

Metakognitiv terapi ved generalisert angstlidelse

Wells¹

Kunnskap

Terapeuten må ha kunnskap om den metakognitive modellen for generalisert angstlidelse. Problemene opprettholdes av både negative og positive tanker om bekymringens natur og betydning. Behandlingen rettes først mot de negative tankene om bekymring og metabekymring. Sentralt her er ”type-2”-bekymring om at man er ute av stand til å kontrollere bekymringen, og at den i seg selv er skadelig, både mentalt og kroppslig. Det er ikke primært innholdet i type 1-bekymring som behandles (det en er bekymret for), men metatankene omkring bekymring.

Utredning

Kjennetegnet på generalisert angstlidelse er kronisk og overdreven bekymring. Terapeuten må kunne diagnostisere tilstanden og også utrede andre samtidige psykiske lidelser, spesielt depresjon, sosial angstlidelse og tvangslidelse. Det er viktig å være klar over at man ofte finner generalisert angstlidelse ved kombinasjonen angst og depresjon. Terapeuten må kunne gjennomføre et systematisk intervju omkring positive og negative tanker om bekymring (metakognisjon), pasientens tro på disse tankene og forsøk på kontroll gjennom unnvikelse og distraksjon (trygghetssøkende strategier; sikringsatferd).

Behandlingsferdigheter

Begrunnelsen for behandlingen

Terapeuten må kunne formidle begrunnelsen for metakognitiv terapi for generalisert angstlidelse. Terapeuten forklarer at tilnærmingen er bygget på samarbeid, og at det forventes at pasienten tar på seg en aktiv rolle i terapien. Terapeuten gir informasjon om metabekymring og bekymringsprosesser, og begrunnelsen for å registrere bekymringstanker.

¹ Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.

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: John Wiley and Sons.

Kennair, L. E. O. (2008). Generalisert angstlidelse. I: T. Berge & A. Repål (red.), *Håndbok i kognitiv terapi* (ss. 202–224). Oslo: Gyldendal Akademisk.

For å styrke alliansen er det viktig at terapeuten på en empatisk og troverdig måte får formidlet at målet er at pasienten skal få erfart at bekymringen ikke er ukontrollerbar eller skadelig, og at det finnes gode grunner for håp om bedring.

Kartlegging av metakognisjon

Terapeuten bør kunne gjennomføre et systematisk intervju omkring bekymringstanker, og her spørre om:

- den utløsende mentale hendelsen som starter bekymringen
- bekymringstankene (type 1-bekymring)
- de negative følelsene som utløses av bekymringstanker
- bekymringer som blir utløst av at man bekymrer seg (type 2-bekymring)
- negative metatanker om konsekvenser av at man bekymrer seg
- positive metatanker om fordeler ved å bekymre seg
- handlinger rettet mot å hindre bekymring, for eksempel unnvikelse
- forsøk på tankekontroll, som distraksjon eller tankeforbud

Registrering av bekymring

Terapeuten ber pasienten om å registrere sine bekymringer i en bekymringsdagbok. Hensikten er å gjøre pasienten bedre i stand til å bli seg bevisst bekymring og hva som utløser den, og å få vurdert konsekvenser av forskjellige bekymringer og av ulike intervensjoner. Terapeuten bør kunne beskrive sentrale elementer i registreringen, som utløsertanke; bekymringstanke; følelsesmessige ubehag på en subjektiv skala fra 0 til 100; bekymring om bekymring (metabekymring); respons på metabekymring; utfall (subjektivt ubehag på en skala fra 0 til 100).

Tankekontroll

Terapeuten bør kunne foreslå øvelser som kan få pasienten til å reflektere omkring bekymringens funksjon og hvordan forsøk på tankekontroll kan ha en paradoksal effekt ved å gi økt bekymring. En øvelse er at terapeuten instruerer pasienten i å fortsette å *ikke* tenke på noe som pasienten ikke tenkte på frem til da, for eksempel en hvit kanin. Hensikten er å vise at når pasienten gir seg selv instruksjon om ikke å tenke på ubehagelige tanker, så kommer de automatisk. I tråd med dette bør terapeuten gjennom øvelser og refleksjon kunne få belyst hvordan bekymring er en uhensiktsmessig strategi, som i seg selv fører til bekymring og

metabekymring.

Utfordre negative metatanker

En viktig del er å utfordre pasientens opplevelse av at det ikke er mulig å kontrollere bekymring. Terapeuten benytter i samarbeid med pasienten metoder for å vise at bekymringen ikke er ukontrollerbar. Sentralt her er sokratiske spørsmål som:

- Hender det at bekymringsprosessen forstyrres?
- Hender det at du blir distraherert og slutter å bekymre deg?
- Har du forsøkt å holde opp å bekymre deg?

Terapeuten bør også kunne lære pasienten i å trene opp evnen til frakoblet oppmerksomhet, der pasienten observerer uten å reagere (oppmerksomt nærvær; ”detached mindfulness”) og dessuten utsetter bekymring. Bekymringsutløseren betraktes her som en mental hendelse og ikke noe en aktivt må forhindre. Det finnes en rekke øvelser for oppmerksomhetstrening som terapeuten bør kjenne til.

Terapeuten bør kunne gi pasienten god og tilrettelagt informasjon om hvor normalt bekymring er, hvor naturlig bekymringsprosessen er for kroppen, og skillet mellom stress og bekymring. I samarbeid med pasienten bør terapeuten kunne utforme øvelser som tjener til å belyse om bekymring er skadelig i seg selv eller ikke. Et eksempel er at pasienten intervjuer andre for å finne frem til om det er noen som har hatt reelle bekymringer over lengre tid, uten at de synes å ha blitt syke av disse bekymringene. Et annet eksempel er et atferdseksperiment der pasienten anstrenger seg for å bekymre seg så mye som mulig, for å sjekke ut om en da virkelig vil miste kontrollen over seg selv og sin forstand. Terapeuten stiller sokratiske spørsmål, som: Hvordan kan bekymring skade kroppen? Hva er selve mekanismen?

I samarbeid med pasienten bør terapeuten kunne utforme øvelser som åpner opp for refleksjon og ny atferd, for eksempel:

- Avtale korte bekymringsfrie perioder, se hvilke konsekvenser det får
- Foreta bekymring uten distraksjon, unnvikelse og forsøk på tankekontroll
- Notere bekymringstanken, uten å gjøre noe med den
- Detaljert sjekke innholdet i bekymringen, for så å se hva som faktisk skjer
- Trene på å bevege mentale katastrofebilder, fastfrosne i tid, videre i en ”filmsekvens” med et positivt utfall

Utfordre positive metatanker

Etter at negative metatanker omkring bekymring har vært bearbeidet, rettes oppmerksomheten mot positive metatanker om at (vedvarende) bekymring er nyttig, gjør en mer forberedt, viser at man bryr seg, etc. I samarbeid med pasienten bør terapeuten kunne utforme atferdseksperimenter som belyser dette, for eksempel der pasienten forutsier hva som kan komme til å skje i en gitt situasjon i nærmeste fremtid, og henholdsvis forbereder seg på det verste og lar være å bekymre seg. Pasienten kan prøve ut en dag med og en dag uten bekymring, og se på når han/hun er minst stresset og mest effektiv og trygg. Sammen kan terapeuten og pasienten finne frem til eksempler på når noe fikk et heldig utfall, uten bekymring. Terapeuten bør her kunne stille sokratiske spørsmål som: Kan man bry seg selv om man ikke er bekymret? Blir man tryggere av å bekymre seg? Kan man endre hendelser ved å bekymre seg?

Forebygging av tilbakefall

Terapeuten hjelper pasienten med å forberede seg på problemer, ved å minske sannsynligheten for bekymring, og ved å bidra til å styrke pasientens evne til å betrakte vanskene som muligheter for å prøve ut sine nye ferdigheter. Det legges vekt på at vedvarende bekymring verken er nødvendig, farlig eller nyttig, og at pasienten nå har erfaring med at bekymring lar seg kontrollere.