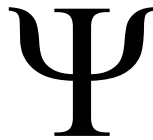




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*En systematisk litteraturgjennomgang: Langtidseffekt av metakognitiv terapi sammenlignet med andre behandlingsmetoder for angstlidelser og depressiv lidelse*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Rebin Badkan**

**Terje Opsahl**

Vår/2019

Varm takk til vår veileder, professor Anita Lill Hansen, for et stort engasjement og gode tilbakemeldinger.

## Innholdsfortegnelse

Sammendrag .....	5
Abstract.....	6
Innledning .....	7
<i>Tidligere systematiske litteraturgjennomganger av MCT</i> .....	9
<i>Langtidseffekt av psykoterapi</i> .....	11
<i>Angstlidelser og depressiv lidelse</i> .....	11
<i>Metakognitivt perspektiv på angstlidelser og depressiv lidelse</i> .....	13
Cognitive Attention Syndrome .....	14
Self-regulatory Executive Function Model.....	17
Positive og negative metakognitive antakelser .....	19
Oppmerksomhetstrening og frakoblet oppmerksomhet.....	21
Kartlegging og kasusformulering .....	23
Prosessutfallsmålinger innen MCT.....	26
Likheter og forskjeller fra CBT .....	27
<i>Denne litteraturgjennomgangen</i> .....	29
Metode .....	29
<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> .....	29
<i>Metodesøk</i> .....	30
<i>Risiko for systematisk skjevhet</i> .....	32
Resultater .....	33
<i>Vurdering av systematiske skjevheter</i> .....	33
<i>Studiekarakteristikk</i> .....	34
<i>Diagnoser</i> .....	35
<i>Eksklusjonskriterier i studiene</i> .....	35
<i>Frafall</i> .....	35
<i>Terapimetoder</i> .....	36
<i>Terapietterlevelse</i> .....	37
<i>Metode og resultater for GAD-studiene</i> .....	37
<i>Metode og resultater for depresjonsutvalg og komorbide utvalg</i> .....	40
Diskusjon .....	42
<i>Stabilitet av effekt</i> .....	42
<i>Diskrepans mellom selvrappport og terapeutvurdert utfallsmål</i> .....	44
<i>Hvordan medfører MCT bedring?</i> .....	45
<i>Oppfølgingsperioden</i> .....	49
<i>Transdiagnostiske problemstillinger</i> .....	50
<i>Studiens svakheter og styrker</i> .....	51
<i>Implikasjoner</i> .....	52
<i>Anbefalinger til videre forskning</i> .....	53

<i>Styrker og begrensninger av litteraturgjennomgangen</i> .....	55
Konklusjon.....	56
Referanser .....	57
Tabell 1. <i>Studiekarakteristikk av de inkluderte studiene</i> .....	77
Tabell 2. <i>Effektstørrelser basert på cohen's d for MCT og kontrollgruppene basert på ITT-utvalg</i> .....	79
Tabell 3. <i>Begrunnelse av risiko for systematiske skjevheter basert på «Cochrane Risk of Bias Tool»</i> .....	80
APPENDIKS .....	85

### Sammendrag

Tilbakefall blant angstlidelser og depressiv lidelse har gjennom flere meta-analyser vist seg å være vanlig. Samtidig har langtidseffekten av psykoterapi i for liten grad blitt undersøkt.

Denne systematiske litteraturgjennomgangen sammenlignet langtidseffekten av metakognitiv terapi (MCT) med andre behandlingsmetoder for angstlidelser og depressiv lidelse.

Langtidseffekten ble definert som minimum seks måneder. Aktuelle studier ble søkt etter i databasene PsycInfo, PubMed, Web of Science og Cochrane Library, noe som genererte seks studier. Resultatene viste at MCT hadde bedre langtidseffekt for generalisert angstlidelse (GAD) sammenlignet med andre behandlingsmetoder. For depressiv lidelse ble det ikke funnet forskjeller, mens MCT i komorbide utvalg viste større effekt sammenlignet med andre behandlingsmetoder ved post-behandling, men ikke ved oppfølging. Samlet sett viser MCT rask og relativt stabil effekt for angstlidelser og depressiv lidelse og bedre langtidseffekt for GAD, mens andre behandlingsmetoder viser økt effekt fra post-behandling til oppfølging i komorbide utvalg. Imidlertid er det begrenset med kunnskap om *hvordan* effekten i MCT og kontrollgruppene oppstår og forløper over tid, hvor det er behov for flere studier som inkluderer mediator- og moderatoranalyser. Implikasjonene av funnene fra litteraturgjennomgangen blir diskutert.

*Nøkkelord:* Metakognitiv terapi, angst, depresjon, systematisk litteraturgjennomgang, aktiv kontrollgruppe, randomisert

### **Abstract**

Relapse among anxiety disorders and depressive disorder has been found to be common through several meta-analyses. At the same time, the long-term effect of psychotherapy has not been adequately investigated. This systematic literature review compared the long-term effect of metacognitive therapy (MCT) with other treatment methods for anxiety disorders and depressive disorder. The long-term effect was defined as a minimum of six months. Relevant studies were searched for in the databases PsycInfo, PubMed, Web of Science and Cochrane Library, and generated six studies. The results showed that MCT had a better long-term effect on generalized anxiety disorder (GAD) compared to other treatment methods. For depressive disorder, no differences were found, while for comorbid samples MCT showed greater effect compared to other treatment methods at post-treatment, but not at follow-up. Overall, MCT shows a rapid and relatively stable effect on anxiety disorders and depressive disorder and a better long-term effect on GAD, while other treatment methods increase their effect from post-treatment to follow-up in comorbid samples. However, there is limited knowledge about *how* the effect in MCT and control groups occur and progress over time, where further studies that include mediator and moderator analyses are warranted. The implications of the results from the literature review are discussed.

*Keywords:* Metacognitive therapy, anxiety, depression, systematic review, active control group, randomized

## Innledning

Formålet med denne litteraturgjennomgangen er å undersøke langtidseffekt av MCT for angstlidelser og depressiv lidelse. I tillegg vil vi diskutere endringsmekanismer når det gjelder langtidseffekt av MCT for disse lidelsene. Dette blir undersøkt gjennom seleksjon av studier som sammenligner MCT med andre behandlingsmetoder i et eksperimentelt longitudinelt studiedesign, som er vist å egne seg for å vurdere endringsprosesser over tid (Hill, Woodward, Woelfel, Hawkins, & Green, 2016).

Kunnskap om langtidseffekt av terapimetoder har blitt fremhevet som begrenset, samtidig som undersøkelser av langtidseffekt bør foreligge for å vurdere i hvilken grad terapimetoder er empirisk støttet for spesifikke lidelser (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Chambless & Hollon, 1998; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer, & Fang, 2012). MCT er en relativt ny form for korttidsterapi som anvendes for angstlidelser og depressiv lidelse med et forløp fra 5-12 sesjoner (Fisher et al., 2019; Wells, 2009, 2013). Det er etterlyst flere studier som sammenligner MCT med aktive kontrollgrupper med empirisk støttede behandlingsformer (Normann, Emmerik, & Morina, 2014; Normann & Morina, 2018; Philipp et al., 2019; Sadeghi, Mokhber, Mahmoudi, Asgharipour, & Seyfi, 2015). Angstlidelser og depressiv lidelse er blant de mest prevalente psykiske lidelsene i befolkningen, og viser som oftest langvarige og tilbakevendende forløp forbundet med store individuelle og samfunnsmessige tap (Baxter, Scott, Vos, & Whiteford, 2013; Durham et al., 2005; Layard et al., 2006; Lim et al., 2018; Westen & Morrison, 2001).

Pakkeforløpet for psykiske lidelser, som ble innført fra januar 2019 i Norge, representerer et faglig og politisk villet mål om å redusere ventelistene for pasienter med psykiske lidelser, og å kvalitetssikre behandlingen som blir gitt (Helsedirektoratet, 2019). De fleste som er rammet av angstlidelser og depressiv lidelse mottar aldri behandling (Baxter et al., 2013; Durham et al., 2005; Layard et al., 2006; Lim et al., 2018; Westen & Morrison,

2001). Ventelister i påvente av behandling for psykiske lidelser er globalt beregnet til over ni måneder (Layard et al., 2006). Også blant dem som mottar behandling vil mange oppleve tilbakefall (Baxter et al., 2013; Cuijpers et al., 2014; Durham et al., 2005; Layard et al., 2006; Lim et al., 2018; Westen & Morrison, 2001). Tilbakefall fører ofte til re-henvisninger og et videre behandlingsbehov (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Insidens av tilbakefall og de langvarige forløpene som angstlidelser og depressiv lidelse viser, aktualiserer betydningen av å undersøke langtidseffekt av behandling. Dette med formål om å gjøre opp kunnskapsstatus med hensyn til stabilitet av effekt over tid, samt fremme behandlingsintervensjoner som kan beskytte mot tilbakefallsepisoder (Vittengl et al., 2007).

Ordinær kognitiv atferdsterapi (CBT) har blitt estimert med et forløp på 12-20 sesjoner i gjennomsnitt (Cully & Teten, 2008). Sammenlignet med CBT kan MCT vurderes som en terapiform av kortere varighet (Fisher et al., 2019; Wells, 2009). Det er gjort undersøkelser som viser at korttidsterapi kan gi hurtigvirkende effekter og vise seg kostnadseffektive (Huber, Zimmermann, Henrich, & Klug, 2012; Knekt et al., 2016; Maljanen et al., 2016). Imidlertid er det også gjort undersøkelser som har foreslått svakere langtidseffekt ved kortere former for terapi og større risiko for tilbakefall når det gjelder depressiv lidelse, på bakgrunn av det som er diskutert som lavere dose-respons gjennom færre sesjoner sammenlignet med mer langvarige forløp (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986; Huber et al., 2012; Knekt et al., 2016; Maljanen et al., 2016). Andre undersøkelser har i mindre grad funnet slike sammenhenger (Molenaar et al., 2011; Shapiro et al., 1994). Å vurdere hvorvidt terapi viser tidseffektivitet, kostnadseffektivitet og om den egner seg for ulike plattformer vurderes derfor som sentralt for å nå ut med virksom hjelp til flere mennesker (Dickerson et al., 2018; Hill et al., 2016; Holst et al., 2018; Wiles et al., 2016).

Det har vært en økende interesse for hvordan tankeprosesser slik som grubling og bekymring kan være forbundet med økt risiko for tilbakefall etter avsluttet behandling



(Buckman et al., 2018; Cladder-Micus, Becker, Spijker, Speckens, & Vrijzen, 2019; Harding & Mezulis, 2017; Jacobs et al., 2016; Michalak, Hölz, & Teismann, 2011; Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). Det har også vært økt interesse for hvordan oppmerksomhetsbias kan være forbundet med angstlidelser og depressiv lidelse (Hallion & Ruscio, 2011; Peckham, McHugh, & Otto, 2010). MCT regnes som en prosessorientert terapi med et spesielt fokus på endring av tankeprosesser og oppmerksomhetsprosesser, eksempelvis bekymring og grubling (Wells, 2009). Det gjenstår å se i hvor stor grad MCT, som har et spesielt fokus på endring av tankeprosesser, forebygger tilbakefall og hvilke langtidseffekter behandlingsmetoden viser.

### **Tidligere systematiske litteraturgjennomganger av MCT**

Normann et al. (2014) utførte en meta-analyse og systematisk litteraturgjennomgang av MCT for angstlidelser og depressiv lidelse basert på 16 studier. Basert på randomiserte kontrollerte forsøk (RCT) og ikke-RCT-studier oppgis det at MCT viste en stor effekt post-behandling og ved oppfølging, hvor oppfølgingstid varierte fra 3-12 mnd. Analysen konkluderer med at MCT synes mer effektiv sammenlignet med kontrollgrupper (Normann et al., 2014). Ifølge forfatterne ble det ikke utført oppfølgingsanalyse for MCT med aktive kontrollgrupper, da kun to studier oppfylte kriteriet for å bli inkludert i en slik sammenligning (Normann et al., 2014).

Sadeghi et al. (2015) utførte en meta-analyse og systematisk litteraturgjennomgang av MCT-studier sammenlignet med aktive og passive kontrollgrupper for en klinisk populasjon med angstlidelser. Analysen (Sadeghi et al., 2015) inkluderte 15 studier, hvor det ble konkludert med at MCT produserte bedre resultater enn kontrollgruppene for GAD, tvangslidelse (OCD) og posttraumatisk stresslidelse (PTSD) ved post-behandling. For GAD ble det konkludert med at MCT også produserte bedre effekt ved 12 måneders oppfølging

(Sadeghi et al., 2015). Det ble ikke undersøkt spesifikt for langtidseffekt (Sadeghi et al., 2015).

En nyere meta-analyse og systematisk litteraturgjennomgang (Normann & Morina, 2018) av 25 MCT-studier oppsummerte effekten av RCT- og ikke-RCT-studier for ulike lidelser. Det ble utført en analyse av MCT sammenlignet med CBT og atferdsaktivering for angstlidelser og depressiv lidelse, som viste at MCT produserte bedre resultater både post-behandling og ved oppfølgingsmål (Normann & Morina, 2018). Samtidig fremheves resultatene som usikker på grunnlag av få studier (Normann & Morina, 2018). En begrensning ved denne studien var at det ikke ble skilt mellom angstlidelser og depressiv lidelse, slik at mulige diagnoseavhengige effekter ikke fremkommer av analysen (Normann & Morina, 2018).

I en annen ny meta-analyse og systematisk litteraturgjennomgang av Philipp et al. (2019), ble det undersøkt for effekten av fire ulike former for metakognitive behandlinger med totalt 49 studier, hvor MCT var en av behandlingstilnærmingene som ble undersøkt. Resultatene i denne analysen viste at MCT var mer effektiv enn ventelistegrupper for depressiv lidelse og PTSD (Philipp et al., 2019). Sammenlignet med andre behandlingsmetoder ble det oppgitt at MCT var mer effektiv for angstlidelser (Philipp et al., 2019). For depressiv lidelse ble det rapportert at man ikke fant forskjell i effekt mellom MCT og andre behandlingsmetoder (Philipp et al., 2019). Meta-analysen inkluderte ikke oppfølgingsmål, og rapporterer at den ikke kan konkludere når det gjelder langtidseffekt av MCT (Philipp et al., 2019).

Ut ifra disse meta-analysene og litteraturgjennomgangene, har noen analyser undersøkt MCTs effekt for ulike diagnoser (Sadeghi et al., 2015; Philipp et al., 2019), mens andre ikke har skilt mellom diagnoser i oppsummering av effekten (Normann et al., 2014; Normann & Morina, 2018). Imidlertid har ingen av meta-analysene og

litteraturgjennomgangene undersøkt spesifikt for langtidseffekt. Studiene har også inkludert både RCT- og ikke-RCT-studier av MCT i analysene. Det foreligger med andre ord ingen oppsummeringsoversikt om MCTs langtidseffekt for angstlidelser og depressiv lidelse sammenlignet med andre behandlingsmetoder.

### **Langtidseffekt av psykoterapi**

Å måle langtidseffekt av terapimetoder har blitt fremhevet som sentralt for å vurdere evidensgrunlaget for helseintervensjoner, samtidig som det understrekes at dette i begrenset grad har blitt undersøkt (Hill et al., 2016; Hofmann et al., 2012; Roth, Fonagy, Parry, Target, & Woods, 2005). Man har sett flere eksempler på psykoterapistudier som favoriserer en bestemt metode ved post-behandling, men hvor forskjell i effekt ikke opprettholdes ved oppfølging (Driessen et al., 2010; Durham et al., 2005; Westen & Morrison, 2001). Systematiske litteraturgjennomganger av meta-analyser av CBT har etterspurt studier som undersøker langtidseffekt (Butler et al., 2006).

Langtidseffekt av behandling og forebygging av tilbakefall har i stor grad vært et argument for anvendelsen av psykoterapi når det gjelder angstlidelser og depressiv lidelse. Dette på bakgrunn av studier (Fogarty, Hevey, & McCarthy, 2019; Hensley, Nadiga, & Uhlenhuth, 2004; Hollon et al., 2005; Kodal et al., 2018; Willutzki, Teismann, & Schulte, 2012) som har vist større effekt ved gjennomført og avsluttet behandling av psykoterapi sammenlignet med gjennomført og avsluttet medikamentell behandling. Det er imidlertid hevdet at kostnadseffektivitet over tid for psykoterapi er klarere for angstlidelser sammenlignet med depressiv lidelse (Barrett, Byford, & Knapp, 2005; Heuzenroeder et al., 2004).

### **Angstlidelser og depressiv lidelse**

Angstlidelser og depressiv lidelse er anslått blant de mest utbredte psykiske lidelsene, og som samtidig viser en høy komorbiditet overfor hverandre (Brown, Campbell, Lehman,

Grisham, & Mancill, 2001; Kroenke, Spitzer, Williams, Monahan, & Löwe, 2007; World Health Organization, 2017), også innen norske utvalg (Stordal, Morken, Mykletun, Neckelmann, & Dahl, 2008). Det kjennetegnes blant annet av tristhet, tap av interesse og glede, følelse av skyld eller lav selvfølelse, forstyrret søvn eller appetitt, tap av energi og konsentrasjonsvansker (World Health Organization, 2017).

Depressiv lidelse viser seg oftest som en tilbakevendende lidelse, hvor det er estimert at den som rammes i gjennomsnitt opplever fire depressive episoder (Helsedirektoratet, 2009). Det regnes som underdiagnostisert og underbehandlet på tvers av ulike land (Coretti, Rumi, & Cicchetti, 2019), og har over tre tiår blitt rangert blant de tre ledende årsakene til sykdomsbyrde av «The Global Burden of Disease Study» (James et al., 2018). Lidelsen er rangert som nummer én når det gjelder sykdomsbyrde blant unge mellom 10 og 24 år (Gore et al., 2011).

Ifølge undersøkelser utført på vegne av World Health Organization (2017), forekommer depressiv lidelse i alle aldergrupper, med høyest andel blant eldre over 55 år og blant kvinner. Tilfeller av depressiv lidelse har blitt anslått som økende, i takt med en aldrende global populasjon (World Health Organization, 2017). Den totale insidensen har for 2015 blitt estimert til 4.4 %, med 5.1 % for kvinner og 3.6 % for menn (World Health Organization, 2017).

Angstlidelser kjennetegnes av intense og varige følelser av frykt og fortvilelse, ofte i kombinasjon fysiologiske symptom (World Health Organization, 2017). Angstlidelser debuterer som oftest i ung alder, og medfører betydelig svekkelser på områder som helse, utdanning, inntekt og interpersonlige forhold (Baxter, Vos, Scott, Ferrari & Whiteford, 2014; World Health Organization, 2017). Angstlidelser har blitt rangert som den sjette ledende årsaken til sykdomsbyrde globalt (Baxter et al., 2014). Studier tyder på at angstlidelser er

spesielt utsatt for å gå uoppdaget i primærhelsetjenesten, og at det er få som mottar behandling (Kroenke et al., 2007).

Som med depressiv lidelse, finner man høyere insidens for angstlidelser blant kvinner i forhold til menn (4.6 % vs. 2.6 %), hvor den totale globale insidensen for 2015 har blitt anslått til 3.6 % (World Health Organization, 2017). Både angstlidelser og depressiv lidelse har blitt forbundet med økt risiko for selvmord (Baxter et al., 2014; Hawton, Comabella, Haw, & Saunders, 2013). Det betydelige overlappet i symptomer og den betydelige komorbiditeten mellom angstlidelser og depressiv lidelse har ført til at flere har tatt til orde for at disse lidelsene bør vurderes i sammenheng med hverandre (Kroenke et al., 2007).

Det har blitt fremhevet at til tross for betydelig fremskritt innen behandling av psykiske lidelser i nyere tid, har ikke behandling holdt tritt med utviklingen innen somatisk behandling (Benyamina, Blecha, & Reynaud, 2012). Når man ser dette i sammenheng med betydelige individuelle og samfunnsmessige tap som depressiv lidelse og angstlidelser er forbundet med (Helsedirektoratet, 2009; Layard et al., 2006), understreker det viktigheten av en utvikling av feltet.

Det er blitt oppfordret om å utføre og tilgjengeliggjøre systematiske litteraturgjennomganger for å samle gjeldende kunnskap innen behandling (Higgins & Green, 2008). Dette med formål om at behandlere, forbrukere og myndigheter kan få et bedre grunnlag for å ta informerte beslutninger. Litteraturgjennomganger fremheves som sentrale for å stimulere til utvikling og nyvinning innen feltet som kan være veiledende for videre forskning og utvikling (Higgins & Green, 2008).

### **Metakognitivt perspektiv på angstlidelser og depressiv lidelse**

En sentral antakelse innenfor MCT er at angstlidelser og depressiv lidelse opprettholdes gjennom *hvordan* en person tenker framfor *hva* man tenker (Wells, 2009, 2013). Wells (2009, 2013) hevder at mange mennesker vil kunne ha negative tanker som man

er overbevist om er sanne, samtidig som mange likevel ikke vil utvikle angstlidelser eller depressiv lidelse. Ifølge Wells (2009, 2013) er årsaken til at noen utvikler emosjonelle lidelser, som inkluderer angstlidelser og depressiv lidelse, at noen ikke mestrer å legge tankene fra seg. Det er altså ikke så mye innholdene tankene som opprettholder angstlidelser og depressiv lidelse, ifølge MCT-modellen, som tid brukt på å tenke på dem (Wells, 2009, 2013). Det primære målet i terapi er at pasienten skal erverve seg mer vellykket eksekutiv kontroll over tanker (Wells, 2013).

### **Cognitive Attention Syndrome**

Ifølge MCT-modellen er pasienter med depressiv lidelse og angstlidelser kjennetegnet av bestemte strategier innen oppmerksomhet, som kalles "Cognitive Attention Syndrome" (CAS) (Wells, 2002). CAS er en respons i møte med negative tanker, antakelser og emosjoner som forhindrer en nedregulering av negativ erfaring (Wells, 2013). Det er CAS som opprettholder negative tanker i bevisstheten, og forhindrer at hukommelse om negative tanker svekkes (Wells, 2013). CAS består av komponentene bekymring, grubling, trusselmonitorering og metakognitive mestringsstrategier (Wells, 2009). Syndromet aktiveres som en strategi for å mestre trusler, selv-diskrepans og ledsagende negative følelser (Wells, 2009). Det er antatt at metakognitive antakelser regulerer hvorvidt CAS aktiveres (Wells, 2009, 2013). Når det gjelder angstlidelser og depressiv lidelse, fremheves spesielt betydning av bekymring og grubling som del av CAS (Wells, 2013).

Bekymring forstås som lange tankerekker av verbale tanker, hvor personen forsøker å oppdage eller unngå potensielle trusler ved å svare på «hva om»-spørsmål frem i tid (Wells, 2009, 2013). For eksempel kan personen vurdere truende utfall som vil skje dersom personen selv mister jobben, eller hva som vil skje dersom barna blir utsatt for en ulykke (Wells, 2009, 2013). Ifølge MCT-modellen vil bekymringsprosessen bidra til maladaptiv selvregulering ved å blokkere emosjonell prosessering, ta opp unødvendig oppmerksomhetskapasitet, bidra til å

svekke konsentrasjon om og utførelsen av viktige oppgaver, bidra til en forsterket opplevelse av trusler og opprettholde kroppslig aktivering over tid (Wells, 2009).

Ifølge MCT-modellen blokkerer bekymring nødvendig emosjonell prosessering gjennom en avledning av oppmerksomhetene bort fra de aktiverende tankene som initierte bekymringsprosessen (Wells, 2009). På denne måten vil nødvendig emosjonell prosessering av trusler ikke finne sted og kan slik føre til økt forekomst av invaderende tanker og bilder (Wells, 2009). Bekymring som reguleringsstrategi antas å ha en særskilt rolle i opprettholdelsen av angst (Wells, 2009). Wells (2009) refererer til en studie av Hazlett-Stevens og Borkovec (2001) som støtte for bekymring som opprettholdende faktor for angst. I denne studien ble eksperimentgruppen bedt om å bekymre seg før presentasjon av en serie med taler, mens kontrollgruppen ikke ble bedt om å bekymre seg (Hazlett-Stevens og Borkovec, 2001). Resultatene viste at gruppen som bekymret seg viste svekket habituering av angstrespons overfor situasjonen sammenlignet med kontrollgruppen (Hazlett-Stevens & Borkovec, 2001).

Grubling forstås ifølge Wells (2009, 2013) som vedvarende og overdreven tid brukt på å analysere meningen med hendelser, i tillegg til at oppmerksomheten i stor grad allokteres til å analysere betydningen av fortidige minner. For eksempel kan en deprimert person bruke mye tid på å dvele over årsaken til nedsatt stemningsleie med formål om å finne en løsning. Ifølge Wells (2013) finnes det en spesifikk form for grubling, som kalles "gap filling". Det viser til at man etter å ha opplevd traumatiske hendelser, kan stadig vende tilbake til negative minner med formål om å utfylle manglende informasjon i minnet (Wells, 2013). Grubling er antatt å føre til at det negative minnet i mindre grad svekkes over tid gjennom en stadig representasjon i hukommelsen (Wells, 2013). Grubling innebærer, i likhet med bekymring, en overdreven konseptuell prosessering og er antatt som en opprettholdende faktor for

maladaptiv selvregulering, svekket velvære, forlenget opplevelse av trussel og negative selvvurderinger (Wells, 2009, 2013; Yılmaz, Gençöz, & Wells, 2011).

Der bekymring særskilt antas å opprettholde angstlidelser, antas grubling å ha en særlig rolle i opprettholdelsen av depressiv lidelse (Wells, 2009). Som støtte for antakelsen om sammenhengen mellom grubling og depressiv lidelse, fremhever Wells (2009) en longitudinell studie av Nolen-Hoeksema (2000). Studien viste at grubling predikerte nye tilfeller av depressive episoder (Nolen-Hoeksema, 2000).

Trussel-monitorering forstås som en systematisk skjevhet når det gjelder modulering av oppmerksomheten mot interne eller eksterne trussel-relaterte stimuli (Wells, 2009, 2013). Dette kan innebære monitorering av symptomer på depressiv lidelse eller angstlidelser, monitorering av humørforandringer, monitorering av endringer i energinivå, sjekking av signaler på utmattelse med formål om å vurdere evne til mestring og en vedvarende oppmerksomhet orientert mot personlige relevante farer (Wells, 2009). Dette mønsteret er antatt å bidra til en forsterkning av symptomene, ved en forsterkning av opplevelsen av at faren er tilstede (Wells, 2009, 2013).

Wells (2009, 2013) fremhever at det finnes individuelle forskjeller i trussel-monitorering, som kan være et kjennetegn for ulike former for angstlidelser. Det er foreslått at GAD viser en økt monitorering av mulige trusler (Wells, 2009), OCD en særskilt monitorering av egne tankeprosesser (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) og helseangst- og panikklidelse en økt monitorering av kroppssymptomer for tegn på dårlig helse (Bailey & Wells, 2014).

Metakognitive mestringsstrategier viser til andre mestringsstrategier som viser en paradoksal effekt på selvregulering ved å svekke den (Wells, 2013). Dette inkluderer tankekontroll, tankeundertrykking, alkoholbruk, selvskading og kognitiv, emosjonell og atferdsmessig unngåelse (Wells, 2009, 2013) og å straffe seg selv for å ha uønskede tanker



(Wells & Davies, 1994). For eksempel vil en person med GAD ofte kunne spørre andre om forsikring mot fare med formål om å stoppe bekymringene, og slik få hvile (Wells, 2013). Disse strategiene er ifølge Wells (2009) ofte ikke vellykkede. Disse mislykkede forsøkene på selvkontroll kan forsterke metakognitive antakelser om at kontroll av kognisjon ikke er mulig, eller at kontroll vil være betinget av ytre omstendigheter (Wells, 2013). Unngåelse av emosjonelt ubehag bidrar til at pasienter med depressiv lidelse og angstlidelser ofte ikke kommer til den metakognitive erkjennelsen om at følelser, om enn ubehagelige, i seg selv er harmfulle (Wells (2009)).

Samme atferd kan være uttrykk for flere ulike metakognitive antakelser, og det er antatt at metakognitive antakelser regulerer strategier som tas i bruk (Wells, 2009, 2013). Tilbaketrekning er et ordinært symptom både innenfor depressiv lidelse og angstlidelser (World Health Organization, 1992). Ifølge Wells (2009) kan tilbaketrekning være uttrykk for antakelsen om at mer tid til å analysere fortiden kan bringe frem svar, som vil være forbundet med økt grubling og en depressiv reaksjon. Tilbaketrekning kan også være uttrykk for antakelsen om at økt tid til å forberede seg på trusler vil føre til økt mestring, noe som vil være forbundet med økt bekymring og angst (Wells, 2009). Antakelsen som at økt hvile vil føre til en bedring av symptomer kan også føre til økt tilbaketrekning, i tillegg til økt trusselmonitorering av kroppslige symptomer (Wells, 2009). Wells (2009) fremhever videre at tilbaketrekning kan være et uttrykk for antakelsen om at bekymrings- og grublingsprosessen er ute av kontroll eller har utviklet seg til å bli skadelig. Dette er antatt forbundet med økt forekomst av tankekontroll og tankeundertrykking som del av CAS, noe som igjen er antatt å kunne øke forekomst av invaderende bilder eller tvangstanker (Wells, 1995, 2009).

### **Self-regulatory Executive Function Model**

Det teoretiske grunnlaget for MCT-modellen er basert på Self-Regulatory Executive Function Model (S-REF) (Wells & Matthews, 1994, 1996). Grunnlaget for antakelsen om

betydningen av metakognisjoner som opprettholdende faktorer for CAS innen angstlidelser og depressiv lidelse kommer fra utviklingen av denne modellen (Wells & Matthews, 1994, 1996). S-REF-modellen ble utviklet på grunnlag av laboratoriestudier hvor man undersøkte systematiske skjevheter innenfor oppmerksomhet (Fisher & Wells, 2009).

Oppdagelser innen dette området ble satt i sammenheng med kliniske observasjoner av pasienter som viste bestemte markører innen kognitiv prosessering (Fisher & Wells, 2009). Markørene som ble funnet var overdreven selvfokusert oppmerksomhet, oppmerksomhetsbias, bekymring og grubling (Fisher & Wells, 2009; Wells & Matthews, 1994, 1996). Forskning på informasjonsprosessering ble integrert med Becks skjema-teori med formål om å utvikle en mer enhetlig modell for emosjonelle lidelser (Wells & Matthews, 1996).

Wells (2009) gjengir tre nivåer av kognisjon innen S-REF-modellen, som antas å interagere med hverandre, og som krever ulik grad av kognitiv oppmerksomhetskapasitet. Disse nivåene er 1) et stimulus-drevet nivå, 2) bevisst vurdering av hendelser og kontroll over handling og tanker, og 3) et lager av selv-kunnskap i langtidshukommelsen. Det første nivået opererer uten at man er det bevisst, og fungerer hovedsakelig refleksivt og automatisk og med få krav til oppmerksomhetskapasitet. Det andre nivået krever mer oppmerksomhetskapasitet, men fungerer ikke selvstendig, og er avhengig av neste nivå for å bli regulert. Det siste nivået omhandler kunnskap om seg selv og inneholder også planer for kognitiv prosessering. Det er på det tredje nivået at metakognitiv kunnskap lagres.

Den metakognitive kunnskapen består av implisitt kunnskap som veileder prosessering, og fungerer i stor grad uten bevisst erkjennelse (Wells, 2009). Ifølge Wells (2009, 2013) er det ved at man i terapi stimulerer til å bli bevisst dette nivået at man kan endre den metakognitive kunnskapen i nivå 3. Slik kan man endre kognitiv prosessering og allokering av oppmerksomhet på de andre nivåene. Implisitte og eksplisitte former for

metakognitive antakelser blir satt i direkte sammenheng med ikke-adaptive strategier for mestring, som viser seg ved angstlidelser og depressiv lidelse gjennom aktivering av CAS (Wells, 2009).

S-REF-modellen bidrar ifølge Wells (2009, 2013) til å støtte opp om to ulike oppmerksomhetsmoduser, som viser til ulike perspektiv individet har i relasjon til egne tanker og antakelser; henholdsvis objektmodus og metakognitiv modus. Første viser til at tanker og opplevelser ikke evalueres, og tas til inntekt for presise representasjoner av hendelser. Tanker og hendelser oppleves som synonyme. Dette beskrives som *default*-modus, modusen som vanligvis opererer i det daglige liv. Den metakognitive modusen referer til at individet forstår eget selv som distansert fra sine tanker, og at tankene og persepsjonene evalueres som en representasjon av virkeligheten som ikke nødvendigvis er presis. Det er et mål innen MCT å fremme metakognitiv modus i terapi, som forstås som nødvendig for å endre CAS og for å øke eksekutiv kontroll og fleksibilitet (Wells, 2009, 2013).

### **Positive og negative metakognitive antakelser**

Metakognitiv kunnskap referer til lagret kunnskap om en selv og andre som kognitive agenter, og ble først beskrevet av Flavell (1979). Wells (2009) definerer metakognitiv kunnskap innenfor MCT som antakelser og teorier som mennesker har om egen tenking. Antakelser og kunnskap om metakognisjoner er lagret i både eksplisitt og implisitt form (Wells, 2009). Et eksempel på eksplisitte antakelser, kan være at man er overbevist om at bekymring kan forårsake hjerteinfarkt; at negative tanker betyr at en selv har mentale vansker, og at ved å fokusere på mulige farer, så kan de unngås (Wells, 2009). Implisitte metakognitive antakelser forstås som ikke-deklarative. Disse bidrar ifølge Wells (2009) like fullt til å allokere oppmerksomheten, påvirke hukommelsessøk og heuristikker når det gjøres bedømmelser.

Ifølge Wells (2009, 2013) har man positive og negative metakognitive antakelser om CAS. Positive metakognitive antakelser viser til antakelser om fordeler ved CAS. Positive metakognisjoner er antatt å føre til svekket motivasjon for å avslutte CAS-komponenter, slik som bekymring og grubling. Et eksempel kan være antakelser om fordelene ved å vurdere ulike utfall av det verste som kan skje slik at man er forberedt, som kan gi motivasjon til videre bekymring. Eller antakelser om fordelene av å analysere årsaken til at man mislykkes, for å forhindre at det samme skjer igjen, som kan gi motivasjon for videre grubling. Denne typen antakelser er antatt å opprettholde en bekymringsprosess på objektmodusnivå, såkalt type-1 bekymring. Type-1 bekymring innebærer bekymringer for objekter og hendelser.

Negative metakognitive antakelser tar for seg 1) antakelser som handler om manglende mulighet til å kontrollere CAS, og 2) antakelser som handler om at CAS er skadelig (Wells, 2009, 2013). Når det gjelder angstlidelser, knyttes negative metakognisjoner nærmere til såkalt type-2 bekymring, som også er kalt bekymring om bekymring (Wells, 2009). Det er spesielt negative metakognitive antakelser som er antatt forbundet med diagnostiserbare vansker (Wells, 1995, 2009, 2013). Målet om å endre de negative metakognitive antakelsene blir derfor gitt en spesiell prioritet i begynnelsen av terapi for både angstlidelser og depressiv lidelse (Wells, 2009, 2013). Det er ikke uvanlig at man kan utvikle det som kan synes paradoksalt; både positive og negative antakelser (Hjemdal, Hagen, Nordahl, & Wells, 2013; Wells, 2009). Altså hvor man finner det nødvendig å bruke tid på CAS, og ser fordeler ved tankeprosessene, samtidig som at man antar at prosessene er skadelige og ikke lar seg kontrollere. Et slikt mønster er antatt å bidra til en ond sirkel som det er vanskelig å komme seg ut av på egen hånd, og som vil opprettholde en angst- eller depressiv reaksjon (Hjemdal et al., 2013; Wells, 2009).

Den metakognitive modellen som behandlingsmodell for psykiske lidelser ble først publisert for GAD (Wells, 1995), og ble senere utviklet også for depressiv lidelse og andre

angstlidelser (Wells, 2009). Det er utviklet en transdiagnostisk manual av MCT for å behandle ulike psykiske lidelser, samt diagnosespesifikke manualer (Wells, 2009). Det anbefales likevel at behandling skjer ut fra diagnosespesifikke behandlingsmanualer, på grunnlag av antakelsen om at disse vil være mer sensitive for å lokalisere og endre metakognisjoner som er antatt å opprettholde den bestemte lidelsen (Wells, 2009, 2013).

I tillegg til behandlingsopplegg for GAD (Hjemdal et al., 2013; Wells, 1995, 2009) er det utviklet behandlingsopplegg for depressiv lidelse (Wells, 2009; Wells et al., 2012), PTSD (Wells & Sembi, 2004; Wells, 2009), OCD (Myers & Wells, 2013; Wells, 1997, 2009), kroppsdysmorfisk lidelse (Rabiei, Mulkens, Kalantari, Molavi, & Bahrami, 2012), psykose (Hutton, Morrison, Wardle, & Wells, 2014), alkoholavhengighet (Caselli, Martino, Spada, & Wells, 2018) og forlenget sorgreaksjon (Wenn, O'Connor, Kane, Rees, & Breen, 2019). Den transdiagnostiske manualen er anbefalt å bruke for uavklarte tilstander eller for lidelser hvor det ikke er utviklet manual (Wells, 2009).

### **Oppmerksomhetstrening og frakoblet oppmerksomhet**

To terapikomponenter som skiller MCT fra hva som er vanlig i andre klassiske kognitive terapiformer er oppmerksomhetstrening og frakoblet oppmerksomhet (Wells, 2009). Oppmerksomhetstrening består av ulike øvelser for å trene opp eksekutiv kontroll over oppmerksomheten, med formål om å utvikle ferdigheten til å avslutte CAS, altså tankeprosesser hvor man reagerer lite hensiktsmessig på indre erfaring (Wells, 2009). Dette gjøres ved at man skal overføre erfaring og ferdigheter i hvordan man kontrollerer oppmerksomheten når det gjelder ytre hendelser til indre hendelser i eget sinn (Wells, 2009).

Ifølge Wells (2009) består øvelsen av et sett med tre underøvelser på totalt tolv minutter, som skal utføres to ganger ukentlig av pasienten utenom terapitimene. Det blir gitt veiledning av terapeut om hvordan disse øvelsene utføres. Øvelsen består av fem minutter som har som formål å trene selektiv oppmerksomhet, fem minutter med formål å trene hurtig

oppmerksomhetsskift og to minutter med formål å trene delt oppmerksomhet (Wells, 2000/2002, 2009). Sekvensielt orienterer man oppmerksomheten i tidsintervaller mellom ulike auditive lydkilder som er plassert ulike steder i rommet. Man skal på ulike tidspunkt konsentrere seg om én eller alle lydkildene samtidig, og utføre oppmerksomhetsskift i ulik hastighet mellom disse oppgavene (Wells, 2009).

Terapikomponenten frakoblet oppmerksomhet er utviklet for å fremme en overgang fra objekt-modus til metakognitiv modus innen S-REF (Wells, 2009). Frakoblet oppmerksomhet viser til at man utøver en metabevissthet på egne tanker, i tillegg til at man avstår konseptuell prosessering, slik som bekymring og grubling. Videre er formålet å erfare selvet separert fra kognitive hendelser (Wells, 2009). Hovedoppgaven for pasienten under øvelsen, er å bli oppmerksom på tanken som en mental hendelse framfor en faktisk representasjon av virkeligheten (Wells, 2009).

Wells (2009) beskriver metaforer som brukes innen MCT med formål å utøve frakoblet oppmerksomhet. Man skal forestille seg at man står i en observerende og ikke-agerende tilstand til objekter, for eksempel skyer, en tiger, barn og passerende tog. Deretter følger man opp med øvelser hvor samme type oppgave overføres til indre hendelser som objekt, med formål om å avstå å agere gjennom prosesser slik som bekymring og grubling, eller andre former for reaksjoner på indre hendelser som forstås som en del av CAS (Wells, 2009).

Frakoblet oppmerksomhet kan forstås som å ha visse likheter med mindfulness-øvelser, blant annet ved bruk av allegorier og metaforer for å fremme en observerende tilstand til egne tanker (Wells, 2009). Wells (2009) hevder samtidig at frakoblet oppmerksomhet er annerledes sammenlignet med mindfulness-øvelser, blant annet gjennom en særskilt vektlegging av å utvikle metabevissthet omkring tanker, avstå konseptuell prosessering og å erfare selvet som separert fra tankene. Wells (2009) hevder mindfulness-øvelser i større grad vektlegger å være oppmerksomt tilstedeværende i nåtid og å forankre oppmerksomheten i

kroppsforankring, som kan forstås som en sentral del av flere retninger som praktiserer mindfulness (Keng, Smoski, & Robins, 2011).

Vellykket frakoblet oppmerksomhet kan forstås som en oppheving av CAS ifølge Wells (2009). Wells (2009) understreker samtidig at frakoblet oppmerksomhet ikke skal inngå som strategi for å unngå eller regulere ubehagelige tanker eller følelser. Dette er nettopp fravær av å regulere tanker, som kan forstås som formålet med øvelsen (Wells, 2009). Øvelsen kan også miste sin funksjon dersom den blir brukt med formål om å kontrollere utfall (Wells, 2009). Dette vil igjen antas å opprettholde CAS innen S-REF (Wells, 2009).

### **Kartlegging og kausformulering**

Wells (2009) angir at målene innen kartlegging er å 1) etablere en presis diagnose, 2) samle informasjon om alvorlighetsgrad av lidelse, lidelsens historikk og dens utviklingsforløp, 3) samle informasjon som er nødvendig for å etablere en kausformulering, og 4) evaluere fremgang og utfall i terapi.

I etablering av en kausformulering anbefaler Wells (2009) bruk av en illustrativ modell som kalles A-M-C. *A* viser til indre forutgående hendelser, *M* viser til metakognisjoner og CAS og *C* viser til emosjonell konsekvens. Modellen har likheter med ABC-modellen innenfor kognitive terapiformer (Ellis, 1991, 1995), men antakelser om hva som trigger og hva som opprettholder den emosjonelle lidelsen illustreres annerledes i AMC-modellen (Wells, 2000/2002, 2009). Ifølge A-M-C er det CAS som opprettholder den emosjonelle konsekvensen av angst eller depressivt ubehag som forblir vedvarende over tid (Wells, 2009). Dette skiller seg fra kognitive terapiformer og ABC-modellen (Beck et al., 1979; Ellis, 1958, 1991), som vektlegger at det er *tanke* som opprettholder den emosjonelle konsekvensen. MCT-modellen forstår *tanke* som indre aktiverende hendelser som i samspill med maladaptive metakognisjoner vil kunne trigge CAS som igjen vil opprettholde symptomer (Wells, 2000/2002, 2009).

Wells (2009) beskriver at for å danne en slik kasusformulering for angstlidelse eller depressiv lidelse, starter terapeut gjerne med å spørre pasient om symptomer innenfor et relativt nylig tidsvindu, for eksempel de to siste ukene. Videre utforsker terapeut *indre* aktiverende hendelser, ved å spørre etter tanker og følelser pasienten hadde forut for opplevelsen av angst eller depressiv lidelse. Videre, og for å lokalisere CAS, spør terapeut pasient hva som skjedde med tenkningen til pasient etter at hen ble oppmerksom på de negative tankene eller følelsene. Dette kan være prosesser slik som bekymring, grubling, emosjonell unngåelse eller tankeundertrykking. På dette grunnlag utforsker terapeut hvilke metakognitive antakelser pasient har om CAS; med fokus på positive og negative antakelser, og hvorvidt de vurderes som kontrollerbare eller ikke.

Når CAS og metakognisjoner om CAS er etablert, så kan metakognisjoner utfordres gjennom sokratisk dialog eller atferdseksperiment (Wells, 2009, 2013). Formålet er at pasient komme til erkjennelsen av at det er reaksjonen på tanker framfor de negative tankene i seg selv som skaper problemer, og at reaksjonen lar seg kontrollere (Wells, 2013). For eksempel kan den negative metakognitive antakelsen om manglende mulighet til å kontrollere CAS utfordres ved innføring av bekymring- eller grublingsutsettelse. Det innebærer at bekymring eller grubling blir utsatt til en bestemt tid på dagen, som et eksperiment for å vurdere om CAS er kontrollerbar (Wells, 2009, 2013).

Wells (2009, 2013) beskriver at antakelser også kan utfordres gjennom innføring av eksperiment hvor pasient *forsøker* å oppfylle negative metakognitive antakelser om CAS ved å intensivere CAS. Dette kan skje ved at pasienter *forsøker* å miste kontroll over handlinger ved å tenke på visse tanker, eller *forsøker* å bli gal av bekymring. Positive metakognitive antakelser om CAS kan utfordres ved at pasient får eksperimentere med dager med mye eller lite bekymring, hvor pasient deretter evaluerer forskjell på disse dagene når det kommer til opplevde symptomer eller velvære (Wells, 2009). Ifølge Wells (2009, 2013) kan



metakognitive antakelser om CAS også utfordres gjennom sokratisk dialog ved å be pasient evaluere antakelser om CAS. For eksempel kan negative metakognitive antakelser utfordres ved å spørre om pasient selv kjenner personer som har blitt gal av bekymring. Positive metakognitive antakelser om CAS kan eksempelvis utfordres ved spørre om pasient noen gang har mestret en utfordring som oppsto uten at pasienten hadde forberedt seg gjennom bekymring eller trussell-monitorering på forhånd.

Det er utviklet ulike diagnosespesifikke forløp for ulike angstlidelser og depressiv lidelse innen MCT (Wells, 2009). Behandlingsomfanget er anslått omtrentlig til mellom 5-12 sesjoner (Wells, 2009, 2013). Wells (2009) beskriver at antall sesjoner er antatt avhengig av pasientfaktorer, eksempelvis grad av innsikt, motivasjon og engasjement i hjemmearbeid. I tillegg kan antall sesjoner avhenge av terapeutfaktorer, eksempelvis erfaring og implementeringsferdigheter av MCT (Wells, 2009).

Felles for manualene er at etter at diagnose er utredet, tas kartleggingsskjema i bruk for å måle metakognisjoner og CAS (Wells, 2009). Dette gjøres ut fra diagnosespesifikke verktøy. For GAD brukes General Anxiety Disorder Scale – Revised (Wells, 2009). Dette måler blant annet opplevd belastning, tid brukt på bekymring, positive og negative metakognisjoner om bekymring og reaksjoner på opplevd bekymring. Tilsvarende skjemaer finnes for depressiv lidelse, men da med større vektlegging av metakognisjoner om grubling og reaksjoner på nedsatt stemningsleie. Det er utviklet tilsvarende skjema også for andre angstlidelser (Wells, 2009).

Selve behandlingen består i å gjennomgå bestemte komponenter med mål om å endre CAS (Wells, 2009, 2013). I dette kan det inngå øvelser i for eksempel frakoblet oppmerksomhet, oppmerksomhetstrening, sokratisk dialog om metakognitive antakelser og atferdseksperimenter for å teste ut negative og positive antakelser (Wells, 2009, 2013). Videre kan det følge en utvikling av alternative planer for prosessering og til sist en komponent om

tilbakefallsforebygging (Wells, 2009). Det tas også i bruk hjemmeoppgaver (Wells, 2009).

Når det gjelder utfordring av metakognisjoner, starter man med negative metakognisjoner og evaluerer endring i disse før man deretter går videre for å utfordre positive metakognisjoner (Wells, 2009). Rekkefølgen og vektleggingen av komponentene tilpasses den bestemte lidelsen (Wells, 2009, 2013).

### **Prosessutfallsmålinger innen MCT**

For å utvikle vitenskapen om psykoterapi har flere tatt til orde for at man bør undersøke mekanismer for bedring innen psykoterapi (Kazdin, 2001). Å vise *at* psykoterapi er effektiv, eller å vise at en metode er mer effektiv enn en annen, er annerledes fra å undersøke *hvordan* psykoterapi virker. Kazdin (2001) hevder at å stille spørsmål om prosess når det gjelder terapiforskning er avgjørende for å utvikle kunnskapen om psykoterapi videre. Repeterte målinger over tid, som også inkluderer prosessmål innenfor randomiserte forskningsdesign, tillater at man kan gi et mer kvalifisert svar når det gjelder prosesser som bevirker endring innen helseintervensjoner (Kazdin, 2001).

Studiedesign som inkluderer operasjonaliserte mål av prosess som metoden har til hensikt å endre, kan gi informasjon om hvordan endring i terapi skjer. Eksempler på slike prosessmål basert selvrapporing i MCT er Metacognitions Questionnaire (MCQ), Cognitive Attentional Syndrome-1 (CAS-1), Positive Beliefs about Rumination Scale (PBRs), Negative Beliefs about Rumination Scale (NBRs) og Thought Control Questionnaire (TCQ) (Wells, 2009).

MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) består av 65 spørsmål som måler positive antakelser om bekymring, negative antakelser om ukontrollerbarheten og farligheten av tanker, antakelser om behovet for å kontrollere tanker, antakelser om kognitiv selvtilit og kognitiv selvbevissthet. MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) er en kortere variant med 30 spørsmål. PBRs (Papageorgiou & Wells, 2001) består av ni spørsmål som måler

positive antakelser om depressiv grubling. NBRS (Papageorgiou, Wells, & Meina, 2003) består av 13 spørsmål som måler negative antakelser om depressiv grubling. TCQ (Wells & Davies, 1994) består av 30 spørsmål som måler ulike former for kognitive strategier brukt for å kontrollere uønskede tanker. CAS-1 (Wells, 2009) består av 16 spørsmål som måler aktiviteten av CAS.

Ved å måle slike prosessvariabler sammen med effektmål innenfor et studiedesign med repeterte målinger, kan man vurdere gyldigheten av behandlingsmetoden (Kazdin, 2001) og S-REF modellen som MCT-modellen bygger på (Wells, 2009).

### **Likheter og forskjeller fra CBT**

MCT er en relativt ny terapimetode (Wells, 2009). Den regnes av Wells (2009) som en form for kognitiv terapi ved å dele antakelsen om at systematiske skjevheter eller forstyrrelser i tenkning kan forårsake psykiske lidelser. En annen likhet med kognitiv terapi er at innholdet i tanker og antakelser bidrar til å bestemme hvilken type lidelse som erfares. Både MCT og CBT har som mål å endre tanker, men MCT har kun som formål å utfordre og endre metakognitive tanker, altså tanker om egen tankeprosess (Wells, 2009).

En likhet med CBT, er at det gjøres bruk av flere av de samme pedagogiske endringsmetodene. Dette inkluderer sokratiske dialog og atferdseksperiment (Wells, 2009). Ifølge Wells (2009, 2013) inngår imidlertid disse pedagogiske verktøyene kun med formål om å endre metakognisjoner, og ikke for å endre innholdet i tanker. Dersom man i terapi forsøker å endre innholdet når det gjelder selvet, objekter og hendelser, operer man i objekt-modus innenfor oppmerksomhet, hvor MCT heller opererer innenfor metakognitiv modus. På dette grunnlaget har det blitt hevdet at der CBT har et større fokus på å endre maladaptivt innhold i tanker, har MCT et større fokus på tankeprosesser (Wells, 2009).

Det har blitt innvendt at også andre terapiformer vil være orientert om metakognitive prosesser (Moritz & Lysaker, 2018; Moritz, Lysaker, Hofmann, & Hautzinger, 2018).

Kognitive terapiformer har et særlig fokus på å bli bevisst automatiske negative tanker, sammenhengen mellom tanker, atferd og følelser, i tillegg til systematiske skjevheter i tenkning (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Clark & Beck, 2011; Dobson, 2013; Ellis, 1991). Dette kan forstås som tankeprosesser som vil involvere metakognitiv bevissthet, og som det også refereres til innenfor andre terapiformer (Moritz & Lysaker, 2018; Moritz et al., 2018).

I tillegg kjennetegnes såkalte tredjebølgeterapier innenfor kognitive terapiformer en større vektlegging av aksept av tankeprosesser i forhold til endring av dem, som kan forstås som å involvere endring av metakognisjoner, og et tilsvarende mindre fokus på endring av innhold i tanker (Gaudio, 2008; Dobson, 2013). Man kan derfor spørre seg hvorvidt fokus på metakognisjoner representerer noe unikt ved MCT, eller om det representerer den generelle utviklingen av CBT (Dobson, 2013). Wells (2009) hevder også selv at tradisjonelle kognitive terapier gjennom fokus på å identifisere negative automatiske tanker kan tenkes å fremme metakognitiv bevissthet og en endring av metakognisjoner. Samtidig fremheves at MCT skiller seg ut ved at fokus på endring av metakognisjoner innen MCT er det primære og rendyrkede fokuset i behandling (Wells, 2009).

Når det gjelder angstlidelser og depressiv lidelse, vil en naturlig fremgangsmåte innen tradisjonell CBT kunne være å fremme en vurdering av beviset for og mot negative tanker om selvet, verden og fremtiden (Beck et al., 1979; Clark & Beck, 2011; Wells, 2009). Innenfor MCT antar man ikke at lidelsen opprettholdes av de negative tankene, men av metakognisjoner som støtter opp om CAS (Wells, 2013). Wells (2009) hevder at terapeut ved å inngå i dialog med tanker på objekt-nivå med mål om å endre negative tanker kan bidra til å opprettholde bekymring eller grubling som del av CAS. Wells (2009, 2013) fremhever at terapeut i stedet burde orientere seg om metakognisjoner med mål om at pasienten kan oppnå eksekutiv kontroll over CAS.

## **Denne litteraturgjennomgangen**

Problemstillingen i denne litteraturgjennomgangen er: «Har MCT bedre langtidseffekt for angstlidelser og depressiv lidelse sammenlignet med andre behandlingsmetoder?». Vi undersøker dermed forskjell i endring fra pre-post og pre til ulike oppfølgingsmål både innad i MCT-gruppen og mellom MCT og kontrollgruppene. Et sekundært spørsmål i litteraturgjennomgangen vil være *hvordan* MCT har virkning i et langtidsperspektiv, noe som vil bli undersøkt basert på prosessutfallsmål i de inkluderte studiene.

## **Metode**

### **Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Med denne litteraturgjennomgangen ønsker vi å undersøke MCT basert på Wells og Matthews' (1994, 1996) S-REF-modell sammenlignet med andre behandlingsmetoder. Vi ønsker å undersøke langtidseffekten av MCT for ulike angstlidelser og depressiv lidelse og inkluderer PTSD, OCD og hypokondri i denne kategorien. Selv om disse tre sistnevnte lidelsene ikke kategoriseres som angstlidelser i ICD-10 (World Health Organization, 1992) og DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), velger vi å inkludere dem siden disse ofte kategoriseres under angstlidelser i forskningsartikler og blir behandlet ut ifra en angstmodell innenfor CBT (Olatunji, Deacon, & Abramowitz, 2009; Stein et al., 2010; Zoellner, Rothbaum, & Feeny, 2011). Behandlingsstudier som undersøkte visse komponenter av MCT, for eksempel effekten av oppmerksomhetstrening på angstlidelser og depressiv lidelse eller MCT gitt i kombinasjon med annen psykoterapi faller utenfor litteraturgjennomgangens problemstilling. Metakognitiv trening og metakognitiv interpersonlig terapi (Moritz & Lysaker, 2018), som ikke er basert på S-REF-modellen til Wells og Matthews (1994, 1996) faller også utenfor litteraturgjennomgangens problemstilling.

For å undersøke langtidseffekt av MCT, ønsker vi å selektere studier som 1) har lengst mulig oppfølgingstid, og 2) sammenligner MCT med en annen behandlingsmetode. Hva som

anses som langtidseffekt i psykoterapi, er det ingen konsensus om. Meta-analyser som har undersøkt langtidseffekten av psykoterapiformer for depressiv lidelse, panikklidelse og PTSD har definert seks måneder som langtidseffekt (Karyotaki et al., 2016; Kline, Cooper, Rytwinski, & Feeny, 2018; Nadiga, Hensley, & Uhlenhuth, 2003). Derfor ønsket vi å undersøke langtidseffekten med minst seks måneders oppfølging. Når det gjelder sammenligning med andre behandlingsmetoder, regnes RCT-studier som gullstandardmetoden (Meldrum, 2000). Grunnen til dette er at RCT-studier har et eksperimentelt design som muliggjør kontroll for viktige feilkilder i forskningsprosessen, blant annet gjennom randomisering av utvalget (Meldrum, 2000). Med tanke på at langtidseffekt av MCT er undersøkt i begrenset grad, inkluderte vi både RCT-studier, randomiserte pilotstudier og randomiserte feasibility-studier.

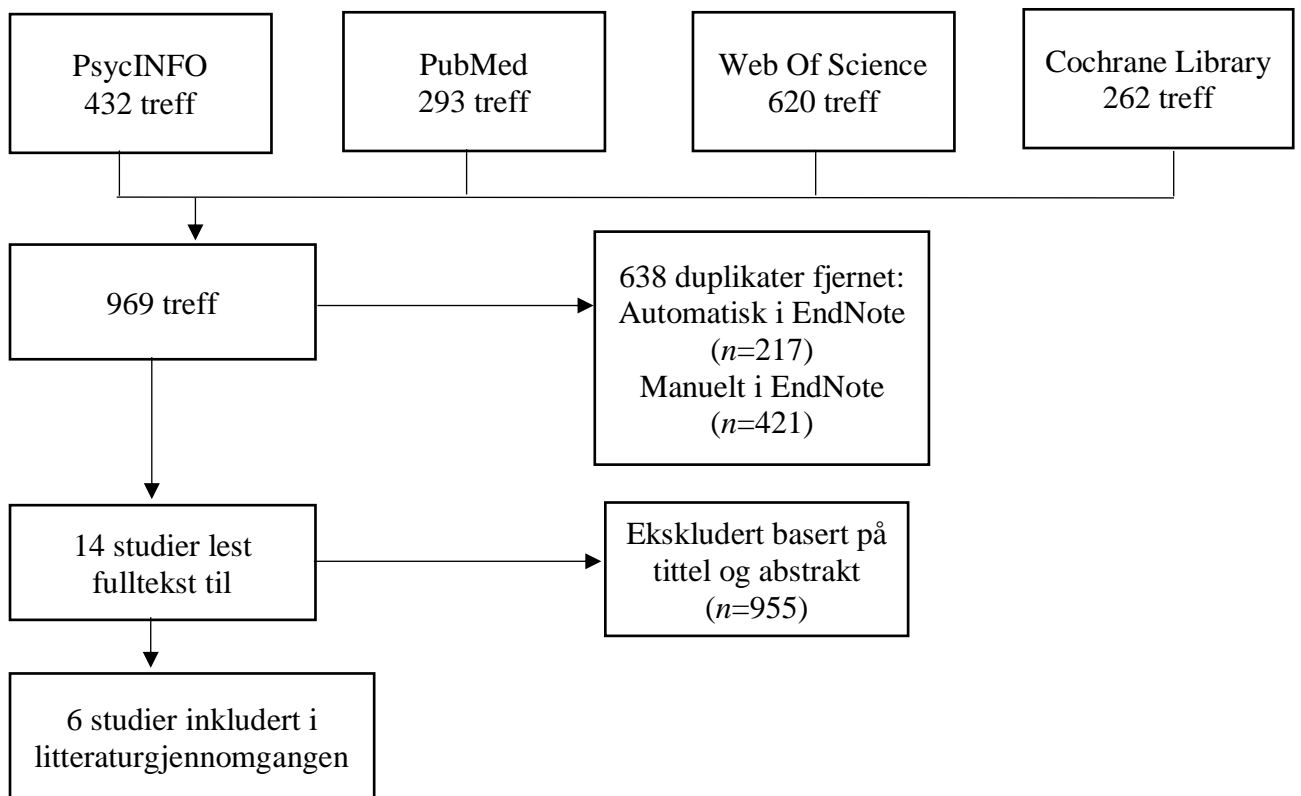
Inklusjonskriteriene er dermed som følger: 1) MCT basert på Wells og Matthews' (1994, 1996) modell. 2) Hovedfokus i studien er behandling av en klinisk populasjon for angstlidelser og depressiv lidelse. 3) Oppfølgingsmål er på minst seks måneder. 4) Studier som behandler pasienter som er minst 18 år. 5) Studier av MCT sammenlignet med en annen behandlingsmetode. 6) Studier publisert i fagfelleverderte tidsskrifter. 7) Studier publisert på engelsk eller et skandinavisk språk (norsk, svensk og dansk).

### **Metodesøk**

Vi utførte systematiske søk i databasene PsycINFO, PubMed, Web Of Science og Cochrane Library med følgende søkeord: (metacognitive OR meta-cognitive OR MCT) AND (therapy OR trial OR treatment OR psychotherap\* OR intervention) AND (anxiety OR depress\* OR PTSD OR post-traumatic OR post traumatic OR OCD OR obsess\* OR phobi\* OR hypochondr\*). I PsycINFO og PubMed ble det søkt etter i tittel og abstrakt, med en antagelse om at relevante studier ville bli generert ut ifra disse søkeordene. Web Of Science og Cochrane Library hadde ikke en slik funksjon. I Web Of Science ble det søkt i tittel,

abstrakt, nøkkelord og nøkkelord pluss. I Cochrane Library ble det søkt i tittel, abstrakt og nøkkelord. Supplementære søk ble utført i Google Scholar etter at vi søkte i disse databasene. På grunn av begrenset søkefunksjon i Google Scholar, søkte vi med ulike kombinasjoner av søkeordene nevnt ovenfor i tittel. Søk i referanselistene til de inkluderte studiene og gjennomgang av relevante meta-analyser og systematiske litteraturgjennomganger (Normann et al., 2014; Normann & Morina, 2018; Philipp et al., 2019; Sadeghi et al., 2015) ble også utført for å minimere risiko for utelatelse av aktuelle studier.

Søk i PsyINFO, PubMed, Web Of Science og Cochrane Library genererte totalt 1607 treff. Vi eksporterte disse treffene til EndNote. Av disse var 638 duplikater og ble fjernet automatisk og manuelt i EndNote. Deretter ble 969 studier screenet for abstrakt og tittel, hvor 14 av disse var relevante basert på denne informasjonen. Vi leste fulltekst til disse 14 studiene, hvor seks av dem oppfylte inklusjonskriteriene våre og ble inkludert i litteraturgjennomgangen. Alle 14 studiene ble diskutert av begge forfatterne av litteraturgjennomgangen for vurdering i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Se appendiks for hvilke studier som ble ekskludert og begrunnelse for eksklusjon. Etter dette utførte vi supplementære søk i Google Scholar basert på søkeordene våre. Dette genererte én ekstra relevant studie (van der Heiden & Melchior, 2014), en oppfølgingsstudie av en annen RCT-studie (van der Heiden, Muris & van der Molen, 2012). Denne oppfølgingsstudien (van der Heiden & Melchior, 2014) regnet vi ikke som en egen studie, men heller som del av den opprinnelige studien (van der Heiden et al., 2012). Siste søk ble utført 11. April 2019. Søkestrategien og seleksjonsprosessen er vist i figur 1.



Figur 1. Flytdiagram med oversikt over søkeprosessen

### Effektstørrelser

Vi undersøkte effektstørrelser i Cohen's  $d$  i de inkluderte studiene. Her ble det undersøkt for mellom-gruppeforskjeller og innen-gruppeforskjeller for primærutfall. Der studiene selv ikke oppga effektstørrelse i Cohen's  $d$ , regnet vi ut dette selv basert på følgende formel:  $M1 - M2 / SD$  pooled (Cohen, 1988).  $M1$  er gjennomsnitt for den ene gruppen.  $M2$  er gjennomsnitt for den andre gruppen.  $SD$  pooled er "pooled" standardavvik. Dette ble regnet ut basert på "intention-to-treat sample" (ITT-utvalg). Cohen (1992) foreslår at en Cohen's  $d = 0.8$  indikerer en stor effekt,  $d = 0.5$  en medium effekt og  $d = 0.2$  en liten effekt.

### Risiko for systematisk skjevhet

Det finnes svakheter ved langtidsmål, som blant annet handler om økt risiko for post hoc seleksjon av utfall, seleksjonsbias og problemer med økt frafall over tid (Chambless & Hollon, 1998; Herbert, Kasza, & Bø, 2018; Hill et al., 2016; Roth et al., 2005). Det kan derfor være særlig viktig å vurdere risikoen for slike systematiske skjevheter. Ulike



skjevheter kan bidra til å påvirke resultatene på en systematisk måte slik at validiteten av resultatene svekkes (Higgins, et al., 2011). For å vurdere risikoen for dette, undersøkte vi studiene inkludert i litteraturgjennomgangen med «Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool» (Higgins et al., 2011).

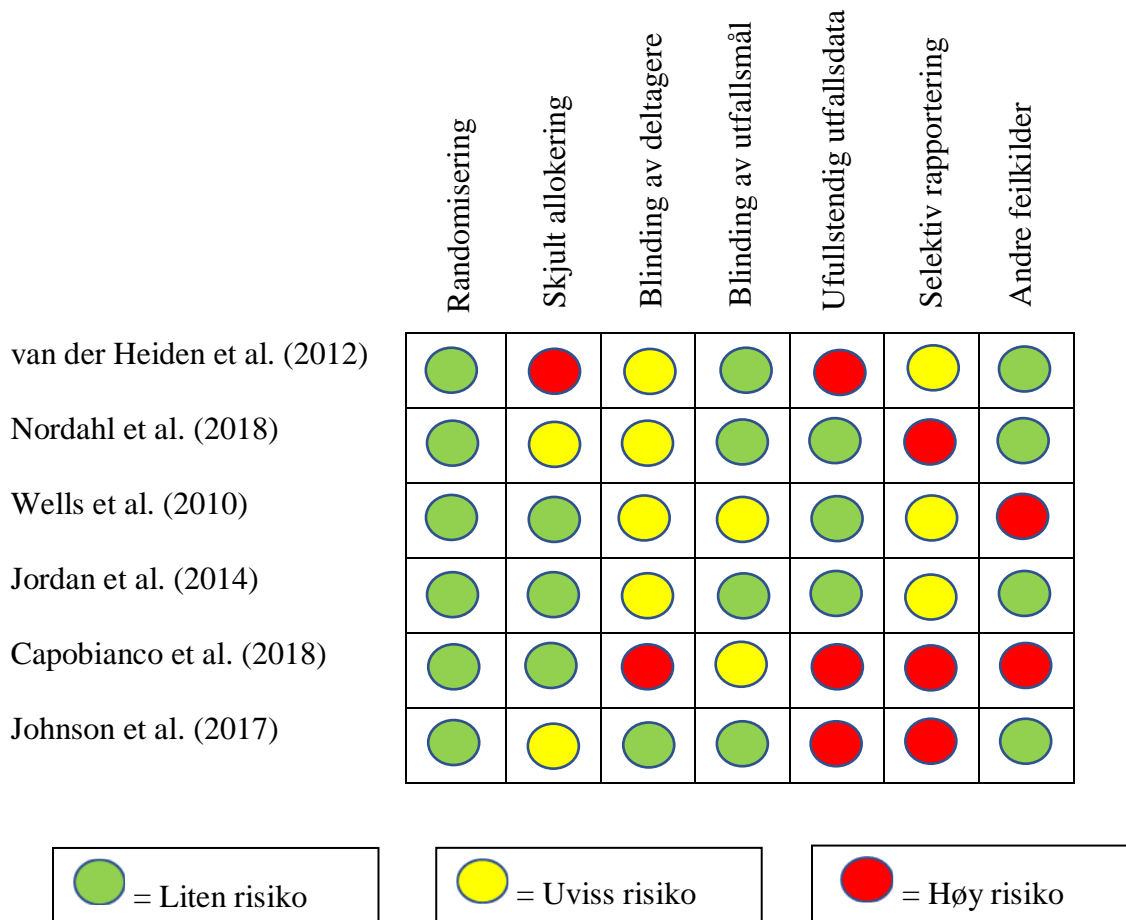
Dette verktøyet måler risiko for skjevhet på seks ulike domener: 1) randomisering, 2) skjult allokering, blinding av forsøkspersoner og personell, 3) blinding av utfallsmål, 4) ufullstendig utfallsdata, 5) selektiv rapportering, og 6) andre feilkilder (Higgins et al., 2011). Hvert spørsmål blir gitt vurderingen «lav», «høy» eller «uviss». «Uviss» blir gitt dersom det ikke er tilstrekkelig med informasjon for å vurdere om det er høy eller lav risiko for systematisk skjevhet. Det er vanskelig å fastslå i hvor stor grad resultatene i en studie har blitt påvirket av ulike skjevheter, derfor må disse skårene anses som *risiko* for skjevhet og ikke en faktisk skjevhet (Higgins et al., 2011). Siden det er vanskelig å blinde terapeuter til behandlingsbetingelsene i psykologisk forskning (Shean, 2014), valgte vi kun å vurdere blinding av forsøkspersoner, og ikke blinding av behandlere. For vurdering av ufullstendig utfallsdata, skriver Schulz og Grimes (2002) at en frafallsprosent på over 20 % kan medføre økt risiko for skjevhet, selv om vurderingen ikke utelukkende skal baseres på dette. Studieprotokoller ble søkt etter i databasen for studieprotokoller fra " International Clinical Trials Registry Platform Search Portal" (n.d.). Begge forfatterne av litteraturgjennomgangen vurderte risiko for systematisk skjevhet. Der det var uenigheter rundt skåringen, ble dette diskutert før vi satte en endelig skåre.

## **Resultater**

### **Vurdering av systematiske skjevheter**

På “randomisering” ble alle studiene vurdert til å ha lav risiko. På “skjult allokering” ble tre studier vurdert til å ha lav risiko, en studie fikk høy risiko og to studier fikk uviss risiko. På “blinding av deltagere” ble en studie vurdert til å ha lav risiko, en studie fikk høy risiko og

fire studier fikk uviss risiko. På “blinding av utfallsmål” ble fire studier vurdert til å ha lav risiko og to studier fikk uviss risiko. På “ufullstendig utfallsdata” ble tre studier vurdert til å ha lav risiko og tre studier fikk høy risiko. På “selektiv rapportering” tre studier vurdert til å ha høy risiko og tre studier fikk usikker risiko. På “andre feilkilder” ble fire studier vurdert til å ha lav risiko og to studier fikk høy risiko. Se figur 2 for oversikt.



Figur 2. Illustrasjon av vurdering av systematiske skjevheter

**Studiekarakteristikk**

Studiene ble utført i fire forskjellige land, to av dem i England, to i Norge, en i New Zealand og en i Nederland. Aldersgjennomsnittet for hele utvalget i studiene varierte mellom 28.5 år til 49.1 år. Antall pasienter for hele utvalget i studiene varierte mellom 20 og 126. Det

var totalt 191 pasienter som ble randomisert til MCT før behandling. Lengste oppfølgingsmåletid varierte fra seks måneder til 30 måneder etter endt behandling. Antall sesjoner i MCT og kontrollgruppene varierte fra 8-15. Nærmere beskrivelse av studiekarakteristikk er oppgitt i tabell 1. Oversikt over effektstørrelser er oppgitt i tabell 2.

### **Diagnoser**

Tre av studiene behandlet pasienter med GAD, en studie behandlet depressiv lidelse, en studie behandlet pasienter med komorbide angstlidelser og en studie behandlet pasienter med enten angst og/eller depressiv lidelse. Diagnosene ble vurdert av en terapeut i alle studiene utenom Capobianco, Reeves, Morrison, og Wells (2018), som inkluderte pasienter basert på selvrappport med klinisk cut-off som et av inklusjonskriteriene. To av studiene (Johnson, Hoffart, Nordahl & Wampold, 2017; Nordahl et al., 2018) utførte formelle målinger av inter-rater-reliabilitet for diagnostisering, noe som viste tilfredsstillende resultater.

### **Eksklusjonskriterier i studiene**

I tre av studiene ble pasienter ekskludert fra studien dersom de gikk på psykofarmaka og i tre studier ble de ekskludert dersom de ikke var villige til å terminere psykofarmaka eller opprettholde stabil dose. I Capobianco et al. (2018) er det ikke oppgitt om pasientene måtte terminere/opprettholde stabil dose av psykofarmaka. I Johnson et al. (2017) var et inklusjonskriterium at pasientene tidligere hadde fullført et «ikke-vellykket» strukturert psykologisk behandlingsforløp. I Wells et al. (2010) ble pasienter ekskludert dersom de tidligere hadde mottatt CBT for GAD, noe som ble begrunnet med hensikt om å fjerne «forventningseffekter» overført til MCT som skulle bli anvendt.

### **Frafall**

Det var ikke signifikant forskjell for frafall på noen måletidspunkt mellom MCT og kontrollgruppene. I Capobianco et al. (2018), som sammenlignet MCT og Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), er det imidlertid rapportert om signifikant forskjell i andel

deltagere som fremdeles deltok halvveis i behandlingsforløpet, med 65 % i MBSR-gruppen og 80 % i MCT-gruppen. Frafallsprosenten for MCT-gruppene ved siste oppfølgingsmåletid i studiene varierte fra 0 % til 40 %. van der Heiden & Melchior (2014) sin 30-måneders oppfølgingsstudie hadde for øvrig en frafallsprosent på 67.2 % i MCT-gruppen da kun 20 av totalt 61 pasienter ble målt i 30-måneders oppfølgingsstudien. Ved eksklusjon av denne oppfølgingsstudien på grunn av høy frafallsprosent, blir et utregnet gjennomsnitt av frafallsprosenten for MCT-gruppen fra pre-måling til siste oppfølgingsmåletid 21.1 % og 16.1 % ved post-behandling. Ved inklusjon av oppfølgingsstudien (van der Heiden & Melchior, 2014), blir et utregnet gjennomsnitt av frafallsprosenten for MCT-gruppen fra pre-måling til siste oppfølgingsmåletid 27.4 %.

### **Terapimetoder**

Diagnosespesifikke behandlingsmanualer for MCT ble gitt i fire studier, tre ganger for GAD (van der Heiden et al., 2012; Nordahl et al., 2018; Well et al., 2010) og én gang for depressiv lidelse (Jordan et al., 2014). Diagnosespesifikke manualer basert på kognitive og atferdsterapeutiske terapier ble gjennomført i fire studier i kontrollgruppene, en gang overfor utvalg med komorbide angstlidelser (Johnson et al., 2017), en gang overfor depressiv lidelse (Jordan et al., 2014) og to ganger overfor GAD (van der Heiden et al., 2012; Nordahl et al., 2018). Transdiagnostisk modell av MCT ble gitt i to studier, en gang for komorbide angstlidelser (Johnson et al., 2017) og en gang overfor komorbid utvalg med angstlidelse og/eller depressiv lidelse (Capobianco et al., 2018). Behandling basert på transdiagnostiske behandlingsmanualer ble gitt i kontrollgrupper i to studier, en gang for komorbid utvalg basert på MBSR (Capobianco et al., 2018) og en gang for GAD basert på Applied Relaxation (AR) (Wells et al., 2010).

## **Terapietterlevelse**

Alle studiene målte for terapietterlevelse. Noen utførte lydopptak/videoopptak av terapiforløpet med hensyn til måling av terapietterlevelse, mens andre utførte aksept- og kredibilitetsmålinger av terapimetodene, arbeidsallianse og målinger for terapeutkompetanse. Det ble funnet tilfredsstillende resultater for alle disse målingene i alle studiene og ingen signifikante forskjeller mellom terapimetodene, med unntak av Nordahl et al. (2018) som rapporterte om signifikant bedre resultater for CBT-terapeutene på kompetansenivå. Jordan et al. (2014) vurderte for terapeutkompetanse- og etterlevelse. Her ble terapeutkompetanse og behandlingsintegritet adressert ukentlig under veiledning med gjennomgang av tilfeldig utvalgte lydopptak for hver pasient for hver modalitet i terapiforløpet. Likevel oppgis det i studien at det ikke ble foretatt noen formelle kompetanse-målinger. I Wells et al. (2010) ble det sjekket for terapietterlevelse i veiledningstimene ved å undersøke etterlevelse til terapimanualene, men det benevnes at det ikke ble utført formelle målinger.

## **Metode og resultater for GAD-studiene**

van der Heiden et al. (2012) sammenlignet MCT med Intolerance of Uncertainty Therapy (IUT) for GAD. Pasientene ble henvist fra et helsesenter i Nederland. Totalt 126 pasienter ble randomisert, 61 i MCT og 60 i IUT. I tillegg ble 20 pasienter randomisert til en forsinket behandlingsgruppe som fikk behandling i enten MCT eller IUT. Den forsinkede behandlingsgruppen ble inkludert i studien for å oppnå større statistisk styrke i analysene. Penn State Worry Questionnaire (PSWQ) og State-Trait Anxiety Inventory (STAI-T) ble brukt som primærmål. Terapeutvurdert utfallsmål (SCID-I) ble også benyttet. Symptom Checklist-90 (SCL-90) og Beck Depression Inventory (BDI-II) ble benyttet som sekundærmål og MCQ-Positive, MCQ-Negative og Intolerance of Uncertainty Scale (IUS) som prosessutfallsmål. Alle disse utfallsmålene ble administrert ved pre-behandling, post-behandling og ved seks måneders oppfølging.

Resultatene viste at MCT produserte signifikant bedre resultater enn IUT på primærmålene PSWQ og STAI-T ved seks måneders oppfølging og post-behandling. Ved seks måneders oppfølging var det en mellomgruppeskjell i Cohen's  $d$  på 0.53 for PSWQ og 0.48 for STAI-T. Ved post-behandling var Cohen's  $d$  på 0.65 for PSWQ og 0.57 for STAI-T. SCID-I-vurderingene viste at antall prosentvis diagnosefrie pasienter ikke var signifikant forskjellig mellom MCT og IUT på noen måletidspunkt, med henholdsvis 66 % i MCT-gruppen og 63 % i IUT-gruppen. For sekundærmålet SCL-90 produserte MCT signifikant bedre resultater enn IUT både ved seks måneders oppfølging og post-behandling, men for BDI-II produserte MCT kun signifikant bedre resultat enn IUT ved post-behandling og ikke ved oppfølging. På prosessutfallsmålene MCQ-Positive, MCQ-Negative og IUS, produserte MCT signifikant bedre resultater enn IUT på alle måletidspunkt. Artikkelforfatterne konkluderer med at MCT produserte signifikant bedre resultater enn IUT på de fleste utfallsmål både ved oppfølging og post-behandling.

Det ble også utført en 30-måneders oppfølgingsstudie (van der Heiden & Melchior, 2014) av totalt 34 av pasientene opprinnelig deltatt i den første studien (van der Heiden et al., 2012). Med andre ord var det kun 27 % av pasientene som ble undersøkt. Kun PSWQ ble brukt som utfallsmål og resultatene viste at MCT produserte signifikant bedre resultater enn IUT med en mellom-gruppeskjell i Cohen's  $d$  på 1.16.

Nordahl et al. (2018) sammenlignet MCT med CBT for GAD. Pasientene ble selektert fra en poliklinikk ved NTNU i Norge, hvor MCT, CBT og en venteliste-gruppe for GAD ble sammenlignet. Totalt 81 pasienter ble randomisert i studien, 32 i MCT, 28 i CBT og 21 i venteliste-gruppen. PSWQ ble brukt som primærmål og STAI-T, Beck Anxiety Intenvtory (BAI) og Inventory of Interpersonal Problems-64 (IIP-64) ble benyttet som sekundærmål. Alle disse utfallsmålene ble administrert pre-behandling, post-behandling og ved 24 måneders oppfølging. Venteliste-gruppen ble bare målt fra pre-post.

Resultatene viste at MCT produserte signifikant bedre resultater enn CBT både ved 24 måneders oppfølging og post-behandling på primærmålet PSWQ. Resultatene viste Cohen's *d* på 0.55 ved 24 måneders oppfølging og 0.87 ved post-behandling. For sekundærmålet STAI-T produserte MCT signifikant bedre resultater enn CBT ved 24 måneders oppfølging, men ikke ved post-behandling. På BAI ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom MCT og CBT på noen måletidspunkt, mens det for IIP-64 ble funnet signifikante forskjeller ved 24 måneders oppfølging og post-behandling i favør av MCT. Studien konkluderer med at MCT produserte signifikant bedre resultater enn CBT både ved 24 måneders oppfølging og post-behandling.

Wells et al. (2010) sammenlignet MCT med AR for GAD. Pasientene ble selektert fra to ventelister fra en psykologiavdeling henvist fra fastlege eller psykiater i England. Totalt 20 pasienter ble randomisert til enten MCT eller AR, med 10 deltagere i hver gruppe. PSWQ ble brukt som primærmål. Terapeutvurdert utfallsmål (SCID-vurdering) ble også benyttet. STAI-T, BAI og BDI ble benyttet som sekundærmål og MCQ-Negative og MCQ-Positive som prosessutfallsmål. Alle disse utfallsmålene ble administrert ved pre-behandling, post-behandling og ved seks og 12 måneders oppfølging.

Resultatene viste at MCT produserte signifikant bedre resultater enn AR på alle måletidspunkt på primærmålet PSWQ. Ved 12 måneders oppfølging var det en mellomgruppeskjell i Cohen's *d* på 2.00 og 1.56 ved 6 måneders oppfølging i favør av MCT. Ved post-behandling var det en mellomgruppeskjell i Cohen's *d* på 2.64. SCID-vurderingene ved 12 måneders oppfølging viste at 90 % i MCT-gruppen ikke oppfylte GAD-diagnosen i motsetning til 50 % i AR-gruppen. Ved post-behandling var resultatene 100 % i MCT-gruppen og 50 % i AR-gruppen. Tall for seks måneders oppfølging ble ikke oppgitt. Det bemerkes ikke i studien om forskjellene i SCID-vurderingene var signifikante eller ikke. For sekundærmålet STAI-T og prosessutfallsmålene MCQ-Negative og MCQ-Positive,

produserte MCT signifikant bedre resultater enn AR ved seks og 12 måneders oppfølging, men ikke på sekundærmålene BAI og BDI. Ved post-behandling produserte MCT signifikant bedre resultater enn AR på alle seks utfallsmålene. Studien konkluderer med at MCT viste bedre resultater enn AR.

### **Metode og resultater for depresjonsutvalg og komorbide utvalg**

Jordan et al. (2014) sammenlignet MCT med CBT for depressiv lidelse. Pasientene ble selektert fra en poliklinikk i England. Totalt 48 pasienter ble randomisert, 23 i MCT og 25 i CBT. Quick Inventory of Depressive Symptomatology Clinician Rated (QIDS-C; terapeutmålt depresjonsmål) ble benyttet som primærmål og Quick Inventory of Depressive Symptomatology Self Report (QIDS-SR; selvrapportert depresjonsmål) ble benyttet som sekundærmål. Begge disse utfallsmålene ble administrert ved pre-behandling, 4 uker underveis i behandlingen, post-behandling og ved seks måneders oppfølging.

Resultatene viste at det ikke ble funnet noen signifikante forskjeller mellom MCT og CBT på noen måletidspunkt verken ved QIDS-C og QIDS-SR. Studien konkluderer med at MCT var en like effektiv behandling som CBT for depressiv lidelse, men at studien hadde for lav statistisk styrke til å oppdage forskjeller.

Johnson et al. (2017) sammenlignet MCT med CBT i et transdiagnostisk utvalg med angstlidelser (PTSD, panikk lidelse med og uten agorafobi og sosial angstlidelse). Pasientene ble selektert fra en frivillig innleggelsesinstitusjon i Norge. Totalt 90 pasienter ble randomisert, 45 i MCT og 45 i CBT. BAI ble brukt som primærmål. Terapeutvurdert utfallsmål (Anxiety Disorders Interview Schedule IV (ADIS-IV)) ble også benyttet. BDI, SCL-90, PSWQ og IIP-64 ble benyttet som sekundærmål. Alle disse utfallsmålene ble administrert pre-behandling, post-behandling og ved 12 måneders oppfølging. I MCT-gruppen ble det benyttet en transdiagnostisk MCT-manual, mens det i CBT-gruppen ble benyttet en diagnosespesifikk CBT-manual.



Resultatene viste at det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom MCT og CBT på primærmålet BAI ved 12 måneders oppfølging, men MCT produserte signifikant bedre resultater enn CBT ved post-behandling. Det var en mellom-gruppeforskjell i Cohen's  $d$  på 0.7 for BAI ved post-behandling. ADIS-IV-vurderingene viste ingen signifikante forskjeller på noen måletidspunkt. For sekundærmålene BDI, SCL-90 og PSWQ ble det ikke funnet signifikante forskjeller ved oppfølging, men MCT produserte signifikant bedre resultater post-behandling på alle sekundærmålene. Det rapporteres at MCT produserte større personlighetsendringer (IIP-64) enn CBT. Artikkelforfatterne foreslår at en av grunnene til bedre effekt av MCT ved post-behandling kan skyldes signifikant forskjell i favør av MCT for panikkelidelse med agorafobi ved post-behandling, men ikke ved 12 måneders oppfølging. Studien konkluderer med at MCT produserte raskere effekter på angstsymptomer, men at det ikke var signifikante forskjeller ved 12 måneders oppfølging.

Capobianco et al. (2018) sammenlignet MCT med MBSR gitt i gruppeformat i et utvalg med mikset angstlidelser og depressiv lidelse. Pasientene ble selektert fra en venteliste fra ulike avdelinger i England. Totalt 40 pasienter ble randomisert, 20 i MCT og 20 i MBSR. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ble brukt som primærmål. CAS-I (negative og positive metakognisjoner) ble benyttet som prosessutfallsmål. Alle disse utfallsmålene ble administrert pre-behandling, post-behandling og ved seks måneders oppfølging. I MCT-gruppen ble det benyttet en transdiagnostisk MCT-manual.

Resultatene viste at det ikke ble funnet signifikante forskjeller mellom MCT og MBSR ved seks måneders oppfølging for primærmålet HADS, men MCT produserte signifikant bedre resultater enn MBSR ved post-behandling. Det var en mellom-gruppeforskjell i Cohen's  $d$  på 0.21 mellom MCT og MBSR for primærmålet HADS ved post-behandling. Prosessutfallsmålene (CAS-I) viste at MCT produserte signifikant bedre resultater enn MBSR ved seks måneders oppfølging og post-behandling. Studien konkluderer med at MCT ser ut til

å produsere større effektstørrelser og høyere kliniske responsrater enn MBSR, men at det trengs mer definitive studier for en sikrere konklusjon.

### **Diskusjon**

Hovedhensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke MCTs langtidseffekt sammenlignet med andre behandlingsmetoder for angstlidelser og depressiv lidelse. Resultatene viste at MCT hadde bedre langtidseffekt for GAD, men ikke for depressiv lidelse eller komorbide utvalg. For komorbide utvalg produserte MCT større effekt enn andre behandlingsmetoder ved post-behandling, med ingen forskjeller ved oppfølging. For depressiv lidelse var det ikke signifikante forskjeller mellom MCT og kontrollgruppen verken ved oppfølging eller post-behandling. For sekundære utfallsmål produserte MCT signifikant bedre resultater eller ingen forskjeller sammenlignet med kontrollgruppene. Et annet mål med litteraturgjennomgangen var å undersøke hvordan MCT har virkning i et langtidsperspektiv basert på prosessutfallsmål i de inkluderte studiene. Resultatene støttet MCTs antatte virkningsmekanismer, blant annet gjennom endring av metakognisjoner. Likevel var det ikke entydig støtte for at signifikant større endring av metakognisjoner medførte signifikant bedre resultater i symptomsmål ved oppfølging sammenlignet med andre behandlingsmetoder.

#### **Stabilitet av effekt**

Resultatene fra denne systematiske litteraturgjennomgangen tyder på at effekten for GAD er signifikant høyere enn andre behandlingsmetoder ved post-behandling og fortsetter å være signifikant bedre også ved oppfølging. Det ble funnet medium til store mellom-gruppeforskjeller i effektstørrelser ved seneste oppfølgingsmål,  $d = 0.53-2.00$ . Ved post-behandling ble det også funnet medium til store mellom-gruppeforskjeller i effektstørrelser, men med høyere effektstørrelser,  $d = 0.65-2.64$ . Dette kan indikere at forskjell i langtidseffekt mellom MCT og kontrollgruppene blir noe mindre over tid, selv om MCT likevel viser bedre langtidseffekt sammenlignet med kontrollgruppene for GAD.

For depressiv lidelse ser effekten ut til å holde seg relativt stabil i både MCT-gruppen og kontrollgruppen, med ingen forskjell mellom dem. For komorbide utvalg ser effekten ut til å holde seg relativt stabil i MCT-gruppene, men kontrollgruppene i komorbide utvalg viser større bedring fra post-behandling til oppfølging enn det MCT-gruppene viser, slik at forskjellene ved oppfølging forsvinner (se tabell 2). Det ble funnet en liten til stor mellomgruppeskjell i effektstørrelser ved post-behandling,  $d = 0.21-0.7$ , og ingen forskjell ved oppfølging.

RCT-studier av MCT med kortere oppfølgingstid enn seks måneder (Ashouri, Vahid, Gharaee, & Rasoulia, 2013; Wells, Walton, Lovell & Proctor, 2015; Zemestani, Davoodi, Honarmand, Zargar, & Ottaviani, 2016) finner resultater som samsvarer med resultatene i denne litteraturgjennomgangen. Ashouri et al. (2013) sammenlignet MCT og CBT for depressiv lidelse, og fant ingen signifikante forskjeller verken ved post-behandling eller to måneders oppfølging. Zemestani et al. (2016) sammenlignet MCT med atferdsaktiverting for depressiv lidelse og målte pasientene ved tre måneders oppfølging. Her ble det ikke funnet signifikante forskjeller verken ved oppfølging eller post-behandling. Wells et al. (2015) sammenlignet MCT med forlenget eksponering for PTSD og målte pasientene ved tre måneders oppfølging. Det ble funnet signifikant bedre resultater for MCT versus forlenget eksponeringsgruppen ved post-behandling, men ikke ved tre måneders oppfølging. Det kan derfor se ut til at MCT produserer like god effekt som andre behandlingsmetoder for depressiv lidelse, med ingen forskjeller ved post-behandling eller oppfølging, noe som samsvarer med resultatene i denne litteraturgjennomgangen. Samtidig støtter studien til Zemestani et al. (2016) funnet i litteraturgjennomgangen om at MCT i noen studier viser større effekt enn andre behandlingsmetoder ved post-behandling, men ikke ved oppfølging.

**Diskrepans mellom selvrappport og terapeutvurdert utfallsmål**

Fire av studiene (van der Heiden et al., 2012; Johnson et al., 2017; Jordan et al., 2014; Wells et al., 2010) i denne litteraturgjennomgangen benyttet både selvrapporтерingsmål og terapeutvurderte utfallsmål. Det ble i to studier (van der Heiden et al., 2012; Johnson et al., 2017) funnet signifikante forskjeller i favør av MCT med selvrapporтерinger selv om det ikke ble funnet signifikante forskjeller ved terapeutvurderte utfallsmål. En mulig forklaring på dette kan være at terapeutene undervurderer pasientenes bedring. Det kan tyde på at terapeutene ikke har tilstrekkelig sensitive terapeutvurderte utfallsmål for å oppdage endring. En annen forklaring kan være at pasientene overdriver sin bedring vurdert ved selvrapport og dermed opplever en sosial ønskelighetskjevhet (van der Mortel, 2008) for å oppfylle en forventning om å ha oppnådd bedring etter terapi.

En annen mulig grunn til diskrepansen mellom selvrapport og terapeutvurderte utfallsmål kan skyldes at PSWQ ble benyttet som primærutfallsmål i GAD-studiene. PSWQ stiller flere spørsmål som er kompatible med det MCT har til hensikt å endre. Et annet selvrapporтерingsskjema som blir brukt i måling av GAD og angst er blant annet Hamilton Anxiety Rating Scale (Hamilton, 1959) og BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), som stiller flere spørsmål om fysiologiske mål, eksempelvis skjelving og hjertebank. Fysiologiske symptomer er også et av kriteriene for GAD-diagnosen etter diagnosesystemene ICD-10 (World Health Organization, 1992) og DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), noe som PSWQ stiller færre spørsmål om (Meyer, Miller, Metzger, & Borkovec, 1990). Det kan hende at terapeutvurderte utfallsmål identifiserer flere slike fysiologiske symptomer enn PSWQ, noe som kan forklare diskrepansen mellom selvrapport og terapeutvurderte utfallsmål.

Det ble benyttet både selvrapporтерingsmål og terapeutvurdert utfallsmål i to av GAD-studiene (van der Heiden et al., 2012; Wells et al., 2010). Wells et al. (2010) rapporterte ikke

om det var signifikante forskjeller målt ved terapeutvurdert utfallsmål. I studien til van der Heiden et al. (2012) ble det rapportert om en diskrepans mellom selvrapport og terapeutvurdert utfallsmål. I denne studien (van der Heiden et al., 2012) ble det også brukt SCL-90 som sekundærmål, som stiller flere spørsmål om fysiologiske symptomer enn PSWQ, hvor MCT produserte bedre resultater enn kontrollgruppen både ved oppfølging og post-behandling. Derfor kan det tenkes at diskrepansen i denne studien (van der Heiden et al., 2012) heller var på grunn av terapeutenes manglende evne til å oppdage endringer. Fremtidige studier kan likevel benytte både selvrapporтерingsmål og terapeutvurderte utfallsmål for å undersøke potensielle forskjeller mellom disse.

### **Hvordan medfører MCT bedring?**

Sekundærhensikten med denne litteraturgjennomgangen var å undersøke *hvordan* MCT har virkning i et langtidsperspektiv. Ut ifra MCT-modellen, fører MCT til bedring gjennom en endring av metakognisjoner og CAS (Wells, 2009, 2013). Slike antatte virkningsmekanismer forsøker man å måle gjennom ulike prosessutfallsmål, eksempelvis gjennom MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) og CAS-1 (Wells, 2009). Tre studier (Capobianco et al., 2018; van der Heiden et al., 2012; Wells et al., 2010) i denne litteraturgjennomgangen målte dette, hvor resultatene viste at MCT produserte signifikant bedre resultater enn kontrollgruppene på alle måletidspunkt. Andre studier av MCT som har målt metakognisjoner for angstlidelser og depressiv lidelse, men ikke sammenlignet MCT med aktive kontrollgrupper, har også funnet signifikant endring både ved post-behandling og oppfølging (Dammen, Papageorgiou, & Wells, 2015, 2016; Haseth et al., 2019; van der Heiden, Melchior, & Stigter, 2013; Hjemdal et al., 2017; Papageorgiou & Wells 2015; Wells et al., 2012; Wells & Colbear, 2012).

Sentralt i antakelsen om endring innen MCT og S-REF-modellen, er antakelsen om et kausalt forhold mellom metakognisjoner og symptomer (Wells, 2009). Resultatene i denne

litteraturgjennomgangen viste ikke entydig at signifikant større effekt på metakognisjoner førte til bedre effekt i symptomsmål ved oppfølging sammenlignet med kontrollgruppene. Studien til van der Heiden et al. (2012) var den eneste studien som målte prosessutfallsmål som MCT og kontrollgruppen (IUT) har til hensikt å endre; for MCT gjennom MCQ og for IUT gjennom IUS. Her viste MCT bedre effekt på symptomsmål og begge prosessutfallsmålene (MCQ og IUS) både ved post-behandling og ved oppfølging. Her kan man anta at endring av metakognisjoner medførte bedre effekt på symptomnivå sammenlignet med IUT. Det samme kan man anta i studien til Wells et al. (2010), som viste at MCT produserte bedre resultater enn AR både på symptomsmål og metakognisjonsmål (MCQ). I studien til Capobianco et al. (2018) derimot, produserte MCT bedre resultater enn MBSR på metakognisjoner ved oppfølging, selv om det ved oppfølging ikke var forskjell mellom MCT og MBSR i symptomsmål. Det innebærer at signifikant større endring i metakognisjoner sammenlignet med MBSR ikke førte til en tilsvarende signifikant større endring i symptomer ved oppfølging. I denne studien ble det imidlertid ikke målt for prosessutfallsmål som MBSR har til hensikt å endre.

Studien til Johnson et al. (2017) viste at MCT hadde bedre effekt på symptomsmål enn CBT ved post-behandling, med ingen forskjeller ved oppfølging. Sekundæranalysen (Johnson et al., 2018) av denne studien målte innen-gruppeeffekter fra pre-post for prosessutfallsmål for både MCT (metakognisjoner gjennom MCQ) og CBT (kognisjoner gjennom Automatic Thoughts Questionnaire). Resultatene viste at metakognisjoner ble mer redusert i MCT-gruppen enn i CBT-gruppen, og at kognisjoner ble like mye redusert i MCT- og CBT-gruppene. Men siden det ikke ble målt for prosessutfallsmål ved oppfølging, har man ikke informasjon om stabiliteten av disse prosessmålene.

En mulig forklaring på hvorfor MCT viser bedre effekt på metakognisjoner, men hvor det likevel ikke er forskjell i symptomsmål ved oppfølging, kan skyldes at kontrollgruppene

har mer effekt på *sine* antatte virkningsmekanismer enn det MCT har på *sine* antatte virkningsmekanismer fra post-behandling til oppfølging. Dette kan muligens forklare hvorfor forskjellene ved oppfølging i symptomsmål forsvinner. Man kan imidlertid ikke fastslå dette sikkert. For å kunne få et slikt kunnskapsgrunnlag, er det behov flere studier som måler prosessutfallsmål som antas å ha virkning for hver av de behandlingsmetodene som sammenlignes, både ved pre-behandling, post-behandling og oppfølging, for å kunne besvare spørsmålet om hvordan effekten og langtidseffekten foregår. Etter vår kunnskap er det ikke forsket på om det finnes ulike endringsmekanismer for effekt ved post-behandling sammenlignet med langtidseffekt, noe som ikke kan utelukkes. I tillegg kan disse resultatene tyde på at flere forhold enn endring i metakognisjoner har effekt på symptomer, eller at endring av symptomer er baserte på interaksjoner mellom metakognisjoner og faktorer som ikke er kjent. På grunnlag av dette kan det være behov for videre prosessforskning for å etablere potensielle moderatorer mellom metakognisjoner og endring av symptomer. På et slikt grunnlag kan S-REF-modellen utvikles.

Samtidig tyder resultatene fra studiene til van der Heiden et al. (2012) og sekundæranalysen til Johnson et al. (2018) på at gjennom endring av metakognisjoner, forekommer det også en endring av kognisjoner. Van der Heiden et al. (2012) viste at MCT hadde bedre effekt på metakognisjoner og prosessutfallsmål som kontrollgruppen (IUT) har til hensikt å endre, både ved post-behandling og oppfølging. Johnson et al. (2018) viste at MCT hadde større effekt på metakognisjoner og ingen forskjell mellom MCT og CBT i prosessutfallsmål som CBT har til hensikt å endre. Disse resultatene kan forstås som en støtte til antakelsen i S-REF-modellen om at innholdet i tanker i hvert fall delvis modereres av metakognisjoner (Wells, 2009).

Til tross for få mediatoranalyser og få studier som undersøker antatte virkningsmekanismer i to behandlingsmetoder som sammenlignes, støtter studiene i denne

litteraturgjennomgangen teorigrunnlaget for hvordan MCT har virkning. Basert på disse resultatene kan det tyde på at MCT har effekt gjennom sine antatte virkningsmekanismer. Man kan anta at det går raskere å endre metakognisjoner enn innholdet i tankene (som man forsøker på å endre innen CBT) og raskere å anvende teknikker lært i MCT sammenlignet med andre behandlingsmetoder, da MCT i fem av seks studier i litteraturgjennomgangen viste større effekt ved post-behandling. Dette kan også støttes av at det ble funnet gode kredibilitetsmålinger hos MCT-gruppene i de to studiene som målte dette (Capobianco et al., 2018; Johnson et al., 2017), noe som kan indikere at pasientene har tiltro til at metoden kommer til å hjelpe dem.

En mulig grunn til at MCT produserte bedre langtidseffekt for GAD, men ikke for depressiv lidelse og komorbide utvalg, kan skyldes at MCT opprinnelig er utviklet for GAD (Wells, 1995) og i senere tid blitt tilpasset til andre lidelser (Wells, 2009). MCT kan derfor være en mer egnet terapiform for GAD enn andre diagnoser, hvor MCT-manualen adresserer problemstillinger som står nærmere kjernen i GAD. En støtte til dette kan finnes i studien til Nordahl et al. (2018) i denne litteraturgjennomgangen. I denne studien (Nordahl et al., 2018) ble det benyttet et cross-over-design hvor behandlerne gav behandling i begge gruppene (MCT og CBT) for å øke sannsynligheten om at forskjeller mellom behandlingsmetodene kan tilskrives til behandlingsspesifikke faktorer heller enn behandlerespesifikke faktorer. Resultatene viste at MCT hadde bedre effekt enn CBT på alle måletidspunkt (Nordahl et al., 2018).

For komorbide utvalg derimot, kan det tyde på at kontrollgruppene som MCT har blitt sammenlignet med, trenger tid på å konsolidere læringen, siden forskjellene i favør av MCT ved post-behandling forsvinner ved oppfølging. Dette kan støttes av at kontrollgruppene i komorbide utvalg viste en større endring fra post-behandling til oppfølging sammenlignet



med MCT (se tabell 2). I MCT-gruppene derimot, ser effekten ut til å skje raskt (målt ved post-behandling) og forbli relativt stabil (se tabell 2).

### **Oppfølgingsperioden**

I måling av langtidseffekt er det hensiktsmessig å spørre pasientene om de har fått ytterligere behandling og hvilke teknikker de har brukt etter endt behandling for å øke den indre validiteten om at det er behandlingen som har medført effekt og ikke andre variabler. Av de inkluderte studiene i denne litteraturgjennomgangen var det kun Johnson et al. (2017) som oppga informasjon om hva pasientene hadde fått av ytterligere behandling etter endt terapi. Det ble rapportert at 73 % i CBT-gruppen og 62 % i MCT-gruppen hadde mottatt behandling post-behandling, hvor 33 % hadde mottatt CBT, mens 49 % ikke visste hvilken behandling de hadde mottatt (Johnson et al., 2017). Ved å samle slik informasjon, vil man få et større kunnskapsgrunnlag om pasientene faktisk benytter seg av teknikker og holdninger man forsøker å lære pasientene under behandling. Johnson et al. (2017) foreslo at en mulig grunn til at forskjellene mellom MCT og CBT forsvant ved oppfølging, kan skyldes et skifte i behandling som ikke er kompatibelt med MCT. Det kan slik tenkes at effekten kan forsvinne etter endt terapi dersom man søker en annen terapimetode som er i strid med det man har lært tidligere.

Ved oppfølging vil det alltid være utfordrende å fastslå om det er terapimetoden eller andre variabler som har hatt virkning. For å minimere denne risikoen, kan man anbefale pasientene ikke å gå i andre terapimetoder i oppfølgingsperioden, men dette reiser etiske spørsmål. Det kan vurderes etisk problematisk å be pasienter om ikke å søke andre terapimetoder etter endt terapi på bakgrunn at dette kan forhindre pasienter å oppsøke nødvendig helsehjelp som oppstår i etterkant av behandling. En mulig løsning på dette kan være å oppmuntre pasienter til å anvende MCT-verktøy en viss tid etter endt terapi med hensikt om å konsolidere behandlingen.

For å forhindre tilbakefall anbefaler Wells (2009) booster-sesjoner ved tre og seks måneder etter endt behandling for å monitorere bedring og forsterke innlært kunnskap. En meta-analyse som undersøkte booster-sesjoner for barn og unge med depressive lidelser og angstlidelser fant at booster-sesjoner med CBT etter endt terapi medførte mer varige effekter enn ingen booster-sesjoner etter endt terapi (Gearing, Schwalbe, Lee, & Hoagwood, 2013). Det er ikke oppgitt om det ble gitt booster-sesjoner i noen av studiene i denne litteraturgjennomgangen, men fremtidige MCT-studier kan med fordel implementere og undersøke booster-sesjoner. Booster-sesjoner kan antas som nyttig da man kan komme i sårbare faser hvor det kan være fordelaktig med repetisjon av teknikker lært i terapi for å forhindre tilbakefall og/eller opprettholde effekten.

### **Transdiagnostiske problemstillinger**

I denne litteraturgjennomgangen var det to studier (Capobianco et al., 2018; Johnson et al., 2017) som benyttet en transdiagnostisk behandlingsmanual i et komorbid utvalg. På grunn av den høye forekomsten av komorbide lidelser er hensikten med en transdiagnostisk behandlingsmetode at det kan være mer fordelaktig å adressere felles opprettholdende faktorer på tvers av diagnoser heller enn å adressere spesifikke opprettholdende faktorer for hver diagnose (Barlow, Allen, & Choate, 2004; Craske, 2012).

Av de to studiene som benyttet en transdiagnostisk MCT-manual i denne litteraturgjennomgangen (Johnson et al., 2017; Capobianco et al., 2018), ble det ikke funnet signifikante forskjeller ved oppfølging mellom MCT og de aktive kontrollgruppene (CBT og MBSR). To relativt nye RCT-studier som sammenlignet transdiagnostiske CBT-manualer med diagnosespesifikke CBT-manualer i komorbide utvalg fant heller ingen forskjeller verken oppfølging eller post-behandling (Barlow et al., 2017; Steele et al., 2018).

Dette kan tyde på at det ikke er forskjell i langtids effekt når transdiagnostiske og diagnosespesifikke behandlingsmanualer for komorbide utvalg sammenlignes. Det kan antas

at ulike behandlingsmetoder og ulike fokus i behandling kan redusere symptomtrykk.

Samtidig er transdiagnostiske behandlingsmetoder et relativt nytt område, hvor det i fremtiden kan utvikles behandlingsmetoder som viser seg å være like gode eller bedre enn diagnosespesifikke behandlingsmetoder. En viktig nytteverdi av transdiagnostiske behandlingsmetoder er at det vil være mindre ressurskrevende å lære helsepersonell i å anvende én behandlingsmetode framfor opplæring i flere forskjellige diagnosespesifikke behandlingsmetoder (Barlow et al., 2004; Craske, 2012; Wells, 2009).

### **Studiens svakheter og styrker**

Studiene i litteraturgjennomgangen hadde begrensinger som bør tas i betraktning i vektlegging av resultatene. Blant annet kan dette sees i sammenheng med vurderingene basert på risiko for systematiske skjevheter i de inkluderte studiene. MCT- og kontrollgruppene hadde i halvparten av studiene over 20 % frafall ved post-behandling, noe som ifølge Schulz og Grimes (2002) kan være forbundet med økt risiko for skjevhet. Se tabell 3 for begrunnelse av skåringene for risiko for systematiske skjevheter. Fremtidige studier kan forsøke å tette disse manglene. I tillegg hadde halvparten av studiene færre enn totalt 50 deltagere i studien. En større utvalgsstørrelse hadde vært fordelaktig for en sikrere konklusjon.

Komorbide diagnoser var vanlig blant alle studiene i denne litteraturgjennomgangen (se tabell 1), noe som øker generaliserbarheten til resultatene da studier viser at komorbiditet er vanlig blant pasienter med angstlidelser og depressiv lidelse (Brown et al., 2001; Kroenke et al., 2007). Samtidig var studiene utført i fire forskjellige land (Norge, England, New Zealand og Nederland), noe som også øker generaliserbarheten til resultatene. Johnson et al. (2017) og Nordahl et al. (2018) hadde størst metodisk styrke på bakgrunn av skåringene fra risiko for systematisk skjevhet, at det ble utført og vist høy enighet fra inter-rater reliabilitetsmåling av diagnosesettingen og at det ble utført terapierterlevels målinger. I studien til Nordahl et al. (2018) byttet også behandlerne på å behandle pasientene i begge

behandlingsgruppene for å kontrollere for terapeutfaktorer. Dersom man utelukkende ser på resultatene fra disse to studiene, støtter det resultatene oppnådd samlet sett i litteraturgjennomgangen om at MCT produserer bedre langtidseffekt for GAD og større effekt for komorbid utvalg rett etter endt terapi (post-behandling), og ingen forskjell ved oppfølging.

### **Implikasjoner**

Basert på resultatene fra denne litteraturgjennomgangen, synes MCT som en behandlingsmetode som gir rask effekt som opprettholdes ved oppfølging. Dette kan være et viktig funn med tanke på den høye tilbakefallsraten og kronisiteten blant angstlidelser og depressiv lidelse, som også er problematisert av politikere (Cuijpers et al., 2014; Durham et al., 2005). Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen kan vurderes som en videre støtte til National Institute for Health and Care Excellence (2012) sin anbefaling av MCT som en intensiv psykologisk behandlingsmetode for GAD.

En implikasjon av resultatene kan være at MCT kan implementeres som en behandlingsmetode i førstelinjen, for eksempel som lavterskeltilbud i kommunene. I førstelinjen er det også andre yrkesgrupper enn psykologer og psykiatere som jobber, hvor det er behov for evidensbaserte metoder og verktøy som anvendes. Derfor kan MCT være hensiktsmessig å implementere da behandlingsmetoden er av kort varighet. I tillegg ga studien til Capobianco et al. (2018) MCT i gruppeformat, med resultater som ble opprettholdt ved oppfølging. Andre studier av MCT gitt i gruppeformat har også gitt gode resultater både ved post-behandling og oppfølging (Dammen et al., 2015; Esbjørn, Normann, Christiansen, & Reinholdt-Dunne, 2018; Haseth et al., 2019; van der Heiden et al., 2013; Papageorgiou & Wells, 2015). Slike resultater er lovende med tanke på implementering av MCT som kurs- og gruppetilbud for personer med ulike angst- og depresjonsplager, for eksempel i førstelinjen.

En annen implikasjon kan være at MCT bidrar til å endre hvordan man behandler og forstår angstlidelser og depressiv lidelse. Dette kan sees i sammenheng med en studie av

Nordahl og Wells (2017), som undersøkte hvor godt den metakognitive og kognitive modellen passet for sosial angstlidelse i et longitudinelt datasett basert på selvrappport. Resultatene viste at MCT-modellen passet bedre til dataene enn den kognitive modellen. Slike funn kan potensielt bidra til videreutvikling av modeller for hvordan man skal forstå og behandle angstlidelser og depressiv lidelse (Nordahl & Wells, 2017). Endring av metakognitive tanker og bruk av den metakognitive forståelsesmodellen kan potensielt være et nyttig supplement i terapi, uavhengig av om man velger å behandle en angstlidelse eller depressiv lidelse med et komplett metakognitiv terapiforløp eller ikke. Callinan, Johnson, og Wells (2015) brukte oppmerksomhetstrening, en komponent brukt innen MCT, blant studenter som opplevde en traumatisk livshendelse og viste gode resultater for traumatiske stress-symptomer. I tillegg har Clark og Wells (1995) publisert en kognitiv modell for sosial angstlidelse. Modellen er et eksempel på integrasjon av skjemateori og metakognitiv modell i forståelsen og behandlingen av sosial angstlidelse (Wells, 2013). Samtidig bør det tas høyde for potensielle negative effekter ved integrasjon av MCT-komponenter med uforenlige modeller for psykopatologi (Wells, 2009).

### **Anbefalinger til videre forskning**

For det første bør det benyttes lengre oppfølgingstid, da tre av de seks inkluderte studiene i litteraturgjennomgangen hadde seks måneder som siste tidspunkt for oppfølging. Over tid vil pasientene møte flere potensielle stressorer, i tillegg til at det går lengre tid fra innlæringstidspunkt av MCT. Lengre oppfølgingstid kan forstås som økte muligheter for at pasienter kan benytte seg av det man har lært i terapi, men også representere en trussel for stabilitet gjennom naturlige glemselsmekanismer. Lengre oppfølgingstidspunkt vil derfor være sentralt for å vurdere stabilitet, og i hvilken grad MCT viser seg motstandsdyktig mot glemsel. For det andre bør fremtidige studier måle prosessutfallsmål som antas å ha virkning i begge terapimetodene som sammenlignes for å kunne gjøre flere egnede analyser om hvordan

effekten oppstår og endrer seg med tiden. For det tredje bør flere studier utføre formelle inter-rater reliabilitetsmålinger av diagnosesettingen, da det i denne litteraturgjennomgangen kun var to studier som utførte dette (Johnson et al., 2017; Nordahl et al., 2018). Relatert til dette, bør fremtidige studier benytte seg av terapeutvurderte utfallsmål og selvrappport som utfallsmål, både ved post-behandling og oppfølgingsmål, for å undersøke om det er en forskjell når terapeutene og pasientene selv rapporterer endring. For det fjerde bør det forskes mer på transdiagnostiske MCT-manualer. Dette med bakgrunn i at det ble benyttet transdiagnostisk MCT-manual i to studier i komorbide utvalg, hvor MCT viste større effekt ved post-behandling, og like god langtidseffekt som CBT og MBSR (Capobianco et al., 2018; Johnson et al., 2017). Fremtidige studier på dette kan belyse om det kan være mer hensiktsmessig å benytte seg av transdiagnostiske behandlingsmetoder fremfor å tilby diagnosespesifikke behandlingsmetoder i komorbide utvalg.

Vi anbefaler videre at det ved oppfølgingsstudier av opprinnelige studier blir sørget for at flere pasienter deltar slik at resultatene kan generaliseres. I van der Heiden & Melchior (2014) sin oppfølgingsstudie av van der Heiden et al. (2012) var det kun 27 % som deltok. En mulig løsning på å få flere pasienter til å følge opp, kan være en tydelig formidling av viktigheten av å delta, både for pasientenes egen del med tanke på monitorering av bedringsprosess, men også for forskningens del for evaluering av behandlingsmetoder. På denne måten oppnås også et tettere samarbeid mellom forskning og klinikk.

Ettersom det blir publisert flere studier på MCT, kan MCT i fremtiden også vurderes etter Chambless og Hollon (1998) og Chambless og Ollendick (2001) sine kriterier for gradering av virksomme behandlingsmetoder. Vurderingen kan belyse om MCT kan anses som en lovende eller godt etablert behandlingsmetode for ulike lidelser med tanke på langtidseffekt.

### **Styrker og begrensninger av litteraturgjennomgangen**

Dette er etter vår kunnskap den første litteraturgjennomgangen som spesifikt gjennomgår langtidseffekt av MCT. Systematiske gjennomganger har fordelen av å kunne gi informasjon om det finnes støtte for eller imot en terapimetode (Higgins & Green, 2008). Alle studiene i denne litteraturgjennomgangen hadde aktive kontrollgrupper med manualiserte behandlingsmetoder. Dette gjør sammenligningsgrunnlaget relevant i undersøkelse av forskjeller mellom MCT og annen psykologisk behandling i motsetning til MCT sammenlignet med ingen kontrollgruppe eller passive kontrollgrupper (for eksempel venteliste-gruppe). I tillegg ble MCT sammenlignet med CBT i tre av seks studier, som anses som en godt etablert behandlingsmetode for mange angstlidelser og depressiv lidelse. En siste styrke er at vi har undersøkt langtidseffekten hver for seg for angstlidelser og depressiv lidelse, hvor tidligere meta-analyser har undersøkt langtidseffekten uavhengig av diagnoser (Norman et al., 2014; Norman & Morina, 2018).

Resultatene fra denne litteraturgjennomgangen bør imidlertid tolkes i sammenheng med dens begrensninger. For det første ble det inkludert kun seks studier med hensyn til inklusjonskriteriene våre. Vi kunne ha valgt MCT-studier med kortere oppfølgingstid enn seks måneder for å generere flere studier. Samtidig ble dette inklusjonskriteriet valgt på bakgrunn av at flere meta-analysers undersøkelse av langtidseffekten av psykoterapi for angstlidelser og depressiv lidelse hadde satt grense på minst seks måneder (Karyotaki et al., 2016; Kline et al., 2018; Nadiga et al., 2003). For det andre er tre av studiene i litteraturgjennomgangen enten beskrevet som randomisert pilot (Jordan et al. 2014; Wells et al. 2010) eller randomisert feasibility studie (Capobianco et al. 2018), noe som kan innebære begrensninger slik som lav statistisk styrke og lavt utvalg (Thabane et al., 2010; Turner, Bird, & Higgins, 2013). Disse studiene ble inkludert på bakgrunn av at eksklusjon av studier med begrenset utvalg kan ekskludere informasjon, noe som kan være særlig sentralt å inkludere

dersom et problemområde er begrenset undersøkt (Thabane et al., 2010). For det tredje var det kun én studie som undersøkte depressiv lidelse og kun GAD av spesifikke angstlidelser som ble undersøkt på grunn av inklusjonskriteriene.

### **Konklusjon**

Basert på studiene i denne litteraturgjennomgangen, viste MCT bedre langtidseffekt for GAD sammenlignet med andre behandlingsmetoder i de tre studiene som undersøkte dette. Det var én studie som undersøkte depressiv lidelse, hvor det ikke ble funnet forskjeller på noen måletidspunkt. De to studiene som undersøkte komorbide utvalg fant at MCT produserte større effekt enn de andre behandlingsmetodene ved post-behandling, men hvor forskjeller forsvant ved oppfølging. Resultatene kan tyde på at MCT viser rask (målt ved post-behandling) og relativt stabil effekt. Disse funnene er lovende for MCTs effekt, og kan ha betydning for hvilken behandlingsmetode som kan anses å ha størst effekt med tanke på både kortsiktig- og langsiktig effekt. Dette er av stor betydning da meta-analyser viser høy grad av tilbakefall blant angstlidelser og depressiv lidelse. For å kunne besvare spørsmålet om hvordan denne effekten oppstår og endrer seg over tid er det behov for flere studier med prosessutfallsmålinger i begge behandlingsmetodene som sammenlignes. Det er også behov for flere studier med lengre oppfølgingstid. Dette er sentralt for å få kunnskap om langtidseffekt av MCT, slik at funnene i denne litteraturgjennomgangen kan anses som etablert. Samtidig er det behov for flere studier som undersøker depressiv lidelse og ulike spesifikke angstlidelser med hensyn til langtidseffekt.



### Referanser

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Ashouri, A., Vahid, M. K. A., Gharaee, B., & Rasouljan, M. (2013). Effectiveness of meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy in patients with major depressive disorder. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 7(2), 24.
- Bailey, R., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in the treatment of hypochondriasis: A systematic case series. *Cognitive Therapy and Research*, 38(5), 541-550. doi: 10.1007/s10608-014-9615-y
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior therapy*, 35(2), 205-230. doi: 10.1016/S0005-7894(04)80036-4
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ... & Ametaj, A. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.2164
- Barrett, B., Byford, S., & Knapp, M. (2005). Evidence of cost-effective treatments for depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 84(1), 1-13. doi: 10.1016/j.jad.2004.10.003
- Baxter, A. J., Scott, K. M., Vos, T., & Whiteford, H. A. (2013). Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. *Psychological medicine*, 43(5), 897-910. doi: 10.1017/s003329171200147x

- Baxter, A. J., Vos, T., Scott, K. M., Ferrari, A. J., & Whiteford, H. A. (2014). The global burden of anxiety disorders in 2010. *Psychological medicine*, *44*(11), 2363-2374. doi: 10.1017/s0033291713003243
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, *56*(6), 893. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Benyamina, A., Blecha, L., & Reynaud, M. (2012). Global burden of disease in young people aged 10–24 years – Authors' reply. *The Lancet*, *379*(9810), 29. doi: 10.1016/s0140-6736(12)60021-x
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of abnormal psychology*, *110*(4), 585. doi: 10.1037/0021-843X.110.4.585
- Buckman, J. E. J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S. D., Fearon, P., & Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*, *64*, 13-38. doi: 10.1016/j.cpr.2018.07.005
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, *26*(1), 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003
- 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:

10.1007/s10608-014-9634-8

Capobianco, L., Reeves, D., Morrison, A. P., & Wells, A. (2018). Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: a randomised feasibility trial. *Psychiatry research*, 259, 554-561. doi:

10.1016/j.psychres.2017.11.045

Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about Worry and Intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its Correlates. *Journal Of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296. doi: 10.1016/s0887-6185(97)00011-x

Caselli, G., Martino, F., Spada, M. M., & Wells, A. (2018). Metacognitive Therapy for Alcohol Use Disorder: A Systematic Case Series. *Frontiers in psychology*, 9, 2619.

doi: 10.3389/fpsyg.2018.02619

Chambless, D., & Hollon, S. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi: 10.1037//0022-006x.66.1.7

Chambless, D., & Ollendick, T. (2001). Empirically Supported Psychological Interventions: Controversies and Evidence. *Annual Review Of Psychology*, 52(1), 685-716. doi:

10.1146/annurev.psych.52.1.685

Cladder-Micus, M. B., Becker, E. S., Spijker, J., Speckens, A. E., & Vrijzen, J. N. (2019).

Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on a Behavioural Measure of Rumination in Patients with Chronic, Treatment-Resistant Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1-13. doi: 10.1007/s10608-019-09997-8

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2011). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice* (1st ed.). New York: Guilford Press.

- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (s. 69–93). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, *112*(1), 155. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Coretti, S., Rumi, F., & Cicchetti, A. (2019). The Social Cost of Major Depression. A Systematic Review. *Review Of European Studies*, *11*(1), 73. doi: 10.5539/res.v11n1p73
- Craske, M. G. (2012). Transdiagnostic treatment for anxiety and depression. *Depression and anxiety*, *29*(9), 749-753. doi: 10.1002/da.21992
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S. L., Andersson, G., Beekman, A. T., & Reynolds III, C. F. (2014). Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *Focus*, *12*(3), 347-358. doi: 10.1002/wps.20089
- Cully, J. A., & Teten, A. L. (2008). *A Therapist's Guide to Brief Cognitive Behavioral Therapy* (1st ed.). Houston: Department of Veterans Affairs, South Central Mental Illness Research, Education, and Clinical Center (MIRECC). Hentet fra [https://depts.washington.edu/dbpeds/therapists\\_guide\\_to\\_brief\\_cbtmanual.pdf](https://depts.washington.edu/dbpeds/therapists_guide_to_brief_cbtmanual.pdf)
- 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: 10.3109/08039488.2014.936502
- Dammen, T., Papageorgiou, C., & Wells, A. (2016). A two year follow up study of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Journal of Depression & Anxiety*, *5*(227), 2167-1044. doi:10.4172/2167-1044.1000227

- Dickerson, J. F., Lynch, F. L., Leo, M. C., DeBar, L. L., Pearson, J., & Clarke, G. N. (2018). Cost-effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Youth Declining Antidepressants. *Pediatrics, 141*(2). doi: 10.1542/peds.2017-1969
- Dobson, K. S. (2013). The science of CBT: toward a metacognitive model of change?. *Behavior therapy, 44*(2), 224-227. doi: 10.1016/j.beth.2009.08.003
- Driessen, E., Cuijpers, P., de Maat, S. C., Abbass, A. A., de Jonghe, F., & Dekker, J. J. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review, 30*(1), 25-36. doi: 10.1016/j.cpr.2009.08.010
- Durham, R. C., Chambers, J. A., Power, K. G., Sharp, D. M., Macdonald, R. R., Major, K. A., ... & Gumley, A. I. (2005). Long-term outcome of cognitive behaviour therapy clinical trials in central Scotland. *Health Technology Assessment, 9*(42). doi: 10.3310/hta9420
- Ellis, A. (1958). Rational Psychotherapy. *The Journal Of General Psychology, 59*(1), 35-49. doi: 10.1080/00221309.1958.9710170
- Ellis, A. (1991). The revised ABC's of rational-emotive therapy (RET). *Journal Of Rational-Emotive And Cognitive-Behavior Therapy, 9*(3), 139-172. doi: 10.1007/bf01061227
- Ellis, A. (1995). Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT). *Journal Of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 13*(2), 85-89. doi: 10.1007/bf02354453
- Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: an open trial. *Journal of anxiety disorders, 53*, 16-21. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.11.002

- Fisher, P. L., Byrne, A., Fairburn, L., Ullmer, H., Abbey, G., & Salmon, P. (2019). Brief Metacognitive Therapy for Emotional Distress in Adult Cancer Survivors. *Frontiers In Psychology, 10*(162). doi: 10.3389/fpsyg.2019.00162
- Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy* (1st ed.). London: Routledge.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist, 34*(10), 906-911. doi: 10.1037/0003-066x.34.10.906
- Fogarty, C., Hevey, D., & McCarthy, O. (2019). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social anxiety disorder: long-term benefits and aftercare. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy, 1*-13. doi: 10.1017/s1352465819000079
- Gaudiano, B. A. (2008). Cognitive-behavioural therapies: achievements and challenges. *Evidence-Based Mental Health, 11*(1), 5-7. doi: 10.1136/ebmh.11.1.5
- Gearing, R. E., Schwalbe, C. S., Lee, R., & Hoagwood, K. E. (2013). The effectiveness of booster sessions in CBT treatment for child and adolescent mood and anxiety disorders. *Depression and anxiety, 30*(9), 800-808. doi: 10.1002/da.22118
- Gore, F. M., Bloem, P. J., Patton, G. C., Ferguson, J., Joseph, V., Coffey, C., ... & Mathers, C. D. (2011). Global burden of disease in young people aged 10–24 years: a systematic analysis. *The Lancet, 377*(9783), 2093-2102. doi: 10.1016/s0140-6736(11)60512-6
- Hallion, L. S., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the effect of cognitive bias modification on anxiety and depression. *Psychological bulletin, 137*(6), 940. doi: 10.1037/a0024355
- Hamilton, Max (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British journal of medical psychology, 32*(1), 50-55. doi: 10.1111/j.2044-8341.1959.tb00467.x
- Harding, K. A., & Mezulis, A. (2017). Is rumination a risk and a protective factor?. *Europe 'S Journal Of Psychology, 13*(1), 28-46. doi: 10.5964/ejop.v13i1.1279

- Haseth, S., Solem, S., Baardsen, G. S., Bjørnstad, E., Grøtte, T., & Fisher, P. (2019). Group Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Pilot Feasibility Trial. *Frontiers in psychology, 10*, 290. doi: 10.3389/fpsyg.2019.00290
- Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders, 147*(1-3), 17-28. doi: 10.1016/j.jad.2013.01.004
- Hazlett-Stevens, H., & Borkovec, T. D. (2001). Effects of worry and progressive relaxation on the reduction of fear in speech phobia: An investigation of situational exposure. *Behavior Therapy, 32*(3), 503-517. doi: 10.1016/s0005-7894(01)80033-2
- Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær – og spesialisthelsetjenesten. (IS-1561)*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/produkter>
- Helsedirektoratet. (2019). *Psykiske lidelser – voksne*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-voksne>
- Hensley, P. L., Nadiga, D., & Uhlenhuth, E. H. (2004). Long-term effectiveness of cognitive therapy in major depressive disorder. *Depression and anxiety, 20*(1), 1-7. doi: 10.1002/da.20022
- Herbert, R. D., Kasza, J., & Bø, K. (2018). Analysis of randomised trials with long-term follow-up. *BMC Medical Research Methodology, 18*(1), 48. doi: 10.1186/s12874-018-0499-5
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., ... & Vos, T. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 38*(8), 602-612. doi: 10.1080/j.1440-1614.2004.01423.x

Higgins, J. P., Altman, D. G., Gøtzsche, P. C., Jüni, P., Moher, D., Oxman, A. D., & Sterne, J.

A. (2011). The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, *343*, d5928. doi: 10.1136/bmj.d5928

Higgins, J., & Green, S. (2008). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Chichester: The Cochrane Collaboration.

Hill, K. G., Woodward, D., Woelfel, T., Hawkins, J. D., & Green, S. (2016). Planning for long-term follow-up: Strategies learned from longitudinal studies. *Prevention Science*, *17*(7), 806-818. doi: 10.1007/s11121-015-0610-7

Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2013). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: nature, evidence and an individual case illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, *20*(3), 301-313. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.01.002

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. doi: 10.1016/j.cbpra.2016.06.006

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, *36*(5), 427-440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, *62*(4), 417-422. doi: 10.1001/archpsyc.62.4.417

Holst, A., Björkelund, C., Metsini, A., Madsen, J. H., Hange, D., Petersson, E. L. L., ... & Svensson, M. (2018). Cost-effectiveness analysis of internet-mediated cognitive



- behavioural therapy for depression in the primary care setting: results based on a controlled trial. *BMJ open*, 8(6), e019716. doi: 10.1136/bmjopen-2017-019716
- Howard, K., Kopta, S., Krause, M., & Orlinsky, D. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164. doi: 10.1037//0003-066x.41.2.159
- Huber, D., Zimmermann, J., Henrich, G., & Klug, G. (2012). Comparison of cognitive-behaviour therapy with psychoanalytic and psychodynamic therapy for depressed patients – A three-year follow-up study. *Zeitschrift Für Psychosomatische Medizin Und Psychotherapie*, 58(3), 299-316. doi: 10.13109/zptm.2012.58.3.299
- Hutton, P., Morrison, A. P., Wardle, M., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: a multiple-baseline study. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 42(2), 166-185. doi: 10.1017/s1352465812001026
- International Clinical Trials Registry Platform Search Portal. Hentet fra <http://apps.who.int/trialsearch/>
- Jacobs, R. H., Watkins, E. R., Peters, A. T., Feldhaus, C. G., Barba, A., Carbray, J., & Langenecker, S. A. (2016). Targeting ruminative thinking in adolescents at risk for depressive relapse: rumination-focused cognitive behavior therapy in a pilot randomized controlled trial with resting state fMRI. *PloS one*, 11(11), e0163952. doi: 10.1371/journal.pone.0163952
- James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N., ... & Abdollahpour, I. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. doi: 10.1016/s0140-6736(18)32279-7

- Johnson, S. U., Hoffart, A., Nordahl, H. M., & Wampold, B. E. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders, 50*, 103-112. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.06.004
- Johnson, S. U., Hoffart, A., Nordahl, H. M., Ulvenes, P. G., Vrabel, K., & Wampold, B. E. (2018). Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: A study of within-person effects. *Journal of counseling psychology, 65*(1), 86. doi: 10.1037/cou0000226
- Jordan, J., Carter, J. D., McIntosh, V. V., Fernando, K., Frampton, C. M., Porter, R. J., ... & Joyce, P. R. (2014). Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48*(10), 932-943. doi: 10.1177/0004867414533015
- Karyotaki, E., Smit, Y., de Beurs, D. P., Henningsen, K. H., Robays, J., Huibers, M. J., ... & Cuijpers, P. (2016). The long-term efficacy of acute-phase psychotherapy for depression: A meta-analysis of randomized trials. *Depression and anxiety, 33*(5), 370-383. doi: 10.1002/da.22491
- Kazdin, A. E. (2001). Progression of therapy research and clinical application of treatment require better understanding of the change process. *Clinical Psychology: science and practice, 8*(2), 143-151. doi: 10.1093/clipsy.8.2.143
- Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: A review of empirical studies. *Clinical psychology review, 31*(6), 1041-1056. doi: 10.1016/j.cpr.2011.04.006
- Kline, A. C., Cooper, A. A., Rytwinski, N. K., & Feeny, N. C. (2018). Long-term efficacy of psychotherapy for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review, 59*, 30-40. doi: 10.1016/j.cpr.2017.10.009

- Knekt, P., Virtala, E., Härkänen, T., Vaarama, M., Lehtonen, J., & Lindfors, O. (2016). The outcome of short-and long-term psychotherapy 10 years after start of treatment. *Psychological Medicine, 46*(6), 1175-1188. doi: 10.1017/s0033291715002718
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L. G., Bjaastad, J. F., ... & Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders, 53*, 58-67. doi: 10.1016/j.janxdis.2017.11.003
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine, 146*(5), 317-325. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004
- Layard, R., Clark, D., Bell, S., Knapp, M., Meacher, B., Priebe, S., ... & Wright, B. (2006). *The Depression Report: A New Deal for Depression and Anxiety Disorders* (rapport nr. 15). The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, LSE. London: London School of Economics. Hentet fra <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/depressionreport.pdf>
- Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific reports, 8*(1), 2861. doi: 10.1038/s41598-018-21243-x
- Maljanen, T., Knekt, P., Lindfors, O., Virtala, E., Tillman, P., Härkänen, T., & Helsinki Psychotherapy Study Group. (2016). The cost-effectiveness of short-term and long-term psychotherapy in the treatment of depressive and anxiety disorders during a 5-year follow-up. *Journal of affective disorders, 190*, 254-263. doi: 10.1016/j.jad.2015.09.065

- Meldrum, M. L. (2000). A brief history of the randomized controlled trial: From oranges and lemons to the gold standard. *Hematology/oncology clinics of North America*, 14(4), 745-760. doi: 10.1016/s0889-8588(05)70309-9
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the penn state worry questionnaire. *Behaviour research and therapy*, 28(6), 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Michalak, J., Hölz, A., & Teismann, T. (2011). Rumination as a predictor of relapse in mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84(2), 230-236. doi: 10.1348/147608310x520166
- Modum Bad. (2013). Metacognitive Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Mixed Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial. Identification No. NCT01889342. Hentet fra <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT01889342?term=metacognitive+therapy&cond=anxiety&rank=1>
- Molenaar, P. J., Boom, Y., Peen, J., Schoevers, R. A., Van, R., & Dekker, J. J. (2011). Is there a dose–effect relationship between the number of psychotherapy sessions and improvement of social functioning?. *British journal of clinical psychology*, 50(3), 268-282. doi: 10.1348/014466510x516975
- Moritz, S., & Lysaker, P. H. (2018). Metacognition—what did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. *Schizophrenia Research*, 201, 20-26. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.001
- Moritz, S., Lysaker, P. H., Hofmann, S. G., & Hautzinger, M. (2018). Going meta on metacognitive interventions. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 18(10), 739-741. doi: 10.1080/14737175.2018.1520636

- Myers, S. G., & Wells, A. (2013). An experimental manipulation of metacognition: A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour research and therapy*, *51*(4-5), 177-184. doi: 10.1016/j.brat.2013.01.007
- Nadiga, D. N., Hensley, P. L., & Uhlenhuth, E. H. (2003). Review of the long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy compared to medications in panic disorder. *Depression and anxiety*, *17*(2), 58-64. doi: 10.1002/da.10084
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2012). *Generalised anxiety disorder in adults: Evidence Update September 2012*. Manchester. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/evidence/evidence-update-pdf-136336573>
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal Of Abnormal Psychology*, *109*(3), 504-511. doi: 10.1037/0021-843x.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on psychological science*, *3*(5), 400-424. doi: 10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Nordahl, H. M., Borkovec, T. D., Hagen, R., Kennair, L. E., Hjemdal, O., Solem, S., ... & Wells, A. (2018). Metacognitive therapy versus cognitive-behavioural therapy in adults with generalised anxiety disorder. *BJPsych open*, *4*(5), 393-400. doi: 10.1192/bjo.2018.54
- Nordahl, H., & Wells, A. (2017). Testing the metacognitive model against the benchmark CBT model of social anxiety disorder: Is it time to move beyond cognition?. *PloS one*, *12*(5), e0177109. doi: 10.1371/journal.pone.0177109
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *9*, 2211. doi: 10.3389/fpsyg.2018.02211

- Normann, N., van Emmerik, A. A., & Morina, N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: A meta-analytic review. *Depression and Anxiety*, *31*(5), 402-411. doi: 10.1002/da.22273
- Norwegian University of Science and Technology. (2007). Comparing Cognitive Behaviour Therapy (CBT) With Metacognitive Therapy (MCT) in the Treatment of GAD. Identification No. NCT00426426. Hentet fra <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT00426426?term=metacognitive+therapy+cognitive+therapy&rank=1&view=record>
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2009). Is hypochondriasis an anxiety disorder?. *The British Journal of Psychiatry*, *194*(6), 481-482. doi: 10.1192/bjp.bp.108.061085
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, *32*(1), 13-26. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80041-1
- 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. doi: 10.1007/s10608-014-9632-x
- Papageorgiou, C., Wells, A., & Meina, L. J. (2003). Development and preliminary validation of the Negative Beliefs about Rumination Scale. *Manuscript in preparation*.
- Peckham, A. D., McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2010). A meta-analysis of the magnitude of biased attention in depression. *Depression and anxiety*, *27*(12), 1135-1142. doi: 10.1002/da.20755
- Philipp, R., Kriston, L., Lanio, J., Kühne, F., Härter, M., Moritz, S., & Meister, R. (2019). Effectiveness of metacognitive interventions for mental disorders in adults—A

- systematic review and meta-analysis (METACOG). *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(2), 227-240. doi: 10.1002/cpp.2345
- Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi, H., & Bahrami, F. (2012). Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: acceptability and proof of concept. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(2), 724-729. doi: 10.1016/j.jbtep.2011.09.013
- Roth, A., Fonagy, P., Parry, G., Target, M., & Woods, R. (2005). What works for whom? (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (2002). Sample size slippages in randomised trials: exclusions and the lost and wayward. *The Lancet*, 359(9308), 781-785. doi: 10.1016/S0140-6736(02)07882-0
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(3), 522. doi: 10.1037/0022-006x.62.3.522
- Shean, G. (2014). Limitations of randomized control designs in psychotherapy research. *Advances in Psychiatry*, 2014, Article ID561452. doi: 10.1155/2014/561452
- Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research*, 104, 211-216. doi: 10.1016/j.jpsychires.2018.08.005
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., ... & Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?. *Depression and anxiety*, 27(6), 495-506. doi: 10.1002/da.20699

- Stordal, E., Morken, G., Mykletun, A., Neckelmann, D., & Dahl, A. A. (2008). Monthly variation in prevalence rates of comorbid depression and anxiety in the general population at 63–65 North: The HUNT study. *Journal of affective disorders, 106*(3), 273-278. doi: 10.1016/j.jad.2007.07.007
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., ... & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC medical research methodology, 10*(1), 1. doi: 10.1186/1471-2288-10-1
- Turner, R. M., Bird, S. M., & Higgins, J. P. (2013). The impact of study size on meta-analyses: examination of underpowered studies in Cochrane reviews. *PloS one, 8*(3), e59202. doi: 10.1371/journal.pone.0059202
- van der Heiden, C., & Melchior, K. (2014). A 30-month follow-up of generalized anxiety disorder: Status after metacognitive therapy and intolerance of uncertainty-therapy. *European Journal For Person Centered Healthcare, 2*(4), 434. doi: 10.5750/ejpch.v2i4.812
- 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: 10.1007/s10879-013-9235-y
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy, 50*(2), 100-109. doi: 10.1016/j.brat.2011.12.005
- van der Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing, 25*(4), 40-48.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-



- behavioral therapy's effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(3), 475.  
doi: 10.1037/0022-006x.75.3.475
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 23(3), 301-320. doi: 10.1017/s1352465800015897
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders* (1st ed.). Chichester: John Wiley and Sons Ltd.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition* (1st ed.). Chichester: Wiley. (Originalt arbeid publisert 2000).
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2013). Advances in Metacognitive Therapy. *International Journal Of Cognitive Therapy*, 6(2), 186-201. doi: 10.1521/ijct.2013.6.2.186
- Wells, A. (2014). A Feasibility Study of Group Metacognitive Therapy Versus Mindfulness Meditation Therapy (MCT). Identification No. NCT02096484. Hentet fra <https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/record/NCT02096484?term=metacognitive+therapy&recrs=e&rank=4&view=record>
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00147-5
- 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: 10.1002/jclp.20871

- Wells, A., & Davies, M. I. (1994). The Thought Control Questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behaviour research and therapy*, 32(8), 871-878. doi: 10.1016/0005-7967(94)90168-6
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *ATTENTION AND EMOTION: A Clinical Perspective* (1st ed.). New York: Psychology Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research And Therapy*, 34(11-12), 881-888. doi: 10.1016/s0005-7967(96)00050-2
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 365-377. doi: 10.1016/s1077-7229(04)80053-1
- 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: 10.1016/j.brat.2012.02.004
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K., & Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 70-80. doi: 10.1007/s10608-014-9636-6
- 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: 10.1016/j.brat.2009.11.013
- Wenn, J. A., O'Connor, M., Kane, R. T., Rees, C. S., & Breen, L. J. (2019). A pilot randomised controlled trial of metacognitive therapy for prolonged grief. *BMJ open*, 9(1), e021409. doi: 10.1136/bmjopen-2017-021409

- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology, 69*(6), 875-899. doi: 10.1037//0022-006x.69.6.875
- Wiles, N. J., Thomas, L., Turner, N., Garfield, K., Kounali, D., Campbell, J., ... & Williams, C. (2016). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: follow-up of the CoBaT randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry, 3*(2), 137-144. doi: 10.1016/s2215-0366(15)00495-2
- Willutzki, U., Teismann, T., & Schulte, D. (2012). Psychotherapy for social anxiety disorder: Long-term effectiveness of resource-oriented cognitive-behavioral therapy and cognitive therapy in social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 581-591. doi: 10.1002/jclp.21842
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Yılmaz, A. E., Gençöz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders, 25*(3), 389-396. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.11.001
- Zemestani, M., Davoodi, I., Honarmand, M. M., Zargar, Y., & Ottaviani, C. (2016). Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health, 25*(6), 479-485. doi: 10.3109/09638237.2015.1057326

Zoellner, L. A., Rothbaum, B. O., & Feeny, N. C. (2011). PTSD not an anxiety disorder?

DSM committee proposal turns back the hands of time. *Depression and*

*anxiety*, 28(10), 853. doi: 10.1002/da.20899

Tabell 1

*Studiekarakteristikk av de inkluderte studiene*

Studie og behandling	Land	N	Alderssnitt	Diagnose	Komorbiditet	Studiedesign	Måletidspunkt	Primær utfallsmål	Antall sesjoner	Frafall (post og oppfølging)
van der Heiden et al. (2012)	Nederland	126	35 år	GAD	63 %	MCT vs. IUT	Pre, post og 6 mnd	PSWQ	Opptil 14	
MCT		61	33.9 år		59 %					18 % og 29.5 %
IUT		60	34.4 år		60 %					23.3 % og 30 %
FB <sup>a</sup>		20	39.6 år		75 %					25 %
van der Heiden og Melchior (2014)		34	36.5 år <sup>b</sup>	GAD	Ikke oppgitt		30 mnd	PSWQ		
MCT		20			Ikke oppgitt					67.2 %
IUT		14			Ikke oppgitt					76.7 %
Nordahl et al. (2018)	Norge	81	37.8 år	GAD	2.41 <sup>c</sup>	MCT vs. CBT vs. VL	Pre, post og 24 mnd	PSWQ	Opptil 12	
MCT		32	37 år		2.34					0 % og 6.3 %
CBT		28	38.6 år		2.43					0 % og 7.1 %
VL		21	37.9 år		2.52		Kun pre og post			0 %
Wells et al. (2010)	England	20	49.1 år	GAD	80 % <sup>b</sup>	MCT vs. AR.	Pre, post 6 og 12 mnd	PSWQ	8-12	
MCT		10								0 %, 0 % og 0 %

AR		10							0 %, 10 % og 10 %
Jordan et al. (2014)	New Zealand	48	36.1 år	Depresjon		MCT vs. CBT.	Pre, midtveis, post og 6 mnd	QIDS-C	8-15
MCT		23	37.2 år		Minst 74 % <sup>d</sup>				21.7 % og 17.4 %
CBT		25	35 år		Minst 60 % <sup>d</sup>				24 % og 16 %
Capobianco et al. (2018)	England	40	28.5 år	Angst og/eller depresjon	Ikke oppgitt	Gruppeformat. MCT vs. MBSR.	Pre, post, midtveis, post og 6 mnd	HADS	8
MCT		20	30.4 år		Ikke oppgitt				30 % og 40 %
MBSR		20	26.7 år		Ikke oppgitt				35 % og 45 %
Johnson et al. (2017)	Norge	90	42 år <sup>b</sup>	Komorbide angstlidelser	90.5 % <sup>b</sup>	MCT vs. CBT	Pre, post og 12 mnd	BAI	I snitt 9.4 <sup>e</sup>
MCT		45							26.7 % og 33.3 %
CBT		45							24.4 % og 35.6 %

*Merknader.* N refererer til antall som ble randomisert. Alderssnitt refererer til utvalget som data var tilgjengelig for. Komorbiditet referer til prosentandel som hadde minst én komorbide diagnose. Antall sesjoner referer til antall planlagte sesjoner før igangsetting av behandling. Frafallstallene referer til frafall etter randomisering. <sup>a)</sup> Ble ikke målt ved oppfølging. <sup>b)</sup> Tallet referer til hele utvalget da tall for hver av gruppene ikke ble oppgitt. <sup>c)</sup> Tallet referer til gjennomsnittlig antall diagnose per person da tall for prosentandel ikke ble oppgitt. <sup>d)</sup> Tallet referer til prosentandel med minst én annen komorbid angstlidelse. <sup>e)</sup> Refererer til «completer's analysis». MCT = Metacognitive therapy. IUT = Intolerance of Uncertainty Therapy. FB = Forsinket behandlingsgruppe. PSWQ = Penn State Worry Questionnaire. CBT = Cognitive behavioural therapy. VL = Venteliste. AR = Applied Relaxation. QIDS-C = Quick Inventory of Depressive Symptomatology Clinician Rated. MBSR = Mindfulness-Based Stress Reduction. HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale. BAI = Beck Anxiety Inventory.

Tabell 2

Effektstørrelser basert på cohen's d for MCT og kontrollgruppene basert på ITT-utvalg

Studie	Diagnose og primærmål	Innen-gruppeforskjell MCT	Innen-gruppeforskjell kontrollgruppe	Mellom-gruppeforskjell
Van der Heiden et al. (2012)	GAD, PSWQ	MCT pre-post: 1.67 og pre-6mnd: 1.66.	IUT pre-post: 1.02 og pre-6 mnd: 1.13.	Post: 0.65. 6 mnd: 0.53. I favør av MCT.
Van der Heiden og Melchior (2014) <sup>a</sup>	GAD, PSWQ	MCT pre-30mnd: 2.36.	IUT pre-30mnd: 1.20.	30 mnd: 1.16. I favør av MCT.
Nordahl et al. (2018)	GAD, PSWQ	MCT pre-post: 1.9* og pre-2 år: 1.6*.	CBT pre-post: 1.28* og pre-24 mnd: 1.38*.	Post: 0.87*. 2 år: 0.55*. I favør av MCT.
Wells et al. (2010)	GAD, PSWQ	MCT pre-post: 3.4. Pre-6 mnd: 2.35*. Pre- 12 mnd: 2.30*.	AR: pre-post: 0.95. Pre-6 mnd: 1.06*. Pre-12 mnd: 0.95*.	Post: 2.64*. 6 mnd: 1.56*. 12 mnd: 2.00. I favør av MCT.
Jordan et al. (2014)	Depresjon, QIDS-C	MCT pre-post: 1.03 og pre-6 mnd 1.31.	CBT pre-post: 1.03 og pre-6 mnd: 1.16.	Ikke signifikant forskjell på noen måletidspunkt.
Capobianco et al. (2018)	Angst/depresjon, HADS	MCT: pre-post: 1.38 og pre-6 mnd: 1.47.	MBSR pre-post: 0.86 og pre-6 mnd: 1.09.	Post: 0.21, i favør av MCT. Ikke signifikant forskjellig ved 6 mnd.
Johnson et al. (2017)	Komorbide angstlidelser, BAI	MCT pre-post: 1.0 og pre-12 mnd: 0.84.	CBT pre-post: 0.36 og pre-12 mnd: 0.86.	Post: 0.7, i favør av MCT. Ikke signifikant forskjellig ved 12 mnd.

*Merknader.* \* Betyr at vi selv regnet ut basert på cohen's d formel ( $M1-M2/SD$  pooled) da dette ikke var oppgitt i studien. <sup>a</sup>) Effektstørrelser basert på "completer's analysis" og ikke ITT-utvalg.

Tabell 3

Begrunnelse av risiko for systematiske skjevheter basert på «Cochrane Risk of Bias Tool»

van der Heiden et al. (2012)

Spørsmål	Vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Metode for randomisering oppgitt gjennom terningkast.
Skjult allokering	Høy risiko	Det rapporteres at en av svakhetene ved studien var at forfatterne selv utførte randomiseringsprosedyren.
Blinding av deltagere	Uviss risiko	Dette står ikke beskrevet.
Blinding av utfallsdata	Lav risiko	Det oppgis at de som vurderte pasientene ikke var behandlere og totalt uavhengig av behandler-pasient-relasjonen.
Ufullstendig utfallsdata	Høy risiko	Det var ingen signifikant forskjell i frafallsrate mellom MCT og IUT. Det rapporteres også om en «last-observation-carried-forward procedure» om analysemetode, hvor ITT-analyse ble benyttet. Likevel var det over 20 % frafall i IUT-gruppen, noe som ifølge Schulz og Grimes (2002) kan være forbundet med høy risiko. I tillegg var det ikke oppgitt årsak til frafall.
Selektiv rapportering	Uviss risiko	Studieprotokoll ble ikke funnet.
Andre feilkilder	Lav risiko	Det oppgis at det ble gjort tilpasninger i IUT-manualen, men at det sannsynligvis ikke har påvirket resultatene.

Nordahl et al. (2018)

Spørsmål	Vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Metode for randomisering oppgitt ved tilfeldig tallgenereringsprogram.
Skjult allokering	Uviss risiko	Det oppgis randomisering av en statistiker som var uavhengig av pasientrekrutteringen. Det står imidlertid ikke oppgitt om statistikeren hadde informasjon om randomiseringen etter at rekrutteringsprosessen var over.



Blinding av deltagere	Uviss risiko	Dette står ikke beskrevet.
Blinding av utfallsdata	Lav risiko	Det oppgis at de som utførte evalueringene var blinde før evalueringene og blinde til behandlingens betingelsene.
Ufullstendig utfallsdata	Lav risiko	Det var ingen frafall i gruppene ved post-behandling. Eksklusjonskriterier og årsak til eksklusjon er oppgitt.
Selektiv rapportering	Høy risiko	Studieprotokoll ble funnet (Norwegian University of Science and Technology, 2007). Ett av primærutfallsmålene ble endret sammenlignet med studieprotokollen. Planlagte sekundærmål ble fjernet. Sekundærmål som ikke ble oppgitt i protokollen ble lagt til i studien.
Andre feilkilder	Lav risiko	Ingenting nevneverdig funnet.
<i>Wells et al. (2010)</i>		
Spørsmål	Vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Metode for randomisering oppgitt ved at personer urelatert til studien trakk lapp fra konvolutter.
Skjult allokering	Lav risiko	Se begrunnelsen ovenfor.
Blinding av deltagere	Uviss risiko	Det står ikke beskrevet.
Blinding av utfallsdata	Uviss risiko	Det oppgis at den som vurderte pasienten før behandling og etter behandling ikke behandlet pasienten. Men det oppgis ikke om den som vurderte pasienten visste noe om hvilken behandlingens betingelse pasientene var i.
Ufullstendig utfallsdata	Lav risiko	Eksklusjonskriterier og årsak til eksklusjon er oppgitt. Det var kun én pasient som frafalt i studien (i AR-gruppen).
Selektiv rapportering	Uviss risiko	Studieprotokoll ble ikke funnet.
Andre feilkilder	Høy risiko	Opplæring i terapimetode ble gitt av MCT-utvikler Wells både i MCT-gruppen og AR-gruppen. Det oppgis at det ved visuell inspeksjon ser ut som at AR-gruppen

hadde høyere symptomtrykk enn MCT-gruppen, selv om det kun var på prosessmålet MCQ-Negative at AR-gruppen hadde signifikant høyere skårer.

*Jordan et al. (2014)*

Spørsmål	Vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Det oppgis at randomisering ble utført gjennom «computerized permuted block randomization».
Skjult allokering	Lav risiko	Det oppgis at personer utenfor forskningsgruppen utførte randomiseringen fra forseglede konvolutter.
Blinding av deltagere	Uviss risiko	Dette er ikke beskrevet.
Blinding av utfallsdata	Lav risiko	Det oppgis kun blinde målinger før behandling. Etter behandling var 35 av 37 målinger utført av personer som var blinde til behandlingsbetingelsene, hvor to av målingene ble utført av personer som ikke var blinde til behandlingsbetingelsene. Men disse personene behandlet ikke pasientene. Det skrives imidlertid at det ble utført en intraklasse-korrelasjonsmåling for å sammenligne blind-rater målinger og ikke-blind-rater-målinger, noe som viste høy grad av enighet.
Ufullstendig utfallsdata	Lav risiko	Både MCT- og CBT-gruppen hadde frafall på over 20 % ved post-behandling, men under 20 % ved 6 mnd oppfølging. Men på grunn av at frafallsraten mellom gruppene ikke var signifikant forskjellig og at eksklusjonskriterier og årsak til eksklusjon er beskrevet, vurderes det som lav risiko for ufullstendig utfallsdata.
Selektiv rapportering	Uviss risiko	Studieprotokoll ble ikke funnet.
Andre feilkilder	Lav risiko	Det oppgis at det var flere sosial angstlidellesdiagnoser i MCT-gruppen, men at dette ikke var signifikant ulikt CBT-gruppen. Det rapporteres også at studien var «underpowered» til å oppdage signifikante forskjeller mellom gruppene. Dette vurderer vi imidlertid ikke som en risiko for systematisk skjevhet.

*Capobianco et al. (2018)*

Spørsmål	Vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Metode for randomisering oppgitt, samtidig som at begge gruppene ble balansert for kjønn og den primære årsaken til at de søkte behandling (angst eller depresjon).
Skjult allokering	Lav risiko	Det oppgis at randomisering ble utført av en statistiker uavhengig av forskningsteamet.
Blinding av deltagere	Høy risiko	Det rapporteres at behandlere og pasienter ikke var blinde til behandlingen, noe som kan ha medført skjevhet i studien.
Blinding av utfallsdata	Uviss risiko	Det oppgis utilstrekkelig informasjon for å vurdere. Det oppgis at selvrapport ble brukt som utfallsmål.
Ufullstendig utfallsdata	Høy risiko	Eksklusjonskriterier og årsak til eksklusjon er beskrevet. Det oppgis at det ikke var signifikante forskjeller mellom gruppene i frafallsrate. Likevel var det 30 % eller høyere frafallsprosent i begge gruppene, noe som antas å være forbundet med økt risiko (Schulz & Grimes, 2002), i tillegg til at oppgitt årsak til frafall for to av pasientene i MBSR-gruppen var en subjektiv opplevelse av manglende bedring.
Selektiv rapportering	Høy risiko	Studieprotokollen ble funnet (Wells, 2014). Sammenlignet med studieprotokoll ble primærmål og sekundærmål endret. Inklusjonskriterier ble endret fra kun GAD til transdiagnostisk utvalg (angst og depresjon).
Andre feilkilder	Høy risiko	Det kan være risiko for responskjevhet på bakgrunn av at kun selvrapport er brukt i diagnostisk vurdering og evaluering, samtidig som at en styrke med selvrapport kan være reduksjon av terapeut-bias. At studien var en del av et PhD-prosjekt med MCT-utvikler Wells som veileder, og hvor finansiering kom fra samme universitet Wells tilhører, kan bidra til risiko for interessekonflikt. En annen risiko er

at det ble fjernet moduler i MBSR for  
å ligne mest mulig på MCT i terapilengde.

*Johnson et al. (2017)*

Spørsmål	Vurdering	Begrunnelse
Randomisering	Lav risiko	Metode for randomisering oppgitt ved en randomiseringsprosess generert fra <a href="http://www.random.org">www.random.org</a> .
Skjult allokering	Uviss risiko	Det er ikke oppgitt hvem som utførte randomiseringsprosessen.
Blinding av deltagere	Lav risiko	Det rapporteres at pasientene ikke hadde kunnskap om hvilken behandlingsgruppe de skulle tilhøre før ankomst til klinikken.
Blinding av utfallsdata	Lav risiko	Det rapporteres at de som evaluerte pasientene var blinde til behandlingsbetingelsene.
Ufullstendig utfallsdata	Høy risiko	Eksklusjonskriterier og årsak til eksklusjon er oppgitt. Det rapporteres imidlertid at fire av pasientene ble fjernet fra studien som en følge av endringer i personalet, noe som de skriver påvirket randomiseringen. I tillegg oppgis det at på grunn av frafall før behandlingen, passer ikke analysene en streng definisjon av ITT-utvalg. Det var også over 20 % frafall ved post-behandling og oppfølging.
Selektiv rapportering	Høy risiko	Studieprotokoll ble funnet (Modum Bad, 2013). Primærutfallsmål er uendret, men flere sekundærutfallsmål som er nevnt i studieprotokollen er ikke inkludert i studien.
Andre feilkilder	Lav risiko	Det oppgis at siden MCT- og CBT-gruppen kunne interagere i samme klinikk, kan det ha medført påvirkning mellom gruppene. Men det skrives at det ble iverksatt tiltak for å motvirke dette.

## APPENDIKS

### Ekkluderte studier og begrunnelse for eksklusjon

Ashouri, A., Vahid, M. K. A., Gharaee, B., & Rasoulilian, M. (2013). Effectiveness of meta-cognitive and cognitive-behavioral therapy in patients with major depressive disorder. *Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences*, 7(2), 24.

**Ekklusjonsgrunn:** Det ble ikke oppgitt hvor lang oppfølgingstiden var. Vi sendte e-post og fikk svar om at det var to måneders oppfølging.

Hauschildt, M., Schröder, J., & Moritz, S. (2016). Randomized-controlled trial on a novel (meta-) cognitive self-help approach for obsessive-compulsive disorder (“myMCT”). *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 26-34. doi: 10.1016/j.jocrd.2016.04.010

**Ekklusjonsgrunn:** MCT basert på Wells og Matthews’ (1994, 1996) modell ble ikke benyttet.

Hosseinian, S., Shahtaheri, E., Ebrahimi, M., Mahdavi, A., & ALI, M. (2016). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognition therapy on reduction of symptoms of depression, core self-evaluation and emotion regulation difficulties in pregnant women with depression. *Acta Medica*, 32, 2033.

**Ekklusjonsgrunn:** Oppfølgingstid var på under seks måneder og MCT var ikke basert på Wells og Matthews’ (1994, 1996) modell.

Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of brief metacognitive therapy versus cognitive-behavioral therapy in a general outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2(2), 152-159. doi: 10.1521/ijct.2009.2.2.152

**Ekklusjonsgrunn:** Det ble ikke utført oppfølgingsmål.

Papageorgiou, C., Carlile, K., Thorgaard, S., Waring, H., Haslam, J., Horne, L., & Wells, A. (2018). Group Cognitive-Behaviour Therapy or Group Metacognitive Therapy for

Obsessive-Compulsive Disorder? Benchmarking and Comparative Effectiveness in a Routine Clinical Service. *Frontiers in psychology*, 9, 2551. doi:

10.3389/fpsyg.2018.02551

**Eksklusjonsgrunn:** Det ble ikke utført oppfølgingsmål.

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.

**Eksklusjonsgrunn:** MCT ble ikke sammenlignet med en annen behandlingsmetode.

Wells, A., Walton, D., Lovell, K., & Proctor, D. (2015). Metacognitive therapy versus prolonged exposure in adults with chronic post-traumatic stress disorder: A parallel randomized controlled trial. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 70-80. doi:

10.1007/s10608-014-9636-6

**Eksklusjonsgrunn:** Oppfølgingstid var på under seks måneder.

Zemestani, M., Davoodi, I., Honarmand, M. M., Zargar, Y., & Ottaviani, C. (2016).

Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *Journal of Mental Health*, 25(6), 479-485. doi:

10.1002/da.20899

**Eksklusjonsgrunn:** Oppfølgingstid var på under seks måneder.