

Forsknings- og formidlingsopgave i klinisk børnepsykologi

Metakognitiv behandling af børn og unge med angstlidelser

Charlotte Bjerregaard, cand.psyk.aut

Ulla Dyrlov, cand.psyk.aut

Juli, 2020

Indhold

1	Abstract	3
1.1	Målsætning	3
1.2	Metode	3
1.3	Resultater	3
1.4	Konklusion	3
2	Angst hos børn	4
2.1	Angstbehandling	5
3	Metode	7
3.1	Søgeprocedure	7
3.2	Kvalificeringskriterier	8
3.3	Eksklusionskriterier	8
4	Resultater	9
4.1	Deskriptive karakteristika	9
4.2	Styrkekriterier	9
4.3	Undersøgelsens resultater	10
5	Diskussion	13
5.1	Effekt af metakognitiv terapi	13
5.2	Tilpasningen af metakognitiv terapi fra voksne til børn	13
5.3	Sammenligning af metakognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi	14
5.4	Fælles faktorer ved kognitiv adfærdsterapi og metakognitiv terapi	14
5.5	Begrænsninger	15
5.6	Idéer til fremtidig forskning	16
6	Konklusion	18
7	Litteraturliste (APA)	19

1 Abstract

1.1 Målsætning

Formålet med vores studie er at undersøge effekten af metakognitiv terapi i behandlingen af børn i alderen 6-17 år med angstlidelser. Dette gøres ved at estimere forskellen på resultaterne i forhold til, hvorvidt børnene har modtaget metakognitiv eller kognitiv adfærdsterapi.

1.2 Metode

For at beskrive og analysere undersøgelser foretaget gennem de seneste ti år har vi foretaget en systematisk søgning på den elektroniske database PsycINFO. Her gennemgik vi fundne artikler for nøgleord forbundet med metakognitiv terapi. Disse nøgleord samt relaterede fagtermer inden for det metakognitive felt blev tilføjet søgestrengen for at sikre inklusion af alle relevante studier. Herefter tilføjedes filtre med hensyn til publiceringsperiode, artikeltype, sprog og alder på populationen. På grund af et lille fund har vi udvidet søgningen til også at omfatte World Health Organization clinical trials og Cochrane clinical trials. Via personlige henvendelser har vi desuden undersøgt, om der aktuelt er igangværende undersøgelser på området.

1.3 Resultater

Ved den systematiske litteratursøgning blev fem studier fundet og inkluderet i den kvalitative analyse. Studierne inkluderede i alt 395 børn/unge med deltagerantal fra fire til 240 deltagere. Da mængden af studier er relativt lille, er alle typer af angst samt høje grader af komorbiditet i målgruppen inkluderet.

1.4 Konklusion

Alle de inkluderede studier viste signifikans i behandlingseffekt på forskellige signifikansniveauer ($p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$), men ingen af studierne viste signifikans i forhold til metakognitiv terapi vs. kognitiv adfærdsterapi. Der er brug for betydelig mere forskning på området, før der kan konkluderes på, hvilken effekt der er af metakognitiv terapi med børn med angst, og om der er forskel på, hvorvidt børnene har modtaget metakognitiv eller kognitiv terapi.

2 Angst hos børn

Særligt yngre børn kan have svært ved at sætte ord på deres angst. Det er meget almindeligt, at de blot siger: ”Jeg har det dårligt”, eller ”jeg er bare bange”. Fordi børn ikke kan udtrykke sig på samme måde som voksne, og qua deres udviklingsniveau ikke har samme mulighed for at reflektere og formulere sig som voksne, bliver angstlidelser hos børn og unge ofte overset og behandles derfor ikke (20). Børn, især de yngre børn, klager over fysiske gener som ondt i maven, kvalme eller ondt i hovedet. Førskolebørn kan reagere ved at involvere og kræve forældrenes opmærksomhed. Det kan være, at de bliver vrede på forældrene eller vil være sammen med dem hele tiden, også om natten. Ældre børn begynder måske at trække sig fra fællesskabet og isolere sig. Det er derfor vigtigt for de fagprofessionelle hele tiden at blive bedre til at få øje på børn og unges angstlidelser og få dem behandlet så effektivt som muligt (20,23).

Angst er den mest hyppigt forekommende psykiske lidelse hos børn og unge med en livstidsprævalens 8 – 30 pct. afhængigt af, hvilken metode og mål der anvendes. Angstlidelser har en punktprævalens på 2.5 – 5 pct., og en meta-analyse af 55 datasæt estimerer prævalensen af angstlidelser blandt børn (12.3 %) og unge (11 %) (5). Forskningen viser, at omkring dobbelt så mange piger lider af angst sammenlignet med drenge, og forskellen bliver mere udtalt med alderen. Forholdet varierer dog for de forskellige angstdiagnoser (5,33). Angstlidelser som beskrevet i ICD10 har mange forskellige undertyper og er karakteriseret ved overdreven og vedvarende frygt eller bekymring, som nedsætter barnets eller den unges funktionsniveau. Når børn og unge lider af angst, har det voldsomme konsekvenser for deres liv og hverdag, skolegang og uddannelse samt relationer til venner og familie. Herudover viser undersøgelser, at børn og unge med angstlidelser ganske ofte har andre komorbide psykiske diagnoser, som fx en anden angstlidelse, opmærksomhedsforstyrrelse, adfærdsforstyrrelse eller obsessiv-kompulsiv tilstand (15). Desuden viser forskningen, at børn og unge med angstlidelser har en forhøjet risiko for senere i livet at udvikle depression, hvilket resulterer i vanskeligheder med at få et normalt fungerende voksenliv (5,6,15). Der er mange sammenfaldende symptomer ved angst, særligt generaliseret angstlidelse og depression, hvilket kan være medvirkende i forklaringen af den høje komorbiditet og senere udvikling af depression hos børn og unge med angstlidelser. Herudover optræder angst ofte som komorbid lidelse hos børn og unge med udviklingsforstyrrelser inden for

autismespektret. Her er det særligt separationsangst og enkelfobier, der forekommer (6,15).

2.1 Angstbehandling

Kognitiv adfærdsterapi (KAT/kognitiv adfærdsterapi) er umiddelbart den mest veldokumenterede behandlingsmetode. Derfor anbefales denne behandlingsmetode også af sundhedsstyrelsen i de nationalkliniske retningslinjer i Danmark til behandling af social fobi, separationsangst og generaliseret angst. Dette gælder også i andre lande, som fx i NICE guidelines i Storbritannien (2). Når børn og unge med angstlidelser tilbydes kognitiv adfærdsterapi, er der ca. 40 pct., som efter endt terapeutisk behandling fortsat opfylder kriterierne for deres angstdiagnose (19,36). Denne betydelige gruppe af børn og unge, som ikke synes at have gavn af kognitiv adfærdsterapi, skaber et behov for yderligere forskning på området. Der er dels behov for mere viden om, hvilke komponenter der kan øge effekten af kognitiv adfærdsterapi, samt at finde behandlingsformer, som har større effekt. Nogle studier har vist, at kognitiv adfærdsterapi kombineret med SSRI-præparater har en lidt større behandlingseffekt (2,19). Ønsket om at finde frem til mere effektive behandlingsstrategier af angstlidelser hos børn og unge har været medvirkende til, at forskere har fundet inspiration fra angstbehandling af voksne (9). I behandling af angstlidelser hos voksne har der gennem de seneste ti år været stor interesse for metakognitiv terapi. Metakognitiv terapi har i nogle studier vist større effekt end kognitiv adfærdsterapi (11, 22, 25). Derfor har den metakognitive terapi fået stor opmærksomhed, og muligheden for den umiddelbart lovende effekt hos voksne, har givet anledning til et ønske om at tilpasse metoden til børn og unge (9,25).

De positive resultater fra metakognitiv terapi på voksenpopulationer har givet grobund for optimisme i forhold til at kunne anvende metakognitiv terapi til børnepopulationer. Der er enkelte studier, der med børnepopulationer undersøger, om metakognitiv terapi er mere virksomt end andre terapiformer. Dette er dog et nyt område, hvorfor der er brug for langt mere forskning, før der kan drages sikre konklusioner i forhold til terapiens virksomme elementer (2, 25, 28, 30).

I Danmark har metakognitiv terapi fået stadig mere opmærksomhed, og flere anerkendte behandlere benytter metakognitiv terapi herunder angstklinikken på Københavns Universitet (8,9,10). Metakognitiv terapi tilbyder i lighed med kognitiv adfærdsterapi en hurtigt og effektiv behandling af komplicerede angstlidelser. Det er vores hypotese,

at en del af interessen hænger sammen med en samfundstendens, hvor stadig flere børn og unge henvises til psykiatrisk undersøgelse og behandling, hvor ressourcerne er begrænsede (20). Fordi Sundhedsstyrelsen anbefaler kognitiv adfærdsterapi, og metakognitiv terapi udspringer af kognitiv adfærdsterapi, er det interessant at undersøge den behandlingsmæssige forskel på de to behandlingsformer.

Vores systematiske litteraturstudie har derfor ønsket at undersøge graden af evidens for metakognitiv terapi behandling af børn med angst.

3 Metode

Vi har foretaget en systematisk søgning på den elektroniske database PsycINFO samt World Health Organization clinical trials (WHO) og Cochrane clinical trials. Grundet de få identificerede studier har vi foretaget kædesøgning og skrevet til prominente eksperter inden for området i indland såvel som i udland for at undersøge, om der aktuelt er undersøgelser undervejs på området. Sidste søgning i PsycINFO er foretaget den 8/4 2020 og i forbindelse med denne artikel igen den 6/7 2020.

3.1 Søgeprocedure

Først identificerede vi studier ved søgning i PsycINFO databasen. Vi havde tre søgeset som blev forbundet med instruktionen AND og begreberne i hver søgeset blev forbundet med instruktionen OR. Det første søgeset havde søgestrengen (Anxiety disorders OR anxiety OR generalized anxiety disorder). Det andet søgeset havde søgestrengen ("metacognitive therapy"OR "metacogniti*"OR "attention training technique"OR "mindfulness"). Det tredje søgeset havde søgestrengen ("metacognitive therapy"OR "metacogniti*"OR "attention training technique" OR "mindfulness") AND ("cognitive behavioral therapy"OR CBT).

Da metakognitiv terapi er en relativ ny interventionsform og derfor ikke en Boolean phrase (en søgning, der gør det muligt at kombinere søgeord med AND, NOT og OR for at sikre de mest præcise og relevante resultater) i PsycINFO-databasen, gennemgik vi fundne artikler for nøgleord forbundet med metakognitiv terapi. Disse nøgleord samt relaterede fagtermer inden for det metakognitive felt blev tilføjet søgestrengen for at sikre inklusion af alle relevante studier. Herefter tilføjedes filtre med hensyn til publiceringsperiode, artikeltype, sprog og alder på populationen.

Vores studie er som udgangspunkt eksplorativ, da forskningsområdet er ungt, og det derfor er nødvendigt at forholde sig åben.

Vi fandt med den systematiske søgning 4,752 studier. Vi har desuden foretaget kædesøgninger for at sikre, at vi ikke overså væsentlige artikler, og med denne metode blev ét studie identificeret. De fundne artikler blev screenet på baggrund af titel og abstracts for at afgøre deres relevans. De resterende komplette artikler blev gennemlæst for at afgøre deres kvalificering i forhold til nærværende systematiske litteraturstudies inklusions- og eksklusionskriterier.

3.2 Kvalificeringskriterier

Kriterierne for studiernes inklusion i nærværende systematiske litteraturstudie var følgende:

- a) Børnene har alderen 6-17 år og har en primær angstlidelse enten efter kriterierne i DSM-IV eller ICD-10 samt en IQ over 70
- b) Studier anvender validerede mål for effekt af intervention
- c) Den primære terapeutiske intervention skal være metakognitiv terapi eller inkludere centrale metakognitive metoder

Da dette forskningsfelt stadig er ungt, har vi valgt at have en liberal tilgang til angst. De børn, der deltager i de pågældende undersøgelser, behøver derfor ikke have været henvist til psykiatrisk afdeling eller lignende for at kunne kategoriseres som angstlidende.

3.3 Eksklusionskriterier

Studier blev ekskluderet, hvis de:

- a) Indgik i voksenpopulationen
- b) Rapporterede andre primære psykiske lidelser end angst
- c) Inkluderede medicinsk behandling

Litteratursøgningen identificerede i alt fem studier (publicerede artikler) markeret med en * i litteraturlisten.

4 Resultater

4.1 Deskriptive karakteristika

Deltagere

Den systematiske litteratursøgning fandt fem studier, som blev inkluderet i den kvalitative analyse. De inkluderede i alt 395 børn/unge med deltagerantal fra fire til 240 deltagere. Grundet det lille omfang af identificerede studier, inkluderedes alle typer af angst i målgruppen samt høje grader af komorbiditet. Resultatskemaet på side 15 viser et overblik over de fem studiers deskriptive karakteristika og resultater, samt hvorledes de er vurderet i forhold til vores styrkekriterier.

Terapeuter

I tre af de fem studier var de deltagende terapeuter, som varetog behandlingen, specialister i den pågældende terapiform. I ét af studierne fik terapeuten supervision af en specialist i terapiretningen, og i et andet var det skolepsykologen, som varetog behandlingen.

Interventionsform

I to af de inkluderede studier foregik interventionen over ti uger med otte gruppesessioner med børnene alene og to gruppesessioner med forældrene alene. I ét studie foregik interventionen over 14 uger med en indledende caseformulerings-session med både barn og forældre, og der var derefter individuelle sessioner med barnet. I et andet studie foregik interventionen over otte gruppesessioner med børnene, og der var to workshops med forældrene hhv. før behandling og efter fire sessioner med børnene samt en individuel familiesession med hver familie. I det sidste studie foregik interventionen med kognitiv adfærdsterapi som ti gruppesessioner i skolen, og CBM-interventionen foregik via 20 internetbaserede sessioner.

4.2 Styrkekriterier

Styrkekriterie 1: deltagerantal > 50 deltagere

Deltagerantal af en vis størrelse gør det muligt for et studie at teste for statistisk signifikante forskelle. Med større deltagerantal er muligheden bedre for mere retvisende

populationsparametre, og generaliserbarhed af studiets resultater styrkes. Derfor var dette et af de valgte styrkekriterier for dette systematiske litteraturstudie.

Styrkekriterie 2: Flere validerede mål for angst

Med flere mål for angst øges begrebsvaliditeten og dermed sikkerheden for at komme frem til et værktøj, som måler det, der forventes. Endvidere tages der ved anvendelsen af flere mål hensyn til de former for bias, som spørgeskemaer og selvrapportering ofte indebærer. Ved svarangivelser på spørgeskemaer kan der være tendens til social desirability bias, hvor respondenterne svarer det, der anses for at være socialt acceptabelt frem for at komme med sin personlige holdning. Ved selvrapportering kan der også være systematiske forskelle mellem kønnene, da drenge og piger har tendens til at have forskellige selvopfattelser.

Styrkekriterie 3: kontrolgruppe inkluderet

Når studier ikke inkluderer kontrolgrupper, er det ikke muligt at sammenligne direkte med andre terapeutiske interventioner uden antagelse om transitivitet. Nærværende studie har haft til formål at undersøge effekten af metakognitiv behandling af angst sammenlignet med kognitiv behandling. Vi identificerede to studier, hvor metakognitiv terapi blev stillet op overfor kognitiv adfærdsterapi, og kun ét af disse inkluderede en kontrolgruppe.

Styrkekriterie 4: Effektmål over tid (FU)

Med effektmål både efter endt behandling og ved opfølgning et halvt til et helt år efter behandlingen findes der større sikkerhed for at konkludere på, hvorvidt interventionen har en varig effekt, hvilket er betydningsfuldt.

4.3 Undersøgelsens resultater

Styrkekriterier

Ingen af de inkluderede studier levede op til alle styrkekriterier. Ét studie fik fire points, mens de resterende fire fik hver to points.

Populationsstørrelse

To af studierne havde populationsstørrelser på over 50 observationer, og to havde populationsstørrelser umiddelbart under 50. Det sidste havde populationsstørrelse på fire og har derfor mere karakter af et casestudie.

Validerede mål for angst

Alle fem studier anvendte flere validerede mål for angst, og to af studierne brugte desuden spørgeskemaer til at identificere metakognitioner.

Kontrolgruppe

Vi identificerede kun ét studie, der inkluderede både kontrolgruppe og kognitiv adfærdsterapi vs. metakognitiv terapi. Et andet studie sammenlignede kognitiv adfærdsterapi med metakognitiv terapi, mens de tre resterende studier udelukkende undersøgte effekten af metakognitiv behandling.

Effektmål over tid (FU)

Tre af de inkluderede studier havde effektmål både efter endt behandling og igen efter seks måneder, mens et enkelt studie gentog effektmålet efter tolv måneder. Det sidste studie målte udelukkende effekten umiddelbart efter endt behandling.

Klinisk signifikant effekt af behandling

Alle de inkluderede studier viste signifikans i behandlingseffekt på forskellige signifikansniveauer ($p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$), men ingen af studierne viste signifikans i forhold til forskellen mellem metakognitiv terapi vs. kognitiv adfærdsterapi. Resultatet af studierne præsenteres i Tabel 2 på den følgende side. Følgende forkortelser er anvendt i tabellen af layoutmæssige årsager:

- ADIS-IV = Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV
- ADIS-IV-C/P = Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV child and parent version
- CATS = Children's Automatic Thoughts Scale
- CSR = Clinical severity rating
- MCQ-C = Metacognitions questionnaire for children
- PSWQ-C = Penn State Worry Questionnaire for Children
- RCADS = Revised child anxiety and depression scale (total anxiety scale)
- SCARED-R = Screen for Anxiety Related Emotional Disorders for DSM-IV

Tabel 1: Resultatskema

Studie	Walczak et al. 2018	Esbjørn et al. 2018	Normann et al. 2016	Esbjørn et al. 2015	Sportel et al. 2013
n	n = 63 (38 metakognitiv terapi-c, 25 cbt). Alder: 7-14 år	n = 44, FU6: n = 41. Behandlingsform: metakognitiv terapi-c. Alder: 7-13 år	n = 44, FU6: n = 41. Behandlingsform: cbt. Alder: 7-12 år	n = 4, FU6: n = 3. Behandlingsform: metakognitiv terapi. Alder: 7-12 år	n = 240 (73 metakognitiv terapi, 69 cbt, 58 kontrolgr.), FU6/FU12: n = 139/133 (38/45 metakognitiv terapi, 57/53 cbt, 44/35 kontrolgr.). Alder: 12-15 år
Specialudd. terapeut	Nej, men supervision af specialuddannet	Ja	Ja	Ja	Nej
Varighed af intervention	2 timers sessioner i 10 uger (8 med børn, 2 med forældre)	2 timers sessioner i 10 uger (8 med børn, 2 med forældre)	14 uger	8 sessioner	20 internet sessioner cbm i 10 uger, 10 sessioner cbt á 1½ time i mindre grupper i 10 uger
Mål for angst	1) (CSR 0-8) RCADS-chi	1) ADIS-IV-C/P RCADS 2) PSWQ-C 3) MCQ-C	1) ADIS-IV C/P SCARED-R 2) CATS 3) MCQ-C	1) (CSR-8) RSCADS-child 2) ADIS-IV-C/P	1) RSCADS ADIS-C
Effekt af behandling	1) <i>Målt i Cohen's d</i> : Metakognitiv terapi-c: 1.305*** CBT: 1.678*** Metakognitiv terapi-c vs. cbt: 0.749	1) <i>Målt i Cohen's d</i> : Child***: 1.20***, FU6: 1.26*** Mother: 1.29***, FU6: 1.28*** Father: 0.98***, FU6: 0.90*** 2): <i>Målt i Cohen's d</i> : 0.95*** 3) Total mean*	1) <i>Målt i Cohen's d</i> : Child: 0.75***, FU6 = 0.88*** Parent: 0.75***, FU6: 0.96*** 2) <i>Målt i Cohen's d</i> 0.55*, FU6: 0.37* 3) <i>Målt i Cohen's d</i> 0.55***, FU6: 0.87***	1) <i>Målt i Cohen's d</i> : 9.87, FU6: N/A 2) Deltagere 2-4: ingen angstsymptomer. Deltager 1: flyttet fra 8 til 5 CSR-point på GAD-skalaen	1) <i>Målt i β</i> : CBM vs. kontrolgr.: -0.27 CBM vs. FU6: -1.48 FU6 vs. FU12: -0.50 CBT vs. kontrolgr.: -0.58 CBT vs. FU6: -1.76* FU6 vs. FU12: -0.40 CBM vs. CBT: -0.323 FU6: -0.29 FU6 vs. FU12: -0.10

*** $p \leq 0.001$; ** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$. FU6 og FU12 henviser til follow-up studier foretaget henholdsvis seks og tolv måneder efter det originale studie.

5 Diskussion

5.1 Effekt af metakognitiv terapi

Vores studie havde til formål at undersøge, hvilken effekt der var af metakognitiv terapi i behandlingen af skolebørn med angst. De identificerede studier viste, at metakognitiv terapi-C havde en signifikant effekt i reduktionen af angstsymptomer, og at effektstørrelsen var mere udtalt end ved tidligere rapporterede studier med kognitiv adfærdsterapi (10,11,). Ligeledes viste vores litteraturstudie, at effekten var målbar ved opfølgning efter seks måneder. To af studierne viste videre signifikant reduktion af negative metakognitioner målt med henholdsvis MCQ-C og PSWQ-C (11,29). Dette tyder på, at metakognitiv terapi har den ønskede specificitet i forhold til netop at påvirke metakognitioner. Alle studierne lavede frafald af deltagere tyder på god kompliance med behandlingen.

5.2 Tilpasningen af metakognitiv terapi fra voksne til børn

Mange studier har påvist lovende effekt af metakognitiv behandling af angst (30). En del af udfordringen i dette studie har været at identificere studier, hvor metakognitiv behandling har været anvendt til behandling af angst på en børnepopulation. Da metakognitiv behandling anvendt på børn er et relativt nyt felt, beskæftiger en del af forskningen sig med, hvorledes metoden kan tilpasses børn. Noget af det, man skal være opmærksom på i denne tilpasning, er, at børn tænker mere konkret end voksne og derfor blandt andet kan misforstå eller anvende teknikkerne fra terapien på en uhensigtsmæssig måde. Hvis barnet misforstår eller anvender teknikkerne forkert, kan det føre til, at KAS forøges, hvilket ifølge den metakognitive teori på længere sigt vil kunne betyde, at angsten vender tilbage (41). Tilpasning af metoden til børnepopulation fordrer også, at terapeuten har solid viden om udviklingspsykologi og patologi samt erfaring med terapeutisk behandling af børn for på relevant vis at kunne tage højde for barnets udviklingsniveau (9). Videre er det også væsentligt, at terapeuten har viden om psykopatologi hos børn, da angstlidelser ofte har en høj grad af komorbiditet (10).

I et andet studie blev unge tilbudt ”attention training” som en del af metakognitiv terapi, da denne metode menes at fremme opmærksomheden på positive frem for negative stimuli. Studiet viste dog ikke den forventende effekt på unge med symptomer på social angst (37).

5.3 Sammenligning af metakognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi

Vores studie havde ligeledes til formål at undersøge, om der kunne findes en forskel på effekten af behandlingen med henholdsvis metakognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi. I undersøgelsen af Sportel et al. 2013 viste kognitiv adfærdsterapi at have en større effekt på reduktion af symptomer på social angst hos unge umiddelbart efter behandling sammenlignet med metakognitiv terapi. På samme tid havde både kognitiv adfærdsterapi og metakognitiv terapi en signifikant effekt på reduktion af symptomer efter seks mdr. sammenlignet med kontrolgruppen. Denne effekt kan skyldes, at deltagerne har fået tid til at øve sig og inkorporere de metakognitive teknikker. Efter 12 måneder var effekten af hverken kognitiv adfærdsterapi eller metakognitiv terapi signifikant set i forhold til kontrolgruppen, når man målte deres angstsymptomer på RCADS. Dette kan hænge sammen med, at der i dette studie ikke var tale om unge med diagnosticeret social angst, men blot symptomer på dette, og at der derfor sker en spontan bedring over tid i kontrolgruppen, således at denne nærmer sig de to andre grupper (14). Sportel et al. påpeger også, at de to grupper, som havde modtaget behandling, ikke modtog nogen form for behandling eller boostersessioner fra endt behandling frem til opfølgningen 12 mdr. senere, hvilket kan medvirke til, at behandlingseffekten aftager (37).

5.4 Fælles faktorer ved kognitiv adfærdsterapi og metakognitiv terapi

I et af de inkluderede studier, hvor metakognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi sammenlignes, fremgår det, at børn med alvorlige angstsymptomer lader til at have mere gavn af kognitiv adfærdsterapi end metakognitiv terapi. Dette kan skyldes, at nogle kognitiv adfærdsterapi-programmer, som for eksempel Cool Kids, involverer flere forskellige teknikker herunder metakognitive elementer, såsom ”bekymringssurfing”, hvorimod metakognitiv terapi udelukkende fokuserer på tankeprocesser (38). Samme effekt ses ved kognitiv adfærdsterapi-kognitiv adfærdsterapi-behandling, som involverer social færdighedstræning. Et andet vigtigt fund ved undersøgelsen er, at børn med alvorlige angstlidelser profiterer mere af længerevarende og multifacetterede behandlingsmetoder, såsom kognitiv adfærdsterapi sammenlignet med metakognitiv terapi (38).

I et andet af de inkluderede studier undersøgte man negative tanker og metakognitioner efter behandling med kognitiv adfærdsterapi. Studiet viste, at reduktion af negative tanker er væsentligt i forhold til varig bedring af symptomer, og at de dysfunktionelle metakognitionerne mindskes efter endt behandling. Hvis dette fund kan repliceres, kan det være medvirkende til, at forskellen på behandling med kognitiv adfærdsterapi og metakognitiv terapi er vanskelig at påvise (29). Under alle omstændigheder vil flere studier, hvor man sammenligner kognitiv adfærdsterapi og metakognitiv terapi og samtidig tager hensyn til styrke-kriterierne, kunne hjælpe i forståelsen af de virksomme faktorer ved begge terapiformer.

Når der inkluderes en kontrolgruppe, er det muligt at afgøre, hvorvidt en behandlingsmetode er bedre end ingen intervention. Der er kun få studier, som inddrager kontrolgrupper, og som undersøger kognitiv adfærdsterapi henholdsvis metakognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi som behandling af børn med angst metakognitiv terapi (2). Desuden er der kun få studier, som sammenligner kognitiv adfærdsterapi og metakognitiv terapi med andre terapiformer overfor en kontrolgruppe, hvilket gør det vanskeligt at konkludere, om kognitiv adfærdsterapi eller metakognitiv terapi har en bedre effekt i behandling af angst hos børn end andre terapiformer. Meget forskning inden for psykologien har tidligere peget på terapiens nonspecifikke faktorer som en af forklaringerne på, at det er vanskeligt at finde signifikante forskelle mellem behandlinger (2).

5.5 Begrænsninger

Vores litteraturstudie viste, at der aktuelt findes begrænset forskning i forhold til metakognitiv behandling af børn, hvilket dels skyldes, at metoden er relativt ny, og dels at den primært er udviklet til voksne. Netop fordi metoden foreløbig har vist lovende resultater i behandling af voksne, har der været interesse for at tilpasse den til børn og unge. Denne forskning er i sin spæde begyndelse, og de identificerede studier i dette litteraturstudie har alle nogle begrænsninger i deres design. Kun to studier havde deltagerantal over 50, og kun ét enkelt involverede en kontrolgruppe (38, 37). Desuden var studierne design forskellige i forhold til, hvorvidt terapeuten var specialuddannet, hvornår effekten blev målt, deltagerens alder, og hvorledes terapien blev administreret. Disse diskrepanser gør det vanskeligt at sammenligne studierne. I de resterende studier var deltagerantallet mindre end 50, hvilket kan gøre det vanskeligt at påvise statistisk

signifikans og dermed også vanskeligt at generalisere til større grupper. Desuden har flere af studierne anvendt spørgeskemaer til vurdering af symptomer. Disse involverer en risiko for bias, primært fordi de som oftest udfyldes udenfor behandlings/undersøgelseskonteksten. Barnet har måske siddet med én af sine forældre og udfyldt det, eller det har siddet alene og måske ikke forstået spørgsmålene korrekt. Desuden viser undersøgelser, at nogle grupper har tendens til underrapportering af symptomer i spørgeskemaer (2, 14). Vores studie har således vist, at de lovende resultater af metakognitiv behandling fra voksenområdet endnu ikke har kunnet repliceres på børneområdet, og at der er behov for mere forskning på området, førend sikre konklusioner kan drages.

5.6 Idéer til fremtidig forskning

Børn tænker konkret og kan derfor misforstå nogle af de metakognitive metaforer (10). Hvis barnet misforstår de metakognitive metaforer, kan det have modsatrettede eller ligefrem forværende effekt (10). Tanker og følelser hos børn er ofte en reaktion på noget konkret, og det giver derfor næsten altid mening. Det er derfor vigtigt at se bagom adfærden, før man starter en behandlingsmetode. Da der i metakognitiv terapi arbejdes med tankeprocesser, kan det have den risiko, at en behandling iværksættes for at bekæmpe tankeprocesser, der i virkeligheden har afsæt i helt konkrete problemer for barnet. Det er vanskeligt at kontrollere for tilfælde, hvor barnet fx bliver mobbet, lever i en kompliceret skilsmisse, har forældre med psykiske vanskeligheder eller misbrugsproblemer. Tankerne og angsten kan være barnets måde at bede om hjælp fra voksne på. Det er muligt, at metakognitiv terapi eller andre behandlingsformer har en umiddelbar positiv effekt, men at angsten på længere sigt vil vende tilbage. Derfor må follow-up studier være et krav til en valid undersøgelse.

Terapeutens teoretiske og praktiske uddannelse bør være udviklingspsykologisk. Det er nødvendigt på det teoretiske plan at kende til barnets udviklingsniveau og desuden på det praktiske plan være vant til at arbejde/tale med børn for at kunne skabe den alliance, det kræves at gøre det enkelte barn trygt. Samtidig er specialkendskab til børns normale og psykopatologiske udvikling vigtigt i forhold til ikke at overse iboende vanskeligheder, som for eksempel gennemgribende udviklingsforstyrrelse.

Endelig er inklusion af en aktiv stimuli- og en inaktiv kontrolgruppe i fremtidige undersøgelser en styrke, da man på den måde vil kunne kontrollere for spontan bedring

og placeboeffekt. I denne henseende er det vigtigt at dele grupperne op randomiseret for at undgå systematisk bias.

Desuden vil det være interessant at følge forskningen af metakognitiv terapi i de kommende år både på voksen- og på børneområdet for at iagttage, om studier fortaget af forskere uden særinteresse for metakognitiv terapi kan replicere de foreløbigt lovende resultater. Videnskabsteorien har tidligere vist, at nye terapiformer ofte viser bedre resultater i starten, men at effekten falder over tid - et fænomen kaldet "the decline effect".

6 Konklusion

Alle de inkluderede studier viste signifikans i behandlingseffekt $p < 0.001$, $p < 0.01$, $p < 0.05$, men ingen af studierne viste signifikans i forhold til metakognitiv terapi vs. kognitiv adfærdsterapi. Der er brug for betydelig mere forskning på området, før der kan konkluderes på, hvilken effekt der er af metakognitiv terapi med børn med angst, og om der er forskel på, hvorvidt børnene har modtaget metakognitiv eller kognitiv terapi.

7 Litteraturliste (APA)

1. Bares, C. B. (2011). Emerging Metacognitive Processes During Childhood: Implications for Intervention Development with Children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28(4) 291-299.
2. Benett, K., Manassis, K., Duda, S., Bagnell, A., Bernstein, G. A., Garland, E. J., . . . Wilansky, P. (2016). Treating child and adolescent anxiety effectively: Overview of systematic reviews. *Clinical Psychology Review*, 50 80-94.
3. Borquist-Conlon, D. S., Maynard, B. R., Brendel, K. E., & Farina, A. S. (2019). Mindfulness-Based Interventions for Youth With Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Research on Social Work Practice*, 29(2) 195-205.
4. Britton, J. C., Bar-Haim, Y., Clementi, M. A., Sankin, L. S., Chen, G., Shechner, T., . . . Pine, D. S. (2013). Training-associated changes and stability of attention bias in youth: Implications for Attention Bias Modification Treatment for pediatric anxiety. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4 52-64.
5. Costello, E. J., Copeland, W., & Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become children? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(10) 1015-1025.
6. Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and Development of Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60(8) 837-844.
7. Ellis, D. M., & Hudson, J. L. (2011). Test of the Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Anxiety-Disordered Adolescents. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2(1) 28-43.
8. Esbjørn, B. H., Lønfeldt, N. N., Nielsen, S. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Sømhovd, M. J., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Meta-worry, Worry, and Anxiety in Children and Adolescents: Relationships and Interactions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1) 145-156.
9. Esbjørn, B. H., Normann, N., & Reinholdt-Dunne, M. (2016). *Metakognitiv terapi til børn med angst*. København: Akademisk Forlag.
10. Esbjørn, B. H., Normann, N., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2015). Adapting Metacognitive Therapy to Children with Generalised Anxiety Disorder: Suggestions for a Manual. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45 159-166.
11. Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (metakognitiv terapi-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53 16-21.

-
12. Fergus, T. A., & Wheless, N. E. (2018). The attention training technique casually reduces self-focus following worry provocation and reduces cognitive anxiety among self-focused individuals. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 61 66-71.
 13. Fergus, T. A., Wheless, N. E., & Wright, L. C. (2014). The attention training technique, self-focused attention, and anxiety: A laboratory-based component study. *Behaviour Research and Therapy*.
 14. Fonagy, P. (2016). *What Works for Whom?* Guilford Publications.
 15. Garber, J., & Weersing, V. R. (2010). Comorbidity of Anxiety and Depression in Youth: Implications for Treatment and Prevention. *Clinical Psychology Science and Practice*, 17(4) 293-306.
 16. Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., & March, S. (2017). A worrying trend in Social Anxiety: To what degree are worry and its cognitive factors associated with youth Social Anxiety Disorder? *Journal of Affective Disorders*, 208 33-40.
 17. Hearn, C. S., Donovan, C. L., Spence, S. H., & March, S. (2018). Do worry and its associated cognitive variables alter following CBT treatment in a youth population with Social Anxiety Disorder? Results from a randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 53 46-57.
 18. Hilt, L. M., & Pollak, S. D. (2012). Getting Out of Rumination: Comparison Brief Interventions in a Sample of Youth. *J Abnorm Child Psychol*, 40(7) 1157-1165.
 19. James, A., James, G., Cowdrey, F., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2 1-105.
 20. Jensen, H. A., Davidsen, M., Ekholm, O., & Christensen, A. I. (2018). *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København: Sundhedsstyrelsen.
 21. Lønfeldt, N. N., Marin, C. E., Silverman, W. K., Reinholdt-Dunne, M. L., & Esbjørn, B. H. (2017). The Role of Metacognitions in the Association between Children's Perceptions of Maternal Control and Anxiety. *Journal of Child and Family Studies*, 26(5).
 22. Leth (red.), I., & Esbjørn (red.), B. H. (2012). *Angst hos børn: Kognitiv terapi i teori og praksis: En håndbog til professionelle*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
 23. Leth (red.), I., Esbjørn (red.), B. H., Gade, A., Dittmann, H., Caspersen, I. D., Lundkvist-Houndoumadi, I., . . . T. (2012). *Angst hos børn: Kognitiv terapi i teori og praksis: en håndbog for professionelle*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
 24. Matthews, G., & Wells, A. (2016). *Attention and Emotion: A Clinical Perspective*. Psychology Press.
-

-
25. McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive Therapy for Anxiety Disorders: a Review of Recent Advances and Future Research Directions. *Current Psychiatry Reports* 21(29).
26. McEvoy, P. M., Graville, R., Hayes, S., Kane, R. T., & Foster, J. K. (2017). Mechanisms of Change During Attention Training and Mindfulness in High Trait-Anxious Individuals: A Randomized Controlled Study. *Behavior Therapy*, 48 678-694.
27. Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097.
28. Normann, N., & Morina, N. (2018). The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9 [2211].
29. Normann, N., Lønfeldt, N. N., Reinholdt-Dunne, M. L., & Esbjørn, B. H. (2016). Negative Thoughts and Metacognitions in Anxious Children Following CBT. *Cognitive Therapy and Research*, 40 188-197.
30. Normann, N., van Emmerik, A. A., & Morina, N. (2014). The Efficacy of Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review. *Depression and Anxiety*, 31(5) 402-411.
31. Ollendick, T. H., White, S. W., Richey, J., Kim-Spoon, J., Ryan, S. M., Wieckowski, A. T., . . . Smith, M. (2019). Attention Bias Modification Treatment for Adolescents With Social Anxiety Disorder. *Behavior Therapy*, 50 126-139.
32. Pollock, A., & Berge, E. (2017). How to do a systematic review. *International Journal of Stroke*, 13(2) 138-156.
33. Rapee, R. M., Schniering, C. A., & Hudson, J. L. (2009). Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5 311-341.
34. Reinholdt-Dunne, M. L., Blicher, A., Nordahl, H., Normann, N., Esbjørn, B. H., & Wells, A. (2019). Modeling the Relationships Between Metacognitive Beliefs, Attention Control and Symptoms in Children With and Without Anxiety Disorders: A Test of the S-REF Model. *Frontiers in Psychology*, 10(JUN).
35. Shechner, T., Rimon-Chakir, A., Britton, J. C., Lotan, D., Apter, A., Bliese, P. D., . . . Bar-Haim, Y. (2014). Attention Bias Modification Treatment Augmenting Effects on Cognitive Behavioral Therapy in Children With Anxiety: Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(1) 61-71.
36. Silk, J. S., Price, R. B., Rosen, D., Ryan, N. D., Forbes, E. E., Siegle, G. J., . . . Ladouceur, C. D. (2019). A longitudinal follow-up study examining adolescent depressive symptoms as a function of prior anxiety treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 58(3) 359-367.

-
37. Sportel, B., de Hullu, E., de Jong, P., & Nauta, M. (2013). Cognitive Bias Modification versus CBT in Reducing Adolescent Social Anxiety: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*, 8(5): e64355.
38. Walczak, M., Breinholst, S., Ollendick, T., & Esbjørn, B. H. (2019). Cognitive Behavior Therapy and Metacognitive Therapy: Moderators of Treatment Outcomes for Children with Generalized Anxiety Disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(3) 449-458.
39. Warwick, H., Reardon, T., Cooper, P., Murayama, K., Reynolds, S., Wilson, C., & Creswell, C. (2016). Complete recovery from anxiety disorders following Cognitive Behavior Therapy in children and adolescents: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 52 77-91.
40. Waters, A. M., Pittaway, M., Mogg, K., Bradley, B. P., & Pine, D. S. (2013). Attention training towards positive stimuli in clinically anxious children. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 4 77-84.
41. Wells, A. (2011). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. Guilford Publications.
42. White, J. A., & Hudson, J. L. (2016). The Metacognitive Model of Anxiety in Children: Towards a Reliable and Valid Measure. *Cognitive Therapy and Research*, 40(1) 92-106.