



**DET PSYKOLOGISKE FAKULTETET**



*Evidensgrunnlaget for metakognitiv terapi: en systematisk litteraturgjennomgang av  
randomiserte kontrollerte studier*

**HOVEDOPPGAVE**  
*Profesjonsstudiet i psykologi*

Mari Hauken

Høst/2017

Takk til veileder Roar Solholm

## **Sammendrag**

Denne oppgaven er en presentasjon av metakognitiv terapi og en systematisk litteraturgjennomgang av evidensgrunnlaget for denne behandlingen. Oppgaven tar for seg studier som undersøker effekten av metakognitiv terapi i behandling av mennesker med psykiske lidelser. Studiene som ble inkludert tilfredsstilte følgende kriterier: 1) Studien undersøkte metakognitiv terapi basert på modellen til Wells og Matthews (1996). 2) Forsøkspersonene hadde en psykiatrisk diagnose, 3) Det var en randomisert kontrollert studie, 4) Artikkelen var skrevet på engelsk eller skandinavisk språk.

I henhold til inklusjonskriteriene ble 8 studier ble inkludert, og kvaliteten på studiene ble vurdert med tanke på risiko for feilkilder og troskap til terapimetode. Alle studiene viste at MCT var en effektiv behandling av psykiske lidelser, men studiene varierte i hvor godt de kom ut i vurderingen av risiko for feil troskap til terapimetode, derfor varierer det også hvor mye vekt man kan legge på resultatene. Det vurderes likevel at effekten av metakognitiv terapi er støttet av de inkluderte studiene, særlig fordi de studiene som kom best ut i vurdering av risiko for feilkilder og troskap til terapimetode også viste at metakognitiv terapi er effektivt.

## **Abstract**

This is a presentation of metacognitive therapy and a systematic review of the evidence for the therapy. The paper reviews clinical trials of metacognitive therapy for patients with emotional disorders. The inclusion criteria were as follows: 1) The study investigated the effect of metacognitive therapy based on Wells and Matthew's theory (1996). 2) The participants in the study had a psychiatric disorder. 3) It was a randomized controlled study. 4) The article was written in English or Scandinavian language. In accordance to the inclusion criteria, 8 studies were included. The quality of the included studies were evaluated by assessing risk of bias and

treatment fidelity. All the included studies found metacognitive therapy to be effective. The quality of the studies varied, so the importance of the evidence from the different studies are not equal. However, also the high quality studies found metacognitive therapy to be effective; therefore, metacognitive therapy is supported by the evidence in this systematic review.

***Stikkord:*** Metakognitiv terapi, systematisk litteratursøk, randomiserte kontrollerte studier

Mot slutten av 1900 tallet foregikk det en diskusjon i USA om forholdet mellom psykologisk praksis og forskning. Det ble påpekt at retningslinjene som ble brukt i klinisk praksis, om hva slags behandling ulike pasienter burde ha, burde være basert på forskning. Det vil si at behandlingsstudier hadde vist at terapien som ble anbefalt for en pasientgruppe faktisk var effektiv for denne pasientgruppen (Lambert, 2013; Odland). Den amerikanske psykologforeningen (APA) etablerte en arbeidsgruppe som behandlet disse spørsmålene, og i 1995 presenterte de kriterier for hva som kreves for at man skal kunne argumentere for at en behandling er effektiv for en pasientgruppe (American Psychological Association, 1995, 2002; Lambert, 2013; Odland) Det ble besluttet at dette skulle være APAs offisielle retningslinjer. I 2000 ble retningslinjene erstattet av en revidert utgave. I retningslinjene blir det trukket frem at randomiserte kontrollerte studier, hvor man søker å maksimere indre validitet, er en god måte å undersøke om en terapi er effektiv. Det argumenteres for at hvis en terapi skal ansees som en empirisk støttet behandling for bestemte pasienter bør det være flere RCT studier, gjort i ulike kontekster, som viser at terapien er effektiv for en denne pasientgruppen (American Psychological Association, 2002)

Dette ble imidlertid kontroversielt, og i 2004 etablerte APA en ny arbeidsgruppe bestående av medlemmer med ulike standpunkt, med oppdrag om å komme til enighet om hvordan kliniske psykologer skal forholde seg til forskningsevidens (American Psychological Association, 2005; Odland). Resultatet ble en erklæring om evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), som ble stemt frem av APA's Council of Representatives som deres offisielle standpunkt. EBPP innebærer at den kliniske psykologen integrerer den beste tilgjengelige forskningen med

klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens kulturelle bakgrunn og ønskemål (American Psychological Association, 2005; Odland) Hensikten med erklæringen er å fremme virksom psykologisk praksis, for at dette skal kunne bedre folkehelsen (Odland)

Prinsipperklæringen fastslo at intervensjoner som ennå ikke er undersøkt av kontrollerte studier ikke automatisk må ansees som uvirksomme. Men erklæringen vektlegger at de behandlingsmetodene som psykologer bruker ideelt sett bør ha støtte i forskning, og at nye behandlinger med lite forskningsgrunnlag som blir tatt i bruk bør evalueres grundig, og eventuelle hindringer for at de blir undersøkt i forskning må fjernes (American Psychological Association, 2005). I 2006 vedtok Norsk Psykologforening å slutte seg til erklæringen (Odland).

### **Det metakognitive perspektivet på psykiske lidelser**

Metakognitiv terapi (MCT) er en relativt ny behandlingsform som er basert på Self-Regulatory Executive Function (SREF) modellen for psykiske lidelser (Matthews & Wells, 1996). Denne modellen bygger på kognitiv terapi, men inkluderer kunnskap om informasjonsprosessering, som oppmerksomhet, ulike nivå av kognisjon, og monitorering og kontroll over prosessering (Matthews & Wells, 1996).

Sentralt i modellen er beskrivelsen av en prosesseringsstil, «cognitive attentional syndrome» (CAS). CAS består av bekymring, grubling, fiksert oppmerksomhet og maladaptive selvreguleringsstrategier/mestringsstrategier (Wells & Matthews, 1996; Wells, 2009a). Det er et ensporet negativt tankemønster som er selvforsterkende og oppleves ukontrollerbart, og kan bidra til utviklingen av psykiske lidelser. Ifølge modellen er det metakognisjoner; kunnskap/antakelser om kognisjon og prosesser som regulerer kognisjon, som bidrar til å utvikle CAS. I MCT søker man å få pasienten til komme ut av CAS og få en mer adaptiv

informasjonsbehandling ved å utfordre og endre metakognitive oppfatninger og prosesser som bidrar til CAS (Wells 2000, 2009a).

MCT er en manualbasert behandlingsmetode som opprinnelig ble laget for å behandle generalisert angst lidelse (GAD), men metoden har blitt utviklet videre og tilpasset andre angstlidelser, depresjon, psykose og personlighetsforstyrrelser (Nordahl, 2014b). MCT blir også brukt av norske psykologer, og i 2013 ble Norsk forening for metakognitiv terapi stiftet (<https://mct-institute.no/>).

Denne oppgaven vil begynne med å presentere det metakognitive perspektivet på psykiske lidelser og metakognitiv terapi, fordi MCT er en relativt ny og ukjent behandlingstilnærming i Norge. Deretter vil oppgaven undersøke hvor god støtte MCT har randomiserte kontrollerte studier. Det vil det bli gjort et systematisk litteratursøk for å identifisere randomiserte kontrollerte studier som undersøker effekten av MCT. Kvaliteten på studiene vil bli evaluert ved undersøke risiko for systematiske feil ut ifra kriteriene til Cochrane Collaboration, og troskap til terapimetode ut ifra Bellg et al., (2004) sin modell. Resultatene vil bli oppsummert og diskutert, for å vurdere hvor god støtte MCT har i RCT studier.

### **Teoretisk bakgrunn for metakognitiv terapi: SREF modellen**

Et premiss i den metakognitive forståelse av psykiske lidelser er at det finnes tre nivå av kognisjon som interagerer med hverandre (Matthews & Wells, 1996). (1) Det første nivået er et nettverk av informasjonsbehandlings-enheter som driver lav-nivå prosessering av stimuli. Aktiviteten på dette nivået er stort sett automatisk og refleksiv, og krever ikke selektiv oppmerksomhet. Individet er vanligvis ikke bevisst på aktiviteten til dette nettverket, men nettverket kan skape inntrykk som kommer opp til bevisstheten, det vil si neste nivå av

kognisjon. (2) På det andre nivået foregår det bevisst behandling av tanker og atferd, som krever aktiv bruk av oppmerksomhet. Aktiviteten på dette nivået er viljestyrt, og vanligvis oppleves det også som viljestyrt. (3) Det metakognitive nivået er det øverste nivået, og det består av kunnskap/oppfatninger, blant annet om egen kognisjon, som er lagret i langtidshukommelsen. Det metakognitive nivået monitorerer og tolker kognisjon fra de lavere nivåene, og regulerer kognisjon på de lavere nivåene. Det metakognitive nivået har til enhver tid en oversikt over den nåværende informasjonsbehandlingen, og styrer den etter en plan. En metafor for dette er en dirigent for et orkester (Wells, 2000; Wells, 2009a; Wells & Matthews, 1996)

SREF er et mønster av informasjonsbehandling som er som er relevant for utviklingen av psykiske lidelser. SREF driver med selvregulering og emosjonsprosessering. SREF prosessering foregår på nivået for bevisst tenkning. Individet har viljestyrt kontroll over aktiviteten til SREF systemet, fordi det er avhengig av selektiv oppmerksomhet (Wells & Matthews, 1996, Wells 2009a).

SREF retter oppmerksomheten mot selvet og følger med på om ytre informasjon, eller indre informasjon fra kroppen eller tanker og følelser, er relevant for selvet. SREF registrerer potensielle trusler mot selvet, og følger med på om det er forskjell mellom individets nåværende tilstand og måltilstand (Wells & Matthews, 1996).

Når det registreres en forskjell mellom nåværende tilstand og måltilstand utøver SREF selvregulering, det setter i gang operasjoner for å redusere avstanden mellom nåværende tilstand og måltilstand (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1996). Disse operasjonene kan være oppgavefokuseret, for eksempel at individet forbereder seg grundig til et møte hun/han er nervøs for. Operasjonene kan også gå ut på å endre oppfatninger, for eksempel å si til seg selv at det er ikke så viktig hvordan det går på møtet. (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1996). Når målet er



oppnådd avsluttes operasjonen. Operasjonen kan stoppe midlertidig ved at den forstyrres av annen prosessering som krever selektiv oppmerksomhet. Men siden målet ikke er nådd vil prosesseringen sannsynligvis begynne igjen når individet blir eksponert for informasjon som er relevant for målet (Wells & Matthews, 1996). Vanligvis er SREF aktiviteten kortvarig, fordi individet velger en passende selvreguleringsstrategi som gjør at målet blir nådd raskt (Wells, 2000).

Aktiviteten til SREF er styrt av selv-oppfatninger som finnes på det metakognitive nivået. Selv-oppfatninger er kunnskap lagret i langtidshukommelsen som brukes for å vurdere hva slags stimuli som er relevant for selvet. Selv-oppfatninger består også av informasjon om ulike måter å håndtere problemer på («coping»). Selv-oppfatninger kan ha både en implisitt og eksplisitt form. Den implisitte formen er program eller planer med bestemte mål som styrer kognitive prosesser som selektiv oppmerksomhet, gjenhenting av minner, tolkning og metakognitiv prosessering som respons til stimuli. Den eksplisitte formen er en formulering av programmet eller planen. Den eksplisitte formen kan ansees som en konsekvens («out-put») av at individet har brukt den implisitte selv-oppfatningen. For eksempel kan den implisitte formen være et program for å overvåke omgivelsene for potensielle trusler, mens den eksplisitte formen er «hvis jeg fokuserer på fare vil jeg klare å unngå skade» (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1996).

Noen av de operasjonene som SREF setter i gang er metakognitive, de bidrar til å opprettholde eller endre informasjonsbehandling. Systemet kan monitorere automatisk lavere nivå prosessering, for eksempel tilstedeværelsen av visse typer kroppsreaksjoner eller tanker (Wells & Matthews, 1996). SREF systemet kan påvirke informasjonsbehandling både på automatisk og bevisst nivå, og det kan påvirke oppfatninger på det metakognitive nivået. Det påvirker automatisk prosessering ved å øke sensitivitet for visse typer stimuli som er relevant for

planer eller program. Det påvirker kontrollert bearbeiding ved å styre selektiv oppmerksomhet, for eksempel kan den sørge for at oppmerksomheten brukes på grubling som er relevant for en operasjon, mens andre typer informasjon som ikke er relevant for denne operasjonen oversees (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1996). SREF påvirker oppfatninger på det metakognitive nivået gjennom at selv-oppfatninger blir styrket når SREF benytter dem, særlig hvis selvoppfatningen raskt førte til måloppnåelse (Wells, 2000).

På denne måten er informasjonsbehandling kontinuerlig en dynamisk prosess som styres av interaksjonene mellom selv-oppfatninger, kontrollert bearbeiding og automatisk prosessering. Innholdet i bevisstheten er til enhver tid et resultat av kontrollert og automatisk informasjonsbehandling (Wells & Matthews, 1996).

SREF systemet skaper emosjonelle responser når det er en reell eller forventet mislykket måloppnåelse i en operasjon for selv-regulering. Det betyr at som regel er SREF systemet aktivert når individet opplever emosjoner (Wells, 2000; Wells & Matthews, 1996). Emosjoner kan også påvirke SREF aktivitet, ved å påvirke hva slags informasjon som hentes fram fra langtidshukommelsen. Hos mennesker med psykiske lidelser blir ofte emosjoner i seg selv gjenstand for SREF prosessering, noe som kan bidra til å opprettholde SREF aktiviteten. For eksempel kan en pasient med panikk lidelse tolke angst som et tegn på hjerteinfarkt. Noen pasienter kan lav toleranse for å oppleve negative emosjoner, og SREF systemet deres kan arbeide kontinuerlig med å følge med på tegn på emosjonell aktivering, og undertrykke emosjonelle responser (Wells, 2000).

Her er en beskrivelse av hvordan emosjonelt relevant informasjon prosesseres ut ifra SREF modellen: Først prosesseres stimuli automatisk av lavere-nivå prosesseringsenheter, og det skaper inntrykk som aktiverer SREF systemet hvis det er potensielt emosjonelt relevant. Deretter

foretar SREF en vurdering av hvorvidt inntrykket er emosjonelt relevant, det vil si at informasjonen signaliserer forskjell mellom måltilstand og nåværende tilstand. Hvis det vurderes som emosjonelt relevant vil SREF systemet planlegge operasjoner for å redusere forskjellen mellom nåværende tilstand og måltilstand, og sørge for at operasjonene gjennomføres. Disse planene kan innebære endring av selektiv oppmerksomhet, endringer av oppfatninger, og justering av sensitiviteten til lavere-nivå prosesseringsenheter, slik at visse typer stimuli får lavere terskel for å bli registrert og komme inn i prosesseringssystemet (Wells & Matthews, 1996).

Et eksempel på det sistnevnte kan være at SREF systemet til en pasient med panikkelidelse har en plan om å registrere kroppslige signaler som kan være et tegn på aktivering, eller at SREF systemet til en pasient med OCD har en plan om å registrere tilstedeværelsen av tanker som vurderes som upassende. Dette øker sannsynligheten for at denne typen informasjon registreres, noe som på sikt kan føre til at de dysfunksjonelle oppfatningene bekreftes og styrkes (Wells & Matthews, 1996).

SREF systemet kan bidra til prosessering som på lang sikt vil være kontraproduktiv i forhold til emosjonell selvregulering (Wells & Matthews, 1996). CAS er en dysfunksjonell form for emosjonsregulering som kan bidra til utvikling av psykiske lidelser. Det er et ensporet negativt tankemønster som er selvforsterkende, oppleves ukontrollerbart, og er vanskelig å komme seg ut av. Det består av engasjement i negative tanker, fiksert oppmerksomhet og maladaptive selvreguleringsstrategier/mestringsstrategier (Wells, 2009a; Wells & Matthews, 1996).

Engasjement i negative tanker kan foregå som grubling eller bekymring. Grubling er tilbakeskuende, det innebærer ofte at man søker svar på spørsmål som ikke har noe svar, og

forsøker å forstå/komme til bunns i noe negativt som har skjedd. Dette er altså repeterende negativ prosessering som ikke bidrar til at man kommer til noen løsning på problemet (Wells, 2009a).

Bekymring dreier seg om å tenke på ting som kan gå galt i fremtiden. Man kan vurdere sannsynligheten for at noe går galt, konsekvensene av det, og hva det betyr om en selv/andre/verden om det går galt (Wells, 2009a; Wells & Matthews, 1996). Bekymring kan hindre at frykt-systemet blir fullt aktivert, og dette hindrer nødvendig emosjonell prosessering (Wells & Matthews, 1996). Dermed får ikke individet adaptiv emosjonell prosessering og blir ikke «ferdig» med frykten, men blir låst i en dysfunksjonell, lavintensiv fryktprosessering.

Grubling og bekymring påvirker automatisk prosessering slik at stimuli relevant for grubling/bekymring registreres oftere. Dette kan bidra til at man utvikler fiksert oppmerksomhet, at man vier oppmerksomheten til å overvåke trusler, og trener seg opp til å registrere flere og flere potensielle trusler som er relevant for eksisterende dysfunksjonelle selv-oppfatninger (Wells, 2009a; Wells & Matthews, 1996). Det kan være trusler i form av kroppslige signaler, tanker og ytre hendelser. Disse truslene fungerer da som triggere for grubling/bekymring. Det at potensielle trusler som er relevant for dysfunksjonelle selvoppfatninger blir registrert oftere, og at de blir gjenstand for grubling eller bekymring, vil bidra til å styrke den dysfunksjonelle selv-oppfatningen (Wells & Matthews, 1996, Wells 2009a).

På nivået for bevisst tenkning er kapasiteten begrenset. Når det kognitive systemet er engasjert i negative tanker, og oppmerksomheten er viet til potensielle trusler, har man mindre kapasitet til å prosessere informasjon som er inkonsistent med den dysfunksjonelle oppfatningen, og planlegge og utføre operasjoner som kan bidra til å endre den dysfunksjonelle oppfatningen. CAS er dermed et selvforsterkende system (Wells, 2009a; Wells & Matthews, 1996).

SREF prosessering er som nevnt viljestyrt, og vanligvis vil individet også oppleve det som viljestyrt. Men når CAS er etablert vil pasienten oppleve at han/hun ikke har kontroll over sin egen tenkning og informasjonsbehandling, og det vil være vanskelig å komme ut av CAS (Wells, 2009; Wells & Matthews, 1996). Det at pasienten opplever at han/hun ikke har noen kontroll over egen tenkning og informasjonsbehandling sin betyr imidlertid ikke at han/hun faktisk ikke har kontroll over det. Men det å oppleve at man ikke har kontroll over sin egen informasjonsbehandling vil gjøre det vanskelig å utøve den kontrollen man faktisk har (Wells, 2009; Wells & Matthews, 1996).

Wells argumenterer for at det finnes to typer selvoppfatninger, eller feilaktige metakognitive antakelser, som bidrar til maladaptiv selvregulering i møte med negative tanker og følelser, og dermed utvikling og opprettholdelse av CAS. Positive metakognitive antakelser, som er sentrale i utviklingen av CAS, og negative metakognitive antakelser som bidrar til å opprettholde CAS.

Positive metakognitive antakelser er ulike tanker om at engasjement i negative tanker er positivt og hensiktsmessig (Wells, 1995, 2009; Wells & Matthews, 1996). Eksempler på positive metakognitive antakelse kan være at bekymring for barna sine er et tegn på at man virkelig bryr seg om dem. Man kan tenke at det er viktig å gruble over tidligere negative hendelser for å kunne lære av dem. Det å bekymre seg kan være et forsøk på å få kontroll og oversikt over usikkerheten i livet (Wells, 1995, 2009a; Wells & Matthews, 1996). Negative metakognitive antakelser er antakelser om at kognisjon er ukontrollerbare og skadelige. For eksempel at man ikke har noe annet valg enn å bekymre seg som respons til en trigger, og at den overdrevne bekymringen vil gjøre en gal. (Wells, 2009a).

## **Metakognitiv terapi**

Wells utviklet i 1999 en manualbasert behandling for generalisert angst lidelse (GAD) basert på SREF modellen, og etablerte med dette MCT. Seinere har det blitt utviklet MCT-manualer for andre angstlidelser, som sosial angst, helseangst og tvangslidelse. Det er også utviklet MCT manualer for depresjon og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Wells, 2009a).

Wells har foreslått hvordan man kan utforme en generisk MCT manual, noe som gir mening fordi GAD antas å være et transdiagnostisk problem. Da bør det være mulig å utforme en behandlingsmanual som kan brukes for å redusere GAD på tvers av diagnoser. Foreløpig er det imidlertid manualer for spesifikke diagnoser som blir brukt i klinisk praksis og i forskning. Wells argumenterer også for at dette gir den beste behandlingen, fordi behandlingen er spisset mot den enkelte lidelsen og de eksplisitte og implisitte metakognitive antakelsene som man antar bidrar til å opprettholde denne lidelsen (Wells, 2009a).

MCT foregår vanligvis som en individuell behandling, og i likhet med kognitiv terapi får pasienten hjemmeoppgaver (Wells, 2009a).

Målet i MCT behandling er å hjelpe pasienten ut av GAD, ved å endre de eksplisitte og implisitte metakognitive oppfatninger som støtter GAD (Wells, 2009a).

## **Ulikheter mellom kognitiv terapi og metakognitiv terapi**

SREF modellen har kliniske implikasjoner som gjør at MCT skiller seg fra kognitiv terapi (Wells, 2000; Wells, 2009b)

I kognitiv terapi antar man at mentale lidelser forårsakes av feilaktige og negative oppfatninger om en selv, andre eller verden, og den dysfunksjonelle atferden som disse oppfatningene bidrar til (Beck, 1967, 2005).

Ifølge det metakognitive perspektivet er det normalt å ha negative tanker, og det fører ikke nødvendigvis til utvikling av mentale lidelser. De fleste av og til oppleve episoder med emosjonell smerte og negative tanker, men det vil være kortvarig, fordi man har en adaptiv selvregulering; man lærer å forholde seg til de negative tankene på en fleksibel og hensiktsmessig måte. Noen har derimot en maladaptiv selvregulering, det vil si CAS, man forholder seg til negative tanker på en lite fleksibel og uhensiktsmessig måte, noe som gjør at man blir fastlåst i de negative tankene og den emosjonelle smerten (Wells, 2000; Wells, 2009a; Wells & Matthews, 1996)

Tradisjonell kognitiv terapi går ut på å forsøke å få pasienten til å innse at de disse oppfatningene er feilaktige, og endre dem slik at de stemmer bedre overens med virkeligheten og bidrar til adaptiv atferd (Beck, 1967, 2005).

Ifølge MCT blir dette å angripe problemet på feil nivå. Ifølge MCT finnes det to nivå for tenkning, objekt modusen og den metakognitive modusen. Når man er i objekt modusen ser man ikke tanker, persepsjon og oppfatninger som en indre representasjon av virkeligheten, man anser det som selve virkeligheten. Man blander sammen persepsjon og oppfatning av hendelser med den faktiske hendelsen, og setter ikke spørsmål ved om egne tanker er sanne, men tar det for gitt (Wells, 2000; Wells, 2009a).

I den metakognitive modusen opplever man tanker som adskilt fra seg selv og verden. Man forstår at tankene er representasjoner av selvet eller verden, og at disse representasjonene kan være mer eller mindre korrekte. Tankene er mentale hendelser som man observerer, men som man ikke blander sammen med seg selv eller den ytre verden. Når man er i dette modusen kan selvet «lene seg tilbake» og observere hva som foregår i bevisstheten, uten å være fanget i

det. Selvet har mulighet til å velge hvordan det skal forholde seg til innholdet i bevisstheten (Wells, 2000; Wells, 2009a).

I tradisjonell kognitiv terapi arbeider man på objekt nivået, ved å undersøke hvorvidt tanker er sanne, for eksempel en tanke om at man er mislykket, ved å diskutere og gjøre atferdseksperiment (Beck, 1967). Ut ifra et metakognitivt perspektiv kan dette å bidra til å opprettholde CAS, fordi man signaliserer at det er viktig å finne ut av hvorvidt innholdet i tanker er sant, for eksempel at pasientens oppfatning av at han/hun er mislykket. Det blir en videreføring av pasienten sin dysfunksjonelle informasjonsbehandling. Selv om pasienten kanskje endrer oppfatningen om at han/hun er mislykket, har ikke den dysfunksjonelle prosesseringen blitt endret. Ifølge MCT er det denne informasjonsbehandlingen, det vil si CAS, som er pasienten sitt hovedproblem, og det er dette man må forsøke å endre i terapi. Innholdet i tankene blir da irrelevant (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Den metakognitive terapeuten vil forsøke å få pasienten over i den metakognitive modusen, ved å få pasienten til å observere sin egen grubling, og diskutere hvorvidt det er hensiktsmessig å finne ut om tanken om at man er mislykket stemmer. Man diskuterer og tester ut metakognitive oppfatninger framfor oppfatninger på objekt nivået. De negative tankene på objekt nivå ansees som triggerer for det virkelige problemet, som er den dysfunksjonelle bearbeidingen (Wells, 2000; Wells, 2009a).

For å oppnå dette må man arbeide i den metakognitive modusen, man må arbeide med hvordan pasienten forholder seg til tankene, og man må forsøke å endre metakognisjonene som bidrar til CAS (Wells, 2000; Wells, 2009a; Wells & Matthews, 1996).

Forskjellene mellom kognitiv og MCT kommer til uttrykk i kasus-formuleringene til de to terapiene (Wells, 2000; Wells, 2009a). Den tradisjonelle kognitive kasusformuleringen er A-



B-C modellen. Her står A for «antecedent» (forløper), B for «belief» (oppfatning), og C for «consequence» (konsekvens). Modellen går ut på at pasienten opplever en hendelse (forløper) som han/hun tolker negativt (oppfatning), noe som skaper vonde følelser og dysfunksjonell atferd (konsekvens). Det kan for eksempel være at pasienten ser en bekjent på gaten som ikke sier hei, og at pasienten tolker dette som en avvisning og et tegn på at ingen ønsker kontakt med han/henne, og dette fører til følelser av ensomhet og mislykkethet, og at pasienten unnlater å ta kontakt med andre (Beck, 1967).

I den metakognitive kasus formuleringen kan forkortes som A-M-C modellen. Her er forløperen, eller triggeren (antecedent), en indre hendelse, for eksempel en negativ tanke. M står for metakognisjoner og CAS. Fra M går det kommunikasjon til B, som står for generelle oppfatninger (ikke metakognitive oppfatninger) og til C, som står for følelsesmessige konsekvenser (Wells, 2009a). Det går også kommunikasjon fra B og C tilbake til M.

Dette betyr at en trigger, for eksempel en negativ tanke kan sette i gang dysfunksjonell informasjonsbehandling gjennom aktivering av metakognisjoner og CAS. Generelle oppfatninger blir også brukt i den dysfunksjonelle prosesseringen. Denne informasjonsbehandlingen fører til vedvarende følelsesmessig smerte (Wells, 2009a). Her er et eksempel på en metakognitiv kasusformulering: Forløperen er en tanke om at kanskje folk egentlig ikke liker meg. En metakognitiv antakelse om at det er viktig å finne ut om denne tanken faktisk er sann fordi da kan man forsøke å gjøre noe med det, setter i gang grubling. Generelle oppfatninger om egenskaper som bidrar til at man blir likt eller mislikt blir aktivt brukt i grublingen. Oppmerksomheten dedikeres til å lete etter tegn på at man blir likt/mislikt av andre, og man utvikler gradvis CAS. Dette fører til vedvarende følelser av å være ensom og mislykket (Wells, 2009a).

## **Kartlegging i metakognitiv terapi**

Siden metakognitive behandlingsmanualer er diagnosespesifikke, er det viktig med god kartlegging. Foruten å bidra til at det blir satt riktig diagnose skal kartleggingen kaste lys over utviklingen og alvorlighetsgraden av lidelsen, bidra med informasjon til kasusformuleringen, og gjøre det mulig å evaluere progresjonen og utfall av behandlingen (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Etter diagnostisering bruker terapeuten den sentrale aksene i A-M-C modellen for å forsøke å skape oversikt over hva som karakteriserer CAS hos denne pasienten, hva slags metakognitive oppfatninger han/hun har som støtter CAS, og hva slags symptomer pasienten har. Terapeuten begynner vanligvis med å kartlegge symptomer, eller C ved å spørre etter hva slags følelser har hatt den siste tiden, hva slags kroppslige og atferdsmessige endringer disse har ført til. Etter å ha kartlagt disse symptomene vurderes alvorlighetsgraden av dem, ved å spørre hvor ofte og hvor langvarig symptomene forekommer (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Deretter utforskes de indre triggerene til symptomene, eller A, ved å be pasienten tenke tilbake og forsøke å identifisere den første negative tanken/følelsen som satte i gang symptomene. Dette er den første tanken i en bekymrings-/grublingssekvens (Wells, 2009a). Deretter kartlegges CAS og metakognisjonen som driver CAS, ved å spørre om pasienten bekymret seg eller grublet over triggeren, hva som skjedde med oppmerksomheten, og om pasienten forsøkte å undertrykke tanker. Terapeuten vil også spørre pasienten om fordeler ved å bekymre seg, gruble, og vie oppmerksomhet til farer og negative tanker. Videre vil terapeuten spørre hvor mye kontroll pasienten har over egen kognisjon, hva som kan skje om pasienten ikke kontrollerer tankene og hva som er verste utfall om pasienten fortsetter å tenke på denne måten (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Vanligvis vil slike spørsmål få fram det karakteristiske ved denne pasientens CAS og positive og negative metakognitive antakelser. Noen ganger er det ikke tilstrekkelig, fordi pasienten har blitt ekspert i å unngå situasjoner som vekker angst. Da kan det være hensiktsmessig å bruke en metode kaldt «behavioral assessment test in anxiety». Dette innebærer at pasienten eksponerer seg for noe angstvekkende som setter i gang CAS, for eksempel det å snakke med en fremmed ved sosial angst, for at terapeuten deretter kan stille spørsmål for å avdekke CAS og metakognisjoner. I noen tilfeller er det tilstrekkelig å foreslå en eksponeringsoppgave, så vil det sette i gang CAS hos pasienten (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Det er utviklet flere spørreskjema for å måle CAS og metakognisjoner til bruk i forskning og klinisk praksis.

Metacognitions Questionnaires (MCQ-65 og MCQ-30) kartlegger positive og negative metakognitive antakelser, lav kognitiv selvtillit, behov for å kontrollere tanker og kognitiv selvbevissthet (Wells, 2009a).

Thought Control Questionnaire (TCQ) måler strategier for å kontrollere negative og invaderende tanker. Ved faktoranalyse har det fremkommet fem subskalaer: distraksjon, sosial kontroll, bekymring, straff, og revudering (Wells & Davies, 1994).

Anxious Thoughts Inventory (ATI) måler bekymring knyttet til det sosiale livet, bekymring for helse, og bekymring for bekymring. Sistnevnte kalles ofte metabekymring eller type 2 bekymring (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Meta-Worry Questionnaire (MWQ) måler metabekymring, eller negative metakognitive antakelser. Spørreskjemaet måler ikke hvor mye pasienten tror på metabekymringen, men hvor ofte metabekymring forekommer hos pasienten (Wells, 2009a). MWQ har god reliabilitet og validitet (Wells, 2005b)

Thought Fusion Instrument (TFI) måler "tankefusjon". Tankefusjon er et viktig begrep i den metakognitive forståelsen av OCD, og handler om at pasienten har en urealistisk tro på at tankers betydning og påvirkningskraft (Wells, 2009a).

I tillegg til disse kartleggingsverktøyene som blir brukt både i forskning og klinisk praksis, finnes det skalaer som er utformet for å brukes i metakognitiv behandling. Hensikten med disse skalaene er å få informasjon til kasusformuleringen, følge med på behandlingseffekt fra time til time, og holde fokus i behandlingen. Fordi de skal administreres hver time har de relativt få testledd, og kan ikke erstatte de kartleggingsverktøyene som er beskrevet over hvis man skal få et godt bilde av pasientens CAS og metakognitive antakelser. Men de er nyttige å bruke i den metakognitive behandlingen (Wells, 2009a).

Det er utformet en generell skala og diagnosespesifikke skalaer, og det anbefales å bruke diagnosespesifikke skaler om det er mulig fordi disse er mest spesifikke. Skalaene har fem deler. En del undersøker generelt symptomtrykk, en del undersøker perservering, det vil si opprettholdene mekanismer for eksempel bekymring for GAD, grubling for depresjon og tvangshandlinger for OCD. En del undersøker maladaptiv regulering (coping), en del undersøker unngåelse, og den siste delen undersøker positive og negative metakognitive antakelser (Wells, 2009a).

### **Sentrale terapeutferdigheter i metakognitiv terapi**

Wells beskriver fem terapeutferdigheter som er essensielle for å kunne gi god metakognitiv terapi. Det er 1) evnen til å skille mellom objekt modusen og den metakognitive modusen, 2) identifisere CAS, 3) bruke en MCT-basert sokratisk dialog, 4) bruke MCT-basert verbal reattribusjon og 5) gi MCT tilpasset eksponering (Wells, 2009a).

1) Som nevnt foregår tradisjonell kognitiv terapi på objekt nivået, og det er mest vanlig å befinne seg på objekt modusen både i tenkning og samtaler i dagliglivet. Det er derfor viktig at den metakognitive terapeuten lærer seg å skille mellom objekt modusen og den metakognitive modusen, for at han/hun skal kunne registrere når pasienten og samtalen befinner seg på objekt nivået, og forsøke å få pasienten over på det metakognitive nivået. Dette gjøres ved å flytte fokus fra innholdet i tanker, til prosessering og til innholdet i metakognitive tanker. Hvis pasienten for eksempel forteller om tanker om at han/hun er mislykket, kan terapeuten spørre hvor ofte og lenge pasienten pleier å tenke på det, hva som er hensikten med å tenke på det, og hva som blir resultatet av å tenke på det (Wells, 2000; Wells, 2009a).

2) En sentral oppgave for MCT terapeuten er å identifisere CAS, det vil si bekymring, grubling, fokus på trusler og maladaptive mestringsstrategier, når det utspiller seg hos pasienten i terapirummet, og hjelpe pasienten til å identifisere det selv. CAS viser seg for eksempel ofte som grubling eller bekymring når pasienten beskriver vanskene sine. For å gjenkjenne grubling og bekymring må terapeuten se samtalen fra den metakognitive modusen, han/hun må kunne se forbi innholdet i det pasienten sier og sannhetsverdien av det, men observere kjeden av negativ prosessering. Når terapeuten identifiserer dette bør han/hun benevne at det er dette som skjer for å øke pasienten sin bevissthet om CAS, og deretter må den negative prosesseringen avbrytes (Wells, 2009a).

I tillegg til å observere bør terapeuten spørre pasienten direkte om grubling, bekymring, fokus på trusler og mestringsstrategier for å undersøke om CAS er aktivert. Man kan også bruke noen av spørreskjemaene beskrevet tidligere for å identifisere hvilke aspekt ved CAS som er typisk for pasienten sin prosessering, forklare det for pasienten, og be han/henne registrere dette hos seg selv både i timene og i hverdagen (Wells, 2009a).

Vanligvis vil pasienten ha en del CAS aktivitet i begynnelsen og utover i behandlingsforløpet. Terapeuten må ha et våkent blikk for CAS prosessering i alle ulike former, og fortsetter å identifisere det og påpeke det for pasienten utover behandlingsforløpet, slik at pasienten også blir i stand til å gjenkjenne CAS i ulike former. Det er også viktig å fastholde at det er informasjonsbehandlingen som må endres. Det er ikke tilstrekkelig at pasienten eventuelt endrer tankeinnholdet, man må arbeide for å endre den dysfunksjonelle prosesseringen og metakognisjoner (Wells, 2009a).

3) I en sokratisk dialog stiller terapeuten spørsmål for å utforske pasientens tanker og oppfatninger. I tradisjonell kognitiv terapi er det pasientens tanker om seg selv, andre og verden, som er fokus i sokratisk dialog, mens i MCT er det CAS og metakognisjonene som bidrar til CAS, som utforskes og utfordres (Beck, 1967; Wells, 2009a). Sokratisk dialog blir ofte brukt i begynnelsen av terapiforløpet som en metode for å kommunisere den metakognitive formuleringen. Det blir også brukt for å få god oversikt over CAS, utfordre CAS, og endrer de metakognitive oppfatningene som bidrar til å opprettholde CAS (Wells, 2009a).

Når terapeuten bruker sokratisk dialog for å kartlegge og utfordre CAS stiller terapeuten spørsmål for å finne ut hvor ofte og hvor lenge pasienten er engasjert med ulike former for CAS, og hva som ble konsekvensen av det (Wells, 2009a).

For å avdekke metakognitive oppfatninger som bidrar til CAS vil terapeuten vil spørre om hva som er hensikten ved ulike former for CAS prosessering, og hva som er fordelene med det (Wells, 2009a). Ofte vil ikke et enkelt direkte spørsmål, for eksempel «hva er fordelene ved grubling» avdekke relevante metakognitive oppfatninger, fordi pasienten vil si at det ikke er noen fordeler ved grubling. Men ved bruk av sokratisk dialog, hvor terapeuten utforsker hva

slags betydning grublingen har for pasienten, kan relevante metakognisjoner komme fram (Wells, 2009a).

For eksempel kan pasienten fortelle at «det er dumt å gå rundt og lure seg selv ved å ha urealistiske forventninger om hva man kan oppnå». På spørsmål om hvordan pasienten unngår å lure seg selv kan det komme fram oppfatninger om at det å tenke grundig igjennom hva man har oppnådd, hva man ikke har oppnådd, og hvorfor man ikke har oppnådd det man ønsker (altså grubling), kan være en måte å komme fram til et realistisk syn på seg selv og hva man kan forvente å oppnå (Wells, 2009a).

4) Metoden for verbal re attribusjon er den samme i MCT som kognitiv terapi, men fokuset er ikke å endre tanker om seg selv, andre og verden, men metakognitive oppfatninger (Wells, 2009a).

Det blir stilt spørsmål om hva som støtter oppfatningen og det blir presentert informasjon som ikke støtter oppfatningen. Kognitive feilslutninger, for eksempel katastrofetenkning og svart/hvitt tenkning blir utfordret. Terapeuten stiller spørsmål ved mekanisme, for eksempel «på hvilken måte er bekymring hensiktsmessig?», og om fordeler og bakdeler med oppfatningen, for eksempel «hva er fordelene ved å mene at bekymring er hensiktsmessig? Vil du forsøke å «selge» oppfatningen om at bekymring er hensiktsmessig til andre?» (Wells, 2009a).

Terapeut og pasient evaluerer det totale evidensmaterialet og kvaliteten av dette, for eksempel «ville du ha klart å overbevise andre om at bekymring er hensiktsmessig?» Pasienten oppfordres til å gjøre en ny helhetsvurdering etter at oppfatningen har blitt diskutert (Wells, 2009a).

5) MCT-basert eksponering kan ha flere formål; å endre generelle oppfatninger, å endre metakognitive oppfatninger, og å fremme adaptiv traumeprosessering (Wells, 2009a).

I MCT-basert eksponering for å endre generelle oppfatninger er det fokus på prosessering. Terapeuten og pasienten planlegger hvordan pasienten skal bruke oppmerksomheten og forholde seg til tanker før, under og etter eksponeringen for å maksimere den ønskende effekten (Wells, 2009a).

Et eksempel kan være en pasient med sosial angst som unngår å se på ansiktet til folk fordi hun frykter å se at de oppfatter henne negativt. Når hun skal eksponere seg for en sosial interaksjon kan hun få en instruks om å fokusere oppmerksomheten på ansiktet til folk for å forsøke å få med seg mest mulig, som om hun skulle gi en mest mulig nøyaktig beskrivelse av ansiktene deres etterpå. Etter eksponeringen kan hun forsøke å registrere når hun begynner å evaluere sin egen prestasjon under eksponeringen, akseptere at tanker om egen prestasjon dukker opp, men forsøke å ikke engasjere seg i disse tankene ved å analysere egen prestasjon (Wells, 2009a).

I eksponering hvor målet er å utfordre metakognitive oppfatninger vil rasjonalet handle om å teste meakognitive oppfatninger. For en pasienter med OCD som skal eksponere seg ved å ta på noe han/hun tenker er smittsomt uten å vaske seg etterpå kan rasjonalet være å teste oppfatningen om at hvis jeg tenker at noe er smittsomt så er det smittsomt (Wells, 2009a).

Dette skiller seg fra rasjonalet fra andre perspektiv. For eksempel et habitueringsperspektiv hvor rasjonalet er at hvis pasienten venter lenge nok med å vaske seg så vil angsten gå over av seg selv, eller et kognitiv rasjonale om at hvis pasienten unngår å vaske seg vil han/hun erfare at det ikke skjer noe katastrofalt (Wells, 2009a).

Målet er at metakogisjonen skal endres, både i sin eksplisitte og implisitte form. Det er ofte vanskeligere å endre den implisitte metakognisjonen enn den eksplisitte. Det kan komme til uttrykk ved at en pasient med GAD er enig i at det er lite hensiktsmessig å bekymre seg, men når



han/hun blir utsatt for en trigger og den implisitte metakognisjonen som støtter bekymring aktiveres, så føles det riktig å bekymre seg, og det er vanskelig å motstå den innarbeidede tendensen til å bekymre seg (Wells, 2000). Da trenger pasienten mengdetrening, at man gjentar eksponeringen, slik at han/hun får trent på å motstå trangen til å bekymre seg når den implisitte metakognisjonen for bekymring aktiveres. Dette kan føre til en endring i den implisitte metakognisjonen, slik at det ikke lenger er et program som bidrar til bekymring. Endringen kan komme til uttrykk ved at pasienten ikke bare vet med fornuften, men også føler, at han/hun ikke burde bekymre seg (Wells, 2000).

I MCT-basert eksponering for å fremme adaptiv traumeprosessering er målet at pasienten skal slutte å håndtere tanker og følelser knyttet til traumet på en dysfunksjonell måte. MCT basert eksponering for traumepasienter innebærer ikke å oppsøke noe angstvekkende, men å fjerne barrierer for normal og sunn emosjonell prosessering. Pasienten får instruksjoner om hvordan han/hun skal forholde seg til traumerelaterte invaderende tanker som kommer spontant. Instruksene går ut på å bruke «detached mindfulness» i møte med tankene/følelsene, det vil si å akseptere at de kommer, ikke forsøke å undertrykke dem, men heller ikke engasjere seg i dem gjennom grubling eller bekymring. Rasjonalet for dette går ut på at de plagsomme tankene og følelsene knyttet til traumet gradvis vil bli mindre plagsomme hvis man lar den naturlige emosjonelle prosesseringen gå sin gang uten å bruke maladaptive prosessering som grubling eller forsøk på undertrykking (Wells, 2000; Wells, 2009a). Dette skiller seg fra kognitiv terapi, hvor man antar at det er hensiktsmessig eksponere seg for traumet gjentatte ganger, og å elaborere rundt traumet (Wells, 2009a).

Uavhengig av formålet med eksponering er det vanlig å bruke et P-E-T-S rammeverk. Dette rammeverket for eksponering ble etablert innenfor kognitiv terapi, og består av

forberedelse (preparation), eksponering, testing og oppsummering (summarizing) (Wells, 2000; Wells, 2009a). I MCT brukes rammeverket vanligvis for å teste ut metakognitive oppfatninger, for eksempel at intens bekymring kan føre til at man blir gal (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Under forberedelsen utforskes oppfatningen som skal testes. Man går gjennom evidensen for oppfatningen, og man går gjennom sikkerhetsatferden som pasienten bruker for å hindre at det fryktede skal skje, og som hindrer at oppfatningen kan bli avkreftet. Deretter lager pasienten en prediksjon om hva som vil skje hvis sikkerhetsatferden ikke gjennomføres ved eksponeringen. Pasienten skal oppgi hvor stor tro han/hun har på oppfatningen, og på at det fryktede vil skje. Eksponeringen blir som et eksperiment som tester oppfatningen (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Under eksponeringen utsettes pasienten for den indre hendelsen som aktiverer oppfatningen. For eksempel kan pasienten eksponere seg for nyheter som han/hun vanligvis unngår fordi det kan trigge bekymring (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Deretter skal pasienten unnlate å gjøre sikkerhetsatferd, men heller utføre den planlagte testen for å se om oppfatningen er korrekt. Dette kan for eksempel være å bekymre seg intenst over en nyhet en viss tidsperiode (Wells, 2000; Wells, 2009a).

I siste fase skal man se hvordan resultatet av eksperimentet stemmer med prediksjonen. Pasienten skal gi en ny vurdering av hvor mye han/hun tror på oppfatningen. Deretter kan man planlegge et nytt eksperiment for å forsøke å redusere pasienten sin tro på oppfatningen ytterligere (Wells, 2000; Wells, 2009a).

### **Oppmerksomhetstrening**

Ifølge SREF modellen er en viktig opprettholdende mekanisme for psykiske lidelser at oppmerksomheten er fokusert på selvet på trusler (Wells, 1990, 2000; Wells & Matthews, 1996). Det er utviklet flere treningsteknikker for å bedre kontrollen over oppmerksomheten, slik at

pasienten blir bedre i stand til å bruke oppmerksomheten på noe annet enn CAS prosessering. Ut ifra MCT perspektivet skjer dette ved at de implisitte metakognisjonene som bidrar til CAS endres som følge av treningen (Wells, 2000; Wells, 2009a).

Tradisjonelt har distraksjon blitt brukt i terapi som emosjonsregulering, ved å flytte oppmerksomhet fra negativt stimuli til positivt eller nøytralt stimuli. Oppmerksomhetstreningen i MCT blir ikke brukt som emosjonsregulering, men for å styrke metakognitiv regulering og endre dysfunksjonell informasjonsbehandling (Wells, 2000; Wells, 2009a).

En av teknikkene for oppmerksomhetstrening i MCT er attention training technique (ATT) og hensikten med denne er å redusere selvfokusert oppmerksomhet. I utviklingen av AAT var det flere hensyn som skulle tas: teknikken måtte være krevende for oppmerksomheten, og den måtte ikke bli betydelig lettere ved trening, slik at den systematisk ville styrke metakognitive prosesser. Teknikken måtte involvere prosessering av ytre stimuli som ikke var relevant for selvet, slik at den forstyrrer selvprosesseringen som bidrar til å opprettholde CAS. Teknikken skulle ikke kunne brukes som distraksjon, unngåelse, eller en måte å mestre symptomer på, fordi dette kan bidra til å opprettholde selvprosesseringen og dysfunksjonelle meakognisjoner som at negative tanker må unngås (Wells, 1990, 2000; Wells, 2009a)

Det endte med en teknikk hvor det brukes auditorisk stimuli, hvor man trener selektiv oppmerksomhet i 5 minutter, raskt skifte av oppmerksomhet i 5 minutter, og delt oppmerksomhet i 2 minutter, i en sømløs seanse (Wells, 1990, 2000; Wells, 2009a).

For å trene selektiv oppmerksomhet skal pasienten sitte i et rom hvor det kommer mange lyder fra ulike steder i rommet, og får instruks om å fokusere all oppmerksomheten på lyder fra visse steder, og ikke la seg distrahere av de andre lydene. For å trene raskt skifte av oppmerksomhet skal pasienten skifte oppmerksomhet mellom lyder fra ulike steder, med økende

tempo. I begynnelsen skal pasienten fokusere på lyd fra ett sted i 10 sekunder, deretter økes tempoet så pasienten skal lytte til lyd fra hvert sted i 5 sekunder. Til slutt skal pasienten trene på delt oppmerksomhet, og får instruks om å forsøke å "utvide" oppmerksomheten og ta inn så mange lyder som mulig samtidig (Wells, 1990; Wells, 2009a)

Denne treningen er krevende for oppmerksomheten, og den kan gjøres mer eller mindre krevende ved å variere hvor mange lyder det er i rommet, og hvor ofte de kommer. Treningen skal gjennomføres når pasienten er i nøytralt eller godt humør, ikke mens pasienten er inne i bekymring eller angst, for å hindre at det fungerer som emosjonsregulering. Treningen bør gjennomføres både i timene og som hjemmeoppgave. Pasienter oppfordres til å trene to ganger daglig (Wells, 1990; Wells, 2009a).

Terapeuten må gi et godt rasjonale for ATT, både for å motivere pasienten til å gjennomføre den krevende treningen, trene ofte nok, og for å sikre at pasientene ikke oppfatter det som en måte å distrahere seg fra negative tanker (Wells, 2000; Wells, 2009a). Rasjonale kan tilpasses til pasientens diagnose, men budskapet vil være det samme: at det å dvele ved indre reaksjoner, for eksempel tegn på kroppslig aktivering ved panikklidelse, vil øke disse reaksjonene og føre til at de registreres oftere. Dette bidrar til å styrke dysfunksjonelle oppfatninger og negative følelser (Wells, 1990, 2000).

Terapeuten kan fremheve at man utvikler et dysfunksjonelt mønster med selvfokusert oppmerksomhet gradvis uten at man merker det, og man er ofte ikke klar over at selvfokusert oppmerksomhet bidrar til å opprettholde vanskene. Videre må terapeuten formidle at ved å man har evnen til å kontrollere sin egen oppmerksomhet. Men når man først har kommet inn i mønsteret må man kanskje trene opp evnen til å kontrollere oppmerksomhet for å kunne bruke den effektivt i hverdagen, og ikke være låst i selvfokusert oppmerksomhet (Wells, 2009a).

Terapeuten må også vektlegge at det ikke er en teknikk for å "få fred" fra negative tanker, tvert imot det er forventet at negative tanker dukker opp under treningen. Pasienten oppfordres til å forholde seg til tankene på samme måte som de lydene som han/hun ikke skal fokusere på, altså som bakgrunnsstøy. Fordi disse tankene normalt sett blir viet mye oppmerksomhet er det desto bedre trening at de kommer og at pasienten må trene på å la dem være i bakgrunnen (Wells, 2000; Wells, 2009a).

### **Detached mindfulness**

Begrepet mindfulness har blitt definert på ulike måter i faglitteraturen i psykologi. To elementer som går igjen er at det handler om å være oppmerksom og bevisst på opplevelser, tanker og følelser i motsetning til å «kjøre på autopilot» og å ha en åpen, nysgjerrig og aksepterende holdning til tanker og følelser (Bishop et al., 2004; Black, 2011; Kabat-Zinn, 1994). Mindfulness forbindes ofte med kroppslig orientert meditasjon, for eksempel meditasjonsøvelser hvor man fokuserer på pusten for å rette oppmerksomheten mot kroppen (Kabat-Zinn, 1982).

Wells argumenterer for at denne forståelsen av mindfulness har noen fallgruver når den brukes i klinisk praksis. For eksempel impliserer det å ha en nysgjerrig/aksepterende holdning til tanker og følelser at man engasjerer seg i dem. Ifølge det metakognitive perspektivet bør pasienter å trene seg på å ikke engasjere seg i tanker og følelser (Wells, 2000, 2005a). Det å fokusere på kroppen i meditasjon kan bli en form for selvfokusert oppmerksomhet, noe som ifølge MCT kan bidra til å opprettholde psykiske lidelser. For eksempel kan det å rette oppmerksomheten på kroppen være kontraproduktivt for pasienter med hypokondri, som heller burde fokusere mindre på kroppslige signaler. For pasienter med panikk lidelse er det å fokusere på og regulere pust ofte sikkerhetsatferd som opprettholder angst for panikkanfall.

Meditasjonsøvelser med fokus på pust kan derfor bli en del av den opprettholdende mekanismen for panikkelidelsen (Wells, 2005a).

Wells (2005) har presentert en forståelse av mindfulness basert på SREF modellen, som han kaller «detached mindfulness» (DM). Det beskrives som en måte å forholde seg til sin egen kognisjon hvor man har fleksibel kontroll over oppmerksomhet og tenkestil. DM er en tilstand hvor man er bevisst på tanker, oppfatninger og minner, og oppfatter dem som indre hendelser atskilt fra virkeligheten og selvet. Man har en fleksibel oppmerksomhet, det vil si at oppmerksomheten ikke blir fanget av en kognitiv hendelse. I tillegg unnlater man å engasjere seg i noen av de kognitive hendelsene, for eksempel gjennom grubling, bekymring eller forsøk på å undertrykke tanker eller følelser. Men unnlater også å utøve selvregulering. DM er derfor motsatsen til CAS (Wells, 2005a).

Oppsummert er altså DM en tilstand hvor man er oppmerksom på at tanker er indre hendelser som kommer og går, som er adskilt fra selvet og virkeligheten, og man registrerer disse indre hendelsene uten å henge seg opp i noen av dem (Wells, 2009a).

I likhet med andre definisjoner på mindfulness innebærer DM altså oppmerksomhet og bevissthet på opplevelser, tanker og følelser. Men i motsetning til andre definisjoner på mindfulness presiseres det at man unnlater å feste seg spesielt ved noen av de indre hendelsene og engasjere seg dem. DM innebærer heller ikke fokus på kroppen (Wells, 2000, 2005a).

Det er flere elementer som kreves for å kunne erfare DM. Man må ha metabevissthet, det vil si være bevisst på tankene sine. Man må ha kognitiv desentrering, det vil si at man anser tanker som indre hendelser som ikke er det samme som fakta. Man må oppmerksomhetsmessig "detachment" og kontroll, det vil si å kontrollere oppmerksomheten slik at den ikke blir fiksert på noe. Man må ha lav konseptuell prosessering, det vil si å unngå analyse av meningsinnhold eller

indre dialog. Man må unngå målrettet regulering, det vil si at man ikke har noen intensjon om eller gjør noe for å unngå eller bekjempe skremmende indre hendelser. DM innebærer endret selv-bevissthet, hvor man opplever selvet som adskilt fra tanker og oppfatninger (Wells, 2009a).

Ut ifra MCT kan det å være i tilstanden DM ha flere fordeler. Det kan få pasienten over fra objekt modus til metakognitivt modus. Det kan forhindre persevererende prosessering som grubling og bekymring, og øke oppmerksomhetskontroll (Wells, 2000; Wells, 2009a). Det gjør at identiteten ikke trenger å defineres ut ifra indre hendelser, for eksempel hva slags tanker man har. Noen pasienter lar tankene få stor definisjonsmakt over hvem de er. For eksempel kan pasienten anta at hvis han/hun får en tanke om å skade noen, så betyr det at han/hun faktisk ønsker å skade personen, og dermed er pasienten er dårlig person. Da blir tanken skremmende, og det blir viktig å overvåke tilstedeværelsen av tanken, undertrykke den, motarbeide den, eller gruble rundt hvorvidt tanken faktisk betyr at man er en dårlig person. DM kan bidra til at pasienten blir frigjort fra dette, fordi tanken ikke har betydning for identiteten (Wells, 2009a).

På samme måte som med ATT er viktig å sørge for at pasienter bruker DM på den måten som det er intendert at det skal brukes og ikke på en uhensiktsmessig måte. For eksempel som en strategi for å unngå tanker og følelser, eller for å kontrollere skremmende tanker. Man må unngå at DM blir nok en strategi i pasientens tankekontroll (Wells, 2005a). Derfor er det viktig med et godt rasjonale (Wells, 2009a). Terapeuten bør legge vekt på at DM ikke er en metode for å kontrollere tanker og følelser, men at det er en metode for å oppleve tanker og følelser uten å gjøre noe med dem. Man skal gjøre det motsatte av det man gjør i CAS prosessering, forholde seg helt passivt til tanker og følelser (Wells, 2009a).

Her følger noen av teknikkene man kan bruke for å forsøke å skape en tilstand av DM:

I fri assosiasjon teknikken skal pasienten lytte til en liste med ord, og får instruks om å observere hvordan sinnet reagerer på disse ordene, hvilke assosiasjoner, tanker, minner og følelser kommer til bevisstheten, uten å forsøke å kontrollere dem, eller analysere hvorfor de kommer. Pasienten får beskjed om at det spiller ingen rolle hva som dukker opp i sinnet, poenget er at pasienten skal forsøke å forholde seg passivt til det (Wells, 2005a).

En annen teknikk går ut på presentere en metafor om et barn oppfører seg dårlig i butikken, og diskutere hva som er mest strategisk å gjøre i denne situasjonen. Det å vie denne atferden oppmerksomhet og forsøke å regulere atferden kan bidra til at atferden kommer oftere. Hvis pasienten er enig om at den beste metoden er å ikke vie denne atferden oppmerksomhet, men likevel holde et øye med barnet, kan terapeuten oppfordre til å forholde seg til negative tanker på samme måte. Ved å vie dem oppmerksomhet og forsøke å regulere dem vil man oppleve at de kommer oftere, og at det er nærmest umulig å regulere dem. I stedet for kan man la tankene "holde på for seg selv", mens man passivt observerer dem (Wells, 2005a)

Verbal loop går ut på å ta opp ord som fungerer som trigger for grubling eller bekymring, og la pasienten lytte til dem med instruks om å behandle ordene som lyder, og forsøke å ikke prosessere dem på en konseptuelt/meningsfullt nivå. Ved å gjenta dette flere ganger vil oppmerksomheten ikke bli like tiltrukket av disse ordene. Ordene vil også miste noe av den meningsinnholdet pasienten har knyttet til dem, og dermed vil de i mindre grad fungere som trigger for grubling/bekymring (Wells, 2005a).

DM bør også praktiseres mellom timene. Pasienten og terapeut må forsøke å kartlegge hva som fungerer som trigger for CAS, så pasienten kan få i oppgave å registrere trigger i hverdagen og forsøke å forholde seg til dem ved å bruke DM. Vanligvis vil man ikke få oversikt



over alle triggerne ved første kartlegging, men jo mer pasienten bruker DM i møte med triggerne, jo mer vil han/hun få oversikt over hva som fungerer som triggerne (Wells, 2009a).

Terapeuten må følge med på i hvor stor grad pasienten lykkes med å bruke DM i møte med triggerne. Dette kan gjøres ved å be pasienten anslå prosentandel på hvor ofte han/hun bruker DM i møte med triggerne. Som en tommelfingerregel bør pasienten komme til et nivå hvor han/hun lykkes med dette rundt 75 % av gangene i løpet av terapien (Wells, 2009a).

Terapeuten må også følge med på om pasienten bruker DM feil, som en reguleringsstrategi i møte med skremmende tanker. Det kan gjøres ved å be pasienten beskrive episoder hvor han/hun har brukt DM, og spørre hva som var målet med å bruke det i denne situasjonen (Wells, 2005a; Wells, 2009a).

DM blir ofte introdusert i første eller andre time, og det er vanlig å bruke noen av teknikkene for å DM i begynnelsen av behandlingen. Wells vektlegger imidlertid at DM ikke utgjør hele MCT, og at det er mulig å gi vellykket MCT uten å bruke teknikkene for DM (Wells, 2009a).

I seinere perioder i behandlingen hvor negative metakognitive antakelser skal utfordres kan det være nødvendig å be pasienten unngå å bruke DM. For eksempel når negative metakognitive antakelser skal utfordres gjennom eksponering må pasienten unngå å være i DM tilstanden under eksponeringen. Tvert imot er oppgaven å maksimere CAS prosessering i en periode, for å teste metakognitive antakelser som at man kan bli gal av bekymring. Hvis pasienten er i en DM tilstand under eksponeringen kan dette fungere som en forklaring på hvorfor det fryktede ikke skjedde, framfor at den metakognitive antakelsen var feil (Wells, 2009a).

## Tidligere litteraturgjennomganger og metaanalyser

For å få oversikt over eksisterende kunnskap om behandlingseffekten av MCT ble det søkt etter litteraturgjennomganger og metaanalyser som tar for seg behandlingsstudier av MCT i databasene Psychinfo, Web of science, Pubmed og Cochrane sin database.

Det ble det funnet to metaanalyse som tar for seg behandlingsstudier av MCT (Normann, Emmerik, & Morina, 2014; Sadeghi, Mokhber, Mahmoudi, Asgharipour, & Seyfi, 2015). I tillegg ble det funnet 5 litteraturgjennomganger hvor det ikke var gjennomført systematisk søk (P. Fisher, 2009; Lutz, 2014; H. Nordahl, 2014a; C. van der Heiden, 2013; Wells, 2010).

Det ble funnet to litteraturgjennomganger av teknikken ATT, en av disse var en systematisk litteraturgjennomgang (Fergus & Bardeen, 2016; Knowles, Foden, El-Deredy, & Wells, 2016).

Det ble også funnet 5 litteraturgjennomganger som tar for seg evidensgrunnlaget til tredje generasjons CBT, hvor MCT var en av disse behandlingene (Bhanji, 2011; Churchill et al., 2013; Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010; Kahl, Winter, & Schweiger, 2012; Ost, 2008). To av disse var systematiske litteraturgjennomganger (Churchill et al., 2013; Ost, 2008).

Det ble også funnet en relevant studieprotokoll i dette søket (Kuhne et al., 2017). Kuhne et al (2017) vil gjennomføre et systematisk litteratursøk for behandlingsstudier med alle typer metakognitive intervensjoner, deriblant MCT, for alle typer psykiske lidelser.

For å få oversikt over relevante studie protokoller ble det gjort søk i PROSPERO, som er et internasjonalt register for studie protokoller til planlagte systematiske litteratursøk. Det ble funnet to relevante studie protokoller (Jones, 2016; Luciano et al., 2016). Jones (2016) planlegger å undersøke kostnad-nytteverdi av tredje generasjons CBT, deriblant MCT, for alle

typer psykiske lidelser. Luciano (2016) planlegger å undersøke tredje generasjons psykologisk behandling, deriblant MCT, for pasienter med spiseforstyrrelser.

For å gi en oversikt over eksisterende kunnskap som er relevant for denne litteraturgjennomgangen vil det bli redegjort for Normann et al. (2014) og Sadeghi et al. (2015) sine metaanalyser, og Nordahl (2014b) sin litteraturgjennomgang.

De andre litteraturgjennomgangene for MCT vil ikke bli redegjort for fordi de er eldre og/eller mindre omfattende enn Nordahl sin gjennomgang. Det vurderes derfor at de ikke vil bidra med ytterligere informasjon enn det som kommer frem i Nordahl (2014b) sin litteraturgjennomgang.

Litteraturgjennomgangene som tar for seg ATT og tredjegerasjons CBT vil heller ikke bli gjennomgått fordi de ikke vurderes som tilstrekkelig relevante for denne litteraturgjennomgangen.

Normann et al. (2014) gjennomførte metaanalyse av studier som undersøker behandlingseffekt av MCT blant voksne pasienter med angst og depresjon. 16 studier, både publiserte og upubliserte, ble inkludert. 9 av studiene var randomiserte kontrollerte studier. Resultatene av metaanalysen viste at samlet sett førte MCT til stor endring fra pretest til posttest, og fra pretest til oppfølging. I de kontrollerte studiene hadde MCT signifikant bedre effekt enn venteliste og CBT (Normann et al., 2014).

Sadeghi et al. (2015) sin metaanalyse inkluderte 15 kontrollerte studier som undersøkte effekten av MCT for voksne forsøkspersoner med angstlidelser: GAD, tvangslidelse, PTSD, spesifikk fobi, sosial fobi og panikklidelse. MCT hadde bedre utfall enn kontrollbetingelsen i alle inkluderte studier. Resultater fra metaanalysen viste at MCT hadde signifikant bedre effekt enn kontrollbetingelsen for pasienter med GAD, OCD og PTSD (Sadeghi et al., 2015).

Nordahl (2014b) beskriver forskning på den metakognitive modellen og behandlingsstudier av ATT og MCT. Forskningen på SREF modellen undersøker hva slags rolle CAS og metakognisjoner kan ha i utviklingen og opprettholdelsen av ulike psykiske lidelser.

Nordahl (2014b) viser til studier som har funnet at CAS og/eller metakognisjoner ser ut til å kunne bidra til utvikling av røykeavhengighet, CFS/ME, anorexia nervosa og psykotiske symptomer (Cooper, Grocutt, Deepak, & Bailey, 2007; Maher-Edwards, Fernie, Murphy, Nikcevic, & Spada, 2012; Morrison et al., 2004; Nikčević & Spada, 2010).

En modell for hvordan metakognisjoner og CAS kan bidra til utvikling av alkoholmisbruk blir beskrevet (Spada, Caselli, & Wells, 2013).

Personer som overlever kreft har økt risiko for å utvikle symptomer på psykiske lidelser. En kasusstudie fant at MCT ga signifikant bedring av symptomer på angst og depresjon hos forsøkspersoner som har overlevd kreft (McNicol, Salmon, Young, & Fisher, 2013). Dette indikerer at metakognisjoner/CAS kan bidra til å forklare denne sammenhengen.

Nordahl (2014b) viser til 7 studier som fant at ATT førte til symptomlette for pasienter med panikk lidelse, sosial fobi, depresjon, hypokondri og shizofreni (Cavanagh & Franklin, 2000; Papageorgiou & Wells, 1998, 2000; Siegle, Ghinassi, & Thase, 2007; Valmaggia, Bouman, & Schuurman, 2007; Wells, 1990; Wells, White, & Carter, 1997).

Det vises til 4 studier hvor MCT har vært effektiv for å behandle GAD, hvorav en er en RCT. (Colin van der Heiden, Melchior, & de Stigter, 2013; Colin van der Heiden, Muris, & van der Molen, 2012; Wells & King, 2006; Wells et al., 2010).

To kassserie studier og en åpen studie fant at MCT var effektiv i behandling av depresjon (Bevan, Wittkowski, & Wells, 2013; Wells et al., 2009, 2012).

Nordahl (2014b) viser til en RCT som ennå ikke var publisert da han skrev sin litteraturgjennomgang, men som fant at MCT hadde bedre effekt enn medisin og kombinasjon av MCT og medisin i behandling av sosial angst (H. M. Nordahl et al., 2016).

Tre studier, hvorav en var RCT, fant at MCT er effektiv i behandling av PTSD (Wells & Colbear, 2012; Wells & Sembi, 2004; Wells et al., 2008).

Det vises til to kassusseriestudier, og en åpen studie som fant at MCT er effektiv i behandling av OCD (P. L. Fisher & Wells, 2008; Rees & van Koesveld, 2008; Simons, Schneider, & Herpertz-Dahlmann, 2006).

Nordahl bruker kriteriene til Roth og Fonagy (2006) for å vurdere om MCT er en evidensbasert psykologisk behandling. Kriteriene er at behandlingen skal støttes av to kvalitativt gode RCT med tilstrekkelig antall forsøkspersoner, ha signifikant større effekt enn venteliste eller ordinær behandling (treatment as usual), og det må ikke være evidens for skadelige effekter. Basert på disse kriteriene vurderes MCT som en evidensbasert behandling for GAD (H. Nordahl, 2014a). MCT er også anbefalt som behandling av GAD av National Institute of Clinical Excellence (2012).

## **Metode**

### **Elektronisk søk**

Det elektroniske søket ble gjennomført i databasene PsycInfo, Web of Science og PubMed til og med 30. september 2017. Søkfrasen som ble brukt for å identifisere metakognitiv terapi var “metacognitive therapy”. For å finne søkeord for randomiserte kontrollerte studier ble det tatt utgangspunkt i Cochranes søkefilter for RCT, og håndboken «Slik oppsummerer vi forskning» av Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Higgins & Green, 2011; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). Søkordene som ble brukt for å identifisere

randomiserte kontrollerte studier var “random\*”, “controlled”, “clinical study”, “clinical trial”, “quantitative study”, “effect”, “empirical study”, “treatment outcome”, “treatment effect”. I PsychInfo ble det også søkt på emneknaggene “clinical trials”, “quantitative methods”, “treatment outcomes” og “treatment effectiveness evaluation”. Søkefrasen for MCT og søkeordene/søkefrasene for randomiserte kontrollerte studier ble kombinert ved boolsk operatør “AND”.

### **Inklusjonskriterier**

Inklusjonskriteriene var:

- 1) Det måtte være en studie som undersøkte effekten av metakognitiv terapi, basert på modellen til Wells og Matthews (1994).
- 2) Forsøkspersonene måtte ha en psykiatrisk diagnose ut ifra et internasjonalt anerkjent diagnosesystem (DSM og ICD).
- 3) Det måtte være en randomisert kontrollert studie
- 4) Artikkelen måtte være skrevet på engelsk eller skandinavisk språk.

Inklusjonskriterie 1 innebærer at behandlingen som ble undersøkt i studiet måtte være metakognitiv terapi, basert på modellen til Wells and Matthews (1994). Det finnes andre typer metakognitive intervensjoner, blant annet en behandling for schizofreni som fokuserer på hvordan kognitive feil (bias) kan bidra til desillusjoner (Moritz, Vitzthum, Randjbar, Veckenstedt, & Woodward, 2010). Studier som undersøker effekt av behandling som refereres til som metakognitiv, men som ikke bygger på Wells og Matthews modell, ble altså ekskludert.

Studier som kun undersøkte spesifikke komponenter av metakognitiv terapi, for eksempel ATT, ble ekskludert. Det var fordi hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å presentere evidensgrunnlaget for metakognitiv terapi, og ikke kun spesifikke deler av terapien.

Studier som undersøkte intervensjoner hvor MCT var ett av flere elementer ble ekskludert fordi man ikke kan vite om det er den metakognitive terapien eller andre elementer som forklarte utfallet.

Inklusjonskriterie 2 innebærer at forsøkspersonene i studien måtte ha en psykiatrisk diagnose. Dette ekskluderer studier som har forsøkspersoner med psykiske helseplager som ikke tilfredsstillende en psykiatrisk diagnose. Det ekskluderte også pasienter som har somatiske diagnoser, men ikke psykiatriske diagnoser.

Inklusjonskriterie 3 innebærer at studien måtte være randomisert og kontrollert, slik at man kan anta at den viser årsakssammenheng mellom terapi og utfall. Forstudier og pilotstudier ble ekskludert, fordi de ikke er designet for å vise årsakssammenheng.

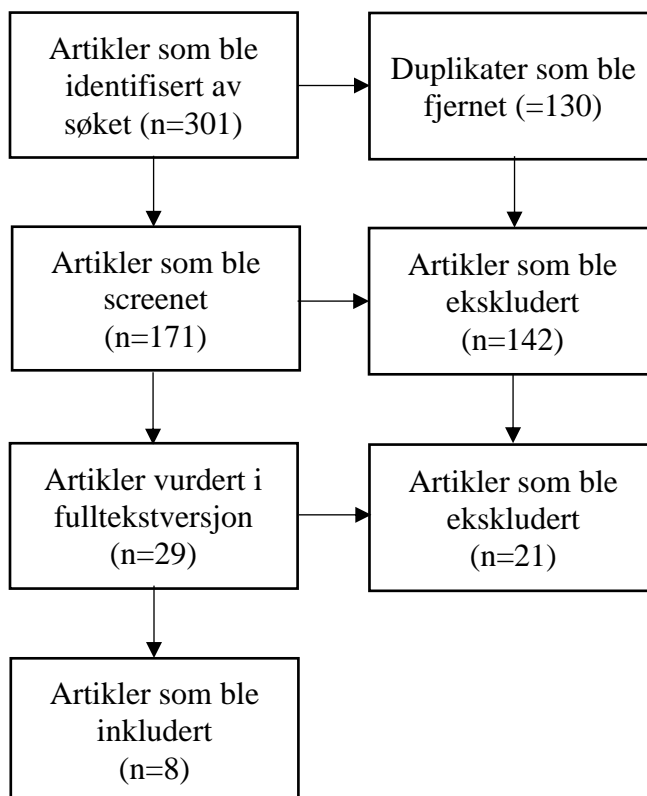
Det elektroniske søket fikk 301 treff. Av dette var det 130 duplikater som ble fjernet, slik at 171 referanser gjensto. Tittel og sammendrag for disse referansene ble gjennomgått for å identifisere artikler som kunne være aktuelle for denne litteraturgjennomgangen. 142 artikler ble ekskludert, 29 gjensto.

Deretter ble den fulle teksten til de potensielt aktuelle artiklene søkt opp, og det ble gjort en grundig gjennomgang for å vurdere om de tilfredsstilte inklusjonskriteriene. 21 artikler ble ekskludert, 8 artikler gjensto.

### **Manuelt søk**

Referanselistene og listen over siterende artikler til de 8 inkluderte artiklene ble gjennomgått for å se etter artikler som tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Samme prosedyre ble brukt med relevante systematiske litteraturgjennomganger og metastudier. Dette bidro imidlertid ikke til at flere artikler ble inkludert.

Figur 2 viser et flytdiagram over prosessen med å identifisere og velge artikler til denne litteraturgjennomgangen. I appendiks A er det tabeller som viser inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier. Det er også en tabell som viser studiene som ble ekskludert etter lesing av fulltekstversjon, med begrunnelse for eksklusjon.



Figur 2. Flytdiagram over inkluderte studier

### Risiko for systematiske feil

En systematisk skjevhet (bias) i forskning er en feilkilde som fører til systematiske feil i resultatet. Systematisk feil er mer alvorlig enn tilfeldig feil, nettopp fordi de er systematiske og påvirker resultatet i en bestemt retning. Det kan få større utslag enn tilfeldige feil som påvirker resultatet i forskjellige retninger (Svardal, 2016).



For å undersøke hvor sårbare de inkluderte studiene er for systematiske feil ble de vurdert ut ifra kriteriene som er beskrevet i Cochranes håndbok for systematiske litteraturgjennomganger, "Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias" (Higgins & Green, 2011). Hver studie ble vurdert i forhold til bestemte kriterier som er relevant for å vurdere risiko for systematiske feil. Hvert kriterium kan gi informasjon om hvor sårbar studien er for en bestemt systematisk feil. Kriteriene *generering av randomiseringssekvens* og *skjult fordeling til grupper* kan gi informasjon om sårbarheten for feil ved seleksjon. For å unngå feil på grunn av påvirkning av prestasjon hos forsøkspersonene er det ønskelig at de ikke kjenner til hva slags betingelse de er i og hva slags behandling de får («*Blinding*» av *forsøkspersoner*). For å unngå feil ved at personen som administrerer og vurderer utfallstesten blir påvirket av hva slags betingelse forsøkspersonene var i er det ønskelig at de ikke kjenner til hvilken betingelse forsøkspersonene var i («*Blinding*» av *utfallsmåler*). *Behandling av ufullstendige data* gir informasjon om risiko for feil på grunn av attrisjon og *sektiv rapportering av utfallsdata* er relevant for feil på grunn av selektiv rapportering (Higgins & Green, 2011; Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2015). For å finne relevant informasjon for å vurdere selektiv rapportering ble det søkt etter studie protokoll for alle studiene i WHO sin database for studie protokoller. Denne databasen samler studie protokoller fra flere databaser, blant annet nordamerikanske helsemyndigheters database for studie protokoller (<https://www.clinicaltrials.gov/>) EU-registrerte studie protokoller (<https://www.clinicaltrialsregister.eu/>) og det internasjonale isrctn registeret (<https://www.isrctn.com/>).

For hvert kriterium ble det vurdert om studien hadde liten, usikker, eller høy risiko for den aktuelle systematiske feilen. I Cochrane sin håndbok for er det beskrevet retningslinjer for når man skal vurdere risikoen for liten, usikker eller høy for hvert kriterium.

Det er viktig å merke seg at denne metoden undersøker *risiko* for systematiske feil, og ikke kan gi sikker informasjon om en feilen faktisk er tilstede. Hvis en studie for eksempel vurderes å ha høy risiko for påvirkning ved attrisjon på grunn av høyt frafall, betyr ikke det nødvendigvis at det forekommer en feil på grunn av påvirkning ved attrisjon. Denne feilen forekommer kun hvis frafallet har påvirket resultatet. I praksis vil det være nærmest umulig å vite om en bestemt systematisk feil er tilstede i et bestemt studie (Higgins & Green, 2011).

I noen tilfeller er det svært vanskelig å minimere risiko for systematiske feil. Det mest nærliggende eksempelet i denne litteraturgjennomgangen er blinding av forsøkspersoner i eksperiment som undersøker effekten av en terapimetode. Forsøkspersonene er tenkende vesener som har tilgang på informasjon gjennom mange kanaler, blant annet internett. Selv om forskerne kan unnlate å fortelle forsøkspersonene hva slags behandling de får, er det så å si umulig å sikre at forsøkspersonene ikke avdekker det selv.

Det er likevel hensiktsmessig å gjøre en vurdering av hvor stor risiko en studie har for å være utsatt for systematiske feil, slik at det er mulig å legge mest vekt på resultatene til de studiene som vurderes å ha minst risiko for systematiske feil.

### **Troskap til terapimetode**

I RCT studier som undersøker terapi er terapien den uavhengige variabelen, og for å sikre validiteten til eksperimentet er det vesentlig at terapien i studiet er riktig. Man må sikre at den terapien som forekommer i studien faktisk er den terapien som man ønsker å teste. Det finnes

flere begreper som refererer til dette, blant annet terapi implementering, terapi integritet og troskap til terapimetoden (treatment fidelity) (Bellg et al., 2004; Borrelli, 2011; Chambless & Hollon, 1998). Her vil begrepet troskap til terapimetode bli brukt.

Diskusjonen om troskap til terapimetode i forskning dreide seg først hvordan terapeutene leverte terapien. Det vil si om terapien ble gitt på riktig og god nok måte, og om behandlingen i ulike betingelser er ulike på måter som de var ment å være ulike på (Chambless & Hollon, 1998; Moncher & Prinz, 1991). Etter som troskap mot metode har blitt diskutert har det blitt pekt på flere relevante elementer, også faktorer knyttet til hvordan forsøkspersonene forholder seg til terapien (Lichstein, Riedel, & Grieve, 1994).

Bellg et al. (2004) argumenterer for at følgende fem områder som er relevant for troskap til terapimetode.

1) Studie design, som handler om operasjonaliseringen av behandlingen. De intervensjonene som brukes i studien må være korrekt i forhold til terapimetoden som skal testes. Det som regnes som virksomme ingredienser i terapien, det som antas å føre til klinisk bedring, må være inkludert. For å sikre dette anbefales forskerne å spørre seg hvor godt intervensjonen representerer det teoretiske grunnlaget for terapien. Forskerne bør også sikre at alle forsøkspersonene i samme betingelse får en passelig behandlingsdose, og de ulike betingelsene gir tilsvarende behandlingsdose (Bellg et al., 2004).

2) Opplæring/trening, som handler om at terapeutene som skal gi behandlingen får tilstrekkelig opplæring og trening. For å sikre dette anbefales det at opplæring og trening blir standardisert, og det bør undersøkes og vurderes om terapeutene oppnår et tilfredsstillende ferdighetsnivå. Man bør ha tiltak for å sørge for at terapeutene holder seg til intervensjonen som

skal undersøkes (hindre/reducere «terapeutisk drift»). Terapeutene vil i utgangspunktet variere i opplæring og ferdighetsnivå, og man må sørge for at alle gir like god behandling (Bellg et al., 2004).

3) Terapi formidling, det vil si hvordan behandlingen gis i praksis, hvorvidt den blir gitt slik som det var planlagt. Det blir anbefalt å undersøke forskjeller i fellesfaktorer mellom terapeutene ved for eksempel å be forsøkspersoner fylle ut relevante spørreskjema. Man bør sikre at forsøkspersoner i samme betingelse får samme intervensjon, ved å ha en behandlingsmanual. Man må sørge for at behandlingene i de ulike betingelsene er forskjellig slik de er ment å være forskjellig. Det kan være en utfordring hvis terapeutene gir behandling for begge betingelsene, da er det en risiko for at terapeuten kommer i skade for å bruke en intervensjon i feil betingelse. Ved å ta opptak av terapien og vurdere den etter forhåndsbestemte kriterier kan man undersøke hvorvidt forsøkspersonene får intervensjonen på riktig måte, og hvorvidt forsøkspersonene får intervensjoner som ikke tilhører behandlingen de skal få (Bellg et al., 2004).

4) Terapi mottakelse handler om hvor godt forsøkspersonene forstår det som blir formidlet i terapien, og forsøkspersonenes evne til å utføre kognitive og atferdsmessige ferdigheter som de lærer i terapien. Mottakelse dreier seg ikke om hvorvidt forsøkspersonene utfører ferdighetene i hverdagen, men hvor god evne de viser i timene til å gjøre ferdighetene. God mottakelse kan for eksempel være at pasienten utfører en avslapningsøvelse korrekt i timen, eller at pasienten i timen gir uttrykk for å være motivert for å endre seg, hvis et mål i terapien var å øke pasientens endringsmotivasjon (Bellg et al., 2004).

Forskerne anbefales å undersøke mottakelsen hos forsøkspersonene, og å ha tiltak for å bedre mottakelsen. Dette gjelder både forståelse av det som blir formidlet og utøvelsen av kognitive og atferdsmessige ferdigheter (Bellg et al., 2004).

5) Terapi utøvelse handler om hvordan forsøkspersonene bruker det de lærer i terapien i hverdagen. For eksempel om forsøkspersonen bruker avslapningsøvelsen han/hun lærte i situasjoner hvor det er ment at den skal brukes, som når forsøkspersonen er stresset eller når han/hun har skal legge seg for å sove (Bellg et al., 2004).

Det anbefales at forskerne undersøker i hvilken grad forsøkspersonene bruker kognitive og atferdsmessige ferdigheter i hverdagen. Det anbefales også at forskerne har tiltak for å øke forsøkspersonenes implementering av disse ferdighetene i hverdagen (Bellg et al., 20

## **Resultat**

### **Vurdering av risiko for systematiske feil**

Figur 3 viser en illustrasjon av vurdering av sårbarhet for systematiske feil. Appendiks B viser den fullstendige risikovurderingen for hvert studie, med begrunnelse for vurderingen av hvert kriterium. Samlet sett ble studiene vurdert slik på de forskjellige kriteriene:

På randomisering ble 2 studier vurdert som usikre, og 6 studier ble vurdert å ha liten risiko. På skjult fordeling til grupper ble 5 studier vurdert som usikre, og 3 studier ble vurdert å ha liten risiko. På «blinding» av forsøkspersoner ble 5 studier vurdert som usikre, og 3 studier ble vurdert å ha høy risiko. På «blinding» av utfallsmålere ble 6 vurdert som usikre, og 2 ble vurdert å ha liten risiko. På ufullstendig utfallsdata ble 4 vurdert som usikre og 4 ble vurdert å ha liten risiko. På selektiv rapportering ble 4 vurdert å som usikre, 3 ble vurdert å ha høy risiko og

en ble vurdert å ha liten risiko. På terapeutisk etterlevelse ble 5 vurdert som usikre, og 3 ble vurdert å ha liten risiko.

## Tabell 1

*Karakteristikk ved og resultat av de inkluderte studiene*

| Studie nr.         | Forfatter, år  | Land | Antall forsøks- personer, kjønn og aldersspenn | Diagnose og komorbiditet  | Eksperimentelle betingelser  | P, PP, eller PPO <sup>1</sup> | Individuell/gruppe | Omfang av terapi                                     | Fremmøte  |
|--------------------|----------------|------|--|---|--|-------------------------------|--------------------|--|---|
| «Efficacy» studier |                |      |  |   |  |                               |                    |  |   |
| 1                  | Shareh (2010)  | Iran | N=19 (52,6% kvinner, 47,3% menn) 18-48 år      | Tvangslidelse uten komorbiditet                                       | MCT, medikament (fluvoxamine), eller kombinasjon av MCT og medikament                | PP                            | Individuell        | 10 sesjoner. Varigheten på sesjonene er ikke oppgitt | Ikke oppgitt  |
| 2                  | Rabei (2012)   | Iran | N=20 (90% kvinner, 10% menn) 16-37 år          | Kroppsdysmorfisk lidelse (BDD) 45 % hadde en annen diagnose i tillegg | MCT eller venteliste. Ingen av forsøks- personene brukte psykofarmaka                | PPO                           | Individuell        | 8 sesjoner x 45-60 min og hjemmeoppgaver             | 2 forsøks- personer droppet 2 timer, ellers var det fullt oppmøte |
| 3                  | Ashouri (2013) | Iran | N=33 (60,6 % kvinner, 39,3 % menn)             | Depresjon uten komorbiditet   | MCT, CBT eller venteliste. I tillegg tok forsøks- personene sine faste medikamenter. | PPO                           | Individuell        | Ikke oppgitt   | Ikke oppgitt  |

<sup>1</sup> P=kun posttest, PP=pretest og posttest, PPO=pretest, posttest og oppfølging

| Studie nr | Frafall   | Utfallsvariabel   | Utfallsmål  | Signifikans  | Effektstørrelse ved posttest <sup>2</sup>                    | Effektstørrelse ved oppfølging | Forverring   |
|-----------|---|---|---|--|--|--------------------------------|--------------|
| 1         | 1 forsøksperson i medikament betingelsen falt fra, 1 forsøksperson i kombinasjonsbetingelsen falt fra | (1) Nivå av tvangstanker og tvangs-handlinger, (2) symptomer på depresjon og (3) symptomer på angst | (1) Y-BOCS, (2) BDI-II og (3) BAI   | MCT og kombinasjon hadde signifikant bedre utfall enn medikament   | MCT vs. medikament: 1.83-3.71 MCT vs. kombinasjon: 0.17-0.91 | Ingen oppfølging               | Ikke oppgitt |
| 2         | 0   | (1) Symptomer på BDD (2) meta-kognisjoner   | (1) YBOCS modifisert for BDD, (2) Thought Fusion Instrument (TFI)                 | MCT hadde signifikant bedre utfall enn venteliste ved posttest og oppfølging   | MCT vs venteliste: 0.33-0.51                                 | Ikke oppgitt                   | Ikke oppgitt |
| 3         | 0   | (1) Symptomer på depresjon (2) Symptomer på angst (3) grubling (4) metakognisjoner                  | (1) BDI (2) BAI, (3) Ruminative Responses Scale (4) Dys-functional Attitude Scale | MCT og CBT hadde signifikant bedre utfall enn venteliste ved posttest og oppfølging. Ingen signifikant forskjell mellom MCT og CBT | Ikke oppgitt   | Ikke oppgitt                   | Ikke oppgitt |

<sup>2</sup> Effektstørrelse oppgitt i Cohen's d, fra laveste til høyeste effektstørrelse på de ulike utfallsmålene



| Studie nr.         | Forfatter, år       | Land    | Antall forsøks-<br>personer, kjønn<br>og aldersspenn | Diagnose og<br>komorbiditet                                   | Ekperimentelle<br>betingelser  | P, PP,<br>eller<br>PPO | Individuell/gruppe  | Omfang av<br>terapi   | Fremmøte  |
|--------------------|---------------------|---------|--|---|--|------------------------|---|---|---|
| «Efficacy» studier |                     |         |  |   |  |                        |   |   |   |
| 4                  | Farahmand<br>(2014) | Iran    | N=22 (90,9%<br>kvinner, 9,0%<br>menn) 18-50 år       | Depresjon. Det<br>er ikke<br>redegjort for<br>komorbiditet    | MCT kombinert<br>med<br>medikament<br>(Citalopram og<br>Sertraline) eller<br>kun medikament<br>(Citalopram og<br>Sertraline) | PPO                    | Den første<br>timen var<br>individuell,<br>resten var<br>gruppetimer. | 9 sesjoner x<br>90 min og<br>hjemme-<br>oppgaver                              | Ikke oppgitt  |
| 5                  | Wells<br>(2015)     | England | N=32 (37,5%<br>kvinner, 62,5%<br>menn)               | Kronisk PTSD.<br>Det er ikke<br>redegjort for<br>komorbiditet | MCT, langvarig<br>eksponering (LE)<br>eller venteliste   | PPO                    | Individuell   | 8 sesjoner x<br>60 min og<br>hjemme-<br>oppgaver for<br>begge<br>betingelsene | 2 forsøks-<br>personer<br>droppet 1<br>time, ellers var<br>det fullt<br>oppmøte |

|   |                 |       |   |   |   |     |             |   |   |
|---|-----------------|-------|---|---|---|-----|-------------|---|---|
| 6 | Hagen<br>(2017) | Norge | N=39 (59%<br>kvinner, 41%<br>menn) 18-54 år | Depresjon.<br>66,7 % hadde<br>minst en<br>diagnose i<br>tillegg | MCT eller<br>venteliste<br>etterfulgt av<br>MCT | PPO | Individuell | 10 sesjoner.<br>Varigheten på<br>sesjonene er<br>ikke oppgitt | 2 forsøks-<br>personer<br>fullførte ikke<br>alle 10 MCT<br>sesjoner. Ellers<br>var det fullt<br>oppmøte |
|---|-----------------|-------|---|---|---|-----|-------------|---|---|

















































| Studie nr          | Frafall   | Utfallsvariabel   | Utfallsmål   | Signifikans   | Effektstørrelse   | Effektstørrelse ved oppfølging       | Forverring   |
|--------------------|---|---|--|---|---|--------------------------------------|--|
| «Efficacy» studier |   |   |  |   |   |                                      |  |
| 4                  | 4 forsøks-<br>personer falt fra<br>i eksperiment-<br>gruppen, derfor<br>ble 4 tatt ut fra<br>kontroll-<br>gruppen | (1) Selvtillitt (2)<br>generell mental<br>helse   | (1) Eysenc self-<br>esteem scale (2)<br>Mental Health<br>Checklist   | MCT hadde<br>signifikant<br>bedring ved<br>posttest og<br>oppfølging.<br>Ingen signifikant<br>bedring i<br>kontrollgruppen                      | Ikke oppgitt  | Ikke oppgitt                         | 1 forsøksperson<br>rapporterte<br>forverring mellom to<br>timer, men<br>forverringen ble ikke<br>opprethold.                 |
| 5                  | 1 forsøksperson<br>i MCT<br>betingelsen og 1<br>forsøksperson<br>fra LE<br>betingelsen falt<br>fra                | (1) Symptomer på<br>PTSD (2)<br>Symptomer på<br>depersjon (3)<br>Fysiologisk<br>aktivering ved<br>eksponering for<br>traumerelatert<br>stimuli (4) Diagnose | (1) SCID-1/P,<br>Impact of<br>Events Scale<br>(IES), Post-<br>traumatic Stress<br>Diagnostic<br>Scale, (2) BDI-II<br>(3) hjerterate<br>(4) SCID-IP | MCT og LE<br>hadde signifikant<br>bedring fra<br>pretest ved<br>posttest og<br>oppfølging.<br>Ingen signifikant<br>bedring i<br>kontrollgruppen | MCT: 1.73-4.52<br>PE: 0.69-1.34   | MCT: 1.01-<br>2.39 PE: 0.90-<br>1.34 | 20 % av forsøks-<br>personene i<br>LE rapporterte<br>forverring midt i<br>behandlingsforløpet,<br>og deretter<br>forbedring. |
| 6                  | 2<br>forsøkspersoner<br>i venteliste falt<br>fra  | (1) symptomer på<br>depresjon (2)<br>symptomer på<br>angst (3)<br>depresjons-<br>diagnose   | (1) HRSD og<br>BDI, (2) BAI (3)<br>SCID-I og SCID-II   | MCT hadde<br>signifikant<br>bedring i<br>posttest og<br>oppfølging.   | Blant de som<br>fullførte: MCT:<br>2.34-4.81<br>Intention-to-treat:<br>MCT: 2.08-3.13 | Ikke oppgitt                         | Ingen pasienter<br>rapporterte om<br>forverring  |

| Studie nr.              | Forfatter, år         | Land      | Antall forsøks- personer, kjønn og aldersspenn | Diagnose og komorbiditet  | Ekperimentelle betingelser   | P, PP, eller PPO | Individuell/gruppe | Omfang av terapi   | Fremmøte   |
|-------------------------|-----------------------|-----------|--|---|--|------------------|--------------------|--|--|
| «Effectiveness» studier |                       |           |  |   |  |                  |                    |  |  |
| 7                       | van der Heiden (2012) | Nederland | N=126 (73% kvinner, 26,9% menn)                | Generalisert angst lidelse. 63 % av forsøks-personene hadde minst to akse 1 diagnoser i tillegg               | MCT, "Intolerance-of-uncertainty" terapi (IUT), eller "delayed treatment" (DT). De forsøks-personene som hadde stabil medisinerings fortsatte med medisinerne. | PPO              | Individuell        | Opptil 14 sesjoner og hjemmeoppgaver for begge betingelser. Gjennomsnittlig antall sesjoner for de som fullførte behandlingen: MCT: 12,30 IUT: 12,88 | Omtrent 70 % av forsøks-personene fullførte behandlingen. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene. |
| 8                       | Johnson (2017)        | Norge     | N=74 (45 kvinner, 29 menn)                     | PTSD, sosial fobi eller panikkelidelse. 90,5 % hadde en komorbid diagnose og 30 % hadde personlighetslidelse. | Generisk MCT eller diagnose-spesifikk CBT. Forsøks-personer som gikk på medikamenter seponerte før studien begynte   | PPO              | Individuell        | Gjennomsnittlig antall sesjoner for de som fullførte: 9,4. CBT sesjonene varte gjennomsnittlig 71,5 min, MCT sesjonene 51,8 min.                     | Ikke oppgitt   |



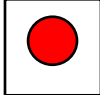
| Studie nr | Frafall  | Utfallsvariabel   | Utfallsmål  | Signifikans   | Effektstørrelse ved posttest  | Effektstørrelse ved oppfølging  | Forverring   |
|-----------|--|---|---|---|---|---|--------------|
| 7         | DT: 1 falt fra under venteperioden, 4 etter at venteperioden var over. MCT: 11 falt fra under behandlingen, 7 ved oppfølging. IUT: 14 falt fra under behandlingen, 4 ved oppfølging. | (1) Symptomer på GAD (2) Andre psykiske symptomer, blant annet depresjon (3) Diagnose | (1) PSWQ, STAI-T (2) SCL-90, BDI (3) SCID-I             | MCT og IUT hadde signifikant bedring fra pretest ved posttest og oppfølging. Ingen signifikant bedring i DT. I intent-to-treat analysen <sup>3</sup> hadde MCT signifikant bedre utfall enn IUT på 3 utfallsmål ved posttest. | Blant de som fullførte: MCT: 1.53-2.39 IUT: 0.98-1.43 Intention-to-treat: MCT: 1.15-1.67 IUT: 0.63-1.02 | Blant de som fullførte: MCT: 1.61-2.38 IUT: 1.27-1.60 Intent-to-treat: MCT:1.22-1.66. IUT:0.76-1.13 | Ikke oppgitt |
| 8         | 2 forsøkspersoner fra MCT betingelsen falt fra under behandling, 5 forsøkspersoner fra CBT betingelsen falt fra under behandling   | (1) Symptomer på angst (2) Andre psykiske symptomer, blant annet depresjon            | (1) BAI, ADIS IV (2) SCID-II, BDI, PSWQ, SCL-90, IIP-64 | MCT hadde signifikant bedre utfall enn CBT på 3 utfallsmål i posttest, resten av utfallsmålene var ikke signifikant ulike. Ved oppfølging var det ikke signifikant forskjell mellom gruppene, grunnet bedring i CBT gruppen.  | MCT: 0.40-1.10 CBT: 0.22-0.62   | MCT: 0.28-0.84 CBT: 0.38-0.86   | Ikke oppgitt |

<sup>3</sup> Intent-to-treat analyse er analyse av alle forsøkspersoner som ble randomisert til en eksperimentell betingelse, uavhengig av om de deltok i behandlingen som ble gitt i betingelsen. Det er en metode for å unngå systematisk feil på grunn av frafall (Hollis & Campbell, 1999).

## Feilkilder

|                     | Randomisering   | Sjult allokering  | Blinding av forsøkspersoner   | Blinding av utfallsmåler  | Ufullstendig utfallsdata  | Selektiv rapoprtering   |
|---------------------|---|---|---|---|---|---|
| Ashouri 2013        |    |    |    |    |    |    |
| Farahmand 2014      |  |  |  |  |  |  |
| Hagen 2017          |  |  |  |  |  |  |
| Johnsen 2017        |  |  |  |  |  |  |
| Rabei 2012          |  |  |  |  |  |  |
| Shareh 2010         |  |  |  |  |  |  |
| Van der Heiden 2012 |  |  |  |  |  |  |
| Wells 2015          |  |  |  |  |  |  |

Figur 3. Illustrasjon av vurdering av systematiske feil i de inkluderte studiene.

 = liten risiko for feil
  = usikker risiko for feil
  = høy risiko for feil

## Vurdering av troskap til terapimetode

### Studie design

Alle studiene unntatt Ashouri et al., (2013) gir en mer eller mindre omfattende beskrivelse av hva slags behandling som blir gitt i studien. Basert på hvordan behandlingen beskrives vurderes det som at alle disse studiene har en rimelig operasjonalisering av MCT. Ashouri et al., (2012) beskriver MCT, men ikke MCT behandlingen for denne studien, det er derfor ikke mulig å vurdere operasjonaliseringen av MCT for denne studien.

### Opplæring/trening

Hagen et al., (2017), Johnson et al., (2017), van der Heiden et al., (2017) og Wells et al., (2015) beskriver systematisk og relativt omfattende opplæring/trening av terapeutene, også i kontrollbetingelsen for de studiene som hadde en annen terapi som kontrollbetingelse. Veiledningen fortsatte mens behandlingen pågikk, noe som kan bidra til å redusere «terapeutisk drift».

De nevnte studiene varierer i hvordan de forholder seg til utfordringen med å minimere forskjeller i terapeutvariabler mellom betingelsene.

I studien til Hagen et al., (2017) var alle terapeutene trent i MCT fra før av, men det ble ikke undersøkt hvor ulike de var i kompetansenivå.

Johnson et al., (2017) undersøkte kompetansen til terapeutene ved «Cognitive Therapy Scale» og Meta Cognitive Therapy Competency Scale, og fant at kompetansen til terapeutene var tilfredsstillende og at det ikke var signifikant forskjell mellom terapeutene i de ulike betingelsene.

I studien til van der Heiden et al., (2012) hadde alle terapeutene erfaring med å gi manualbasert CDT behandling, og alle unntatt en var sertifiserte CBT terapeuter.

I studien til Wells et al., (2015) hadde begge terapeutene lite erfaring, ble veiledet av en ekspert på terapien, og ga terapi i begge betingelsene.

Farahmand et al., (2014), Rabei et al., (2012), Shareh et al., (2010) og Ashouri et al., (2013) gir ikke nok informasjon til at det kan vurderes om veiledningen har vært tilstrekkelig. Farahmand et al (2014), Rabei et al., (2012) og Shareh et al., (2010) skriver kun at terapeutene har mottatt veiledning. Ashouri et al., (2013) skriver ikke noe om veiledning til terapeutene i studien. Ingen av disse studiene tematiserer forskjeller mellom terapeutvariabler.

#### Formidling av terapien

Johnson et al., (2017) van der Heiden et al., (2012) og Wells et al., (2015) tok opptak av terapien, vurderte den etter forhåndsbestemte kriterier for å undersøke om den følger behandlingsmanualen, og konkludert at terapien følger manualen godt nok. Johnson et al., (2017) undersøkte også fellesfaktorene terapeutisk allianse og behandlingens troverdighet ved spørreskjema til forsøkspersonene, og fant at det ikke var signifikant forskjell mellom behandlingene.

Hagen et al., (2017) skriver at det ble gjort opptak av terapien til bruk i veiledning, og at veilederen dermed fulgte med på om terapeutene fulgte manualen, og ga veiledning basert på det. Men det ikke ble gjort en formalisert undersøkelse og vurdering av om terapien fulgte behandlingsmanualen.

Rabei et al., (2012) skriver at han etter hver time diskuterte innholdet i timen med terapeuten som ga terapien for å sikre at terapien faktisk var MCT. Ashouri et al., (2013),



Farahmand et al., (2014) og Shareh et al., (2010) skriver ikke hvorvidt de gjorde noe for å sikre at terapeutene ga terapien på riktig måte.

Mottakelse av terapien

Ingen av studiene tematiserer dette i forbindelse med troskap til terapimetode.

Forsøkspersonenes implementering av terapien

Farahmand et al., (2014) skriver at forsøkspersonene ble ringt mellom timene for å sikre at de gjorde hjemmeoppgaver med tilstrekkelig kvalitet og kvantitet. Utenom dette er det ingen av studiene som tematiserer forsøkspersonenes implementering av terapien.

### **Resultatene fra de inkluderte studiene**

En av de inkluderte studiene kommer fra England hvor MCT ble utviklet, 4 av studiene kommer fra Iran, 2 fra Norge, og en Nederland.

Studiene til Ashouri et al., (2013), Farahmand et al., (2014), og Hagen et al., (2017) fant at MCT var effektiv i behandling av depresjon. Resten av studiene fant at MCT var effektiv i behandling av ulike angstlidelser: BDD, OCD, GAD, PTSD, sosial angst, panikklidelse med og uten agorafobi.

4 av studiene sammenlignet MCT kun med venteliste, og alle disse studiene viste at MCT førte til signifikant bedre effekt enn venteliste. 4 av studiene sammenlignet MCT med annen terapi som er en anerkjent behandling for den lidelsen som ble undersøkt:

Studien til van der Heiden et al., (2012) fant at MCT førte til signifikant bedre utfall på alle utfallsmål enn IUT, både blant de som fullførte behandlingen og i intent to treat analysen. Dette gjelder både posttest og oppfølging.

I Studien til Johnson et al., (2017) hadde MCT gruppen signifikant mindre angst enn CBT gruppen ved posttest, men ved oppfølging var det ikke signifikant forskjell mellom gruppene, hovedsakelig fordi CBT gruppen hadde hatt ytterligere bedring.

I studien til Wells et al., (2015) hadde MCT signifikant bedre resultat enn PE på to av fire utfallsmål ved posttest: selvrappørterte PTSD symptomer og fysiologisk aktivering målt ved hjerterate. Det var ikke signifikant forskjell mellom betingelsene i BDI og BAI skåre. Ved oppfølging var det ikke signifikant forskjell mellom gruppene, hovedsakelig fordi PE hadde signifikant bedring siden posttest.

Studiene til van der Heiden et al., (2012) og Wells et al., (2015) fant altså at MCT ga raskere, men ikke bedre, resultat enn terapien som ble sammenlignet.

I studien til Ashouri et al., (2013) var det ikke signifikant forskjell mellom CBT og MCT, men begge behandlingene var signifikant bedre enn venteliste.

I Cochrane sin metode for å vurdere risiko for feilkilder får ikke studien en samlet vurdering, kun en vurdering på hvert kriterium. Det er fordi man mener at en samlet vurdering vil innebære en abstraksjon som gjør at man mister relevant informasjon for å vurdere feilkilder i hvert studie. Dette gjør det utfordrende å sammenligne studiene i forhold til feilkilder, man kan ikke gi en klar rangering over hvilke studier som har minst feilkilder. Det vurderes likevel som rimelig å si at studiene til van der Heiden et al., (2012), Johnson et al., (2017) og Farahmand et al., (2014) peker seg positiv ut.

Samlet sett kommer studiene til Wells et al., (2015), van der Heiden et al., (2012) og Johnson et al., (2017) best ut i vurderingen av troskap til terapimetode.

Blant de 3 studiene som rapporterte hvorvidt det forekom forverring blant pasienter i MCT betingelsen var det en pasient som rapporterte om forverring underveis i terapiforløpet,

men dette var forbigående. Ingen pasienter i MCT betingelse rapporterte om forverring i posttest eller oppfølging.

En utfordring i RCT studier som undersøker en terapimetode er at mennesker med psykiske lidelser ofte bruker psykofarmaka. Det kan tenkes at måten forskerne forholder seg til dette, hvorvidt de lar forsøkspersonene fortsette på medikamentene eller krever at de seponeres, kan påvirke resultatet av studien. I noen av de inkluderte studiene er det redegjort for hvordan forskerne har forholdt seg til dette. I studien til Shareh et al., (2010) fortsatte forsøkspersonene på eventuelle medikamenter de brukte. I studien til van der Heiden et al., (2012) fortsatte forsøkspersonene på eventuelle medikamenter hvis de var stabile på disse medikamentene. I studien til Rabei et al., (2012) gikk ingen av forsøkspersonene på medikamenter. I studien til Johnson et al., (2017) måtte forsøkspersonene som gikk på medikamenter seponere før studien startet. I resten av studiene er det ikke redegjort for hvorvidt forsøkspersonene gikk på psykofarmaka, og hvordan forskerne eventuelt forholdt seg til det.

### **Diskusjon**

Hensikten med denne litteraturgjennomgangen var å finne ut hvor god støtte MCT har i RCT studier. I de RCT studiene som er inkludert i denne litteraturgjennomgangen var MCT en effektiv behandling for depresjon og ulike typer angst. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen er altså samstemt med resultatene fra tidligere litteraturgjennomganger og metaanalyser (H. Nordahl, 2014a; Normann et al., 2014; Sadeghi et al., 2015).

I alle tilfeller hvor det er sammenligning med venteliste kom MCT signifikant bedre ut. Det å sammenligne med en annen anerkjent behandling regnes imidlertid som bedre enn å sammenligne med venteliste, fordi da kan man argumentere for at en eventuell effekt kan forklares av at det er denne terapien som er effektiv, og at effekten ikke forklares av

fellesfaktorer (Chambless & Hollon, 1998; Lambert, 2013). Det er også nyttig å ikke bare vise at terapien er effektiv, men å vise hvor effektiv den er sammenlignet med behandlinger som allerede er i bruk (Lambert, 2013). Det er derfor sterkere evidens for effektiviteten av MCT at studiene som sammenlignet med en anerkjent terapi viste at MCT hadde like god effekt, raskere effekt eller større effekt.

Det vurderes som en styrke at de inkluderte studiene er fra 4 ulike land. Det viser at MCT har blitt oversatt til ulike språk og kulturer, og at det har vist seg effektiv i ulike kulturer (Berry, 2002; Chambless & Hollon, 1998).

I vurdering av risiko for systematiske feil viste det seg at studiene hadde begrensninger, alle utenom to studier ble vurdert å ha høy sannsynlighet for systematiske feil på minst ett kriterium. I 6 av 8 studier regnes det altså som høy risiko for at systematiske feil har påvirket resultatene slik at de i mindre grad gir et riktig svar på hypotesen som ble testet. Det er på kriteriet «blinding av forsøkspersoner» som studiene oftest ble vurdert å ha høy risiko for feil. Dette er også et kriterium som er det er svært vanskelig å tilfredsstillere i terapiforskning (Higgins & Green, 2011). Hvis man ser vekk i fra dette kriteriet er det 2 av 8 studier som har høy risiko for feil på minst ett kriterium, risikoen for systematiske feil i de inkluderte studiene som helhet blir altså vurdert som betydelig mindre. Det betyr at når man kun vurderer de kriteriene som det er realistisk at studiene kan tilfredsstillere, så kommer studiene betydelig bedre ut. Det betyr ikke at manglende blinding av forsøkspersoner ikke representerer en risiko for systematisk feil. Men dette er en risiko som man antakelig ikke kan sikre seg mot i terapiforskning, og man må derfor akseptere at studier som har denne risikoen tross alt er den beste evidensen man har. Derfor kan det argumenteres for at når man gjør en realistisk vurdering av de inkluderte studiene, hvor man

sammenligner dem med studier som det er mulig å gjennomføre, så blir det vurdert at i 5 av 8 studier er det lav eller usikker risiko for systematiske feil.

Ingen av de inkluderte studiene ble vurdert å gjøre nok for å sikre troskap til terapimetode ut ifra Bellg et al., (2004) sin modell. De studiene som kom best ut ble vurdert å ha godt studie design, omfattende og systematisk opplæring/trening, og de gjorde opptak av terapien, vurderte den og konkluderte med at den var tilfredsstillende. Det at studiene som ble vurdert å ha best troskap til terapimetode har resultater i tråd med resten av studiene, at MCT er effektiv, styrker troverdigheten til resultatet om at MCT faktisk er effektiv.

Men heller ikke de studiene som kom best ut beskrev at de undersøkte forsøkspersonenes mottakelse og utøvelse av terapien, eller hadde tiltak for å sikre dette. I MCT som terapimetode er det imidlertid fokus på dette, gjennom f. eks. å undersøke om forsøkspersonene har forstått rasjonalet, og om de gjør øvelser korrekt, og evt. gi mer forklaring/veiledning om nødvendig. MCT terapeuten skal også følge med på hvordan det går med hjemmeoppgavene til pasienten, og diskuterer det med pasienten om nødvendig. Hvis man går ut ifra at terapien var godt nok, kan man argumentere for at det er gjort tilstrekkelige tiltak for å undersøke og øke mottakelsen og implementering. Men det hadde vært en styrke i forhold til troskap til terapimetode om studiene i tillegg hadde gjort en formalisert undersøkelse og vurdering av forsøkspersonenes mottakelse og implementering av terapien.

De forskerne tematiserer at noen av forsøkspersonene i studien gikk fast på psykofarmaka forholder seg ulikt til det. Dette er utfordrende å forholde seg til, det kan tenkes at både det å la forsøkspersonene fortsette på medisiner, og det å kreve at medisinene seponeres, kan påvirke forsøkspersonenes utbytte av terapien og dermed resultatet av studien (Goldberg, 1993).

Psykofarmaka kan ha en dempende effekt, derfor kan det tenkes at det å stå på slik

medikamenter kan gjøre forsøkspersonen mindre mottakelig for terapi og mindre i stand til å gjennomføre de endringene som terapien legger opp til at forsøkspersonen skal gjøre. På den andre siden kan det tenkes at det å seponere kan føre til senket stemningsleie og andre effekter som også reduserer mottakelsen av terapi, og som bidrar til et dårligere resultat på utfallsmålene, uavhengig av terapien. Uansett, i de studiene hvor problematikken om forsøkspersoner som går på psykofarmaka er tatt opp regnes dette som en styrke. Det viser at forskerne er bevisst på problemstillingen, og de er åpne om hvordan de har forholdt seg til den.

Mottoet om at man fremfor alt ikke skal skade står sterkt i psykisk helsearbeid. I tråd med dette burde studier som undersøker effekt av terapi også undersøke eventuelle skadevirkninger av terapien. Det er ikke tilstrekkelig å dokumentere en positiv effekt, det at det finnes en positiv effekt utelukker ikke at det også finnes negative effekter (American Psychological Association, 2002; Lilienfeld, 2007). I de studiene hvor det er rapportert om eventuell forverring i MCT betingelse var det i praksis ingen pasienter som rapporterte om betydelig forverring. Det regnes imidlertid som en begrensning ved resultatene til denne litteraturgjennomgangen at kun tre av studiene rapporterer om eventuell forverring.

Flertallet av studiene er «efficacy» studier, hvor forskerne søker å maksimere den indre validiteten ved å isolere den uavhengige variabelen, det vil si å minimere variasjon mellom betingelsene utenom den uavhengige variabelen. Siden det ikke er noen andre forskjeller mellom betingelsene enn den uavhengige variabelen, kan man stole på at en eventuell forskjell mellom betingelsene i posttest kan forklares av variasjon i den uavhengige variabelen (Cozby, 2015; Lambert, 2013). Denne metodikken har blitt kritisert for å skape en situasjon som er så ulik den situasjonen hvor terapi vanligvis forekommer, at det blir problematisk å generalisere resultatene til den kliniske hverdagen (Seligman, 1995).

Flertallet av de inkluderte studiene har også lite utvalg. Dette gjør det mer usikkert om resultatene kan generaliseres fordi det er større sannsynlighet for at et lite utvalg har spesielle trekk som gjør at de ikke representerer den populasjonen man ønsker å generalisere til (Cozby, 2015).

Men det faktum at «effectiveness» studiene til van der Heiden et al., (2012) og Johnson et al., (2017), som også hadde et rimelig stort utvalg, i likhet med de andre inkluderte studiene viste at MCT var effektiv, gjør det mer rimelig å anta at resultatene kan generaliseres.

Disse studiene skiller seg positivt ut på andre måter også. De sammenligner MCT med annen anerkjent behandling og de er blant studiene som kommer best ut i vurdering av feilkilder og troskap til terapimetode. De redegjør for hvordan de har forhold seg til forsøkspersoner som brukte psykofarmaka før studien begynte. Det faktum at resultatet til disse to studiene i likhet med de andre studiene viser at MCT er effektiv bidrar til å øke troverdigheten til resultatet fra denne litteraturgjennomgangen om at MCT er effektivt.

Det er få inkluderte studier i denne litteraturgjennomgangen, noe som setter begrensninger for hvor stor betydning det har at denne litteraturgjennomgangen støtter MCT. Det at få studier ble inkludert skyldes blant annet at inklusjonskriteriene var relativt strenge, hvis pilot/»preliminary» studier var blitt inkludert, ville det vært betydelig flere studier. Da ville imidlertid resultatet blitt begrenset av at man måtte vært forsiktig med å dra konklusjoner om årsakssammenheng fordi disse studiene ikke er designet for å vise årsakssammenheng. Det er altså et dilemma mellom å ha strenge inklusjonskriterier og relativt få inkluderte studier som kan dokumentere årsakssammenheng, eller mindre strenge inklusjonskriterier og flere studier hvorav noen har begrenset nytteverdi for å dokumentere årsakssammenheng. De tidligere litteraturgjennomgangene og metastudiene som er gjennomgått i denne oppgaven har inkludert

pilot/«preliminary» studier, det ble derfor vurdert som hensiktsmessig at denne litteraturgjennomgangen kun inkluderte RCT, for å bidra med utfyllende informasjon. Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen og tidligere litteraturgjennomganger og metaanalyser komplementerer hverandre, og det å se dem i sammenheng bidrar til at funnet om at MCT er effektivt blir sterkere.

RCT regnes ikke som det eneste studie designet som kan bidra til å vise årsakssammenheng. Det har blitt argumentert for at hvis man har tilstrekkelig mange kassserie studier som indikerer at en terapi er effektiv kan dette også brukes som et argument for årsakssammenheng (Chambless & Hollon, 1998). Hvis denne litteraturgjennomgangen hadde inkludert kassserie studier kan det tenkes at MCT hadde fått sterkere støtte. Begrensning i tid og ressurser, og det faktum at en RCT studie kan gi sterkere støtte for effekten av MCT enn en kassserie studie, er årsaken til at kassserie studier ikke ble inkludert.

En annen svakhet ved denne litteraturgjennomganger er knyttet til vurderingen av hvorvidt en studie var preliminært/pilot studie. Vurderingen var basert på hvordan forfatterne omtalte studien. Hvis studien eller resultatet i studien ble omtalt som «preliminær» eller «pilot» ble studien ekskludert. Forskere kan ha ulike standarder for hva de regner som preliminært/pilot studie. Det kan tenkes at noen av de studiene som ble inkludert egentlig burde regnes som en preliminært/pilot studie selv om ikke forskerne omtalte studien som det. Det kan også tenkes at noen studier som burde regnes som RCT har blitt ekskludert fordi forskerne har gjort en overdrevent streng vurdering av eget studie, og omtalt den som en preliminært/pilot studie. Det hadde vært bedre om vurderingen av om et studie er preliminært/pilot studie var basert på en vurdering av studiens egenskaper.



Det er også en ulempe at det kun er en person som har vurdert hvilke studier som ble inkludert, fordi det bare er en forfatter. Hvis det hadde vært to personer som hadde gjort uavhengige vurderinger kunne det redusert risikoen at det ble gjort feilvurderinger i seleksjonsprosessen av studier.

Oppsummert kan man si at resultatet av denne systematiske litteraturgjennomgangen støtter at MCT kan være en effektiv behandling av depresjon og ulike typer angst. Dette resultatet må sees i lys av litteraturgjennomgangens begrensninger. Resultatet fra denne litteraturgjennomgangen er imidlertid samstemt med resultater fra tidligere litteraturgjennomgangen og metaanalyser, noe som bidrar til å øke troverdigheten til resultatet om at MCT er effektivt. En implikasjon kan være at MCT kan være et godt behandlingsvalg for pasienter med depresjon og ulike typer angst, og at det kan være nyttig for kliniske psykologer å lære seg denne metoden.

## References

- American Psychological Association. (1995). *Template for developing guidelines: Interventions for mental disorders and psychosocial aspects of physical disorders*. Washington, DC: American Psychological Association.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *The American Psychologist*, 57(12), 1052.
- American Psychological Association. (2005). Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice.
- Beck, A. T. (1967). *Depression : clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 953-959. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953
- Bellg, A. J., Borrelli, B., Resnick, B., Hecht, J., Minicucci, D. S., Ory, M., . . . Czajkowski, S. (2004). Enhancing Treatment Fidelity in Health Behavior Change Studies: Best Practices and Recommendations From the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology*, 23(5), 443-451. doi:10.1037/0278-6133.23.5.443
- Berry, J. W. (2002). *Cross-cultural psychology: Research and applications*: Cambridge University 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(1), 69-75. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00255.x>
- Bhanji, S. (2011). Is it time we turn towards 'third wave' therapies to treat depression in primary care? A review of the theory and evidence with implications for counselling psychologists. *Counselling Psychology Review*, 26(2), 57-69.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Black, D. S. (2011). A brief definition of mindfulness. *Behavioral Neuroscience*, 7(2), 109.
- Borrelli, B. (2011). The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of Public Health Dentistry*, 71(1), S52-S63. doi:10.1111/j.1752-7325.2011.00233.x
- Cavanagh, M., & Franklin, J. (2000). *Attention training and hypochondriasis: Preliminary results of a controlled treatment trial*. Paper presented at the World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies, Vancouver, Canada.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 7-18.
- Churchill, R., Moore, T. H. M., Furukawa, T. A., Caldwell, D. M., Davies, P., Jones, H., . . . Hunot, V. (2013). 'Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression. *The Cochrane database of systematic reviews*(10), CD008705. doi:<https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008705.pub2>
- 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(1), 113-117. doi:10.1348/014466506X115245

- Cozby, P. C. (2015). *Methods in behavioral research* (12th ed. ed.). Boston: McGraw-Hill Education.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2016). The Attention Training Technique: A Review of a Neurobehavioral Therapy for Emotional Disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 23(4), 502-516.
- Fisher, P. (2009). Obsessive Compulsive Disorder: A Comparison of CBT and the Metacognitive Approach. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 107-122. doi:10.1521/ijct.2009.2.2.107
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.001
- Goldberg, R. L. (1993). Integrating Somatic and Psychological Treatment in Inpatient Settings. *Less Time to Do More: Psychotherapy on the Short-term Inpatient Unit*, 25.
- Higgins, J. P. T., & Green, S. (2011). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions version 5.1.0*. . In. Retrieved from <http://handbook-5-1.cochrane.org/>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A., T., & Fang, A. (2010). The Empirical Status of the "New wave" of Cognitive Behavioral Therapy. *Psychiatry Clinics of North America*, 33(3), 701-710.
- Hollis, S., & Campbell, F. (1999). What is meant by intention to treat analysis? Survey of published randomised controlled trials. *BMJ*, 319(7211), 670.
- Jones, S. (2016). The use of "third-wave" Psychological Therapies for people diagnosed with eating disorders: a systematic review. In: PROSPERO.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. doi:10.1016/0163-8343(82)90026-3
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are : mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: What is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6), 522-528. doi:<http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e328358e531>
- Knowles, M. M., Foden, P., El-Deredy, W., & Wells, A. (2016). A Systematic Review of Efficacy of the Attention Training Technique in Clinical and Nonclinical Samples. *J Clin Psychol*, 72(10), 999-1025. doi:10.1002/jclp.22312
- Kuhne, F., Meister, R., Jansen, A., Harter, M., Moritz, S., & Kriston, L. (2017). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults: a systematic review protocol (METACOG). *Bmj Open*, 7(6), e015428. doi:<https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015428>
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. (6<sup>th</sup> ed.) New Jersey: John Wiley & Sons.
- Lichstein, K. L., Riedel, B. W., & Grieve, R. (1994). Fair tests of clinical trials: A treatment implementation model. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16(1), 1-29. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/0146-6402%2894%2990001-9>
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological Treatments That Cause Harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x

- Luciano, J. V., Feliu-Soler, A., McCracken, L. M., Knapp, M., D'Amico, F., Lopez-Montoyo, A., . . . Rubio-Valera, M. (2016). Cost-effectiveness of "third-wave" cognitive and behavioural therapies in the treatment of various disorders: a systematic literature review. In: PROSPERO.
- Lutz, V. C. (2014). Metacognitive therapy is an effective treatment for generalised anxiety disorder. *Metakognitiv terapi er en effektiv behandlingsform til generaliseret angst*, 31(2), 60-78.
- Maher-Edwards, L., Fernie, B. A., Murphy, G., Nikcevic, A. V., & Spada, M. M. (2012). Metacognitive Factors in Chronic Fatigue Syndrome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 552-557. doi:10.1002/cpp.757
- 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(1), 22-38. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1534650112461298>
- Moncher, F. J., & Prinz, R. J. (1991). Treatment fidelity in outcome studies. *Clinical Psychology Review*, 11(3), 247-266. doi:[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(91\)90103-2](https://doi.org/10.1016/0272-7358(91)90103-2)
- Moritz, S., Vitzthum, F., Randjbar, S., Veckenstedt, R., & Woodward, T. S. (2010). Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry*, 23(6), 561-569. doi:10.1097/YCO.0b013e32833d16a8
- Morrison, A. P., Gumley, A. I., Schwannauer, M., Campbell, M., Gleeson, A., Griffin, E., & Gillan, K. (2004). The Beliefs about Paranoia Scale: Preliminary Validation of a Metacognitive Approach to Conceptualizing Paranoia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 153-164. doi:10.1017/S1352465804001900
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2015). *Slik oppsummerer vi forskning. Håndbok for Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten
- National Institute of Clinical Excellence (NICE). Generalized anxiety disorder in adults: Evidence Update (2012). [www.nice.org.uk/](http://www.nice.org.uk/)
- Nikčević, A. V., & Spada, M. M. (2010). Metacognitions about smoking: a preliminary investigation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(6), 536-542. doi:10.1002/cpp.689
- Nordahl, H. (2014b). Metakognitiv terapi: foreløpig status og indikasjonsområder. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(1), 14-21. doi:[http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=413658&a=2](http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=413658&a=2)
- Nordahl, H. M., Vogel, P. A., Morken, G., Stiles, T. C., Sandvik, P., & Wells, A. (2016). Paroxetine, Cognitive Therapy or Their Combination in the Treatment of Social Anxiety Disorder with and without Avoidant Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 85(6), 346-356.
- Normann, N., Emmerik, A. A. P., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, 31(5), 402-411. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.22273>
- Odland, T. Historisk gjennomgang av Prinsipperklæring om evidensbasert praksis. Retrieved from <https://www.psykologforeningen.no/medlem/evidensbasert-praksis/historisk-gjennomgang-av-prinsipperklaering-om-evidensbasert-praksis>

- Ost, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46,(3) 296-321.
- 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.
- 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(4), 451-458. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.11.004>
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press.
- Sadeghi, R., Mokhber, N., Mahmoudi, L. Z., Asgharipour, N., & Seyfi, H. (2015). A systematic review and meta-analysis on controlled treatment trials of metacognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of research in medical sciences : the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 20(9), 901-909. doi:<https://dx.doi.org/10.4103/1735-1995.170632>
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol*, 50(12), 965-974.
- 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. doi:10.1007/s10608-006-9118-6
- Simons, M., Schneider, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 257-264. doi:<https://dx.doi.org/10.1159/000092897>
- Spada, M. M., Caselli, G., & Wells, A. (2013). A Triphasic Metacognitive Formulation of Problem Drinking. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(6), 494-500. doi:10.1002/cpp.1791
- Svartdal, F. (2016). Feilkilde. I Store norske leksikon. Hentet 15. desember 2017 fra <https://snl.no/feilkilde>.
- 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(2), 135-141. doi:10.1586/ern.12.161
- 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*, 43(3), 151-157. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10879-013-9235-y>
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Treatment of generalized anxiety disorder: Changing metacognitions or targeting intolerance of uncertainty? A randomized controlled trial. *Behandeling van de gegeneraliseerde angststoornis: anders leren denken over piekeren of leren verdragen van onzekerheden? Een gerandomiseerde, gecontroleerde studie.*, 45(1), 101-115.

- Wells, A. (1990). Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*, 21(3), 273-280.  
doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80330-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80330-2)
- Wells, A. (1995). Metacognition and worry: a cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 301-320.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition : innovative cognitive therapy*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Wells, A. (2005a). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 337-355.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10942-005-0018-6>
- Wells, A. (2005b). The Metacognitive Model of GAD: Assessment of Meta-Worry and Relationship With DSM-IV Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121. doi:10.1007/s10608-005-1652-0
- Wells, A. (2009a). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. (2009b). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. (2010). Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: Review and status. *Journal of Experimental Psychopathology*, 1(1), 133-145.  
doi:<http://dx.doi.org/10.5127/jep.007910>
- Wells, A., & Colbear, J. S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: A preliminary controlled trial. *Journal of Clinical Psychology*, 68(4), 373-381.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20871>
- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the Wcontrol of unwanted thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 32(8), 871-878. doi:[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90168-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90168-6)
- 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(3), 291-300.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2>
- 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(6), 367-373. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.004>
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: an open trial. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, 37(3), 206-212. doi:10.1016/j.jbtep.2005.07.002
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, 34(11), 881-888.  
doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
- 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. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.001>
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., . . . Rees, D. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Special Issue: Prevention of Mental Disorders.*, 15(1), 85-92. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.11.005>

Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 429-434. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2009.11.013>

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. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199712)4:4<226::AID-CPP129>3.0.CO

2-M

White, I. R., Horton, N. J., Carpenter, J., statistics, r. i. m., social, & Pocock, S. J. (2011). Strategy for intention to treat analysis in randomised trials with missing outcome data. *BMJ*, 342.

## Appendiks

### Appendiks A

Tabell 2

#### *Inklusjonskriterier*

| Inklusjonskriterier                             |   |                                     |                                |
|---|---|-------------------------------------|--------------------------------|
| Intervensjon                                    | Utfallsmål                                | Populasjon                          | Studie design                  |
| Metakognitiv terapi, basert på Wells & Matthews | Klinisk heling/bedring av psykisk lidelse | Pasienter med psykiatriske diagnose | Randomisert kontrollert studie |

Tabell 3

#### *Eksklusjonskriterier*

| Eksklusjonskriterier  |  |                                 |
|---|--|---------------------------------|
| Intervensjon  | Studie design  | Språk                           |
| Metakognitiv terapi/trening som ikke er basert på Wells & Matthews sin modell | Ikke randomisert kontrollert studie, for eksempel kasus serie studie, preliminary studie, pilot studie | Ikke engelsk eller skandinavisk |
| Enkeltstående komponent av MCT (oppmerksomhets-trening)                       |  |                                 |
| Behandlingen inneholdt komponenter som ikke var MCT                           |  |                                 |

Tabell 4

*Ekskluderte artikler og begrunnelse for eksklusjon. (Se fotnoter for beskrivelse av eksklusjonskode)*

| Ekskluderte studier   | Eksklusjonskode |
|---|-----------------|
| Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & Dadkhah, A. (2012). The efficacy of metacognitive therapy on patients | 2               |



---

suffering from pure obsession. *Iranian journal of psychiatry*, 7(1), 11-21.

Andreou, C., Wittekind, C. E., Fieker, M., Heitz, U., Veckenstedt, R., Bohn, F., & Moritz, S. (2017). Individualized metacognitive therapy for delusions: A randomized controlled rater-blind study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 56, 144-151.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.11.013>

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(1), 69-75.

doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00255.x>

Callinan, S., Johnson, D., & Wells, A. (2015). A randomised controlled study of the effects of the attention training technique on traumatic stress symptoms, emotional attention set shifting and flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 4-13. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-014-9634-8>

Dammen, T., Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2), 126-131.

doi:<http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2014.936502>

Entezari, S., & Mojtabaei, M. (2014). Efficacy of metacognitive therapy on anxiety and its effect on worry and quality of life of individuals with generalized anxiety disorder. *Psychological Research*, 16(2), 76-91.

Erawati, E., Keliat, B. A., Helena, N., & Hamid, A. (2014). The influence of metacognitive training on delusion severity and metacognitive ability in schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(9), 841-847.

doi:<https://dx.doi.org/10.1111/jpm.12130>

Fergus, T. A., Wheless, N. E., & Wright, L. C. (2014). The attention training technique, self-focused attention, and anxiety: A laboratory-based component study. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 150-155.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2014.08.007>

Groves, S. J., Porter, R. J., Jordan, J., Knight, R., Carter, J. D., McIntosh, V. V. W., . . . Joyce, P. R. (2015). Changes in neuropsychological function after treatment with metacognitive therapy or cognitive behavior therapy for

---

- 
- depression. *Depression and Anxiety*, 32(6), 437-444.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1002/da.22341>
- Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S., Nordahl, H., Kennair, L. E. O., Ryum, T., . . . Wells, A. (2017). Metacognitive Therapy in Major Depression: An Open Trial of Comorbid Cases. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 312-318. 2
- Moritz, S., Veckenstedt, R., Randjbar, S., Vitzthum, F., & Woodward, T. S. (2011). Antipsychotic treatment beyond antipsychotics: Metacognitive intervention for schizophrenia patients improves delusional symptoms. *Psychological Medicine*, 41(9), 1823-1832. 1  
doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291710002618>
- Morrison, A. P., Pyle, M., Chapman, N., French, P., Parker, S. K., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in people with a schizophrenia spectrum diagnosis and medication resistant symptoms: A feasibility study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 280-284. 1  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.11.003> 2
- Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *Special Issue: Metacognition.*, 2(2), 152-159. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/ijct.2009.2.2.152> 2
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2015). Group metacognitive therapy for severe antidepressant and CBT resistant depression: A baseline-controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 14-22. 2  
doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10608-014-9632-x> 2
- Ramezani, M. A., Ahmadi, K., Besharat, M., Noohi, S., & Ghaemmaghami, A. (2017). Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 1-7. 4  
doi:<https://dx.doi.org/10.1080/10503307.2017.1301690>
- Sharreh, H., Gharaie, B., & Vahid, M. K. A. (2011). Comparison of metacognitive therapy, fluvoxamine and combined treatment in Improving metacognitive beliefs and subjective distress of patients with obsessive-compulsive disorder. *Advances in Cognitive Science*, 12(4[48], 48), 1-15. 3
- Simons, M., Schneider, S., & Herpertz-Dahlmann, B. (2006). *Metacognitive Therapy versus Exposure and Response*
-

- 
- Prevention for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75(4), 257-264.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1159/000092897> 2
- Vogel, P. A., Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Smeby, M. C. B., Strand, E. R., . . . Wells, A. (2016). Metacognitive therapy applications in Social Anxiety Disorder: An exploratory study of the individual and combined effects of the attention training technique and situational attentional refocusing. *Special Issue: Innovations in our Understanding of The Development, Maintenance, and Treatment of Social Anxiety.*, 7(4), 608-618. 2
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., . . . Rees, D. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Special Issue: Prevention of Mental Disorders.*, 15(1), 85-92. 2  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.11.005>
- 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(6), 367-373.  
doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.02.004>
- 

Fotnoter. 1=ikke passende intervensjon, 2=ikke passende studiedesign, 3=ikke engelsk eller skandinavisk spark, 4=Studien hadde flere publikasjoner, en annen publikasjon ble inkludert, derfor ble denne ekskludert

Tabell 5

*Begrunnelse for vurdering av risiko for systematiske feil*

| Kriterium                      | Vurdering | Begrunnelse  |
|--------------------------------|-----------|--|
|                                |           | Ashouri, Atef-Vahid, Gharaee & Rasouliaan 2013               |
| Randomisering (Seleksjonsbias) | Usikkert  | Sitat: "The subjects were randomly assigned into the groups" |

---

---

|   |            |  |
|---|------------|--|
|   |            | Kommentar: Metode for randomisering er ikke beskrevet.   |
| Skjult fordeling til grupper (seleksjonsbias) | Usikkert   | Ikke beskrevet   |
| Blinding av forsøkspersoner (Deteksjonsbias)  | Usikkert   | Ikke beskrevet   |
| Blinding av utfallsmål (deteksjonsbias)       | Høy risiko | Sitat: "Pretest and posttest were done on all the study subjects. Assessments and treatments were administered in outpatient setting by a PhD student of Clinical Psychology."<br>Kommentar: Utfallsmål kjente til forsøkspersonenes betingelse  |
| Ufullstendig utfallsdata (frafallsbias)       | Usikkert   | Sitat: "Pretest and posttest were done on all study subjects"<br>Kommentar: Ingen av forsøkspersonene falt fra underveis i studien.<br>"Missing items" fra spørreskjemaene brukt som utfallsmål er ikke tematisert. Det er usikkert om dette er fordi det ikke var "missing items", eller om forskerne har utelatt å gjøre rede for hvordan de forholdt seg til "missing items"  |
| Selektiv rapportering (rapporteringsbias)     | Høy risiko | Studie protokollen <sup>4</sup> er tilgjengelig i WHO sin database for studie protokoller: International Clinical Trials Registry Platform (ICTR). Det var planlagt å bruke følgende utfallsmål: Beck Anxiety Index-II (BAI-II), Beck Depression Index (BDI), Dysfunctional Attitudes Scal (DAS), Metacognitions Questionnaire-Short Form (MCT-30) og Ruminative Responses Scale (RRS).<br>Utfallsmålene som ble rapportert var: |

---

<sup>4</sup><http://apps.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=IRCT201108147328N1>

---

|   |              |   |
|---|--------------|---|
|   |              | Beck Anxiety Inventory, Beck Depression Inventory, Ruminative Responses Scale og Dysfunctional attitude Scale.<br>Altså var det ett planlagt utfallsmål som ikke ble rapportert.  |
| Andre feilkilder  |              |   |
| Farahmand, Hassanzadeh, Mirzaian, Fayyazi Bordbar, Feizi 2014 |              |   |
| Randomisering<br>(Seleksjonsbias)                             | Liten risiko | Sitat: "Patients were allocated randomly by using a table of random numbers into two groups; trial group (n=15) and control group (n=15)  |
| Skjult allokering<br>(seleksjonsbias)                         | Liten risiko | Se over   |
| Blinding av<br>forsøkspersoner<br>(Deteksjonsbias)            | Høy risiko   | Sitat: "The present study is an open labeled randomized controlled trial..."<br>Kommentar: Studien er venteliste-kontrollert, så det var ikke mulig å blinde forsøkspersonene for hvilken betingelse de var i.  |
| Blinding av<br>utfallsmåler<br>(deteksjonsbias)               | Usikkert     | Ikke beskrevet  |
| Ufullstendig<br>utfallsdata<br>(frafallsbias)                 | Usikkert     | Sitat: "In the second treatment session, we encountered the drop out of 4 patients (3 males and 1 female). Their reasons were the dissatisfaction of their wife or being busy for final exams. Thus, 4 patients from the control group (4 females) were randomly omitted."<br>Kommentar: Årsakene til frafall er sannsynligvis ikke relatert til betingelsen forsøkspersonen var med i.<br>"Missing items" fra spørreskjemaene brukt som utfallsmål er ikke tematisert. Det er usikkert om dette er fordi det ikke var "missing items", eller om forskerne har utelatt å gjøre rede for hvordan de forholdt seg til "missing items" |

---

|   |              |  |
|---|--------------|--|
| Selektiv rapportering (rapporteringsbias) | Liten risiko | Studie protokollen er tilgjengelig på ICTRP <sup>5</sup> . Det er planlagt å bruke følgende utfallsmål: Eysenck Self-Esteem Scale og Mental Health Checklist.<br>Følgende utfallsmål er rapportert:<br>Eysenck self-esteem scale og Mental Health Checklist brukt som utfallsmål.<br>Det er dokumentert at disse kartleggingsverktøyene har tilfredsstillende validitet og reliabilitet. |
|---|--------------|--|

#### Andre feilkilder

| Hagen, Hjemdal, Solem, Kennair, Nordahl, Fisher & Wells 2017 |              |  |
|--|--------------|--|
| Randomisering (Seleksjonsbias)                               | Liten risiko | Sitat: "A randomization schedule was generated by Excel's random number generator prior to the project start. Two factors were controlled for in the randomization; gender and recurrent depressive episodes. Thirty-nine patients with depression were randomly assigned to immediate MCT (10 sessions) or a 10-week wait list period (WL). |
| Skjult allokering (seleksjonsbias)                           | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Blinding av forsøkspersoner (Deteksjonsbias)                 | Høy risiko   | Denne studien var venteliste-kontrollert, derfor var det ikke mulig å blinde forsøkspersonene for hvilken betingelse de var i.   |
| Blinding av utfallsmåler (deteksjonsbias)                    | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Ufullstendig utfallsdata (frafallsbias)                      | Liten risiko | Sitat: "There was very little missing data on individual BDI items (0.4%) and BAI items (0.8%). In these cases missing items were replaced using mean item scores on the remaining items.  |

<sup>5</sup> <http://apps.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=IRCT201201162611N3>

---

All participants allocated to receive MCT immediately after randomization completed treatment. Two participants allocated to waiting list dropped out during the waiting period (one moved and one started treatment at a private practice psychologist) and did not provide data after pre-treatment. These two were included in the intent to treat analyses and their post-treatment results were replaced using last observation carried forward. Of the patients initially allocated to waitlist and then going on to delayed treatment, two of them did not go on to complete all 10 treatment sessions. These two patients did not meet with the assessment team for a post-treatment and follow-up interview, however self-report data was available from their latest treatment sessions and used as post-treatment results. Thus, a total of 17 patients completed MCT after first being allocated to waiting list resulting in a total of 35 post-treatment interviews. All except one of these 35 also completed self-report questionnaires at 6 month follow-up."

Kommentar: Lite frafall og manglende data. Det er brukt adekvate metoder for å erstatte manglende data.

Selektiv  
rapportering  
(rapporteringsbias)

Høy risiko

Studie protokollen<sup>6</sup> er tilgjengelig på [Clinical.trials.gov](https://clinicaltrials.gov). Her fremkom det at det var planlagt å bruke følgende utfallsmål.  
Primære utfallsmål: Hamilton Depression Rating Scale (HDRS-17), SCID-I og SCID-II.  
Sekundære utfallsmål: Major Depression Disorder Scale (MDD-S), BAI, Automatic Thought Questionnaire (ATQ), Rumination Response Scal (RRS), Positive Bileifs about Rumination (PBRS), Negative Beliefs about Rumination (NBRS), Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), Resilience Scale for Adulst (RSA), Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64), Penn Scale Worry

---

<sup>6</sup>

<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT01608399?term=metacognitive+therapy&cntry1=EU%3AANO&rank=1>

---

Questionnaire (PSWQ), Working Alliance Inventory.

Utfallsmålene som ble rapportert i studien var følgende:  
 Primære utfallsmål: SCID-I og SCID-II, BDI, og HRSD.  
 Sekundære utfallsmål: BAI.

Altså ble ikke alle utfallsmålene som var planlagt rapportert i studien, og det ble brukt ett utfallsmål som det ikke var planlagt å bruke (BDI).  
 Utfallsmålene som ble brukt er imidlertid anerkjente måleinstrument.

Andre feilkilder

---

| Johnson, Hoffat, Nordahl & Wamphold 2017     |              |  |
|--|--------------|--|
| Randomisering (Seleksjonsbias)               | Liten risiko | participants were randomly assigned using a randomization sequence generated by <a href="http://www.random.org">www.random.org</a>   |
| Skjult allokering (seleksjonsbias)           | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Blinding av forsøkspersoner (Deteksjonsbias) | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Blinding av utfallsmåler (deteksjonsbias)    | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Ufullstendig utfallsdata (frafallsbias)      | Liten risiko | Sitat: «Of the 74 patients entering treatment, seven patients (9.5%) terminated treatment prematurely. Two patients dropped out of MCT late in therapy (i.e., after 4 weeks), and five patients dropped out of CBT early (i.e., before 4 weeks). Drop out rate in the two conditions did not significantly differ (p=0.159; Fisher's exact test). The reasons for drop out in MCT were loss of motivation (n |

---



|   |              |  |
|---|--------------|--|
|   |              | = 1) and use of alcohol (n= 1). In CBT the reasons were lack of motivation (n= 4) and use of alcohol (n= 1).”<br>Kommentar: ikke betydelig forskjell mellom nivå av frafall, og samme årsaker i begge betingelsene.  |
| Selektiv rapportering (rapporteringsbias)       | Usikkert     | Studie protokollen er ikke tilgjengelig.<br>Det er brukt anerkjente måleinstrument som utfallsmål: Beck Anxiety Inventory, Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV, (ADIS-IV), Structured Clinical Interview for Diagnosis of DSM-IV Axis II (SCID II), Symptom Check List-90 (SCL-90), IIP-64, BDI, Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) and use of the ADIS IV CSR-scores. Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.;Sheehan et al., 1998) |
| Andre feilkilder                                |              |  |
| Rabei Mulkens, Kalantari, Molavi & Bahrami 2012 |              |  |
| Randomisering (Seleksjonsbias)                  | Liten risiko | Sitat: “Randomization - by the first author - was based on Simple Sampling to ensure balanced group assignment”  |
| Skjult allokering (seleksjonsbias)              | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Blinding av forsøkspersoner (Deteksjonsbias)    | Høy risiko   | Denne studien var venteliste-kontrollert, derfor var det ikke mulig å blinde forsøkspersonene for hvilken betingelse de var i.   |
| Blinding av utfallsmåler (deteksjonsbias)       | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Ufullstendig utfallsdata (frafallsbias)         | Usikkert     | Kommentar: Det var lite frafall, og årsakene til frafall er sannsynligvis ikke relatert til betingelsen forsøkspersonen var med i.   |

---

|  |            |  |
|--|------------|--|
|  |            | "Missing items" fra spørreskjemaene brukt som utfallsmål er ikke tematisert. Det er usikkert om dette er fordi det ikke var "missing items", eller om forskerne har utelatt å gjøre rede for hvordan de forholdt seg til "missing items" |
| Selektiv rapportering (rapporteringsbias)    | Usikkert   | Studie protokollen er ikke tilgjengelig. Det er brukt anerkjente måleinstrument for utfallsmål: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Beck Depression Inventory (BDI) og Beck Anxiety Inventory (BAI)                          |
| Andre feilkilder                             |            |  |
| Shareh, Gharrae, Atef-Vahid & Eftekhar 2010  |            |  |
| Randomisering (Seleksjonsbias)               | Usikkert   | Sitat: «...patients who met all the conditions to participate in the study were randomly assigned to one of the three treatment conditions»<br>Kommentar: metoden for randomisering er ikke beskrevet                                    |
| Skjult allokering (seleksjonsbias)           | Usikkert   | Ikke beskrevet   |
| Blinding av forsøkspersoner (Deteksjonsbias) | Høy risiko | Denne studien var venteliste-kontrollert, derfor var det ikke mulig å blinde forsøkspersonene for hvilken betingelse de var i.   |
| Blinding av utfallsmåler (deteksjonsbias)    | Usikkert   | Ikke beskrevet   |
| Ufullstandig utfallsdata (frafallsbias)      | Usikkert   | Sitat: "Two patients dropped out from the study, one from the fluvoxamine group due to medication side effects, and one from the combined group due to a car accident leading to his hospitalization"                                    |

---

|  |              |  |
|--|--------------|--|
|  |              | Kommentar: Det var lite frafall, og årsakene til frafall er sannsynligvis ikke relatert til betingelsen forsøkspersonen var med i.<br>"Missing items" fra spørreskjemaene brukt som utfallsmål er ikke tematisert. Det er usikkert om dette er fordi det ikke var "missing items", eller om forskerne har utelatt å gjøre rede for hvordan de forholdt seg til "missing items" |
| Selektiv rapportering (rapporteringsbias)    | Usikkert     | Studie protokollen <sup>7</sup> er tilgjengelig ICTRP, men det kommer ikke frem hva slags utfallstester som er planlagt å bruke<br>Følgende utfallsmål er rapportert:<br>Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), Beck Depression Inventory (BDI) og Beck Anxiety Inventory (BAI)<br>Alle utfallsmålene er anerkjente kartleggingsverktøy                               |
| Andre feilkilder                             |              |  |
| Van der Heiden, Muris & van der Molen, 2012  |              |  |
| Randomisering (Seleksjonsbias)               | Liten risiko | Kommentar: "patients were randomly assigned to the MCT, IUT, or the DT condition by the principal investigator, using a simple randomization method (throwing a dice, with 1 and 4 ¼ MCT, 2 and 5 ¼ IUT, and 3 and 6 ¼ DT)."   |
| Skjult allokering (seleksjonsbias)           | Liten risiko | Se over  |
| Blinding av forsøkspersoner (Deteksjonsbias) | Usikkert     | Ikke beskrevet   |
| Blinding av utfallsmåler (deteksjonsbias)    | Usikkert     | Sitat: "The diagnostic criteria for GAD were checked at pretreatment, posttreatment and follow-up, using the Dutch version of SCID-1, which was administered by clinical psychologists. These interviewers did not participate in the study and they   |

<sup>7</sup> <http://apps.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=IRCT138811303372N1>

|  |              |  |
|--|--------------|--|
|  |              | <p>were totally independent on the patient-therapist relation."</p> <p>Kommentar: Det er ikke beskrevet om utfallsmålerene visste hvilken betingelse forsøkspersonene tilhørte.</p>  |
| Ufullstendig utfallsdata (frafallsbias)      | Liten risiko | <p>Sitat: "Analysis of treatment effect were conducted for patients who completed the study, and were repeated for completers plus drop-out (intent to treat analysis) using the last observation put forward procedure."</p> <p>Kommentar: Det er brukt adekvate metoder for å forholde seg til frafall og manglende data</p>   |
| Selektiv rapportering (rapporteringsbias)    | Usikkert     | <p>Studie protokollen er ikke tilgjengelig.</p> <p>Det er brukt anerkjente måleinstrumenter som utfallsmål: Penn State Worry Questionnaire (PSWQ), State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T), Symptom Check List (SCL-90), Beck Depression Inventory (DBI)</p>  |
| Andre feilkilder                             |              |  |
| Wells, Walton, Lovell & Proctor 2015         |              |  |
| Randomisering (Seleksjonsbias)               | Liten risiko | <p>Sitat: "Stratified permuted block randomization was used giving equal allocation to each group and stratified by patient gender. Randomization lists were generated by the statistician prior to commencing the study and the therapists were blind to the randomization lists which were held and administered by individuals who were independent of the study"</p> |
| Skjult allokering (seleksjonsbias)           | Liten risiko | Se over  |
| Blinding av forsøkspersoner (Deteksjonsbias) | Usikkert     | Ikke beskrevet   |

|   |              |   |
|---|--------------|---|
| Blinding av utfallsmåler (deteksjonsbias) | Høy risiko   | <p>Sitat: "The therapists acted as assessors ... However, assessor bias is offset by incorporating self-report and pshysiological measures and by comparing inter-rater agreement on the clinician-rated SCID-I/P"</p> <p>Kommentar: utfallsmåler kjente til forsøkspersonenes betingelse</p>   |
| Ufullstendig utfallsdata (frafallsbias)   | Liten risiko | <p>Sitat: "All analyses reported sudsequently are based on treatment completers because of the potential problems with handling missing data, because there was a small number of non-completers and imputation failed to alter the findings."</p>  |
| Selektiv rapportering (rapporteringsbias) | Høy risiko   | <p>Studie protokollen<sup>8</sup> er tilgjengelig på ISRCTN registry</p> <p>Det var planlagt å bruke følgende utfallsmål: Impact of Events Scale, Visual Analogue Measure, Narrative Task og Heart Monitor</p> <p>Følgende utfallsmål ble rapportert: Impact of Events Scale (IES), Post-Traumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), BDI-II og BAI. Hjerterate ble målt elektronisk ved Polar FSI, for å måle hyperaktivering assosiert med traume-relaterte stimuli.</p> <p>Altså ble ikke alle planlagte utfallsmål rapportert, og det ble brukt utfallsmål som ikke var planlagt.</p> |
| Andre feilkilder                          |              |   |

<sup>8</sup> <http://apps.who.int/trialsearch/Trial2.aspx?TrialID=ISRCTN63706856>