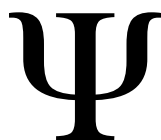




DET PSYKOLOGISKE FAKULTET



***Metakognitiv terapi:
En nyttig behandlingstilnærming for kroppsdysmorfisk lidelse?***

HOVEDOPPGAVE

profesjonsstudiet i psykologi

**Miriam Wollan Nilsson
Tine Inger Solum**

Høst 2013

Veileder
Ingrid Dundas

Forord

Vi vil gjerne rette en stor takk til vår veileder Ingrid Dundas for god veiledning. Hun har vært enestående i sin tilgjengelig og har gitt konstruktive og detaljerte tilbakemeldinger gjennom hele prosessen. Videre vil vi takke Peter Prescott, Bjarne Hansen og Erlend Hunstad som har tatt seg tid til å komme med innspill og delt sine kliniske erfaringer.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag.....	s. 7
Abstract.....	s. 8
Innledende sitat.....	s. 9
Kroppsdyssmorfisk lidelse (BDD).....	s. 10
Påtrengende tanker og mentale bilder.....	s. 11
Sikkerhetsatferd og ritualer.....	s. 12
Innsikt.....	s. 13
Debut og diagnostisering.....	s. 14
Prevalens.....	s. 15
Funksjonssvikt og livskvalitet.....	s. 15
Komorbiditet.....	s. 16
Etiologi.....	s. 18
Diagnostikk.....	s. 19
Behandling av BDD.....	s. 20
Behandling med medikamenter.....	s. 20
Psykoterapeutisk behandling.....	s. 20
Psykoedukasjon.....	s. 21
Kognitiv resutukturering.....	s. 21
Eksponeering med responsprevensjon og atferdseksperimenter.....	s. 22
Forebygging av tilbakefall.....	s. 22
Mot et forbedret behandlingstilbud for BDD?.....	s. 23
Metakognitiv terapi (MCT)	s. 24

Metakognisjoner.....	s. 25
Depressiv grubling og bekymring.....	s. 26
Kognitivt oppmerksomhetssyndrom (CAS).....	s. 26
Tankefusjon: Troen på tankenes betydning og viktighet.....	s. 27
En generell forståelse av psykisk lidelse: S-REF-modellen.....	s. 27
En metakognitiv behandlingsmodell.....	s. 29
Kasusformulering og sosialisering.....	s. 29
Opparbeide metabevissthet: Objektmodus versus metakognitiv modus.....	s. 30
Frakoblet oppmerksomhet.....	s. 31
Oppmerksomhetstrening (ATT).....	s. 32
Grubleutsettelse.....	s. 33
Atferdseksperimenter og responsprevensjon.....	s. 33
Evidens og kunnskapsstatus for MCT.....	s. 34
Evidens for MCT sitt teoretiske grunnlag.....	s. 34
Metakognisjoner.....	s. 34
Grubling/ruminering og depressivt stemningsleie.....	s. 35
Grubling/ruminering og interpersonlig problemløsning.....	s. 36
Bekymring.....	s. 37
Selvfokusert oppmerksomhet, trusselovervåkning og tankeundertrykking.....	s. 37
Evidens for MCT i praksis.....	s. 38
Fremgangsmåte for litteratursøk.....	s. 39
Søkestrategi.....	s. 39
Resultater av litteratursøk.....	s. 41

Diskusjon.....	s. 43
Metaantagelser og begrepet CAS kan være nyttig for å forstå BDD.....	s. 45
Dysfunksjonelle kontrollstrategier kan opprettholde symptomer ved BDD.....	s. 46
Metaantagelser om grubling og bekymring som oppretholdene faktorer.....	s. 46
Hvordan kan prosessene i BDD møtes i behandling med MCT?.....	s. 47
Modifisere metaantagelser og erstatte dysfunksjonelle strategier.....	s. 47
Styrke metabevisssthet ved hjelp av frakoblet oppmerksomhet.....	s. 48
En hypotetisk metakognitiv forståelse av BDD: Et eksempel.....	s. 48
Utfordringer i en metakognitiv behandling av BDD.....	s. 49
Tankefusjon og egosyntonitet.....	s. 49
Skam og aktivering av sterke følelser knyttet til selvbildet.....	s. 50
Har MCT noe å bidra med utover det som gis av behandling i dag?.....	s. 50
Konklusjon.....	s. 51
Referanser.....	s. 53

Sammendrag

Formålet med denne oppgaven er å undersøke om, og hvordan, metakognitiv terapi kan være til nytte ved kroppsdysmorfisk lidelse (Body dysmorphic disorder, BDD). BDD er en alvorlig psykisk lidelse som gir seg utslag i enoveropptatthet omkring en innbilt feil eller en liten abnormalitet ved eget utseende. Som følge av dette utføres det en rekke sikkerhetsatferder, som tvangsmessige handlinger og unnvikelse. I behandlingsøyemed er tradisjonelle kognitive- og atferdsmessige teknikker det mest brukte og dokumentert virkningsfulle i behandling av lidelsen, men det er behov for å undersøke andre tilnærminger. Det ble gjennomført et systematisk literatursøk med den hensikt å finne ut om det finnes forskning på metakognisjoner og metakognitiv terapi som behandling for BDD. Resultatene viser at det finnes svært lite publisert forskning på dette feltet. Kun ett studie undersøkte effekten av MCT for BDD direkte. Denne studien indikerer at metakognitiv terapi kan være effektiv i behandling av lidelsen. På basis av forskningslitteraturen og vår argumentasjon om at BDD kjennetegnes av trekk som MCT er særlig velegnet for å behandle, konkluderer vi med at MCT kan være nyttig i behandling av BDD. Det vil imidlertid være behov for flere kontrollerte studier for å kunne bekrefte at MCT vil være en effektiv behandling av denne lidelsen.

Abstract

The aim of this thesis is to explore if, and how, metacognitive therapy may be useful in the treatment of Body Dysmorphic Disorder (BDD). BDD is a severe psychiatric disorder. The person affected experiences a distressing and painful preoccupation with an imagined or slight physical defect in appearance, accompanied by safety seeking behaviour (e.g. avoidance and obsessive behaviour). Current treatment approaches comprise traditional cognitive and behavioural techniques, but there is a need to explore whether other approaches may improve current treatment practice. A systematic literature search was conducted to examine the existence of research on metacognition and metacognitive therapy (MCT) in relation to BDD. Results show that there is a very limited amount of research on this field. One study found that MCT had a positive effect in treatment of BDD. On the basis of this literature search and our own arguments that the features that characterize BDD are well suited for treatment with MCT, we conclude that MCT can be a useful treatment for BDD. Further research is needed in order to confirm these findings.

“Jeg tenker på det konstant. Og det er utrolig smertefullt. Mennesker rundt meg forstår ikke. Hvis du fortalte det til noen, ville de tro du var gått fra vettet.” (s 69, fritt oversatt etter, Phillips, 2005).

Et kritisk blikk på eget utseende, samt et ønske om på eller annen måte å forbedre sin egen fysiske fremtoning, er sannsynligvis et utbredt trekk i befolkningen. Ettersom det fysiske utseendet representerer et trekk ved en selv som andre kan bedømme i positiv eller negativ retning, vil det være naturlig å være seg bevisst sin egen fremtoning og ønske at denne blir betraktet som positiv. Dersom en slik normal og allmennmenneskelig opptatthet går over til en sykkelig overopptatthet, betegnes dette gjerne som kroppsdysmorfisk lidelse (eng. Body Dysmorphic Disorder, BDD). Denne lidelsen kan være svært invalidiserende da den gir seg utslag i stort ubehag knyttet til eget utseende, gjentakende handlinger som skal virke angstdempende, og en stor grad av unngåelse for situasjoner som virker angstfremkallende (Veale, 2004b). Per i dag innebærer den anbefalte og best dokumenterte behandlingen for BDD bruk av kognitive- og atferdsmessige teknikker (Phillips, 2005), men det er behov for å utforske alternative behandlingstilnæringer (Phillips, 2011).

Oppgavens formål er å diskutere hvorvidt, og i så fall på hvilke måter, metakognitiv terapi (MCT) kan være en nyttig behandlingsform ved BDD. Ettersom denne lidelsen fremdeles er ukjent for mange klinikere, og i tillegg er omdiskutert med henhold til diagnostisk tilhørighet, vil vi først gjøre grundig rede for hva BDD er og hvordan denne lidelsen behandles per i dag. Vi vil videre gi en utfyllende beskrivelse av metakognitiv terapi (MCT), da denne behandlingsformen er relativt ny. Vi har valgt å vektlegge en grundig fremstilling av BDD og MCT for å på en god måte kunne besvare problemstillingen. Dernest presenterer vi resultatene av et litteratursøk der vi undersøkte om det finnes forskning som støtter opp om at MCT kan være en nyttig tilnærming i behandling av BDD. Til slutt diskuterer vi, på bakgrunn av forskningslitteraturen og ut i fra det vi vet om BDD, hvorvidt og i tilfelle hvordan, MCT kan være nyttig i behandling av BDD.

Problemstillingen blir derfor følgende: Er metakognitiv terapi nyttig i behandling av BDD; og i så fall på hvilke måter kan denne tilnærmingen være nyttig?

Vi vil i denne oppgaven bruke betegnelsen kroppsdysmorfisk lidelse (Body Dysmorphic Disorder, BDD) til å betegne en psykisk lidelse karakterisert av en overopptatthet av en forestilt feil, eventuelt en liten faktisk abnormalitet, ved eget utseende (APA, 2013). Videre vil vi referere til metakognisjoner, som kan defineres som “tanker omkring tanker” (Hjemdal & Hagen, 2012). Metakognisjoner handler om hvordan en person relaterer seg til sine indre opplevelser, og hvordan han eller hun responderer på egne tanker (Wells, 2009). Vi vil også referere til “metakognitiv terapi” en nyere terapiform hvor fokuset rettes mot tankeprosesser og metakognisjoner i behandlingen av psykiske lidelser (Wells, 2009).

Kroppsdysmorfisk lidelse (BDD)

Kroppsdysmorfisk lidelse (eng.: Body Dysmorphic Disorder, BDD), eller dysmorfofobi, kjennetegnes av en vedvarende overopptatthet overfor et eller flere aspekter ved eget utseende (Phillips, 2004a). For å oppfylle de diagnostiske kriteriene for denne lidelsen må disse bekymringene omhandle en innbilt defekt, eventuelt en minimal abnormalitet, hvor bekymringen er tydelig overdrevet. Videre må evnen til å arbeide og/eller fungere i sosiale situasjoner være klinisk signifikant svekket, samt at opptattheten ikke forklares bedre av andre psykiske lidelser (Phillips, 2009). I DSM-V er det lagt til et nytt kriterie; nemlig at det på et eller annet tidspunkt i lidelsesforløpet må gjennomføres repetitive handlinger (som eksempelvis speilsjekking, hudplukking, søking etter bekreftelse fra andre, eller overdreven “stelling”), eller mentale handlinger (f.eks. sammenligning av ens eget utseende med andres) (APA, 2013).

Utviklingen i forståelsen av lidelsen kommer til uttrykk i diagnosemanualene, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM) og International classification of diseases (ICD). Historisk sett ble lidelsen en del av offentlige diagnosemanualer i 1980, da som en atypisk somatoform lidelse i DSM-III. I 1987 ble lidelsen kalt dysmorphophobia i DSM-III-R, og fikk egne diagnosekriterier. I 1992 ble lidelsen innlemmet i ICD-10 under somatoforme lidelser, og

inkludert under hypokondri. I DSM- IV fra 1994, står BDD kategorisert under somatoform lidelser (Phillips et al., 2010), hvor den har stått inntil nylig, da lidelsen nå er klassifisert under tvangslidelsesspekteret i den femte versjonen av DSM (APA, 2013).

Et diskutert tema omhandler også hvorvidt det bør skilles mellom en psykotisk og en ikke-psykotisk variant av BDD, slik det gjøres i DSM-IV og ICD-10. Det vil regnes som psykose når personen er helt overbevist om at hans eller hennes tanker om eget utseende er sanne. I tilfeller hvor terapeuten mener det er snakk om alvorlige vrangforestillinger kan altså lidelsen diagnostiseres i følge DSM-IV med dobbelkode, som både BDD og som en psykotisk lidelse, somatoform type (Cororve, 2001). BDD diagnostiseres i følge ICD-10 som en hypokondrisk lidelse (F45.2), ikke-psykotisk type, eller som “andre spesifiserte paranoide psykoser” (F22.8) (WHO, 1992). Forskningen som foreligger om denne lidelsen har imidlertid økt i omfang siden ICD-10 og DSM-IV kom på 1990-tallet (Phillips et al., 2010), og det er i dag mye som er skrevet om BDD. Forskning har antydnet at det er store likheter mellom den psykotiske og den ikke-psykotiske varianten, og at det ville være mer meningsfullt å betrakte BDD som en spektrumslidelse med varierende grad av innsikt i eget problembilde (Phillips, 2004b). I DSM-V beskrives BDD i tråd med denne forskningen. Klinikere som benytter DSM-V stiller altså diagnosen BDD, og spesifiserer deretter graden av innsikt. Tilfeller av BDD som tidligere ville diagnostiseres som psykotisk lidelse, blir nå diagnostisert som BDD, med fravær av innsikt (APA, 2013). Det finnes store variasjoner blant mennesker som lever med BDD, og lidelsestrykket kan variere fra mildt til livstruende (Phillips, 2009). Enkelte mennesker kan leve tilsynelatende normale liv med høy fungering på tross av høyt lidelsestrykk (Grant & Phillips, 2005), mens andre er svært isolert og invalidisert av lidelsen.

Påtrengende tanker og mentale bilder

Personer med BDD kan ofte ha ubehag knyttet til mer enn én kroppsdel eller ett trekk (Conroy et al., 2008). Nærmest et hvilket som helst trekk eller kroppsdel kan være gjenstand for bekymring. Vanligst er trekk ved hode og ansikt, da oftest med fokus på nese, hud, hår, ører,

øyne, panne, kjeve og kinn (Phillips, 2011). Andre kroppsdelene eller trekk som personer med BDD kan være bekymret for er hender, kjønnsorgan, bryster, hofter, kroppshår, mage, føtter, kroppsfasong og kroppsstørrelse (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2003). Typiske bekymringer hos en person med BDD kan for eksempel være at nesen er for stor og sjenerende, at håret er for tynt eller at han eller hun lider av håravfall, at han eller hun har rynker, er uproporsjonert eller er asymmetrisk i en eller flere kroppsdelene. Personer med BDD kan også ha mer vage bekymringer, som for eksempel at personen er mer opptatt av hans eller hennes generelle “stygge” utseende (Veale, 2004b). I gjennomsnitt bruker personer med BDD mellom tre og åtte timer per dag på sine negative tanker knyttet til utseende, og disse er i tillegg ofte vanskelige å motstå eller kontrollere (Phillips, 2011; Veale, Boocock, et al., 1996).

Et klinisk kjennetegn observert ved BDD er en forekomst av mentale bilder med negativt innhold (Veale, 2004a, 2004b). Mentale bilder kan defineres som “bevissthetsinnhold som inneholder sensoriske kvaliteter, i motsetning til de som er mer utelukkende verbale eller abstrakte” (Veale, 2004a). En undersøkelse av (Osman, Cooper, Hackman, & Veale, 2004) fant i tråd med dette at både personer diagnostisert med BDD og friske kontrollpersoner opplevde spontane mentale bilder av eget utseende. Det som skilte BDD-pasientene fra kontrollgruppen var at de oppga signifikant mer tilbakevendende negative og livlige bilder. For personer med BDD hadde også disse mentale bildene en tendens til å oppleves fra et såkalt observatørperspektiv. Dette innebærer at en ser for seg hvordan en selv framstår fra en annens perspektiv, heller enn sitt eget (Osman et al., 2004).

Sikkerhetsatferd og ritualer

Personer med BDD utøver ofte et stort spekter av gjentakende handlinger i respons til de påtrengende tankene og mentale bildene (Phillips, 2005). Disse handlingene sees på som “sikkerhetsatferder”, noe som kan defineres som handlinger personen gjør for å hindre en katastrofe eller redusere skade (Salkovskis, 1985). Sikkerhetsatferder kan gi seg utslag på blant

annet tre ulike måter; gjennom spesifikke handlinger som ritualer, unngåelse og/eller nøytraliserende atferd.

Eksempler på ritualer kan være å kamuflere ansiktshuden med sminke, se seg selv i speilet, sammenligne trekk eller kroppsdeler med andre, hudplukking, bruk av spesifikke klær eller solbriller for å skjule “defekten”, spørre andre om bekreftelse, inngå i slankekurer, eller søke hudlege eller plastisk kirurgi (Grant & Phillips, 2005; Veale, 2004b). Sikkerhetsatferd i form av unngåelse av situasjoner som vekker ubehag er også vanlig hos personer med BDD (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2003). Motivasjonen for unngåelse er å unngå møte med angstfremkallende steder, mennesker og situasjoner. Eksempler på dette kan være sosiale sammenkomster (Phillips, 2005). For noen går unngåelsen så langt at de blir helt bundet til hjemmet (Wilhelm, Buhlmann, Hayward, Greenberg, & Dimaite, 2010). Nøytraliserende atferd blir også ansett som en sikkerhetsatferd (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2003). Med nøytraliserende atferd menes alle viljestyrte mentale anstrengelser for å minimere eller hindre skade og følelse av angst, som for eksempel å prøve og kontrollere tankene (Veale, 2007).

Trangen til å gjennomføre sikkerhetsatferden er gjerne svært stor, og det er vanskelig å kontrollere eller motstå impulsene til å gjennomføre dem. Personer med BDD bruker ofte mye tid og energi på gjentagende handlinger, fordi slike handlinger i mange tilfeller virker angstdempende når de gjennomføres (Phillips, 2005). Handlingene og unngåelsen i BDD har mange likhetstrekk med tvangshandlinger som vi kjenner fra tvangslidelse (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2003), ettersom det ved begge lidelser gjerne vil være svært angstfremkallende å skulle frastå fra å gjennomføre disse handlingene (Phillips, 2002). Lidelsens tidskonsumering, grad av opplevd stress, samt grad av opplevd kontroll, er forøvrig kjennetegn som også sees ved OCD (Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy, & Carter, 1998).

Innsikt

Mange med BDD har liten innsikt i at bekymringene er et uttrykk for en psykisk lidelse, heller enn en faktisk feil eller mangel ved deres utseende (Phillips, 2011; Phillips, McElroy, Keck,

Pope, & Hudson, 1993). På grunn av dette vil mange gjerne ty til dermatologiske behandlinger, operasjoner og andre kosmetiske inngrep (Phillips, 2011). Ifølge Phillips (2009) vil lav sykdomsinnsikt ofte innebære et større lidelsestrykk, og for noen kan overbevisningen om å ha et avvikende utseende være sterk nok til å frembringe alvorlige depressive symptomer og selvmordsfare (Phillips, 2009). Dette representerer et viktig skille mellom BDD og OCD, ettersom forskning viser at innsikt i egen lidelse hos pasienter med BDD er signifikant dårligere enn hos pasienter med OCD (Eisen, Phillips, & Rasmussen, 1999; Frare, Perugi, Ruffolo, & Toni, 2004; Phillips et al., 2012). Personer med BDD opplever også symptomene som mer egosyntone, dvs. at de oppleves som mindre eksternt påtrengende og mer "naturlige", enn hvordan mennesker med OCD opplever sine tvangsforestillinger (Eisen, Phillips, Coles, & Rasmussen, 2004). Mange av pasientene med BDD kan beskrives som å ha vrangforestillinger nettopp fordi de er overbevist om at tankene om eget utseende er sanne (Frare et al., 2004), og blir oftere diagnostisert med en psykoserelevanter diagnose (Phillips et al., 1998).

Debut og diagnostisering

BDD viser seg oftest først i ungdomstiden, men kan også starte i barndom eller i voksenlivet (Phillips, 2005). Gjennomsnittsalder for lidelsesdebut er typisk da man er mest sensitiv til eget utseende, mellom 15 til 20 år (Veale, Boocock, et al., 1996). Det tar typisk sett lang tid fra lidelsens utbrudd til en formell diagnostisering finner sted (Veale, Boocock, et al., 1996), noe som kan skyldes flere sammensatte faktorer. Personer med BDD søker for eksempel ofte andre behandlere enn helsepersonell innen psykisk helsevern. Typisk faller valget på plastisk kirurger, dermatologer, øre-nese- og halsspesialister (Veale, 2004b). Dette kan skyldes en overbevisning om at det er en faktisk feil ved deres utseende som kan rettes opp i (Phillips et al., 1993). Mange med BDD gjennomfører plastisk kirurgi, men forskning viser at dette sjelden fører frem til at personen blir fornøyd med det trekket eller kroppsdelen han eller hun ønsket å forbedre (Phillips, Grant, Siniscalchi, & Albertini, 2001).

Studier viser at pasienter ofte ikke oppgir symptomer på BDD med mindre de blir spurt direkte om dette (Grant, Kim, & Crow, 2001). Den vanligste grunnen til å ikke oppgi symptomer på BDD til sin behandler har vist seg å være forlegenhet og skam (Conroy et al., 2008). Ved kontakt med helsepersonell er det utbredt at pasienten fokuserer på andre symptomer, som for eksempel symptomer som sammenfaller med depresjon eller sosial fobi, i frykt for å bli oppfattet som overfladisk, selvopptatt eller narsissistisk (Veale, 2004b). På grunn av likhetstrekk i symptomer og atferd blir BDD også ofte feildiagnostisert som blant annet sosial fobi eller OCD (Phillips, 2004a), eller som en spiseforstyrrelse (Grant & Phillips, 2005; Hartmann, Greenberg, & Wilhelm, 2013). Blant spiseforstyrrelser er det klinisk sett “uspesifiserte spiseforstyrrelser” (Eating disorder not otherwise specified, EDNOS) som er vanskeligst å skille fra BDD (Hartmann et al., 2013).

Prevalens

Forskning indikerer at kroppsdysmorfisk lidelse er en relativ vanlig lidelse (Grant & Phillips, 2005), som er antatt å være underdiagnostisert i normal og klinisk populasjon. Studier som foreligger tyder på at BDD har en prevalens i normalbefolkningen på mellom 1,7 og 2,4% (Buhlmann et al., 2010; Koran, Abujaoude, Large, & Serpe, 2008; Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen, & Brähler, 2006). Forskning på kliniske grupper er varierende, men foreslår en høyere prevalens enn det man finner i normalpopulasjonen. Blant personer som oppsøker hudlege er det funnet BDD prevalens på 11,9% (Phillips, Dufresne, Wilkel, & Vittorio, 2000), og blant personer som søker kosmetisk kirurgi for å forbedre på utseende er det funnet en prevalens på 7% (Sarwer, Wadden, Pertschuk, & Whitaker, 1998). Hos polikliniske psykiatriske pasienter er det funnet en prevalens på 3,2% (Zimmerman & Mattia, 1998).

Funksjonssvikt og livskvalitet

BDD kan som nevnt innledningsvis være svært invalidiserende for den som lever med lidelsen. I forskning gjort av (Phillips, 2009) rapporterer 99% av pasientene med BDD at det påvirker deres relasjoner og sosiale aktiviteter. Et sentralt trekk ved BDD er tendensen til å føle

seg sosialt engstelig, og en frykt for å bli latterliggjort eller å bli avvist av andre (Phillips, 2009). Ettersom frykten for andres negative vurderinger er så stor, er det ikke uvanlig at den som er rammet får problemer med å gå ut, inngå i sosiale og intime situasjoner, eller få besøk i eget hjem (Phillips, 1991; Veale, 2004b). Dersom slike situasjoner ikke unngås, er det ofte tilfelle at de utholdes ved hjelp av alkohol, andre rusmidler eller sikkerhetsatferder (Veale, 2004b). Ektefeller, familie og venner har vanligvis vansker med å forstå den selvsentrerte og unnvikende atferden som en person med BDD kan vise, og mange pasienter opplever at relasjonene blir mer konfliktfylt enn før de fikk lidelsen (Phillips, 2005). Dette fører for mange til at de gradvis mister kontakt med venner og familie, og ender opp betydelig isolert (Veale, 2004b).

Kliniske observasjoner tyder på at det er likhetstrekk mellom BDD og sosial fobi (Coles et al., 2006). Et fellestrekk er at det ved begge lidelsene ofte sees en tendens til å feiltolke sosiale situasjoner som truende (Phillips, 2009). I sitt uttrykk har BDD også store likheter med depressiv lidelse (Phillips, 2009). For eksempel vil tristhet/nedforhet, lav selvfølelse, følelser av verdiløshet og følelsen av å være defekt, ofte være fremtredende ved begge lidelser. En sentral forskjell mellom disse symptombildene vil imidlertid ofte være innholdet i bekymringene, som ved BDD er spesifikt knyttet til ens utseende og hvordan en blir vurdert av andre mennesker (Phillips, 2009).

Ubehaget knyttet til de påtrengende tankene og mentale bildene, sikkerhetsatferden og isolering kan i noen tilfeller gjøre det problematisk å holde en jobb eller følge et skoleopplegg (Veale, 2004b). Selvmordsfare er relativt lite studert på dette feltet, men av forskningen som foreligger syntes både selvmordstanker og selvmordsforsøk å være vanlig. Det er antatt at en fjerdedel av personer med kroppsysmorfi har forsøkt å ta sitt eget liv (Phillips, 2005). Også gjennomførte selvmord synes å være markant høyt i denne gruppen pasienter (Phillips & Menard, 2006).

Komorbiditet

Det er høy komorbiditet forbundet med kroppsdysmorfisk lidelse, og undersøkelser basert på DSM-IV kriterier indikerer at sannsynligheten for at pasienter får en tilleggsdiagnose i løpet av livet ligger mellom 91,4 - 93,2%. Nåværende prevalens på komorbide lidelser ligger mellom 76,4 - 84% (Gunstad & Phillips, 2003). Av livstidsprevalens hadde 21,7 - 24,6% en komorbid lidelse, 25,4 - 28,6% hadde to komorbide lidelser, og 41,4 - 43,2% hadde tre eller flere. Nåværende prevalens var på 32,6 - 36,4% på en komorbid lidelse, 24,6 - 29,7% hadde to, 14,4 - 21,7% hadde en eller flere komorbide lidelser (Gunstad & Phillips, 2003).

Personer med kroppsdysmorfisk lidelse har markert dårlig livskvalitet (Phillips, 2000), og alvorlig depressiv lidelse en vanlig komorbid lidelse (Hartmann et al., 2013). Undersøkelser har videre vist at tre fjerdedeler av personer med BDD rammes av en depressiv lidelse en gang i løpet av livet (Phillips, 2009). En komorbiditetsstudie fant at hele 82% oppfylte de diagnostiske kravene for depressiv lidelse (Phillips, 1997).

Forholdet mellom sosial fobi og BDD har i liten grad vært gjenstand for empiriske undersøkelser sammenlignet med OCD og BDD, til tross for at disse er hyppig forekommende komorbide lidelser (Coles et al., 2006). Prevalensen av sosial fobi som en komorbid lidelse hos pasienter med BDD har vist seg å variere fra 16% (Veale, Boocock, et al., 1996) til 69% (Zimmerman & Mattia, 1998), og den største studien per i dag (N=293) har vist en livstidsprevalens av sosial fobi på 37%, og en nåværende prevalens på 31% (Gunstad & Phillips, 2003). Sosial fobi viser seg ofte før BDD har sin sykdomsdebut. Dette ser ikke ut til å være tilfellet ved komorbid depresjon eller substansmisbruk, ifølge forskning utført av Gunstad og Phillips (2003). Disse komorbide lidelsene så typisk sett ut til å utvikle seg etter at personen hadde fått BDD (Gunstad & Phillips, 2003).

Komorbiditetsstudier viser en livstidsprevalens for OCD hos personer med BDD på 30 - 35%, mens nåværende prevalens er på 25% i pasienter diagnostisert med BDD (Gunstad & Phillips, 2003). Substansmisbruk lidelse har en livstidsprevalens 29 - 53%, og nåværende 13% (Gunstad & Phillips, 2003). Det ser ut til at også akse-II-lidelser er hyppig forekommende

komorbide lidelser ved BDD. Tallene varierer her fra 57% til 100%, og unngående personlighetsforstyrrelse ser ut til å være mest utbredt (Cohen et al., 2000; Neziroglu, McKay, Todaro, & Yaryura-Tobias, 1996; Phillips & McElroy, 2000; Veale, Boocock, et al., 1996).

Etiologi

Årsaken til utvikling av kroppsdysmorisk lidelse er fremdeles uklar (Phillips, 2005). Det finnes imidlertid mange ulike hypoteser, og svaret ligger mest sannsynlig i kryssfeltet mellom psykologiske, biologiske og sosiokulturelle faktorer (Phillips, 2005).

Enkelte studier indikerer at seksuell, fysisk og emosjonell mishandling i barndommen assosieres med BDD (Neziroglu, Khemlani-Patel, & Yaryura-Tobias, 2006). Videre kan fysiske og hormonelle endringer i ungdomstiden også være potensielle bidragsyttere til utvikling av lidelsen (Feusner, Neziroglu, Wilhelm, Mancusi, & Bohon, 2010).

Enkelte teorier for utvikling av BDD fokuserer på viktigheten av personlighetstrekk som nevrotisisme, introversjon, perfektjonisme, sensitivitet overfor kritikk og avvisning, samt en underkastende personlighetsstil, som sårbarhetsfaktorer ved utvikling av BDD (Phillips, 2009). Også opplevelse av mobbing i forhold til ens utseende kan potensielt bidra til utvikling av BDD (Buhlmann, Cook, Fama, & Wilhelm, 2007). En annen studie fant at mennesker med BDD er mer opptatt av estetikk, skjønnhet og harmoni, og derfor potensielt mer utsatt for å legge merke til avvik og feil ved eget utseende (Veale, Ennis, & Lambrou, 2002). Det er imidlertid usikkert om denne opptatthet av estetikk er et resultat av sosial påvirkning, en predisposisjon hos individer med BDD, eller et resultat av å ha BDD (Feusner et al., 2010).

BDD er funnet i en rekke land, som for eksempel USA, Canada, Australia, Kina, Japan, Sør-Amerika og Russland (Phillips, 2004a). Sosiokulturelle forklaringsmodeller peker på at den konstante eksponeringen av informasjon om skjønnhet og perfektjon vi blir utsatt for i hverdagen, for eksempel i magasiner og i media, kan forårsake BDD. Dette kan påvirke individer som allerede har en sårbarhet, men forklarer ikke alene hvorfor noen får BDD mens en så stor del av befolkningen ikke utvikler lidelsen (Phillips, 2005). Kvinner med BDD har oftere enn menn

bekymring knyttet til deres bryster, hofter, vekt og ben. Menn med BDD er derimot i langt større grad opptatt av høyde, genitalier, kroppsbygging, for mye kroppshår eller hårfortynning. Det kan se ut til at kulturelle normer og verdier kan påvirke innholdet i symptomene ved BDD (Phillips & Diaz, 1997).

Personer med BDD tenderer mot å ha en deltalfokusert heller en holistisk prosesseringsstil (Deckersbach et al., 2000; Feusner, Hembacher, Moller, & Moody, 2011), og enkelte forskere mener at lidelsen kan skyldes dysregulering av serotonin i hjernen (Phillips, 2005). Lidelsen kan også se ut til å ha et genetisk komponent. Det er funnet at 8% av de med BDD har en mor, far eller et søsken med BDD (Bienvenu et al., 2000). BDD er også signifikant mer vanlig hos personer som har en mor, far eller søsken med OCD (Grant & Phillips, 2005; Phillips, 2002).

Diagnostikk

Som nevnt har studier vist at diagnostisering av BDD kan by på vanskeligheter, eksempelvis på grunn av skamfølelser hos pasienten (Grant et al., 2001), men også fordi klinikere vanligvis ikke utreder for BDD (Grant & Phillips, 2005). Det finnes imidlertid en del ulike instrumenter klinikere kan bruke for å undersøke og diagnostisere lidelsen. Blandt disse er strukturerte og semistrukturerte intervju, samt selvrapportskjema (Phillips, 2005). The BDD Diagnostic Module er et strukturert klinisk intervju som tar utgangspunkt i kriteriene fra DSM-IV, og som er modellert etter Structural clinical interview for DSM-IV (SCID). The Body Dysmorphic Disorder Questionnaire (BDDQ) er et selvrapporeringsskjema utviklet av Phillips (Phillips, 2005). Personer som synes å ha BDD i henhold til dette skjemaet bør helst undersøkes av en kliniker for å få bekreftet diagnosen (Phillips, 2005). Skjemaet kan brukes med pasienter som ønsker hjelp i psykisk helsevern, men også hos pasienter som har oppsøkt dermatologer (Phillips, 2005).

Det finnes kartleggingsverktøy som undersøker alvorlighetsgraden av BDD (Phillips, 2005). Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale modifisert for BDD (BDD-YBOCS) er et

semistrukturert intervju utviklet av Hollander og Phillips (Phillips et al., 1997). Dette er det vanligste utfallsmål i forskning omkring BDD (Phillips, 2005). Spørsmålene dreier seg om tanker og atferd knyttet til BDD-symptomene som personen har opplevd den siste uken. Det forutsettes derfor at personen er diagnostisert med BDD før administrering av intervjuet. Et annet diagnostisk verktøy som brukes i forskning på psykiske lidelser er The Clinical Global Impression Scale (CGI). Dette er en 7 punktsskala som måler global alvorlighetsgrad, og som også kan brukes for å måle bedring eller forverring av symptomer i behandlingsforløpet (Phillips, 2005). I tillegg finnes The Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE), et semistrukturert intervju som kan benyttes for å diagnostisere og undersøke alvorlighetsgrad av BDD.

Behandling av BDD

Behandling med medikamenter.

I behandling av pasienter med svært høyt lidelsestrykk og stor fare for selvmord kan medikamenter være et reelt og effektivt alternativ (Phillips & Hollander, 2008). Farmakologisk behandling har vist effekt ved bruk av nyere antidepressive medikamenter, hvorav SSRI er beskrevet som det foretrukne preparatet (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2003; Phillips & Hollander, 2008). SSRI er i første omgang antidepressive medikamenter, men bidrar også til reduksjon i påtrengende tanker og tvangshandlinger (Phillips & Hollander, 2008). Ifølge Phillips (2009) har dette en god effekt ettersom evnen til å fokusere på helhet bedres, og det analytiske og kritiske blikket for detaljer reduseres. SSRI er også mye brukt til å behandle andre typer psykiske lidelser, som depresjon, panikklidelse, sosial fobi og enkelte former for spiseforstyrrelser. Kliniske erfaringer indikerer at pasienter med BDD ofte trenger relativt høye doser, høyere enn det som vanligvis blir gitt mot depresjon (Phillips & Hollander, 2008).

Psykoterapeutisk behandling.

Av psykologisk behandling som gis for BDD i dag, er det vist effekter ved bruk av kognitive og atferdsmessige teknikker, både hver for seg og i kombinasjon (Neziroglu & Khemlani-Patel, 2003). Forskning som foreligger fra de to siste tiår viser at kognitiv atferdsterapi

(KAT) og eksponering med responsprevensjon (ERP) viser lovende resultater i behandling av BDD, både individuelt og i grupper (McKay, 1999; Neziroglu & Khemlani-Patel, 2002; Phillips, 2009; Rosen, Reiter, & Orosan, 1995; Veale, 2004b; Veale, Gournay, et al., 1996; Wilhelm, Otto, Lohr, & Deckersbach, 1999). Studier tyder på at behandlinger som spesielt vektlegger psykoedukasjon, kognitiv restrukturering, eksponering med responsprevensjon, atferdseksperimenter og forebygging av tilbakefall er mest effektive i behandlingen av BDD (Grant & Phillips, 2005; Phillips, 2004a; Wilhelm et al., 1999). I det følgende vil vi gjøre rede for metoder brukt innenfor kognitive- og atferdsmessige tilnærminger.

Psykoedukasjon.

Psykoedukasjon innebærer en forklaring av utviklingen og opprettholdelsen av lidelsen ut ifra en kognitiv atferdsteoretisk forståelse (Veale, 2004a). I felleskap kan terapeut og pasient lage en kasusbeskrivelse (Wilhelm, Phillips, Fama, Greenberg, & Steketee, 2011), og sammen forsøke å forstå hvordan pasienten utviklet BDD (Wilhelm et al., 2010). Det har vist seg nyttig at pasienten lærer mer om lidelsen for å få bedre sykdomsinnsikt (Wilhelm et al., 2010). Fra et kognitivt atferdsteoretisk perspektiv kan opprettholdelsen av BDD sees på som en “ond sirkel”, hvor selektiv og intensiv oppmerksomhet overfor mislikte områder ved utseendet gir selvbevissthet og “påfyll” til negative tanker og antagelser om personens utseende, egenskaper og verdi. Disse antagelsene leder til ruminering og videre til sikkerhetsatferder (Veale, 2004b). Tankene og handlingene tenkes å forsterke den selektive oppmerksomheten på seg selv og eget utseende, som igjen fører til flere negative vurderinger (Phillips, 2005).

Kognitiv restrukturering.

En viktig del av den kognitive restruktureringen ligger i at terapeuten identifiserer og bevisstgjør pasienten på hans eller hennes vanligste kognitive ”feilslutninger” eller “tankefeil”. Eksempler på feilslutninger kan være “sort/hvitt”- tenkning, katastrofetenkning, emosjonell resonnering, samt nedgradering av positive tanker og hendelser (Wilhelm et al., 2010). Kognitiv

restrukturering består som oftest i å hjelpe pasienten til å utfordre sine egne tanker og vurdere hvilket grunnlag vedkommende har for å tenke at antagelsene er sanne.

Eksponering med responsprevensjon og atferdseksperimenter.

Når pasientens unngåelsesatferd er identifisert, lager terapeut og pasient sammen et frykt- og unngåelseshierarki (Wilhelm et al., 2011). Hierarkiet er rangert etter hvor sterkt ubehag som oppstår for personen når han eller hun befinner seg i ulike fryktede situasjoner (Folke, Von Bahr, Assadi-Talaremi, & Ramnerö, 2012). Eksponering for angstprovoserende situasjoner kan skje sammen med terapeuten i timene, eller som hjemmelektse mellom timene (Krebs, Turner, Heyman, & Mataix-Cols, 2012). Personen skal altså utsette seg for det han eller hun vanligvis unngår, uten å inngå i sikkerhetsatferd for å unngå ubehag, slik personen vanligvis gjør (Phillips, 2005). Responsprevensjon i BDD innebærer for eksempel å frastå fra å sjekke i speil, spørre andre om forsikring, oppsøke hudlege, samt nedtone bruk av sminke og unngå hudplukking (Folke et al., 2012). Eksponering kan gjøres som et atferdseksperiment, hvor personen med BDD tester ulike hypoteser om hva som kan skje i de ulike situasjonene. Etter at atferdseksperimentet er gjennomført undersøker pasient og terapeut hvorvidt hypotesen var presis, og hvilke konklusjoner som kan trekkes fra atferdseksperimentet (Wilhelm et al., 2011).

Enkelte behandlingsopplegg gjort med kognitive og atferdsmessige metoder benytter seg av perseptuell trening med speil (Wilhelm et al., 2011), som for mange personer med BDD også vil være eksponering. Speiløvelsene går ut på at pasienten står i en normal avstand til speilet og beskriver seg selv med ikke-dømmende ord, eksempelvis "Mine øyne er brune og runde", i stedet for beskrivelser som "Se på mine mark-øyne, jeg ser ut som et misfoster!" (Wilhelm et al., 2011). Pasientene lærer gjennom øvelsen å tåle ubehaget (Phillips, 2005), samt å fokusere mer på helheten enn detaljer, slik pasienter med BDD har en tendens til å gjøre (Deckersbach et al., 2000).

Forebygging av tilbakefall.

Tilbakefallsforebygging er også en del av behandling som syns å ha vært virkningsfull og viktig (Wilhelm et al., 2011). En slik intervensjon kan gå ut på at terapeut og pasient reflekterer rundt hvordan pasienten kan respondere på et eventuelt tilbakefall. Målet er å hjelpe pasienten med å planlegge gode og konstruktive aktiviteter som pasienten skal engasjere seg i, heller enn å bruke tid på BDD relaterte handlinger, som ruminering og sikkerhetsatferd (Wilhelm et al., 2011).

Mot et forbedret behandlingstilbud for BDD?

En vellykket behandling forutsetter ofte at rett diagnose er stilt (Phillips, 2004a). Diagnostisering av BDD har, som nevnt tidligere, vist seg å være vanskelig. Selv når diagnosen er stilt kan mange pasienter oppleve å få inadekvat behandling, blant annet på grunn av klinikerens begrensede erfaring med behandling av lidelsen, og/eller en manglende effektiv behandlingsmetode (Veale, 2004b). De fleste studier som er gjennomført på behandling av BDD har strenge inklusjonskriterier, og spørsmål kan derfor stilles ved hvorvidt funnene kan generaliseres til populasjonen av mennesker med denne lidelsen. Eksempler på dette er at studiene har hatt kun utvalg med pasienter med milde former for BDD (Phillips, 2004a). Andre studier har hatt utvalg bestående utelukkende av kvinner, til tross av at 40% av populasjonen med BDD antas å være menn (Koran et al., 2008). Forskingen viser også at pasienter med vrangforestillinger ofte er utelatt fra behandlingsforskning, til tross for at ca. en tredjedel av pasientgruppen er preget av vrangforestillinger (Phillips, Menard, Pagano, Fay, & Stout, 2006).

Det vil falle utenfor denne oppgavens hensikt og omfang å vurdere hvorvidt behandling med kognitive og atferdsmessige teknikker er den mest effektive behandlingen av BDD. Kliniske erfaringer indikerer imidlertid at denne behandlingsformen i noen tilfeller kan se ut til å komme til kort i behandling av BDD (B. Hansen & P. Prescott, personlig kommunikasjon, 31.10.13).

Phillips (2011) understreker behovet for å utforske og utvikle andre former for psykoterapi, og Veale (2004a) hevder videre at metakognisjon kan spille en rolle i opprettholdelsen av lidelsen. I den hensikt å utforske et alternativt verktøy i behandling av BDD vil vi i det følgende diskutere

om, og i tilfelle hvordan, metakognitiv terapi (MCT) kan være nyttig i behandling av denne lidelsen.

Metakognitiv terapi (MCT)

Metakognitiv terapi (MCT) er en nyere behandlingsform som har gitt gode resultater i behandling av depresjon og angsttilstander (Wells, 2009). Det teoretiske grunnlaget for tilnærmingen er en videreføring av den kognitive terapitilnærmingen, men bygger imidlertid på noen grunnleggende antagelser som skiller seg fra de man finner i en tradisjonell kognitiv tilnærming. I likhet med KAT tar MCT utgangspunkt i at psykisk lidelse dreier seg om grunnleggende antagelser og automatiske negative tanker, samt at innholdet i tanker og overbevisninger har innvirkning på typen lidelse personen opplever. For eksempel vil tanker om tap og devaluering av selvet være en pådriver for tristhet, og tanker om fare vil tilsvarende være en pådriver for angst. Fra et metakognitivt perspektiv vil forklaringen på hva som forårsaker psykisk lidelse ikke være selve innholdet i tankene som dukker opp, men hva personen gjør med disse tankene. Det vil dermed ikke bare være *hva* en person tenker som bestemmer hvordan han eller hun har det, men også *hvordan* (Wells, 2009).

En metakognitiv terapitilnærming vektlegger et grunnleggende premiss om at psykisk lidelse kan beskrives som i hvilken grad enkelte tanker blir gjentatt og resirkulert, og i hvilken grad tanker blir gitt slipp på. I teorien om responsstiler (The Response Style Theory, (Nolen-Hoeksema, 1991)) postuleres det at negativt humør i utgangspunktet kan møtes med ulike typer responser. Personen kan for eksempel ta affære for å endre omgivelsene for å endre sitt humør, søke sosial støtte, velge å fokusere på noe annet, eller ruminere (Nolen-Hoeksema, 2004). I tråd med en slik forståelse argumenterer Wells (2009) for at psykisk lidelse og negative tankemønstre ikke kan tilskrives til tilstedeværelsen av underliggende antagelser om verden og selvet alene. Et eksempel ved BDD kan være tanker som "jeg er verdiløs" eller "jeg er uattraktiv". Slike tanker kan i utgangspunktet responderes på ulikt, hvorav noen måter vil være mer hensiktsmessige enn andre. Tanker om og følelser av å være mislykket være dermed ikke være et kjennetegn ved

psykisk lidelse i seg selv, da dette er normale fenomener som de aller fleste mennesker opplever fra tid til annen (Wells, 2009).

Metakognisjoner

Sentralt i en metakognitiv forståelse av psykisk lidelse er såkalte metakognisjoner, eller “tanker omkring tanker” (Hjemdal & Hagen, 2012). Metakognisjoner handler om hvordan en person relaterer seg til sine indre opplevelser, samt hvordan han eller hun responderer på egne tanker (Wells, 2009). Metakognisjoner knyttet til psykisk lidelse kan ifølge Wells (2000) deles inn i tre ulike aspekter. Det første aspektet er *metakognitiv kunnskap*, dvs. antagelser eller teorier om egen tenkning. Eksempler på slike antagelser kan være “Grubling og bekymring hjelper meg å være forberedt” eller “Grubling er farlig for meg”. Det andre aspektet omhandler *metakognitive opplevelser*, eller vurderinger av hva kognitive og mentale hendelser betyr (f.eks “denne tanken betyr at jeg er sint”). Det tredje aspektet er *metakognitive kontrollstrategier*, og dreier seg om hvordan personen forsøker å kontrollere det kognitive systemet (f.eks “jeg prøver å kontrollere tankene mine”) (Wells, 2000).

Sentralt i MCT er skillet mellom positive og negative metakognisjoner. Positive metakognisjoner er tanker om *fordeler* eller *nytt* av tankene (f. eks. nytten av å gruble eller bekymre seg) og kan innebære antagelser som “bekymring hjelper meg å være forberedt”, “ved å gruble på problemene mine vil jeg finne svar på hvorfor jeg er som jeg er”, eller “ved å tenke på problemer hindrer jeg noe fælt i å skje”. Som en kontrast til slike positive antagelser om grublingens nytteverdi, dreier negative metakognisjoner seg om mulige *negative* sider ved tankene, f. eks. tankenes ukontrollerbarhet, farlighet og viktighet. Dette kan være antagelser som “Tankene mine kan gjøre meg gal”, “Jeg har ingen kontroll over tankene mine”, eller “Det at jeg tenker noe må bety at det er sant”(Wells, 2009). En mulig konsekvens av slike positive og negative metaantagelser er at personen blir ekstra oppmerksom på tankene sine, og forsøker å kontrollere disse på ulike måter. I en metakognitiv behandling vil det være av helt essensiell

betydning å utfordre både disse positive og negative metakognisjoner, ettersom de bidrar til å fremme ytterligere negative tanker og dermed opprettholde lidelsessymptomene (Wells, 2009).

Depressiv grubling og bekymring

Fra et metakognitivt perspektiv antas det som nevnt at psykisk lidelse ikke er kjennetegnet av negative tanker i seg selv, men at slike tanker responderes på med omfattende og vedvarende grubling og bekymring (Matthews & Wells, 2004). Depressiv grubling, eller depressiv ruminering, kan grovt sett defineres som “vedvarende, resirkulerende og depressiv tenkning” (Papageorgiou & Wells, 2004a), eller som “repetitive tanker omkring personlige problemer, som kan oppleves som ufrivillige og uintenderte” (Matthews & Wells, 2004). Grublingen kjennetegnes ved en vedvarende prosessering av lange tankerekker, hvor personen stiller seg selv spørsmål som “Hva hvis...?”, “Hvorfor har jeg det på denne måten?”, “Hvorfor kommer jeg ikke i gang?”, eller “Hva er galt med meg?”. Grubling er gjerne rettet mot ens egne depressive symptomer og hendelser i fortid, og kan skilles fra bekymring, som heller er rettet mot fremtidige hendelser. Bekymring kan på sin side beskrives som en kjede av negative tanker som er hovedsakelig verbale og rettet mot problemløsning (Borkovec, Robinson, Pruzinsky, & DePree, 1983). Det antas i den metakognitive modellen at både bekymring og grubling har negative effekter på selvregulering og god emosjonell balanse (Wells, 2009).

Kognitivt oppmerksomhetssyndrom (CAS)

En generell tendens ved psykiske lidelser kan sies å være et negativt og repetitivt tankemønster rettet mot selvet, som kan oppleves av personen som vanskelige å få under kontroll (Wells, 2009). Et kjerneprinsipp i MCT er at psykisk lidelse innebærer aktiveringen av et dysfunksjonelt tankesystem, som kalles kognitivt oppmerksomhetssyndrom (Cognitive Attentional Syndrome, CAS). Sentralt i CAS er en tendens til vedvarende bekymring og grubling, selektiv oppmerksomhet, samt et forsterket fokus på trusler (Matthews & Wells, 2004). I tillegg til de overnevnte elementene, vil CAS være kjennetegnet av andre dysfunksjonelle mestringsstrategier som personen benytter seg av. Eksempler på slike strategier er at personen

forsøker å unngå eller undertrykke tankene sine, eller å “døve” tankene ved hjelp av rusmidler. Oppsummert er CAS et syndrom eller en tendens til å ha fokus på trusler, samt at dette fokuset blir vedvarende ved at det opprettholdes gjennom repetitive tanker som oppleves som ufrivillige (grubling). For noen kan dette forsterkede selvfokus føre til en patologisk sensitivitet overfor truende og personlig relevant informasjon (Matthews & Wells, 2004).

Tankefusjon: Troen på tankenes betydning og viktighet

En metakognitiv forståelsesmodell postulerer noen gjennomgående fellestrekk på tvers av ulike psykiske lidelser. Til tross for dette antas det å være noen spesifikke forskjeller i det resulterende uttrykket. For eksempel er en generell tendens ved tvangslidelse en tolkning av påtrengende tanker som tegn på farlige hendelser (Wells, 2009). Pasienter med tvangslidelse kan ofte også utvise en rigid fokusering på det såkalte objektnivået, for eksempel ved å være overbevist om at hans eller hennes reelle problem faktisk dreier seg om smittefare heller enn *tankene* om smittefare. Et sentralt kjennetegn ved tvangslidelse er såkalte “fusjonsantagelser”, som kan skilles i tre ulike domener. Ett domene er *tanke-hendelsesfusjon*, hvor personen tenker at en påtrengende tanke kan forårsake en bestemt hendelse, eller troen på at en tanke betyr at noe allerede har skjedd. En person kan for eksempel få tanken “Har jeg tatt livet av noen?”, og dermed tro at han eller hun faktisk kan ha tatt livet av noen. Et annet domene er såkalt *tanke-handlingsfusjon*, hvor personen kan tro at påtrengende tanker, følelser eller impulser kan forårsake at han eller hun utfører en bestemt handling. Et siste domene er *tanke-objektsfusjon*, som viser til troen på at tanker og følelser kan konverteres/overføres til fysiske objekter. Dette gir tanker og følelser muligheten til å forårsake skade på objekter og på andre mennesker, og at disse er umulige å unngå (Wells, 2009). Når tvangstanker blir tolket negativt, eksempelvis som tegn på at man holder på å miste kontroll, oppstår gjerne negative emosjoner som angst. En konsekvens av dette kan være at metakognisjoner og emosjoner forsterker hverandre i en “ond sirkel” (Hansen & Vogel, 2006).

En generell forståelse av psykisk lidelse: S-REF-modellen

MCT sin teoretiske forståelse av psykisk lidelse, og av faktorene som tenkes å opprettholde symptomer, bygger på Wells og Matthews (1996) modell for informasjonsprosessering, kalt S-REF-modellen (Self-Regulatory Executive Function). Sentralt i denne modellen er positive og negative metakognisjoner, samt aktiveringen av CAS som beskrevet ovenfor. Modellen antar at disse metaantagelsene (f. eks.: “grubling og bekymring vil hjelpe meg til å være forberedt”) kontrollerer CAS (grublesystemet), ved å sette i gang de uhensiktsmessige prosessene i respons til triggere (som for eksempel tanken “hun ser på meg, hun synes sikkert jeg er stygg”). Ruminering betraktes her som en dysfunksjonell strategi for mestring og selvregulering, som til dels stammer fra personens metaantagelser om nytten/fordelen ved å gruble eller bekymre seg. Det tenkes videre at det aktiveres negative metaantagelsene knyttet til grublingens ukontrollerbarhet og farlighet. Slike antagelser tenkes å eksistere både som implisitte planer som guider selvregulering, og som eksplisitte antagelser som er tilgjengelige for verbal rapportering (Matthews & Wells, 2004). Generelt bidrar disse antagelsene til at aktiveringen av CAS blir sterkere, noe som antas å skje via ytterligere selvfokusert oppmerksomhet og ruminering. En konsekvens kan da være at personen blir låst fast i en ond sirkel som opprettholder symptomene (Wells, 2009).

Det postuleres også i S-REF modellen at CAS vil påvirke personens oppmerksomhetsfokus. Mer spesifikt antas det at CAS forårsaker en uheldig monitorering av egne tanker og følelser, samt et selektivt utvalg av stimuli som blir gitt oppmerksomhet. For eksempel kan en person lett legge merke til personer som ser skeptiske ut framfor de som synes velvillige, og på lignende måte legge merke til ens egne forventninger om at noe fryktelig vil skje fremfor andre tanker og følelser (Wells, 2009). Et godt eksempel som trekkes frem av Hjemdal og Hagen (2012) er ved depresjon, hvor det ofte sees en tendens til å overfokusere på depressive symptomer. En person kan for eksempel våkne opp og føle at han eller hun har lite energi, og tolke dette som et tegn på at det er lurt å hvile. Ved å overvåke signaler fra kroppen vil han eller hun også bli mer oppmerksom på slike negative tanker og kroppslige symptomer. Innen MCT

tenkes det altså at disse strategiene og prosessene som benyttes i respons til tanker låser personen inn en negativ sirkel, og at dette resulterer i at de angstpregede og depressive symptomene opprettholdes (Hjemdal & Hagen, 2012).

En metakognitiv behandlingsmodell

Kasusformulering og sosialisering.

En metakognitiv behandling retter seg generelt mot å eliminere CAS, modifisere de metakognitive antagelsene, samt å hjelpe pasienten med å tilegne seg mer hensiktsmessige strategier for prosessering (Wells, 2009). I tillegg kan det nevnes fire viktige mål i terapien; 1) å sette en nøyaktig diagnose, 2) skaffe informasjon om alvorlighet, historie og utvikling av den psykiske lidelsen, 3) skaffe nødvendig informasjon for å kunne generere en kasusformulering, og 4) evaluere fremgang og status i behandlingen sett i forhold til målene man ønsker å oppnå. I en kasusformulering, for eksempel ved OCD, vil man kartlegge tvangshandlinger og emosjonelle reaksjoner, samt hvilken betydning pasienten tillegger påtrengende tanker (Hansen & Vogel, 2006). Man vil også undersøke hvordan tvangstanker, tvangshandlinger og emosjoner tolkes av personen, samt hvordan metakognisjoner og emosjoner forsterker hverandre (Hansen & Vogel, 2006). Et annet eksempel kan være ved depresjon, hvor man gjerne tar utgangspunkt i en typisk grublesituasjon (Hjemdal & Hagen, 2012). Man spør da etter hvilken eller hvilke tanker som satte i gang grubleprosessen (triggertanker), hvilke tanker som fulgte etter (innholdet i grublingen), hvilke følelser eller symptomer pasienten fikk når han eller hun grublet, samt hvilke tanker han eller hun opplevde til slutt. Generelt er man i denne prosessen ute etter hvor mye tid pasienten bruker på grublingen, hvilke strategier som benyttes for å mestre depresjonen. Man vil også undersøke hvilke antagelser pasienten har om fordelene ved å bekymre seg eller gruble (positive metaantagelser), og om grublingen/bekymringens ukontrollerbarhet (negative metaantagelser) (Hjemdal & Hagen, 2012).

Etter kasusformuleringen vil neste steg være å sosialisere pasienten til den metakognitive modellen. Med sosialisering menes at pasienten får hjelp til å forstå hvordan negative automatiske

tanker kan skilles fra selve grubleprosessen som gjerne følger (Hansen & Vogel, 2006). Et eksempel her kan igjen være ved behandling av depresjon, hvor det tenkes at en ytre eller indre trigger (for eksempel en tanke), aktiverer positive metaantagelser. Dette leder deretter personen inn i en grubleprosess hvor tanker og følelser analyseres i håp om å finne svar på hvorfor han eller hun er deprimert, og kanskje i håp om at depresjonen på denne måten skal gå over. I tillegg vil han eller hun gjerne overvåke sine egne depressive tanker og symptomer, i tro om at en slik strategi kan fjerne depresjonen. En slik strategi vil imidlertid øke personens selvfokuserte oppmerksomhet, og kan dermed få en paradoksal effekt. Det vil her være av stor betydning at pasienten selv forstår modellen godt, samt oppfordres til å reflektere rundt hvorvidt strategiene han eller hun har benyttet for å mestre depresjonen faktisk har gitt den ønskede effekten (Hjemdal & Hagen, 2012).

Opparbeide metabevissthet: Objektmodus versus metakognitiv modus.

Et gjennomgående fokus i behandlingen av ulike typer psykisk lidelse ifølge MCT vil være å hjelpe pasienten med å ta et steg tilbake fra selve innholdet i tankene, og gradvis opparbeide en økt metakognitiv bevissthet omkring egne tanker (Wells, 2005). Innen metakognitiv terapi skilles det her mellom såkalt "objektmodus" og "metakognitiv modus" (Wells, 2009), hvorav sistnevnte innebærer en tilstand hvor man betrakter egne tanker og tankeprosesser. Målet vil, som nevnt, være å erstatte de uhensiktsmessige strategiene (CAS) som benyttes i respons til automatiske tanker og indre fenomener. Det vil være viktig at pasientens dysfunksjonelle metakognitive antagelser og mestringsstrategier utfordres både innledningsvis i sosialiseringprosessen, ettersom dette legger grunnlaget for andre terapeutiske intervensjoner i behandlingen (Hjemdal & Hagen, 2012).

En viktig forskjell mellom tilnærmingene kan i grove trekk sies å være et større fokus på *innhold* i tradisjonell kognitiv terapi, versus et større fokus på *prosess* i metakognitiv terapi (Wells, 2009). I en terapi basert på prinsipper fra tradisjonell KAT vil gjerne intervensjoner gå ut på å utfordre eller realitetsteste innholdet i negative tankerekker (Fisher & Wells, 2009). Dersom

pasienten for eksempel har tankerekken “Jeg er helt alene”, “Ingen bryr seg om meg” og “Jeg er ubrukelig”, kan terapeuten stille spørsmål som “Hva er beviset for at ingen bryr seg om deg?” og “Har du noe motbevis mot den tanken?”. I en metakognitiv tilnærming vil terapeuten heller stille spørsmål som ”Tror du det finnes bedre måter å respondere på tanken ”Jeg er helt alene”?”. Målet vil her være å øke bevisstheten rundt ulempene ved ruminering i respons til negative tanker, og å hjelpe pasienten over i en metakognitiv prosesseringsmodus (Fisher & Wells, 2009).

Frakoblet oppmerksomhet.

En evne man ønsker å trene opp ved hjelp av MCT er evnen til å kunne respondere på negative automatiske tanker med en tilstand kalt “frakoblet oppmerksomhet” (FO) (Detached Mindfulness) (Wells, 2009). FO refererer til en tilstand hvor personen er bevisst på mentale hendelser som dukker opp, uten å respondere på disse med vedvarende evaluering, forsøk på å kontrollere eller undertrykke dem, eller å respondere på disse atferdsmessig (Wells, 2005). I respons til en påtrengende tanke vil personen bli bedt om å ikke bekymre seg videre, men heller la denne tanken være der uten å tolke eller respondere på den. Målet vil være å betrakte slike tanker som simpelthen ufarlige hendelser i sinnet (Wells, 2005). Man trener her på evnen til å skifte oppmerksomheten fra objektmodus til en metakognitiv modus, avbryte vedvarende prosessering i form av grubling og bekymring, samt å øve opp en mer fleksibel kontroll over oppmerksomheten (Fisher & Wells, 2009).

Frakoblet oppmerksomhet krever en aktivisering av en metakognitiv bevissthet. Dette innebærer først og fremst en kognitiv desentrering, altså en forståelse av tanker som hendelser heller enn fakta. Videre krever FO en oppmerksomhetsmessig frakobling, det vil si fleksibel oppmerksomhet som ikke er forankret til en bestemt hendelse. FO innebærer også en lav konseptuell prosessering, altså liten grad av evaluering og analysering av hva tankene betyr. Til slutt vil FO også kjennetegnes av lav målrettet mestring. Personen prøver altså ikke aktivt å fjerne eller unngå trusler, dersom slike tanker dukker opp. En generell målsetning med FO vil være å styrke nye måter å regulere egen kognitive aktivitet, frigjøre oppmerksomhetsressurser og

modifisere dysfunksjonelle antagelser om tenkning. På denne måten vil man kunne hindre at CAS aktiveres i respons til påtrengende tanker (Wells, 2005).

Frakoblet oppmerksomhet som konsept overlapper noe med konseptet og praksisen fra mindfulnessmeditasjon (Wells, 2009). Felles er at disse har til hensikt å redusere og utsette evaluerende former for prosessering. Ifølge Fisher og Wells (2009) skiller disse imidlertid seg fra hverandre ved at frakoblet oppmerksomhet sikter mot å utsette kontinuerlig konseptuell prosessering av tanker, mens mindfulnessmeditasjon involverer en mer ”aksepterende holdning” til alle hendelser. En annen forskjell er at frakoblet oppmerksomhet ikke benytter seg av en kroppsbasert oppmerksomhetsfokus, noe mindfulness i større grad baseres på (f.eks ved å holde fokus på egen pust, som ved ”pusteankeret”) (Fisher & Wells, 2009).

Ifølge Wells (2005) kan dette kreve øvelse for eksempel i tilfeller hvor pasienten er sterkt følelsesmessig aktivert. Det fremheves i denne sammenhengen at frakoblet oppmerksomhet ikke skal benyttes som et emosjonelt eller kognitivt unngåelsesverktøy (Fisher & Wells, 2009; Wells, 2009). Målet er altså ikke å bruke denne strategien for å kontrollere eller motarbeide “farlige tanker”, noe som kan forsterke antagelsen om at tanker er skadelige. Måten å benytte frakoblet oppmerksomhet på er heller å respondere på tanker med en mer observerende og åpen holdning, uten å engasjere seg aktivt videre i det som dukker opp. En antatt konsekvens av en økt evne til å distansere seg fra tanker er at disse også vil få mindre innflytelse på personens selvkonsept (Wells, 2009).

Oppmerksomhetstrening (ATT).

En annen spesifikk terapeutisk intervensjon i MCT er såkalt oppmerksomhetstrening (Attention Training Technique, ATT) (Wells, 2009). Øvelsen går ut på at pasienten blir bedt om å forholde seg til spesifikke deler av et lydbilde, veksle mellom lyder, samt å være oppmerksom på flere lyder samtidig. Ettersom det tenkes at CAS resulterer i et automatisert oppmerksomhetsmønster, vil målet med denne øvelsen være å styrke evnen til å identifisere tanker som dukker opp, samt å kunne skifte oppmerksomhet bort fra disse og tilbake til en

bestemt oppgave. Også her vil det være viktig å formulere overfor pasienten at hensikten ikke er å unngå eller undertrykke ubehagelige mentale hendelser og følelser, men å trene opp evnen til å kunne skifte fra et indre til ytre oppmerksomhetsfokus. Man ønsker altså at pasienten skal ha en holdning om at de negative tankene eller bildene skal få lov til å komme og gå, uten å engasjere seg aktivt i disse. Ved å skifte oppmerksomheten over til positive eller nøytrale stimuli vil den intense reaksjonen overfor negative stimuli svekkes, og pasienten vil kunne få en mer fleksibel kontroll over oppmerksomheten. Man vil da kunne fremme mer hensiktsmessig emosjonell prosessering og modifisere uhensiktsmessige antagelser om viktigheten av å engasjere seg i negative tanker som dukker opp (Wells, 2009).

Grubleutsettelse.

For å utfordre positive metaantagelser knyttet til fordelene ved grubling og bekymring, samt negative metaantagelser om grublingens kontrollerbarhet, kan et nyttig verktøy være grubleutsettelse (Wells, 2009). Terapeuten vil da i dette tilfellet be pasienten om å legge merke til depressiv grubling og bekymring når det dukker opp, og deretter utsette å tenke på dette til et bestemt klokkeslett på dagen. En viktig målsetning med denne intervensjonen er også å gjøre pasienten mer oppmerksom på grubleprosessen, som ofte kan foregå utenfor personens bevissthet (Hjemdal & Hagen, 2012). Rasjonalet er videre at pasienten, ved å trene på å legge til side grublinger og bekymringer når de dukker opp, vil kunne oppdage at grublingen faktisk er gjenstand for viljestyrt kontroll (Wells, 2009).

Atferdsekspirimeter og responsprevensjon.

Som nevnt sikter MCT mot å modifisere dysfunksjonelle antagelser knyttet grubling, bekymring og trusselovervåking, samt å hjelpe pasienten med å utvikle nye måter å forholde seg til negative automatiske tanker på (Wells, 2009). I dette arbeidet vil også eksponering og atferdsekspirimeter være en viktig del av behandlingen, hvorav atferdsekspirimentene retter seg mot å modifisere personens dysfunksjonelle antagelser om egne tankeprosesser (f.eks viktigheten/nyttene av å gruble, eller antagelsen om at oppmerksomheten ikke kan styres fleksibel).

Rasjonalet bak dette er at CAS kan modifiseres og metaantagelser kan utfordres under selve eksponeringen, noe som kan bidra med nyttige korrigerende erfaringer. På denne måten kan man sammen med pasienten for eksempel undersøke om tankeundertrykking, trusselovervåking og det å “kjefte” på seg selv er gode og hjelpsomme måter å slutte med grubling og bekymring, samt å undersøke antagelser om at det ikke er mulig å styre oppmerksomheten (P. Prescott, personlig kommunikasjon, 31.10.13). Oppmerksomhetstrening, frakoblet oppmerksomhet, samt atferdsekspirerimenter som fokuserer på å endre hvordan personen forholder seg til tanker og følelser, er forøvrig noe som skiller MCT fra tradisjonell KAT (Fisher & Wells, 2009).

Fra et metakognitivt perspektiv vil kjennetegnene ved BDD som eksempelvis grubling, bekymring, selektiv og selvfokusert oppmerksomhet, overvåking av “defekter”, sammenligning med andre etc, være betraktet som elementer ved CAS. I tillegg postuleres det også at positive og negative metaantagelser knyttet til grubling og bekymring er en opprettholdende faktor for psykisk lidelse. For eksempel vil en positiv antagelse om nytten av å overvåke sine defekter, og å gruble eller bekymre seg i respons til negative tanker om utseende, tenkes å være opprettholdende faktorer for lidelsen. Studier tyder på at BDD har overlapp med andre psykiske lidelser som sosial fobi (Coles et al., 2006), depresjon (Phillips, 2009), og OCD (Phillips, 2002). Forskning har i tillegg vist at metakognisjon spiller en rolle som opprettholdende faktorer ved blant annet depressiv lidelse og OCD, samt at MCT har vist seg å være en effektiv behandling for disse lidelsene. For å knytte dette opp mot vår problemstilling vil vi i det følgende først presentere hva forskningen sier om hvorvidt metakognitive prosesser er relatert til psykiske vansker generelt. Deretter vil vi legge frem evidens for MCT, som retter seg spesifikt mot å modifisere eller eliminere disse prosessene.

Evidens og kunnskapsstatus for MCT

Evidens for MCT sitt teoretiske grunnlag.

Metakognisjoner.

Det er et klart funn at metakognitive antagelser og aspekter ved CAS er positivt korrelert med ulike former for psykiske lidelser (Wells, 2009). For eksempel utviklet Papageorgiou og Wells (2001) et måleinstrument for selvrapporing som skulle måle positive metaantagelser om depressiv ruminering hos personer med tilbakevendende depresjon (f.eks. "Ruminering om fortiden hjelper meg å hindre katastrofer i framtiden" og "Ruminering kan hjelpe meg å finne svar på depresjonen min"). Resultatene viste at slike antagelser var assosiert med en sterkere tendens til å ruminere, og i tillegg høyere nivå av depressive tilstander og depressive trekk (Papageorgiou & Wells, 2001). Videre har forskning vist at negative metaantagelser (f.eks. antagelser om at bekymring er ukontrollerbar eller farlig), er relatert til opplevelser av emosjonelt ubehag og angst. Personen vil da oppleve bekymring som en trussel i seg selv (Wells et al., 2010). Nært knyttet til metaantagelser er studier av tankefusjon, eller tendensen til å oppleve tanker som betydningsfulle og viktige, som også har vært gjenstand for empirisk forskning. For eksempel undersøkte Rassin, Diepstraten, Merckelbach, og Muris (2001) såkalt tanke-handlingsfusjon (TAF) i OCD, og fant at denne variabelen var korrelert med lidelsens alvorlighetsgrad.

Grubling/ruminering og depressivt stemningsleie.

Sammenhengen mellom kognitive prosesser som grubling og bekymring og psykiske vansker er også i mange tilfeller demonstrert empirisk (Wells, 2009). For eksempel tyder forskning på en tydelig sammenheng mellom ruminering og depressive symptomer (Papageorgiou & Wells, 2004b), samt at det ser ut til å være individuelle forskjeller knyttet til tendensen til å engasjere seg i depressiv ruminering som respons på negative tanker (Nolen-Hoeksema & Davis, 1999). Personer som responderer på negative tanker med å engasjere seg i ruminering har også vist seg å ha et høyere nivå av depressive symptomer over tid, sammenlignet med personer som ikke viser denne tendensen (Nolen-Hoeksema, 2000). En studie viste også at ruminering predikerte angstsymptomer, og at denne rumineringsprosessen kan være et særtrekk hos personer som opplever en blanding av angstsymptomer og depressive symptomer (Nolen-Hoeksema, 2000).

Wenzlaff (2004) beskriver noen kognitive feilslutninger (eng. biases) som kan lede individer som er sårbare for å utvikle en depresjon til å konstruere sin verden på en måte som promoterer depressiv tenkning. For eksempel kan en forsterket bevissthet overfor negativt materiale være en konsekvens av negative forventninger som et resultat av vanskelige livserfaringer. I tråd med dette tyder forskning på at depressivt humør er assosiert med en tendens til å fokusere på negativ informasjon (Wenzlaff, Rude, Taylor, Stultz, & Sweatt, 2001). Depressivt humør ser videre ut til å ha en negativ innvirkning på opplevelsen av mental kontroll (Wenzlaff, 2004).

I en studie utført av Nolen-Hoeksema og Morrow (1993) ble en rumineringsbetingelse sammenlignet med en distraksjonsbetingelse. Forsøkspersonene i studien bestod av personer diagnostisert med mild og moderat depressiv lidelse, samt en kontrollgruppe. I et tidsrom på totalt 8 minutter ble forsøkspersonene bedt om å enten fokusere oppmerksomheten på indre følelsetilstander og personlige karakteristika (rumineringsbetingelse), eller på beskrivelser av geografiske lokasjoner og objekter (distraksjonsbetingelse). Resultatene viste at de deprimerte forsøkspersonene i rumineringsbetingelsen følte seg signifikant mer deprimerte, i motsetning til de deprimerte forsøkspersonene i distraksjonsbetingelsen, som følte seg signifikant mindre deprimerte etter øvelsen. Som en motsetning til dette viste resultatene også at ruminering og distraksjon ikke påvirket humøret hos forsøkspersoner som ikke var deprimerte (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993).

Grubling/ruminering og interpersonlig problemløsning.

Selvfokusert ruminering har videre også vist seg å påvirke interpersonlig problemløsning og tolkninger av hypotetiske fremtidige situasjoner. I en studie utført av Lyubomirsky og Nolen-Hoeksema (1995) ble både dysforiske personer og ikke-dysforiske personer først bedt om å ruminere på sine følelser og personlige egenskaper, og deretter bedt om å forestille seg en fremtidig situasjon. En tredje gruppe dysforiske personer ble indusert til å distrahere seg fra humøret sitt. Resultatene viste at de dysforiske personene i rumineringsbetingelsen viste flere

negative og skjeve (eng. biased) tolkninger av fremtidige situasjoner enn personer i sammenligningsgruppene. Denne gruppen var også mer pessimistisk i vurderinger av positive fremtidige hendelser, samt at de genererte mindre effektive løsninger på en oppgave tenkt å måle interpersonlig problemløsning. Resultatene viste i tillegg at de dysforiske personene i distraksjonsbetingelsen var like optimistiske og effektive i problemløsningsoppgaven som de ikke-dysforiske personene (Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995).

Bekymring.

Empiriske undersøkelser støtter også antagelsen om at repetitive tankeprosesser i form av bekymring er knyttet til negative emosjoner. Spesifikt har bekymring vist seg å ha en negativ innvirkning på emosjonell prosessering, samt å føre til prestasjonsvansker og et økt fokus på trusler (Wells, 2009). Bekymring har videre vist seg å predikere negative skjevheter i selvvurderinger i etterkant av sosiale situasjoner hos personer med sosial fobi (Mellings & Alden, 2000), samt å øke forekomsten av negative tanker knyttet til en selv og fremtidige hendelser (Wells, 2009). Wells og Papageorgiou (1995) viste forsøkspersoner i en undersøkelse se en skrekkfilm, og ba deltakerne engasjere seg i ulike typer tenkning under en kort periode etter filmen ble vist. Forsøkspersonene som ble bedt om å bekymre seg utviste signifikant flere påtrengende bilder relatert til filmen i de påfølgende tre dagene. Generelt tyder disse resultatene på at ruminering og bekymring ser ut til å være en dysfunksjonell strategi i respons til negative tanker (Wells, 2009).

Selvfokusert oppmerksomhet, trusselovervåking og tankeundertrykking.

I tråd med hypotesen i MCT sitt teorigrunnlag har sammenhengen mellom forhøyet selvfokusert oppmerksomhet og psykiske vansker mottatt empirisk støtte (Wells & Matthews, 1994). Et kjennetegn ved CAS er en tendens til å fokusere på personlig relevant og truende informasjon. Et bredt spekter av studier har demonstrert denne skjevheten; ofte da ved bruk av en emosjonell versjon av "Stroop testen" (Wells, 2009). Videre ser det også ut til at tankeundertrykking som strategi er korrelert med økt lidelsestrykk (Rassin et al., 2001). Til tross

for at studier av tankeundertrykking har gitt noe blandede forskningsresultater (Abramowitz, Franklin, Schwartz, & Furr, 2003), ser det ut til at denne strategien i noen tilfeller kan intensivere forekomsten av negative tanker (Wenzlaff, 2004).

Evidens for MCT i praksis

Studier tyder på at MCT-behandling har en svært god effekt, men mange av studiene er foreløpig gjort på små utvalg (Wells, 2009). For eksempel undersøkte Wells et al. (2012) effekten av MCT for behandlingsresistent depresjon. Etter åtte ukentlige sesjoner med MCT som tok for seg oppmerksomhetskontroll, ruminering, bekymring, og metakognitive antagelser fant forfatterne at MCT kan være en effektiv og tidseffektiv behandling for denne type depresjon. Effekten av behandlingen var opprettholdt 6 og 12 måneder etter behandlingsslutt. Videre sammenlignet Wells et al. (2010) MCT og Applied relaxation (AR) i en pilotstudie for generalisert angstlidelse (GAD). 20 deltagere ble randomisert, og mottok ukentlig individuell behandling i 8-12 uker. I denne undersøkelsen konkluderer forfatterne med at MCT har større terapeutisk nytteverdi enn AR når det gjelder bedring på symptomer på bekymring og angst-trekk, og at behandlingen virker svært effektivt for denne lidelsen (Wells et al., 2010). Nyere forskning indikerer at det er en stor terapeutisk nytteverdi ved å rette fokus mot selve grubleprosessen i behandling av depressive lidelser (Hjemdal & Hagen, 2012; Wells, 2009).

Studier av MCT for OCD viser også lovende resultater. Fisher og Wells (2005) undersøkte eksponering med responsprevensjon som atferdseksperimenter for å svekke metaantagelser rundt viktigheten av tanker hos åtte personer med OCD. Etter intervensjonen som besto av korte eksponeringsøvelser med responsprevensjon, og påfølgende presentert behandlingsrasjonale for hver deltager før neste eksponering, viste resultatene at deltagerne opplevde mindre angst, tankefusjon og behov for å gjøre nøytraliserende handlinger for å fjerne ubehag. Forfatterne konkluderer med at denne formen for eksponering er bedre enn eksponering etter habitueringsrasjonalet, og at denne studien gir støtte til den metakognitive modellen for OCD (Fisher & Wells, 2005).

Det foreligger også evidens for en terapeutisk nytteverdi av øvelser med bruk av frakoblet oppmerksomhet og oppmerksomhetstrening (Wells, 2009). I en studie som innebar eksponering med responsprevensjon utforsket for eksempel Fisher og Wells (2005) hvorvidt bruk av frakoblet oppmerksomhet hadde innvirkning på metaantagelser hos pasienter med OCD. Pasientene ble eksponert for et lydbånd bestående av påtrengende tanker (“loop-tape”). I den eksperimentelle betingelsen ble pasientene bedt om å benytte frakoblet oppmerksomhet i respons til tankene som ble lest opp på båndet, mens pasientene i kontrollgruppen benyttet et habitueringsrasjonale. Resultatene viste at pasientene som benyttet frakoblet oppmerksomhet viste en signifikant reduksjon i opplevd angst, negative metaantagelser og behov for å “nøytralisere” tankene i en påfølgende test (Fisher & Wells, 2005).

Fremgangsmåte for litteratursøk

Til nå har vi presentert kroppsdysmorfisk lidelse/BDD og MCT, og videre forsøkt å vise at MCT har hatt en effekt for tilgrensende lidelser til BDD. I søken etter å besvare vår problemstilling, om MCT er nyttig i behandling av BDD og i tilfelle hvordan, gjennomførte vi litteratursøk i et utvalg databaser for å finne publiserte oversiktsartikler eller studier direkte knyttet til denne problemstillingen.

Søkestrategi

Det ble gjennomført et systematisk litteratursøk i databasene AMED (Allied and Complementary Medicine), Econlit, ATLA Religion Database, Embase, The Philosopher’s Index, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Non-Indexed Citations and Ovid MEDLINE(R), PsychINFO, Books@Ovid, UiB’s Journals@Ovid, og Journals@Ovid Full Text. Se tabell 1 og 2 for en fullstendig oversikt over litteratursøk og søkestrategi. Vi benyttet tre søkeord: “body dysmorphic disorder”, “metacognition”, “metacognitive therapy” i ulike kombinasjoner. Litteratursøkene ble gjennomført i august 2013. Det ble gjennomført et siste søk i samme databaser den 17. november, for å fange opp eventuelle nye publikasjoner.

Tabell 1

Database- og søkeoversikt

Database og årstall ¹	Leverandør	Søkefelt	Resultat
AMED 1985-2012	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	0
Econlit 1961-2013	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	0
ATLA 1949- 2013	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	0
Embase 1974-2013	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	3
The Philosophers Index 1940- 2013	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	0
MEDLINE 1946-2013	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	1
PsycINFO 1806-2013	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	5
Books@ Ovid	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	0
UiBs Journals @Ovid	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	4
Journals@ Ovid Full Text	OvidSP	Nøkkelord (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)	7

Tabell 2

Søkestrategi

Trinn	Søkestrategi i internasjonale databaser
1	metacognition
2	metacognitive therapy
3	body dysmorphic disorder
4	1 or 2 (metacognition or metacognitive therapy)
5	3 og 4 (metacognition or metacognitive therapy and body dysmorphic disorder)

Inklusjonskriteriene for litteratursøk var publiserte studier eller oversiktsartikler som undersøkte metakognisjoner i BDD og/eller studier som hadde undersøkt effekten av MCT i behandling av pasienter med BDD. Litteratursøket resulterte i 20 treff. Da duplikater var fjernet gjestod 16 treff. Etter en nøyere gjennomgang av de 16 treffene fant vi at 3 treff møtte inklusjonskriteriene for denne oppgaven.

Resultater av litteratursøk

Resultatet av litteratursøket viser at publiserte studier eller oversiktartikler er svært begrenset på dette feltet. Vi fant en studie som har undersøkt metakognisjoner i BDD (Cooper & Osman, 2007), en studie som har forsøkt å standardisere et kartleggingsverktøy om metakognisjoner i BDD (Rabiei, Salahian, Bahrami, & Palahang, 2011), og et siste studie som har undersøkt effekten av MCT i behandling av BDD (Rabiei, Mulkens, Kalantari, Molavi, & Bahrami, 2012). Disse blir beskrevet i større detalj i det følgende.

En studie tok som nevnt for seg metakognisjoner i BDD. Cooper og Osman (2007) undersøkte ved hjelp av et semistrukturert intervju hvordan 18 pasienter med BDD forholdt seg til spontane og påtrengende mentale bilder og verbale tanker rundt deres utseende. Deltagerne rapporterte forsøk på å distrahere seg selv fra bildene, noe som hadde få fordeler og mange ulemper. Bildene økte pasientenes selvbevissthet og samtidig svekket selvtilliten. Noen forsøkte å møte de mentale bildene med å gjenkalle positive minner fra fortiden. Alle pasientene gjorde

negative vurderinger av seg selv som et resultat av å oppleve disse bildene; de tenkte at de var lite attraktive, stygge, underlegne og uten verdi. Det å se seg selv i speilet var videre en utbredt kilde til evidens for slike vurderinger, i tillegg til reaksjoner fra andre. Forfatterne konkluderer med at personene i studien var engasjert i metakognitiv prosessering i forhold til sine tanker omkring utseende. Gjennom kontroll, korrigerende, vurdering og regulering forsøkte de å håndtere ubehaget assosiert med de utseenderelaterte tankene. Videre konkluderer Cooper og Osman (2007) at metakognisjoner kan være et viktig trekk i informasjonsprosessering hos personer med BDD, og kan bidra til at symptomene opprettholdes.

Også en undersøkelse av Rabiei et al. (2011) tyder på at personer med BDD har visse typiske metakognisjoner. Fordi denne artikkelen er skrevet på iransk, måtte vi støtte oss til sammendraget her. Rabiei og kolleger (2011) konstruerte og vurderte validitet, reliabilitet og faktorstruktur ved spørreskjemaet Body Dysmorphic Metacognition Questionnaire (BDMCQ). Hensikten med skjemaet er å kartlegge metakognitive strategier som er vanlige hos personer med BDD. Studiet viser at pasienter med BDD hadde typiske metakognisjoner som sammenligningsgruppene ikke hadde. Eksempler på dette var at BDD-pasientene hadde flere dysfunksjonelle metakognitive kontrollstrategier, tanke-handlingsfusjon (TAF), dysfunksjonelle positive og negative metakognitive antagelser om utseendet sitt, og at de også hadde dysfunksjonelle sikkerhetssøkende atferder (safety seeking behaviors). Oppsummert skilte BDD-pasientene seg fra andre på trekk som blir ansett som viktige i MCT, og som blir behandlet av denne typen terapi.

Den tredje og siste studien var også en studie utført av Rabiei et al. (2012). I denne studien undersøkte forfatterne effekten av MCT for 20 personer diagnostisert med BDD etter DSM-IV-TR kriterier. Hensikten var å undersøke effekten av MCT på BDD symptomer, samt symptomer på tankefusjon. Pasientene var henvist fra dermatologisk og kosmetiske klinikker i Iran, og utvalget ble randomisert til en eksperimentell gruppe som mottok åtte ukentlige sesjoner (innenfor en tidsramme på 45-60 minutter) med MCT eller til en venteliste-kontrollgruppe.

Utfallet av behandlingen ble målt med Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS) og Thought-Fusion Inventory (TFI). Målinger ble gjort ved pre-test, post-test etter to måneder, samt en oppfølgingsmåling etter seks måneder.

Intervensjonene i studien var basert på Wells (2000) sin modell for metakognitiv terapi.

Behandlingen tok sikte på å hjelpe pasientene med å forstå virkningen av deres metakognisjoner, og hvordan disse bidrar til å opprettholde symptomene. Målsettingen med intervensjon var å endre hvordan pasientene forholdt seg til tankene sine, slik at de i stedet for å tolke tankene som objektive sannheter heller anerkjenner dem som hendelser i sinnet som ikke behøver videre prosessering (Rabiei et al., 2012). Gjennom modifisering av metakognitive antagelser, reattribusjon, bruk av atferdsekspirer, “detached mindfulness”, og analyse av fordeler og ulemper av trusselovervåking av tanker, fant forfatterne at MCT førte til en signifikant større reduksjon av symptomene ved BDD og tankefusjon hos eksperimentgruppen enn det som var tilfellet for kontrollgruppen. Skårene til deltagerne i kontrollgruppen forble uforandret på de samme variablene. De positive effektene av behandlingen var også tilstede seks måneder senere (Rabiei et al., 2012).

Vi fant ingen undersøkelser som sammenliknet MCT med en gruppe som fikk en annen type behandling eller intervensjon som tidligere har vist seg å være effektiv for BDD. Slike undersøkelser ville kunne kaste lys over hvilke bidrag MCT eventuelt kan ha, utover det som allerede oppnås gjennom de behandlingsformer som i dag brukes. Vi fant heller ingen studier som belyste konkret hvilke aspekter ved MCT som kan være de virksomme mekanismene i bedringsprosessen i BDD, som ved “dismanteling studies”, kvalitative studier eller studier av prosessene i terapien over tid.

Diskusjon

I denne oppgaven har vi reist spørsmålet om hvorvidt metakognitiv terapi er egnet i behandling av BDD. For å finne ut dette ønsket vi å undersøke hvorvidt mekanismer postulert i teorien bak MCT synes å finnes i BDD. Sentralt i MCT-teori er elementene ved CAS-systemet,

nemlig selvfokusert oppmerksomhet, bekymring og ruminering/grubling, bruk av uhensiktsmessige strategier i respons til mentale triggere, samt et forsterket fokus på symptomrelaterte trusler. I tillegg er også rollen til positive og negative metakognisjoner i opprettholdelsen av psykisk lidelse sentralt i MCT. Ettersom det særegne ved MCT kan sies å være det eksplisitte fokuset på tankeprosesser og metakognisjoner, valgte vi først å fokusere på dette i vårt litteratursøk. Litteratursøket viste som nevnt kun tre studier som var relevante for vår problemstilling. Osman og Cooper (2007) fant at strategier som tankeundertrykking, tankekontrollering og distraksjon fra ubehagelige tanker så ut til å kjennetegne tankeprosessene hos pasientene med BDD som de intervjuet. Studien fant også at positive og negative metakognisjoner var fremtredende hos disse pasientene. Vi ønsket videre å undersøke hvorvidt det foreligger forskning på effekten av MCT for BDD. Litteratursøket viste her at kun én studie har undersøkt dette direkte. I denne studien, utført av Rabiei et al. (2012), fikk pasienter med BDD MCT-behandling ukentlig over 8 uker, mens kontrollgruppen sto på venteliste. Resultatene fra denne studien var en signifikant reduksjon i BDD-symptomer, samt en signifikant reduksjon i “tankefusjon” for eksperimentgruppen. Et interessant funn var, som tidligere nevnt, at effekten av behandlingen for “tankefusjon” viste seg å være større enn effekten for andre BDD-symptomer. I studien utdypes imidlertid ikke hva dette funnet betyr, og hva det kan innebære at pasientene opplevde en reduksjon i tankefusjon. Det kan tenkes at pasientene ved endt behandling fremdeles opplevde en viss mengde BDD symptomer (som f. eks. forekomst av negative automatiske tanker omkring eget utseende), men at de samtidig evnet å ha en større avstand til slike tanker, noe som er en terapeutisk målsetning i MCT. Resultatene fra denne studien er oppløftende, og tyder på at MCT kan være en effektiv behandling av BDD. De enkelte komponentene i MCT slik de ble gjennomført i dette studiet, er imidlertid ikke klart beskrevet.

Relevant ved litteratursøket var også undersøkelsen gjort av Rabiei et al. (2011).

Forfatterne konkluderer i denne studien med at personer med BDD viser mer dysfunksjonelle metakognisjoner (som f.eks dysfunksjonelle kontrollstrategier, tanke-handlingsfusjon (TAF),

dysfunksjonelle positive og negative metakognitive antagelser om utseendet sitt, og sikkerhetssøkende atferder) enn sammenligningsgruppene. Oppsummert skilte BDD-pasientene seg fra andre kontrollpersoner på antagelser og strategier som adresseres eksplisitt i MCT. Dette tyder også på at MCT kan ha en nytteverdi i behandling av BDD.

Problemstillingen i denne oppgaven var som nevnt hvorvidt MCT kan være nyttig i behandling av BDD, og eventuelt hvordan denne behandlingsformen kan være nyttig. Oppsummert er det per i dag lite forskningsmessig støtte for at MCT kan være nyttig ved BDD. På bakgrunn av teori og forskning på effekten av MCT for tilgrensende psykiske lidelser, mener vi at det likevel er teoretiske grunner til å anta at MCT også kan være nyttig ved BDD. I det følgende vil vi utdype en besvarelse av problemstillingen ved å peke på hvordan BDD kan forstås fra et metakognitivt perspektiv, og videre hvordan MCT etter vår mening kan tenkes å være nyttig i behandling av BDD.

Metaantagelser og begrepet CAS kan være nyttig for å forstå BDD

Metaantagelser om egne tanker har vist seg å være sentrale for å forstå psykisk lidelse, ettersom disse er tett knyttet til hvordan en person velger å regulere egne tanker og følelser (Hjemdal & Hagen, 2012). Basert på de overnevnte studiene kan det se ut til at dette også er tilfelle for personer med BDD. Eksempler kan være at personen antar at han eller hun må kontrollere, unngå eller distrahere seg fra tankene som dukker opp, noe som gjenspeiler positive metaantagelser. Det er også funnet at personer med BDD gjerne har negative antagelser om sine påtrengende bilder, opplever disse som plagsomme, og antar at de må kontrolleres eller unngås (Cooper & Osman, 2007). Dette er nært knyttet til begrepet tankefusjon, noe som gjenspeiler en negativ metaantagelse om tankenes viktighet, betydning og sannhetsverdi (Wells, 2009). I tillegg til slike metaantagelser vil begrepet CAS kunne bidra med et teoretisk forståelse av hvordan problemene ved BDD opprettholdes. Fra et metakognitivt perspektiv kan følgende elementer ved BDD betraktes som deler av CAS; selvfokusert oppmerksomhet, bekymring, grubling/ruminering og andre dysfunksjonelle mestringsstrategier, samt en overvåking av trusler og “defekter”. En

metakognitiv behandling vil sikte mot å modifisere slike dysfunksjonelle antagelser, samt å eliminere CAS, noe som kan tenkes å ha stor nytteverdi i behandling av BDD.

Dysfunksjonelle kontrollstrategier kan opprettholde symptomer ved BDD

Som nevnt ser personer med BDD ut til å oppgi forsøk på å kontrollere tankene sine på ulike måter (Cooper & Osman, 2007). For eksempel kan dette innebære å inngå i kontinuerlig sjekking og overvåking av den oppfattede “defekten”, bekymre seg for eller ruminere over tankene som dukker opp, eller alternativt forsøke å unngå eller undertrykke slike ubehagelige og påtrengende tanker. Fra et metakognitivt perspektiv vil slike strategier betraktes som dysfunksjonelle mestringsstrategier, og har ved tilgrensende lidelser vist seg å fungere opprettholdende for psykiske vansker (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1993; Rassin et al., 2001; Wells, 2009; Wenzlaff, 2004). For eksempel kan det å undertrykke et mentalt bilde av ens egen “defekt” potensielt “slå tilbake”, ettersom denne strategien ikke nødvendigvis vil hindre bildet i å dukke opp igjen. Det kan tenkes at bildet tvert imot vil dukke opp i større grad, ettersom tankeundertrykking har vist seg å paradoksalt nok kunne intensivere forekomsten av negative tanker (Wenzlaff, 2004). Personen kan dermed oppleve at han eller hun har liten grad av kontroll, noe som kan tenkes å føre til frustrasjon og emosjonelt ubehag.

Metaantagelser om grubling og bekymring som opprettholdende faktorer

Et observert trekk ved BDD er videre tendensen til å ruminere i respons til påtrengende tanker og mentale bilder som dukker opp (Veale, 2004a). Dette gjenspeiles i den overdrevne tidsbruken og overopptattheten av tanker omkring eget utseende. Fra et metakognitivt perspektiv vil grubling og bekymring forstås som en konsekvens av personens positive metaantagelser om nytten eller fordelen av å inngå i disse prosessene. Dersom personen i tillegg besitter negative antagelser om tankenes viktighet, sannhetsverdi og ukontrollerbarhet, kan det oppstå emosjonelle vansker som angst (Hansen & Vogel, 2006). Dette kan føre til at personen ender opp i en “ond sirkel”, hvor depressive tanker fører til at han eller hun blir ekstra oppmerksom på negativ informasjon (Wenzlaff et al., 2001). For en person med BDD som opplever plagsomme og

påtrengende bilder omkring eget utseende kan altså ruminering og bekymring føre til et forsterket fokus på nettopp slike tanker, noe som igjen fører til at slike tanker gjerne dukker opp i større grad. En naturlig konsekvens kan, som jo ofte er observert ved BDD, være at personen strever med å komme seg ut av denne onde sirkelen. Dette kan tenkes å bidra til den dårlige livskvaliteten og håpløsheten som mange personer med BDD opplever.

Hvordan kan prosessene i BDD møtes i behandling med MCT?

Modifisere metaantagelser og erstatte dysfunksjonelle strategier.

For å kunne eliminere den destruktive grublingen og bekymringen som ofte sees hos personer med BDD, kan det være høyst nødvendig å utfordre positive og negative antagelser om grubling og bekymring, nødvendigheten av å kontrollere egne tanker, samt betydningen av å inngå i ulike ritualer og tvangsmessige handlinger. Det kan tenkes at det å utfordre disse antagelsene vil være viktig ettersom det ellers vil være vanskelig å motivere til å endre strategi i møtet med de påtrengende tankene og bildene omkring egne “defekter”. På denne måten vil overbevisningen om de fryktede konsekvensene av å ikke engasjere seg i grubling, ritualer og beskyttelsesatferd kunne rokkes ved, og avkreftes.

For å modifisere metaantagelser om tenkning og mestringsstrategier benyttes ofte atferdseksperimenter i den metakognitive behandlingen (Fisher & Wells, 2009). Et passende atferdseksperiment i en behandling av BDD kan tenkes å være en undertrykkingsøvelse, hvor man undersøker hvorvidt tankeundertrykking er en effektiv strategi for å kvitte seg med en tanke eller et bilde (Wells, 2009). Terapeuten kan for eksempel be pasienten om å lukke øynene og hente frem et mentalt bilde av en isbjørn, for så å be ham eller henne om å ikke tenke på denne isbjørnen i tre minutter. Pasienten får instruksjoner om å ikke tillate noen tanker om isbjørnen, og unngå å tenke på denne dersom den dukker opp. Terapeuten kan etter øvelsen spørre pasienten om hvordan dette gikk, og få informasjon om hvilke strategier som ble benyttet for å kvitte seg med eventuelle tanker. I følge Wells (2009) kan undertrykking av tanker ofte kan gi disse ekstra

betydning, og denne øvelsen kan derfor være en nyttig praktisk illustrasjon av en kontrollstrategi som ofte er lite hensiktsmessig.

Styrke metabevisssthet ved hjelp av frakoblet oppmerksomhet.

I MCT vil man hjelpe pasienten med å utvikle nye responser i møtet med negative tanker. Øvelser i frakoblet oppmerksomhet vil ved BDD innebære å identifisere negative tanker om utseendet idet de dukker opp, og heller betrakte disse med en mer observerende holdning uten å engasjere seg i de eller forsøke å kontrollere dem. Relatert til dette viste studien utført av Rabiei et al. (2012) som nevnt at MCT hadde en signifikant effekt på tankefusjon, et funn som også er i tråd med klinisk erfaring med behandling av BDD. Ved endt behandling vil gjerne pasienten fremdeles oppleve å få tanker og innfall om sin opplevde “defekt”, men vil imidlertid bruke langt mindre tid på den påfølgende grubleprosessen i respons til slike tanker (B. Hansen, personlig kommunikasjon, 31.10.13). Ved hjelp av øvelser med bruk av frakoblet oppmerksomhet, og en eksplisitt refleksjon i terapien omkring viktigheten av å engasjere seg i negative tanker, kan det tenkes at slike automatiske tanker ikke lenger vil trigge et like stort ubehag.

En hypotetisk metakognitiv forståelse av BDD: Et eksempel

Et eksempel hentet fra Phillips (2005) er pasienten kalt “Janice”, som forteller om hvordan hun opplever hverdagen sin. Hun forteller følgende; “Jeg er det styggeste i verden. Jeg hater huden min og håret mitt, og hoftene mine er for store. Jeg hater hvordan jeg ser ut. Jeg føler meg motbydelig. Det er den første tanken som melder seg hver morgen: hvordan kommer jeg til å se ut i dag?”. Fra et metakognitivt perspektiv vil man i dette tilfellet være interessert i hvilke antagelser pasienten har om tankene sine når de dukker opp. Er det slik at hun automatisk aksepterer tanker som fakta idet de dukker opp? Hva betyr slike tanker? Hvor mye tid bruker pasienten på disse tankene etter at de har dukket opp? Hva gjør hun for å mestre slike tanker? Hvordan fungerer dette?

Dersom Janice har positive antagelser knyttet til viktigheten av å gi oppmerksomhet til slike tanker når de dukker opp, vil det være naturlig at hun går inn i tankerekker bestående av

grubling og bekymring. Et viktig aspekt vil også være strategien Janice tar i bruk når hun våkner om morgenen og får tanken “Hvordan vil jeg se ut i dag?”. Det kan tenkes at denne tanken aktiverer metaantagelser knyttet til behovet for å overvåke hennes eget utseende, i tilfelle hun ser “motbydelig” ut. En slik overvåkning kan tenkes å føre med seg en sterk selvfokusert oppmerksomhet, noe som gjør henne mer sensitiv for både ytre tegn på, og tanker om, det hun ikke liker ved seg selv. Det kan også tenkes at Janice i liten grad er oppmerksom på selve grubleprosessen, og at hun opplever denne som plagsom og ukontrollerbar. Som tidligere nevnt, når påtrengende tanker blir tolket negativt, for eksempel ved å oppleves som ukontrollerbare, oppstår gjerne negative emosjoner som angst (Hansen & Vogel, 2006). Metakognisjoner og emosjoner kan dermed tenkes å forsterke hverandre i en “ond sirkel”, som gjør det svært vanskelig for Janice å unnsnippe både det negative tankekjøret om hennes avvikende utseende, og de vonde følelsene som aktiveres. Det unike ved MCT i dette tilfellet vil være at terapien retter seg mot hennes egne antagelser om egne tanker, og kan bidra med nye verktøy i møtet med negative automatiske tanker.

Utfordringer i en metakognitiv behandling av BDD

Tankefusjon og egosyntonitet.

Som nevnt tidligere opplever personer med BDD sine symptomer ofte som egosyntone (Eisen et al., 2004), og mange av pasientene med BDD oppgir å være overbevist om at tankene om eget utseende er sanne (Frare et al., 2004). Å opparbeide en mer distansert holdning til egne tanker kan dermed tenkes å være et svært viktig mål i behandlingen av BDD. I MCT vil en forsøke å motarbeide en slik automatisk aksept av tankenes viktighet og sannhetsverdi ved å innta en mer distansert holdning til tanker og følelser når disse dukker opp. Også her kan det være svært nyttig å bruke atferdseksperimenter for å undersøke i praksis hva som skjer dersom personen simpelthen lar tanker og følelser være der, uten å gjøre noe med disse. Indirekte vil man da utfordre dysfunksjonelle antagelser om egen tenkning, og erstatte uhensiktsmessige strategier med

en mer hensiktsmessig måte å respondere på tanker eller bilder av en selv som dukker opp i sinnet.

Skam og aktivering av sterke følelser knyttet til selvbildet.

Ettersom BDD er en lidelse som har vist seg å ofte være preget av sterk skamfølelse, et sterkt lidelsestrykk og i noen tilfeller fare for selvmord, kan det tenkes å være naturlig at overveldende følelser kan forekomme i terapiprosessen. Ettersom en forutsetning for å kunne implementere frakoblet oppmerksomhet i respons til negative tanker vil være at personen ikke er følelsesmessig overaktivert (Wells, 2009), kan det tenkes at det ved BDD vil kreve både tålmodighet og kontinuerlig øvelse i å koble seg fra triggertankene. I følge Hunstad (personlig kommunikasjon, 15.11.13) vil man ved å kutte ut ritualer og sikkerhetsatferder indirekte slutte å vie oppmerksomhet til disse tankene, og resultatet kan være at tankene også dukker opp sjeldnere. Fra et slikt perspektiv vil man også forstå skam som en form for uhensiktsmessig grubling (E. Hunstad, personlig kommunikasjon, 15.11.13). Det kan tenkes at det vil være lettere å bygge opp en mer positiv selvfølelse dersom personen opplever å få en mer fleksibel kontroll over oppmerksomheten. I dette ligger en mulighet til å i større grad velge hvilke tanker han eller hun ønsker å gi oppmerksomhet til og ikke, samt å kunne legge merke til sine positive trekk og egenskaper i større grad.

Har MCT noe å bidra med utover det som gis av behandling i dag?

Basert på resultatene fra litteratursøket i denne oppgaven tyder det på at de sentrale elementene i MCT kan være til nytte i en behandling av BDD. Hvorvidt MCT vil være å foretrekke framfor behandlingen som gis for BDD i dag, fortrinnsvis da ved KAT, kan imidlertid ikke besvares da det ikke er gjennomført noen kontrollerte sammenligningsstudier av disse behandlingsformene. En mulighet er at KAT kan ha en indirekte effekt på graden av metabevissthet og distanse til tanker. Det vil imidlertid ikke her være et eksplisitt fokus på selve tankeprosessen framfor tankeinnholdet, samt at metaantagelser heller ikke adresseres direkte. En mulig negativ konsekvens av å fokusere på innholdet i tankene, samt å oppfordre til å utfordre

disse, er at dette kan skape et nytt grubleelement (E. Hunstad, personlig kommunikasjon, 15.11.13).

Overfor har vi referert til forskning som tyder på at MCT kan ha god effekt ved andre lidelser, som f. eks. OCD, depressiv lidelse og tvangslidelse. Det er likevel viktig å ikke anta at teknikker og terapeutiske intervensjoner fra MCT kan overføres direkte fra behandling av en lidelse til en annen. Som eksempelvis hevdet av Wilhelm et al. (2010), er BDD som lidelse unik, og skiller seg fra andre beslektede lidelser til tross for mulige fellestrekk i de opprettholdende mekanismer. I denne forbindelse trekker også Wells (2009) fram at metakognitiv behandling anbefales å skreddersys ved ulike lidelser. Det vil for eksempel ikke vil være hensiktsmessig å overføre øvelser i oppmerksomhetstrening og i frakoblet oppmerksomhet direkte fra en behandling til en annen, da dette krever en teoretisk forståelse av hver lidelses unike natur.

Det kan tenkes at mangelen på forskning på MCT og BDD har en sammenheng med at metakognitiv terapi er en relativt ny terapiform. Til tross for at en svakhet ved forskningen på MCT og BDD er at denne er basert på få studier og små utvalg, ser det imidlertid ut til at prosessene som er beskrevet i CAS kan fungere pådrivende og opprettholdende for lidelsen. Det vil dermed være behov for spesifikk forskning på metakognisjoner og opprettholdende prosesser ved BDD, samt på effekten av en metakognitiv behandlingstilnærming for denne lidelsen. En slik studie er imidlertid i oppstart ved Psykologisk institutt i Trondheim ved NTNU, og det vil bli spennende å se hvilke resultater dette vil gi.

Konklusjon

I denne oppgaven har vi gjort grundig rede for BDD som lidelse og MCT som en mulig behandlingsform av denne lidelsen. Vi undersøkte litteraturen på feltet gjennom et systematisk litteratursøk, og resultatene viste at publisert forskning på dette er begrenset. Funnene tyder imidlertid på at metakognisjoner og prosesser som beskrevet i det teoretiske bakteppet ved MCT spiller en sentral rolle i opprettholdelsen av BDD. Dette kan tyde på at MCT vil være nyttig i

behandling av BDD. Flere randomiserte kontrollstudier er nødvendig for å med sikkerhet kunne si noe om MCT sin nytteverdi i behandling av BDD.

Referanser

- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 71*(6), 1049-1057. doi: 10.1037/0022-006x.71.6.1049
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, B. A., . . . Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: Results from a family study. *Biol Psychiatry, 48*(4), 287-293.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T., & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behav Res Ther, 21*(1), 9-16.
- Buhlmann, U., Cook, L. M., Fama, J. M., & Wilhelm, S. (2007). Perceived teasing experiences in body dysmorphic disorder. *Body Image, 4*(4), 381-385. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.06.004
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brahler, E., & Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Res, 178*(1), 171-175. doi: 10.1016/j.psychres.2009.05.002
- Cohen, L. J., Kingston, P., Bell, A., Kwon, J., Aronowitz, B., & Hollander, E. (2000). Comorbid personality impairment in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry, 41*(1), 4-12.
- Coles, M. E., Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., Weisberg, R. B., & Stout, R. L. (2006). Body dysmorphic disorder and social phobia: Cross-sectional and prospective data. *Depression and Anxiety, 23*(1), 26-33. doi: 10.1002/da.20132

- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H., & Phillips, K. A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *Gen Hosp Psychiatry, 30*(1), 67-72. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2007.09.004
- Cooper, M., & Osman, S. (2007). Metacognition in body dysmorphic disorder - A preliminary exploration. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*(2), 148-155.
- Cororve, M. B. (2001). Body dysmorphic disorder: A review of conceptualizations, assessment and treatment strategies. *Clinical Psychology Review, 21*(6), 949-970.
- Deckersbach, T., Savage, C. R., Phillips, K. A., Wilhelm, S., Buhlmann, U., Rauch, S. L., . . . Jenike, M. A. (2000). Characteristics of memory dysfunction in body dysmorphic disorder. *Journal of International Neuropsychological Society, 6*(6), 673-681.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E., & Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry, 45*(1), 10-15. doi: 10.1016/j.comppsy.2003.09.010
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., & Rasmussen, S. A. (1999). Obsessions and delusions: The relationship between obsessive-compulsive disorder and the psychotic disorders. *Psychiatric Annals, 29*(9), 515-522.
- Feusner, J. D., Hembacher, E., Moller, H., & Moody, T. D. (2011). Abnormalities of object visual processing in body dysmorphic disorder. *Psychological Medicine, 41*(11), 2385-2397. doi: 10.1017/s0033291711000572
- Feusner, J. D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Mancusi, L., & Bohon, C. (2010). What causes BDD: Research findings and a proposed model. *Psychiatric Annals, 40*(7), 349-355.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy, 43*(6), 821-829. doi: 10.1016/j.brat.2004.09.002

Fisher, P., & Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: The CBT distinctive features series*. London: Routledge.

Folke, F., Von Bahr, M., Assadi-Talaremi, V., & Ramnerö, J. (2012). Exposure and response prevention in the treatment of body dysmorphic disorder: A case series. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 8(4), 255-287.

Frare, F., Perugi, G., Ruffolo, G., & Toni, C. (2004). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: A comparison of clinical features. *European Psychiatry*, 19(5), 292-298. doi: 10.1016/j.eurpsy.2004.04.014

Grant, J. E., Kim, S. W., & Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of clinical psychiatry*, 62(7), 517-522.

Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2005). Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Annual Clinical Psychiatry*, 17(4), 205-210.

Gunstad, J., & Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry*, 44(4), 270-276. doi: 10.1016/s0010-440x(03)00088-9

Hansen, B., & Vogel, P. A. (2006). En metakognitiv behandlingsmodell ved tvangslidelse. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 43, 708-713.

Hartmann, Andrea S., Greenberg, Jennifer L., & Wilhelm, Sabine. (2013). The relationship between anorexia nervosa and body dysmorphic disorder. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 675-685.

Hjemdal, O., & Hagen, R. (2012). Metakognitiv terapi ved depresjon. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 49, 59-63.

Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectr*, 13(4), 316-322.

- Krebs, G., Turner, C., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2012). Cognitive behaviour therapy for adolescents with body dysmorphic disorder: A case series. *Behav Cogn Psychother*, *40*(4), 452-461. doi: 10.1017/s1352465812000100
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *J Pers Soc Psychol*, *69*(1), 176-190.
- Matthews, G., & Wells, A. (2004). Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 125-152). Chichester, UK: Wiley.
- McKay, D. (1999). Two-year follow-up of behavioral treatment and maintenance for body dysmorphic disorder. *Behav Modif*, *23*(4), 620-629.
- Mellings, T. M., & Alden, L. E. (2000). Cognitive processes in social anxiety: the effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behav Res Ther*, *38*(3), 243-257.
- Neziroglu, F., & Khemlani-Patel, S. (2002). A review of cognitive and behavioral treatment for body dysmorphic disorder. *CNS Spectr*, *7*(6), 464-471.
- Neziroglu, F., & Khemlani-Patel, S. (2003). Therapeutic approaches to body dysmorphic disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *3*, 307-322.
- Neziroglu, F., Khemlani-Patel, S., & Yaryura-Tobias, J. A. (2006). Rates of abuse in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Body Image*, *3*(2), 189-193. doi: 10.1016/j.bodyim.2006.03.001
- Neziroglu, F., McKay, D., Todaro, J., & Yaryura-Tobias, J. A. (1996). Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behav Ther*, *27*(1), 67-77.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J Abnorm Psychol*, *100*(4), 569-582.

- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *J Abnorm Psychol*, 109(3), 504-511.
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). The response style theory. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 107-124). Chichester, UK: Wiley.
- Nolen-Hoeksema, S., & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *J Pers Soc Psychol*, 77(4), 801-814.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7(6), 561-570.
- Osman, S., Cooper, M. J., Hackman, A., & Veale, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder. *Memory*, 12(4), 428-436.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 160-164.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004a). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: Wiley.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004b). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 3-20). Chichester, UK: Wiley.
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorders: The distress of imagined ugliness. *The American journal of psychiatry*, 148(9), 1138.
- Phillips, K. A. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The journal of nervous and mental disease*, 185(9), 570-577.

- Phillips, K. A. (2000). Quality of life for patients with body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous Mental Disease, 188*(3), 170-175.
- Phillips, K. A. (2002). The obsessive-compulsive spectrums. *Psychiatric Clinical North America, 25*(4), 791-809.
- Phillips, K. A. (2004a). Body dysmorphic disorder: Recognizing and treating imagined ugliness. *World Psychiatry, 3*(1), 12-17.
- Phillips, K. A. (2004b). Psychosis in body dysmorphic disorder. *J Psychiatr Res, 38*(1), 63-72.
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder* New York: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. (2011). *Body dysmorphic disorder* (R. Hudak & D. D. Darin Eds.). Cambridge: Cambridge University Press.
- Phillips, K. A. , & Diaz, S. F. . (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*(9), 570-577.
- Phillips, K. A. , McElroy, S. L. , Keck, P. E. , Pope, H. G. , & Hudson, J. I. . (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *American Journal of Psychiatry, 150*, 302-308.
- Phillips, K. A., Dufresne, R. G., Jr., Wilkel, C. S., & Vittorio, C. C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy Dermatology, 42*(3), 436-441.
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J., & Albertini, R. S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics, 42*(6), 504-510. doi: 10.1176/appi.psy.42.6.504

- Phillips, K. A., Gunderson, C. G., Mallya, G., McElroy, S. L., & Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*(11), 568-575.
- Phillips, K. A., & Hollander, E. (2008). Treating body dysmorphic disorder with medication: Evidence, misconceptions, and a suggested approach. *Body Image, 5*(1), 13-27. doi: 10.1016/j.bodyim.2007.12.003
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C., & Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacol Bulletin, 33*(1), 17-22.
- Phillips, K. A., & McElroy, S. L. (2000). Personality disorders and traits in patients with body dysmorphic disorder. *Compr Psychiatry, 41*(4), 229-236. doi: 10.1053/comp.2000.7429
- Phillips, K. A., & Menard, W. . (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *American Journal of Psychiatry, 163*(7), 1280-1282.
- Phillips, K. A., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C., & Stout, R. L. (2006). Delusional versus nondelusional body dysmorphic disorder: Clinical features and course of illness. *J Psychiatr Res, 40*(2), 95-104. doi: 10.1016/j.jpsychires.2005.08.005
- Phillips, K. A., Pinto, A., Hart, A. S., Coles, M. E., Eisen, J. L., Menard, W., & Rasmussen, S. A. (2012). A comparison of insight in body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *J Psychiatr Res, 46*(10), 1293-1299. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.05.016
- 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.

- Rabiei, M., Salahian, A., Bahrami, F., & Palahang, H. (2011). Construction and standardization of the body dysmorphic metacognition questionnaire. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 21(83), 42-52.
- Rassin, E., Diepstraten, P., Merckelbach, H., & Muris, P. (2001). Thought-action fusion and thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*, 39(7), 757-764.
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A., & Brähler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(06), 877-885. doi: doi:10.1017/S0033291706007264
- Rosen, James C., Reiter, Jeff, & Orosan, Pam. (1995). Cognitive-behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 263-269. doi: 10.1037/0022-006X.63.2.263
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583.
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J., & Whitaker, L. A. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*, 101(6), 1644-1649.
- Veale, D. (2004a). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125. doi: 10.1016/s1740-1445(03)00009-3
- Veale, D. (2004b). Body dysmorphic disorder. *Postgraduate Medical Journal*, 80(940), 67-71. doi: 10.1136/pmj.2003.015289
- Veale, D. (2007). Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Advances in Psychiatric treatment*, 13, 438-446.

- Veale, D., Boocock, A., Gournay, K., Dryden, W., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder. A survey of fifty cases. *British Journal of Psychiatry, 169*(2), 196-201.
- Veale, D., Ennis, M., & Lambrou, C. (2002). Possible association of body dysmorphic disorder with an occupation or education in art and design. *American Journal of Psychiatry, 159*(10), 1788-1790.
- Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R., & Walburn, J. (1996). Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 34*(9), 717-729.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 23*(4), 337-355.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- 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., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behav Res Ther, 34*(11-12), 881-888.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive images following stress. *Behav Res Ther, 33*(5), 579-583.

- 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
- Wenzlaff, R. M. (2004). Mental control and depressive rumination. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* (pp. 59-78). Chichester, UK: Wiley.
- Wenzlaff, R. M., Rude, S. S., Taylor, C. J., Stultz, C. H., & Sweatt, R. A. (2001). Beneath the veil of thought suppression: Attentional bias and depression risk. *Cognition and Emotion, 15*(4), 435-452.
- Wilhelm, S., Buhlmann, U., Hayward, L. C., Greenberg, J. L., & Dimaite, R. (2010). A cognitive-behavioral treatment approach for body dysmorphic disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 241-247.
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Lohr, B., & Deckersbach, T. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder: A case series. *Behaviour Research and Therapy, 37*(1), 71-75.
- Wilhelm, S., Phillips, K. A., Fama, J. M., Greenberg, J. L., & Steketee, G. (2011). Modular cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Behav Ther, 42*(4), 624-633. doi: 10.1016/j.beth.2011.02.002
- World Health Organization. (1992). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Compr Psychiatry, 39*(5), 265-270.