

Audun Havnen og Jostein Paul Årøen Lein

METAKOGNITIVE PRINSIPPER I BEHANDLING AV SOSIAL ANGST: EN KASUSREKKESTUDIE

Hovedoppgave
Vår 2011

Sammendrag

I denne hovedoppgaven har vi utviklet en forståelsesmodell og behandlingsmanual for sosial angst basert på metakognitive prinsipper (Wells, 2009), hvor fokuset for behandlingen har vært rettet mot å endre opprettholdende psykologiske prosesser ved å utfordre metakognitive antagelser. Hensikten med studien var å teste effektiviteten av behandlingen i en klinisk setting. Av totalt sju pasienter var det fire som fullførte, og to av disse oppfylte ikke lenger kriteriene for sosial angst ved terapislutt. Studien viser lovende resultater, men bør replikeres med et større utvalg. Framtidige studier bør utføres av erfarne terapeuter med utdanning i metakognitiv terapi.

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	3
2. Metode	7
2.1 Design	7
2.2 Deltakere	8
2.3 Måleinstrumenter	11
2.31 Strukturerte intervjuer	11
2.32 Selvrappport	12
2.4 Prosedyre	14
2.5 Terapeuter	15
3. Resultater	15
4. Diskusjon	20
5. Konklusjon	23
6. Referanser	24
Appendiks 1: Metakognitiv modell og kasusformleringsintervju	28
Appendiks 2: Gammel og ny plan	31

1. Innledning

Sosial angst er i følge ICD-10 karakterisert av en overdreven frykt for å komme i fokus for andres oppmerksomhet, og spesielt gjelder dette situasjoner hvor man føler at man kan bli ydmyket eller negativt evaluert (WHO, 1992). Sosial angst er en av de psykiske lidelsene med høyest prevalens i befolkningen, med livstidsprevalens på omtrent 13 % (Kessler et al., 1994) og med en 12-månedersprevalens på 7 % (Kessler et al., 2005). Sett bort fra spesifikke fobier er sosial angst den hyppigst forekommende angstlidelsen. I tillegg har over halvparten av de med sosial angst en komorbid psykisk lidelse, hvor agorafobi, generalisert angstlidelse og rusmisbruk er de mest vanlige tilleggslidelsene (Chartier, Walker, & Stein, 2003). Sosial angst er også en lidelse som påvirker jobbevne, livskvalitet og sosiale relasjoner (Wittchen, Fuetsch, Sonntag, Müller, & Liebowitz, 2000). Det er derfor viktig å utarbeide gode forståelsesmodeller og behandlingsmetoder for personer med sosial angst, både pga. den høye forekomsten og de alvorlige konsekvensene lidelsen har for de som er rammet.

En godt dokumentert behandling for sosial angst er Clark og Wells' kognitive modell fra 1995 (Clark & Wells, 1995). I tillegg til å fokusere på antatt opprettholdende prosesser ved sosial angst, som oppmerksomhetsfokus, bekymring og ruminering, omfatter behandlingen kognitive intervensjoner som kognitiv restrukturering og verbal reattribuering. Studier har vist at behandlingen gitt i individualformat oppnår bedre resultat enn gruppebehandling (Stangier, Heidenreich, Peitz, Lauterbach, & Clark, 2003), kombinert eksponering og avslapningsøvelser (Clark et al., 2006), standard behandling (Mörtberg, Clark, Sundin, & Åberg Wistedt, 2007), SSRI-preparat, venteliste og placebo (Clark et al., 2003). Effektstørrelsene har gjennomgående

vært medium til store, og antallet behandlingstimer for de ulike studiene beskrevet ovenfor har variert fra rundt 12 til 16.

For å effektivisere behandlingen av sosial angst utførte Wells og Papageorgiou (2001) en kassserie hvor de fokuserte på de antatt mest potente elementene fra Clark og Wells' (1995) behandlingsprotokoll. I kassserien ble det gjennomført eksponeringer med testing av kognitive antagelser, endring av oppmerksomhetsfokus mot ytre stimulus, og reduksjon av bekymring i forkant og ruminering i etterkant av sosiale situasjoner. Behandlingen bruker dermed mer tid på opprettholdende prosesser sammenlignet med Clark og Wells' modell (1995), hvor man også bruker mye tid på tradisjonelle kognitive intervensjoner. I kassserien ble antall behandlingssesjoner redusert til 5,5 i gjennomsnitt, og alle seks pasientene fikk klinisk signifikant nedgang på symptom mål på sosial angst. Wells og Papageorgiou (2001) konkluderer med at det er mulig å redusere antall sesjoner uten å redusere effektiviteten i behandlingen, ved å fokusere på utvalgte og antatt virksomme elementer fra Clark og Wells' (1995) modell og protokoll.

I metakognitiv terapi (MKT) antar man at endring av opprettholdende prosesser er nødvendig for å oppnå en behandlingseffekt (Wells 2009). MKT tar utgangspunkt i at kognitive og emosjonelle symptomer ved psykiske lidelser kommer som et resultat av opprettholdene kognitive prosesser. Wells (2000, 2009) definerer dette som det kognitive oppmerksomhetssyndromet (CAS). Syndromet kjennetegnes av tankeprosesser av perserverende art, som bekymring og ruminering, et oppmerksomhetsfokus mot potensielle faresignaler, som f.eks angstsymptomer og negative tanker, og uhensiktsmessig mestringsatferd. Bekymringer er negative tanker og tankerekker omkring framtidige hendelser, og kjennetegnes ofte ved at man forsøker å få svar på "hva om"-

spørsmål. En hyppig forekommende tanke ved sosial angst er ”hva om de ikke liker meg?”. Ruminering er negative tanker og tankerekker omkring tidligere hendelser, og gjerne i etterkant av sosiale situasjoner. Innholdet i rumineringen omhandler ofte hvordan de har framstått i en sosial situasjon. Personer med sosial angst retter også ofte oppmerksomheten mot antatte tegn på fare, ofte mot egne følelser og tanker. De kan også overvåke miljøet ved blant annet å se etter tegn på negativ evaluering fra andre, og dette kalles trusselovervåkning. Det siste elementet i det kognitive oppmerksomhetssyndromet er uhensiktmessige mestringsstrategier. Dette involverer tankekontrollstrategier, emosjonell, atferdsmessig og kognitiv unngåelse, og sikkerhetsatferd. Prosessene som inngår i CAS kan være selvforsterkende. I forkant av en situasjon bekymrer man seg for hva som kan gå galt, og under situasjonen er oppmerksomheten rettet mot egne følelser og tanker. Tankene og følelsene signaliserer at man presterer dårlig, og for å redusere angsten benytter man ulike mestringsstrategier. Mestringsstrategiene fører til at man får økt selvfokus, som igjen forsterker bekymringer og angst. I etterkant grubler man over situasjonen ved å tenke på situasjonen slik man selv opplevde den, med høyt selvfokus, mye bekymring og angstsymptomer. Dette gir et negativt inntrykk av egen prestasjon, som igjen legger grunnlaget for nye bekymringer.

Flere studier har vist at CAS er aktivert hos personer med sosial angst, som respons på tanker og følelser i sosiale situasjoner. Dette opprettholder symptomene og ubehaget, og selv personer uten sosial angst opplever at angstsymptomene øker når CAS-strategier benyttes. Hinrichsen og Clark (2003) viste at personer som skårte høyt på sosial angst hadde mer bekymring i forkant av en angstvekkende situasjon, og at bekymringen i forkant førte til mer sosial angst under situasjonen. En studie av Vassipolous (2004) fant at personer som skårte høyt på sosial angst brukte mye tid i forkant på å forberede seg detalj på hvordan situasjonen kom til å bli, og hadde problemer med å

la være å tenke på den kommende situasjonen. Mellings og Alden (2000) gjorde en studie som viste at personer med sosial angst ruminerte mer over en ubehagelig situasjon i etterkant. Selvfokusert oppmerksomhet er svært vanlig ved sosial angst, og Wells og Papageorgiou (1998) viste at personer med sosial angst som fikk beskjed om å ha ytre fokus fikk mindre katastrofetanker og mindre angst enn personer som ikke ble bedt om å endre oppmerksomhetsfokus i en angstvekkende situasjon. Wells et al. (1995) dokumenterte at personer med sosial angst som fikk beskjed om å slutte med ugunstige mestringsstrategier fikk mindre angst og katastrofetanker enn de som ikke fikk denne instruksjonen.

De perserverende prosessene som inngår i CAS (bekymring, ruminering, mestringsatferd og trusselmonitorering), er i følge metakognitiv teori strategier for å regulere emosjonelt ubehag. Disse prosessene aktiveres og opprettholdes i følge Wells (2009) av metakognisjoner. Metakognisjoner er tanker som monitorerer, kontroller og overvåker tankeprosessene våre (Wells, 2009). Spesielt viktig for opprettholdelse av CAS er metakognitive antagelser, hvor man skiller mellom positive og negative metaantagelser. Positive metaantagelser er knyttet til nytteverdien av å engasjere seg i visse tankeprosesser, for eksempel at ”bekymring gjør meg forberedt” eller ”ved å dvele ved tidligere feil kan jeg unngå fremtidige skuffelser”. Negative metaantagelser er antagelser om at tankene er ukontrollerbare eller farlige. Eksempler på negative metaantagelser kan være ”jeg klarer ikke å slutte å bekymre meg” og ”jeg kan bli gal av å tenke visse tanker”. Grunnen til at negative tankeprosesser opprettholdes, er at personen gjennom sine metaantagelser opplever det som hensiktsmessig å benytte disse prosessene, samtidig som at tankeprosessen oppleves som utenfor personens kontroll. En studie har vist at endringer i metakognisjoner er en bedre prediktor for symptomnedgang enn endringer i kognisjoner (Solem et al., 2009). I behandlingen av sosial angst er det derfor viktig å svekke

pasientenes metaantagelser, gjøre dem oppmerksom CAS-prosessering, og gi pasienten alternative strategier å benytte seg av.

Det har blitt forsket mye på behandling av sosial angst, og studier har vist at kognitiv terapi er en effektiv behandling. Det finnes likevel evidens for at behandlingen kan effektiviseres ved å intervensere direkte på opprettholdende prosesser. Metakognitiv terapi viser lovende resultater for en rekke angstlidelser i tillegg til depresjon (Nordahl, 2009; Wells, 2009, Wells et al., 2009), og i tråd med den transdiagnostiske forståelsen for psykiske lidelser i metakognitiv teori, er det holdepunkter for at en metakognitiv behandling kan være effektiv også for sosial angst.

Hensikten med denne studien er å gjøre en preliminær kassserie av metakognitiv behandling ved sosial angst. Vi vil i behandlingen fokusere på å redusere pasientenes CAS-aktivitet, og gi dem andre prosesseringsalternativer i møte med sosiale situasjoner. I tillegg vil vi ved hjelp av eksponeringsøvelser og metakognitive dialoger utfordre positive og negative metaantagelser. Sammenlignet med Clark og Wells' (1995) behandlingsprotokoll valgte vi å ikke bruke tid på kognitiv reattribuering og kognitive sokratiske dialoger rettet mot innholdet i kognisjonene. Våre hypoteser er at denne behandlingen vil føre til reduserte symptomer, både på sosial angst og eventuelle komorbide lidelser og unnvikende personlighetstrekk. Vi forventer også at behandlingen vil føre til nedgang i positive og negative metaantagelser.

2. Metode

2.1 Design

En kassserie med A-B-design, uten baseline- og follow up-målinger ble gjennomført. Før

behandlingsoppstart ble pasientene intervjuet med ADIS-IV og SCID-II (unnavikende personlighetsforstyrrelse) på alle pasientene. Disse intervjuene ble også utført etter avsluttet behandling, senest etter 9. behandlingstid. Utredning ble utført av en uavhengig studentterapeut med opplæring og erfaring i bruk av ADIS-IV. Alle pasientene fylte også ut et batteri av spørreskjema før og etter behandling. Disse spørreskjemaene er beskrevet nedenfor.

2.2 Deltakere

For å rekruttere pasienter ble relevant informasjon om prosjektet sendt til studenthelsetjenesten ved Studentsamskipnaden i Trondheim (SiT), et utvalg fastleger i Trondheim, og Psykologiske Poliklinikker for voksne ved Psykologisk institutt, NTNU. Kriterier for inklusjon i studien var primærdiagnose DSM-IV: 300.21 sosial angstlidelse (First et al, 2002). Eksklusjonskriterier var aktiv psykose og akutt suicidalfare. Til sammen 8 pasienter ble innkalt til diagnostisk intervju, og pasientene ble henvist fra følgende instanser: 4 fra SiT, 1 fra en behandlingsstudie for generalisert angstlidelse ved Psykologiske Poliklinikker Dragvoll, 1 fra en spesialpost ved St. Olavs Hospital avdeling Østmarka, og 2 fra fastlege. . Hver pasient ga skriftlig samtykke til deltakelse i prosjektet, som var godkjent av Regionale komitéer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Deltakernes diagnoser er gjengitt i tabell 1, og nedenfor følger en presentasjon av hver enkelt deltaker.

Kasus 1 er en mann i 20-årene, for tiden ikke i utdanning eller jobb. Han har lite nettverk og sosial kontakt begrenser seg til festing i helgene med mye alkoholbruk. Ved diagnostisering oppfylte han også kriterier for unnavikende personlighetsforstyrrelse og tvangslidelse. Spesielt opplevde pasienten påtrengende tanker som gikk på å tenke stygt om andre. Han forsøker å nøytralisere de påtrengende tankene ved å undertrykke dem, erstatte dem med positive tanker,

eller å tenke enda styggere tanker om seg selv. Denne personen ble utredet i forbindelse med et annet prosjekt ved Psykologiske Poliklinikk NTNU, av en uavhengig og erfaren utreder.

Kasus 2 er en mann i 20-årene som for tiden tar høyere utdanning. Ved inntak slet han primært med angst i sosiale situasjoner. Han hadde nylig gjennomgått en familiekrise. Han har sosialt nettverk med flere venner.

Kasus 3 er en dame tidlig i 20-årene som tar en høyere utdanning. Han har et noe begrenset sosialt nettverk, men har også nære venner. Han har mye unngåelse av sosial kontakt og oppfyller ved inntak kriterier for unnavikende personlighetsforstyrrelse.

Kasus 4 er en dame tidlig i 20-årene, som for tiden er arbeidsledig. Hun har et lite sosialt nettverk, og sosial kontakt begrenser seg til festing i helgene med utstrakt bruk av både narkotika og alkohol. Hun sitter mye hjemme på dagene og unngår sosial kontakt uten rusbruk. Hun er deprimert, og tilskriver selv dette til sin sosiale angst.

Kasus 5 er en dame midt i 20-årene, for tiden arbeidsledig. Hun har fullført høyere utdanning og har et godt sosialt nettverk, men samtidig betydelig unngåelse av sosiale aktiviteter og situasjoner som kan innebære å bli vurdert av andre. Hun oppfyller ved inntak kriterier for unnavikende personlighetsforstyrrelse.

Kasus 6 er en mann i slutten av 20-årene, som for tiden er student. Han er midt i en familiekrise. Han har et begrenset sosialt nettverk, med betydelig unngåelse og sosial isolasjon. Han kan sitte hjemme i flere uker uten å gå ut, og har tilbud om å få levert matvarer hjem av et kommunalt

botilbud. Pasienten har tilleggsdiagnosene agorafobi og depresjon, med høyt symptomtrykk. Ved inntak oppfyller han kriterier for unnvikende personlighetsforstyrrelse

Kasus 7 er en dame i starten av 30-årene. Hun har fullført høyere utdanning, men er for tiden arbeidsledig. Hun har et begrenset sosialt nettverk, og stor grad av sosial isolasjon med mye unngåelse. Hun oppfyller ved inntak kriterier for unnvikende personlighetsforstyrrelse.

Tabell 1: Oversikt over diagnoser

Kasus nr.	Primærdiagnose	Tilleggsdiagnose
Kasus 1	300.23 Sosial angstlidelse (7)	300.3 Tvangslidelse 301.82 Unnvikende pers. forst. 300.4 Dystymi
Kasus 2	300.23 Sosial angstlidelse (6)	
Kasus 3	300.23 Sosial angstlidelse (6)	296.3 Depresjon (4) 301.82 Unnvikende pers.forst.
Kasus 4	300.23 Sosial angstlidelse (7)	296.3 Depresjon (4)
Kasus 5	300.23 Sosial angstlidelse (7)	301.82 Unnvikende pers. forst.
Kasus 6	300.23 Sosial angstlidelse (8)	300.21 Panikklidelse med agorafobi (8) 296.3 Depresjon (4) 301.82 Unnvikende pers. forst.
Kasus 7	300.23 Sosial angstlidelse (8)	296.3 Depresjon (4) 301.82 Unnvikende pers. forst.

Merk: ADIS-funksjonsskåre i parentes

2.3 Måleinstrumenter

I denne studien ble det brukt både strukturerte kliniske intervjuer og selvrapportskjemaer. Nedenfor følger en nærmere beskrivelse av de ulike måleinstrumentene.

2.31 Strukturerte intervjuer

ADIS-IV

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; Di Nardo, Brown & Barlow, 1994) er et strukturert diagnostisk intervju, hvor pasientene utredes for symptomer på angst- og depresjonslidelser, og screenes for suicidalitet, posttraumatisk stresslidelse, rus og psykose. Man vurderer alvorlighetsgrad på en skala fra 0 (minimal alvorlighetsgrad, symptomfri) til 8 (maksimal alvorlighetsgrad, betydelig funksjonssvikt). I ADIS-IV's del som omhandler sosial angst skal pasientene også rangere hvor mye frykt og unngåelse de opplever i ulike sosiale situasjoner, som f.eks "å gå på date", "prate foran en forsamling", "innlede en samtale" osv, på en skala fra 1-8. Vi benytter pasientenes sammenlagtskårer på frykt og unngåelse som et mål på symptomtrykk.

SCID-II

Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders axis 2 (SCID-II; First et al., 2002) ble brukt for å utrede hvorvidt pasienten tilfredstilte kriteriene for unnvikende personlighetsforstyrrelse. Her svarer pasienten på 7 utsagn relatert til unnvikende PF, som skåres på en skala fra 0-3. Hvis pasienten oppnår 4 eller flere 3-svar blir diagnosen unnvikende personlighetsforstyrrelse gitt.

2.32 Selvrappport

BAI

Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) er et selvrapportskjema med 21 ledd, som måler en persons somatiske og kognitive angstsymptomer den siste uken. Elementene skåres på en firepunktsskala fra 0-3, og maksskåre er 63. BAI er et etablert valid og reliabelt instrument for å måle angstsymptomer, og er blitt anbefalt brukt sammen med BDI (Beck & Steer, 1993).

BDI

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw and Emery, 1979) er et selvrapportskjema som måler depresjon. Det er 21 ledd som skal skåres på en firepunktsskala fra 0-3, med maksskåre på 63. Det har vist seg å være et reliabelt og valid mål på depresjonsalvorlighet i både kliniske og ikke-kliniske utvalg (Beck, Steer, & Garbin, 1988).

FNE

Fear of Negative Evaluation (FNE; Watson & Friend, 1969) måler frykt for negativ evaluering og er et skjema med 28 elementer hvor man skal svare "Enig" eller "Ikke enig". FNE har god indre konsistens (Watson & Friend, 1969) og har vist seg å korrelerer signifikant med mål på depresjon, ubehag og stress hos personer med sosial angst (Cox, Ross, Swinson, & Dorenfeld, 1998).

MCQ-30

Metacognitions Questionnaire 30 (MCQ-30; Wells, 2009) er et skjema med 30 elementer som skal rangeres på en skala fra 1-4, hvor 1 er "Ikke enig" og 4 er "Veldig enig". Dette skjemaet måler flere aspekter ved metakognisjoner, som 1) positive antagelser omkring bekymring, 2) negative antagelser om tanker relatert til ukontrollerbarhet og fare, 3) kognitiv konfidens, 4) antagelser om nødvendigheten av tankekontroll og 5) kognitiv selvbevissthet. Skjemaet har gode psykometriske egenskaper (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). I denne studien var vi spesielt interessert i positive og negative metaantagelser (1 og 2), fordi at vi antok at disse er med på å opprettholde sosial angst.

AnTI

Anxious Thoughts Inventory (AnTI; Wells, 1997), er et selvrappormål med 22 elementer, som skal rangeres fra 1 (nesten aldri) til 4 (nesten alltid). Det er designet for å måle tre dimensjoner av bekymringer: sosial bekymring, helsebekymring og metabekymring. Målet har vist å ha gode psykometriske egenskaper (Wells, 1997). I denne studien var sosial bekymring av spesiell interesse, siden dette er elementer behandlingen forsøker å redusere.

SPRS

Social Phobia Rating Scale (SPRS; Wells, 1997) er et selvrapportskjema som har flere elementer, hvor man skal svare på spørsmål knyttet til sosiale situasjoner sist uke. Det er opplevd ubehag (0-8), unngåelse (0-8), selvbevissthet (0-8), bruk av ulike sikkerhetsatferder (0-8), negative antagelser og tanker (0-100), og grubling og bekymring (0-8). I denne studien var selvbevissthet spesielt interessant, siden dette er antatt å være en opprettholdende prosess i sosial angst.

CAS-1

Cognitive Attentional Syndrome Scale (CAS-1; Wells, 2009) er et selvrapportskjema som måler bruk av prosesser i det kognitive oppmerksomhetssyndromet, og metakognitive antagelser knyttet til sosiale situasjoner og generelt ubehag. Pasienten skal rangere mengde bekymring og ruminering (0-8), bruk av ulike mestringsatferder (0-8), og tro på ulike positive og negative metaantagelser (0-100).

2.4 Prosedyre

Alle deltakerne mottok opp til ni terapitimer. Postvurdering ble enten utført etter ni timer, eller tidligere ved enighet mellom pasient og terapeut. Alle pasientene fikk tilbud om oppfølgingssamtale eller viderehenvisning til annen behandling. Behandlingsforløpet baserer seg på en progresjon gjennom fire stadier, og innholdet i hver behandlingstime tilpasses hvilke prosesser og metakognisjoner som er nødvendige å jobbe med hos hver enkelt pasient. Målet med behandlingen er å redusere pasientens CAS-prosessering, og å redusere negative og positive metaantagelser. På hvert enkelt stadium i behandling utfordres positive og negative metaantagelser knyttet til de ulike strategiene i CAS.

På stadium 1 lager man en idiosynkratisk kasusformulering basert på vår metakognitive modell for sosial angst¹. Deretter sosialiseres pasienten til modellen, hvis hensikt er å vise hvordan positive og negative metakognitive antagelser opprettholder CAS og fører til angst. På stadium 2 jobber man med pasientens oppmerksomhetsfokus og trusselovervåking, med mål om å få pasienten til å bli mindre opphengt i egne følelser og tanker. Dette gjøres ved å få pasienten til å

¹ Se *appendiks 1* for modell og kasusformuleringsintervju

fokusere på nøytrale aspekter i situasjonen i stedet for å fokusere på seg selv. På stadium 3 reduseres bekymring og ruminering i forbindelse med sosiale situasjoner. Pasientene erfarer at bekymrings- og rumineringsprosessene ikke er ukontrollerbare eller farlige, og at det ikke er knyttet noen fordeler til det å bekymre seg og ruminere. Ved behov kan man på stadium 4 redusere bruk av mestringsatferd, og kognitiv eller atferdsmessig unnvikelse.

Pasienten blir under behandlingen utfordret til å eksponere seg selv for sosiale situasjoner mellom behandlingssesjonene. Strategiene som inngår i CAS blir framstilt som en ”gammel plan” for å regulere angst og ubehag. Som et alternativ introduseres en ”ny plan” med forslag til andre reguleringsstrategier ². Et eksempel på en ”ny plan” er å fokusere på nøytrale aspekter ved situasjonen i stedet for å overvåke symptomer på angst.

2.5 Terapeuter

Alle pasientene ble behandlet av to studentterapeuter, under utdanning ved NTNU. Første pasient ble tilfeldig fordelt til en av terapeutene og deretter ble pasientene fordelt annenhver gang til hver terapeut. Begge terapeutene møtte til ukentlig videoveiledning hos en psykolog med erfaring i metakognitiv terapi.

3. Resultater

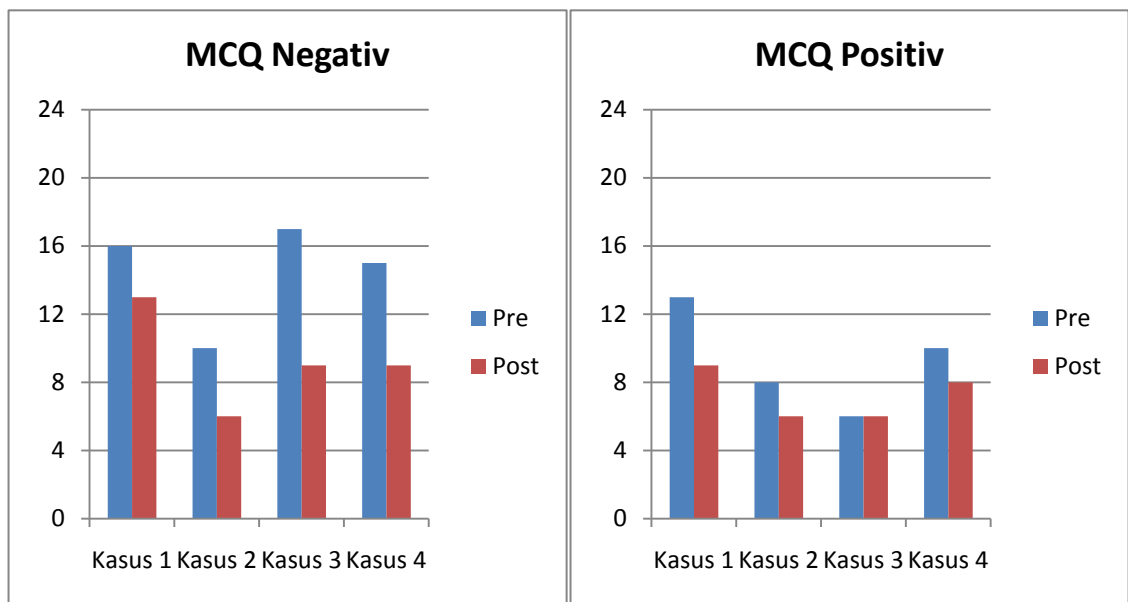
Av 7 pasienter valgte 4 pasienter å fullføre behandlingen (kasus 1, 2, 3 og 5). Uavhengig t-test viste ingen statistisk signifikante forskjeller mellom de som fullførte og de som ikke fullførte behandlingen på variabler som kjønn, alder, funksjonsskåre, symptomtrykk målt med ADIS-IV,

² Se eksempel på ny og gammel plan i *appendiks 2*

eller negative og positive metaantagelser. Statistiske analyser ble utført på de fire pasientene som fullførte behandlingsforløpet. Tabell 2 viser disse pasientenes skårer på frykt og unngåelse målt ved ADIS-IV, BDI, AnTI (sosial), positive og negative metakognisjoner og metakognisjoner totalt før og etter behandling (målt med MCQ-30). Cohens d ble regnet ut for å undersøke i hvor stor grad behandlingen har ført til endring hos pasientene på disse målene. Effektstørrelsen er et mål på effekten av en behandling, og regnes ut ved å ta gjennomsnittsendringen i pasientens skårer før og etter behandling og dele det på samlet standardavvik til skårene (Cohen, 1992). Cohen (1992) har en tredelt klassifisering av størrelsen på effekten, hvor 0.2 tilsvarer liten effekt, 0.5 middels effekt og 0.8 er stor effektstørrelse.. Majoriteten av effektstørrelsene på spørreskjemaene ble store (> 0.8), og mellom $d = 0.68$ og 1.76, unntatt for BAI hvor det ikke ble endring ($d = 0.04$). Effektstørrelsene gjengis i tabell 2.

Tabel 2

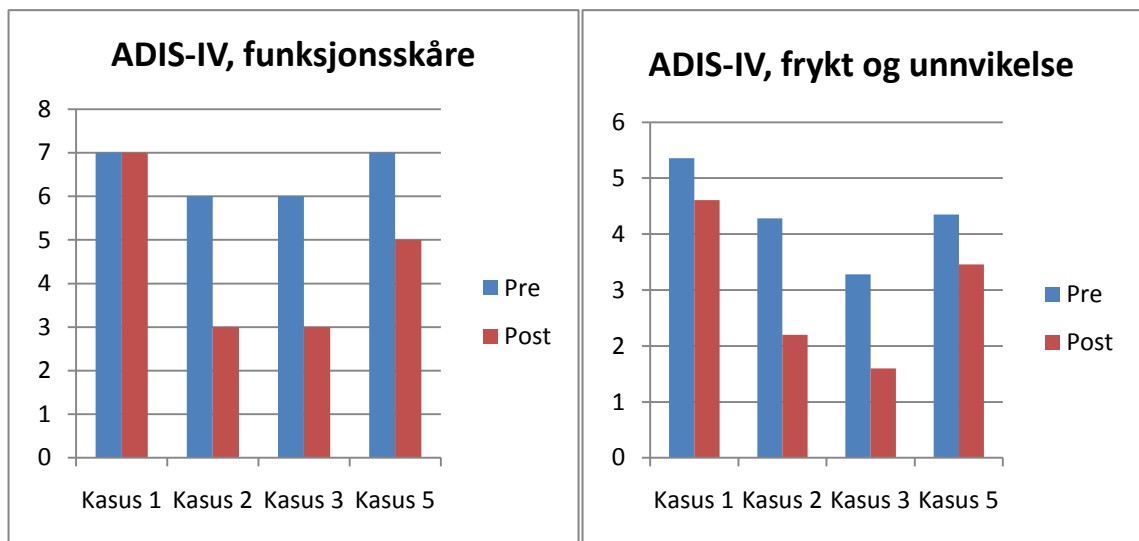
	ADIS		BDI		FNE		MCQ pos		MCQ neg		MCQ total		AnTI sosial	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
Kasus 1	5,36	4,61	21	18	26	27	13	16	16	13	79	66	31	28
Kasus 2	4,28	2,20	14	11	28	15	8	10	10	6	53	43	27	19
Kasus 3	3,28	1,60	15	3	25	6	6	6	17	9	74	49	28	15
Kasus 5	4,35	3,46	9	8	28	21	10	8	15	9	66	51	23	20
Cohens <i>d</i>	1,25		0,84		1,52		0,68		1,76		1,40		1,36	



Figur 1
Viser nedgang på negative metaatangelser fra før til etter behandling.

Figur 2
Viser nedgang på positive metaatangelser fra før til etter behandling

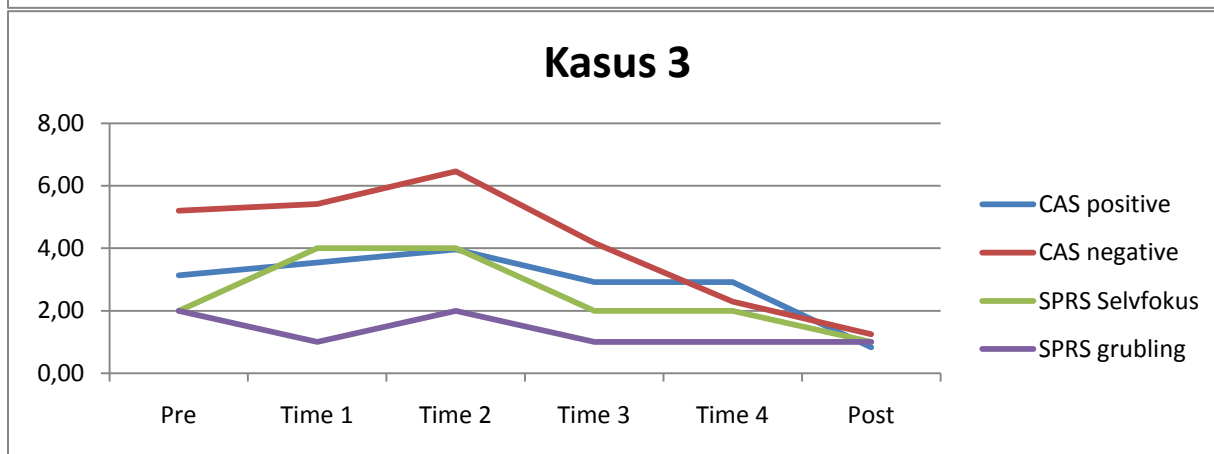
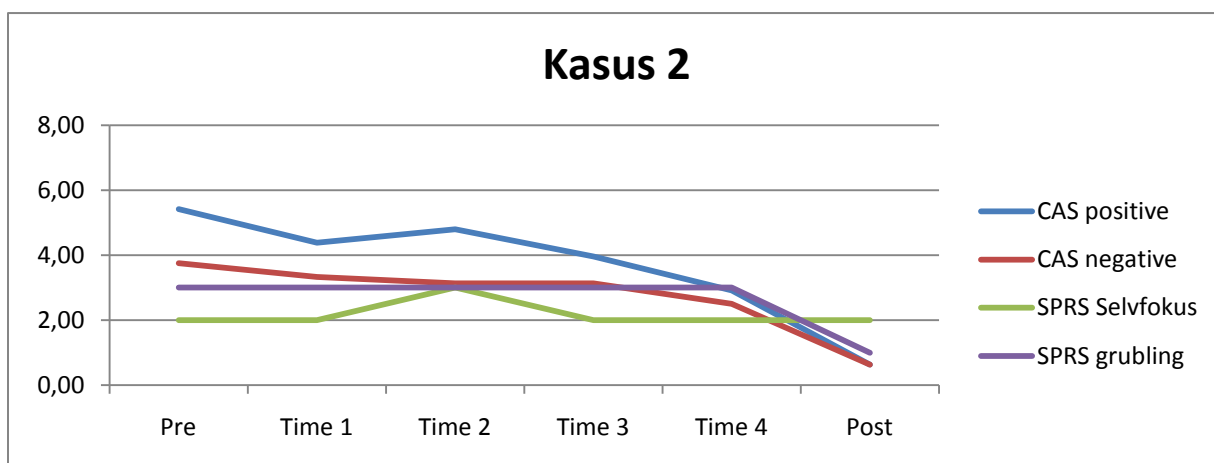
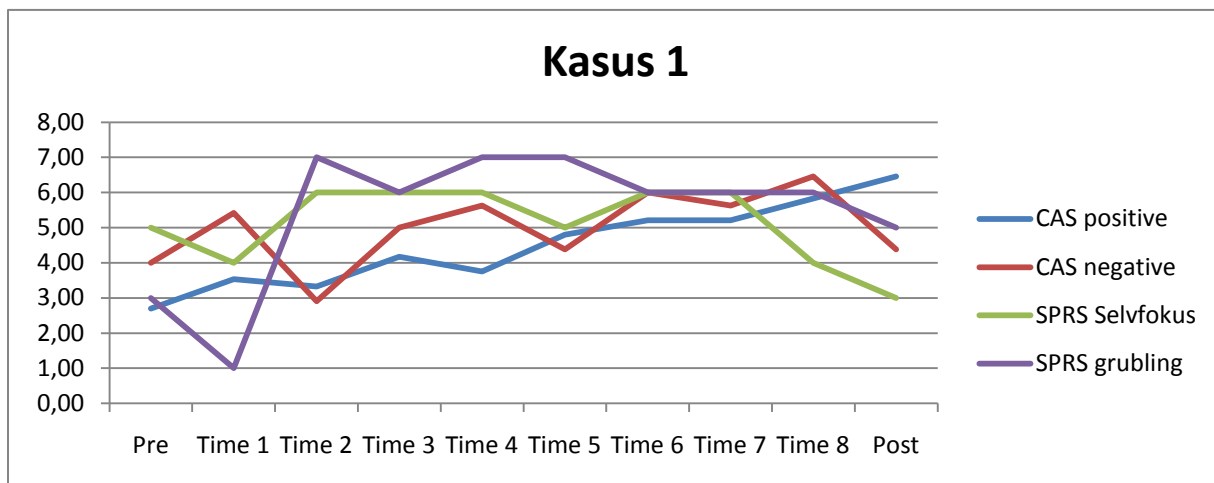
Tre av pasientene fikk bedret funksjonsnivå i følge ADIS-IV. Kasus 1 opplevde ikke endring på funksjonsnivå på ADIS-IV (se figur 3). Alle pasientene opplevde en nedgang på frykt for og unngivelse av sosiale situasjoner (se figur 4). Denne sammenhengen var statistisk signifikant ($t=0.31$, $p < 0.05$). To av pasientene tilfredsstilte ikke lenger kriteriene for sosial angstlidelse etter endt behandling, som målt ved ADIS-IV.

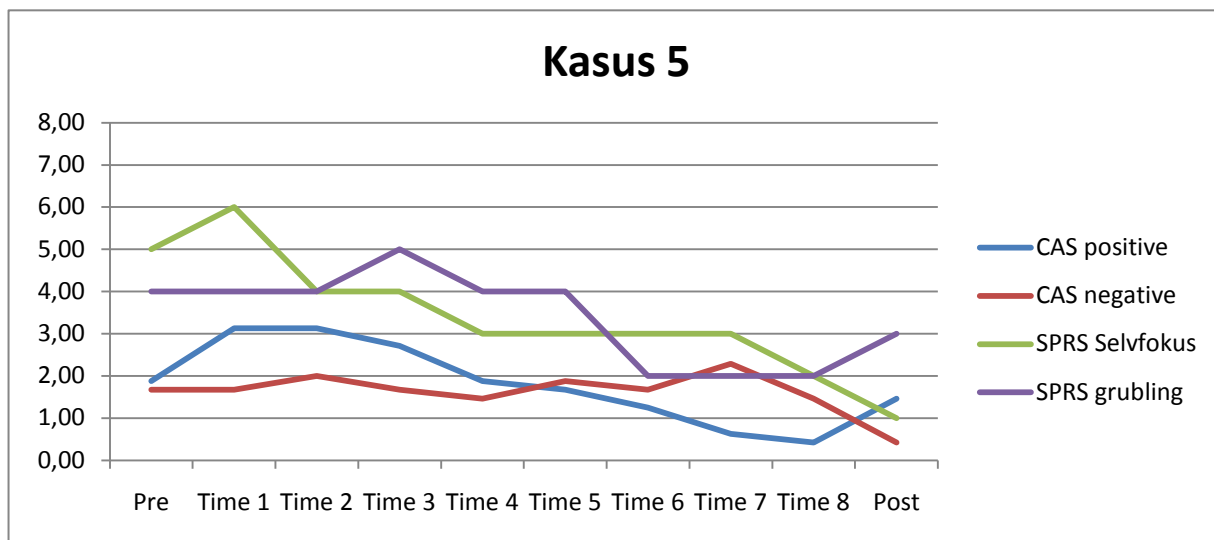


Figur 3
Viser nedgang på funksjonsskåre målt med ADIS-IV før og etter behandling.

Figur 4
Viser nedgang på frykt for og unngivelse av sosiale situasjoner, målt med ADIS-IV før og etter behandling.

Vi ønsket også å undersøke om det oppstod endring i selvfokus, grubling, og positive og negative metaantagelser fra time til time ved å se på spørreskjemaene CAS-1 og SPRS. Resultatene for hvert kasus vises i figur 5-8.





4. Diskusjon

Resultatene fra denne kassstudien med bruk av metakognitive prinsipper i behandling av sosial angst, viser at av de fire pasientene som fullførte behandlingsforløpet (kasus 1, 2, 3, og 5), oppnådde tre betydelig klinisk bedring. To pasienter oppfylte ikke lenger kriteriene for primær- eller sekundærdiagnoser etter endt behandling. Statistiske analyser viser en statistisk signifikant reduksjon i skårer på metakognisjoner totalt (MCQ-30), negative metakognisjoner (MCQ-30), og frykt og unnvikelse av sosiale situasjoner (ADIS-IV). Behandlingen gir en symptomnedgang med store effektstørrelser (Cohens d), målt med ADIS-IV og selvrapportskjemaer. Disse funnene gir støtte til hypotesen om at man ved å intervensere på opprettholdende psykologiske prosesser og metakognitive antagelser, kan redusere symptomer både på sosial angst, depressive symptomer og unnvikende personlighetstrekk. Resultatene støtter hypotesen om at behandlingen gir endring av ulike typer metaantagelser.

Tilstanden for kasus 1 var ved behandlingsslutt uendret sammenlignet med oppstart, og graden av funksjonssvikt ble ikke redusert i løpet av behandlingen. Pasienten rapporterte imidlertid lavere skåre både på negative metaantagelser, og rapportert frykt og unnvikelse for sosiale situasjoner ved behandlingsslutt. Ved prevurdering hadde denne pasienten et begrenset sosialt nettverk og var verken i jobb eller utdanning, noe som medførte mye isolasjon i hverdagen. Han hadde høyere skårer enn resten av utvalget på flere mål, og hadde flere komorbide lidelser i tillegg til sosial angst. Selv om pasienten rapporterte bedring på enkelte symptommål, ble graden av funksjonssvikt vurdert som uendret ved behandlingsslutt. Det er mulig at tilleggsdiagnoser og generelt høyt symptomtrykk førte til at pasienten ikke oppnådde klinisk signifikant endring i løpet av behandlingsperioden.

Kasus 2 og 3 var begge i utdanningsforløp, og hadde etablerte sosiale nettverk. De hadde dermed gode muligheter for eksponering i sosiale situasjoner mellom sesjonene. Begge pasientene avsluttet behandlingsforløpet etter fem sesjoner, og oppfylte ikke kriteriene for sosial angst ved post-vurdering. Spesielt nevneverdig er det at kasus 3 ikke oppfylte kriteriene for diagnosene depressiv episode og unnvikende personlighetsforstyrrelse etter behandlingen.

Kasus 5 hadde avsluttet høyere utdanning, men var arbeidsledig under behandlingen. Hun oppfylte fortsatt kriteriene både for sosial angst og unnvikende personlighetsforstyrrelse etter endt behandling, men hadde et lavere symptomtrykk og opplevde selv situasjonen som bedre etter ni behandlingssesjoner. Siden hun var arbeidsledig hadde hun få gode muligheter for naturlig eksponering mellom sesjonene, og var avhengig av enten selv å ta initiativ, eller vente på initiativ fra andre for å bli sosialt eksponert. Som en del av behandlingen jobbet hun med å

skaffe seg nye arenaer for naturlig eksponering, men det var vanskelig å motivere pasienten til dette. Hun eksponerte seg derfor lite mellom sesjonene.

Av pasientene som fullførte behandlingsforløpet og de som ikke fullførte ble det ikke påvist statistisk signifikante forskjeller ved utredning. Vi kan likevel ikke utelukke forskjeller pga. det lave antallet deltakere. De tre pasientene som valgte å ikke fullføre behandlingen hadde større grad av sosial isolasjon, og mer begrenset mulighet for naturlig sosial eksponering. En av disse brukte mye rus som mestringsstrategi i forbindelse med sosiale situasjoner. En annen benyttet seg blant annet av et kommunalt botilbud, som f.eks innebar å få bragt husholdningsartikler til døren, for å begrense sosial kontakt.

Det å ha naturlige arenaer for sosial eksponering synes i denne studien å øke sannsynligheten for bedring og redusere faren for frafall. Dette kan skyldes at man i større grad får anledning til å utfordre og endre metakognisjoner gjennom eksponering utenfor timene. Man får da erfaring med å eksponere seg for situasjoner der man ikke benytter regulerende CAS-strategier, og iverksetting av *ny plan*. Pga det lave antallet deltakere har studien ikke kunnet påvise noen statistisk sammenheng mellom nedgang i metakognisjoner og symptomlette. Det er imidlertid forskning som viser at endring i metakognisjoner predikerer symptomfall hos pasienter med tvangslidelse (Solem et al., 2009). Sammenhengen mellom metakognisjoner og symptomer hos personer med sosial angst bør derfor undersøkes nærmere.

Selv om denne studiens resultater er lovende med tanke på å behandle sosial angst med metakognitive prinsipper, er det en del begrensninger ved studien. Kasserien er basert på et svært begrenset antall deltakere. Totalt 7 pasienter ble inkludert i studien, og med så få deltakere

er studien sårbar for frafall og dataene er vanskelige å tolke. Studien hadde heller ingen kontrollgruppe. Man kan derfor ikke være sikker på om resultatene kan forklares av egenskaper ved pasientene eller aspekt ved behandlingen, og generaliserbarheten blir lav.

Det ble ikke utført baselinemålinger før behandlingsoppstart. Dette gjør at vi ikke kan slå fast om symptomtrykket til den enkelte pasienten var stabilt før behandlingen startet. Det ble heller ikke utført oppfølgingsmålinger for å kontrollere i hvilken grad resultatene opprettholdes i tiden etter behandlingen. Behandlingen ble utført av studenter uten utdanning i og erfaring med metakognitiv terapi. En replikasjon av kassuserien bør gjennomføres av terapeuter med formell MKT-kompetanse.

5. Konklusjon

Kassuserien har vist lovende resultater med tanke på å redusere symptomer på sosial angst ved å intervensere på opprettholdende psykologiske prosesser og metakognisjoner. Resultatene er lovende fordi det hittil ikke har blitt publisert studier som viser at metakognitiv terapi kan være en effektiv behandling for sosial angst. Vår studie viser også at behandling basert på metakognitive prinsipper kan gi reduksjon av komorbide psykiske lidelser og symptomer hos pasientene. Sammenhengen mellom symptomer og metakognisjoner bør imidlertid utforskes nærmere. Studien er av en preliminær karakter, og bør replikeres med et større utvalg, og terapeuter med MKT-kompetanse. Man bør også sammenligne metakognitiv behandling med andre etablerte behandlingsformer som kontrollgruppe.

6. Referanser

- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893-897.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A., & Steer, R. (1993). *Beck anxiety inventory*: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Chartier, M., Walker, J., & Stein, M. (2003). Considering comorbidity in social phobia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 38*(12), 728-734.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N. & Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 568-578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., & Louis, B. (2003). Cognitive Therapy Versus Fluoxetine in Generalized Social Phobia: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1058-1067.

- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R. (Ed.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-94). New York: Guilford Press.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*, 155-159.
- Cox, B., Ross, L., Swinson, R., & Dinenfeld, D. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, *22*(3), 285.
- First, Michael B., Spitzer, Robert L, Gibbon Miriam, & Williams, Janet B.W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research
- Hinrichsen, H., & Clark, D. (2003). Anticipatory processing in social anxiety: two pilot studies. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *34*(3-4), 205-218.
- Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K., & Walters, E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, *62*(6), 593.
- Kessler, R., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C., Hughes, M., Eshleman, S. & Kendler, K. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, *51*(1), 8.
- Mellings, T., & Alden, L. (2000). Cognitive processes in social anxiety: The effects of self-focus, rumination and anticipatory processing. *Behaviour Research and Therapy*, *38*(3), 243-257.
- Mörtberg, E., Clark, D., Sundin, Ö., & Åberg Wistedt, A. (2007). Intensive group cognitive treatment and individual cognitive therapy vs. treatment as usual in social phobia: a randomized controlled trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *115*(2), 142-154.

- Nordahl, H. M. (2009). Effectiveness of Brief Metacognitive Therapy versus Cognitive-Behavioral Therapy in a General Outpatient Setting. *International Journal of Cognitive Therapy, 2*, 152-159.
- Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B. & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behavior Research and Therapy, 47*, 301-307.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. (2003). Cognitive therapy for social phobia: individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(9), 991-1007.
- Vassilopoulos, S. (2004). Anticipatory processing in social anxiety. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*(03), 303-311.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*(4), 448-457.
- Wells, A. (1994). A multi-dimensional measure of worry: Development and preliminary validation of the Anxious Thoughts Inventory. *Anxiety, Stress & Coping, 6*(4), 289-299.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders*. New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders & metacognition*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy, 42*(4), 385-396.
- Wells, A., Clark, D., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackmann, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy, 26*(1), 153-161.

- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. (2009). Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 291-300.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Social phobia: Effects of external attention on anxiety, negative beliefs, and perspective taking. *Behavior Therapy, 29*(3), 357-370.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (2001). Brief cognitive therapy for social phobia: a case series. *Behaviour Research and Therapy, 39*(6), 713-720.
- WHO. (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- Wittchen, H., Fuetsch, M., Sonntag, H., Müller, N., & Liebowitz, M. (2000). Disability and quality of life in pure and comorbid social phobia. Findings from a controlled study. *European Psychiatry, 15*(1), 46-58.

Appendiks 1: Metakognitiv modell og kassformuleringsintervju

Kaskaden startes av en triggertanke (typisk en "hva om"-tanke). Positive metaantagelser knyttet til nytteverdien av å engasjere seg i tanken fører til at det kognitive oppmerksomhetssyndromet (CAS) aktiveres. CAS består av vedvarende og maladaptive strategier som bekymring, ruminering, trusselovervåkning, mestringsstrategier og unnvikelse. Negative metaantagelser knyttet til ukontrollerbarhet og fare ved de ulike CAS-strategiene gjør at prosessene vedvarer (ukontrollerbarhet) og fører til angst (fare). De ulike pilene representerer interaksjoner mellom ulike deler av modellen.

Kassformuleringsintervju

Terapeut: "La oss snakke om en nylig situasjon hvor du opplevde angst"

1. Triggertanke

- a. Hva var tanken som utløste angsten?

2. CAS

- a. Bekymring: Hva tenkte du videre etter at du hadde tenkt [triggertanken]?
- b. Ruminering: Grublet du over situasjonen i etterkant? Hva grublet du over?
- c. Fryktmonitorering: Hva var oppmerksomheten din rettet mot i situasjonen?
- d. Sikkerhetsatferd: Gjorde du noe for å kontrollere ubehaget eller tankene i situasjonen?
- e. Unngåelse: Forsøkte du å unngå å tenke visse tanker da du var i situasjonen?

3. Symptomer

- a. Hva følte du i situasjonen? Hvor i kroppen kjente du det?
- b. Ble konsentrasjonen eller evnen til å tenke påvirket?

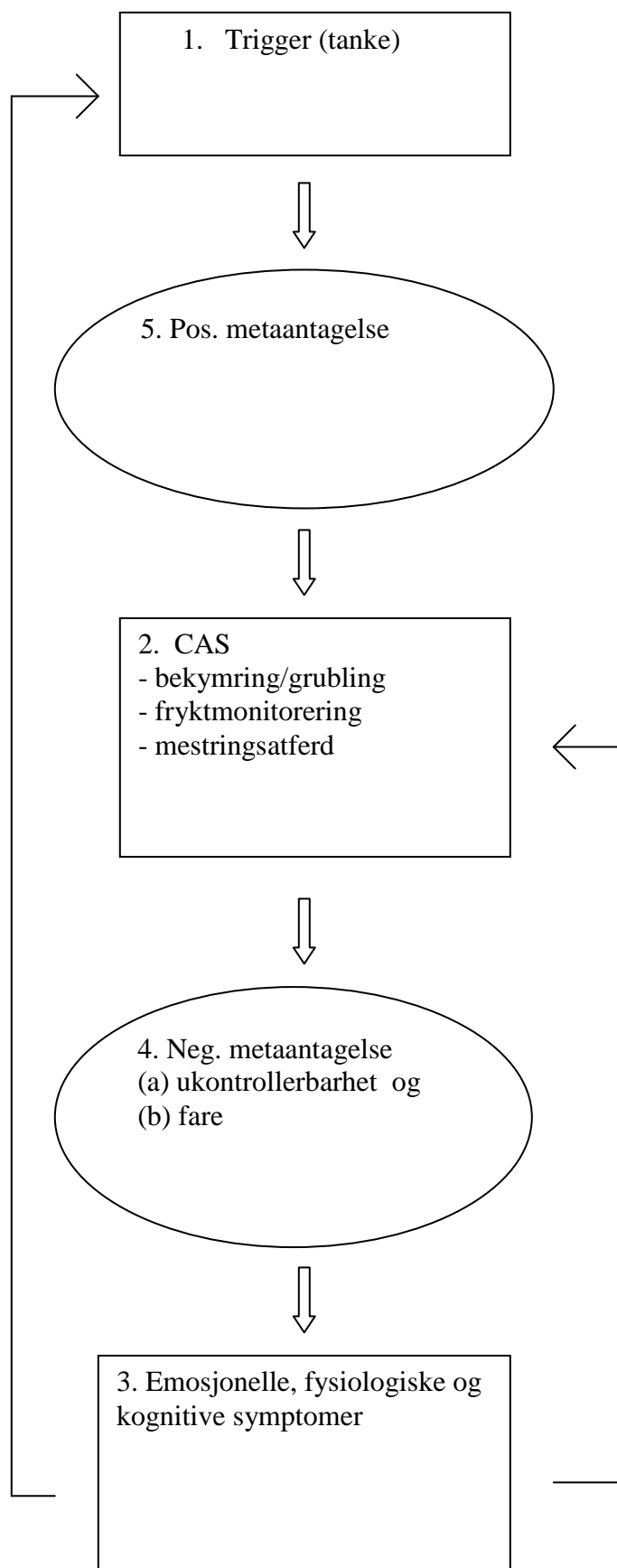
4. Negative metaantagelser

- a. Hvor ukontrollerbare er tankene dine på en skala fra 0-100?
- b. Hva er det verste som kan skje hvis du ikke greier å kontrollere tankene dine?
Kan bekymringstanker og angstsymptomer være skadelig på noen måte?

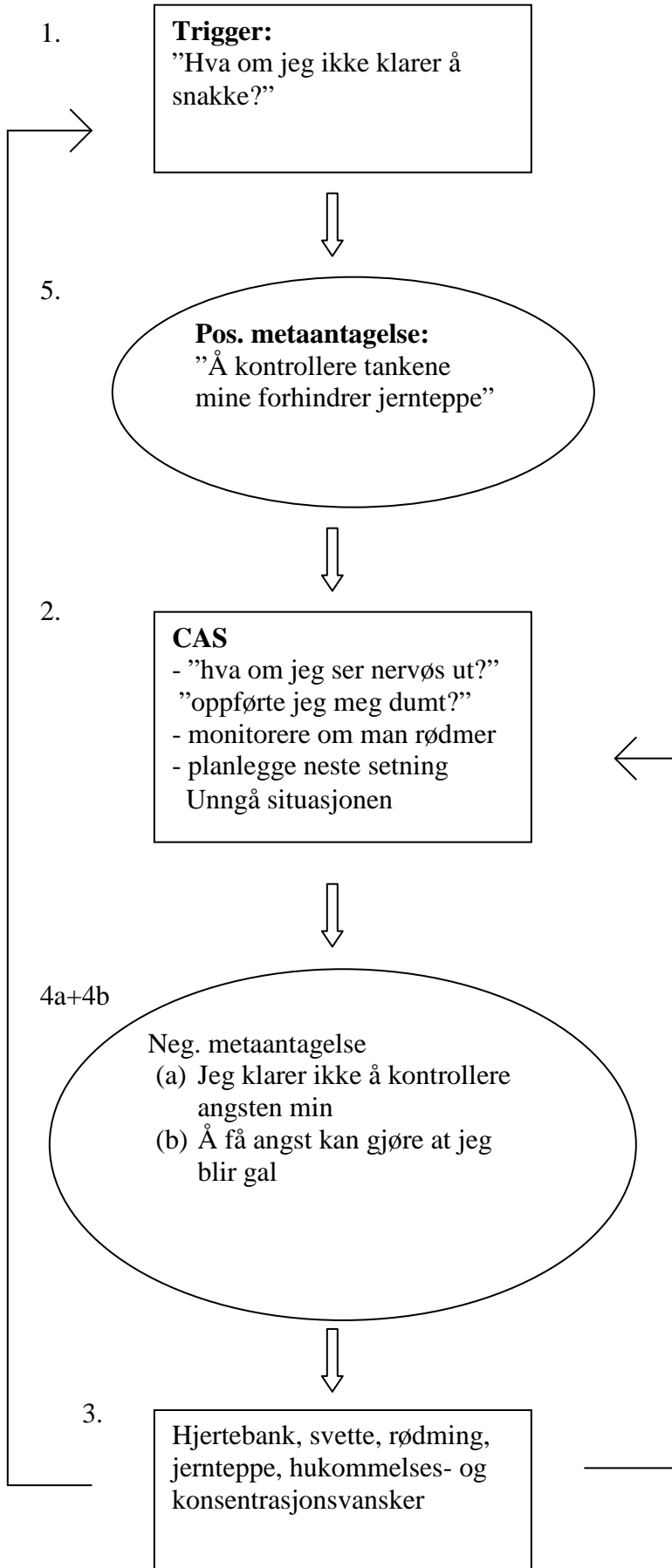
5. Positive metaantagelser

- a. Er det noen fordeler ved å bekymre seg og ruminere?
- b. Er det noen fordeler ved å fokusere oppmerksomheten på potensielle trusler og farer?
- c. Er det noen fordeler ved å gjøre sikkerhetsatferd?

d. Er det noen fordeler ved å unnvike visse tanker?



Eksempel: Kasusformulering



Appendiks 2: Gammel og ny plan

Triggertanker:

- ”Hva om de andre ser at jeg er nervøs?”
- ”Hva om jeg ikke klarer å snakke?”
- ”Hva om jeg skjelver?”

Gammel plan	Ny plan
Tankestil: Forberede meg på hva jeg skal si på forhånd Bekymre meg for hvem som kommer I etterkant analysere om jeg sa de riktige tingene	Tankestil: Ikke bekymre meg i forkant av situasjoner Ikke gruble i etterkant av situasjoner
Atferd: Spenne muskler for å unngå skjelving Unngå situasjoner hvor det kommer mange ukjente Si lite	Atferd: Ikke benytte mestringsatferd Ikke unngå situasjoner Snakke når jeg har noe så si
Oppmerksomhetsfokus: Fokusere på meg selv for å være sikker på at jeg ikke sier noe feil	Oppmerksomhetsfokus: Fokusere på folk rundt meg Fokusere på hva andre sier