

Transdiagnostisk behandling av angstlidelser



I metakognitiv terapi arbeider terapeuten med antagelser om tenkning. I en ny doktorgrad viste behandlingsformen seg effektiv for sammensatte angstlidelser.

TEKST

Sverre Urnes Johnson

PUBLISERT 5. april 2018

DE FLESTE PASIENTER har flere diagnoser, og komorbiditet er vanlig (Kessler et al., 2012). Komorbiditet betyr at en pasient oppfyller kriteriene for forskjellige lidelser samtidig. Behandling av psykiske lidelser har ofte blitt rettet mot spesifikke diagnoser, såkalt diagnosespesifikk behandling. Utviklingen av diagnosespesifikke manualer har vært svært fremtredende, særlig innenfor kognitiv atferdsterapi, og har ført til en økt forståelse av hvilke prosesser som driver lidelser. Samtidig har psykoterapifeltet de siste 15 årene dreiet mot et transdiagnostisk perspektiv i behandling av psykiske lidelser (Barlow et al., 2011; Wells, 2009; Wells & Matthews, 1994). Et slikt perspektiv har som siktemål å arbeide med prosesser som er felles på tvers av lidelser. Det er en rekke fordeler med et transdiagnostisk perspektiv på psykiske lidelser. Behandlere kan blant annet bruke mindre tid på å lære seg spesifikke modeller, noe som kan medføre mindre ressurser på terapiopplæring.

I min doktoravhandling har jeg sammen med Asle Hoffart og Bruce E. Wampold fra Modum Bad og Hans M. Nordahl ved NTNU sammenlignet effekten av metakognitiv terapi (MKT) og diagnosespesifikk kognitiv atferdsterapi (KAT), som er den best

dokumenterte behandlingen for spesifikke angstlidelser. MKT er en transdiagnostisk behandlingsform og retter seg spesielt mot strategier som kjennetegner en rekke psykiske lidelser, som grubling, bekymring, oppmerksomhet rettet mot spesifikke farer og uhensiktsmessig atferd (Wells, 2009). I metakognitiv terapi arbeider terapeuten med *antagelser om tenkning* (metakognisjoner). Enkelte metakognitive antagelser kan føre til at personer velger strategier som over tid opprettholder og forsterker vanskelige følelser.

Kognitiv atferdsterapi er et paraplybegrep for forskjellige terapiretninger. I behandlingsstudien benyttet vi de best dokumenterte og mest effektive diagnosespesifikke manualene for henholdsvis PTSD (Prolonged Exposure; Foa & Rothbaum, 2007), sosial fobi (Clark & Well, 1995) og panikk med og uten agorafobi (Clark, 1990).

Effekten av metakognitiv terapi

I doktoravhandlingen inngikk det tre separate studier. I studie I i avhandlingen evaluerte vi effekten og nytten av den transdiagnostiske metakognitive modellen i behandlingen av en pasient med alvorlig angstlidelse og høy grad av komorbiditet (Johnson & Hoffart, 2017). Pasienten hadde tidligere gjennomført diagnosespesifikk KAT uten tilstrekkelig effekt. Å sammenfatte ulike problemer i *en* kasusformulering er imidlertid hensiktsmessig og mulig i en MKT-behandling. Resultatene viste at pasienten hadde en pålitelig forandring i BDI og SCL-90 ved avslutning av behandling, og ved ett års oppfølging var skårene fremdeles innenfor normalområdet. Studien viste også at en metakognitiv kasusformulering kan lages uavhengig av pasientens primære diagnose, og i større grad ta utgangspunkt i pasientens strategier for regulering av følelser og antagelser om disse strategiene.

Studie II evaluerte effektiviteten av MKT og KAT i en randomisert kontrollert studie som inkluderte 90 pasienter med enten en sosial fobi som primærdiagnose, panikk lidelse med og uten agorafobi eller posttraumatisk stresslidelse (Johnson, Hoffart, Nordahl & Wampold, 2017). Pasientene hadde i snitt tre til fire diagnoser, og de hadde hatt sin angstlidelse i gjennomsnitt i 16 år. De fleste av pasientene var uføretrygdet eller på arbeidsavklaringspenger. De hadde heller ikke hatt tilstrekkelig utbytte av behandling tidligere. Pasienter som i hovedsak er utenfor arbeidslivet og har hatt angstlidelsen i over 16 år, inkluderes sjelden i randomiserte kontrollerte studier. Samtidig er pasientene godt egnet for å studere effekten av en transdiagnostisk behandlingsform siden mange av pasientene i gruppen har flere diagnoser. Fra start til slutt av behandlingen var det signifikante forskjeller i angstnivå til fordel for MKT på selvrapportskjema, men ikke på det intervjubaserte utfallsmålet. Ved ett års oppfølging fant vi ingen vesentlige forskjeller mellom behandlingene. Dataene ved ett års oppfølging er imidlertid vanskelig å tolke, siden de fleste pasientene hadde gått i behandling også etter utskrivelse. Det var imidlertid ingen forskjell mellom de to behandlingsmetodene i effekt på komorbide diagnoser og symptomer. Antagelsen om

at MKT, som en transdiagnostisk behandlingsmodell, skulle ha større effekt på komorbide diagnoser og symptomer, ble dermed ikke støttet.

Innen-person-variasjon og mekanismer for endring

I studie III målte vi sentrale terapiprosesser og pasientene angstopplevelse. Ved hjelp av ukentlige målinger underveis i terapiforløpet var det mulig å skille to ulike typer variasjon: hvordan pasienter er forskjellig fra hverandre (mellom-person-effekt), og hvordan pasienter endrer seg i forhold til seg selv (innen-person-effekt). Vi kunne således studere om det å endre negative tanker eller metakognisjoner hadde betydning for angst, gitt pasientens eget gjennomsnittsnivå (Johnson et al., 2018). I terapi er det nemlig ikke først og fremst viktig om pasienten skiller seg fra andre pasienter (mellom-person-effekt). Det vesentlige er om pasienten utvikler seg, det vil si om pasienten på et tidspunkt er forskjellig fra seg selv på et tidligere tidspunkt. Tradisjonelt har behandlingsforskning undersøkt mellom-person-effekter, mens klinikere ofte er mer opptatt av innen-person-endring. Resultatene indikerte at pasientens metakognisjoner ble redusert mer i MKT enn i KAT i løpet av behandlingen. Vi fant en innen-person-effekt av kognisjoner (negative tanker) og metakognisjoner på angst. Imidlertid var det ingen interaksjon med MKT og KAT, det vil si at det ikke var noen vesentlig forskjell mellom metakognisjoner og kognisjoners påvirkning på angstnivået i de to behandlingsbetingelsene.

Konklusjon

Avhandlingen viser at både metakognitiv terapi og diagnosespesifikk KAT har effekt på angstsymptomer, men at metakognitiv terapi har større effekt ved avslutning av behandling. Psykologer som klarer å hjelpe en pasient til å redusere metakognisjoner eller tro mindre på negative tanker i en terapiuke, vil kunne forvente at angsten reduseres i den påfølgende uken. Ved å måle pasienten hyppig flere ganger i løpet av et terapiforløp er det mulig å teste hypoteser som er relevante for klinikere.

Hovedfunn

- Metakognitiv terapi (MKT) har større effekt på angstsymptomer enn kognitiv atferdsterapi (KBT) ved avslutning av åtte ukers behandling på Modum Bad.
- Det var ingen forskjell mellom MKT og KBT ved ett års oppfølging.
- Endring av metakognisjoner og kognisjoner predikerer redusert angst når man sammenligner personen med seg selv på et tidligere tidspunkt i behandlingen.
- Metakognitiv terapi er godt egnet for å arbeide med sammensatte angstlidelser.

Doktorgrad på metakognitiv terapi

Sverre Urnes Johnson disputerte for sin doktorgrad *Generic Metacognitive therapy and disorder-specific cognitive behavioral therapy for comorbid anxiety disorders: outcomes and mechanisms of change* 11. januar 2018 ved Psykologisk institutt, UiO. Doktorgradsprosjektet er finansiert ved prosjekt dobbeltkompetanse i psykologi ved Universitetet i Oslo og Modum Bad. Asle Hoffart var hovedveileder for prosjektet, og Bruce Wampold var biveileder.

Avhandlingen består av tre separate arbeider som alle er publisert i internasjonale tidsskrift.

Johnson vant stipendiatprisen 2017 ved UiO for den ene artikkelen i avhandlingen (RCT-studien).

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 4, 2018, side 271-273

TEKST

Sverre Urnes Johnson, Dobbeltkompetansestipendiat UIO/Modum Bad

+ Vis referanser

Referanser

Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Client Workbook*. USA: Oxford University Press.

Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.

Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*, 41, 68.

Foa, E.B., Hembree, E.A., & Rothbaum, B.O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences*. USA: Oxford University Press.

Johnson, S.U., & Hoffart, A. (2016). Metacognitive Therapy for Comorbid Anxiety Disorders: A Case Study. *Frontiers in Psychology*, 7, 1515.

Johnson, S.U., Hoffart, 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.

Johnson, S.U., Hoffart, 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 Counseling Psychology*, 65, 86-97.

Kessler, R.C., Avenevoli, S., McLaughlin, K.A., Green, J.G., Lakoma, M.D., Petukhova, M., . . . Merikangas, K.R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US national comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A). *Psychological Medicine*, 42(9), 1997-2010.

Wells, A. & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. UK: Erlbaum Associates.

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