

**Metakognitiv gruppeterapi for pasienter med generalisert angstlidelse: En pilotstudie**

Torun Katrine Larsen

Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

### Forord

Temaet for denne oppgaven har jeg kommet frem til i samråd med veileder Stian Solem. Fra starten av var det tenkt at dette skulle bli en standard effektstudie, med kvantitative data som viste effekten av MCT i gruppeterapi. Jeg besøkte St. Olavs sykehus, Spesialpost 4 ved to anledninger. Dette for å samle data og for å få videomateriale fra behandlingen. I første omgang ble plotting av data og en videre dataanalyse gjennomført. I og med at utvalget var såpass lite, og at det ved oppfølgingsmål var enda mindre, var det vanskelig å gjøre generaliseringer ut fra funnene. Jeg kjente på et behov for å gjøre noe mer ut av oppgaven, noe som i større grad kunne ha nytteverdi for den videre utviklingen av g-MCT for GAD. Ved å observere flere timer med terapivideo og ved å delta i et møte med Peter Fisher, fikk jeg stor interesse for selve terapiprosessen. Jeg hadde mange tanker knyttet til gjennomførelsen av terapien og hva som kunne ha god eller dårlig påvirkning på behandlingsresultatet. Jeg plukket ut noen av temaene og gikk videre på disse med hjelp av ulike videoanalyser. Etter hvert som flere har besvart oppfølgingsmål, har disse tallene blitt inkludert i studien.

Jeg ønsker å takke Svein Haseth og Torun Grøtte på Spesialpost 4 for god hjelp og interessante samtaler, og ikke minst for at jeg fikk benytte datamaterialet deres. Også samboeren min, Aksel Lindstad, får en stor takk for all støtte under skriveprosessen. En spesiell takk rettes til Stian Solem, som med tålmodighet har veiledet meg, og som har ført meg inn på rett spor hver gang jeg har latt meg friste av stadig nye temaer.

Torun K. Larsen, Modum Bad, november 2015

## Sammendrag

Forskning støtter den metakognitive modellen for generalisert angstlidelse (GAD). Metakognitiv terapi (MCT) har vist seg å være en effektiv metode for behandling av pasienter diagnostisert med GAD. Få studier har tatt for seg hvordan denne terapien fungerer i gruppeformat. Spesialpost 4 ved Østmarka sykehus, St. Olavs hospital, har gjennomført et prosjekt hvor de har brukt gruppebasert MCT som behandlingsform. Pasientene ( $n=15$ ) var fordelt på tre grupper. Utfallsmålene benyttet var Penn State Worry Questionnaire, Generalized Anxiety Disorder Scale, Generalized Anxiety Disorder-7 og Patient Health Questionnaire-9. Målinger ble gjort pre-behandling, post-behandling og ved 3, 6 eller 12 måneders oppfølging. Resultatene viste at pasientene fikk signifikant reduserte symptomer på angst og depresjon og dysfunksjonelle metakognisjoner. Det var 46% som oppnådde klinisk signifikant bedring. Dette tallet er på størrelse med andre behandlingsformer for GAD, men et lavere tall enn ved tidligere studier av MCT for GAD. Videoanalyser av etterlevelse av manualen, terapeutkompetanse og gruppeklima ble utført og det diskuteres hvorvidt disse faktorene påvirket det terapeutiske utfallet.

### **Metakognitiv gruppeterapi for pasienter med generalisert angstlidelse**

Generalisert angstlidelse (GAD) er en av de vanligste psykiske lidelsene (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe 2006). En epidemiologisk studie av psykiske lidelser hos den norske befolkning, fant at GAD hadde en livstidsforekomst på 4.5% og en årsprevalens på 1.9% (Kringlen, Torgersen & Cramer, 2001). Typisk for individer diagnostisert med generalisert angstlidelse er deres tendens til overdreven og kronisk bekymring. Bekymring defineres som ”en kjede av tanker og bilder ladet med negativ affekt. ... Bekymringsprosessen representerer et forsøk på mental problemløsning rundt temaer hvor utfallet er usikkert” (Borkovec, Robinson, Pruzinsky & DePree, 1983, s. 10, egen oversettelse). Hos personer med GAD oppleves bekymringen å være utenfor deres egen kontroll (Wells, 2009). Det som utløser bekymringsepisoder er som regel negative tanker i form av ”tenk hvis”-spørsmål (Wells, 2006), og bekymringen involverer ofte katastrofetenking (Wells, 2009) (for eksempel ”Tenk hvis det skjer en ulykke”). Ved GAD går bekymringen på tvers av ulike domener (minst to) heller enn at de bekymrer seg innenfor ett spesifikt område. I tillegg til bekymring er flere fysiologiske symptomer vanlig ved GAD, som søvnforstyrrelse, slitenhet, rastløshet, irritabilitet, muskelspenning og konsentrasjonsvansker. Et kriterium for diagnosen er at symptomene fører til nedsatt funksjon i dagliglivet (American Psychiatric Association, DSM-IV-TR, 2000).

Hyppigheten av lidelsen indikerer nedsatt livskvalitet hos mange rammede og medfører samtidig samfunnsøkonomiske kostnader, i form av for eksempel sykemelding og uførhet. En effektiv behandling av lidelsen er derfor viktig. I Statens helsetilsyn sine kliniske retningslinjer for utredning og behandling av angstlidelser (2000) står kognitiv atferdsterapi (CBT) som den anbefalte behandlingen for GAD. Nye omfattende metaanalyser viser at CBT er effektivt sammenlignet med venteliste eller vanlig behandling (TAU) (Hunot, Churchill, Teixeira & Silva de Lima 2007; Mitte, 2005), og flere studier anslår at CBT fører til statistisk signifikante endringer og store effektstørrelser ved GAD-behandling (Covin, Ouimet, Seeds & Dozois, 2007). Det ser dessuten ut til at det er lavt frafall ved denne behandlingen for GAD (Borkovec & Ruscio, 2001). Effekten fra CBT for GAD er likevel et godt eksempel på hvordan statistisk signifikant endring ikke nødvendigvis indikerer en *klinisk* signifikant endring, eller det en kan kalle tilfriskning (van der Heiden, Muris & van der Molen, 2012). For å få et klinisk relevant mål på behandlingseffektivitet har Jacobson og Truax (1991)

utviklet et standardisert kriterie for tilfriskning. Med utgangspunkt i disse kriteriene peker forskningen på at under 50% av pasientene med GAD opplever klinisk signifikant endring etter CBT-behandling. Det er også manglende bevis for langtidseffekten av denne behandlingsmetoden for GAD (Hunot et al., 2007).

Den begrensede effekten av CBT for GAD har ført til forsøk på å forbedre de allerede eksisterende behandlingsmetodene og til utviklingen av nye behandlingsformer (Fisher, 2006). En av de innovative terapiretningene er metakognitiv terapi (MCT) (Wells, 2000). MCT er basert på over 25 år med forskning på prosesser som bidrar til utvikling og opprettholdelse av psykisk lidelse. Innenfor denne tilnærmingen er det utarbeidet en helt egen forklarings- og behandlingsmodell for GAD (Wells, 2000), og det er denne behandlingsformen oppgaven tar for seg videre.

MCT er en form for kognitiv terapi fordi man jobber med å endre tanker, men MCT skiller seg fra CBT ved å ha fokus på *hvordan* man tenker heller enn selve *tankeinnholdet* (Wells, 1999). Hvordan man tenker vil avhenge av det Wells (2009) kaller metakognisjoner. Metakognisjoner er antakelser man har om egen tankevirksomhet, eksempelvis at noen tanker er farlige, at det er nyttig å dvele ved noen tanker, eller at det er viktig å fokusere mer på en ting over en annen. Det er altså ikke antakelser om verden, selvet og fremtiden, som man jobber med i kognitiv terapi (Beck, 2011), men antakelser om egen tankevirksomhet og oppmerksomhet. Wells (2000) hevder at mennesker som utvikler psykisk lidelse har dysfunksjonelle metakognisjoner. I MCT jobber man derfor med å modifisere disse.

Metakognisjonene er delt inn i to hovedgrupper; positive metaantakelser og negative metaantakelser (Wells, 1995). Positive metaantakelser er antakelser om fordeler med tenkningen og negative metaantakelser er antakelser om ulemper eller farer med tenkningen (1997). Hvordan de to typene metaantakelser påvirker ens tenkning, beskrives av Wells og Matthews (1996) gjennom selvreguleringsmodellen (S-REF-modellen) – modellen metakognitiv teori bygger på. Ut fra S-REF-modellen kan positive metaantakelser føre til at man engasjerer seg i repetitive negative tankeprosesser. Grubling og bekymring er slike tankeprosesser. Positive metaantakelser kan for eksempel være at ”ved å gruble finner jeg årsaken” eller ”bekymring gjør meg mer forberedt”. Å ha positive metaantakelser vil i seg selv ikke føre til psykisk lidelse, men det øker sannsynligheten for at

en person stadig bruker grubling eller bekymring som mestringsstrategi (Hjemdal, Hagen, Nordahl & Wells, 2013). Når grublingen eller bekymringen er påbegynt, og personen opplever negativ affekt, kan negative metaantakelser om tankeprosessene utløses (Wells & Matthews, 1996). Negative antakelser kan være at ”grubling gjør meg gal” eller ”bekymringen er utenfor min kontroll”. Det er de negative antakelsene man innenfor MCT anser som patologiske (Hjemdal et al., 2013).

Konsekvenser av de negative metaantakelsene kan være både kognitive og atferdsmessige endringer, for eksempel forsøk på å undertrykke tanker og unngåelsesatferd. Disse endringene virker mot sin hensikt når det ikke fører til reduksjon, men til en økning av grubling eller bekymring. Dette kan igjen styrke de negative metaantakelsene om at tankene er farlige eller utenfor ens egen kontroll. Personen kan som følge gi opp forsøkene på å redusere de repetetive negative tankeprosessene, og bruker heller mer av de uheldige mestringsstrategiene (Wells & Matthews, 1996). Vedkommende risikerer å fanges i en emosjonell forstyrrelse, preget av en lite fleksibel, tilbakevendende tankestil, som oftest kjennetegnet av bekymring, grubling, fokus på trussel og unngåelse. Responsmønsteret beskrevet går under navnet kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS). Metaantakelser og et slikt responsmønster (KOS) anses innenfor MCT som årsaksfaktorer for utvikling og opprettholdelse av psykisk lidelse (Wells, 2009).

Bekymring er som kjent kardinaltrekket ved GAD, og bekymring står i hovedfokus i den metakognitive behandlingen av lidelsen. I den metakognitive modellen for GAD skiller en mellom to typer bekymring. Type 1-bekymring er de vanlige bekymringene man har. Som regel handler dette om hverdagslige ting som økonomi, helse, sosial mestring, ulykker og katastrofer. Type 2-bekymring er bekymring om bekymring, og er relatert til negative metaantakelser om bekymring (Nordahl, 2014). En tenker seg at de fleste mennesker har positive metaantakelser om bekymring, og at det særlig er metabekymringene som skiller GAD-pasienter fra andre (Wells, 2009).

Den metakognitive forklaringsmodellen for GAD har empirisk støtte (Hjemdal et al., 2013), se Wells (2009) for en detaljert gjennomgang. *Behandlingen* har også vist seg, gjennom flere undersøkelser, å ha god effekt, også når det kommer til klinisk signifikant bedring, målt med kriteriene til Jacobson & Truax (1991). Wells & King (2006) gjennomførte en åpen studie ( $n=10$ ) hvor det ble rapportert tilfriskning hos 88% av pasientene rett etter behandling og hos 75% ved 6 og 12 måneders

oppfølging, målt med STAI-T (State-Trait Anxiety Inventory – Trait Version; Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). Studien ble etterfulgt av en randomisert kontrollert studie (RCT;  $n=20$ ; Wells et al., 2010), der MCT ble sammenlignet med anvendt avslapning (AR), en variant av kognitiv terapi. Det viste seg at MCT var overlegen AR både rett i etterkant av behandlingen og etter 6 og 12 måneders oppfølging (Wells et al., 2010), ut fra resultater på STAI-T, PSWQ (Penn State Worry Questionnaire; Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) og MCQ (Metacognitions Questionnaire; Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Fisher (2006) vurderte resultatene fra Wells et al. (2010) sin studie opp mot resultater fra andre RCT-er med utfallsmålene PSWQ og/eller STAI-T. MCT viste seg å ha den klart høyeste bedringsraten (se tabell 1; Borkovec & Costello, 1993; Borkovec, Newman, Pincus & Lytle, 2002; Dugas et al., 2003; Öst & Breitholtz, 2000; Wells et al., 2010). Små utvalgsstørrelser ved flere av studiene reiser imidlertid spørsmål ved generaliserbarhet.

*Tabell 1: Litteraturgjennomgang av Fisher (2006).*

Behandlingsform	% klinisk tilfriskning, post-behandling	% klinisk tilfriskning, 12 måneder F-U
Anvendt avslapning (AR)	37	38
Kognitiv terapi (CT)	37	33
Kognitiv atferdsterapi (CBT)	48	53
Intoleranse for usikkerhet (IUT)	48	64

Ved NTNU (Kvistedal, 2011) ble det gjennomført en RCT ( $n=42$ ) hvor de undersøkte effekten av MCT og CBT for behandling av GAD. MCT viste seg å være mer effektivt enn CBT på målene PSWQ, BAI (Beck Anxiety Inventory; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) og BDI (Beck Depression Inventory; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). van der Heiden, Muris & van der Moren (2012) sammenlignet i en RCT ( $n=126$ ) MCT med en annen innovativ

behandlingsmetode, IUT (intolerance of uncertainty therapy). Utfallet i denne studien indikerte at MCT var mer effektivt enn IUT og DT (delayed treatment control), da henholdsvis 91% (MCT), 80% (IUT) og 0% (DT) av pasientene ikke lenger oppfylte kriteriene for en GAD-diagnose etter fullført behandling. MCT var mest effektivt vurdert ut fra majoriteten av utfallsmålene. (Tabell 2.)

Det er fattet interesse for gruppeterapi basert på MCT-modellen (g-MCT). En tenker seg at gruppeterapi er ressursbesparende når man ved å behandle gruppevis får kuttet raskere ned på ventelister, og ved at man får større utbytte av terapeutens tid (Rees & van Koesveld, 2008). Andre og viktige argumenter for å gjennomføre terapi i gruppe er at gruppesettingen kan tilby normalisering, støtte fra andre i samme situasjon og rollelæring (Yalom 1995). En potensiell fordel med gruppeformatet er også muligheten man får til å hjelpe andre. Dette kan medføre gevinster som bedre selvfølelse og mindre ensomhet (Himle, Van Etten & Fischer, 2003).

Man antar at MCT er en terapiform som passer godt inn i gruppeformat, blant annet fordi det i MCT ikke anses som nødvendig å gå inn i det spesifikke tankeinnholdet hos hver enkelt pasient; det er de generelle holdningene man har til tanker som utfordres (Rees & van Koesveld, 2008; Wells, 2009). I tillegg kan det være gunstig at MCT springer ut fra S-REF-modellen, i og med at dette er en transdiagnostisk teori (Wells & Matthews, 1996). At teorien er transdiagnostisk betyr at den retter seg mot psykologiske grunnprosesser som er felles for flere psykiske lidelser (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012). I grupper vil man nødvendigvis finne pasienter med ulike sykdomsbilder og komorbide lidelser, og av den årsak kan en transdiagnostisk tilnærming være fordelaktig.

Hos en gruppe GAD-pasienter vil man ofte observere at flere har en komorbid depressiv lidelse. Da kan g-MCT betraktes som en særlig god metode. En økende bevismengde påpeker at grubling og bekymring er innblandet i opprettholdelsen av de ulike emosjonelle lidelsene (Harvey, Watkins, Mansell & Shafran, 2004; McEvoy & Brans, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011), og empiri viser at MCT er effektivt for behandling av depresjon (Dammen, Papageorgiou & Wells, 2014; Wells et al., 2012), så vel som for behandling av GAD.

Det er til nå gjennomført to studier på g-MCT for GAD. van der Heiden, Melchior & de Stigter (2013) evaluerte 14 timer g-MCT for GAD ( $n=33$ ), men fant høyere frafallsrate (27% vs. 18%) og dårligere utfall enn van der Heiden et al. (2012) gjorde i sitt forsøk med MCT. Klinisk signifikant



bedring var tilnærmet lik, men effektstørrelsen var mindre i gruppeterapien (van der Heiden et al., 2013). I en studie av McEvoy et al. (2014) viste utfallet en større nedgang i patologisk bekymring enn i gruppeterapien til van der Heiden et al. (2013), hvor pasientene fikk like mange terapitimer. McEvoy et al. (2014) forklarte funnene, i alle fall delvis, med at de i deres studier hadde færre personer per gruppe (3-7) enn van der Heiden et al. (2013; 10-14 per gruppe), og at de da hadde mer tid til hver enkelt person. Effektstørrelsen ved studien til McEvoy et al. (2014) var imidlertid mindre enn ved individualbehandlingen til van der Heiden et al. (2012). McEvoy et al. (2014) mener dette kan ha sammenheng med at deres måling ble gjort etter 10 uker behandling, mens van der Heiden et al. (2012) målte etter 14 uker. McEvoy et al. (2014) tenker seg at deres behandling ville oppnå effektstørrelser på linje med van der Heiden et al. (2013) hvis de gjorde målinger ut fra samme tidsaspekt. Se tabell 2 for å finne de nøyaktige tallene på klinisk signifikant bedring og effektstørrelse.

Det bør nevnes at kuttskåren som indikerer klinisk signifikant bedring har variert noe i ulike studier. Ved å legge til standardiserte Jacobsons kriterie (Jacobson & Truax, 1991) til målet på PSWQ fant Fisher (2006) en kuttskåre på 47 poeng og en endringsskåre på minst 7. van der Heiden et al. (2012; 2013) og McEvoy et al. (2014) har tatt utgangspunkt i en nyere utregning som finner en kuttskåre på 53. (Tabell 2.)

*Tabell 2: Tidligere studier av MCT for GAD.*

Studie	% klinisk tilfriskning, post-behandling, PSWQ	<i>d</i>
Wells et al. (2010)	80*	2.87
Kvistedal (2011)	71*	2.48
van der Heiden et al. (2012)	72**	2.39
van der Heiden et al. (2013)	71**	1.86
McEvoy et al. (2014)	65**	1.82

*Merknad: N= Fullført behandling. \*kuttgrense på 47, \*\*kuttgrense på 53.*

G-MCT har også vist seg å ha god effekt ved behandling av andre lidelser, som depresjon med komorbid angstlidelse og OCD (Dammen et al., 2014; Rees & van Koesveld, 2008).

Tidligere studier av kognitiv atferdsterapi for GAD i gruppeformat (Dugas et al., 2003; White, Keenan & Brooks, 1995) støtter ideen om at GAD kan behandles i gruppe. De gode resultatene fra MCT for GAD sett i kombinasjon med indikasjoner på at både GAD-behandling og MCT er effektivt i gruppeformat, gjør det interessant å gjennomføre nærmere undersøkelser av g-MCT for GAD.

### **Hypoteser**

**H1:** MCT i gruppe fører til signifikant reduksjon av bekymring (PSWQ) og symptomer på angst (GAD-7) hos pasienter diagnostisert med GAD.

**H2:** MCT i gruppe fører til signifikant reduksjon av positive og negative metaantakelser (GADS) hos pasienter diagnostisert med GAD.

**H3:** MCT i gruppe fører til signifikant bedring av depresjonssymptomer (PHQ-9) hos pasienter diagnostisert med GAD.

### **Metode**

#### **Deltakere**

Deltakerne ( $n=15$ ) besto av 11 kvinner (73%) og 4 menn (27%), alle mellom 22 og 51 år, med en gjennomsnittsalder på 36 år. Samtlige 15 deltakere hadde GAD som primærdiagnose, basert på ADIS-IV (Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised; Barlow & Di Nardo, 1988). Ingen av pasientene hadde kjente somatiske sykdommer eller psykose. Det var heller ingen som nylig hadde gjennomført selvmordsforsøk, var diagnostisert med PTSD, hadde kluster A- eller kluster B-personlighetsforstyrrelse eller var rusavhengige. Alle pasientene skulle si seg villig til å slutte på psykofarmaka fire uker før forsøket. Av deltakerne var det 73% som hadde sivil status som gift/samboer, 47% var i lønnet arbeid, 20% var studenter og 33% levde på midler fra NAV (attføringspenger, sykemelding eller uføretrygd). Når det gjelder behandling, var det 73% som hadde gått i annen terapi tidligere. Av komorbide lidelser hadde 27% av pasientene OCD, 13% sosial fobi og 40% depresjon.

### **Prosedyre**

Gruppeterapi med MCT som metode ble gjennomført på spesialpost 4 ved Østmarka sykehus, med 3 grupper på til sammen 15 personer. Alle pasientene ble målt ved innkomst ved hjelp av ADIS-IV (Barlow & Di Nardo, 1988). Intervjuene ble gjennomført av uavhengige behandlere ved posten. Basert på diagnose og inklusjons- og eksklusjonskriterier, ble pasientene tilbudt å stille til frivillig deltakelse. Pasientene ble deretter bedt om å rangere symptomene sine på et batteri av selvrapportskjemaer. Alle pasientene skulle bli målt før behandlingen, på slutten av behandlingen og ved 3, 6 eller 12 måneders oppfølging. Studien var godkjent av regionaletisk komité (REK; 2013/2155).

### **Behandling**

Pasientene som deltok i studien fikk tilbud om 10 timer behandling. Terapisesjonene ble gjennomført ukentlig, hver av 90 minutters varighet. Gruppene besto av 4-6 personer. Alle gruppene hadde de samme to behandlerne; en psykiatrisk sykepleier og en psykologspesialist, sistnevnte med hovedansvar for terapien. Psykologspesialisten var trent i MCT over en to års periode og hadde bidratt som MCT-terapeut i en tidligere studie av MCT for GAD. Professor Adrian Wells hadde en time veiledning med terapeutene tidlig i forløpet.

Behandlingen tok utgangspunkt i en kasusformulering basert på MCT-modellen for GAD og en sosialisering til denne modellen. Det skulle tidlig bli tydelig for pasientene at det var bekymring som opprettholdt GAD (Nordahl, 2014; Wells, 2009). Behandlingen besto deretter av seks faser som alle bygget på hverandre: 1) Øke bevissthet rundt bekymring. Pasienten skulle skille mellom triggertanke (type 1-bekymring) og bekymring som respons på bekymringen (type 2-bekymring), 2) utfordre negative metaantakelser om bekymring som ukontrollerbart, 3) utfordre negative metaantakelser om bekymring som farlig, 4) endre positive metaantakelser, 5) lære alternative mestringsstrategier, og 6) utvikle ny plan, med hensikt om å forebygge tilbakefall (Wells, 2009).

Verktøy som ble tatt i bruk gjennom disse stadiene var verbal reattribuering, eksperimenter, trening på frakoblet oppmerksomhet og hjemmeoppgaver.

### **Måleinstrumenter**

Et batteri av selvrapportskjemaer ble utdelt til pasientene før, underveis i og etter terapiforløpet for å måle effekt av behandlingen. Alle terapitimene var tatt opp på video, og et utvalg av timene ble observert og kodet med det formål å gjøre en vurdering av behandlingsforløpet.

### **Utfallsmål**

#### ***The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)***

PSWQ (Meyer, Miller, Metzger & Borkovec, 1990) er et verktøy som kartlegger klinisk relevant bekymring hos pasienten, både med hensyn til å hyppighet, intensitet og ukontrollerbarhet. Dette er antakelig det vanligste selvrapportmålet for GAD i klinisk forskningssammenheng (Covin et al., 2007). Verktøyet består av 16 ledd. Pasientene skal fylle ut, på en fempunkt Likertskala, hvor typisk påstandene er for vedkommende (Startup & Erickson, 2006). En skåre på 1 tilsvarer "ikke beskrivende" og skåre 5 tilsvarer "veldig beskrivende". Eksempler på påstander er "mine bekymringer er overveldende" og "når jeg først begynner å bekymre meg er jeg ikke i stand til å stoppe". Fem av leddene (1, 3, 8, 10 og 11) er negativt ladet og må reverseres. Til sammen kan man oppnå en totalskåre på mellom 16 og 80, hvor en høy skåre forteller om høy grad av patologisk bekymring (Startup & Erickson, 2006).

I denne studien brukes et kutt punkt på 47 for å skille personer med GAD fra ikke-engstelige personer (Fisher, 2006). Verktøyet anses som et valid og reliabelt mål (Molina & Borkovec, 1994). Cronbach's alpha lå i denne undersøkelsen på .94.

#### ***Generalised Anxiety Disorder 7 (GAD-7)***

I mangel av et kortfattet verktøy for å måle GAD, ble GAD-7 (Spitzer et al., 2006) utviklet. Verktøyet består av 7 ledd som alle undersøker hvorvidt en person lider av GAD eller annen angstlidelse. Skjemaet tar utgangspunkt i hvor mye vedkommende har vært plaget av ulike problemer de siste to ukene. Personen skal fylle ut skjemaet på en skala fra 0 ("ikke i det hele tatt") til 3 ("omtrent hver dag"), hvor mulig totalskåre ligger mellom 0 og 21. Det er identifisert et klinisk kutt punkt på 10, som medfører oppnåelse av god sensitivitet (89%) og spesifitet (82%). GAD-7 fremstår som et valid og reliabelt mål (Spitzer et al., 2006). Den indre konsistensen i gjeldende studie var høy, med en Cronbach's alpha på .89.

### ***Generalised Anxiety Disorder Scale – Revised (GADS-R)***

GADS-R er et skjema utviklet av Wells (2009), og er basert på den metakognitive forklaringsmodellen for utvikling og opprettholdelse av GAD. Skjemaet søker å kartlegge en persons forhold til bekymring, og tar for seg en rekke underkategorier som er relevante for MCT. De fire kategoriene funksjonsnivå, tidsbruk, mestringsatferd og unngåelsesatferd skåres på en skala fra 0 til 8, hvor 8 betyr at personen er svært preget av bekymring. I tillegg undersøkes personens nivå av positive og negative metakognisjoner. Disse måles på en skala fra 0 til 100, hvor 100 indikerer sterke metakognisjoner. Det er situasjonen den siste uken som er utgangspunkt for besvarelsen. Indre konsistens i den gjeldende studien viste seg å være høy (Cronbach's alpha, mestringsstrategier=.91, unngåelse=.84, metakognisjoner=.95).

### ***Patient Health Questionnaire (PHQ-9)***

PHQ-9 (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001) er et måleinstrument utviklet for å måle symptomer på depresjon. Instrumentet består av kun ni ledd, og er dermed halvparten så langt som andre mål på depresjon. Leddene tar utgangspunkt i de ni kriteriene for depresjonsdiagnosen som står oppført i diagnosemanualen DSM-IV. På en firepunktsskala angir man i hvor stor grad et symptom opptrer, fra 0 ("ikke i det hele tatt") til 3 ("nesten hver dag"). Totalskåren varierer derfor mellom 0 og 27.

Det er funnet at et kutt punkt på 10 gir en sensitivitet (88%) og spesifisitet (88%) for det å identifisere personer med alvorlig depresjon. Dette tilsvarer sensitiviteten og spesifiteten ved andre etablerte depresjonsmål. PHQ-9 har høy validitet og reliabilitet (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001), med høy indre konsistens i gjeldende studie (Cronbach's alpha=.90).

### **Prosessmål**

#### ***Generalized Anxiety Disorder Checklist for Metacognitive Therapy***

Generalized Anxiety Disorder Checklist for Metacognitive therapy (Wells, 2009) er en sjekkliste for grad av etterlevelse (adherence), altså hvorvidt terapeutene følger den metakognitive terapimanualen. Etterlevelse er et relevant mål når man skal undersøke effekten av en behandling; man kan på den måten forsikre seg om at det er den intenderte behandlingen som er blitt gitt (Iversen & Olsen, 2013). I MCT har hver time (time 1-10) en egen sjekkliste, i og med at det som skal foregå i

terapien varierer fra en time til en annen. For eksempel skal terapeutene i time 3 fasilitere et ”tap-av-kontroll”-eksperiment, mens man i time 10 skal bruke tid på å forsterke en ny plan.

Koderen krysser av for hvert element som er gjennomført. Antall punkter i sjekklisten vil variere fra time til time. Dette innebærer at høyeste skåre veksler mellom 3 og 5. For enkelthets skyld ble poengene i denne studien omregnet til prosent. En skåre på 100 prosent indikerer dermed høyeste grad av etterlevelse, altså at terapeutene har fulgt protokollen for de respektive timene. Vurdering av etterlevelse ble gjort av undertegnede og var basert på tre timer spredt fra begynnelse til slutt (timene 2, 6 og 10), med en time fra hver gruppe.

### ***Metacognitive Competency Scale (MCT-CS)***

MCT-CS (Nordahl & Wells, 2009) er en skala som brukes for å undersøke terapeutens kompetanse for utførelse av MCT. Profesjonell kompetanse kan i helsefaglig sammenheng defineres som ”den vanemessige og kloke bruken av kommunikasjon, kunnskap, tekniske ferdigheter, klinisk resonnering, følelser, verdier og refleksjon i daglig praksis, til fordel for de individer og samfunn som benytter seg av helsetjenesten” (Epstein & Hundert, 2002, s. 226, egen oversettelse). Altså handler dette om noe annet enn etterlevelse av terapiprotokollens punkter; en kan si at kompetanse handler om kvaliteten på gjennomførelsen.

Ved hjelp av MCT-CS (Nordahl & Wells, 2009) gjennomgås grunnleggende aspekter og teknikker ved MCT. Eksempelvis gjelder dette å sette mål og agenda, utforme kasusformulering, sosialisering ved hjelp av eksperimenter, fokus på KOS, endring til metakognitivt prosesseringsnivå, interpersonlige evner, som empati og kommunikasjon, og organisering av hjemmearbeid. Hvert element skåres ut fra terapeutenes ferdigheter i timen som helhet, og rangeres på en skala fra 0 (lavest) til 5 (høyest), hvor 0 tilsvarer ”ikke i det hele tatt etterlevelse av MCT” og 5 tilsvarer ”svært høyt nivå: har oppnådd spesialistkompetanse, timen består omtrent bare av MCT-elementer utført effektivt og korrekt”. Skårene legges sammen og deles på det totale antallet. Vurdering av terapeutenes kompetanse ble gjort av undertegnede og basert på tre timer spredt fra begynnelse til slutt (timene 2, 6 og 10), med en time fra hver gruppe.

### ***Videokoding med tidtaking***

For å gjøre en bredere vurdering av gjennomførelsen av terapien, ble det gjort en koding med tidtaking som verktøy. Tilfeldige sekvenser á fem minutter ble plukket ut, med tre klipp fra den enkelte gruppe, spredt fra time 1 til 10. To elementer ble målt: tid anvendt til eksperimenter og tid pasienter var verbalt aktive.

### ***GCQ-S (The Group Climate Questionnaire – Short form)***

Mål på gruppeklima anses å kunne tilsvare det som er mål på allianse i individualterapi. Flere betrakter godt gruppeklima som en forutsetning for effektiv gruppeterapi (Kivlighan & Tarrant, 2001; MacKenzie, 1983). GCQ-S (MacKenzie, 1983) er det mest brukte instrumentet for mål på gruppeklima. Her vurderes kvalitet på gruppeklima ut fra de tre faktorene engasjement, unngåelse og konflikt. Høy skåre på faktoren engasjement forteller om en samlet gruppe, med gruppemedlemmer som blant annet er villige til å bidra til gruppen og som drar nytte av gruppen. Høy skåre på faktoren unngåelse henviser til gruppemedlemmer som for eksempel fraskriver seg ansvar for egen endring og er overflatiske seg i mellom. Skårer gruppen høyt på konflikt, betyr det at gruppen preges av interpersonlig friksjon og avstand (Ogrodniczuk & Piper, 2003). Instrumentet består av 12 påstander som tar for seg de tre underkategoriene. Eksempler på påstander er ”Medlemmene utfordret og konfronterte hverandre for å finne løsninger” (engasjement), ”Gruppemedlemmene gjorde seg avhengig av gruppelederen” (unngåelse) og ”Det var sinne og spenning mellom gruppemedlemmene” (konflikt). Hvert ledd skåres på en 7-punkts Likertskala, hvor 0 indikerer at man ikke er enig i påstanden og 7 indikerer at man er svært enig. GCQ-S er ikke basert på noen spesifikk terapiretning, og kan derfor benyttes på tvers av ulike gruppesituasjoner (Ryum, Hagen, Nordahl, Vogel & Stiles, 2009).

Spørreskjemaet har vist seg å ha høy konstruktvaliditet og høy indre konsistens mellom de tre underkategoriene (Cronbach's alpha = .88-.94) (Kivlighan & Goldfine, 1991). GCQ-S er i utgangspunktet et selvrappormål for pasienter, men brukes i denne sammenheng av artikkelforfatteren. Vurderingen av gruppeklima ble gjort av undertegnede ut fra videoobservasjon av en time fra første del av terapiforløpet (time 3) og en time fra siste del av terapiforløpet (time 10).

Poengene for hver faktor ble lagt sammen og delt på det totale antallet innenfor faktoren. På den måten rapporteres snittpoeng på Likertskalaen.

### **Dataanalyse**

Dataene ble analysert med SPSS versjon 21. Med den hensikt å undersøke potensielle endringer i symptomer på angst og depresjon, ble det benyttet en repetert ANOVA. En repetert ANOVA sammenlignet resultatene på PSWQ, GAD-7, PHQ-9 før og etter behandling og ved 3/6/12 måneders oppfølging (F-U). I alt 15 deltakere var med på pre- og post-måling, men ved oppfølgingsmåling var tallet noe mindre ( $n=11$ ). Gjennomsnittsskåre, standardavvik, signifikansnivå og effektstørrelse ble brukt for å sammenligne resultatene med resultater fra studier på individualterapi med MCT for GAD og andre studier av g-MCT for GAD. Grunnet liten utvalgsstørrelse på F-U, ble endringer i GADS-R fra pre-behandling til post-behandling undersøkt med en paret t-test.

Ved å legge til standardiserte Jacobsons kriterie (Jacobson & Truax, 1991) til målet på PSWQ fant Fisher (2006) en kuttskåre på 47 poeng og en endringsskåre på minst 7. Dette ble brukt som kriterier for signifikant endring. Med utgangspunkt i disse kriteriene ble gruppen delt opp i to: respondere og ikke-respondere.

Det ble i tillegg undersøkt om det var noen signifikante mellomgruppeskjeller når det gjelder terapiutfall fra pre- til post-behandling, målt med PSWQ.

## **Resultater**

### **Utfallsmål**

#### ***Endringer fra pre- til post-behandling***

Det var ingen av pasientene som falt fra i løpet av behandlingen. Endringer i symptomsmål (PSWQ, GAD-7, PHQ-9) fra pre- til post-behandling ble undersøkt ved å gjennomføre en repetert ANOVA. Resultatene viser signifikante forbedringer på alle symptomsmål (tabell 3). Endringer på GADS-R ble målt med en paret t-test. Denne viste signifikant nedgang på alle faktorer. Effektstørrelse (Cohen's  $d$ , 1992:  $M1-M2/pooled\ SD$ ) ble regnet ut for å få ytterligere informasjon om resultatene. Pasientene brukte mindre tid på bekymringer ( $d=2.4$ ), og de hadde redusert bruken av mestringsatferd ( $d=2.2$ ) og unngåelse ( $d=1.3$ ). Reduksjonen av positive metakognisjoner ( $d=1.4$ ) og negative metakognisjoner ( $d=4.2$ ) var også signifikant.



### ***Oppfølgingsdata***

En repetert ANOVA viste signifikante forskjeller fra pre-behandling til 3/6/12 måneders oppfølging på alle symptomsmål (PSWQ, GAD-7, PHQ-9). Det fremkom ingen signifikante endringer fra post-måling til oppfølging, som vist med en Bonferonni-test. Effektstørrelsen viste seg å være høy på alle tre symptomsmål.

*Tabell 3: resultater på post-mål og oppfølging*

	Pre	Post	F-U	<i>F</i>	<i>d, pre-post</i>
PSWQ	70.0 (5.6)	46.3 (12.8)	48.5 (13.2)	20.88***	2.40
GAD-7	11.6 (4.1)	5.5 (5.4)	5.9 (5.1)	8.17**	1.27
PHQ-9	13.6 (5.2)	7.0 (5.3)	9.6 (7.7)	28.29***	1.26

*Merknad.*  $N = 13$  for PSWQ, pre og post.  $N = 15$  for GAD-7 og PHQ-9, pre og post.  $N=11$  for F-U

- \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$

### ***Klinisk signifikant bedring***

I tillegg til tester på statistisk signifikans, ble det gjennomført analyser for å undersøke klinisk signifikans, med utgangspunkt i utfallsmålet PSWQ. Ved å tilføre Jacobsons kriterie (Jacobson & Truax, 1991) til resultatene i studien, så det ut til at 6 (46%) av pasientene var respondere og at 7 (54%) av pasientene var ikke-respondere. Person 1 og 10 mangler data på PSWQ, og er derfor ikke inkludert i noen av gruppene. Ut fra svar på andre utfallsmål ser disse imidlertid ut til å være respondere. Som et supplement kan det nevnes at 11 av alle 15 pasienter (73%) ved post-behandling hadde GAD-7-skårer og PHQ-9-skårer under kuttskårer på 10, altså skårene som har vist seg å skille personer som tilfredsstillende diagnostiseres GAD og depresjon fra de øvrige.

### ***Mellomgruppesforskjeller***

Det ble undersøkt om de tre gruppene hadde ulik effekt av behandlingen. Ved å ta utgangspunkt i PSWQ fra pre- til post-mål, ble det funnet en ikke-signifikant forskjell i grad av bedring de tre gruppene i mellom ( $F=1.40$ ,  $p=.28$ ). Små utvalg og i tillegg manglende data på PSWQ er i seg selv

årsaker til ikke-signifikante funn. Tendensene går imidlertid i retning av at gruppe 3 hadde minst effekt.

### **Prosessmål**

#### ***Grad av etterlevelse og kompetanse***

Generalised anxiety disorder checklist for metacognitive therapy (2009) og MCT-CS (Nordahl & Wells, 2009) ble anvendt for å vurdere henholdsvis etterlevelse og kompetanse. Basert på time 2 (gruppe 1), time 6 (gruppe 2) og time 10 (gruppe 3), ble det funnet at etterlevelsen lå fra 80% (gruppe 2) til 100% (gruppe 1 og 3). Kompetanseskårene lå på 3.3 (gruppe 1), 3.1. (gruppe 2) og 3.2 (gruppe 3). Skåren 3 indikerer middels nivå og tilsvarer ”mange MCT-elementer, men variabel prestasjon”. Faktorer som trakk ned kompetanseskåren var for eksempel gjennomgang av hjemmelekse, sosialisering til modellen ved bruk av eksperimenter og kommunikasjon.

#### ***Verbal aktivitet hos pasienter og tid brukt på eksperimenter***

Resultatene fra femminutterssekvensene ble lagt sammen for hver gruppe og omregnet til prosent. Tallene viser at terapeutene var mer aktive enn pasientene i alle tre grupper, men at pasientene i gruppe 2 var noe mer aktive enn pasientene i de to andre gruppene. Det ble ikke brukt tid på eksperimenter i gruppe 1 og 3, mens gruppe 2 anvendte 1/3 av tiden til eksperimenter. Se tabell 5 for nærmere informasjon.

*Tabell 4: Tidsbruk rapportert i prosent.*

	Verbal aktivitet pasient	Verbal aktivitet terapeut	Stillhet	Eksperiment
Gruppe 1	35	55	10	0
Gruppe 2	47	50	3	33
Gruppe 3	27	65	8	0
Gjennomsnitt	36	57	7	11

### **Gruppeklima**

Ved å observere time 3 og 10 hos de respektive gruppene ble det gjort en vurdering av gruppeklima. Utfallet viste seg å være svært likt på tvers av gruppene, og med lite endring fra time 3 til time 10. I gjennomsnitt, de tre gruppene sett sammen, lå faktoren engasjement på 3 poeng på en 7-punkts Likertskala. Unngåelse lå på 4 på Likertskalaen og konflikt befant seg på 1. Likertskalaen går fra 0-7, hvor 7 hentyder en opplevelse av at elementene er tilstede. Tallene i studien tilsvarer i så måte moderat grad av engasjement, høy unngåelse og lite konflikt.

### **Diskusjon**

Målet med denne studien var å evaluere en kort, 10-timers gruppebasert MCT for pasienter med GAD. Resultatene i studien viser en signifikant reduksjon av bekymring og angstsymptomer (PSWQ og GAD-7) hos pasientene. Dette er i tråd med teorien om at g-MCT for GAD reduserer grad av bekymring og angst. Studien viser også en signifikant nedgang i dysfunksjonelle metaantakelser, både de positive og de negative, målt med GADS. Dette støtter antakelsen om at g-MCT for GAD signifikant medfører endring i metakognisjoner. Når det gjelder symptomer på depresjon, målt med PHQ-9, var disse signifikant redusert, og dette til tross for at depresjonen ikke var hovedfokus i behandlingen. Funnene samsvarer med forskning som viser at MCT for GAD er effektivt for komorbid depresjon. Disse sammenhengene er i tråd med de innledende hypotesene. Det ser også ut til at behandlingen har lav frafallsrate (0%) og god langtidseffekt (PSWQ, GAD-7 og PHQ-9), når resultatene er signifikant endret fra pre-mål til oppfølgingsmål.

Grad av klinisk signifikant bedring med hensyn til angst og patologisk bekymring (PSWQ) ligger på 46%. Tallet er sammenlignbart med det som er funnet ved andre anbefalte behandlingsformer for GAD, som gjengitt i litteraturgjennomgangen til Fisher (2006), for eksempel CBT og IUT. Funnet skiller seg imidlertid fra flere tidligere studier av MCT i individualformat, som viser en klart høyere tilfriskningsrate. Tilfriskningsraten fra de to foregående studiene av g-MCT for GAD (McEvoy et al., 2014; van der Heiden, 2013) er også høyere enn i gjeldende studie (tabell 4). Det er verdt å huske på at kravene for tilfriskning er noe lavere i de foregående studiene av g-MCT. Når det gjelder effektstørrelse i endringen av angst og patologisk bekymring (PSWQ), er denne høy ( $d=2.4$ ), og måler seg opp mot effektstørrelsen funnet ved individualbehandling ( $d=2.5$ ; Kvistedal,

2011;  $d=2.4$ , van der Heiden et al., 2013). Det bør dessuten legges merke til at 73% av pasientene befant seg under kuttskåren på både GAD-7- og PHQ-9-skårer ved post-behandling.

Kanskje er årsaken til den noe lavere tilfriskningsraten, basert på PSWQ, at målingene ble gjort etter ti uker, og at et senere måletidspunkt ville ha vist større endringer, som McEvoy et al. (2014) tenkte i sin studie. Andre mulige forklaringer på den lavere tilfriskningsraten kan være faktorer ved selve behandlingsprosessen. Videre vil jeg gjennomgå prosessfaktorene etterlevelse, kompetanse og gruppeklime, og undersøke eventuell påvirkning disse kan ha hatt.

Studier finner at moderat grad av etterlevelse samsvarer med best behandlingsutfall (Barber, 2006; Wampold, 2001). Slike funn er også gjort i forbindelse med MCT for GAD (Iversen & Olsen, 2013). Det kan tyde på at det er viktig å følge behandlingsprotokollen, men samtidig at en viss grad av fleksibilitet er positivt. I denne studien lå etterlevelse på 80-100%. Kanskje forteller den høye graden av etterlevelse om en noe rigid holdning til behandlingsprotokollen, noe som kan ha medført svakere effekt.

Kuyken & Tsivrikos (2009) mener at 15% av variansen i behandlingsutfall avhenger av terapeutkompetanse. Det er begrenset tilgjengelig forskning som ser på terapeutkompetansens påvirkning på utfall i MCT-behandling. Iversen & Olsen (2013) fant ikke noen sammenheng mellom terapeutkompetanse og effekt av MCT for GAD. Ved å ta utgangspunkt i funnene til Kuyken & Tsivrikos (2009), er det mulig å tenke seg at terapeutkompetansen i denne studien hadde betydning for behandlingseffekten. I gjeldende studie lå kompetanseskårene gjennomgående på middels og tilsvarte ”mange MCT-elementer, men variabel prestasjon”. For å forstå hvordan kompetanseskåren kan ha påvirket behandlingsutfallet vil det være relevant å se på noen av de underkategoriene av kompetanse som trakk ned skåren. Aktuelle underkategorier er blant annet gjennomgang av hjemmelekse, sosialisering til modellen ved bruk av eksperimenter og kommunikasjon. En gjennomgang av hva som trakk ned skårene kan mulig gi en pekepinn på hvordan terapien kan effektiviseres.

Punktet ”gjennomgang av hjemmelekse til neste time” er et eksempel på en faktor som trolig kunne vært gjennomført på en tydeligere måte. Ved flere tilfeller fremkom det at pasienter ikke hadde gjennomført hjemmeoppgaven, noe som kan være en konsekvens av et manglende fokus i timen i forkant. MCT er en terapiform hvor det legges vekt på at pasienten praktiserer det hun/han har lært i

terapi også utenom timene. På den måten skal pasientene få en opplevelsesmessig erfaring med å anvende de nye strategiene utenfor terapirrommet (Hjemdal & Hagen, 2012). Forskning har vist at de som gjør hjemmearbeid har større effekt av terapi enn de som ikke gjør hjemmearbeid (Burns & Spangler, 2000). Det er derimot funnet at dette i større grad er gjeldende for behandling av depresjon enn for behandling av angst, men det trengs mer forskning på området (Woods, Chambless & Steketee, 2002). Det er verdt å huske på at komorbiditeten mellom GAD og depresjon er høy, og at 40% av pasientene i studien også hadde en depresjonsdiagnose. Det kan ikke avskrives at mangel på et så konkret punkt som gjennomgang av hjemmelekse, og å få pasientene til å forstå hvor viktig det er å øve, kan ha ført til mindre endring hos pasientene

”Sosialisering til modellen med bruk av eksperimenter” er et annet punkt som ga middels skåre. Ut fra tidsmålinger av tilfeldige timer ble det, alle gruppene sett i ett, funnet at lite av tiden ble brukt på eksperimenter. Med eksperimenter tenkes det at man kan øve seg på å håndtere bekymringen på mer adaptive måter (Hjemdal & Kennair, 2014), erfare gjentatte ganger at de nye strategiene fungerer og oppleve mestring. Flere av pasientene nevnte ved ulike tilfeller at de kun hadde en ”rasjonell forståelse” av at bekymring var kontrollerbart. De mente det kunne være vanskelig å tro på dette hvis de var midt i en bekymringsrekke. Ved å erfare at man kan kontrollere bekymring gjennom eksperimenter, kan det tenkes at det er større sannsynlighet for å endre det Wells (2009) refererer til som “prosedural metakognitiv kunnskap”. Prosedural kunnskap innebærer de implisitte strategiene personer benytter for selvregulering. Kanskje ville flere eksperimenter, med gjentatte mestrings- og øvingsmuligheter, ført til en høyere tilfriskningsrate.

En annen faktor som reduserte kompetanseskårene var et punkt under interpersonlige ferdigheter, nemlig kommunikasjon. En kommunikasjonsmetode innenfor MCT er sokratisk dialog. Sokratiske spørsmål anvendes for å fasilitere aktiv problemløsning hos pasienten selv (Hjemdal & Kennair, 2014). Etter å ha observert terapitimer var oppfatningen at det ofte ble brukt ledende spørsmål med den hensikt å søke spesifikke svar. Samtidig viste tidsmålinger og sammenligning av verbal aktivitet hos pasientene og verbal aktivitet hos terapeutene at terapeutene pratet mer enn pasientene. Dette til tross for stort overtall av pasienter (6-8) sammenlignet med antall terapeuter (1-2). Fordi sokratisk dialog sies å skulle promotere autonomi, kan det tenkes at økt bruk av denne

metoden ville ført til at pasientene tok ansvar for egen endring og ble mer aktive. En studie har vist at høye nivåer av verbal aktivitet hos pasienten er korrelert med opplevd gevinst av gruppeterapi (Soldz, Budman, Demby & Feldstein, 1990). Det er også funnet at det å være aktivt deltakende i en gruppe er mer avgjørende for behandlingsrespons enn det å kun være tilstede (Nix, Bierman & McMahon, 2009), og at en samarbeidende pasient er den faktoren som har sterkest sammenheng med terapiutfall (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2003; Smith & Grawe, 2003). Ut fra overnevnte studier vil det å få pasienten til å være mer aktivt deltakende kunne øke effekten av behandlingen.

MacKenzie (1983) og andre (Kivlighan & Tarrant, 2001) forfekter at et godt gruppeklime med høyt nivå av engasjement og lave nivåer av unngåelse og konflikt er viktig for terapiutfall. Dette tenker en også gjelder i kognitiv terapi (Bieling, McCabe & Antony, 2006). Kanskje kan gruppeklimeet i denne studien forklare den noe svakere graden av klinisk signifikant bedring.

Gruppeklimefaktoren engasjement har i tidligere studier vist seg å være positivt relatert til behandlingsutfall (Bonsaksen, Borge & Hoffart, 2013; Ogrodniczuk & Piper, 2003; Ruym et al., 2009). Ruym et al. (2009) sine funn indikerer imidlertid at engasjement er fordelaktig ved kognitiv gruppebehandling for flere psykiske lidelser, men at dette ikke gjelder for behandling av angst. I gjeldende studie ble skårer for engasjement for alle tre gruppene vurdert å ligge på 3 på en skala fra 0 til 7. Videokoding viste at pasientene var lite i interaksjon med hverandre. For eksempel var det sjeldent pasientene prøvde å utfordre hverandre for å finne løsninger og den aktive deltakelsen i timen var til tider lav. Mer forskning er nødvendig på dette området, men ut fra førstnevnte studier er det mulig at et middels nivå av engasjement forklarer et lavere resultat.

Noen studier viser at unngåelse fører til symptomøkning (Bonsaksen et al., 2013), mens andre har funnet at unngåelse ikke nødvendigvis er negativt (Ruym et al., 2009). For eksempel har unngåelse vist seg å være positivt hvis konfliktnivået er høyt (Ogrodniczuk & Piper, 2003). Gruppeklimefaktoren unngåelse så ut til å ligge på en gjennomsnittlig skåre på 4 på en skala fra 0 til 7. Med utgangspunkt i videokoding, ble det oppfattet at pasientene i høy grad lente seg på gruppelederen for å bli ledet gjennom terapien. Det er altså ingen enkel sammenheng mellom unngåelse og behandlingsutfall, men i lys av Bonsaksen et al. (2013) sine funn, kan en høy grad av gruppeunngåelse ha påvirket en lavere behandlingseffekt.

Konflikt er den tredje faktoren under gruppeklima. Selv om videoanalyse indikerte at gruppene i studien virket lite sammensveiset, ble det sjeldent observert at gruppene var preget av for eksempel spenning, sinne eller avvisning. Gjennomsnittet på denne faktoren tilsvarer en skåre 1 på en 7-punkts Likertskala. Konfliktnivå har ikke vist seg å ha en tydelig sammenheng med terapeutisk utbytte (Ryum et al., 2009), og det er derfor vanskelig å forklare behandlingseffekten ut fra denne faktoren.

Studien viser at g-MCT fører til signifikant reduksjon av positive og negative metaantakelser hos pasienter diagnostisert med GAD. Resultatene kan indikere at bedring av GAD-symptomer innebærer en endring av metakognisjoner, og på den måten er funnene i tråd med den metakognitive forklaringsmodellen. Det vil si at reduksjon av dysfunksjonelle metakognisjoner kan føre til en nedgang av bekymring og angstsymptomer. Det var noe mindre reduksjon av positive metakognisjoner enn av negative metakognisjoner. Større nedgang i negative metakognisjoner kan være en følge av at pasientene ved oppstart hadde mindre positive metakognisjoner, eller det kan forklares med at negative metaatakelser er noe man utfordrer helt fra begynnelsen av behandlingsforløpet. Effektstørrelsen for de negative og positive metaantakelsenes nedgang var tilnærmet lik.

G-MCT fører til signifikant bedring av depresjonssymptomer (PHQ-9) hos pasienter diagnostisert med GAD. Studien gir riktignok ingen svar på hva som er årsaken til remisjon av depressive symptomer. Mulig skyldes det at bekymring og metakognisjoner er grunnprosesser en finner på tvers av ulike emosjonelle lidelser, og at funnene på den måten støtter teorien om at MCT har transdiagnostiske egenskaper. Reduksjon av depressive symptomer kan også skyldes uavhengige faktorer eller være en sekundær effekt av bedring av GAD-symptomer. Uansett forklaring på bedringen, kan dette ses som en stor fordel, i og med at komorbiditeten mellom disse lidelsene er høy, og at en behandling som er effektiv for både angst og depresjon kan være til hjelp for mange.

### **Begrensninger**

Klare svakheter ved studien er det lille utvalget av pasienter ( $n=15$ ). Den samme svakheten har man sett i de tidligere studiene av g-MCT ( $n=11$ ; Dammen et al., 2014,  $n=8$ ; Rees & van Koesveld, 2008). Et enda mindre antall respondenter på oppfølgingsmål ( $n=11$ ) er også en klar begrensning. Med

små utvalg er det vanskelig å generalisere ut fra resultatene. I tillegg er det faktum at oppfølgingsmål ble gjort på ulike tidspunkt (3 måneder/6 måneder/1 år) en svakhet. Det er også mangelen på kontrollgruppe; uten kontrollgruppe kan man ikke garantere at forbedringene av symptomer skyldes selve terapien, for eksempel kan endringene ha vært forårsaket av spontan bedring eller av utenforliggende variabler.

En ytterligere svakhet er at vurdering av behandlingseffekt er basert på kun selvrappport. Selvrapportskjemaer er assosiert med flere problemer, blant annet responsstil og selvbedrag (Matthews, Deary & Whiteman, 2003). Spørreskjemaene ble dessuten distribuert og samlet inn av terapeutene selv, og det kan derfor tenkes at svarene er preget av sosial ønskelighet. Særlig kan dette være aktuelt sett i lys av terapeutenes bruk av ledende spørsmål. I tillegg kan et lite utvalg påvirke reliabiliteten til måleinstrumentene. Utover dette er det en styrke at spørreskjemaene som brukes er godt utarbeidet og at det ble anvendt et stort batteri av utfallsmål.

Andre svakheter finner vi i forbindelse med vurdering av etterlevelse, kompetanse og gruppeklime. Det ble ikke gjort noen opplæring og veiledning knyttet til skåringsverktøyene og jeg har selv ingen klinisk erfaring med MCT. Dette kan begrense troverdigheten rundt skårene. Det ble heller ikke gjort noen statistiske undersøkelser, men kun kliniske betraktninger. Resultatene kan derfor være avhengig av antall observasjoner. Til tross for at vurderingen av etterlevelse og kompetanse ikke var formell, er det en styrke at det i det hele tatt ble gjort en vurdering av etterlevelse og kompetanse. Dette er ikke gjort i tidligere studier av g-MCT for GAD. Etterlevelse og kompetanse kan være viktige mål når man ønsker å undersøke effekten av spesifikke faktorer ved en terapiform.

At gruppeklime ble vurdert av kun én person, og at dette var observatør og ikke pasientene selv, kan også være en svakhet. Det har vist seg at personer i en gruppe kan ha nokså ulike oppfatninger av gruppeklime, noe som hentyder at man som observatør ikke kan basere seg på kun personlig oppfatning i vurdering av gruppeklime (Ryum et al. 2009).

### **Implikasjoner for videre forskning og behandling**

Fremtidige studier bør undersøke effekten av g-MCT for GAD i en større randomisert kontrollert studie. Det kan dessuten være interessant å gjøre nærmere undersøkelser av betydning av etterlevelse, kompetanse og gruppeklime.



Hvis det er slik at moderat grad av etterlevelse er optimalt, kunne det være nyttig å se nærmere på spesifikke virkningsmekanismer i g-MCT, og undersøke om noen er viktigere enn andre. Som konsekvens at dette kunne terapeuten fått tydelige retningslinjer for hva man bør prioritere over noe annet hvis tiden blir knapp, og når man kan være mer fleksibel. Dette kan være særlig aktuelt i gruppesammenheng, hvor man har mindre tid til hver enkelt pasient.

Med en forståelse av at g-MCT byr på andre utfordringer enn man har møtt i MCT, kan det være fornuftig å legge opp til mer veiledning og trening av terapeuter i forkant av g-MCT. Med trening kan det bli lettere å ta riktige valg i løpet av terapiforløpet.

Kanskje vil bedre gruppeklima, med mer aktivitet og interaksjon gruppe medlemmene i mellom, føre til at pasientene får større utbytte av terapien. I så tilfelle bør det være et fokus hos terapeuten å intervensere for å legge til rette for et effektivt gruppeklima. Det kan i den forbindelse være fornuftig å utarbeide en behandlingsprotokoll spesielt utviklet for g-MCT, hvor også gruppeprosess kommer i fokus. Et forslag på en kombinasjon av kognitiv terapi og prosessfokus er lagt frem av Bieling, McCabe & Antony. (2006). Bieling, McCabe & Antony (2006) foreslår hvordan en eksempelvis kan legge mer og mer ansvar over på pasientene ved å lære pasientene å stille hverandre sokratiske spørsmål. En egen protokoll for g-MCT kunne også gitt svar på ulike dilemmaer som nødvendigvis dukker opp når man jobber med en gruppe; hva man gjør hvis alle i en gruppe forstår poenget bortsett fra én, hvordan en går frem når det alltid er de samme som er stille og de samme som er aktive, osv.

Det kan også være en idé å finne ut om pasientene har bedre effekt av gruppebehandlingen hvis den kombineres med noe individualterapi. I tillegg bør det undersøkes om det er visse pasientegenskaper som skiller de som har nytte av MCT i gruppeformat fra de som ikke har det, og om noen gruppesammensetninger er bedre enn andre.

### **Konklusjon**

Resultatene i studien viser signifikant bedring av symptomer på angst og depresjon og en signifikant reduksjon av patologisk bekymring og dysfunksjonelle metaantakelser. Med hensyn til klinisk signifikant bedring, når ikke resultatene opp til det man har sett ved MCT for GAD, og heller ikke det en ser i tidligere studier av g-MCT for GAD. Dette forsøkes forklart med faktorene

etterlevelse, kompetanse og gruppeklime. Det anbefales at g-MCT for GAD undersøkes i en RCT.

Større fokus på gruppeprosess, mer veiledning og trening for terapeutene og eventuelt en utvikling av en egen protokoll for g-MCT for GAD foreslås som mulige løsninger for effektivisering av behandlingen.

**Referanser**

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, text revision (4. utgave, rev.). doi: 10.1176/appi.books.9780890420249.dsm-iv-tr
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Cristoph, P., Frank, A., Thase, M. E. Weiss, R. D. & Gibbons, M. B. C. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy research*, 16(2), 229-249. doi: 10.1080/10503300500288951
- Barlow, D. H. & Di Nardo, P. A. (1988). *Anxiety disorders Interview Schedule-revised (ADIS R)*. Albany, NY: Phobia and Anxiety Disorder Clinic, Center for Stress and Anxiety Disorders, State University of New York.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond (2.utg)*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E. & Erbaugh, J. K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2006). *Cognitive-behavioral therapy in groups*. New York: Guilford press.
- Bonsaksen, T., Borge, F.-M. & Hoffart, A. (2013). Group climate as predictor of short- and long-term outcome in group therapy for social phobia. *International Journal of Group Psychotherapy*, 63(3), 394-417. doi: 10.1521/ijgp.2013.63.3.394
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L. & Lytle, R. A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 288-298. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.288
- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral

- therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.611
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. & DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16. doi:10.1016/0005-7967(83)90121-3
- Borkovec, T. D. & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-45.
- Burns, D. D. & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 46-56. doi: 10.1037/0022-006X.68.1.46
- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(3), 279-296. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00011-X
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155
- Covin, R., Ouimet, A.J., Seeds, P. M. & Dozois, D. J. A., (2007). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.002
- Dammen, T., Papageorgiou, C. & Wells, A. (2014). An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2), 126-131. doi:10.3109/08039488.2014.936502
- Epstein, R. M. & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. *The Journal of the American Medical Association*, 287(2), 226-235. doi:10.1001/jama.287.2.226.
- Dugas, M. J., Ladouceur, R., Léger, E., Freeston, M. H., Langlois, F., Provencher, M. D. & Boisvert, J.-M. (2003). Group cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder: treatment outcome and long-term follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 821-825. doi:10.1037/0022-006X.71.4.821

- Fisher P. L. (2006). The efficacy of psychological treatments for generalised anxiety disorder. I G. C. L. Davey & A. Wells (Red). *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (s. 359-377). Chichester, UK: John Wiley & sons Ltd.
- Fisher, P. & Wells, A. (2009). *Metakognitiv terapi: En innføring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Harvey, A., Watkins, E, Mansell, W. & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. New York: Oxford University Press.
- Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49(3), 247-252.
- Himle, J. A., Van Etten, M. & Fischer, D. J. (2003). Group cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A review. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 217-230.
- Hjemdal, O., Hagen, R., Nordahl, H. M. & Wells, A. (2013). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: Nature, Evidence and an individual case illustration. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(3). 301-313. doi: 10.1016/j.cbpra.2013.01.002
- Hjemdal, O. & Kennair, L. E. O. (2014). Kognitiv atferdsterapi. I R. Hagen & L. E O. Kennair (Red.), *Psykoterapi – Tilnærminger og metoder* (s.145-163). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hunot, V., Churchill, R., Teixeira, V. & Silva de Lima, M. (2007). Psychological therapies for generalised anxiety disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2007(1). doi: 10.1002/14651858.CD001848.pub4
- Iversen, H. M. & Olsen, I. S. (2013). *Betydningen av fellesfaktorer og behandlingsformat i terapi: En undersøkelse av faktorene allianse, kompetanse, etterlevelse og behandlingsformat i en RCT-studie av generalisert angstlidelse* (Hovedoppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Trondheim: NTNU.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Kivlighan, D. M. & Goldfine, D. C. (1991). Endorsement of therapeutic factors as a function of stage

- of group development and participant interpersonal attitudes. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 150-158. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.150
- Kivlighan, D. M. & Tarrant, J. M. (2001). Does group climate mediate the group leadership group member outcome relationship? A test of Yalom's hypothesis about leadership priorities. *Group Dynamics*, 5(3), 220-234. doi:10.1037/1089-2699.5.3.220
- Kringlen, E., Torgersen, S. & Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091-1098. doi: 10.1176/appi.ajp.158.7.1091
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606-613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Kuyken, W., & Tsvirikos, D. (2009). Therapist Competence, Comorbidity and Cognitive- Behavioral Therapy for Depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 42-48. doi: 10.1159/000172619
- Kvistedal, D. J. T. (2011). A randomized controlled trial of metacognitive therapy vs. Cognitive behavioral therapy vs. Waiting list in the treatment of adults with generalized anxiety disorder: A preliminary analysis (Hovedoppgave, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet). Trondheim: NTNU.
- MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of group measure. I R. R. Dies & K. R MacKenzie (Red.), *Advances in Group Psychotherapy: integrating research and practice* (s. 159-215). New York: International Universities Press.
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (2003). *Personality Traits* (2. utg.). Cambridge: Cambridge University Press.
- McEvoy, P. M. & Brans, S. (2013). Common versus unique variance across measures of worry and rumination: Predictive utility and mediational models for anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research* 37(1), 183-196. doi: 10.1007/s10608-012-9448-5
- McEvoy, P. M., Ergec-Hurn, D. M., Anderson, R. A., Campbell, B. N. C., Swan, A., Saulsman, L., M., Summers, M. & Nathan, P. R. (2014). Group metacognitive therapy for repetitive negative

- thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial. *Journal of Affective Disorders*, 175, 124-132. doi: 10.1016/j.jad.2014.12.046
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research & Therapy*, 28, 487-495. doi: 10.1016/0005-7967(90)90135-6
- Mitte, K. (2005). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for generalized anxiety disorder: A comparison with pharmacotherapy. *Psychological Bulletin*, 131(5), 785-795. doi:10.1037/0033-2909.131.5.785
- Molina, S. & Borkovec, T. D. (1994). The Penn State Worry Questionnaire: Psychometric properties and associated. I G. C. L. Davey & Tallis, F. (Red.) *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment: Wiley series in clinical psychology* (s. 265-283). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Nix, R. L., Bierman, K. L. & McMahon, R. J. (2009). How attendance and quality of participation affect treatment response to parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(3), 423-438. doi:10.1037/a0015028
- Nolen-Hoeksema, S. & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589-609. doi: 10.1177/1745691611419672
- Nordahl, H. M. (2014). Metakognitiv terapi. I R. Hagen & L. E O. Kennair (Red.), *Psykoterapi – Tilnæringer og metoder* (199-214). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Nordahl, H. M. & Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy Competency Scale (MCT-CS)*. Manchester: Metacognitive Therapy Institute (Upublisert).
- Ogrodniczuk, J. S. & Piper, W. E. (2003). The effect of group climate on outcome in two forms of short-term group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 64-76. doi: 10.1037/1089-2699.7.1.64
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M.H. & Willutzki, U. (2003). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5.utg. s. 307-389). New York: John Wiley & Sons.

- Öst, L.-G. & Breitholtz, E. (2000). Applied relaxation vs. cognitive therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(8), 777-790. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00095-9
- Rees, C. S. & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 451-458. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.11.004
- Ryum, T., Hagen, R., Nordahl, H. M., Vogel, P. A. & Stiles, T. C. (2009). Perceived group climate as a predictor of long-term outcome in a randomized controlled trial of cognitive-behavioral group therapy for patients with comorbid psychiatric disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 37(5), 497-510. doi: 10.1017/S1352465809990208
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(5), 275-285. doi: 10.1002/cpp.377
- Soldz, S., Budman, S., Demby, A. & Feldstein, M. (1990). Patient group activity and outcome in group psychotherapy: *New findings International Journal of Group Psychotherapy*, 40(1), 53-62.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R. & Jacobs, G. A. (1983). Manual for the State Trait Anxiety Inventory (Form Y) ("Self-evaluation Questionnaire"). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Arch intern Med*, 166(10), 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
- Startup, H. M. & Erickson, T. M. (2006). The Penn State Worry Questionnaire (PSWQ). I G. C. Davey & A. Wells (Red.) *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (s. 101-120). Chichester, UK: John Wiley & sons Ltd.
- Statens helsetilsyn (2000). *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. Hentet



fra

[https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser\\_utredning\\_behandling\\_ik-2694.pdf](https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/utredningsserien/angstlidelser_utredning_behandling_ik-2694.pdf)

- van der Heiden, C., Melchior, K. & de Stigter, E. (2013). The effectiveness of group metacognitive therapy for generalised anxiety disorder: A pilot study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(3), 151-157. doi:10.1007/s10879-013-9235-y
- van der Heiden, C., Muris, P., & van der Molen, H. T. (2012). Randomized controlled trial on the effectiveness of metacognitive therapy and intolerance-of-uncertainty therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50(2), 100-109. doi:10.1016/j.brat.2011.12.005
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, N. J: L. Erlbaum Associates.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 301-320.
- Wells, A. (1997). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders. A Practice Manual and Conceptual Guide*. Chichester, UK: Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (1999). A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6(2), 86-95.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (2006). Metacognitive therapy for worry and generalised anxiety disorder. I G. C. L. Davey & A. Wells (Red.) *Worry and its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment* (s. 259-272). Chichester, UK: John Wiley & sons Ltd.
- 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. & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial.

- Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 206-212. doi:  
10.1016/j.jbtep.2005.07.002
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model.  
*Behaviour Research and Therapy*, 34(11-12), 881-888. doi:10.1016/S0005-7967(96)00050-2
- 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
- White, J., Keenan, M. & Brooks, N. (1995). Stress Control: A controlled comparative investigation of  
large group therapy for generalized anxiety disorder: Process of change. *Clinical Psychology  
and Psychotherapy*, 2(2), 86-97. doi:10.1002/cpp.5640020204
- Woods, C. M., Chambless, D. L. & Steketee, G. (2002). Homework compliance and behavior therapy  
outcome for panic with agoraphobia and obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour  
Therapy*, 31(2), 88-95. doi: 10.1080/16506070252959526
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4.utg.). New York: Basic  
Books.