

# Metakognitiv terapi (MCT): Foreløpig status og indikasjonsområder

Metakognitiv terapi er en ny og lovende tilnærming innenfor gruppen av kognitive terapiformer. Den er anbefalt som en førstehånds behandlingsmetode for generalisert angstlidelse.

## TEKST

**Henrik Nordahl**

**PUBLISERT 7. januar 2014**

## ABSTRACT:

Metacognitive therapy (MCT): Current status and areas of use

Metacognitive therapy is founded on the model of self-regulation of executive functions and metabeliefs in psychological disorders. The model proposes that metacognitive beliefs about thoughts, feelings and strategies create a cognitive attentional syndrome consisting of worry/rumination, threat monitoring, and unhelpful strategies which causes distress. This article is to the author's knowledge the first to review the updated empirical evidence of the metacognitive model and treatment. Today there is extensive evidence for the cognitive attentional syndrome and metacognitions in a variety of psychological disorders. MCT has become a recommended treatment for generalized anxiety disorder, and has shown promising results in other psychological disorders.

Keywords: cognitive attentional syndrome, metacognition, metacognitive therapy, psychological treatment

## EMNER

Kognitiv oppmerksomhetssyndrom

Metakognisjon

Metakognitiv terapi

Psykologisk behandling

*Takk til Hans M. Nordahl for gjennomlesning av manus.*

Metakognitiv terapi (MCT) har i løpet av det siste tiåret utviklet seg til å bli en omfattende manualbasert behandlingsform som kan anvendes ved blant annet angstlidelser, depresjon, psykoser og personlighetsforstyrrelser. MCT har sitt fundament i SREF- modellen (Wells & Matthews, 1994), som beskriver psykologiske vansker ut fra en selvreguleringssvikt, der uhensiktsmessige kognitive strategier og atferdsstrategier er forbundet med negative persevererende responser som bidrar til å opprettholde og/ eller forsterke vanskene (Wells, 2000).

Hovedmålet med denne artikkelen er å oppsummere og oppdatere leseren på den nyeste forskningen som foreligger for den metakognitive modellen og terapien frem til i dag, samt formidle noen refleksjoner omkring videre utvikling i feltet. For en mer grundig innføring i praktisk bruk av MCT henvises den interesserte leser til Wells (2009).

## «Metakognitiv terapi åpner opp for en ny innfallsvinkel til forståelsen av psykiske lidelser»

Selv om bekymringsangst og depressiv grubling blir anerkjent og i noen grad beskrevet i standard kognitiv atferdsterapi (CBT) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), har flere fra den kognitive tradisjonen påpekt at man i for liten grad inkluderer disse sentrale tankestilene i kasusformuleringer og behandling av psykiske lidelser (Wells & Purdon, 1999). Oppmerksomhetens rolle, selvregulerende mål og vedvarende tankeprosesser har blitt lite vektlagt i teorien som ligger til grunn for CBT. Man har vært mer interessert i tanke- og følesesinnhold enn i tankestil og prosesser. Man har fokusert på tanker og forholdet mellom tanker, følelser og atferd; i mindre grad på metatanker, dvs. tanker og antagelser om våre tanker og reaksjoner (Wells, 2000). MCT ser ikke alene på hva man tenker, men også på hvordan man forholder seg til og responderer på egne tanker og (følelsesmessige) reaksjoner. Av dette kommer det sentrale postulatet om at hvordan man responderer på sine tanker, er viktigere enn hva man tenker (Wells, 2009).

### Hva er metakognisjoner?

Med metakognisjon menes den delen av den kognitive informasjonsbearbeidingen som monitorerer og regulerer tanker og emosjoner (Flavell, 1979). Metakognisjoner er kunnskap og antakelser om egen tenkning og assosierte emosjonelle tilstander, samt mestringsstrategier som påvirker begge (Wells, 2000). Eksempler på metaantakelser er antakelser om at tanker, opplevelser eller inntrykk er ukontrollerbare, skadelige eller overveldende. For eksempel kan man ved PTSD utvikle en oppfatning om at flashbacks er tegn på utviklende galskap, eller ved OCD at man kan komme til å gjøre noe fryktelig hvis man ikke kontrollerer tankene sine («å tenke at jeg skader et barn kan føre til at jeg gjør det»). Det er to hovedgrupper av metakognitive antakelser: positive og negative. De positive antakelsene omhandler fordelene ved tenkning og mental aktivitet, for eksempel «grubling hjelper meg å finne svar» eller «bekymring gjør meg forberedt». I kontrast til disse omhandler de negative antakelsene ulempene eller farene ved tenkning og mental aktivitet, for eksempel «hvis jeg ikke stopper å bekymre meg, vil jeg bli gal».

### Det kognitive oppmerksomhetssyndromet

Ifølge modellen er metakognisjoner regulatoren for det kognitive oppmerksomhetssyndromet (CAS; Wells, 2000), som er fellesbetegnelsen for alle uhesiktsmessige reguleringsstrategier. CAS består av ulike elementer: 1) overdreven

eller forlenget tenkning (for eksempel bekymring og grubling), 2) vedvarende oppmerksomhet rettet mot potensielle farer (trusselmonitorering), og 3) ulike former for tillærte mestringsstrategier. CAS opprettholder og øker tilgangen på negative tanker og følelser. For eksempel kan man ha metakognitive antakelser om at bekymringer gjør en forberedt samtidig som de også er ukontrollerbare, noe som medfører at bekymringsprosessen (CAS) får fortsette uten at man forsøker å stoppe den. S-REF modellen postulerer at det er hensiktsmessig å behandle det kognitive oppmerksomhetssyndromet direkte heller enn å behandle symptomer. Følgelig er det tre hovedmål i behandlingen (Wells, 2009): 1) å eliminere CAS, 2) å endre pasientens metakognitive antakelser om CAS, og 3) å trene på alternative adaptive mentale og atferdsmessige strategier. Med andre ord er MCT en transdiagnostisk behandlingstilnærming (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012). Forskning tyder på at behandling som rettes direkte mot CAS, kan være spesielt effektiv ved generalisert angst og depresjon, sammenlignet med andre nyere former for CBT (f.eks. ACT (Hayes, Strosahl & Wilson, 2011)) som også intervensjoner mot transdiagnostiske prosesser (Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway & Jencius, 2013).

## **1) Bekymring og grubling**

Bekymring defineres som en kjede av trusseltanker som hovedsakelig er verbale, som har et «enn om-format», og hvor formålet er å finne løsninger på antatte fremtidige trusselsituasjoner (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983). Grubling defineres som tankerekker med mål om å finne svar og meningen med blant annet hendelser i fortid og symptomer/tanker/følelser i nåtid (Wells, 2009). Ifølge den metakognitive modellen er både grubling og bekymring strategier for kognitiv og emosjonell selvregulering som kan aktiveres av indre hendelser som negative tanker og følelser (Wells & Matthews, 1994). Studier har vist at det er fellestrekk ved disse tankeprosessene, men at de samtidig er forskjellige subkategorier av repetitive, negative og selvrelevante tankestrategier som er rettet mot å mestre hendelser, tanker og emosjoner (Papageorgiou & Wells, 2004). Det er vist at bekymring og grubling spiller en signifikant rolle hva angår utvikling og opprettholdelse av angst og depresjon (Borkovec, 1985; Wells, 1995). Ideen om at bekymring kan forstyrre andre prosesser som er nødvendige for emosjonell prosessering, er sentral i metakognitiv teori, og har blitt empirisk bekreftet (Butler, Wells and Dewick, 1995; Wells & Papageorgiou, 1995). Det er også rapportert negative effekter av grubling ved psykiske lidelser (Nolen-Hoeksema, 2004; Papageorgiou & Wells, 2003). Positive metaantakelser om grubling er en sårbarhetsfaktor for grubling og negativ affekt (Kubiak, Zahn, Siewert, Jonas & Weber, 2013), og depressiv grubling opprettholder nedstemt humør etterfulgt av ubehagelige livshendelser (Nolen-Hoeksema & Larson, 1999). Grubling har blitt identifisert som sentralt i depresjon (Nolen-Hoeksema, 1991; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Papageorgiou & Wells, 2001). Bekymring er en fellesfaktor i angstlidelser, og har blitt identifisert som et sentralt symptom ved panikklidelse (Wells & Carter, 2001), sosial fobi (Clark & Wells, 1995, Mellings & Alden, 2000), helseangst (Bouman & Meijer, 1999),

traumatisk stress (Holeva, Tarrrier & Wells, 2002), og generalisert angstlidelse (Wells & Carter, 2001).

## **2) Oppmerksomhetsbias**

Oppmerksomhetsbias finnes i alle psykiske lidelser, og ved emosjonelle lidelser kjennetegnes det av selektiv oppmerksomhet rettet mot personlig relevant truende informasjon (Wells & Matthews, 1994). En rekke studier har demonstrert slike oppmerksomhetsbias eksperimentelt (f.eks. MacLeod, Mathews & Tata, 1986). Wells forfekter at trusselmonitorering er en sentral del av CAS, og at denne prosessen også opprettholdes av metakognisjoner (Wells, 2009). For eksempel har man ved sosial fobi et internt fokus på sine kroppslige reaksjoner (svette, rødming, skjelving), ved depresjon har man fokus på humør og energi, og ved OCD er man oppmerksom på uønskede tanker/ følelser og potensielle ytre farer. Betydningen av oppmerksomhetens rolle er svært sentral i MCT, men lite fokusert i CBT og i psykologisk behandling generelt (Wells, 2009).

## **3) U hensiktsmessige mestringsstrategier**

Her er det mange varianter, som distraksjonsstrategier og tankeundertrykkelse, men også bruk av rusmidler, selvskading eller unnvikelse. For eksempel har undertrykkelsen av ubehagelige tanker (tankeundertrykkelse), som for eksempel ofte brukes av pasienter med OCD, vist seg å medføre en frekvensøkning av de undertrykte tankene, og på denne måten virker strategien mot sin hensikt. Pasienter vil i stedet oppleve tankeunderstrykkelse som svært vanskelig og ukontrollerbart, samtidig som pasientens opplevelse av at man mister forstanden eller blir gal, forsterkes. I tillegg vil en slik strategi forhindre pasienten fra å få korrigert sine negative antakelser (Wenzlaff & Wegner, 2000). Myers & Wells (2013) har også vist at man kan øke frekvensen av tvangssymptomer hos studenter ved å indusere tankekontrollstrategier, som igjen bidro til å øke forekomsten av påtrengende tanker og ubehag.

## **Studier av den metakognitive modellen**

I den følgende seksjonen gjennomgår jeg studier som har undersøkt metaantakelser og CAS i ulike psykiske lidelser og ved avhengighetsproblematikk, uten at det foreligger behandlingsstudier per i dag. Dette er altså områder hvor det allerede foreligger grunnforskning som er i tråd med SREF- modellen, men hvor man trenger behandlingsstudier for å fastslå om MCT vil kunne være en effektiv behandling. I lidelser hvor det foreligger behandlingsstudier, er både metakognisjoner og CAS godt undersøkt, og disse vil bli gjennomgått senere.

Spada, Caselli og Wells (2012) har utviklet en metakognitiv modell for alkoholmisbruk som forklarer hvordan alkohol misbrukes for å oppnå selvregulering. Modellen viser hvordan positive og negative metaantakelser danner CAS, som igjen medfører negativ affekt og økt sannsynlighet for drikking i en eskalerende vond sirkel. Før alkoholinntak trigges personer av bilder, minner eller abstinenser som gjennom positive antakelser

(«hvis jeg ser for meg å bruke alkohol, kan jeg få kontroll over det») øker negativ affekt og dermed styrker negative antakelser («jeg må kontrollere tanker om alkohol så de ikke kontrollerer meg»). Den økte negative affekten vekker videre positive antakelser om bruk av alkohol for å mestre ubehaget, noe som igjen medfører negative antakelser om evnen til å kontrollere alkoholinntak. Det uregulerte alkoholinntaket som resulterer fra dette, fører til grubling i etterkant av alkoholinntaket; «hvis jeg analyserer hvorfor jeg har det slik, vil jeg forstå hvorfor jeg drikker». Denne grublingen fører videre til økt negativ affekt sammen med negative antakelser om slike tanker; «jeg har ingen kontroll over mine tanker om alkoholbruk». CAS øker negativ affekt og frekvensen av negative tanker, noe som igjen skaper sårbarhet for videre alkoholinntak (Spada et al., 2012). Det gjenstår å gjennomføre en randomisert kontrollert studie for å se om MCT vil kunne være effektiv hjelp for denne pasientgruppen.

Nikcevic og Spada (2010) gjennomførte «The metacognitive profiling interview» (Wells, 2000) på 12 personer som var avhengige av sigaretter. De fleste personene hadde positive antakelser om at røyking kunne regulere emosjonelle og kognitive tilstander («røyking gjør meg rolig»), samtidig som de hadde negative antakelser om kontroll («det er vanskelig å kontrollere røykesuget»), spesielt i fravær av ytre regulering som for eksempel arbeidstider. Man fant også en sammenheng mellom oppmerksomhet og stoppregler for røyking. Stoppregler er signaler eller stimuli som personer bruker for å endre eller stoppe anvendelsen av en strategi, for eksempel «jeg har røyket nok når jeg føler meg bedre». Dette tyder på at metakognisjoner kan spille en rolle ved sigarettavhengighet, og at behandling som retter seg mot disse, samt samspillet mellom mål, stoppsignaler og oppmerksomhetsfokus, vil kunne hjelpe personer med røykeslutt.

Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Nikcevic og Spada (2012) gjennomførte «The metacognitive profiling interview» (Wells, 2000) på 10 personer som hadde fått diagnosen CFS/ME. Forskerne fant at alle pasientene beskrev tankeprosesser (grubling/bekymring) som ble aktivert når de opplevde økt symptomtrykk. Man fant positive metaantakelser som omhandlet nytten av grubling/bekymring for å forstå symptomene og for å mestre dem, samt negative metaantakelser som omhandlet forverring av affekt, økt utmattelse og ukontrollerbarhet når tankeprosessene var satt i gang. Målet med å inngå i bekymring/ grubling handlet om å forhindre overaktivitet, kontrollere symptomer, bedre utmattelsessymptomer, finne årsaken til symptomene og å skape fremtidig lettelse av symptomer. Sju av pasientene kunne ikke identifisere et stoppsignal for sin grubling/ bekymring, mens tre pasienter identifiserte en bedring i utmattelsesrelaterte symptomer som stoppsignal. Videre rapporterte de fleste pasientene at oppmerksomhetsfokus ble rettet mot dem selv og deres symptomer når de opplevde dem, mens andre rapporterte at de brukte distraksjon. Ifølge den metakognitive modellen kan disse strategiene danne et kognitivt oppmerksomhetssyndrom spesifikt relatert til CFS/ ME som drives og opprettholdes av spesifikke metakognisjoner. Fra et behandlingsperspektiv tyder dette på at MCT kan være hjelpsomt for CFS/ME-pasienter, men det må undersøkes nærmere.

En studie undersøkte forholdet mellom metakognisjoner og anorexia nervosa (AN) (Cooper, Grocutt, Deepak & Bailey, 2007), og viste at pasienter med AN skåret høyere på negative, men ikke positive, metaantakelser sammenlignet med en kontrollgruppe. En annen studie fant samsvar mellom både positive og negative metakognisjoner og problematiske holdninger til spising (Konstantellou & Reynolds, 2010). Dette indikerer at endring av metakognisjoner kan bidra til et bedre behandlingsutfall for pasienter med spiseforstyrrelser, men foreløpig er det uklart hvilken spesifikk rolle metakognisjoner har i spiseforstyrrelser.

Det er kjent at personer som overlever kreft kan få emosjonelle vansker i etterkant av sykdommen. McNicol, Salmon, Young og Fisher (2013) argumenterer for at MCT vil være egnet til å hjelpe disse menneskene gjennom å benytte kjente teknikker fra angst- og depresjonsbehandling. Kasusundersøkelsen viste klinisk signifikant effekt av MCT på angst og depresjon etter endt kreftbehandling, og videre forskning er dermed nødvendig.

Det er økende empirisk støtte for at metakognisjon spiller en rolle for sårbarhet og opprettholdelse av psykotiske symptomer som hallusinasjoner (Morrison, Nothard, Bowe & Wells, 2004) og vrangforestillinger (Morrison et al., 2005). Morrison et al. (2011) fant at positive antakelser om paranoia er assosiert med alvorligere mistenksomhet, at pasienter med vrangforestillinger skåret høyere på negative antakelser om paranoia enn kontrollgruppen, og at psykosepasienter skåret høyere på positive og negative metaantakelser enn kontrollgruppen. Nyere forskning tyder på at metakognitive antakelser kan være viktig for å forstå ubehaget som assosieres med hallusinasjoner (Varese & Bentall, 2011), og dette indikerer at en metakognitiv modell kan brukes for å endre pasientens respons på psykotiske symptomer. Det er gjennomført en liten kassusserie hvor tre pasienter med en behandlingsresistent paranoid schizofren lidelse mottok mellom 11 og 13 timer MCT (Hutton, Morrison, Wardle & Wells, 2013). To av pasientene viste en klinisk signifikant bedring ved endt behandling, og for en av disse vedvarte bedringen ved 3 måneders oppfølging. Dette er en sammensatt og kompleks gruppe pasienter, og forfatterne konkluderer med at MCT med visse modifikasjoner bør undersøkes i større studier for denne pasientgruppen.

## **Hvilken effekt har MCT?**

I denne delen gjennomgår jeg effektene av oppmerksomhetstrening (ATT) og deretter behandlingsstudiene som foreligger så langt. Artiklene som er valgt ut, er hentet fra de antatt beste tidsskriftene innenfor psykologi og psykiatri. Det finnes artikler som ikke er inkludert her, men er utelatt fordi de er vurdert til ikke å bidra med videre informasjon og oppdatering.

## **Oppmerksomhetstrening**

Oppmerksomhetstrening (Attention Training Technique, ATT: Wells, 1990) er en teknikk utviklet med det formålet å forbedre kognitiv fleksibilitet, som er evnen til å være fokusert og konsentrert på en oppgave og ens evne til å motstå distraksjoner. Ifølge

den metakognitive modellen blir oppmerksomhetskontrollen lite fleksibel når fokus ligger på selvfokusert tankeprosessering og potensielle farer. ATT ser ut til å ha en effekt på de underliggende mekanismene som opprettholder bekymring og grubling, samt på antakelser om metakognitiv kontroll. ATT retter seg ikke mot symptomer i seg selv, men er utviklet som en mental treningsprosedyre (Wells, 1990). Det er nå flere studier på effekten og anvendelsen av ATT ved ulike psykiske lidelser hvor man har funnet symptomlette ved bruk av ATT alene, uten at annen behandling har vært gitt. ATT har vært brukt ved panikkelidelse (Wells, 1990; Wells, White & Carter, 1997), sosial fobi (Wells, White & Carter, 1997), depresjon (Siegle, Ghinassi & Thase, 2007; Papagerorgiou & Wells, 2000), hypokondri (Cavanagh & Franklin, 2000; Papagerorgiou & Wells, 1998) og schizofreni (Valmaggia, Bouman & Schuurman, 2007). Deprimerte pasienter har ofte lav metabevisthet, og derfor er ATT en sentral del av behandlingen ved depresjon (Wells, 2009). Effekten av ATT bør undersøkes i større studier for ulike psykiske lidelser, og enda vet man lite om hvordan ATT er virksom.

## **Behandlingseffekt**

*Generalisert angstlidelse.* MCT for GAD retter seg mot antakelser om bekymring heller enn bekymringer som pasientene har. Wells og King (2006) gjennomførte først en åpen studie hvor de gav 6-12 timer MCT for GAD. De rapporterte tilfriskning hos 87,5 % like etter behandlingen, og 75 % ved 6 og 12 måneders oppfølging. Wells et al. (2010) fant i en kontrollert studie hvor de sammenlignet MCT og AR (applied relaxation), samme resultat som i Wells og King (2006). Van der Heiden, Muris og van der Molen (2012) gjennomførte en RCT hvor de sammenlignet MCT, venteliste og kognitiv terapi (IOU; intolerance- of-uncertainty therapy). Resultatet viste at MCT var svært effektiv, da 91,% av pasientene ble friske, noe som var signifikant bedre enn IOU (80,%) og venteliste. Samtidig så man at behandlingseffekten holdt seg ved 6 måneders oppfølging. Det er også gjennomført en pilotstudie på MCT for GAD i gruppeformat som tentativt konkluderer med at dette er effektivt (Van der Heiden, Melchior & de Stigter, 2013). Det er mye som tyder på at MCT ved GAD vil bli en veletablert behandling (Van der Heiden, 2013), ettersom den allerede i dag oppfylder kravene for en evidensbasert behandling (NICE, 2012).

*Depresjon.* I en kassserie ble pasienter behandlet med 8 ukentlige sesjoner (Wells et al. 2009). Man så store forbedringer når det gjaldt depresjon, angst og metakognisjoner. For eksempel var gjennomsnittlig skår på Beck Depression Inventory (BDI) 24 før behandling, mens den var 6 etter behandling. Ved oppfølging etter tre måneder oppfylte alle pasientene standardkriterier for tilfriskning i henhold til BDI. Ved seks måneders oppfølging hadde en pasient hatt ett tilbakefall, men viste fortsatt en signifikant bedring. I en åpen studie av MCT ved depresjon fant man stor bedring, både når det gjaldt depresjons- og angstsymptomer, samt signifikant reduksjon av depressiv grubling og negative metakognitive antakelser. Cirka 80 % av pasientene var friske etter behandlingen, og 70 % var fortsatt friske ved 6 måneders oppfølging (Wells et al., 2012). Bevan, Wittkowski & Wells (2013) gjennomførte en kassserie hvor seks kvinner med postpartum-depresjon mottok 8-12 timer MCT basert på depresjonsmodellen. Man fant

stor effektstørrelse (Cohen's  $d = 3,12$ ), og alle kvinnene var utenfor klinisk signifikant område ved endt behandling og ved 3 og 6 måneders oppfølging. I tillegg rapporterte pasientene at de følte et sterkere bånd til sitt nyfødte barn etter behandlingen. Denne studien tyder på at postpartum-depresjon kan behandles med MCT, men større randomiserte kontrollerte studier mangler på dette feltet.

*Sammensatte kroniske lidelser.* Nordahl (2009) utførte den første RCT-studien som sammenlignet MCT med CBT for pasienter som hadde sammensatte lidelser preget av langvarige depresjons- og angstsymptomer. Diagnostisk heterogene pasienter med sammensatte kroniske lidelser som ikke hadde respondert på medisiner eller annen terapi ble randomisert til to grupper (CBT vs MCT). Man fant forbedring når det gjaldt angst, depresjon og bekymring i begge gruppene, men pasientene som mottok MCT, fikk redusert angst og bekymring signifikant mer enn CBT-gruppen. Svakheterne i denne studien er at langtidseffekter ikke ble målt, og man manglet uavhengige diagnostiskere. Denne studien indikerer at MCT i større grad enn CBT kan fungere som en transdiagnostisk tilnærming til pasientgrupper med sammensatte lidelser og komplekse tilstander med høy komorbiditet.

*Sosial fobi.* Wells (2007) beskriver hvordan MCT kan brukes ved sosial fobi; man vektlegger i større grad modifikasjon av oppmerksomhets- og bekymringsprosesser, og reduksjon av analysing/grubling under og etter atferdseksperimenter, enn i en ren kognitiv modell. En kassserie viste at en korttidsbehandling (gjennomsnittlig 6 timer) var effektiv og effekten vedvarende ved seks måneders oppfølging for alle pasientene, med en gjennomsnittsreduksjon pre til post i FNE (Fear of Negative Evaluation) på omtrent 14 (Wells & Papageorgiou, 2001). Dannahy og Stopa (2007) fant at sosialt engstelige studenter bekreftet sterkere negative metaantakelser og skåret høyere på «selvbevissthet» enn studenter som skåret lavt på sosial angst. McEvoy, Mahoney, Perini og Kingsep (2009) fant at reduksjon av grubling ved endt CBTbehandling var assosiert med symptomreduksjon ved sosial fobi. Det er nå gjennomført en randomisert kontrollert studie hvor man sammenligner MCT med Paroxetin, kombinasjonen mellom MCT og Paroxetin og pille-placebo (Nordahl et al., in press). Denne studien viser lovende resultater for MCT (effektstørrelse 2,45); MCT var signifikant bedre enn kombinasjonsbehandling og Paroxetin alene.

*Posttraumatisk stresslidelse.* MCT ved posttraumatisk stresslidelse (PTSD) har blitt evaluert i en rekke studier (Wells & Sembi, 2004; Wells et al., 2008; Wells & Colbear, 2012). I en randomisert kontrollert studie fordelte Wells og Colbear (2012) pasienter med PTSD til venteliste eller MCT. I MCT-gruppa fant man at 80 % ble helt friske og at 10 % av pasientene ble bedre, sammenlignet med at bare 10 % opplevde noe bedring i ventelistegruppen. Her er begrensningene at man ikke har testet MCT for alle typer traumatisk stress, og man vet foreløpig ikke om MCT er en effektiv metode ved komplekse traumer.

*Tvangslidelse.* Effekten av MCT ved OCD har blitt undersøkt både hos barn (Simons, Schneider & Herpertz-Dahlmann, 2006), hos voksne (Fisher & Wells, 2008) og i en gruppeterapistudie (Rees & van Koesveld, 2008). Alle studiene viser gode resultater. En



undersøkelse utført av Myers, Fisher og Wells (2009) fant at metakognisjoner forklarte OCD-symptomer selv når man kontrollerte for bekymring og ikke-metakognitive antakelser som ansvarsfølelse og perfektjonisme. Solem, Håland, Vogel, Hansen og Wells (2009) fant at endring i metakognisjoner predikerte behandlingsutfall for pasienter som mottok ERP-behandling (eksponering med responsprevenesjon), noe som kan indikere at det er metakognitive prosesser som medierer behandlingsutfall også ved eksponering.

### **Status for metakognitiv behandling**

Kan man hevde at MCT oppfyller kravene til en evidensbasert behandling? Dersom vi anvender kriteriene om at en psykologisk behandling skal (1) understøttes av to uavhengige RCT-er av tilstrekkelig størrelse og kvalitet, (2) vise signifikant større effekt enn venteliste eller vanlig behandling (TAU), og (3) at det ikke er evidens for skadelige effekter (Roth & Fonagy, 2006), så kan man hevde at MCT på noen områder er en evidensbasert behandling. Likevel er det svakheter ved at det så langt er gjennomført mest åpne studier og små kontrollerte studier som sammenligner MCT med venteliste eller eksponering. Framover er det viktig å sammenligne MCT i større grad med de mest effektive dokumenterte behandlinger (bona fide behandling). Man må i større grad undersøke langtidseffektene av MCT over 1 og 2 år, og det er et stort behov for flere RCT-studier, samt en gjennomgående etterprøving av tidligere funn. En styrke ved MCT er at den har et godt teoretisk fundament som bygger på empiri, som igjen danner grunnlaget for konkrete modeller som kan testes. Dette tyder på at MCT er en tilnærming som etter hvert kan etableres ved en rekke psykiske lidelser, men enda kjenner vi ikke hvilke tilstander som er de sentrale indikasjonsområdene for bruk av MCT, og hvilke som er indikasjonsområder for at MCT ikke bør anvendes. Frem til nå er det for eksempel lite publisert forskning som omhandler personlighetsforstyrrelser, men studier på blant annet emosjonelt ustabile pasienter er underveis. Det aller meste av forskningen som foreligger så langt, er gjort i 4-5 fagmiljøer (Manchester, Liverpool, Trondheim, Hannover, Groningen, Sydney), og det vil være nødvendig at flere andre forskningsgrupper replikerer de studiene som foreligger. En styrke ved MCT er at den synes å være intuitivt akseptert av de fleste pasienter, og at terapien ser ut til å gi god effekt på kort tid. MCT har hovedsakelig vist seg effektiv på områder hvor det allerede finnes god psykologisk behandling. Man må derfor undersøke om MCT kan være nyttig ved tilstander som har vist seg å være vanskelige å behandle, og om MCT over tid viser seg mer effektiv på tilstander som allerede har gode, etablerte behandlingstilnærminger. Man må også forske mer på pasienter som ikke responderer på MCT; skyldes dette terapeutens kompetanse eller begrensinger ved behandlingen?

**«Metakognitiv terapi er nå en  
førstehånds anbefalt  
behandling for generalisert  
angstlidelse»**

## Konklusjon

En gjennomgang av den metakognitive modellen og terapien viser at det allerede er mye forskning på området. Foreløpig er det mer forskning som støtter opp om modellen enn om behandlingen, og behandlingsdataene er primært basert på mange åpne studier, men flere randomiserte studier har kommet til i de senere år. MCT for GAD er nå en førstehånds anbefalt behandling i NICE (2012), men det er fortsatt for tidlig å spørre om MCT kommer til å bli en etablert behandling for andre psykiske lidelser i fremtiden. MCT åpner opp for en ny innfallsvinkel til forståelsen av psykiske lidelser og anvender nye teknikker som egner seg for pasientgrupper som har kroniske depresjoner, generalisert angst, PTSD og psykoseproblematikk, lidelser som det tradisjonelt har vært vanskelig å behandle. Hvilke begrensninger og kontraindikasjoner som foreligger, kjenner man fortsatt for lite til.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 1, 2014, side 14-21*

### TEKST

**Henrik Nordahl**, stipendiat og psykolog, Psykologisk institutt, NTNU og St. Olavs hospital

KONTAKT: henriknorda@gmail.com

+ [Vis referanser](#)

### Referanser

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Bevan, D., Wittkowski, A. & Wells, A. (2013). A Multiple-Baseline Study of the Effects Associated With Metacognitive Therapy in Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58, 69-75.
- Borkovec, T. D. (1985). Worry: A potentially valuable concept. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 481-482.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 9-16.
- Bouman, T. K. & Meijer, K. J. (1999). A preliminary study of worry and metacognitions in hypochondriasis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 6(2), 96-101.
- Butler, G., Wells, A. & Dewick, H. (1995). Differential effects of worry and imagery after exposure to a stressful stimulus: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 45-45.
- Cavanagh, M. J. & Franklin, J. (2000). Attention training and hypochondriasis: Preliminary results of a controlled treatment trial. I *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Vancouver, Canada.
- Clark, D. M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. I R. G. Heimberg, M. Liebowitz, D. Hope & F. Schneier (red.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, (s. 69-93). New York: Guilford.
- Cooper, M. J., Grocutt, E., Deepak, K. & Bailey, E. (2007). Metacognition in anorexia nervosa, dieting and non-dieting controls: A preliminary investigation. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 113-117.

- Dannahy, L. & Stopa, L. (2007). Post-event processing in social anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1207-1219.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S., & Jencius, S. (2013). The cognitive attentional syndrome: Examining relations with mood and anxiety symptoms and distinctiveness from psychological inflexibility in a clinical sample. *Psychiatry Research*, 210, 215-219.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117-132.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911.
- Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 247-252.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.
- Holeva, V., TARRIER, N. & Wells, A. (2002). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32(1), 65-83.
- Hutton, P., Morrison, A. P., Wardle, M., & Wells, A. (2013). Metacognitive Therapy in Treatment-Resistant Psychosis: A Multiple-Baseline Study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1-20.
- Kaur, A., Butow, P. & Thewes, B. (2011). Do Metacognitions Predict Attentional Bias in Health Anxiety? *Cognitive Therapy and Research*, 35, 575-580.
- Konstantellou, A. & Reynolds, M. (2010). Intolerance of uncertainty and metacognitions in a non-clinical sample with problematic and normal eating attitudes. *Eating Behaviors*, 11, 193-196.
- Kubiak, T., Zahn, D., Siewert, K., Jonas, C., & Weber, H. (2013). Positive Beliefs about Rumination Are Associated with Ruminative Thinking and Affect in Daily Life: Evidence for a Metacognitive View on Depression. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 1-9.
- MacLeod, C., Mathews, A. & Tata, P. (1986). Attentional bias in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Nikcevic, A.V. & Spada, M.M. (2012). Metacognitive Factors in Chronic Fatigue Syndrome. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 552-557.
- McEvoy, P. M., Mahoney, A., Perini, S. J. & Kingsep, P. (2009). Changes in post-event processing and metacognitions during cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 617-623.
- McNicol, K., Salmon, P., Young, B. & Fisher, P. (2013). Alleviating Emotional Distress in a Young Adult Survivor of Adolescent Cancer: A Case Study Illustrating a New Application of Metacognitive Therapy. *Clinical Case Studies*, 12, 22-38.
- Mellings, T. & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour research and therapy*, 38(3), 243-257.
- Morrison, A. P., Gumley, A. I., Ashcroft, K., Manousos, R., White, R., Gillian, K. et al. (2011). Metacognition and persecutory delusions: Tests of a metacognitive model in a clinical population and comparisons with non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 50, 223-233.
- Morrison, A. P., Gumley, A. I., Schwannauer, M., Campbell, M., Gleeson, A., Griffin, E. et al. (2005). The Beliefs about Paranoia Scale: Preliminary validation of a metacognitive approach to conceptualizing paranoia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 153-164.
- Morrison, A. P., Nothard, S., Bower, S. E. & Wells, A. (2004). Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: A comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1315-1323.
- Myers, S. G., & Wells, A. (2013). An experimental manipulation of metacognition: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour research and therapy*, 51,

177-184.

Myers, S. G., Fisher, P. L. & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 436-442.

National Institute of Clinical Excellence (NICE). Generalized anxiety disorder in adults: Evidence Update (2012). <http://www.nice.org.uk/>

Nikcevic, A. V. & Spada, M. M. (2010). Metacognitions about Smoking: A Preliminary Investigation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17, 536-542.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569-582.

Nolen-Hoeksema, S. (2004). The Response Style theory. I C. Papageorgiou & A. Wells (red.), *Depressive rumination: Nature theory and treatment*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.

Nolen-Hoeksema, S. & Larsen, J. (1999). *Coping with loss*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition & Emotion*, 7(6), 561-570.

Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 152-159.

Nordahl, Vogel, Stiles, Morken, Sandvik, Wells (in prep.). A randomized controlled trial of the effects of Paroxetine, cognitive therapy and pillplacebo in severe social anxious and avoidant patients. Manuscript. NTNU. 2013.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (1998). Effects of attention training on hypochondriasis: A brief case series. *Psychological Medicine*, 28(1), 193-200.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 407-413.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261-273.

Papageorgiou, C. & Wells, A. (red.). (2004). *Depressive rumination: Nature, theory, and treatment*. Chichester, UK: Wiley.

Rees, C. S. & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 451-458.

Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.

Siegle, G. J., Ghinassi, F. & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(2), 235-262.

Simons, M., Schneider, S. & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive Therapy versus Exposure and Response Prevention for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75, 257-264.

Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B. & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 301-307.

Spada, M. M., Caselli, G. and Wells, A. (2012), A Triphasic Metacognitive Formulation of Problem Drinking. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Published online.

Valmaggia, L. R., Bouman, T. K. & Schuurman, L. (2007). Attention training with auditory hallucinations: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(2), 127-133.

- van der Heiden, C. (2013). Metacognitions in generalized anxiety disorder: theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13, 135-141.
- van der Heiden, C., Melchior, K., & de Stigter, E. (2013). The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: A Pilot Study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 1-7.
- 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, 100-109.
- Varese, F. & Bentall, R. P. (2011). The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: a literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 850-864.
- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation-induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21, 273-280.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(03), 301-320.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2007). *Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 18-25.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. & Carter, K. (2001). Further tests of a cognitive model of generalized anxiety disorder: Metacognitions and worry in GAD, panic disorder, social phobia, depression, and nonpatients. *Behavior Therapy*, 32(1), 85-102.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A. & Colbear, J.S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 373-381.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: a multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 291-300.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 367-373.
- Wells, A. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove UK: Erlbaum.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11), 881-888.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 579-583.
- Wells, A. & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 713-720.
- Wells, A. & Purdon, C. (1999). Metacognition and cognitive-behaviour therapy: a special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 71-72.
- Wells, A. & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(4), 307-318.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely et al. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 85-92.
- 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, 429-434.

Wells, A., White, J. & Carter, K. (1997). Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(4), 226-232.

Wenzlaff, R. M. & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual review of psychology*, 51(1), 59-91.