

Metakognitiv terapi

By [Hans Morten Nordahl](#) – november 5, 2010

Terapiformerserien

Endelig en ny artikkel i terapiformerserien. Denne gangen er vi så heldig å ha professor Hans Morten Nordahl som gjesteskribent om temaet metakognitiv terapi. Vi har med andre ord, for første gang i terapiformerserien, gleden av å få beskrivelser av en terapeutisk metode av en av de mer sentrale figurene i fagmiljøet rundt terapimetoden.

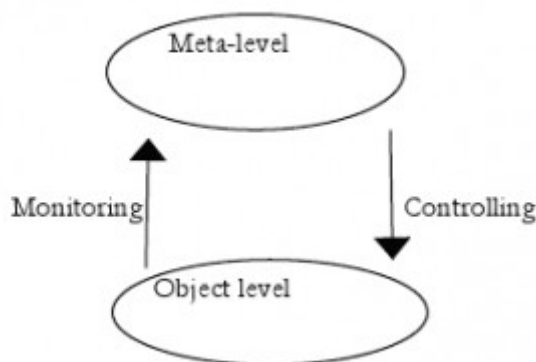
I 2011 arrangeres også den første internasjonale konferansen om Metakognitiv terapi.

Metakognitiv terapi

Kognisjon er et latinsk ord, oversatt fra “cognosere”, som betyr “å vite”. Begrepet omfatter tankeprosesser, som for eksempel persepsjon, minnefunksjoner, forestillinger, analyser og vurderinger.

Metakognisjoner er da ”tenkning om tanker” og viser til ens bevissthet om egne vurderinger, tanker og kontroll over disse (Flavell, 1979)

Kontroll og registrering av tankeprosesser har basis i prefrontal cortex i hjernen og ser ut til å være tilegnet og lært. Nelson og Narens har laget en modell om to-nivåer av kognisjoner som fungerer sammen for å regulere tankeprosessene. Disse betegnes som objekt-nivå og metakognitivt nivå (se figuren nedenfor). Wells og Matthews (1994) har utviklet en modell for emosjonelle lidelser basert på denne distinksjonen, som er betegnet som S-REF modellen (1994).



Figur. Nivåer av kognisjoner: Informasjonsflyt mellom Metakognitivt nivå og objekt nivå av tankeprosesser (Fra Nelson & Narens, 1990).

Denne modellen er grunnlaget for Metakognitiv terapi hvor disse to nivåene bidrar til å belyse at vår sinn er et dynamisk selv-regulerende system av kontrollprosesser og monitorering i vår hjerne. Man kan studere hva man tenker på (kognitivt innhold eller objekt nivå) og hvordan man tenker (kognitive prosesser eller metakognitivt nivå) og begge disse delene har distinkte oppgaver i bearbeidning av informasjon. Mens man kjenner godt til hvordan man kan arbeide med kognitivt innhold (objekt nivå) i standard kognitiv terapi, så vil man innen metakognitiv

terapi fokusere på metakognisjoner som et sentralt element i behandling av psykologiske lidelser (Wells, 2000; Wells, 2008).

Det er tre aspekter ved metakognisjoner som er relevant for å forstå psykologiske problemer: (1) metakognisjoner er et sett med kunnskap og antagelser om ens evne til å regulere seg selv, kontrollere tanker og bruke sin hukommelse. Altså personens metakognisjoner er den kunnskap man har om sin egen kognisjon og tanker, som for eksempel ens innsikt i hva en kan gjøre for å huske på viktige ting (læringsstrategi) eller hva som er viktig å være oppmerksom på. I tillegg har alle en vurdering av hvilke tanker som er viktige og antagelser om hvilken betydning visse tanker har. Wells skiller mellom to typer av metakognisjoner her og det er positive metakognisjoner og negative metakognisjoner. Positive metakognisjoner er pasientens overbevisning om at det er hensiktsmessig å bekymre seg som for eksempel "hvis jeg bekymrer meg om ting har jeg kontroll". Negative metakognisjoner er pasientens antagelser om farer eller ukontrollerbarhet ved ens tenkning, som for eksempel "hvis jeg mister kontrollen over tankene mine kan jeg bli gal". (2) Metakognitive strategier og regulering viser til de utførende kognitive funksjoner som styrer hvor man fokuserer, sjekking av tanker, planlegging og deteksjon av svikt eller feil i egen tenkning. (3) Metakognitive erfaringer er ens subjektive opplevelse av å vite noe uten at man helt er i stand til å gjenkalle informasjonen. Ett eksempel på metakognitive erfaringer er at man "har noe på tunga"- altså en følelse av at man vet uten at man kan gjenkalle informasjonen der og da. Dette er ofte lett stressende, fordi man fornemmer at man vet noe, uten at man kan huske informasjonen og man vedvarer i å prøve å gjenhente den.

Metakognitiv terapi er en relativt ny behandlingsform for emosjonelle lidelser og den er utviklet av Adrian Wells og kolleger (Wells, 2000; 2009). Wells har tidligere kritisert CBT for å være for ensidig fokusert på tankeinnhold og det på bekostning av å se på de tankeprosesser som fører til vedvarende og ukontrollerbare tankemåter. Pasienter som sliter med emosjonelle lidelser er låst på objekt nivå (i tankene) og har da ikke ressurser, kognitiv fleksibilitet eller kunnskaper til å bearbeide informasjon på et metakognitivt nivå. Skillet på dette er at pasientene tenker på det de erfarer, så de opplever at det de tenker er det som skjer. I en metakognitiv posisjon er pasienten mer fokusert på at tanker er noe annet enn det som skjer og at tanker er noe man kan observere å forholde seg til direkte. I metakognitivt nivå er det altså personens forhold til egne tanker og indre prosesser som er fokus og ikke det man tenker på.

Metakognitiv terapi (MCT) sin posisjon i forhold til emosjonelle lidelser er at disse skyldes vedvarende i tenkning, kalt for perserverative tankeprosesser, og problemer med å regulere eller stoppe dette. Eksempler på vedvarende tankeprosesser er bekymringstanker, som induserer angst, og depressiv grubling, som aktiverer depressive følelser og symptomer. I korthet har Wells benevnt disse prosessene som CAS (kognitive oppmerksomhetsstrategier). CAS består av tre elementer: Vedvarende tankemønstre av bekymring eller grubling; trussel fokus som styres av en plan for hva som vil holde en trygg; og uhensiktsmessige mestringsstrategier, som for eksempel fortrenning eller tankesuppresjon.

Hensikten med Metakognitiv terapi er å anvende metakognitive ferdigheter slik at man blir bedre til å regulere sine tanker og følelser. Det er fire områder man jobber med i Metakognitiv terapi: a) Oppøve en metakognitiv posisjon i forhold til tanker og følelser, b) Øke ens kognitive fleksibilitet og evne til å regulere oppmerksomhetsprosesser, c) eliminere eller evt redusere CAS og d) endre ens metakognitive antagelser og kunnskap om egne tanker og tankeprosesser.

Det er over 20 års arbeid i laboratorier og innen kognitiv grunnforskning som ligger til grunn for ulike metakognitive modeller (Wells, 2009). Grunnforskningen har vist at de metakognitive prosessene er sentral i å forklare hvor angst og depresjon vedvarer over lang tid og hvilke tankeprosesser som er viktige å jobbe med for endring. Endring i metakognisjoner er en langt viktigere faktor for å forklare terapeutisk endring en endring i kognisjoner og tankeinnhold. Effekten av MCT har nå blitt analysert i mange studier, og effekten er konsistent på tvers av lidelser og symptomgrupper. Dette viser at MCT er en transdiagnostisk behandlingsform- som virker selv om pasienten har flere sammensatte symptomlidelser. I MCT forsøker man å endre CAS og den kan beskrives hos alle pasienter med psykiske vansker.

Nylig er det publisert studier som viser at MCT er blitt testet mot vente-liste kontroller, anvendt avspenning og CBT i ulike randomiserte kontrollerte studier. For eksempel i en studie av Nordahl og medarbeidere (Nordahl, 2009) fant man i en gruppe polikliniske pasienter at MCT var langt bedre enn CBT på angstlidelser og bekymringstendens. Imidlertid er det flere randomiserte undersøkelser på gang og mer kunnskap om MCT og dens effekt på kort og lang sikt vil være viktig for å kunne fastslå med hvem og på hva MCT kan brukes. Med flere undersøkelser og vurderinger av langtidseffekt vil kunne gi oss svar på effekten og anvendeligheten av denne potensielt effektive behandlingsformen. For mer informasjon om MCT; se denne hjemmesiden: www.mct-institute.com

Referanser

Flavell, J.H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, 34, 906-911

Nelson, T.O. & Narens, L. (1990). Metamemory: A theoretical framework and some new findings.

In G. Bower (Ed.). *The Psychology of Learning and Motivation* (pp. 125-173). New York: Academic Press

Nordahl, H.M. (2009). Effectiveness of Brief Metacognitive Therapy versus Cognitive Behavioural Therapy in a General outpatient setting. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2, 152-159.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press

Wells, A & Matthews, G. (1994). *Attention and Emotion: A clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum