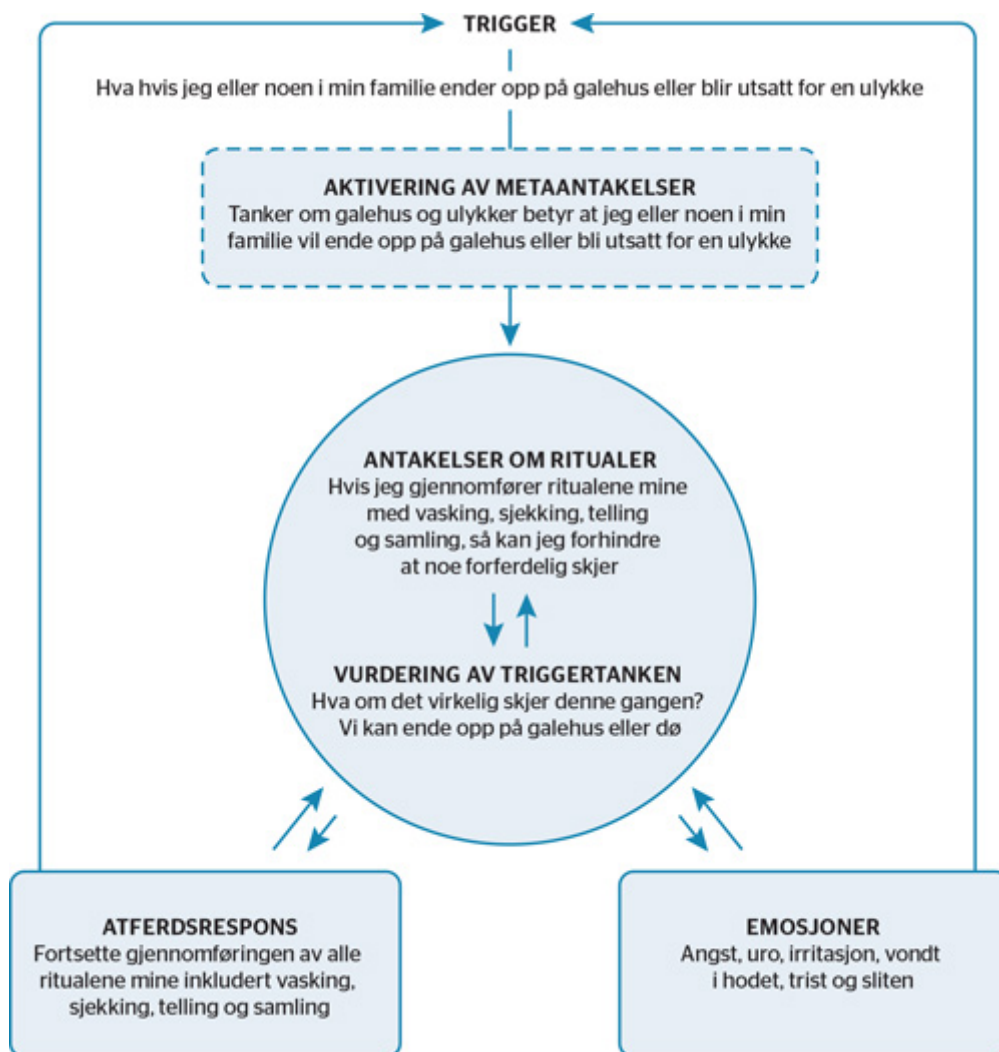
Utviklingspsykologien har vist at evnen til «å tenke over ens egne tanker» utvikles tidlig (Flavell, 1999). Etter hvert som barn modnes kognitivt, utvikles også deres metakognitive evner (Ellis & Hudson, 2010). Dette gjør at de er i bedre stand til å overvåke, planlegge og selvregulere sin egen atferd (Vasey, 1993). Cartwright-Hatton et al. (2004) viser at metakognisjoner hos ungdom (allerede fra 13-årsalderen) er meget like dem man finner hos voksne målt ved hjelp av spørreskjemaet Metacognitions Questionnaire – Adolescents (MCQ-A). Tilsvarende funn er gjort hos barn helt ned til 7-årsalderen når man har målt barns metakognisjoner ved hjelp av instrumentet Metacognitions Questionnaire Children (MCQ-C; Bacow et al., 2009). Skårer på MCQ-A og MCQ-C korrelerer positivt med symptomer på angst og depresjon. Dette kan indikere en sammenheng med graden av metakognisjoner og angstsymptomer og depressive symptomer hos barn og unge (Ellis & Hudson, 2010).

Kasuseksempel

Henriette (12 år) ble henvist for tredje gang til barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) for angst og tvangstanker. Det var uklart hva slags type behandling hun hadde fått ved tidligere behandlingsforløp. Det hadde skjedd en betydelig forverring av symptomene i de siste tre årene med økende grad og omfang av tvangstanker og -ritualer som påvirket hennes daglige fungering. Henriette brukte lite tid med jevnaldrende, unngikk sosiale situasjoner, ba foreldrene om å hjelpe henne med dagligdagse gjøremål, klarte ikke å gå i sokkelesten, hadde med klesskift på skolen, samlet på søppel (emballasje), vasket og dusjet seg veldig ofte og hadde vonde tanker om at enkelte mennesker var farlige og spøkelses. Hun ba kontinuerlig om forsikring av familiemedlemmene at hun gjorde ting på «den riktige måten», og var opptatt av at alle var trygge. I tillegg sov hun dårlig, og hadde tidvis svært liten appetitt. Til tross for tidligere suicidal tanker avkreftet hun dette ved oppstart av behandlingen. Foreldrene var meget bekymret for Henriette, og ønsket råd og veiledning om hvordan de kunne hjelpe og støtte henne. Henriette fortalte at hun var veldig usikker på om hun kunne få det bedre.

Kasusformulering

En viktig del i det terapeutiske arbeidet med barn og unge er å utarbeide en kasusformulering (Stoltenberg, 2007). I MKT finnes ulike typer kasusformuleringer avhengig av pasientens problematikk (Wells, 2011). Hovedmålet med å bygge en kasusformulering sammen med pasienten er å vise hvordan metakognitive antagelser, grubling og bekymring, fokus på fare og bruk av uhensiktsmessige mestringsstrategier opprettholder barnets og ungdommens psykiske problemer. Siden Henriettes hovedproblem først og fremst var knyttet til tvangstanker og tvangshandlinger, ble den metakognitive modellen for OCD brukt. (jf. figur 1)



Figur 1 OCD kasusformulering

Henriette hadde i flere år vært plaget av tanker om at hun eller noen i familien skulle ende opp på «galehus» eller bli utsatt for en ulykke. Tankene kom uanmeldt, og var ikke knyttet til eksterne stimuli eller hendelser. Disse triggertankene om galskap og ulykker aktiverte flere tanker som «Noe vondt kommer til å skje med meg eller min familie, jeg kommer til å bli gal og/eller jeg kommer til å dø». Dette gjorde henne engstelig, urolig, irritert og trist. Hun fortalte at hun følte seg ofte svært sliten med mye vondt i hodet. Henriette trodde at hvis hun tenkte på noe, så ville det skje i virkeligheten («tanke-handling-fusjon»; Wells, 2009). Henriette strevde med å håndtere de negative tankene og fortalte hvor krevende hun syntes dette var. For å dempe ubehaget forsøkte hun å takle de negative tankene ved kontinuerlig å sjekke at alle i familien var trygge, og innlemmet særlig foreldrene i dette. Hun holdt seg hjemme og brukte denne tiden til å bekymre seg, unngikk hverdagslige situasjoner hvor hun trodde at tvangstankene og ritualene kunne øke i styrke, samt krevde at foreldrene deltok i tvangshandlingene hennes. Henriette prøvde å skyve tankene unna (tankeundertrykking), samt forsøkte på mange andre måter å holde de påtrengende tankene under kontroll. Hun trodde at bekymring hjalp henne å mestre tvangstankene sine, og at bekymring gjorde henne forberedt på eventuelle fremtidige farer. Hennes negative metakognisjoner var at bekymring kunne gjøre henne gal, og hun opplevde bekymringen som ute av

kontroll. Foreldrene uttrykte stor fortvilelse over hennes symptomtrykk og var veldig bekymret for hvordan det skulle gå med henne.

For å få fatt i Henriettes metakognisjoner var det viktig å stille spørsmål som for eksempel: «Gjør du noe for å forhindre at farlige situasjoner skal oppstå?», «Forsøker du å bli roligere i situasjonen ved å gjennomføre tvangshandlingene?», «Har du forsøkt ikke å gjennomføre tvangshandlingene?» «Hvordan vet du når det ville være trygt ikke å gjennomføre tvangshandlingene?» og «Hva vilke skje hvis du ikke gjennomførte tvangshandlingene?». Henriette syntes at det var en helt ny måte å snakke og tenke om sin tvang på. Hun begynte å forstå at det var ikke hennes tanker som var problemet, men hvordan hun reagerte på disse som skapte trøbbel for henne. Foreldrene var med på slutten av hver timeavtale for å kunne ta del i denne endringen av fokus, og Henriette var ivrig på å fortelle hva vi hadde jobbet med.

Sosialisering

I MKT tenker man at det er ikke de negative tankene i seg selv som er problemet, men hvordan man forholder seg til dem. Å sosialisere pasienten og hans/hennes foreldre til en metakognitiv forståelse av problemet er neste steg i behandlingen. I terapien snakket vi om at mange barn og voksne sliter med tvang, og at alle kan ha plagsomme og rare tanker. Det kan være spesielt utfordrende å hjelpe barn og unge til å skifte perspektiv når det gjelder tvangstanker. Noen spørsmål som var hjelpsomme for Henriette var: «Hvis du behandlet tvangstankene som andre tanker uten noen spesiell mening, hvor vanskelige ville de da være for deg?», og «Hvis du tenkte at tvangstankene ikke var virkelige, måtte du da gjøre alle tvangshandlingene for å bli mindre engstelig?».

Henriette forklarte at hun forsøkte å kontrollere de påtrengende tankene ved å tenke på hyggelige tanker (som for eksempel en forelskelse eller gode ferieminner hun hadde). Vi har ofte opplevd at lærere og foreldre rundt barnet i god tro har introdusert bruken av 'positive tanker', som en måte å mestre tvangstanker på. Henriettes foreldre fortalte at de også hadde foreslått at hun skulle prøve å skyve tanken unna og heller prøve å tenke på noe annet (tankeundertrykkelse). For å vise hvordan slike strategier har en motsatt effekt enn først antatt, gjorde vi et eksperiment i en av timene. Vi benyttet en helt nøytral tanke i form av en rosa elefant. Henriette ble bedt om å la være å tenke på den rosa elefanten ett minutt, noe som viste seg å være helt umulig. Rosa elefanter dukket opp hele tiden når hun fikk beskjed om å holde denne tanken unna bevisstheten. Først lo Henriette av eksperimentet, men etterpå så vi paralleller til hvordan Henriette forsøkte å la være å tenke på galehus og ulykker. Henriette ble også spurt om: «Så hvis det ikke nytter å la være å tenke på elefanten, hva er det som gjør at det skal virke på tvangstankene dine?» Dette spørsmålet virket som en invitasjon til å snakke om at vi er tilbøyelige til å tolke noen tanker som viktigere fordi de gjør at vi føler oss triste eller engstelige. Det var også sentralt at foreldrene fikk informasjon om eksperimentet vi gjorde i timen, og hvordan det metakognitive perspektivet i forhold til tanker var ganske annerledes enn andre ting de hadde lært tidligere.

Endring av metakognisjoner

Målet med MKT er at barnet eller ungdommen skal få en ny måte å forholde seg på til tankene sine. De gamle strategiene som man har brukt, har ført til store problemer for dem. Nye strategier som frakoblet oppmerksomhet og bekymringsutsettelse blir derfor presentert som andre måter å forholde seg til tanker på. Dette er det motsatte av bekymring. Det at man oppdager at man kan endre reaksjonene sine når negative tanker dukker opp, opplever barnet eller ungdommen (og foreldrene) som veldig befriende. Det er viktig å undersøke hvordan pasienten forstår frakoblet oppmerksomhet og bruken av bekymringsutsettelse for å oppnå en ønsket effekt. Vår erfaring er at det er nyttig å få barnet eller ungdommen til å forklare hvorfor man skal gjøre dette, og hvordan man skal ta det i bruk. Det er også viktig at foreldrene skjønner hva terapeuten mener med de nye måtene barnet kan møte vanskelige tanker på. Foreldrene er viktige støttespillere i arbeidet mellom timene, og det er da essensielt at de har en delt forståelse av de nye strategiene.

For at Henriette skulle kunne nyttiggjøre seg frakoblet oppmerksomhet, måtte hun trene på å gjenkjenne triggertankene sine som startet hennes bekymringsprosess. Frakoblet oppmerksomhet ble deretter introdusert som en ny måte å møte de farlige tankene på. Det kan beskrives som å la tanker komme uten å engasjere seg i dem. Henriette sa at hun gruet seg til om hun ville klare å gjennomføre dette. For å kunne gi Henriette en god opplevelse av hva som menes med frakoblet oppmerksomhet, ble øvelsen med fri assosiasjon brukt som et eksempel. Ulike ord ble presentert for Henriette med noen sekunders mellomrom, og hun ble bedt om å observere hva som skjedde i hodet og kroppen uten å foreta seg noe for å påvirke tankene. Etter at vi hadde gjort dette med nøytrale ord, gjorde vi det en gang til, men denne gangen med Henriettes tvangstanker (triggertanker om ulykker og galehus). Målet var fortsatt å la tanken(e) komme og gå uten å engasjere seg i dem. Det er viktig at barnet eller ungdommen forstår at frakoblet oppmerksomhet ikke skal benyttes som et ritual for å unngå tvangstanker, men lar dem passere uten at man fortsetter å bekymre seg over dem. På nytt ble foreldrene informert om hva vi hadde trent på i timen, slik at de kunne støtte opp under at det Henriette hadde øvd på i timen, kunne overføres på hjemmebane.

Dersom barnet eller ungdommen strever med å forstå dette, kan man bruke mer konkrete metoder for å tydeliggjøre poenget. Man kan skrive den farlige tanken på et papir og feste det på et av vinduene i terapirommet. Barnet eller ungdommen kan da observere tanken fra der hun eller han sitter, uten å forsøke å endre den, samt kjenne hvordan det oppleves å være frakoblet fra tanken. Man ønsker å vise barnet eller ungdommen hva som skjer når man kan la være å bruke vanemessige reaksjoner når disse tankene dukker opp. Målet er at barnet oppdager at tanken er atskilt fra en selv, og at det er en stor forskjell på å tenke en tanke og «virkeligheten». Vi har erfart at dette ofte er en ny forståelse for hele familien, som gjorde det lettere for foreldrene å støtte Henriette i oppgavene hun gjennomførte mellom timene.

I forlengelse av arbeidet med frakoblet oppmerksomhet er det også lurt å arbeide med metakognisjoner om at bekymringer er ukontrollerbare. Bekymring oppleves som svært

ubehagelig og intenst hos barn og unge, og bekymringsutsettelse er noe som vi bruker for å hjelpe til med dette. Det innebærer at man avtaler et fast tidspunkt for dette, som gjerne kan være på ettermiddagen etter skolen er ferdig, utenfor faste fritidsaktiviteter og ikke for tett opp til leggetid slik at det påvirker søvnen. Barn og unge er ofte særdeles skeptiske til om dette lar seg gjennomføre, men de snur raskt når de allerede etter 1–2 ganger opplever en effekt om at dette faktisk går bra. Mange av våre unge pasienter har ofte slitt med sin problematikk over lang tid, og har ikke tenkt på hva som vil skje hvis de ikke responderer på de farlige tankene sine. Foreldrene må informeres om bruken av bekymringsutsettelse for å støtte barnet og ungdommen best mulig. De kan innledningsvis være skeptiske til dette og kan tenke at det virker for lett og banalt til å ha en varig effekt. Noen foreldre har også motsatte tanker om at det blir for krevende å gjennomføre. Vårt kliniske inntrykk er at behandlingen har vesentlig bedre effekt når både barnet eller ungdommen og foreldrene har en integrert forståelse av oppgaver og mål for behandlingen.

Henriettes motivasjon økte i takt med økt mestring etter at hun tok i bruk frakoblet oppmerksomhet og utsettelse av bekymring. Hun merket at tankene ikke ble så farlige lenger, og at hun opplevde mer kontroll over bekymringen sin. Da hun innså at hun kunne velge hvordan hun kunne reagere på de negative tankene sine, ble hun også mindre engstelig og trist. Henriette hadde fortsatt noen vedvarende negative metakognisjoner knyttet til ukontrollerbarhet og skade, selv om bruken av frakoblet oppmerksomhet og utsettelse hadde redusert dette betraktelig. Det var likevel viktig å arbeide videre med dette i terapien. Sammen utforsket vi hva som ville skje hvis Henriette ble forstyrret når hun bekymret seg, som når vennene ville «Skype» eller «chatte på Facebook». Kunne det da hende at hun glemte sine bekymringer og begynte å fokusere på noe annet? Videre snakket vi om hva det ville innebære for Henriette å miste kontrollen. For å tydeliggjøre betydningen av tanker knyttet til ukontrollerbarhet ble katastrofetenkning brukt som et eksperiment i terapien. Målet med dette var å sette Henriette i en situasjon som skulle øke hennes bekymring i så stor grad at hun trodde at hun ville miste kontrollen. Hun fikk i oppgave å tenke på at hunden hennes døde og bekymre seg så mye over dette at hun mistet kontrollen over bekymringene sine og ble gal. Istedenfor å miste kontrollen opplevde hun at bekymringen mistet sin styrke og intensitet. Barn og ungdommer kommenterer ofte at når vi gjør dette i timen, er det ikke et «ekte» eksperiment når terapeuten er til stede. Det er da lurt å få dem til å gjennomføre det som en hjemmeoppgave for å se hva som skjer utenfor terapirommet. Foreldrene ble informert om eksperimentet vi hadde gjort, og Henriette gjorde også dette hjemme. Også hjemme oppdaget hun at hun ikke kunne miste kontrollen over bekymringene sine.

Neste steg i behandlingen var å undersøke antagelser knyttet til skade. Henriette hadde antagelser om at 'bekymring kan være farlig og skade meg fysisk eller psykisk'. Vi ble enige om å gjennomføre et nytt atferdseksperiment for å undersøke om bekymring virkelig kunne resultere i hjertestans, noe Henriette fryktet. Etter eksperimentet hvor vi hadde en intens gjennomgang av disse tankene, erfarte Henriette på nytt at dette var

ikke noe å være redd for. Hun ble ytterligere beroliget, og fortalte stolt foreldrene om erfaringen hun hadde gjort. Ofte kan det være nyttig å ha foreldrene bak speilet knyttet til terapirommet ved et slikt eksperiment for å demonstrere virkningen best mulig.

Figur 2 Gammel versus ny plan for Henriette

Triggertanker:

- Hva om jeg eller noen i min familie ender opp på galehus?
- Hva om jeg eller noen i min familie eller blir utsatt for en ulykke?

Gammel plan:	Ny plan:
<p>Tankestil: Tanker om galehus og ulykker betyr at dette vil skje</p> <p>Det er viktig at jeg bekymrer meg for å unngå at jeg eller noen i familien min ender opp på galehus eller blir utsatt for en ulykke.</p> <p>Jeg må unngå å tenke på tanker om galehus og ulykker.</p>	<p>Tankestil: Hvis jeg får en vond/negativ tanke, utsetter jeg bekymringen til i morgen.</p> <p>Jeg tåler ubehag/bekymring/usikkerhet og minner meg selv om at dette er kun tanker.</p> <p>Jeg bruker frakoblet oppmerksomhet, og fortsetter med det jeg holder på med.</p>
<p>Atferd: Hvis jeg gjennomfører ritualene mine med vasking, sjekking, telling og samling, så kan jeg forhindre at noe forferdelig skjer.</p> <p>Jeg unngår sosiale situasjoner og er mindre på skolen for å unngå å komme i situasjoner hvor det kan skje noe farlig.</p> <p>Hvis foreldrene mine sier at alt er ok eller hjelper meg med ritualene, kan vi alle være helt trygge.</p> <p>Det er viktig at jeg har med meg ekstra klær på skolen slik at jeg kan holde meg helt ren og være trygg.</p>	<p>Atferd: Jeg har sluttet med ritualer fordi de er med på å øke negative tanker, og gjør at jeg utvikler ny tvangsproblematikk.</p> <p>Jeg vil være sammen med venner, og gå fast på skolen fordi dette gjør at jeg har det bedre.</p> <p>Jeg er fortsatt opptatt av å gjøre ting på best mulig måte, men ber nå ikke om forsikring av andre rundt meg på samme måte som tidligere.</p>
<p>Oppmerksomhetsfokus: Jeg må sjekke at jeg og de andre i familien min er trygge.</p> <p>Jeg må sjekke om jeg har negative tanker, og da forsøke å kontrollere eller undertrykke dem.</p>	<p>Oppmerksomhetsfokus: Jeg må slutte å sjekke og forsøke å kontrollere tankene mine.</p> <p>Jeg må tenke på de tingene jeg holder på med.</p>

Hva har jeg lært i terapien:

- Jeg trenger ikke å leve et liv med tvang.
- Jeg har nå de 'verktøyene' som jeg trenger for å klare meg videre.
- Jeg må ta i bruk den nye planen.

Figur 2 Gammel versus ny plan for Henriette

Når barn eller ungdom opplever at bekymringen er under kontroll, gjenstår arbeidet med de positive metakognisjonene. Eksempler på dette kan være «Bekymringer gjør at jeg mestrer livet mitt på en bedre måte», «jeg er klar for alt som kan gå galt», «bekymring hjelper meg til å få kontroll over de fæle tankene mine», og «jeg kan passe på ikke å komme i vanskelige situasjoner ved hjelp av bekymringene mine». Henriette mente at det var mange fordeler med å bekymre seg. Jo mer plaget Henriette ble av tvangen sin, desto sterkere ble hun i troen på at å bekymre seg hjalp henne. Hun holdt disse metakognitive antagelsene i stor grad skjult for andre (inkludert foreldrene), som var et stort hinder for bedring. I samtalene snakket vi om at de fleste barn og ungdommer har slike tanker om at bekymring er nyttig, men når dette går utover viktige daglige gjøremål og fungering, så bør man prøve å håndtere det på en annen måte. Vi så på hva hun mente var hjelpsomt med å bekymre seg, og hva som faktisk skjedde. Hun oppdaget etter hvert at bekymringer ikke løste noen problemer, og at dette gikk utover humøret hennes (hun ble engstelig og trist), samt at det gikk utover både skolearbeid og kontakt med venner.

Å arbeide med unnvikelse og uhjelpsomme mestringsstrategier

Å fange opp andre uhensiktsmessige måter barna og ungdommene bruker for å forholde seg til sine vanskelige tanker og følelser, er viktig. Henriette brukte mye tid på følge med på 'farefulle' situasjoner. I tillegg tilbakeholdt hun tidlig i behandlingen informasjon om sine ritualer og underrapporterte også bruken av disse. Synlige ritualer ved tvang er sjekking, vasking, rydding etc., mens noen kan være mer skjult, for eksempel et trygt sted, overvåkning av ens hukommelse, bønn, telling og tankeundertrykking. Det er svært viktig å fange opp alle uhensiktsmessige mestringsstrategier som barnet eller ungdommen bruker, og få dem til å slutte med dette for å få en best mulig behandlingseffekt. Det var også slik at Henriettes foreldre hadde 'tilrettelagt' for bruken av ritualer ved å hjelpe henne med å gjennomføre dem, og ved å unngå å konfrontere henne når hun gjennomførte ritualene ('fordi da får jeg henne ikke på skolen den dagen'). Vi samarbeidet med både Henriette og foreldrene for endring av disse strategiene. Det var også slik at Henriette gjennom frakoblet oppmerksomhet og bekymringsutsettelse hadde oppdaget nye måter å møte tanke sine på, slik at hun opplevde at hun enkelt kunne gi slipp på de gamle uhjelpsomme mestringsstrategiene sine.

Gammel og ny plan

I den siste fasen av behandlingen arbeidet vi med å lage det man kaller en ny og gammel plan. Her snakker man om ulike fremtidige situasjoner som kan oppstå, eller tanker barnet eller ungdommen kan oppleve som kan gi et tilbakefall. Hvis så: Hvordan kunne Henriette mestre dette ved hjelp av metoder og teknikker hun hadde lært i terapien? (jf. figur 2). Denne avsluttende prosessen var med på å understreke de

endringene som hadde skjedd i terapien, samtidig som Henriette fikk en påminnelse om hvordan hun skulle håndtere eventuelle nye utfordringer.

Oppsummering og konklusjon

Vi har gjennom dette kaseeksemplet vist hvordan MKT kan være en god behandlingstilnærming for barn og unge. I likhet med andre terapeutiske tilnærminger tenker vi at alliansen er sentral for både gjennomføringen og ikke minst måloppnåelse av behandlingen (Safran & Muran, 2000). Basert på våre erfaringer synes barn og ungdom (og foreldre) at MKT er en hjelpsom og annerledes tilnærming til vanskene deres. Henriette ga uttrykk for stor takknemlighet over å få snakke om problemene sine på en ny måte som ga mening for henne. Klinisk erfaring tyder på at de største endringene ikke skjer i selve terapitimen, men i barnets eller ungdommens daglige liv. Dette viser hvor viktig det er å få foreldrene til å forstå den terapeutiske tilnærmingen og metoden, slik at de i fellesskap kan trene mellom timene.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 12, 2014, side 1030-1036

TEKST

Stine Harstad, Nic Waals Institutt, Lovisenberg Diakonale Sykehus

Svein Øverland, psykologspesialist, leder av Nasjonal enhet for rettspsykiatrisk sakkyndighet (NERS)

+ Vis referanser

Referanser

Bacow T. L., Pincus D. P. & Brody L. R. (2009). The Metacognitions Questionnaire for Children: Development and validation in a clinical sample of children and adolescent with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*; 23,727-736.

Cartwright-Hatton, S., Mather, A., Illingworth, V, Brocki, J., Harrington, R. & Wells A. (2004). Development and preliminary validation of the Meta-cognitions Questionnaire - Adolescent Version. *Journal of Anxiety Disorders* 18, 411-422.

Ellis, D. M. & Hudson, J. L. (2010). The metacognitive model of generalized anxiety disorder in children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 13, 151-163.

Flavell, J. H. (1999). Cognitive development: Children's knowledge about the mind. *Annual Review of Psychology*, 50, 21-45.

Hjemdal, O. & Hagen, R. (2012). Meta-kognitiv behandling av depresjon. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49,59-63.

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

Safran, Jeremy D. & Muran, J. Christopher (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY, US: Guilford Press.

Stoltenberg, S. M. K. (2007). Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn: Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 11-16.

Vasey, M. W. (1993). Development and cognition in childhood anxiety: The example of worry. I T. H. Ollendick & R.J. Prinz (red.), *Advances in Clinical Child Psychology* (s. 1-39). New York: Plenum Press.

Wells, A. (2011). *Metakognitiv terapi for angst og depresjon*. Oslo: Gyldendal.

Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.