

Forord

Jeg startet arbeidet med denne studien i desember 2015. Jeg hadde lyst til å skrive en oppgave hvor jeg kunne få mer empirisk erfaring, men visste ikke hvilket tema jeg skulle velge. Jeg gikk til Leif, som foreslo at vi skulle gjøre vår egen forskning på livshistorieteori og tvangstanker. Jeg leste meg opp på temaet, og ble veldig begeistret for ideen. Med veldig god hjelp og god veiledning, har jeg stått for søknad til Regional Etisk Komité, utforming av spørreskjema, utdeling og innsamling av spørreskjema, utvikling av problemstillinger, gjennomføring av analyser og skrivearbeid. Denne erfaringen har virkelig gitt meg innsikt i prosessen som inngår ved empirisk forskning, og hvor mye arbeid som ligger bak.

Jeg vil sende en stor takk til Leif for ideen, tilgjengeligheten, og veldig god veiledning gjennom hele prosessen. Takk til Kyrre Svarva, for hjelp med scanning av spørreskjemaene. Takk til Stian Solem for god veiledning med analysene. Og stor takk til Even, Oda og Torun, for korrekturlesing og oppmuntrende ord gjennom hele prosessen.

Sammendrag

Formålet med denne studien var å undersøke om det finnes støtte for Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) sine synspunkter vedrørende livshistoriestrategi og tvangstanker, og videre hvordan partneratferd og impulsivitet er koblet til disse faktorene. I motsetning til Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b), forventet vi at vi ikke ville finne en signifikant deling i enten autogene eller reaktive tvangstanker. Vi forventet videre at livshistoriestrategi ikke er knyttet til type tvangstanker, samt at partneratferd heller korrelerer med rask livshistoriestrategi og impulsivitet, enn autogene tvangstanker. Datamaterialet til studien ble samlet inn via spørreskjema utdelt i normalbefolkningen. Som forventet tyder studien på at det finnes et overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker, noe som støtter vår hypotese 1 mest. Funnene tyder også på at ikke type livshistoriestrategi er korrelert med type tvangstanke. Det vi finner, er at relevant atferd for livshistoriestrategi, impulsivitet og partneratferd, er nærmere knyttet til livshistoriestrategi, enn det autogene og reaktive tvangstanker er. Dette støtter derfor mest vår hypotese 2. Når det ved regresjonsanalyse kontrolleres for både autogene tvangstanker, impulsivitet, begge former for partneratferd og livshistoriestrategi samtidig, predikerer ikke autogene tvangstanker variasjon i livshistoriestrategi, og heller ikke variasjon i partneratferd. Dette støtter derfor mest vår hypotese 3. Resultatene i studien viser mest støtte for våre hypoteser. Resultatene diskuteres i lys av teori presentert i innledningen. Begrensninger ved studien, og retning for videre forskning vil også bli gjennomgått.

Innholdsfortegnelse

| | |
|--|-----------|
| 1 Introduksjon..... | 1 |
| 1.1 Tvangslidelse..... | 1 |
| 1.2 Impulsivitet..... | 3 |
| 1.3 Livshistorieteori og livshistoriestrategi..... | 5 |
| 1.4 Del Giudice sine synspunkter..... | 7 |
| 1.5 Kennair sine synspunkter | 9 |
| 1.6 Hypoteser og prediksjoner..... | 10 |
| 2 Metode..... | 12 |
| 2.1 Prosedyre..... | 12 |
| 2.2 Utvalg..... | 12 |
| 2.3 Måleverktøy..... | 12 |
| 2.4 Dataanalyser..... | 14 |
| 3 Resultater..... | 14 |
| 3.1 Korrelasjonstabell..... | 15 |
| 3.2 Hovedanalyser..... | 15 |
| 4 Diskusjon..... | 19 |
| 4.1 Deling av tvangstanker til autogene og reaktive..... | 20 |
| 4.2 Livshistoriestrategi og tvangstanker..... | 22 |
| 4.3 Hva partneratferd predikeres av..... | 23 |
| 4.4 Kennair (2014) og DelGiudice (2014)..... | 25 |
| 4.5 Svakheter og begrensninger..... | 25 |
| 4.6 Videre forskning..... | 26 |
| 4.7 Konklusjon..... | 26 |

Referanseliste

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

Appendiks A: Spørreskjema: Påtrengende og uønskede tanker.

1 Innledning

1.1 Tvangslidelse

De fleste mennesker tenker rare tanker fra tid til annen, og for noen fører dette til rare handlinger. For enkelte kan disse tankene bli så ubehagelige at de går utover hverdagslivet. Det er ikke uvanlig å ha rare tanker som for eksempel kan omhandle det å skade andre, og de fleste som får slike tanker klarer å riste de av seg. Men for noen mennesker kan slike tanker medbringe en stor frykt for at de faktisk kommer til å gjennomføre tankene sine. For disse menneskene kan dette videre føre til at de unngår situasjoner som fremkaller denne frykten, eller utfører bestemte handlinger for å dempe angsten disse tankene medfører.

Personer som opplever slike tanker og handlinger som invalidiserende, kan tenkes å ha en tvangslidelse (Kennair, 2004). Det ble tidligere antatt at tvangslidelse var svært sjeldent (Abramowitz, 1997), men i dag vet vi at det er en relativt utbredt lidelse, og epidemiologiske studier hentyder en livstidprevalens på mellom 1.2 - 3.3 % (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Millet et al., 2004; Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010). Tvangslidelse kan betraktes som en kognitiv forstyrrelse, som utgjør en psykisk belastning for personen som har denne lidelsen (Koran, Thienemann, & Davenport, 1996). De fleste teoretikere antar at tvangslidelse enten er en mistilpasset overdrivelse av et tilpasset trekk, eller et resultat av en dysfunksjon i det kognitive systemet (Del Giudice, 2014a). En ubehandlet tvangslidelse kan føre til store konsekvenser for en persons funksjon på ulike livsområder, både med tanke på arbeid og studier, mellommenneskelige relasjoner og ved gjennomføring av hverdagslige aktiviteter (Foa, Yadin, & Lichner, 2012).

En tvangslidelse debutterer vanligvis i barndom eller i ung voksen alder, og gjennomsnittsalder for debut er 19 år (De Luca, Gershenson, Burroughs, Javaid, & Richter, 2011). Tvangslidelse er en alvorlig lidelse (Steketee, 1997), og kan potensielt bli kronisk hvis den ikke blir behandlet (Skoog & Skoog, 1999). Skoog og Skoog (1999) fant at over en periode på 40 år, ble kun 20 % helt kvitt sin tvangslidelse, hvor dette ble definert som fravær av kliniske og subkliniske symptomer. Det er også vanlig at tvangslidelse er komorbid med andre psykiatriske lidelser (LaSalle et al., 2004), og da spesielt med andre angst- og stemningslidelser (Steketee & Neziroglu, 2003).

Ved tvangslidelse vil tvangstanker og tvangsmessige impulser bli etterfulgt av angst eller ubehag (Eknes, 2004; Wahl, Salkovskis, & Cotter, 2008). Tvangstanker er bilder, ideer eller forestillinger som er plagsomme, og som returnerer jevnlig (Kennair, 2004; World Health World Health Organization, 1992) Personen kan oppnå en umiddelbar spenningsreduksjon ved å tenke bestemte tanker eller utføre bestemte handlinger

(tvangshandlinger), men dette vil bare være en kortvarig gevinst og bidrar ikke til at vanskene blir mindre på lengre sikt (Eknes, 2004; Wells, 2009).

Det er viktig å påpeke at disse tankene må være egodystone. Det vil si at personer opplever tankene som fremmede og ubehagelige, samt at personen ikke på noen måte kjenner seg igjen i disse tankene (Kennair, 2006a; Wells & Papageorgiou, 1998). Det finnes en lang rekke forskjellige typer tvang. Vasking, sjekking og systematisering av objekter er de vanligste synlige tvangshandlingene, mens telling, bønn og repetering er de vanligste mentale handlingene (Wells, 2009).

Det er vanlig at personer med tvangslidelse har flere tvangstanker og tvangshandlinger (Shapiro, 2015). Innholdet i disse kan da variere fra person til person, men det er fellestrekk ved flere av typene. Slike fellestrekk kan være tanker en person tenker mye på, som kommer om og om igjen, og at tankene har et spesielt innhold. Uavhengig av innhold, gjør tankene personen urolig eller engstelig, og ofte prøver personen alt den kan for å stoppe disse tankene (Kennair, 2006a).

I diagnosesystemet blir tvangslidelser delt inn i hvorvidt det er *tvangstanker* eller *tvangshandlinger*, eller en kombinasjon av disse. For å kunne stille en sikker diagnose, må en av disse variantene være til stede de fleste dagene i minst to etterfølgende uker, og de må føre til bekymring eller ha innvirkning på aktiviteter (World Health Organization, 1992). Innholdet i disse tvangstankene og handlingene vil deretter spesifisere innholdet i behandlingen (Kennair, 2006a). Eksponering med responsprevensjon (ERP) er en av de mest brukte metodene for å behandle tvangslidelse (Foa, Franklin, & Kozak, 1998). ERP er en veldokumentert metode, som er vist å være både effektiv og kurativ (Foa et al., 1998; Gøtestam, 2006; Kennair, 2004; Walsh & McDougle, 2011). Eksponere betyr at en utsetter seg for noe, mens prevensjon betyr at en hindrer noe, eller ikke tillater noe. En person som gjennomfører ERP vil eksponeres for det den er redd for, samtidig som personen ikke får utføre eventuelle ritualer som pleier å lindre frykten (Shapiro, 2015).

En annen behandlingsmetode for tvangstanker som er tatt mer i bruk den siste tiden, er metakognitiv terapi. Kort fortalt handler metakognitiv terapi om hvilke tanker pasienten har om tvangstankene sine, og det skal jobbes med å utfordre disse tankene og vise at de ikke er farlige, samt finne en alternativ måte å oppleve disse tankene på (Fisher & Wells, 2008; B. Hansen & Vogel, 2006; Kennair, 2004). Det finnes flere ulike metakognitive teorier om utviklingen og opprettholdelsen av tvangslidelse. Noen av teoriene er uenige om hvilken type dysfunksjonell holdning som er viktigst. For eksempel mener Salkovskis (1985) at forhøyet ansvarsfølelse er den viktigste, mens Frost og Steketee (1997) mener at perfektjonisme er den

viktigste dysfunksjonelle holdningen. På tross av disse uenighetene er alle enige i at det er de underliggende holdningene om tvangstankene som fører til tvangslidelse, og ikke tvangstankene i seg selv (Grøtte et al., 2014).

H-J Lee og Kwon (2003) foreslår en todeling av tvangstanker, til autogene og reaktive tvangstanker. Autogene tvangstanker har seksuelt, aggressivt og/eller blasfemisk innhold. De tenderer til å være bisarre og truende (H-J Lee & Kwon, 2003). Autogene tvangstanker oppfattes ofte som veldig egodystone og uakseptable, og de vekker ofte forsøk på å få fjernet tankene eller få kontroll over dem. Det er sannsynlig at disse tankene blir fremkalt uten noen klare triggere, eller ved triggere som så vidt kan assosieres med tankene, for eksempel at bokstaven S trigger tanker om å overfalle sin egen søster (Han-Joo Lee & Telch, 2005).

I kontrast omhandler reaktive tvangstanker relativt realistisk frykt for smitte, ulykker, uorden og lignende (Besiroglu et al., 2011). Den oppfattede trusselen er ikke tanken i seg selv, men heller de mulige negative konsekvensene. De reaktive tvangstankene, i form av tanker, bekymringer eller tvil, blir ofte oppfattet som sannsynlig at kan inntreffe, og de vekker handlinger som sikter på å forhindre mulige negative konsekvenser. Det er sannsynlig at de blir trigget primært av ekstern påvirkning, som videre assosieres med en spesifikk trussel og som igjen vekker preventiv atferd (Han-Joo Lee & Telch, 2005). Dette kan for eksempel skje hvis en person med slike reaktive tvangstanker håndhilser på en person som viser seg å være syk. Dette kan bety at personen er i kontakt med potensielle bakterier, som vil vekke en trussel om smitte og som videre fører til preventiv atferd i form av vaskeritualer.

H-J Lee og Kwon (2003) har utført en faktoranalyse av ROII (Purdon & Clark, 1993), for å identifisere hvilke spørsmål som var gjeldende for henholdsvis autogene og reaktive tvangstanker. Antall faktorer ekstrahert ble begrenset til to, ettersom H-J Lee og Kwon (2003) antok at påtrengende tanker kunne deles i to undergrupper. Resultatene fra faktoranalysen viser at elementene i ROII kan deles inn i to faktorer, som forklarer 35% av total varians av ROII. Påtrengende tanker med høyest verdi på faktor 1 (tanker om vold, impulsive aktiviteter, tanker om seksuelle aktiviteter og skamfulle episoder) reflekterte autogene tvangstanker, mens de med høyest verdi på faktor 2 (tanker om å gjøre feil, smitte og sykdom) reflekterte reaktive tvangstanker (H-J Lee & Kwon, 2003). Denne faktoranalysen støtter en todeling av tvangstankene i ROII, til autogene og reaktive tvangstanker.

1.2 Impulsivitet

Impulsivitet kan knyttes til flere psykiske lidelser. Impulsivitet kan forklare både normal individuell forskjell i personlighet, samt mer ekstrem personlighetspatologi i en klinisk populasjon (Stanford et al., 2009). Impulsivitet er nevnt som et diagnostisk kriterium

for flere diagnoser i DSM-IV, men det har manglet arbeid som gir klarhet i rollen til impulsivitet i psykiatriske lidelser (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001). Impulsivitet kan defineres som «en predisposisjon mot raske, ikke-planlagte reaksjoner på intern eller ekstern stimuli, uten hensyn til de negative konsekvensene disse reaksjonene har for det impulsive individet eller andre» (Moeller et al., 2001, s. 1784).

Flere forskere har pekt på nytteverdien av en dimensjonal modell, hvor tvang-impulsivitet er et sentralt kontinuum, og syndromer som tvangslidelse, trikotillomani, Tourettes og dysmorfofobi kan bli plassert langs dette spekteret (Hollander, 1993). Det er fortsatt noe uenighet om hvor tvangslidelse skal plasseres langs dette impulsivitetskontinuumet (Summerfeldt, Huta, & Swinson, 1998). Det har blitt plassert lavt på spekteret av noen (Oldham & Skodol, 1996), mens andre har framhevet dets fenomenologiske likheter til forstyrrelser av impuls kontroll (Lopez-Ibor, 1990). Som et annet alternativ, har Hoehn-Saric og Barksdale (1983) foreslått et bredt skille mellom impulsive og ikke-impulsive undergrupper av tvangslidelse.

Funn fra forskning angående impulsivitet og tvangslidelse er inkonsekvente (Summerfeldt et al., 1998). Noen funn viser at personer med symptomer på tvangslidelse skårer lavere enn ikke-kliniske kontroller på mål for impulsivitet (Frost, Steketee, Cohn, & Griess, 1994). Andre studier med kliniske deltagere, har funnet at disse forskjellene ikke er statistisk signifikante (Pfohl, Black, Noyes, Kelley, & Blum, 1990; Richter, Summerfeldt, Joffe, & Swinson, 1996), som kan tyde på at denne sammenhengen er snever. Disse funnene kan være avhengige av den operasjonaliserte definisjonen som er brukt for impulsivitet (for eksempel målet som er brukt). Forskere som er interessert i hvordan denne personlighetsdimensjonen kan ha betydning for forståelsen av tvangslidelse i et spekterperspektiv, bør være klar over forskjellene i de ulike instrumentene som er brukt for å måle impulsivitet (Summerfeldt et al., 1998).

Hoehn-Saric og Barksdale (1983) fant at svært impulsive personer med tvangslidelse, sammenlignet med ikke-impulsive personer med tvangslidelse som kontrollgruppe, hadde mer problemer med atferdsdysregulering og atferdsforstyrrelse i barndommen, og en større grad av psykopatologi i voksen alder. Det kan tyde på at dimensjonen av impulsivitet bare delvis fanger atferd og kognitive tendenser, som er av primær interesse for forskere som ser på tvangslidelse i et spekterperspektiv (Summerfeldt et al., 1998). Unntaket her må være å forstå de unike trekkene til individene med tvangslidelse som har problemer med selvregulering, ved for eksempel eksplosive utbrudd av sinne og høye nivåer av fiendtlighet (se Stein & Hollander, 1993). Dette er trekk som inngår i lidelser som emosjonelt ustabil

personlighetsforstyrrelse og patologisk gambling, og inkludering av disse i et spekterperspektiv på tvangslidelse er fortsatt kontroversielt (Black, Goldstein, Noyes, & Blum, 1994).

1.3 Livshistorieteori og livshistoriestrategi

Alle organismer lever i en verden med begrenset tilgang på ressurser. Tiden er et eksempel på dette. En organisme som velger å bruke tiden sin på å finne en partner, kan ikke bruke den samme tiden på å lete etter mat eller ta seg av avkom. Alle disse aktivitetene bidrar til utviklingen av organismen, slik at bruk av tid på en aktivitet vil gi noen goder, men det vil samtidig gå utover andre aktiviteter (Gadgil & Bossert, 1970).

Livshistorieteori bygger på evolusjonsteori, og gir et rammeverk som adresserer hvordan organismer fordeler tid og energi på oppgaver og personlighetstrekk på en måte som maksimerer deres tilpasning. Hva som er optimal fordeling varierer gjennom en livstid, derfor fokuserer livshistorieteori på evolusjonsfaktorer som påvirker livshendelser involvert i utvikling, vekst, reproduksjon og aldring (Kaplan & Gangestad, 2005). Ulik fordeling av tid og energi resulterer i forskjellige livshistoriestrategier, og hvordan en velger å fordele tid og energi kan påvirkes av både gener og miljø (Del Giudice, 2014a). Avgjørelsene involvert i livshistoriestrategi avhenger av nytteverdien mellom følgende avveininger; nåværende og fremtidig reproduksjon, kvalitet og kvantitet av avkom, samt reproduksjon og investering i oppdragelse (Belsky, Schlomer, & Ellis, 2012; Kaplan & Gangestad, 2005). En strategi kan være å utsette reproduksjon og heller tjene seg opp penger og ressurser for å øke kvaliteten på senere avkom, men risikoen for å dø før en får produsert vil da øke betraktelig. Her vil valget stå mellom mange avkom med lavere kvalitet, eller færre avkom med høyere kvalitet (Del Giudice, 2014a).

Livshistorietrekk og strategier viser plastisitet gjennom tilpasset utvikling (Belsky, Steinberg, & Draper, 1991; Kuzawa & Bragg, 2012). Det vil si at organismer vil gå ut i fra sine lokale omgivelser, og justere sin fordeling av tid og energi ut i fra det, samt følge evolverte regler som maksimerer forventet tilpasning til ulike betingelser (McNamara & Houston, 1996). Et eksempel på dette er når organismens ytre omgivelse skifter fra å være trygt til å bli farlig. En investering i kvalitet på avkom vil da virke mindre gevinstfullt, ettersom faren for å dø tidlig er stor. Det vil da være naturlig å favorisere kvantitet med tanke på avkom, fremfor kvalitet. Når eksterne omgivelser ikke skaper en trussel, vil det oppstå mer diffuse mønster i livshistoriestrategi (Ellis, Figueredo, Brumbach, & Schlomer, 2009).

Livshistorieteori går ut i fra et rask-sakte kontinuum av livshistorievariasjon (Belsky et al., 2012; Jeschke & Kokko, 2009; Sæther, 1987). Dette går ut på at personer som utvikler seg

sakte og reproducerer sent, korrelerer med lengre levetid og større investering i barna sine. Videre fører dette til færre barn, med fokus på kvalitet. I motsetning vil de som utvikler seg fortere og reproducerer tidligere, korrelere med kortere levetid, høyere antall barn og da mindre investering i barna sine (Del Giudice, 2014a; Jeschke & Kokko, 2009). Det finnes flere faktorer som er tenkt at bidrar til utvikling mot den ene eller den andre typen strategi. På den ene siden er tøff oppdragelse, usikker tilknytning og impulsivitet knyttet til rask livshistorie-strategi (Belsky et al., 2012; James, Ellis, Schlomer, & Garber, 2012). På den andre siden er sikker tilknytning til foreldre og partner, ansvarlighet og evnen til langtidsplanlegging knyttet til sakte livshistoriestrategi (Figueredo, Andrzejczak, Jones, Smith-Castro, & Montero, 2011; Olderbak & Figueredo, 2010).

Det er imidlertid mangel på konsistent enighet om hvordan et rask-sakte kontinuum skal defineres, og dette kan føre til vanskeligheter med å evaluere konseptet (Jeschke & Kokko, 2009). Gangestad (2014) stiller spørsmål ved antagelsen at det er ytre årsaker som fører til en sakte eller rask strategi. Han viser til Kokko, Brooks, McNamara, og Houston (2002), som skriver at hos arter hvor den seksuelle seleksjonen er sterk, har fysisk sterke hankjønn en rask livshistoriestrategi. Mindre sterke hankjønn har en mer sakte strategi. Her er det ikke de ytre faktorene som avgjør hvilken strategi en har, men heller tilstanden en er i. Gangestad (2014) stiller seg videre spørrende til om det er slik for mennesker også, at det kan være varierende årsaker til hvorfor en ender opp med enten en rask, eller en sakte strategi. Kokko og López - Sepulcre (2007) stiller seg spørrende til om teorier og teoretisk kunnskap rundt livshistorieteorien utvikler seg mye raskere enn empirisk dokumentasjon. Hvis dette er tilfelle, kan et for stort sprik mellom teori og empiri føre til både saktere progresjon i feltet, samt misforståelser (Butlin & Tregenza, 2005).

I de fleste arter tenderer det til å være en forskjell i investering i seksuell reproduksjon. Hannene pleier å investere mer i reproduksjon, og mindre i avkommenes videre utvikling. For hunnene er det som regel motsatt (Kokko & Jennions, 2008). Men for arter hvor monogami er vanlig og begge foreldre deltar i oppdragelse av avkom, kan kjønnsmessige forskjeller i livshistoriestrategi være dempet. I forhold til andre pattedyr, viser mennesker en uvanlig høy investering i sitt avkom, og vi er på mange måter tilpasset monogame langtidsforhold (Del Giudice, 2014a). Allikevel varierer investering i avkom svært mye (Quinlan, 2008), og det er sjelden en finner helt monogame forhold (Marlowe, 2003). Menneskers seksuelle investering kan best ses som strategisk fleksibel (Gangestad & Simpson, 2000). Dette kan eksemplifiseres ved å se på forskjellene mellom kvinner og menn. Kvinner kan ikke reproducere like ofte som menn, ettersom de må gå gravide lenge, og deres evne til å reproducere seg slutter ved

overgangsalderen. Menn kan på den andre siden reprodusere mye på kort tid, og de kan også gjøre dette i en lenger periode i livet enn kvinner (Del Giudice, 2014a). For kvinner kan det derfor være mest strategisk å investere mye i de avkommene de får, men for menn kan dette variere mer. De kan velge å investere mye i få avkom, og på den måten sikre kvalitet. Eller de kan velge å få så mange avkom som mulig, og derved sikre spredning av sine gener.

1.4 Del Giudice sine synspunkter

Del Giudice (2014a) mener at evolusjonære hypoteser om årsaken til individuelle lidelser har utviklet seg og blitt mer avanserte, og at disse hypotesene nå blir testet i en voksende empirisk litteratur. Derimot ser Del Giudice (2014a) at dette feltet som en helhet fortsatt er fragmentert (Kennair, 2003, 2011), og at det mangler organiserende prinsipper som kan forklare hvordan de ulike lidelsene kan relateres til hverandre, samt til ikke-kliniske individuelle forskjeller i personlighet og atferd (Del Giudice, 2014a).

Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) forsøker å skape et rammeverk for evolusjonær analyse av psykiske lidelser med utgangspunkt i livshistorieteori. Rammeverket sikter på å fange et bredt og generelt forklaringsnivå på hvorfor og hvordan psykiske lidelser utvikles. Målet er ikke å erstatte eksisterende forklaringer, men heller integrere disse til en felles forklaring (Del Giudice, 2014a).

Del Giudice (2014) og Del Giudice (2014b) hevder at forskjeller i livshistoriestrategi er et resultat av genetiske og miljømessige påvirkninger på utviklingen, og at dette kan ses i organiserte mønster av forskjeller i motivasjon, affekt, selvregulering og personlighet. Han mener at ved å organisere individuelle forskjeller på en så bred skala, vil livshistoriestrategi legge grunnlaget for utviklingen av psykopatologi (Del Giudice, 2014a). Videre mener Del Giudice (2014a) at individuelle forskjeller i livshistoriestrategi kan forventes å føre til individuelle forskjeller i risikoprofiler for et bredt spekter av mentale lidelser. Han understreker at dette er et indirekte forhold, hvor livshistoriestrategiene vil interagere med blant annet utvikling og psykososiale stress-faktorer, og dermed øke sannsynligheten for å utvikle en bestemt lidelse.

Del Giudice (2014a) ser rask livshistoriestrategi i sammenheng med impulsivitet, og setter dette videre i sammenheng med økning av risikofylte handlinger, høyere antall seksuelle partnere og lavere nivå av selvkontroll. Belsky et al. (2012) hevder tøff oppdragelse, konflikter i familierelasjonen og usikker tilknytning vil predikere tidlig seksuell modning, impulsivitet og redusert samarbeidsvillighet. Dette forventes å korrelere med rask livshistoriestrategi. Noen empiriske studier har funnet støtte for dette, samt tidligere debut for seksuelle handlinger og tidligere alder for første fødsel (Del Giudice, 2009; James et al.,

2012). Del Giudice (2014a) ser sakte livshistoriestrategi i sammenheng med selvkontroll (liten grad av impulsivitet), og forbinder dette med strategiens kjennetegn ved høy investering i langtidsforhold, lave nivåer av interpersonlig aggresjon og lojalitet overfor sine bekjente (Figueredo et al., 2011; Olderbak & Figueredo, 2010). Enkelte studier støtter dette, hvor det er funnet at inhibitorisk kontroll predikerer samarbeidsvillighet, empati og evnen til å være trofast mot en romantisk partner (S. Hansen, 2011; Pronk, Karremans, & Wigboldus, 2011).

Del Giudice (2014a) foreslår fire forskjellige veier som fører fra livshistorie-strategi til psykopatologi. Disse veiene er forskjellige, men de er ikke gjensidig utelukkende, og en lidelse kan ha årsak i flere av veiene. Disse veiene til psykopatologi er;

a) *tilpassede livshistorie-relaterte trekk kan regnes som symptomer;*

b) *livshistorie-relaterte trekk kan uttrykkes på lite tilpasningsdyktige nivåer;*

c) *tilpassede strategier kan gi individuelle mistilpassede utfall og*

d) *tilpassede livshistorie-relaterte trekk kan øke sårbarheten for dysfunksjon* (Del Giudice, 2014a).

Når det kommer til kjønnsforskjeller mener Del Giudice (2014a) at menn som regel investerer mer i spredning av gener, enn investering i utviklingen til sitt avkom. Han mener videre at dette vil føre til større grad av lidelser forbundet med rask livshistoriestrategi, karakterisert av høye nivåer av risikofylt atferd. Det kan antas at kvinner vil ha mer å tape ved risikofylt atferd, og det forventes da at de investerer mer i utviklingen til sitt avkom. På grunn av dette vil de være mer mottakelige for lidelser som omhandler regulering av et beskyttende forsvar, som for eksempel angstrelaterte lidelser. Slike lidelser kan ses ved både rask og sakte livshistoriestrategi (Del Giudice, 2014a).

Del Giudice (2014a) påpeker at forholdet mellom tvangslidelse og reproduktiv suksess er lite undersøkt. Han mener at dette kan forstås bedre ved å se på distinksjonen mellom autogene og reaktive tvangstanker (H-J Lee & Kwon, 2003), og videre knytte disse til livshistoriestrategi. Autogene tvangstanker, men ikke reaktive, er assosiert med blant annet redusert inhibitorisk kontroll og høyere nivå av fiendtlighet. Reaktive tvangstanker er assosiert med perfeksjonisme, forhøyet ansvarsfølelse og normal inhibisjon (Brakoulias et al., 2013; H. J. Lee, Kim, & Kwon, 2005). Del Giudice (2014a) mener at rask livshistoriestrategi er korrelert med autogene tvangstanker, mens sakte livshistoriestrategi er korrelert med reaktive tvangstanker. Han mener dette har sammenheng med impulsivitet, hvor personer med rask livshistoriestrategi har mangel på inhibitorisk kontroll, får flere barn de investerer mindre i og har en sårbarhet for å utvikle autogene tvangstanker (som da er assosiert med redusert inhibitorisk kontroll). I kontrast mener han at personer med sakte livshistoriestrategi har

normal inhibitorisk kontroll, får færre barn de investerer mer i, og har en sårbarhet for å utvikle reaktive tvangstanker (som er mer assosiert med forhøyet ansvarsfølelse).

1.5 Kennair sine synspunkter

Kennair (2014) er enig med Del Giudice (2014a) i at forskning om psykopatologi mangler teoretisk integrering (Kennair, 2011; Nesse & Stein, 2012). Allikevel utfordrer han Del Giudice (2014a) sin teori med to påpekninger: 1) mulige begrensninger ved å redusere livshistorieteorien til en rask-sakte tilnærming, og 2) antagelsen om at personer med tvangstanker handler impulsivt. Hvis det hadde vært tilfelle, ville disse personene handlet på tankene sine, som videre ville ført til konsekvenser for effekten av behandlingen. Kennair (2014) understreker at livshistorieteori primært ikke er en teori på individuelle forskjeller. Teorien kan forklare forskjeller i uttrykt atferd og trekk, men generelt sett er det en teori om hvordan spesifikke arter bevilger ressurser gjennom livet, og hvordan dette videre vil påvirke organismens senere valg. Kennair (2014) mener denne reduksjonen av livshistorieteori til en rask-sakte tilnærming, mister ideen om en fullstendig og omfattende livshistorie-tilnærming. I tillegg viser han til Bielby et al. (2007), som hevder at enkelte arter har en blanding av rask og sakte strategi, slik at det vil være feil å begrense livshistoriestrategi til et enkelt rask-sakte kontinuum av livshistorie-variasjon.

Kennair (2014) tar et klinisk perspektiv på teorien til Del Giudice (2014a), og utfordrer videre delingen av autogene og reaktive tvangstanker, med tanken at en ikke kun har enten reaktive eller autogene tvangstanker. Metakognitiv terapi er sett på som en god behandlingsmetode for tvangstanker (Fisher & Wells, 2008; Kennair, 2004), og behandlingen viser lovende resultater (Fisher & Wells, 2008). Ved denne behandlingsmetoden blir det ikke lagt vekt på innholdet i tvangstankene, noe som utfordrer Del Giudice (2014a) sin idé om å dele inn i autogene og reaktive tvangstanker, ettersom disse er delt inn etter innhold. Myers, Fisher, og Wells (2008) fant et forhold mellom metatanker og tvangslidelse ved undersøkelse av normalpopulasjonen. Solem, Håland, Vogel, Hansen, og Wells (2009) er de første til å vise at god respons på ERP-behandling er assosiert med reduksjon i metatanker. Grøtte et al. (2014) støtter dette, og fant at reduksjon i metatanker var en god prediktor for bedring. Dette går imot Del Giudice (2014a) sin mening om at tvangstanker kan deles inn i to ulike typer, da metatanker ikke fokuserer på innhold. Kennair (2014) mener, basert på litteratur og klinisk erfaring, at det er et overlapp mellom disse to formene for tvangstanker, samt at det finnes flere funn som ikke støtter rask-sakte tilnærmingen til livshistoriestrategi. Gangestad (2014) stiller seg for eksempel kritisk til ideen om at all psykopatologi må stamme fra livshistoriestrategier. Holtzman og Senne (2014) viser til forskningen til Jackson og

Kirkpatrick (2007), og presenterer en todimensjonal modell av seksuelle strategier. Holtzman og Senne (2014) mener at mennesker ikke kun bruker enten rask eller sakte livshistoriestrategi, og at en endimensjonal deling her vil komme til kort. De presenterer den todimensjonale modellen, og fremhever at mennesker kan bruke en av strategiene, litt av begge eller ingen av de i det hele tatt.

Kennair (2014) utfordrer også hvordan Del Giudice (2014a) knytter impulsivitet til tvangstanker. Tanke-handlingsfusjon (TAF) kan illustrere Kennair (2014) sin skepsis i forbindelse med dette. Det som gjør at en pasient oppfatter tvangstanken sin som farlig, er metatankene. Metatankene er tankene og vurderingene pasienten har om sine egne tvangstanker. Når en pasient er redd for sine egne tvangstanker eller redd for at disse tankene vil bli utført, er dette ofte grunnet en metatanketype som kalles tanke-handlingsfusjon (TAF). TAF er oppfattelsen av at man kommer til å utføre den handlingen man tenkte, bare fordi man tenkte tanken (Kennair, 2006b; Shafran, Thordarson, & Rachman, 1996). For eksempel kan en mor ha tvangstanker om å skade sitt eget barn. Hennes metatanker kan være at disse tankene er farlige, og at hun er en trussel for barnet sitt. Hun kan videre tro at hun faktisk kommer til å utføre disse tankene, og dette vil være en TAF. Ved tvangslidelse *vil* en ikke utføre de vonde tvangstankene en har (Kennair, 2004), men man kan eventuelt oppleve de som farlige likevel. De som behandler tvangstanker vet at TAF-en ikke stemmer, og at man ikke kommer til å gjøre noe man ikke vil, men dette kan være vanskelig å tro på for en som er plaget av tvangstanker (Wells, 2009). Ved metakognitiv behandling av disse tankene vil det dreie seg om å utfordre metatankene, vise at de ikke stemmer, og at eventuelle tvangshandlinger en utfører ikke er nødvendig. Det vil jobbes med å finne en alternativ måte å oppleve disse tankene på, ettersom det er holdningene om tvangstankene som opprettholder lidelsen, og ikke innholdet (Grøtte et al., 2014). I eksempelet over kan tvangshandlingene gå ut på at moren tar avstand til sitt barn, for å sikre at hun ikke skader det. Dette er ikke bare unødvendig, det opprettholder også lidelsen og fører til mer smerte (Kennair, 2006b; Wells, 2009).

ERP kan også benyttes som behandlingsmetode ved dette tilfellet. Her vil eksponeringen gå ut på at moren skal utsettes for tvangstankene hun har, eller situasjoner hun pleier å unngå (f.eks. være alene med barnet sitt) på grunn av tankene, og hindres i å utføre eventuelle handlinger hun pleier å gjøre for å minske ubehaget disse tankene medfører. Her vil impulsene moren får heller motivere til sikkerhetsatferd (unngå barnet), enn til aggressiv atferd (skade barnet) (Kennair, 2004; Shapiro, 2015). Dette motstrider Del Giudice (2014a) sin teori angående impulsivitet knyttet til tvangstanker, da han mener at mangel på

inhibitorisk kontroll er knyttet til autogene tvangstanker.

1.6 Hypoteser og prediksjoner

På bakgrunn av gjennomgått teori og synspunkter, kan det antas at Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) vil forvente at vi kan dele inn tvangstanker i to klart adskilte grupper, henholdsvis autogene og reaktive tvangstanker. Kennair (2014) stiller seg mer skeptisk til dette, ved blant annet å vise til forskning på positiv effekt av metakognitiv terapi, som ikke omhandler innholdet i tvangstankene og derved ikke støtter en slik deling av tvangstanker. Han tror mer på et overlapp av slike tanker. Dette prosjektet vil forsøke å finne ut i hvilken grad det er støtte for en slik deling av tvangstanker. Videre vil denne grupperingsvariabelen predikere forskjeller på alle de andre relevante målene i undersøkelsen. Det vil undersøkes om det er slik at type tvangstanker korrelerer med type livshistoriestrategi, (rask livshistoriestrategi korrelerer med reaktive tvangstanker, og sakte livshistoriestrategi korrelerer med autogene tvangstanker). Det vil også undersøkes om impulsivitet kan kobles til denne delingen. Og vil partneratferd predikeres av rask livshistorieteori og autogene tvangstanker, eller kan heller partneratferd forklares av rask livshistoriestrategi og impulsivitet?

Hypotesene dette prosjektet vil etterprøve, er som følger:

- 1) Det vil være et visst overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker, og vi forventer derfor at vi ikke vil finne en signifikant deling i enten autogene eller reaktive tvangstanker (Kennair, 2014).
- 2) Livshistoriestrategi er ikke knyttet til type tvangstanker. Det vil ikke være en signifikant sammenheng mellom autogene tvangstanker og rask livshistoriestrategi, og heller ikke en signifikant sammenheng mellom reaktive tvangstanker og sakte livshistoriestrategi.
- 3) I motsetning til teorien om at partneratferd predikeres av rask livshistorieteori og autogene tvangstanker, mener vi at partneratferd heller korrelerer med rask livshistoriestrategi og impulsivitet.

2 Metode

2.1 Prosedyre

Denne studien tar utgangspunkt i vesentlige deler av Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) sine påstander, og utfordrer disse påstandene. Forfatter har, med god hjelp av veileder, stått for utforming av hypoteser, søknad til Regional Etisk Komité, oversettelse av spørreskjemaer, rekruttering av deltagere, utdeling av spørreskjemaer og gjennomføring av analyser.

Informasjonen i dette prosjektet ble hentet inn ved hjelp av spørreskjema. Spørsmålene omhandlet personlighet, investering i familie og venner, tvangstanker og impulsivitet. Måletidspunktet var mellom 20. april og 30. april. Spørreskjemaene ble delt ut til studenter i store forsamlinger, henholdsvis i forelesningssaler på NTNU Gløshaugen og Dragvoll, Høgskolen i Trondheim og Medisinsk Fakultet. Det var alltid flere enn 40 personer i forelesningene. Det ble informert om hva undersøkelsen og spørreskjemaet dreide seg om, at deltagelse var helt frivillig og at samtykke for deltagelse ble gitt ved å svare på og levere inn spørreskjemaet. Spørreskjemaene ble deretter delt ut, og deltagerne fikk beskjed om å legge de utfylte skjemaene i en eske ved inngangen. Dette var med på å sikre anonymiteten til deltagerne. Studien har blitt gjennomgått og godkjent av Regional Etisk Komité (2015/240/Rek Midt).

2.2 Utvalg

Det ble samlet inn i alt 292 besvarelser. Ved rensing av datafilen ble feil og uteliggere fjernet, slik at det totale antallet besvarelser benyttet ved analysene var 281. Det samlede utvalget består av 82 menn (29.2 %) og 199 kvinner (70.8 %), med en gjennomsnittsalder på 23.2 år (range: 19-55, $SD= 3.57$).

2.3 Måleverktøy

Det ble i denne studien benyttet ulike standardiserte selvrapportskjemaer for å teste hypotesene, og disse ble sammen med demografiske spørsmål satt sammen til et stort spørreskjema. Dette skjemaet er vedlagt i Appendiks.

MINI-K (Figueredo et al., 2006). MINI-K (Figueredo et al., 2006) er utviklet for å måle atferdsaspekter og kognitive aspekter ved livshistoriestrategier. Dette spørreskjemaet er en kortversjon av Arizona Life History Battery (ALHB). MINI-K består av 20 utsagn, for eksempel «Jeg kan ofte forutsi hvordan ting vil utspille seg» og «Under oppveksten hadde jeg et nært og godt forhold til min biologiske mor» (Ponzi et al., 2014). For hvert utsagn skal

deltakeren angi hvor enig eller uenig han eller hun er, på en Likert-skala med 7 svaralternativer (-3= veldig uenig til 3= veldig enig). En høy skåre indikerer at personen har en sakte livshistoriestrategi, mens en lav skåre indikerer at personen har en rask livshistoriestrategi. Den norske versjonen av MINI-K brukt i denne studien, ble oversatt av undertegnede og Leif Edward Ottesen Kennair, i samarbeid med Candace J. Black og Aurelio J. Figueredo. MINI-K er et valid mål på livshistoriestrategi (Dunkel & Decker, 2010). I følge Figueredo et al. (2006) har MINI-K god internkonsistens, med Cronbach alpha på rundt .70. I denne studien er Cronbach alpha også funnet å være omtrent .70.

MSOI (Jackson & Kirkpatrick, 2007). MSOI (Jackson & Kirkpatrick, 2007) er et spørreskjema med 23 spørsmål som måler sosioseksuell orientering og atferd. Det består av to atferds-skalaer med en Likert-skala med 7 svaralternativer som måler langtid og korttid partneratferd, samt en skala som måler tidligere seksuelle erfaringer (Ponzi et al., 2014). I denne studien ble det kun benyttet to av spørsmålene fra dette skjemaet, da disse dekket behovet for den nødvendige informasjonen angående partneratferd i henhold til denne studien. Spørsmålene som ble benyttet er; «Hvor mange personer har du hatt samleie med i løpet av livet ditt?», og «Hvor mange personer har du hatt samleie med kun én gang?».

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11; Patton, Stanford, & Barratt, 1995). BIS-11 (Patton et al., 1995) er utviklet for å måle personlighets- og atferdskonstrukt i forbindelse med impulsivitet (Stanford et al., 2009). BIS-11 (Patton et al., 1995) inneholder 30 påstander, for eksempel «Jeg streber etter økonomisk stabilitet». Med en Likert-skala bestående av 4 svaralternativer (1= sjelden/aldri til 4= nesten alltid/alltid), skal deltakeren for hver påstand angi hvor enig eller uenig han eller hun er. En høy skåre indikerer at deltakeren er lite impulsiv, mens en lav skåre indikerer at deltakeren er veldig impulsiv (dette er etter at enkelte spørsmål har blitt reversert). Den norske versjonen av BIS-11 brukt i denne studien, ble oversatt av undertegnede og Leif Edward Ottesen Kennair, i samarbeid med Matthew S. Stanford. I følge Stanford et al. (2009) har BIS-11 god internkonsistens, med Cronbach alpha på .83. I denne studien er Cronbach alpha på .78.

Revised Obsessional Intrusions Inventory (ROII; Purdon & Clark, 1993). ROII (Purdon & Clark, 1993) er utviklet for å måle uønskede, uakseptable egodystone tanker, bilder og impulser som kan omhandle sex, aggresjon, og smitte (Purdon & Clark, 1994). Del 1 av ROII (Purdon & Clark, 1993) består av 52 eksempler på påtrengende tanker, bilder og impulser som reflekterer det brede aspektet funnet i kliniske tvangstanker. Respondenten skal rangere hvert spørsmål på en 7-punktsskala, i henhold til frekvensen av disse tankene (0= aldri til 6= alltid) (Brewin & Smart, 2005). ROII har også en del 2, men i denne

undersøkelsen ble kun del 1 benyttet, da omfanget av denne delen var nok til å dekke det vi var ute etter. Den norske versjonen av ROII brukt i denne studien, ble oversatt av undertegnede, Leif Edward Ottesen Kennair og Stian Solem, i samarbeid med Christine Purdon. I følge Purdon og Clark (1994) har ROII adekvat internkonsistens. I denne studien er Cronbachs alpha på .96, og dette er da kun målt for del 1.

2.4 Dataanalyser

Dataanalysene ble analysert i SPSS versjon 21. Deskriptiv statistikk og analyser av internkonsistens ble utført på alle måleverktøyene benyttet i studien. MINI-K (Figueredo et al., 2006) og ROII (Purdon & Clark, 1993) kunne skåres ved å summere resultatet på alle spørsmålene. BIS-11 (Patton et al., 1995) krevde reversering av 11 variabler, før summering kunne utføres.

ROII (Purdon & Clark, 1993) måler både autogene og reaktive tvangstanker. For å kunne skille disse, og videre danne separate variabler, ble det tatt utgangspunkt i H-J Lee og Kwon (2003) sin faktoranalyse av ROII. Dataene ble først renset, hvor uteliggere og datafeil ble henholdsvis fjernet og rettet opp i. For de skjemaene som kun manglet noen få svar, ble de tomme datapunktene under analysene erstattet med gjennomsnittsverdien for variabelen (missingerstatning). Det ble da dannet nye variabler for livshistoriestrategi, impulsivitet, partneratferd, samt autogene og reaktive tvangstanker. Disse variablene ble så satt inn i en korrelasjonstabell, for å undersøke graden av kovarians mellom variablene.

For å undersøke hypotesene, ble det utført trinnvis hierarkisk lineær regresjonsanalyse for alle variablene, hvor livshistoriestrategi var den avhengige variabelen. For å kontrollere for mulig effekt ble kjønn og alder satt inn i steg en. Reaktive og autogene tvangstanker ble satt inn i steg to, impulsivitet i steg tre og partneratferd ble tatt med i steg fire. Det ble i tillegg utført en reversert trinnvis hierarkisk lineær regresjonsanalyse, hvor impulsivitet ble satt inn før reaktive og autogene tvangstanker. En $p < .05$ ble betraktet som statistisk signifikant for begge regresjonsanalysene.

3 Resultater

3.1 Korrelasjonstabell for alle brukte variabler

Relasjonene mellom de brukte målene i studien ble undersøkt ved bruk av Pearson produktmoment-korrelasjonskoeffisient. Resultatet vises i tabellen under.

Tabell 1: korrelasjonstabell av alle de brukte variablene i studien.

| Variabler | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
|--|---------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| 1. Kjønn | - | .154* | .094 | .122* | -.306** | .142* | .108 | .000 |
| 2. Alder | .154* | - | .174** | .107 | .012 | .009 | -.058 | .006 |
| 3. Antall seksuelle partnere i løpet av hele livet | .094 | .174** | - | .882** | -.244** | .198* | .138* | -.115 |
| 4. Antall seksuelle partnere kun én gang | .122* | .107 | .882** | - | -.298** | .158* | .174** | -.097 |
| 5. Livshistoriestrategi | -.306** | .012 | -.244** | -.298** | - | -.386** | -.221** | .015 |
| 6. Impulsivitet | .142* | .009 | .198* | .158* | -.386** | - | .328** | .035 |
| 7. Autogene tvangstanker | .108 | -.058 | .138* | .174* | -.221** | .328** | - | .447** |
| 8. Reaktive tvangstanker | .000 | .006 | -.115 | -.097 | .015 | .035 | .447** | - |

* $p < .05$, ** $p < .01$

Høy grad av samvariasjon kan være problematisk ved gjennomføring av regresjonsanalyse. Kun to av variablene viste høy grad av korrelasjon, over .50 (Cohen, 1992). Men ettersom disse variablene måler noe av det samme (partneratferd), samt at en høy grad av samvariasjon her ikke vil ha betydning for de andre variablene i en regresjonsanalyse, ble ikke disse variablene fjernet.

3.3 Hovedanalyser

For å undersøke hvorvidt det vil være et visst overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker, hvorvidt livshistoriestrategi ikke er knyttet til type tvangstanker, og at partneratferd korrelerer med rask livshistoriestrategi og impulsivitet, ble det utført trinnvis hierarkisk lineær regresjonsanalyse for alle variablene. Resultatene presenteres i tabellene nedenfor.

Tabell 2: Effekten av autogene tvangstanker, impulsivitet og antall seksualpartnere på livshistoriestrategi, etter at det blir kontrollert for kjønn og alder.

| Variabel | R ² | R ² endring | F endring | Standardisert beta | T |
|---|----------------|---------------------------|--------------|-----------------------|-------|
| Steg 1 | .087 | .087 | 13.23** | | |
| Kjønn | | | | -.298** | -5.14 |
| Alder | | | | .057 | .981 |
| Steg 2 | .127 | .040 | 6.32** | | |
| Kjønn | | | | -.272** | -4.75 |
| Alder | | | | .040 | .699 |
| Reaktiv | | | | .112 | 1.79 |
| Autogen | | | | -.224** | -3.55 |
| Steg 3 | .205 | .078 | 26.9** | | |
| Kjønn | | | | -.244** | -4.43 |
| Alder | | | | .044 | .802 |
| Reaktiv | | | | .078 | 1.30 |
| Autogen | | | | -.126* | -1.98 |
| Impulsivitet | | | | -.295** | -5.18 |
| Steg 4 | .246 | .042 | 5.00** | | |
| Kjønn | | | | -.222** | -4.02 |
| Alder | | | | .062 | 1.09 |
| Reaktiv | | | | .041 | .676 |
| Autogen | | | | -.075 | -1.19 |
| Impulsivitet | | | | -.289** | -5.12 |
| Antall seksuelle partnere i løpet av hele livet | | | | .108 | .903 |
| Antall seksuelle partnere kun én gang | | | | -.304** | -2.66 |

* $p < .05$, ** $p < .01$

Modellen som en helhet er signifikant, $F(8, 272) = 11.10, p < .000$. Etter å ha kontrollert for kjønn og alder, ser en at de resterende stegene er statistisk signifikante. Det vil si at reaktive og autogene tvangstanker forklarer 4% av variansen i livshistoriestrategi, impulsivitet forklarer 7.8% og partneratferd forklarer 4.2% av variansen. Ved individuell inspeksjon av variablene ser en på det siste steget at det kun er kjønn, impulsivitet og antall seksualpartnere kun én gang som signifikant predikerer variansen i livshistoriestrategi, når det

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

blir kontrollert for alle variablene samtidig. Antall seksualpartnere kun én gang (beta= -.304, $p < .01$) og impulsivitet (beta= -.298, $p < .01$) predikerer mest av variansen i livshistoriestrategi.

Videre ble det utført en ny regresjonsanalyse, hvor impulsivitet ble tatt med før autogene tvangstanker, for å se om dette hadde noen effekt på resultatet. Resultatet presenterer i tabellen nedenfor.

Tabell 3: Effekten av impulsivitet, autogene tvangstanker og partneratferd på livshistoriestrategi, etter at det blir kontrollert for kjønn og alder.

| Variabel | R ² | R ² endring | F endring | Standardisert beta | T |
|---|----------------|---------------------------|-----------|-----------------------|-------|
| Steg 1 | .087 | .087 | 13.2** | | |
| Kjønn | | | | -.298** | -5.14 |
| Alder | | | | .057 | .981 |
| Steg 2 | .193 | .106 | 36.3** | | |
| Kjønn | | | | -.254** | -4.61 |
| Alder | | | | .053 | .970 |
| Impulsivitet | | | | -.328** | -6.02 |
| Steg 3 | .205 | .012 | 2.07 | | |
| Kjønn | | | | -.244** | -4.43 |
| Alder | | | | .044 | .802 |
| Impulsivitet | | | | -.295** | -5.18 |
| Autogen | | | | -.126* | -1.98 |
| Reaktiv | | | | .078 | 1.30 |
| Steg 4 | .246 | .041 | 7.45** | | |
| Kjønn | | | | -.226** | -4.17 |
| Alder | | | | .055 | 1.02 |
| Impulsivitet | | | | -.288** | -5.12 |
| Autogen | | | | -.076 | -1.20 |
| Reaktiv | | | | .041 | .678 |
| Antall seksuelle partnere i løpet av hele livet | | | | .121 | 1.06 |
| Antall seksuelle partnere kun én gang | | | | -.310** | -2.72 |

* $p < .05$, ** $p < .01$

Modellen som en helhet er signifikant, $F(7, 273) = 12.71$, $p < .000$. Etter å ha kontrollert for kjønn og alder, ser en at det kun er steg 2 og steg 4 som er statistisk signifikante. Det vil si at impulsivitet her forklarer 10.6% av variansen i livshistoriestrategi, mens partneratferd forklarer 4.1% av variansen. Ved individuell inspeksjon av variablene ser en også her på det siste steget at det er kjønn, impulsivitet og antall seksualpartnere kun én

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

gang som signifikant predikerer variansen i livshistoriestrategi, når det blir kontrollert for alle variablene samtidig. Antall seksualpartnere kun én gang ($\beta = -.310$, $p < .01$) og impulsivitet ($\beta = -.288$, $p < .01$) predikerer fortsatt mest av variansen i livshistoriestrategi.

4 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke om det finnes støtte for Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) sine synspunkter vedrørende livshistoriestrategi og tvangstanker, og videre hvordan disse mer livshistorierelevante faktorer, inkludert partneratferd, kan kontrollere for impulsivitet hos personer som rapporterer autogene tvangstanker.

Vi finner at reaktive og autogene tvangstanker er moderat korrelerte. Det vil si at de delvis måler det samme, men at det ikke kan fastslås at de kun måler samme konstrukt. Ved måling av autogene og reaktive tvangstanker, spørres det om ulike former for tvang, men det kan heller ikke dermed si at dette er uttrykk for to adskilte grupper. Ved moderat korrelasjon, vil det si at det er overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker. Vår hypotese 1 er, at det er et visst overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker, og at det ikke er en signifikant deling i enten autogene eller reaktive tvangstanker. Del Giudice (2014a) mener, basert på teorien til H-J Lee og Kwon (2003), at tvangstanker kan deles i to klart adskilte grupper, henholdsvis autogene og reaktive tvangstanker. Resultatene fra undersøkelsen, som da viser et overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker, gir derfor mest støtte til vår hypotese.

Ved regresjonsanalysen fant vi først at reaktive og autogene tvangstanker forklarer en liten del av variasjonen i livshistoriestrategi. Men ved individuell inspeksjon av variablene, kan hverken reaktive eller autogene tvangstanker predikere variasjonen i livshistoriestrategi, når det kontrolleres for både autogene og reaktive tvangstanker, impulsivitet og de to formene for partneratferd samtidig. Det vil si at før alle variablene blir kontrollert for samtidig, er det altså delvis støtte for Del Giudice (2014a) sin teori, at autogene tvangstanker er knyttet til rask livshistoriestrategi, og at reaktive tvangstanker er knyttet til sakte livshistoriestrategi. Men resultatet viser altså at det er grunnlag for tvil, ettersom autogene og reaktive tvangstanker ikke signifikant predikerer for variasjon i livshistoriestrategi, når alle variablene blir kontrollert for samtidig. Det vi da finner er at relevant atferd for livshistoriestrategi, impulsivitet og partneratferd, er nærmere knyttet til livshistoriestrategi, enn det autogene og reaktive tvangstanker er. Dette støtter derfor mest vår hypotese 2, som sier at livshistoriestrategi ikke er knyttet type tvangstanker, og at det ikke vil være en signifikant sammenheng mellom autogene tvangstanker og rask livshistoriestrategi, og heller ikke en signifikant sammenheng mellom reaktive tvangstanker og sakte livshistoriestrategi.

Korrelasjonsanalysen viser at begge former for partneratferd, antall seksuelle partnere i løpet av hele livet og antall seksuelle partnere kun én gang, er svakt relatert til både autogene

tvangstanker, livshistoriestrategi og impulsivitet. Men når det ved regresjonsanalyse kontrolleres for både autogene tvangstanker, impulsivitet, begge former for partneratferd og livshistoriestrategi samtidig, predikerer ikke lenger autogene tvangstanker variasjon i livshistoriestrategi, og heller ikke variasjon i partneratferd. I motsetning til Del Giudice (2014a) sin teori om at partneratferd predikeres av rask livshistoriestrategi og autogene tvangstanker, er vår hypotese 3 at partneratferd predikeres av rask livshistoriestrategi og impulsivitet. Etersom autogene tvangstanker ikke predikerer variasjon i hverken livshistoriestrategi eller partneratferd, når alle variabler blir kontrollert for samtidig, gir funnene fra denne undersøkelsen derfor mest støtte til vår hypotese.

4.1 Delingen av tvangstanker til autogene og reaktive

I motsetning til teorien om deling av tvangstanker i autogene og reaktive (H-J Lee & Kwon, 2003), som Del Giudice (2014a) støtter sin inndeling basert i livshistorie på, fant vi et overlapp mellom disse variablene. Dette funnet gir derfor tvil til en klar inndeling av tvangstanker, og gir videre mest støtte for vår hypotese 1; det er et visst overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker, og det vil ikke være en signifikant deling i enten autogene eller reaktive tvangstanker. Funnet støtter indirekte antagelsene bak behandlingsmetoden metakognitiv terapi, hvor innholdet i tvangstankene ikke er vesentlig for behandlingen (Fisher & Wells, 2008). Metakognitiv terapi handler om hvilke tanker pasienten har om tvangstankene sine, og det skal jobbes med å utfordre disse tankene og vise at de ikke er farlige, samt finne en alternativ måte å oppleve disse tankene på (Fisher & Wells, 2008; B. Hansen & Vogel, 2006; Kennair, 2004). Det er altså uvesentlig hva slags type tvangstanker pasienten har, ettersom dette ikke er i fokus under behandlingen. Det er også de underliggende holdningene om tvangstankene som fører til tvangslidelse, og ikke tvangstankene i seg selv (Grøtte et al., 2014). Dette er videre i samsvar med en reduksjon av metatanker etter behandling med ERP (Solem et al., 2009). Kennair (2014) støtter at denne delingen er uvesentlig med bakgrunn i blant annet effekten av metakognitiv terapi. Det må tas i betraktning at det foreløpig ikke finnes mye empiri på effekten av metakognitiv terapi, ettersom denne metoden er relativt ny. Men de eksisterende resultatene er lovende (Fisher & Wells, 2008).

Funnet om en overlapping av autogene og reaktive tvangstanker støtter også eksponering med responsprevensjon. ERP er en av de mest brukte metodene for behandling av tvangslidelser, det er en veldokumentert og bevist effektiv metode (Abramowitz, 1997; Foa et al., 1998; Götestam, 2006; Kennair, 2004; Walsh & McDougle, 2011). Under denne behandlingen skal personen med tvangslidelse utsettes for det den er mest redd for, uten å

kunne utføre eventuelle tvangshandlinger for å trygge seg selv (Kennair, 2004; Shapiro, 2015). Fokuset er derfor ikke spesifikt på hva innholdet i tankene er, men heller på at personen skal holde ut situasjonen og erfare at tvangstankene ikke blir oppfylt. Innholdet i tvangstankene er ikke av betydning for effektiviteten av behandlingen, slik at dette også går imot H-J Lee og Kwon (2003) sin teori om deling av tvangstanker, som da Del Giudice (2014a) støtter sin inndeling basert i livshistorie teori på.

Et annet aspekt som er viktig å påpeke i forbindelse med delingen av tvangstanker, er Del Giudice (2014a) sin distinksjon som er basert på det faktum at personer med autogene tvangstanker i større grad er impulsive, i forhold til personer med reaktive tvangstanker. Impulsivitet kan defineres som «en predisposisjon mot raske, ikke-planlagte reaksjoner på intern eller ekstern stimuli, uten hensyn til de negative konsekvensene disse reaksjonene har for det impulsive individet eller andre» (Moeller et al., 2001, s. 1784). Hvis det er slik at personer med autogene tvangstanker er mer impulsive, ville de ikke da ha hatt større tilbøyelighet til å handle på tvangstankene sine? En kan tenke seg at hvis dette er tilfelle, så ville ikke ERP og metakognitiv terapi virke så effektivt som empirien viser at de gjør, med tanke på behandlingen av tvangslidelse (Abramowitz, 1997; Fisher & Wells, 2008; Foa et al., 1998; Kennair, 2004; Walsh & McDougle, 2011). Ved ERP skal pasienten utsettes for tvangstankene sine. Hvis en mor for eksempel har tvangstanker om å skade sitt eget barn, kan eksponeringen gå ut på at hun skal være alene sammen med barnet sitt. Her vil impulsene moren får heller motivere til sikkerhetsatferd, enn til aggressiv atferd (Kennair, 2006b; Shapiro, 2015). Hun vil derfor heller prøve å unngå barnet, eller kjenne på et ubehag fordi hun er redd for tankene sine, men hvis moren har blitt diagnostisert riktig med tvangslidelse, så kommer hun ikke til å skade barnet sitt. Dette prinsippet gjelder også for metakognitiv terapi. Problemet er det samme, pasienten er redd for at tankene sine skal gå i oppfyllelse. Men denne pasienten *vil* ikke, og kommer ikke til å handle på sine tvangstanker (Kennair, 2004, 2014; Wells, 2009). Det er også viktig å påpeke at tvangstankene er egodystone. Det vil si at personen som har tankene, opplever de som fremmede og ubehagelige, samt at personen ikke på noen måte kjenner seg igjen i disse tankene (Kennair, 2006a; Han-Joo Lee & Telch, 2005; Wells & Papageorgiou, 1998). Del Giudice (2014a) mener også at autogene tvangstanker er egodystone. En kan argumentere for det at tvangstanker er egodystone, er med på å støtte argumentet om at personen heller ikke ville handlet på disse tankene, ettersom personen opplever de som fremmede og ubehagelige.

Del Giudice (2014b) mener dataene (se for eksempel: Besiroglu et al., 2011; H-J Lee & Kwon, 2003) er robuste nok til å tyde på en deling i autogene og reaktive tvangstanker. En

av årsakene til at Del Giudice (2014a) er opptatt av å dele tvangstankene i to undergrupper, er fordi det er funn som indikerer at mål på livshistoriestrategi ikke korrelerer med tvangslidelsessymptomer hos ikke-kliniske deltagere. (Glass, 2012). Dette er et paradoks som kan tyde på at tvangslidelsesspekteret er heterogent på et fundamentalt nivå (Del Giudice, 2014a). Del Giudice (2014a) mener derfor at en mulig løsning på dette vil være å dele inn i autogene og reaktive tvangstanker, og på denne måten linke tvangslidelse til livshistoriestrategi (Brakoulias et al., 2013; H. J. Lee et al., 2005). Men han påpeker at det kan være bedre måter å lage undergrupper for denne lidelsen på, for eksempel basert på personlighetsprofiler eller nevropsykologiske parametere (Del Giudice, 2014b). Han påpeker en mistanke om at reaktive og autogene tvangstanker kun peker mot en mer fundamental distinksjon innen tvangslidelse, og at overlappen mellom disse vil avta når en mer fundamental taksonomi blir utviklet (Del Giudice, 2014b). Del Giudice (2014a) er opptatt av å integrere evolusjonær analyse av mentale lidelser til en felles referanseramme. Målet hans er ikke å erstatte eksisterende forklaringer, men heller slå de sammen, slik at de kan fange det bredeste og mest generelle nivået for dette forklarende hierarkiet (Del Giudice, 2014a). Han understreker at det er behov for mer forskning, spesielt innen den kliniske populasjonen, altså personer diagnostisert med tvangslidelse. Etersom det i denne omgang ikke ble benyttet kliniske respondenter, kan ikke denne undersøkelsen bidra til dette. Men det sår tvil om hvorvidt en slik deling av tvangstanker er nødvendig, ettersom forskning hittil tyder på at behandling av tvangslidelser, uten fokus på innhold, viser gode resultater (Abramowitz, 1997; Fisher & Wells, 2008; Foa et al., 1998; Göttestam, 2006; Kennair, 2004; Walsh & McDougle, 2011). Funnene fra denne undersøkelsen støtter derfor ikke en deling i autogene og reaktive tvangstanker, men heller vår hypotese 1 om et visst overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker.

4.2 Livshistoriestrategi og tvangstanker

Vår hypotese 2 er at type livshistoriestrategi ikke er knyttet til type tvangstanke. Vi mener det ikke er en signifikant sammenheng mellom autogene tvangstanker og rask livshistoriestrategi, og heller ikke en signifikant sammenheng mellom reaktive tvangstanker og sakte livshistoriestrategi. Resultatene fra regresjonsanalysen viser at reaktive tvangstanker ikke er signifikant relatert til livshistoriestrategi, noe som er i tråd med hypotese 2. Videre ser en at autogene tvangstanker er signifikant relatert til livshistoriestrategi i steg 2 og steg 3. Men når det kontrolleres for alle variablene i analysen samtidig, kan ikke lenger autogene tvangstanker signifikant predikere variasjon i livshistoriestrategi. Før alle variablene blir kontrollert for, er det altså delvis støtte for Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) sin

teori. Men når alle variablene blir kontrollert for samtidig, viser resultatet at det er grunnlag for tvil. Dette funnet gir derfor mest støtte for vår hypotese 2, at type livshistoriestrategi ikke er knyttet til type tvangstanke.

Spørsmålet her er hva som gjør at autogene tvangstanker går fra å predikere signifikant variasjon i livshistoriestrategi, til å være ikke signifikant når alle variablene blir tatt med i steg 4. Autogene tvangstanker mister signifikans når det blir kontrollert for impulsivitet og partneratferd. En mulig tolkning her kan være at de respondentene som er mer impulsive også har svart impulsivt, ikke lest oppgaveteksten ordentlig og rapportert autogene tvangstanker, selv om disse ikke var uønskede eller påtrengende. Det kan være at disse funnene er en rimelig beskrivelse av impulsivitet og tvangstanker i normalbefolkningen, eller det kan skyldes andre ukjente faktorer. Det vi uansett ser her, er at relevant atferd for livshistoriestrategi, impulsivitet og partneratferd er nærmere knyttet til livshistoriestrategi, enn det autogene tvangstanker er.

Del Giudice (2014a) mener at personer med autogene tvangstanker er assosiert med blant annet redusert inhibitorisk kontroll, og høyere nivå av fiendtlighet. Hvis dette er tilfelle, vil en kanskje tenke det er naturlig at personer med tvangstanker som omhandler å skade andre (autogene tvangstanker), og som samtidig har redusert inhibitorisk kontroll og kanskje også et relativt høyt nivå av fiendtlighet, da ville ha handlet på disse tvangstankene. Dette går imot ERP, som tidligere nevnt er en av de mest brukte og effektive behandlingsmetodene for tvangslidelse (Abramowitz, 1997; Foa et al., 1998; Götestam, 2006; Kennair, 2004; Walsh & McDougale, 2011), hvor personer blir eksponert for sine tvangstanker. Ved behandling av tvangstanker med ERP, skal pasienten utsettes for tvangstankene sine (Kennair, 2004; Shapiro, 2015). Det vil si at en pasient som har tanker om å skade andre, for eksempel kan få beskjed om å holde et skadelig objekt i hånden og tenke at den skal skade terapeuten eller andre (B. Hansen & Vogel, 2006; Kennair, 2006b). Hvis personene med tanker om å skade andre faktisk hadde utført tankene sine, ville ikke ERP vært så effektiv som den er bevist å være. Antagelsene til metakognitiv terapi støtter ERP, ved at de som behandler tvangstanker vet at personer med for eksempel tanker om å skade andre, ikke kommer til å gjøre noe man ikke vil (Kennair, 2006b; Wells, 2009). Metakognitiv terapi ville heller ikke vært så effektiv som den tyder på å være (Fisher & Wells, 2008), hvis personene med autogene tvangstanker faktisk hadde handlet på disse. Funnene i denne studien gir tvil til koblingen mellom tvangstanker og livshistoriestrategi, og gir mest støtte til vår hypotese 2; type livshistoriestrategi er ikke knyttet til type tvangstanke.

4.3 Hva partneratferd predikeres av

I motsetning til teorien om at partneratferd predikeres av rask livshistorieteori og autogene tvangstanker, er vår hypotese 3 at partneratferd heller korrelerer med rask livshistoriestrategi og impulsivitet. Ved korrelasjonsanalyse fant vi at begge former for partneratferd er svakt relatert til både autogene tvangstanker, livshistoriestrategi og impulsivitet. Men når det ved regresjonsanalyse blir kontrollert for alle variablene samtidig, ser vi at autogene tvangstanker ikke lenger predikerer variasjon i livshistoriestrategi, og de predikerer heller ikke variasjon i partneratferd. Vi finner at både impulsivitet og antall seksuelle partnere kun én gang, predikerer variasjon i livshistoriestrategi. Dette gir derfor mest støtte til vår hypotese 3.

I Del Giudice (2014a) sin teori, hører partneratferd, impulsivitet, livshistoriestrategi og tvangstanker sammen. Partneratferd og impulsivitet inngår som trekk i rask livshistoriestrategi, som han igjen mener er forbundet til autogene tvangstanker (Del Giudice, 2014a). Ved måling av livshistoriestrategi, utført med MINI-K (Figueredo et al., 2006) i spørreskjemaet i denne undersøkelsen, inngår det blant annet spørsmål som omhandler impulsivitet, samt spørsmål om en ønsker ett eller flere korte seksuelle forhold på samme tid. At resultatene fra disse spørsmålene da er relatert til resultatene fra BIS-11 (Patton et al., 1995) som omhandler impulsivitet, samt til antall seksuelle partnere kun én gang, er ikke overraskende. Dette viser noe kolinearitett mellom komponentene som inngår i rask livshistoriestrategi, som kanskje burde vært kontrollert for, men forklarer nok ikke hele effekten.

I denne undersøkelsen ble det ved regresjonsanalyse ikke funnet en relasjon mellom de nevnte variablene i rask livshistoriestrategi og autogene tvangstanker. En mulig tolkning av dette, kan være at det heller er impulsivitet som predikerer variasjon med tanke på partneratferd og livshistoriestrategi. Det er fortsatt mangel på klarhet i impulsivitet sin rolle når det kommer til psykiske lidelser (Moeller et al., 2001). En idé flere forskere stiller seg bak, er en dimensjonal modell hvor tvang-impulsivitet er et sentralt kontinuum (Hollander, 1993), men det er fortsatt ikke enighet hvor disse faktorer skal plasseres i forhold til hverandre (Summerfeldt et al., 1998). Hvis det er slik at tvang og impulsivitet blir plassert på hver sin ende (Hollander, 1993), og tvang blir en motsats til impulsivitet, vil dette være til støtte for vår hypotese 3. Er det derimot slik at tvang er nært knyttet til impulsivitet, vil dette støtte teorien til Del Giudice (2014a) og (Del Giudice, 2014b).

En måte plasseringen av tvang-impulsivitet kan løses på, er ved Hoehn-Saric og Barksdale (1983) sitt forslag om et skille mellom impulsive og ikke-impulsive undergrupper av tvangslidelse. Men uansett hvordan dette kan løses, kommer det tilbake til problemene en

ulik operasjonalisering av impulsivitet skaper (Summerfeldt et al., 1998), og den noe tvilsomme validiteten til selvrapporing av impulsivitet (Polimeni & Reiss, 2014). Uavhengig av denne utfordringen finner denne studien at partneratferd og impulsivitet predikerer variasjon i livshistoriestrategi, men at autogene tvangstanker ikke gjør det, når det kontrolleres for alle variablene samtidig. Dette gir derfor mest støtte til vår hypotese 3.

4.4 Kennair (2014) og Del Giudice (2014)

Kennair (2014) er enig med Del Giudice (2014a) i at forskning om psykopatologi mangler teoretisk integrering (Kennair, 2011; Nesse & Stein, 2012). Men de har flere punkter hvor de er uenige, og en utfordring ved sammenligningen av deres synspunkter er Kennair (2014) sitt kliniske perspektiv og Del Giudice (2014a) sin mangel på en sådan klinisk vinkling.

Kennair (2014) viser til Del Giudice (2014a) sin poengtering av at en funksjonell tilnærming til at en taksonomi ikke burde forventes å gi kun hierarkiske klassifikasjoner, det vil kunne forekomme noe overlapp mellom lidelser kategorisert i rask-sakte-distinksjonen. Kennair (2014) påpeker videre interesse for hvordan en evolusjonær tilnærming kan bedre behandling av mentale lidelser. Dette er noe Del Giudice (2014b) ikke kommenterer på, da han velger å avstå fra et klinisk syn på tilnærmingen. Han velger kun å fokusere på det teoretiske og empiriske aspektet ved rammeverket, og kommenterer ikke på det kliniske synspunktet, som er fokuset i Kennair (2014) sin artikkel. Da han svarer på kommentarer i forbindelse med tvangstanker, nevner han kun tvilen vedrørende delingen av tvangstanker og den noe tvilsomme validiteten til selvrapporing av impulsivitet (Del Giudice, 2014b). Han adresserer blant annet ikke hvordan behandlingen av tvangstanker kan tyde på at en inndeling av tvangstanker vil være lite hensiktsmessig (Kennair, 2014).

4.5 Svakheter og begrensninger

Denne studien har tatt utgangspunkt i en normalpopulasjon, og benyttet seg av et bekvemmelighetsutvalg som i stor grad består av unge kvinner. Resultatene fra undersøkelsen kan derfor ikke nødvendigvis generaliseres til andre populasjoner, ettersom det ikke er kontrollert for at eventuelle egenskaper ved utvalget kan ha påvirket utfallet av undersøkelsen. Det har blitt kontrollert for både kjønn og alder ved analysene, slik at den noe skjeve kjønnsfordelingen skal ikke ha hatt avgjørende betydning for resultatene presentert i studien. Regresjonsanalysen tyder på at kjønn påvirker resultatene, og kjønn er en av faktorene som signifikant predikerer variasjon i livshistoriestrategi. Hvilke påvirkninger kjønn har på resultatene, og hva det kan bety, har denne studien ikke lagt vekt på i denne omgang. Men dette burde vurderes nærmere ved eventuell videre forskning.

Det at undersøkelsen er utført på en ikke-klinisk populasjon, og derfor ikke kan generaliseres utover en klinisk populasjon, gir begrensinger med tanke på at det er tvangstanker hos en klinisk populasjon som er grunnlag for teoriene Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) knytter til livshistoriestrategi. Studien gir allikevel en viktig pekepinn til hvordan livshistoriestrategi og tvangstanker henger sammen, og hvordan behandlingen av tvangslidelse er med på å understøtte dette.

Videre kan det tenkes at studiens bruk av selvrappport som måleinstrument kan ha påvirket resultatene noe. Det kan være slik at impulsivitet hos noen av respondentene har ført til at de har rapportert ulike tvangstanker, selv om de ikke har opplevd disse som ubehagelige og påtrengende. Dette kan ha påvirket resultatene noe. Forskning tyder også på at mennesker kan være uvitende om hvilke indre prosesser som fører til en gitt respons, og det kan medvirke en mindre innsikt i egne kognitive prosesser (Nisbett & Wilson, 1977). Dette kan gi et inntrykk av at bruk av selvrappport ikke vil gi et valid resultat. Men ettersom det er respondentenes subjektive oppfatning vi er ute etter i denne studien, og det vil være vanskelig å måle blant annet respondentenes tvangstanker uten bruk av selvrappporteringsmål som ROII (Purdon & Clark, 1993), er det i denne studien naturlig å benytte seg av selvrappport.

4.6 Videre forskning

Det viktigste videre forskning kan gjøre, er å undersøke hypotesene i et klinisk utvalg. Det blir da mulig å undersøke om det er slik at tvangstanker hos en klinisk populasjon har en sammenheng med livshistoriestrategi eller ikke, og hvordan faktorer som partneratferd og impulsivitet virker inn. Funn fra slike undersøkelser kan være med på å finne ut hvordan denne evolusjonære tilnærmingen kan ha betydning for hvordan ulike mentale lidelser blir behandlet. Er det for eksempel slik at hvilken livshistoriestrategi vi har, har en sammenheng med hvilke psykiske lidelser vi kan utvikle? Funnene kan videre brukes i behandlingsutviklingsstudier, hvor økt forståelse av trekkene som inngår i en psykisk lidelse, kan være med på å effektivisere og tilpasse behandlingen. Videre vil det være nyttig å undersøke om det finnes noen forskjell mellom menn og kvinner i denne sammenhengen.

Kennair (2014) påpeker også at videre forskning må vurdere om det faktisk finnes et systematisk mønster mellom korrelater av rask eller sakte livshistoriestrategi. Det burde undersøkes om det finnes noe støtte for å dele inn i rask og sakte livshistoriestrategi, og eventuelt hvilke trekk som da går innunder hvilken strategi. Finnes det et systematisk mønster? Funn her kan implisere en sammenheng mellom hva slags betydning visse egenskaper ved respondentene har for blant annet impulsivitet og partneratferd.

4.7 Konklusjon

Formålet med denne studien var å undersøke om det finnes støtte for Del Giudice (2014a) og Del Giudice (2014b) sine synspunkter vedrørende livshistoriestrategi og tvangstanker, og videre hvordan partneratferd og impulsivitet er koblet til disse faktorene. Resultatene i studien viser mest støtte for våre hypoteser. Som forventet tyder studien på at det finnes et overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker. Ettersom vår hypotese 1 er at det er et visst overlapp mellom autogene og reaktive tvangstanker, og at det ikke er en signifikant deling i enten autogene eller reaktive tvangstanker, støtter funnene i undersøkelsen vår hypotese mest. Funnene tyder også på at ikke type livshistoriestrategi er korrelert med type tvangstanke. Det vi finner, er at relevant atferd for livshistoriestrategi, impulsivitet og partneratferd, er nærmere knyttet til livshistoriestrategi, enn det autogene og reaktive tvangstanker er. Dette støtter derfor mest vår hypotese 2, som sier at livshistoriestrategi ikke er knyttet type tvangstanker, og at det ikke vil være en signifikant sammenheng mellom autogene tvangstanker og rask livshistoriestrategi, og heller ikke en signifikant sammenheng mellom reaktive tvangstanker og sakte livshistoriestrategi. Når det ved regresjonsanalyse kontrolleres for både autogene tvangstanker, impulsivitet, begge former for partneratferd og livshistoriestrategi samtidig, predikerer ikke autogene tvangstanker variasjon i livshistoriestrategi, og heller ikke variasjon i partneratferd. Dette støtter derfor mest vår hypotese 3, som sier at partneratferd predikeres av rask livshistoriestrategi og impulsivitet, heller enn rask livshistoriestrategi og autogene tvangstanker. Selv om denne undersøkelsen ikke er gjennomført med en klinisk populasjon, gir studien en viktig pekepinn til hvordan livshistoriestrategi og tvangstanker henger sammen.

Referanseliste

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(1), 44-52.
- Belsky, J., Schlomer, G. L., & Ellis, B. J. (2012). Beyond cumulative risk: Distinguishing harshness and unpredictability as determinants of parenting and early life history strategy. *Developmental psychology, 48*(3), 662-673. doi: 10.1037/a0024454
- Belsky, J., Steinberg, L., & Draper, P. (1991). Childhood experience, interpersonal development, and reproductive strategy: An evolutionary theory of socialization. *Child development, 62*(4), 647-670.
- Besiroglu, L., Sozen, M., Ozbebit, Ö., Avcu, S., Selvi, Y., Bora, A., . . . Bulut, M. (2011). The involvement of distinct neural systems in patients with obsessive-compulsive disorder with autogenous and reactive obsessions. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(2), 141-151. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01726.x
- Bielby, J., Mace, G., Bininda - Emonds, O., Cardillo, M., Gittleman, J., Jones, K., . . . Purvis, A. (2007). The fast - slow continuum in mammalian life history: An empirical reevaluation. *The American Naturalist, 169*(6), 748-757. doi: 10.1086/516847
- Black, D. W., Goldstein, R., Noyes, R., & Blum, N. (1994). Compulsive behaviors and obsessive-compulsive disorder (ocd): Lack of a relationship between ocd, eating disorders, and gambling. *Comprehensive psychiatry, 35*(2), 145-148. doi: 10.1016/0010-440X(94)90060-U
- Brakoulias, V., Starcevic, V., Berle, D., Milicevic, D., Moses, K., Hannan, A., . . . Martin, A. (2013). The characteristics of unacceptable/taboo thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry, 54*(7), 750-757. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.02.005
- Brewin, C. R., & Smart, L. (2005). Working memory capacity and suppression of intrusive thoughts. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 36*(1), 61-68. doi: 10.1016/j.jbtep.2004.11.006
- Butlin, R., & Tregenza, T. (2005). The way the world might be. *Journal of evolutionary biology, 18*(5), 1205-1208. doi: 10.1111/j.1420-9101.2004.00845.x
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin, 112*(1), 155-159.
- De Luca, V., Gershenson, V., Burroughs, E., Javaid, N., & Richter, M. A. (2011). Age at onset in canadian ocd patients: Mixture analysis and systematic comparison with other

- studies. *Journal of affective disorders*, 133(1), 300-304. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.041
- Del Giudice, M. (2009). Sex, attachment, and the development of reproductive strategies. *Behavioral and Brain Sciences*, 32(1), 1-21. doi: 10.1017/S0140525X09000016.
- Del Giudice, M. (2014a). An evolutionary life history framework for psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 261-300. doi: 10.1080/1047840X.2014.884918
- Del Giudice, M. (2014b). A tower unto heaven: Toward an expanded framework for psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 394-413. doi: 10.1080/1047840X.2014.925339
- Dunkel, C. S., & Decker, M. (2010). Convergent validity of measures of life-history strategy. *Personality and Individual Differences*, 48(5), 681-684. doi: 10.1016/j.paid.2009.12.014
- Eknes, J. (2004). *Tvangslidelse*: Universitetsforlaget.
- Ellis, B. J., Figueredo, A. J., Brumbach, B. H., & Schlomer, G. L. (2009). Fundamental dimensions of environmental risk. *Human Nature*, 20(2), 204-268. doi: 10.1007/s12110-009-9063-7
- Figueredo, A. J., Andrzejczak, D. J., Jones, D. N., Smith-Castro, V., & Montero, E. (2011). Reproductive strategy and ethnic conflict: Slow life history as a protective factor against negative ethnocentrism in two contemporary societies. *Journal of Social, Evolutionary, and Cultural Psychology*, 5(1), 14-31.
- Figueredo, A. J., Vásquez, G., Brumbach, B. H., Schneider, S. M., Sefcek, J. A., Tal, I. R., . . . Jacobs, W. J. (2006). Consilience and life history theory: From genes to brain to reproductive strategy. *Developmental Review*, 26(2), 243-275. doi: 10.1016/j.dr.2006.02.002
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132. doi: 10.1016/j.jbtep.2006.12.001
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatments for obsessive-compulsive disorder. I R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (Red.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (s. 258-276). New York: The Guilford Press.
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive compulsive disorder: Therapist guide* (2. utg.). New York: Oxford University Press, Inc.

- Frost, R. O., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour research and therapy*, 35(4), 291-296. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00108-8
- Frost, R. O., Steketee, G., Cohn, L., & Griess, K. (1994). Personality traits in subclinical and non-obsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1), 47-56. doi: 10.1016/0005-7967(94)90083-3
- Gadgil, M., & Bossert, W. H. (1970). Life historical consequences of natural selection. *American Naturalist*, 104(935), 1-24.
- Gangestad, S. W. (2014). On challenges facing an ambitious life history framework for understanding psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 330-333. doi: 10.1080/1047840X.2014.916190
- Gangestad, S. W., & Simpson, J. A. (2000). The evolution of human mating: Trade-offs and strategic pluralism. *Behavioral and brain sciences*, 23(04), 573-587. doi: 10.1017/S0140525X0000337X
- Glass, D. (2012). *Factor structure of ocd: Toward an evolutionary neuro-cognitive model of obsessive-compulsive disorder*. (Upublisert doktoravhandling). State University of New York at New Platz. New Platz.
- Grøtte, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2014). Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39(1), 41-50. doi: 10.1007/s10608-014-9635-7
- Götestam, G. K. (2006). Medisinsk eller psykologisk behandling - barn med tvang - vurderinger og valg. I G. K. Götestam (Red.), *Tvangslidelser* (2. utg., s. 70-75). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Hansen, B., & Vogel, P. A. (2006). En metakognitiv behandlingsmodell ved tvangslidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(7), 708-713.
- Hansen, S. (2011). Inhibitory control and empathy-related personality traits: Sex-linked associations. *Brain and cognition*, 76(3), 364-368. doi: 10.1016/j.bandc.2011.04.004
- Hoehn-Saric, R., & Barksdale, V. C. (1983). Impulsiveness in obsessive-compulsive patients. *The British Journal of Psychiatry*, 143(2), 177-182.
- Hollander, E. (1993). Obsessive-compulsive spectrum disorders: An overview. *Psychiatric Annals*, 23(7), 355-358.
- Holtzman, N. S., & Senne, A. L. (2014). Fast and slow sexual strategies are not opposites: Implications for personality and psychopathology. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 337-340. doi: 10.1080/1047840X.2014.915708

- Jackson, J. J., & Kirkpatrick, L. A. (2007). The structure and measurement of human mating strategies: Toward a multidimensional model of sociosexuality. *Evolution and Human Behavior*, 28(6), 382-391. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2007.04.005
- James, J., Ellis, B. J., Schlomer, G. L., & Garber, J. (2012). Sex-specific pathways to early puberty, sexual debut, and sexual risk taking: Tests of an integrated evolutionary–developmental model. *Developmental psychology*, 48(3), 687-702. doi: 10.1037/a0026427
- Jeschke, J. M., & Kokko, H. (2009). The roles of body size and phylogeny in fast and slow life histories. *Evolutionary Ecology*, 23(6), 867-878. doi: 10.1007/s10682-008-9276-y
- Kaplan, H. S., & Gangestad, S. W. (2005). Life history theory and evolutionary psychology. I D. M. Buss (Red.), *The handbook of evolutionary psychology* (s. 68-96): John Wiley & Sons.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five us communities. *Archives of general Psychiatry*, 45(12), 1094-1099. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006.
- Kennair, L. E. O. (2003). Evolutionary psychology and psychopathology. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(6), 691-699.
- Kennair, L. E. O. (2004). *128 sider om tvangstanker*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Kennair, L. E. O. (2006a). Har jeg tvang? I G. K. Götestam (Red.), *Tvangslidelser* (2. utg., s. 10-18). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Kennair, L. E. O. (2006b). Tvangstanker om å skade, taf. I G. K. Götestam (Red.), *Tvangslidelser* (2. utg., s. 50-59). Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning.
- Kennair, L. E. O. (2011). The problem of defining psychopathology and challenges to evolutionary psychology theory. I D. M. Buss & P. H. Hawley (Red.), *The evolution of personality and individual differences* (s. 451-479). New York: Oxford University Press.
- Kennair, L. E. O. (2014). Evolutionary psychopathology and life history: A clinician's perspective. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 346-351. doi: 10.1080/1047840X.2014.915707
- Kokko, H., Brooks, R., McNamara, J. M., & Houston, A. I. (2002). The sexual selection continuum. *Proceedings of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 269(1498), 1331-1340. doi: 10.1098/rspb.2002.2020
- Kokko, H., & Jennions, M. D. (2008). Parental investment, sexual selection and sex ratios. *Journal of evolutionary biology*, 21(4), 919-948. doi: 10.1111/j.1420-

9101.2008.01540.x

- Kokko, H., & López - Sepulcre, A. (2007). The ecogenetic link between demography and evolution: Can we bridge the gap between theory and data? *Ecology Letters*, *10*(9), 773-782. doi: 10.1111/j.1461-0248.2007.01086.x
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, *153*(6), 783-788.
- Kuzawa, C. W., & Bragg, J. M. (2012). Plasticity in human life history strategy. *Current Anthropology*, *53*(S6), S369-S382. doi: 10.1086/667410
- LaSalle, V. H., Cromer, K. R., Nelson, K. N., Kazuba, D., Justement, L., & Murphy, D. L. (2004). Diagnostic interview assessed neuropsychiatric disorder comorbidity in 334 individuals with obsessive-compulsive disorder. *Depression and anxiety*, *19*(3), 163-173. doi: 10.1002/da.20009
- Lee, H.-J., & Kwon, S.-M. (2003). Two different types of obsession: Autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(1), 11-29. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00101-2
- Lee, H.-J., & Telch, M. J. (2005). Autogenous/reactive obsessions and their relationship with ocd symptoms and schizotypal personality features. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*(7), 793-805. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.10.001
- Lee, H. J., Kim, Z. S., & Kwon, S. M. (2005). Thought disorder in patients with obsessive - compulsive disorder. *Journal of clinical psychology*, *61*(4), 401-413. doi: 10.1002/jclp.20115
- Lopez-Ibor, J. J. (1990). Impulse control in obsessive-compulsive disorder: A biopsychopathological approach. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *14*(5), 709-718.
- Marlowe, F. W. (2003). The mating system of foragers in the standard cross-cultural sample. *Cross-Cultural Research*, *37*(3), 282-306. doi: 10.1177/1069397103254008
- McNamara, J. M., & Houston, A. I. (1996). State-dependent life histories. *Nature*, *380*(6571), 215-221.
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M., Demonfaucon, F., Barrot, I., . . . Hantouche, E. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: Influence of age of onset. *Journal of affective disorders*, *79*(1-3), 241-246. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00351-8
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001).

- Psychiatric aspects of impulsivity. *The American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Belief domains of the obsessive beliefs questionnaire-44 (obq-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 475-484. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.03.012
- Nesse, R. M., & Stein, D. J. (2012). Towards a genuinely medical model for psychiatric nosology. *BMC medicine* 10. Hentet 06.03, 2015, fra <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-10-5.pdf>
- Nisbett, R. E., & Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports on mental processes. *Psychological review*, 84(3), 231-259.
- Olderbak, S. G., & Figueredo, A. J. (2010). Life history strategy as a longitudinal predictor of relationship satisfaction and dissolution. *Personality and Individual Differences*, 49(3), 234-239. doi: 10.1016/j.paid.2010.03.041
- Oldham, J. M., & Skodol, A. E. (1996). Phenomenology, differential diagnosis, and comorbidity of the impulsive-compulsive spectrum of disorders. I J. M. Oldham, E. Hollander & A. E. Skodol (Red.), *Impulsivity and compulsivity* (s. 1-36). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*(51), 768-774. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:63.0.CO;2-1
- Pfohl, B., Black, D., Noyes, R., Kelley, M., & Blum, N. (1990). A test of the tridimensional personality theory: Association with diagnosis and platelet imipramine binding in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 28(1), 41-46. doi: 10.1016/0006-3223(90)90430-A
- Polimeni, J., & Reiss, J. P. (2014). Life history theory's best chance: Illuminating cluster b personality disorders. *Psychological Inquiry*, 25(3-4), 360-362.
- Ponzi, D., Henry, A., Kubicki, K., Nickels, N., Wilson, M. C., & Maestripieri, D. (2014). The slow and fast life histories of early birds and night owls: Their future-or present-orientation accounts for their sexually monogamous or promiscuous tendencies. *Evolution and Human Behavior*, 36(2), 117-122. doi: 10.1016/j.evolhumbehav.2014.09.008
- Pronk, T. M., Karremans, J. C., & Wigboldus, D. H. (2011). How can you resist? Executive control helps romantically involved individuals to stay faithful. *Journal of personality*

- and social psychology*, 100(5), 827-837. doi: 10.1037/a0021993
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. Part i. Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour research and therapy*, 31(8), 713-720.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1994). Perceived control and appraisal of obsessional intrusive thoughts: A replication and extension. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 22(04), 269-285. doi: 10.1017/S1352465800013163
- Quinlan, R. J. (2008). Human pair - bonds: Evolutionary functions, ecological variation, and adaptive development. *Evolutionary Anthropology: Issues, News, and Reviews*, 17(5), 227-238. doi: 10.1002/evan.20191
- Richter, M. A., Summerfeldt, L. J., Joffe, R. T., & Swinson, R. P. (1996). The tridimensional personality questionnaire in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 65(3), 185-188. doi: 10.1016/S0165-1781(96)02944-7
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391. doi: 10.1016/0887-6185(96)00018-7
- Shapiro, L. J. (2015). *Understanding ocd: Skills to controll the conscience and outsmart obsessive compulsive disorder*. Santa Barbara, California: Praeger.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(2), 121-127. doi: 10.1001/archpsyc.56.2.121.
- 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. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 301-307. doi: 10.1016/j.brat.2009.01.003
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the barratt impulsiveness scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47(5), 385-395. doi:

10.1016/j.paid.2009.04.008

- Stein, D. J., & Hollander, E. (1993). Impulsive aggression and obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 23(7), 389-395.
- Steketee, G. (1997). Disability and family burden in obsessive-compulsive disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42(9), 919-928.
- Steketee, G., & Neziroglu, F. (2003). Assessment of obsessive-compulsive disorder and spectrum disorders. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 169-186.
- Summerfeldt, L. J., Huta, V., & Swinson, R. P. (1998). Personality and obsessive-compulsive disorder. I R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. A. Richter (Red.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (s. 79-119). New York: The Guilford Press.
- Sæther, B.-E. (1987). The influence of body weight on the covariation between reproductive traits in european birds. *Oikos*, 48, 79-88.
- Wahl, K., Salkovskis, P. M., & Cotter, I. (2008). 'I wash until it feels right': The phenomenology of stopping criteria in obsessive-compulsive washing. *Journal of anxiety disorders*, 22(2), 143-161. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.02.009
- Walsh, K. H., & McDougle, C. J. (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 7, 485-494. doi: 10.2147/NDT.S13205
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour research and therapy*, 36(9), 899-913. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00070-9
- World Health Organization. (1992). *The icd-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical description and diagnostic guidelines* (10 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Appendiks A: Spørreskjema

Påtrengende og uønskede tanker

De fleste mennesker tenker rare tanker fra tid til annen, og formålet med denne undersøkelsen er å se om disse rare tankene varierer med personlighet eller andre psykiske trekk. Spørreskjemaet består av tre deler. De to første delene består av spørsmål som omhandler personlighet og hvordan man tenker om ulike situasjoner/personer. Den siste delen består av spørsmål som omhandler forstyrrende og ubehagelige tanker, som mange mennesker rapporterer at kan dukke opp innimellom. Hvis det er slik at du har noen av disse rare tankene, men du liker å ha tankene eller ikke opplever dem som påtrengende og uønskede, så skal du registrere dette som 0 (jeg har aldri hatt denne tanken) fordi det er bare påtrengende og uønskede tanker vi vil vite om.

Det er helt frivillig å delta i denne undersøkelsen, og alle som deltar vil være anonyme. Ingen navn eller annen avslørende informasjon vil bli samlet inn, og resultatet av undersøkelsen vil bli presentert uten at enkeltpersoner kan gjenkjennes. **Du samtykker å delta ved å fylle ut og levere inn spørreskjemaet.**

Kjønn

Alder

Hvor gammel var du da du hadde samleie for første gang?

Hvor mange personer har du hatt samleie med i løpet av livet ditt?

Hvor mange personer har du hatt samleie med kun en gang?

BIS-11

| | | | | | |
|--|----------------------------------|------|----------------------|---|---|
| Retningslinjer: Mennesker tenker og reagerer på ulike måter ved forskjellige situasjoner. Dette er en test for å måle noen av måtene du reagerer og tenker på. Les hvert utsagn og sett en ring rundt det tallet som er mest passende for deg. Ikke bruk for lang tid på et utsagn, svar raskt og ærlig. | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| Sjelden/aldri | Innimellom | Ofte | Nesten alltid/alltid | | |
| 1 | Jeg planlegger oppgaver nøye | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2 | Jeg gjør ting uten å tenke | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3 | Jeg bestemmer meg for ting raskt | 1 | 2 | 3 | 4 |

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

| | |
|--|---------|
| 4 Jeg er en ubekymret optimist | 1 2 3 4 |
| 5 Jeg følger ikke med på ting | 1 2 3 4 |
| 6 Jeg har mange tanker i hodet samtidig | 1 2 3 4 |
| 7 Jeg planlegger turer jeg skal på i god tid før jeg drar | 1 2 3 4 |
| 8 Jeg har selvkontroll | 1 2 3 4 |
| 9 Jeg har lett for å konsentrere meg | 1 2 3 4 |
| 10 Jeg sparer regelmessig | 1 2 3 4 |
| 11 Jeg føler ubehag under forestillinger eller forelesninger | 1 2 3 4 |
| 12 Jeg tenker nøye over ting | 1 2 3 4 |
| 13 Jeg streber etter økonomisk stabilitet | 1 2 3 4 |
| 14 Jeg sier ting uten å tenke meg om | 1 2 3 4 |
| 15 Jeg liker å tenke på komplekse problemer | 1 2 3 4 |
| 16 Jeg skifter jobb ofte | 1 2 3 4 |
| 17 Jeg handler på impuls | 1 2 3 4 |
| 18 Jeg kjeder meg fort når jeg skal løse tenkte problemer | 1 2 3 4 |
| 19 Jeg lever i øyeblikket | 1 2 3 4 |
| 20 Jeg tenker systematisk og ryddig | 1 2 3 4 |
| 21 Jeg flytter ofte | 1 2 3 4 |
| 22 Jeg kjøper ting på impuls | 1 2 3 4 |
| 23 Jeg klarer bare å tenke på en ting av gangen | 1 2 3 4 |
| 24 Jeg bytter hobbyer ofte | 1 2 3 4 |
| 25 Jeg bruker mer penger enn jeg tjener | 1 2 3 4 |

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 26 Jeg har ofte irrelevante tanker | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27 Jeg er mer opptatt av nåtiden, enn framtiden | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28 Jeg blir rastløs under forestillinger eller forelesninger | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29 Jeg liker puslespill | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30 Jeg er fremtidsorientert | 1 | 2 | 3 | 4 |

MINI-K

Du skal nå bedømme hvor enig eller uenig du er med følgende utsagn. Bruk skalaen under og skriv svaret ditt i kolonnen til venstre. Er det utfall du føler at ikke passer for deg, skal du skrive 0.

| | | | | | | |
|--------------|-----------|------------|----------------------|-----------|----------|-------------|
| Veldig uenig | Noe uenig | Litt uenig | Vet ikke/passar ikke | Litt enig | Noe enig | Veldig enig |
| -3 | -2 | -1 | 0 | 1 | 2 | 3 |

| | |
|--|---|
| | 1. Jeg kan ofte forutsi hvordan ting vil utspille seg. |
| | 2. Jeg prøver ofte å forstå hvordan jeg havnet i en situasjon, for å finne ut hvordan jeg skal takle den. |
| | 3. Jeg klarer ofte å se det positive i en vanskelig situasjon. |
| | 4. Jeg gir ikke opp før jeg har løst problemene mine. |
| | 5. Jeg planlegger ofte på forhånd. |
| | 6. Jeg unngår risikofylte handlinger. |
| | 7. Under oppveksten hadde jeg et nært og godt forhold til min biologiske mor. |
| | 8. Under oppveksten hadde jeg et nært og godt forhold til min biologiske far. |
| | 9. Jeg har et nært og godt forhold til mine egne barn. |
| | 10. Jeg har et nært og godt forhold til min seksuelle partner. |
| | 11. Jeg vil heller ha ett, enn flere seksuelle forhold på samme tid. |
| | 12. Jeg må være nært knyttet til noen før jeg er komfortabel med å ha samleie. |
| | 13. Jeg snakker ofte med mine biologiske slektninger. |
| | 14. Jeg får ofte emosjonell støtte og praktisk hjelp fra mine biologiske slektninger. |

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

| | |
|--|---|
| | 15. Jeg gir ofte emosjonell støtte og praktisk hjelp til mine biologiske slektninger. |
| | 16. Jeg snakker ofte med vennene mine. |
| | 17. Jeg får ofte emosjonell støtte og praktisk hjelp fra vennene mine. |
| | 18. Jeg gir ofte emosjonell støtte og praktisk hjelp til vennene mine. |
| | 19. Jeg er veldig engasjert i lokalsamfunnet mitt. |
| | 20. Jeg er veldig engasjert i min religion. |

ROII

Instruksjoner

Dette spørreskjemaet tar for seg et utvalg av forstyrrende og ubehagelige tanker, som mange mennesker rapporterer at kan dukke opp innimellom. Mange av disse tankene har et aggressivt eller seksuelt innhold. De kan ha en tendens til å trenge seg inn i hjernen vår uten at vi vil det, og forstyrre det vi holder på med eller det vi allerede tenkte på. Disse påtrengende tankene dukker opp “ut av det blå”, og er definitivt ukarakteristiske i forhold til våre vanlige vaner og tanker, og vi oppfatter de derfor som uakseptable. Tankene oppstår på disse tre måtene: *bilder*, som et bilde i hodet vårt, en *impuls* for å si eller gjøre noe, eller bare *tanke* om noe. Vi er veldig interessert i å vite om du har opplevd slike påtrengende tanker.

Nedenfor er det listet opp en rekke tanker, hvor de fleste av disse ble rapportert av en gruppe studenter i en tidligere undersøkelse. Ved siden av hvert utsagn er en skala som går mellom '0' (aldri) og '6' (alltid). Bedøm hvor ofte du har hver av tankene som er oppført (uansett om de oppstår som et bilde, en impuls eller en tanke) ved å sirkle inn nummeret på skalaen som best representerer dens frekvens.

Hvis det er slik at du har noen av disse rare tankene, men du liker å ha tankene eller ikke opplever dem som påtrengende og uønskede, så skal du registrere dette som 0 (aldri) fordi det er bare påtrengende og uønskede tanker vi vil vite om.

0 = ALDRI (Jeg har **aldri** hatt denne tanken)

1 = SJELDEN (Jeg har kun hatt denne tanken **en eller to ganger noensinne**)

2 = INNIMELLOM (Jeg har denne tanken **noen få ganger i året**)

3 = NOEN GANGER (Jeg har denne tanken **en eller to ganger i måneden**)

4 = OFTE (Jeg har denne tanken **en eller to ganger i uken**)

5 = VELDIG OFTE (Jeg har denne tanken **daglig**)

6 = ALLTID (Jeg har denne tanken **flere ganger i løpet av dagen**)

Når jeg kjører har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

- | | |
|---|---------------|
| 1. Kjøre inn i et butikkvindu | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 2. Kjøre bilen av veien | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 3. Kjøre på fotgjengere eller dyr | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 4. Kjør inn i motgående trafikk | 0 1 2 3 4 5 6 |
| 5. Kjøre inn i stolper eller trær med vilje | 0 1 2 3 4 5 6 |

Når jeg ser eller bruker et skarpt objekt (kniv, barberblad, saks etc.), har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

6. Kutte meg i håndleddet eller halsen 0 1 2 3 4 5 6
7. Kutte av meg en finger, tå eller hånd 0 1 2 3 4 5 6

Når jeg er ved et høyt område (som en klippe, bro, vindu, høy bygning etc.), har jeg uakseptable påtrengende tanker om å:

8. Hoppe ned fra det høye området 0 1 2 3 4 5 6
9. Dytte en fremmed ned fra det høye områ 0 1 2 3 4 5 6

0 'ALRDI' 1 'SJELDEN' 2 'INNIMELOM' 3 'NOEN GANGER' 4 'OFTE' 5 'VELDIG OFTE' 6 'ALLTID'

10. Dytte en nær venn eller et familiemedlem ned fra det høye området 0 1 2 3 4 5 6

Når jeg er nær trafikken, jernbanen eller undergrunnsbanen har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

11. Hoppe foran et tog, undergrunnsbanen eller en bil 0 1 2 3 4 5 6
12. Dytte en fremmed foran et tog, undergrunnsbanen eller en bil 0 1 2 3 4 5 6
13. Dytte en nær venn eller et familiemedlem foran et tog, undergrunnsbanen eller en bil 0 1 2 3 4 5 6

Når jeg er i nærheten av andre, og uten at jeg blir provosert, har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

14. Sparke, dytte eller på andre måter skade fremmede 0 1 2 3 4 5 6
15. Si noe frekt til en fremmed, eller fornærme en fremmed på andre måter 0 1 2 3 4 5 6
16. Dytte til personer i gangen eller få de til å snuble i trappen 0 1 2 3 4 5 6
17. Fornærme en autoritetsperson, som en politimann eller prest 0 1 2 3 4 5 6

Selv om jeg ikke er sint på nære venner eller familiemedlem, og de ikke provoserer meg, har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

18. Si noe frekt eller fornærmende til en av de 0 1 2 3 4 5 6
19. Slå en av de 0 1 2 3 4 5 6
20. Kvele en av de 0 1 2 3 4 5 6
21. Knivstikke en av de 0 1 2 3 4 5 6

Selv om jeg vet at det sannsynligvis ikke er sant, har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker som:

22. Jeg lot varmen, komfyren eller lysene i huset/leiligheten stå på, som kan føre til brann 0 1 2 3 4 5 6
23. Jeg lot døren til huset/leiligheten stå ulåst og det er nå en forbryter inne i huset 0 1 2 3 4 5 6
24. Jeg lot vannkranen stå på i huset/leiligheten og det kan føre til oversvømmelse 0 1 2 3 4 5 6

Når jeg er i en offentlig forsamling (klasse, møte, kirke) og uten at noen provoserer meg, har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

25. Rope ut ufine ting til personen som snakker 0 1 2 3 4 5 6
26. Rape høyt ved et uhell 0 1 2 3 4 5 6
27. Kaste noe på den som snakker 0 1 2 3 4 5 6
28. Plutselig gå ut av møtet, og på den måten lage en scene 0 1 2 3 4 5 6

Selv om jeg ikke er sint og ikke blir provosert på andre måter, har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

29. Skrape lakken av biler jeg går forbi med nøkkelen min eller andre skarpe objekter 0 1 2 3 4 5 6
0 'ALRDI' 1 'SJELDEN' 2 'INNIMELOM' 3 'NOEN GANGER' 4 'OFTE' 5 'VELDIG OFTE' 6 'ALLTID'
30. Plukke noe opp og kaste det gjennom et vindu 0 1 2 3 4 5 6
31. Med vilje ødelegge noe (tallerkener, pyntegjenstander, biljardbord) som tilhører meg, en nær venn eller et familiemedlem 0 1 2 3 4 5 6
32. Stjele noe, selv om jeg egentlig ikke vil ha det 0 1 2 3 4 5 6
33. Ta penger fra kassen til en butikkansatt når jeg kjøper noe 0 1 2 3 4 5 6
34. Oppta tiden til en bankansatt som foretar rutinearbeid 0 1 2 3 4 5 6

Ut av det blå og uten grunnlag, har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om å:

35. Ha samleie med en person som jeg ellers aldri hadde ønsket å ha samleie med 0 1 2 3 4 5 6
36. Ha samleie med en person som har autoritet over meg (prest, sjef) 0 1 2 3 4 5 6
37. At buksesmekken min er åpen eller blusen min er kneppet opp 0 1 2 3 4 5 6
38. Kaste armene mine rundt en autoritetsperson og kysse ham/henne 0 1 2 3 4 5 6
39. Løfte opp skjørtet mitt eller dra ned buksene mine, og derav uanstendig eksponere meg selv 0 1 2 3 4 5 6
40. Delta i seksuell aktivitet som går imot min seksuelle preferanse (homoseksuell, heteroseksuell) 0 1 2 3 4 5 6

Plutselig og uten grunnlag har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om:

41. Autoritetsfigurer (prest, sjef) som nakne 0 1 2 3 4 5 6
42. Personer jeg blir kjent med som nakne 0 1 2 3 4 5 6
43. Å ha samleie på et offentlig sted 0 1 2 3 4 5 6
44. Å delta i en seksuell handling som jeg syns er fryktelig frastøtende 0 1 2 3 4 5 6

Når jeg er på et offentlig sted, har jeg uakseptable påtrengende tanker om:

45. At jeg kommer til å bli smittet av en seksuelt overførbart sykdom ved å komme i kontakt med et toalettsete eller en vask 0 1 2 3 4 5 6
46. At jeg kommer til å bli skitten eller syk av å ta på et offentlig dørhåndtak 0 1 2 3 4 5 6
47. At jeg kommer til å bli skitten eller syk av å bruke en offentlig telefon 0 1 2 3 4 5 6
48. At jeg blir smittet av en dødelig sykdom ved å ta på ting som fremmede har tatt på 0 1 2 3 4 5 6

Livshistorieteori og autogene versus reaktive tvangstanker

49. At jeg kommer til å overføre en dødelig sykdom ved å bruke offentlige fasiliteter 0 1 2 3 4 5 6

Selv om huset/leiligheten allerede ser ryddig ut, har jeg hatt uakseptable påtrengende tanker om:

50. At jeg må sjekke for å forsikre meg om at absolutt alt er ryddet på plass 0 1 2 3 4 5 6

51. At jeg må sjekke for å forsikre meg om at alt støvet er borte fra gulvet 0 1 2 3 4 5 6

52. At jeg må sjekke så det ikke er møkkete på steder jeg ikke kan se 0 1 2 3 4 5 6