



20250615

Metakognitiv behandling för patienter med depression

En kartläggande litteraturöversikt

Författare: Marina Olsson, ST-läkare allmänmedicin
Skepplanda läkarhus

Rapport: 283421 (rapportnr FoU i VGR), 2024

Litteraturstudie 2024

FoU i VGR: <https://www.researchweb.org/is/vgr/project/283421>

Utförd under ST i allmänmedicin
inom Grundläggande kurs i forskningsmetodik

Kursort: Göteborg

Handledare:

Lena Bornhöft sjukgymnast, fil dr
FoUUI primär och nära vård Göteborg och södra Bohuslän och Institutionen
för medicin vid Sahlgrenska Akademin

Studierektor:

Anna Ander Lundborg Specialist i allmänmedicin
Närhälsan Kroksläatts vårdcentral
Studierektor ST allmänmedicin Södra Bohuslän



Sammanfattning

Bakgrund

Personer med psykisk ohälsa utgör en stor patientgrupp inom primärvården. Nästan vart tredje besök på vårdcentraler gäller psykisk ohälsa. Behandlingsresultaten för depression har inte förbättrats på fyrtio år, med bara cirka hälften av patienterna som svarar på behandlingen. Metakognitiv behandling är en nyare form av psykoterapi som har börjat användas hos patienter med depression. Kunskap avseende dess effekter behöver sammanställas och spridas hos behandlare i primärvården.

Syfte/frågeställning

Syftet med den här studien är att kartlägga tillgängligt vetenskapligt underlag avseende metakognitiv behandling hos patienter med depression.

Metod

Kartläggande litteraturstudie. En litteratursökning har utförts i följande medicinska databaser: PubMed, Psykinfo. Inklusionskriterier har valts ut för att avgränsa sökningen till patienter med depression som fått metakognitiv behandling. Exklusionskriterier var studier som var gjorda för över 10 år sen.

Konklusion

Metakognitiv behandling är en lovande metod för behandling av depression och kan vara ett värdefullt komplement till nuvarande terapimetoder inom primärvården.

Nyckelord: Depression, metakognitiv terapi.

Innehållsförteckning

Bakgrund.....	4
Syfte.....	6
Metod.....	6
Studiedesign.....	6
Urval.....	7
Resultat.....	8
Diskussion.....	16
Referenslista.....	20

Bakgrund

Depression är en vanlig psykisk sjukdom som påverkar många människor och kan leda till allvarliga konsekvenser om den inte behandlas (1,2). Depression är vanligare hos kvinnor och obehandlad depression innebär en hög risk för självmord samt förhöjd dödlighet i somatiska sjukdomar, särskilt hos äldre (1,3).

Depression hos barn debuterar ofta i tonåren (1). Förekomsten av depression bland skolbarn är cirka 1-2 procent och bland tonåringar är cirka 6 procent (3,4). Suicid är den allvarligaste risken vid depression och tankar om att inte vilja leva är mycket vanligt; 2/3 av ungdomar med depression har självmordstankar (3).

Förutom behandling med antidepressiva läkemedel, framför allt selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI), har kognitiv beteendeterapi (KBT) idag god vetenskaplig evidens (1,4).

Endast 40 procent av patienter som fått psykologisk behandling för depression får en halvering av sina depressionssymtom, och cirka 35 procent går i remission (4,5). Liknande resultat ses vid läkemedelsbehandling (4,6). Det finns ett akut behov av att utveckla nuvarande behandlingar samt utforska nya behandlingsmetoder för att hjälpa fler patienter, särskilt de som är resistent mot behandlingar.

Metakognitiv terapi är en ny behandlingsmetod baserad på S-REF modellen (en empiriskt förankrad modell för självreglering; the Self-Regulatory Executive Function model) som föreslagits av Wells och Matthews (7), och som initialt användes för att behandla generaliserad ångest och därefter utvidgats som en allmän behandlingsmetod (7–9). S-REF modellen fokuserar på att förändra tankemönster som bidrar till psykiska störningar som ångest och depression (7,8,10). S-REF modellen beskriver hur informationsbehandling vid emotionella störningar sker genom interaktion av bearbetning på tre olika nivåer: automatiska tankar på nedersta nivån med uppemot 70 000 tankar om dagen, strategier med kontrollerad bearbetning som oro, grubblande, undvikande, hotmonitorering på mellersta nivån och slutligen metakognitiva antaganden eller våra tankar om vårt eget tänkande som är på översta nivån (7). Metakognition är kognition av

kognition. Metakognition övervakar, kontrollerar och bedömer produkter och processer i medvetandet (8–10).

Vid ångest och depression kan vara svårt att kontrollera tankar, vilket bidrar till att emotionellt lidande vidmakthålls. Patienter kan känna att de tappat kontrollen över sina tankar, beteende och självfokus kan försämra tillståndet (10). Enligt metakognitiv terapi är ett viktigt fenomen att tänkandet och uppmärksamheten låses i mönster av självfokuserad åltande och hotmonitorering, vilket kallas för The Cognitive Attentional Syndrom (CAS) eller kognitivt uppmärksamhetssyndrom. CAS består av oro, grubblande, hotmonitorering och maladaptiva strategier som kontrolleras av metakognitioner (5,8). För att få bort CAS hjälper man patienter utveckla nya sätt att kontrollera deras uppmärksamhet, nya sätt att relatera till negativa tankar och antaganden, och att ändra metakognitiva antaganden vilka leder till ohjälpsamma tankesätt. MCT har utvecklats till ett specifikt sätt att förstå och behandla psykiska sjukdomar såsom generaliserad ångest (GAD), posttraumatisk stress (PTSD), tvångssyndrom (OCD), social ångest, depression och hälsoångest (6,8).

Patienter med depression är en stor grupp av patienter i primärvården, ofta med stort och långvarigt lidande. Det behövs mer kunskap om nya behandlingar som MCT som kan användas för att hjälpa flera patienter.

Syfte

Syftet med den här studien är att kartlägga tillgängligt vetenskapligt underlag avseende metakognitiv behandling hos patienter med depression.

Metod

Studiedesign

Studien genomfördes i form av en kartläggande litteraturoversikt (scoping review) enligt Arksey och O'Malley (11).

Ändamålet med denna studiedesign är att sammanfatta och ge en översikt över tidigare forskning om MCT, identifiera luckor och ge

förslag på vilka områden och frågeställningar som bör undersökas i framtida forskning. Kvalitetsgranskning av ingående studier ingår ej i en kartläggande litteraturöversikt.

Identifiering av forskningsfråga

Denna litteraturstudie har använt en PIO design med följande termer:

Population: patienter med depression

Intervention: metakognitiv behandling

Outcome (utfall): effekt av behandling på i första hand depressiva symtom men även alla andra dokumenterade effekter av behandlingen.

Studieurval

Inklusionskriterier har valts ut för att avgränsa sökningen till patienter med depression som fått metakognitiv behandling.

Exklusionskriterier: studier äldre än 10 år för att fånga de senaste rön som kan vara mest applicerbara i dagens sjukvård.

Inga begränsningar avseende ålder, kön, land var med som exklusionskriterier, inte heller vårdnivå eller studiedesign.

Studier som handlade om patienter med psykossjukdomar eller missbruk exkluderades.

Kartläggning av data

För att samla information har en litteratursökning utförts i följande bibliografiska databaser under oktober 2024: PubMed, APA PsycInfo. Det slutgiltiga sökningen genomfördes 20241017.

Sökorden bestämdes utifrån syftet.

Medical Subject Headings (MeSH-termer) kombinerades med fritextord och sökord organiserades i sökblock. Söksträngarna skapades utifrån detta och stämades även av med en medicinsk bibliotekarie vid Göteborgs universitetsbibliotek.

MeSH termer som använts:

Pubmed: (metacognitive therapy) AND (Depressive Symptom OR depression)

Psykinfo (Depressive Symptoms OR depression OR major depressive disorder) AND (metacognitive therapy OR MCT)

Etiska överväganden

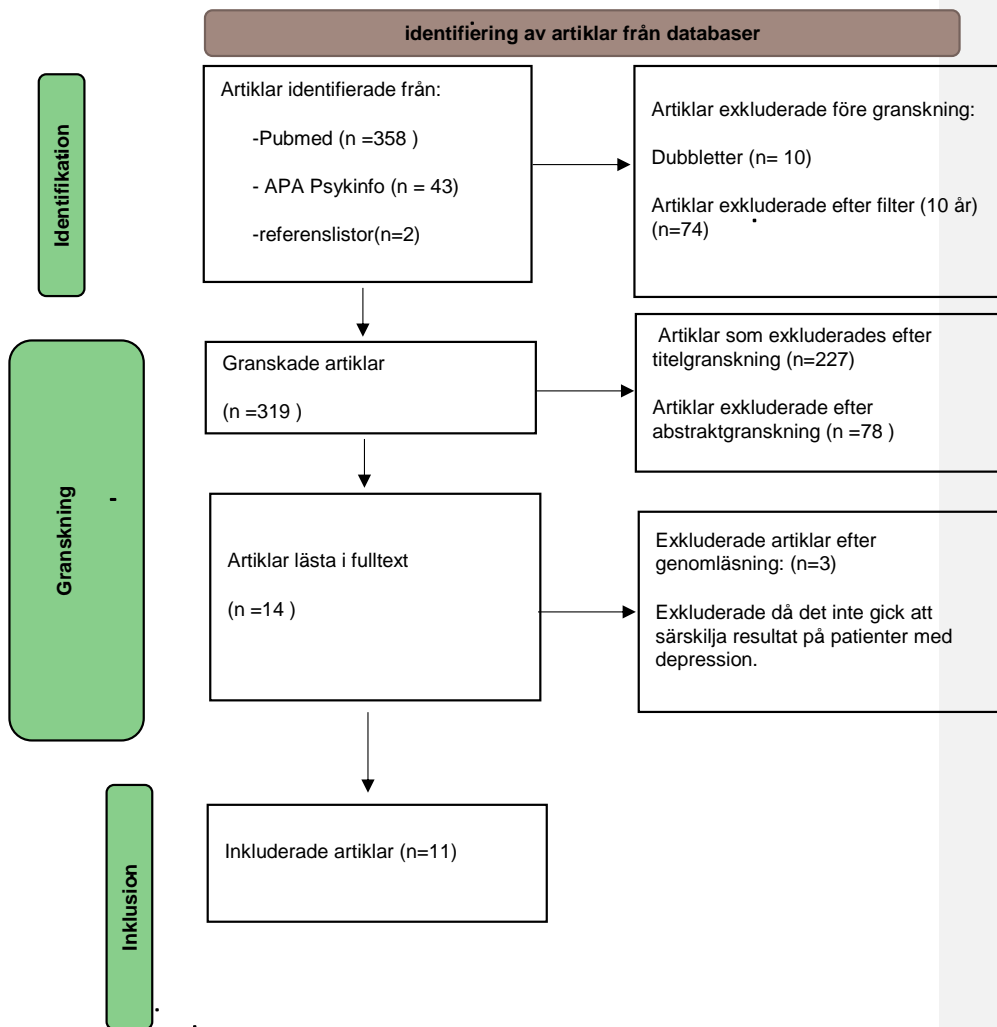
Det behövdes ingen etisk godkännande för utförandet av studien då studien inte behandlade patientkänslig eller identifierbar information samt att arbetet baseras på redan publicerade studier.

Alla inkluderade studier har fått godkännande av den regionala kommittén för medicinsk och hälsovetenskaplig forskningsetik i respektive land.

Resultat

Vid databassökningen påträffades 358 artiklar på PubMed och 43 artiklar på APA Psykinfo. Tio artiklar var dubletter. Efter genomläsning av titlar exkluderades 227 artiklar. Efter abstraktläsning exkluderades ytterligare 78 artiklar. Heltextgenomläsning av 14 artiklar som uppfyllde studiens syfte gjordes. Tre artiklar exkluderades pga samsjuklighet då deras syften var att visa samband och effekt av MCT hos patienter med samsjuklighet i form av t.ex. onkologi, hjärtsjukdomar osv. Således exkluderades 3 artiklar då det inte gick att särskilja resultat på

patienter med depression. Ytterligare 2 artiklar hittades genom referenslistor. Totalt inkluderades 11 artiklar. För schematisk presentation av urvalsprocessen, v.g. se flödesdiagrammet som presenteras i Figur 1. De inkluderade artiklar beskrivs i Tabell 1.



Figur 1. Flödesdiagram av urvalsprocess.

Tabell 1 Inkluderade studier

Författare, år, land	Syfte	Population	Studi design	Intervention	Huvudresultat
Dammen et al, 2015, Norge (12)	Utvärdera genomförbarheten och effekterna av MCT för depression i gruppsformat	11 patienter med depression	Observationsstudie	MCT i grupp i 10 veckor 90 minuter per vecka, uppföljning efter 6 månader	Gruppbehandling var genomförbar och förknippad med kliniskt betydelsefulla förbättringar av depressiva symtom hos patienter med måttlig till svår depression.
Jordan et al, 2014, Australien (13)	Jämföra effekt av MCT och KBT på depressiva symtom	48 patienter med depression	RCT	Intervention: MCT Kontroll: KBT 12 sessioner	Inga signifikanta skillnader hittades mellan MCT och KBT
Hagen et al, 2017, Norge (14)	Utvärdera effekter av MCT på depressiva symtom	39 patienter med depression	RCT	Intervention: MCT Kontroll: väntelista 6 månader	70-80% patienter som fått MCT hade återhämtat sig efter 6 månaders uppföljning, bara 5% på väntelista återhämtade sig under väntetiden
Hjelmdal et al, 2019, Norge (15)	1-års utvärdering av effekter av MCT på depressiva symtom	Samma patientgrupp Se Hagen et al (14)	RCT	Uppföljning ett år efter MCT behandling	Effekter som erhöles med MCT vid efterbehandling bibehölls i stort sett vid 1-årsuppföljning för depressiva och även för ångestsymtom.

Solem et al, 2019, Norge (16)	3-års utvärdering av effekter av MCT på depressiva symtom	Samma patientgrupp Se Hagen et al (14). Nu 34 deltagare.	RCT	Uppföljning 3 år efter MCT behandling	Resultatet av MCT bibehölls vid 3-årsuppföljningen och visade även att patienterna fått förbättrad livskvalitet och hade ökad återgång till arbete eller studier.
Lassen et al, 2023, Norge (17)	Undersöka motivation, följsamhet och behandling resultat vid MCT för depression.	Samma patientgrupp Se Hagen et al (14)	Observation studie	Uppföljning av motivation efter MCT	Tillfrisknade patienter utvecklade mer motivation för förändring och mindre motivation till icke förändring, jämfört med icke-tillfrisknade patienter.
Winter et al, 2020, Tyskland (18)	Undersöka genomförbarhet av behandling enligt MCT-manual för patienter med depression.	20 primärvårdspatienter (6 män, 14 kvinnor, medelålder 42,1 år) med egentlig depression	pilotstudie	MCT individuellt 10 sessioner, 50 min, med uppföljning efter behandling och efter 6 månader	MCT visade sig vara genomförbart vid behandling av deprimerade patienter i primärvården. Behandlingen tolererades väl av patienter. Resultatet i form av minskning av depressiva symtom var kliniskt betydelsefulla
Carter et al, 2022, Nya Zeeland (19)	Utvärdera långtidseffekter på depressiva symtom 22 månader efter avslutad behandling med KBT eller MCT.	48 män och kvinnor i med egentlig depression	RCT	Behandling med MCT eller KBT	Det fanns inga signifikanta skillnader i depressiva symtom mellan KBT- och MCT-grupperna.
Calleesen et al, 2020, Danmark (20)	Utvärdera effekter på depressiva symtom 6 månader efter behandling med MCT eller KBT.	174 patienter med egentlig depression	RCT	Intervention: Individuell behandling med MCT (n=85) Kontroll: KBT (n=89)	I förhållande till KBT verkar MCT vara associerat med en större minskning av depressionssymtom på BDI-II men inte på HDRS.

Thingbak et al, 2024, Danmark (21)	Utvärdera effekterna på ångest och depression efter gruppbehandling med MCT	97 barn och ungdomar med ångest och depressiva störningar (82,5 % flickor, n = 80)	Interventionssstudie utan kontrollgrupp	MCT behandling i grupp 8 sessioner	MCT i grupp var associerat med förbättringar av symtom på ångest och depression hos barn.
Normann et al, 2018 (22)	Utvärdera effekten av MCT för olika psykologiska besvär.	25 studier som undersökte en mängd olika psykiska besvär, varav 15 var randomiserade kontrollerade studier. 8 studier avsåg patienter med depression	Systematisk översikt, metaanalys	Utvärdera effekt av MCT i olika studier	MCT visade lovande effekt för behandling av depression.

MCT=Metakognitiv terapi; KBT=kognitiv beteendeterapi; RCT=randomiserad kontrollerad studie; BDI-II=Beck Depression Inventory; HDRS=Hamilton Rating Scale for Depression

Typer av studier som inkluderades i den kartläggande litteraturöversikt varierade. Det inkluderades 4 randomiserade kontrollerade studien (RCT) (rapporterade i 7 artiklar), 1 systematisk översikt, 3 observationsstudier, 1 pilotstudie. De flesta studier var gjorda inom öppenvården inom psykiatri, men studier där patienter remitterade från primärvården är också med i litteraturöversikten. En studie var gjort på barn och alla andra (8) studier var gjorda på vuxen population.

Behandlingsformen visade sig vara genomförbar i olika länder som Danmark, Tyskland, Nya Zeeland, Australien, Norge. Studierna utfördes i olika kliniska miljöer som öppenvården inom psykiatri och primärvården (12–14,17–21). En av inkluderade RCT studierna i denna kartläggande litteraturöversikt visade positiva resultat för MCT (14). MCT visades vara bättre än andra behandlingsmetoder som till exempel KBT gällande både svårighetsgraden av depressiva symtom och återfallsfrekvens i två studier (20,22) medan två andra studier visade att MCT och KBT har samma effekt vid depression (13,19). Både

gruppbehandling och individuell behandling var välaccepterade av målgruppen (18,20,22). Inga skillnader mellan effekterna av grupp eller individuell behandlingsform hittades (22). Man såg positiva effekter på såväl vuxna som barn och ungdomar (20,21). Dessutom finns det indikationer på att MCT kan vara mer kostnadseffektiv än KBT då färre sessioner behövdes för att få önskad effekt (18). En treårsuppföljning visade att patienter som fick MCT hade förbättrad livskvalitet och ökad återgång till arbete eller studier jämfört med baseline (16).

Dammen et al. (12) genomförde en observationsstudie 2014 av grupp-MCT för patienter med depression. Resultaten tyder på att MCT är en genomförbar och potentiellt effektiv behandling. Kliniskt betydelsefulla förbättringar hos patienter med måttlig till svår depression noterades. Baserat på objektiva definierade återhämtningskriterier klassificerades alla patienter som återhämtade efter behandling, och 91 % hade kvarstående effekt vid 6 månaders uppföljning. Man såg även en minskning av komorbida diagnoser. Studien indikerade att grupp-MCT vid behandling av depression kan vara effektiv och den var väl accepterad av målgruppen.

Den första RCT:n genomfördes av Jordan et al. (13) 2014 och jämförde MCT och KBT med 48 patienter. Deltagarna fick 12 sessioner i varje grupp. Effektstorlekarna var måttliga till stora med Cohens d på 0,96 för KBT och 1,12 för MCT vid slutet av behandlingen. Inga signifikanta skillnader hittades mellan behandlingarna (13). Det fanns dock fler patienter med allvarliga komorbida sjukdomar i MCT-gruppen, och terapeuterna hade betydligt mindre utbildning i MCT.

RCT:n av Hagen et al. (14) jämförde MCT med väntelista, hos 39 patienter som led av primär depression. Trettionio patienter med depression randomiserades till omedelbar MCT (10 sessioner) eller en 10-veckors väntelista (VL). Patienterna fick 10 sessioner MCT-behandling, en per vecka. VL-gruppen fick 10 sessioner MCT efter väntetiden. Två deltagare hoppade av VL, och ingen hoppade av omedelbar MCT-behandling. Deltagare som fick MCT förbättrades signifikant mer än VL-gruppen. Stora kontrollerade effektstorlekar observerades för depressiva besvär (Cohens $d = 2,51$) (14). Cirka 70-80 % kunde klassificeras som återhämtade efter behandling och 6 månaders uppföljning efter omedelbar MCT, medan 5 % av VL-patienterna återhämtade sig under väntetiden. Hjelmaldal et al. (15)

utförde en 1-årsuppföljning på patienterna i Hagen et al. (14) och fann att resultaten bibehölls med en återhämtningsgrad på 70 % (15). Uppföljningsresultaten från denna RCT visade att de effekter som erhöles med MCT efterbehandling i stort sett bibehölls vid 1-årsuppföljning för depressiva och även för ångestsymtom. Vid 3-årsuppföljningen av samma 39 patienter, som genomfördes av Solem et al. (16), visade patienterna även förbättrad livskvalitet och hade ökad återgång till arbete eller studier i relation till baseline. Sextio procent hade inte upplevt några nya depressiva episoder under den 3-åriga uppföljningsperioden, och återfallsfrekvenserna var låga (11-15 %). Resultaten för återgången till arbetet i studien var positiva. Av 13 patienter som hade fått bidrag eller ersättning behövde 8 inte längre någon ersättning eller bidrag pga depression. Lassen et al. (17) analyserade patienternas motivation till förändring och följsamhet i metakognitiv terapi (MCT) för depression hos samma patientgrupp som i studien av Hagen et al. (14). Skillnader i motivationsutveckling för tillfrisknade och icke-tillfrisknade patienter undersöktes också. Motivationen i session 1, 4 och 7 mättes med Motivational Interviewing Skill Code 2.5 (MISC) i en 10-sessions studie av MCT för depression (N = 37) (17). Behandlingsresultaten vid 3-årsuppföljningen mättes med Beck Depression Inventory. Resultaten visade på en differentierad motivationsutveckling mellan tillfrisknade och icke-tillfrisknade patienter. Tillfrisknade patienter hade mer motivation till förändring mätt med så kallad "change talk" och mindre motivation till icke förändring "sustain talk", jämfört med icke-tillfrisknade patienter (17).

En pilotstudie genomförd av Winter et al. (18) från 2020 visade att metakognitiv terapi var genomförbar vid behandling av patienter med depression i primärvården. Behandlingen tolererades väl av patienterna. Resultatet var i form av minskning av depressiva symtom. För behandling av depression föreslår protokollet för MCT 8 till 10 sessioner (18). I studien var den genomsnittliga behandlingstiden tio sessioner. Studien visade behandling enligt MCT manualen var genomförbar, där ingen av patienterna hoppade av eller begärde ett byte av behandling, och patienterna var mycket nöjda med MCT-behandlingen. Dessa resultat är i linje med genomförbarhetsstudier på den ursprungliga manualen (10).

En randomiserad studie genomfördes 2022 av Carter et al. (19) där 48 patienter inkluderades. Syftet med den aktuella studien var att följa

upp patienter med depression i 2 år (22 månader efter avslutad behandling) efter avslutad KBT eller MCT. Det fanns inga signifikanta skillnader mellan KBT och MCT (19) i depressionsstatus, där majoriteten av deltagarna inte var deprimerade (87 % baserat på QIDS16-SR cut-off) vid 2-årsuppföljningen (19).

I en större RCT av Callesen et al. (20) jämfördes effekten av MCT (85 patienter) och KBT (89 patienter). Upp till 24 sessioner gavs. Resultatet mättes med Beck Depression Inventory II (BDI-II) (20). Vid uppföljning fanns det signifikanta skillnader mellan grupperna direkt efter behandling och vid 6-månadersuppföljning. Symtomsvårighetsgrad av depression bedömdes med Hamilton Rating Scale for Depression (HDRS). Sammantaget enligt BDI-II återhämtade sig 74 % från MCT-gruppen jämfört med 52 % från KBT-gruppen, med en kontrollerad effektstorlek på 2,06 för MCT och 0,68 för KBT (Hedge's g) (20). Den primära begränsningen med denna studie var att endast två terapeuter var inblandade. MCT var överlägset KBT vid uppföljning direkt efter behandling och uppföljning av det primära resultatet av depressionssymtom mätt med BDI-II, men behandlingarna skilde sig inte signifikant på HDRS. Antalet behandlingstillfällen som gavs berodde delvis på i vilken takt depressionssymtomen minskade hos en patient, och MCT-patienter fick i genomsnitt cirka en färre terapiesessioner och återhämtade sig under sessionerna i en takt som var mer än dubbelt så hög som under KBT.

Resultaten i studien av Thingbak 2024 et al. (21) med gruppbehandling för 97 barn och ungdomar, indikerar att MCT kan vara en lovande behandling för barn och ungdomar med ångest och depression (21). MCT i grupp var associerad med påtagliga förbättringar av symtom på ångest och depression hos barn. Dessutom visade resultat att 73,5 % av de som fullföljde behandlingen var fria från sin primära ångest eller depressiva störning och att 67,8 % var fria från all ångest och depressiva störningar efter behandlingen (21).

I den systematiska översikten och metaanalysen av Normann et al. (22) inkluderades totalt 25 studier, varav åtta avsåg patienter med depressiva besvär. Totalt 780 patienter inkluderades i metaanalysen av vilka fick 468. Det genomsnittliga antalet deltagare som inkluderades i varje studie var 31,2 (standardavvikelse 27,3, intervall

10–126) (22). Individuell terapi tillämpades i 18 av studierna, medan ett gruppformat tillämpades i sju studier.

Enligt den systematiska översikten är MCT effektivt för behandling av depression. I metaanalysen visade MCT större effektstorlekar efter behandling jämfört med båda kontrollgrupperna på väntelistan ($k = 9$; Hedges $g = 2,06$) och KBT och beteendeaktivering ($k = 8$, Hedges $g = 0,69$) (22).

Diskussion

Denna litteraturöversikt har kartlagt det tillgängliga vetenskapliga underlaget avseende metakognitiv behandling hos patienter med depression under de senaste tio åren. Elva artiklar som redovisar effekterna av MCT för depression både individuellt och i grupp ingår i översikten. Metakognitiv behandling har visat sig vara lika effektiv eller bättre än kognitiv beteendeterapi och även mindre resurskrävande. Jämfört med andra psykoterapier verkar behandlingstiden vara kortare vid MCT. Sammantaget visar dessa studier att MCT för depression i individuell terapimiljö och i gruppformat är mycket effektiv. De indikerar att återhämtningsfrekvensen är hög och återfallsfrekvensen är låg jämfört med vad som rapporteras för vissa andra behandlingar. Även om mer forskning behövs för att underbygga detta ytterligare, är MCT en lovande behandlingsmetod för depression.

Resultatdiskussion

Metaanalysen av Normann et al. (22) visade överlägsen effekt av MCT jämfört med KBT för att minska symtomen på inte bara depression men även ett antal andra psykologiska besvär som ångest och maladaptiva metakognitioner medan två av de inkluderade RCT-studierna (13,19) visade att det inte fanns signifikanta skillnader i utfall mellan KBT och MCT för vare sig depression eller ångest. Samtidigt visade den större RCT-studien av Callesen et al (20) att MCT var överlägset KBT direkt efter behandling och vid uppföljning 6 månader efter avslutat behandling gällande depressiva symtom mätt med BDI-II. Sammantaget kan man säga att MCT verkar ha minst lika

bra effekt på depressiva symtom som KBT och det är möjligt att i vissa fall kan den ha ännu bättre effekt.

Antalet behandlingstillfällen i Callesen et al. studie (20) berodde delvis på i vilken takt depressionssymtomen minskade hos patienter. MCT-patienter fick i genomsnitt cirka en färre terapisession och återhämtade sig under sessionerna i en takt som var mer än dubbelt så hög som under KBT. Med tanke på den höga nivån av hälso- och sjukvårdskostnader för patienter med egentlig depression, tyder dessa resultat på en potentiell kostnadseffektivitet av denna terapeutiska interventionen (18). Resultat även från en större RCT (20) tyder på att MCT kan levereras mer kostnadseffektivt.

Resultaten av denna scoping review överensstämmer med resultaten i två svenska studier som har utvärderat MCT för patienter med ångest i primärvården (23) respektive olika psykiska tillstånd i en psykiatrikontext (23). Rapporter om några svenska kliniska utvärderingar har hittats som bekräftar att MCT kan ha positiva behandlingar för patienter med ångest. Forskare på Karolinska Institut genomförde på en vårdcentral i Stockholm en studie med MCT-behandling och intolerans-för-osäkerhets terapi på vårdcentralen under 8-12 veckor för patienter med GAD (23). Resultatet visar att båda behandlingar minskade patienternas oro och depressiva symtom. Effekten kvarstod även sex månader efteråt. Patienter upplevde även en höjd livskvalitet och att olika funktioner i vardagen klarades bättre. Störst effekt hade MCT (23).

En annan svensk studie utfördes i Stockholm (24) som indikerade att MCT-gruppbehandling ger god effekt i allmän psykiatri. Utvärdering gällde MCT-gruppbehandlingar för depression, GAD och PTSD inom svensk psykiatrisk vård. Resultaten visade att MCT är effektivt, med höga procentandelar av patienter som uppnår kliniskt signifikanta förbättringar och remissioner. Behandlingen visade sig vara lika effektiv när den gavs digitalt som när den gavs fysiskt på plats (24).

Resultatet av Thingbak et als studie (21) på barn och ungdomar med depression är också viktigt att belysa. Barn och föräldrar till barn som mår dåligt vänder sig ofta till primärvården i första hand. Att få hjälp och kontakt med Barn och ungdomspsykiatri (BUP) kan vara svårt på grund av underbemanning, långa väntetider, svårighetsgraden av

depression hos barnet, ungdomen eftersom BUP sällan tar emot barn med lätt till måttlig depression. Studien visade att MCT i grupp var associerad med signifikanta förbättringar av symtomen på ångest och depression hos barn (21). Dock var studien utan kontrollgrupp och inte randomiserad, varför fler studier behövs innan man kan börja använda MCT i behandlingen av depression hos barn och ungdomar.

Metoddiskussion

Det finns flera begränsningar i denna litteraturstudie och i de inkluderade studierna.

Flera studier som inkluderades i översikten har få deltagare och flera är baserade på samma patientgrupp. Det är korta observationstider i flera studier, vilket kräver ytterligare forskning för att undersöka långtidseffekter.

Den systematiska översikten inkluderade 25 artiklar 2018 av vilka åtta studier handlade om patienter med depressiva besvär (22). Vissa artiklar från den systematiska översikten ingår även i denna kartläggande litteraturöversikt som originalartiklar vilket skapar risk för dubbelrapportering.

Upphovsmannen till MCT (Wells) är medförfattare i den större RCT av Callesen (20), vilket kan ha introducerat bias. Det hade varit fördelaktigt med ytterligare, helt oberoende forskning för att validera deras resultat.

Det finns tre studier som utvärderade inomgruppseffekter för gruppbehandling vid depression (12,25,26) som har redovisat stora effektstorlekar (Hedges $g = 4,34 - 6,14$) och andelen patienter i remission har varierat mellan 70 och 100 procent. Dessa studier var små, har endast haft cirka 10-15 patienter och grundaren av MCT är medförfattare till två av de tre studierna (12,25).

Vissa studier saknade en kontrollgrupp (12,18,21), det begränsade antalet patienter och den individuella medicineringshistoriken försvårade tolkningen av data. Dessutom kan det finnas en

selektionsbias, då det inte kan uteslutas att patienter med välvilliga attityder till psykoterapi främst inkluderades.

Farmakoterapi – även om den var baserad på riktlinjer – kunde inte standardiseras under studierna och kan ha påverkat behandlingsresultatet.

Det fanns flera studier som mötte inklusionskriterierna som inte hittades med valda söksträngar och databaser utan hittades genom referenslistor och populärvetenskapliga källor. Det kan tyda på att sökstrategin i denna litteraturöversikt hade sina brister.

Generaliserbarhet

Flera studier genomfördes i Norge och Danmark, vilket visar att MCT är en metod som används i jämförbara populationer med den svenska och som är väl tolererad, genomförbar, har lovande effekt och kostnadseffektiv. Detta tyder på att studiernas resultat är generaliserbara till en svensk kontext. {Citation} genomförts även i Sverige och det finns intresse för denna metod.

Framtida forskning

Det är motiverat med fler studier med större kohorter av patienter, som direkt jämför olika psykoterapeutiska metoder och har kontrollgrupper. Särskilt behövs det fler studier på barn och ungdomar innan man kan dra några tydliga slutsatser.

Svensk psykiatrisk vård och primärvård är i behov av att både utveckla befintliga behandlingar och implementera nya effektiva behandlingar för att hjälpa fler patienter. Det framgår att det finns belägg för att behandling med MCT ger lovande effekt för vuxna patienter med måttlig och medelsvår depression som kan användas även inom primärvården med rätt kompetens hos psykologer.

Konklusion

Studierna i denna litteraturoversikt indikerar att MCT som ges i gruppformat och individuelltformat hos patienter med depression är: 1) genomförbar med kortare behandlingstider; 2) lovande som kan vara effektiv; 3) väl tolererad som ger låga avhoppsfrekvenser; 4) har positiv effekt för vuxna 5) det behövs mer forskning angående MCT hos barn. Framtida studier med större stickprover och kontrollerade experimentella designar behövs för att följa upp och utforska effekten av denna behandling.

Referenslista

1. Regional medicinsk riktlinje Läkemedel – Depression. Fastställd juni 2024 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. juni 2026.
2. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018 Nov;392(10159):1789–858.
3. Fellingner M, Waldhör T, Serretti A, Hinterbuchinger B, Pruckner N, König D, et al. Seasonality in Major Depressive Disorder: Effect of Sex and Age. *J Affect Disord*. 2022 Jan;296:111–6.
4. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *The Lancet*. 2018 Nov;392(10161):2299–312.
5. Cuijpers P, Karyotaki E, Ciharova M, Miguel C, Noma H, Furukawa TA. The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2021 Sep;144(3):288–99.
6. Cuijpers P, Miguel C, Harrer M, Plessen CY, Ciharova M, Ebert D, et al. Cognitive behavior therapy vs. control conditions, other psychotherapies, pharmacotherapies and combined treatment for depression: a comprehensive meta-analysis including 409 trials with 52,702 patients. *World Psychiatry*. 2023 Feb;22(1):105–15.

7. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther.* 1996 Nov;34(11–12):881–8.
8. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* The Guilford Press. New York NY. 2009;
9. Capobianco L, Nordahl H. A Brief History of Metacognitive Therapy: From Cognitive Science to Clinical Practice. *Cogn Behav Pract.* 2023 Feb;30(1):45–54.
10. Matthews G, Wells A. Rumination, Depression, and Metacognition: the S-REF Model. In: Papageorgiou C, Wells A, editors. *Depressive Rumination* [Internet]. 1st ed. Wiley; 2003 [cited 2025 Mar 10]. p. 125–51. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470713853.ch7>
11. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol.* 2005 Feb;8(1):19–32.
12. Dammen T, Papageorgiou C, Wells A. An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway. *Nord J Psychiatry.* 2015 Feb 17;69(2):126–31.
13. Jordan J, Carter JD, McIntosh VV, Fernando K, Frampton CM, Porter RJ, et al. Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study. *Aust N Z J Psychiatry.* 2014 Oct;48(10):932–43.
14. Hagen R, Hjemdal O, Solem S, Kennair LEO, Nordahl HM, Fisher P, et al. Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Front Psychol* [Internet]. 2017 Jan 24 [cited 2025 Mar 10];8. Available from: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2017.00031/full>
15. Hjemdal O, Solem S, Hagen R, Kennair LEO, Nordahl HM, Wells A. A Randomized Controlled Trial of Metacognitive Therapy for Depression: Analysis of 1-Year Follow-Up. *Front Psychol.* 2019 Aug 8;10:1842.
16. Solem S, Kennair LEO, Hagen R, Havnen A, Nordahl HM, Wells A, et al. Metacognitive Therapy for Depression: A 3-Year Follow-Up Study Assessing Recovery, Relapse, Work Force Participation, and Quality of Life. *Front Psychol.* 2019 Dec 23;10:2908.
17. Lassen ER, Lia SA, Hjertaas I, Hjemdal O, Kennair LEO, Hagen R, et al. Patient motivation and adherence in metacognitive

- therapy for major depressive disorder: an observational study. *Cogn Behav Ther.* 2024 Mar 3;53(2):220–34.
18. Winter L, Schweiger U, Kahl KG. Feasibility and outcome of metacognitive therapy for major depressive disorder: a pilot study. *BMC Psychiatry.* 2020 Dec;20(1):566.
 19. Carter JD, Jordan J, McIntosh VV, Frampton CM, Lacey C, Porter RJ, et al. Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. *Aust N Z J Psychiatry.* 2022 Feb;56(2):137–43.
 20. Callesen P, Reeves D, Heal C, Wells A. Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. *Sci Rep.* 2020 May 12;10(1):7878.
 21. Thingbak A, Wells A, O’Toole MS. Group metacognitive therapy for children and adolescents with anxiety and depression: A preliminary trial and test of proposed mechanisms. *J Anxiety Disord.* 2024 Oct;107:102926.
 22. Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2018 Nov 14;9:2211.
 23. Af Winklerfelt Hammarberg S, Toth-Pal E, Jansson-Fröjmark M, Lundgren T, Westman J, Bohman B. Intolerance-of-uncertainty therapy versus metacognitive therapy for generalized anxiety disorder in primary health care: A randomized controlled pilot trial. Moitra E, editor. *PLOS ONE.* 2023 Jun 14;18(6):e0287171.
 24. Rosander M, Fagernäs S. Lovande resultat med metakognitiv terapi i grupp - Psykologtidningen [Internet]. [cited 2025 Mar 16]. Available from: <https://psykologtidningen.se/2024/02/07/lovande-resultat-med-metakognitiv-terapi-i-grupp/>
 25. Papageorgiou C, Wells A. Group Metacognitive Therapy for Severe Antidepressant and CBT Resistant Depression: A Baseline-Controlled Trial. *Cogn Ther Res.* 2015 Feb;39(1):14–22.
 26. Zemestani M, Davoodi I, Honarmand MM, Zargar Y, Ottaviani C. Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students. *J Ment Health.* 2016 Nov;25(6):479–85.

Bilaga 3

