

Stoppsignaler i tvangslidelse

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi
NTNU

Trondheim, høst 2011

Martin Lund Johansen

Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke og teste elementer i den metakognitive modellen for tvangslidelse (Wells, 1997), mer spesifikt stoppsignalers rolle hos pasienter diagnostisert med tvangslidelse. Dette ble gjort ved å se om pasienter brukte stoppsignaler i en signifikant større grad enn kontrollgruppen uten tvangslidelse gjorde, hvilke stoppsignaler pasientene brukte, hvordan stoppsignaler hang sammen med symptomer på tvangslidelse og hvilken påvirkning stoppsignaler hadde på utfallet av behandling med eksponering med responsprevensjon (ERP). Tre hypoteser ble testet: (1) Personer med symptomer på tvangslidelse vil ha høyere skårer på bruk av stoppsignaler. (2) Stoppsignaler og symptomer på tvangslidelse vil være signifikant positivt relatert med hverandre før behandling, (3) Stoppsignaler og symptomer på tvangslidelse vil være signifikant positivt relatert med hverandre etter behandling. I tillegg ble det undersøkt hvilke stoppsignaler som ble mest brukt i de ulike undergruppene av tvangslidelse, samt hvorvidt skårer på stoppsignaler før behandling er relatert til utfallet av behandlingen. Utvalgene bestod av 53 pasienter med tvangslidelse som gjennomførte ERP i løpet av et treukers behandlingsopphold, i tillegg til 53 kontroller uten tvangslidelse. En rekke t-tester og regresjonsanalyser ble utført og alle tre hypotesene ble støttet. Studien bekrefter stoppsignalers rolle i tvangslidelse.

1. Innledning

Tvangslidelse er en vedvarende og alvorlig psykisk lidelse som har negativ påvirkning på individets sosiale og yrkesmessige liv, så vel som det familiære livet (Bobes et al., 2001; Koran, 2000; Koran, Thienemann & Davenport, 1996; Parkin, 1997). Hovedtrekkene ved lidelsen er tilstedeværelsen av tvangstanker, tvangshandlinger eller en kombinasjon av begge (ICD-10, World Health Organization [WHO], 2008). Pasienter lider av angst og ubehag ikke bare knyttet til tvangstankene og impulsene, men også på grunn av ubehag assosiert med de tvangsmessige eller nøytraliserende handlingene de utfører i et forsøk på å hindre at fryktede konsekvenser skjer. Personer med denne lidelsen kjennetegnes ved at de utøver forlengede episoder med repeterende tvangsatferd, med en følelse av at de ikke klarer å stoppe den repeterende handlingen (Wahl, Salkovskis & Cotter, 2008).

For at en sikker diagnose skal kunne stilles, må enten tvangstanker eller tvangshandlinger, eller begge deler være til stede de fleste dagene i minst to etterfølgende uker og føre til bekymring eller ha innvirkning på aktiviteter. Tvangstankene bør ha følgende kjennetegn (WHO, 2008, s 141).

- (a) de må erkjennes som personens egne tanker eller impulser,
- (b) minst én tanke eller handling kan ikke motstås, selv om det også kan være andre tanker eller handlinger som personen motstår,
- (c) tanken på å utføre handlingen må ikke være behagelig i seg selv (lettelse av spenning eller angst vurderes ikke som behagelig),
- (d) tankene, forestillingene eller impulsene må være ubehagelig repeterende.

Tvangstanker og tvangshandlinger er et normalt fenomen og har samme innhold hos friske mennesker som hos mennesker med tvangslidelse. For personer som ikke har tvangslidelse

forekommer tvangstanker hos 80-88 % (Rachman & Desilva, 1978; Salkovskis & Harrison, 1984). Livstidsprevalens for tvangslidelse ligger på 2.5 %, mens prevalensen over seks måneder ligger på 1.6 %, noe som gjør tvangslidelse til den fjerde mest vanlige psykiatriske lidelsen i USA (Karno, Goldning, Sorenson & Burnam, 1988). Personer med tvangslidelse har ofte depressive symptomer (WHO, 2008). Tvangslidelse er like utbredt hos kvinner som hos menn, og sykdomsdebuten inntreffer vanligvis i barneårene eller i ung voksen alder. Lidelsen er svært heterogen og man antar at det fins flere dimensjoner eller undergrupper av lidelsen. Denne artikkelen tar utgangspunkt i seks undergrupperinger av symptomer på tvangslidelse målt med Obsessive Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002), nemlig vasking (washing), tvangsmessig tenking (obsessing), samling (hoarding), rydding (ordering), sjekking (checking) og telling (neutralization).

Flere kognitive modeller har dominert forståelse av tvangslidelse. For eksempel har perfektjonisme (McFall & Wollersheim, 1979), overdrevent ansvar (Rachman, 1976; Salkovskis, 1985), kognitive svekkelser eller avvik i beslutningstaking (Reed, 1985; Persons & Foa, 1984; Sher, Mann & Frost, 1984), tanke-handling fusjon (Rachman, 1993) og metakognitive antakelser (Clark & Purdon, 1993; Wells & Matthews, 1994) blitt foreslått som sentrale kognisjoner som opprettholder tvangssymptomer. Med metakognisjon menes antakelsene og prosessene som blir brukt til å regulere, evaluere og overvåke tenkning (Flavell, 1979).

Tvangsatferd slik som sjekking har blitt forsøkt forklart som en svikt i hukommelse (Sher, Mann & Frost, 1984; Sher, Frost, Kushner, Crews & Alexander, 1989), mens andre mener at sjekkingen kommer av en svikt i evnen til å skille mellom hukommelse for virkelige og innbilte handlinger (Brown, Kosslyn, Breiter, Baer & Jenkite, 1994; McNally & Kohlbeck, 1993). Sjekkere forsøker ofte å huske hvorvidt deres sjekkeatferd har blitt utført på riktig måte. Studier har vist at sjekkere rapporterer at de stoler mindre på sin egen hukommelse enn

ikke-sjekkere (for eksempel Watts, 1995; Christianson & Nilsson, 1984; McNally & Kohlbeck, 1993). Det er også blitt foreslått at disse har mindre tillit til egne minner som et resultat av enten gjentakende sjekking (Tolin et al., 2001) eller av å utføre sjekking under betingelser med høy grad av overdreven ansvarsfølelse (Radomsky, Rachman & Hammond, 2001).

Flere har hevdet at ulike faktorer spiller inn i forhold til hvor lenge sjekkere bedriver sjekkeatferd, slik som sikkerhet på at de har sjekket på riktig måte (Coles, Frost, Heimberg & Rheaume, 2003; Rasmussen & Eisen, 1992) eller at de har redusert den angsten de føler for oppgaven (Desilva, 2003; Metzner, 1980; Rachman, 1976; Wolpe, 1958). Sjekkere rapporterer en signifikant reduksjon i angst og ubehag etter å ha sjekket (Desilva, 2003; Rachman & Hodgson, 1980). De fortsetter gjerne med sine tvangshandlinger helt til de oppnår en følelse av å ha utført sjekkingen "helt rett" (Ferrari, 1995; Leckman, Walker, Goodman, Pauls & Cohen, 1994).

Tvangslidelse kjennetegnes blant annet av repeterende aktiviteter som vasking, sjekking, tvangstenking, samling, rydding og telling. I tillegg ser en hos denne pasientgruppen også ofte gjentakende bekymring, som også er et hovedkjennetegn for generalisert angstlidelse (Wells, 2009), samt gjentakende grubling som også har blitt anerkjent som en viktig opprettholdende faktor for depresjon (Wells, 2009). Som oftest sees disse gjentakende aktivitetene som overdrevne, som en kilde til emosjonelt ubehag og som lite hensiktsmessig av personene selv (Davey et. al., 2003). Det er gjort forsøk på å forklare de underliggende faktorene som medvirker til slik repeterende atferd. Eksempelvis er det blitt forsket på hvorfor noen personer går inn i repeterende bekymringsepisoder, og hvordan aktiviteten stopper. «Mood-as-input hypothesis» (Martin & Davies, 1998; Martin, Ward, Achee & Wyer, 1993) er en modell som forsøker å forklare hvordan gjentakelse av en aktivitet er et resultat av at en bruker humøret sitt som tegn på om en skal avslutte eller fortsette med aktiviteten.

I en studie av Martin et al. (1993) ble deltakerne indusert med enten et positivt eller et negativt humør og bedt om å lage en liste med fuglenavn. Halvparten av deltakerne ble bedt om opprettholde aktiviteten så lenge de følte for det, og å slutte med oppgaven når de ikke lenger følte for det (en «jeg føler for å fortsette» stoppregel), mens den andre halvparten ble bedt om å stoppe når de trodde de hadde kommet på så mange fuglenavn som mulig (en «så mange som mulig» stoppregel). Forskerne fant at den effekten humøret hadde på oppgaven var avhengig av hvilken stoppregel som ble brukt. I «føler for å fortsette»-gruppen gjorde et positivt humør at deltakerne holdt på med oppgaven lenger enn de med et negativt humør. I «så mange som mulig»-gruppen førte det negative humøret til at deltakerne ikke var fornøyd med antall enheter de hadde produsert på en oppgave, og derfor fortsatte deltakerne lenger. De med positivt humør i denne gruppen avsluttet oppgaven tidligere enn de med negativt humør i samme gruppe. Martin et al., (1993) tolket dette som et bevis på at deltakerne brukte humøret sitt som en markør for hva de skulle foreta seg videre, i kombinasjon med hvilken stoppregel som ble brukt. Deltakerne som ble instruert til å fortsette med oppgaven så lenge de følte for å fortsette, tolket et positivt humør som «du føler for å fortsette med dette» og et negativt humør som «du føler ikke for å fortsette». De som ble bedt om å komme på så mange fuglenavn som mulig tolket et negativt humør som «du er ikke fornøyd med antallet og er derfor ikke ferdig med oppgaven», mens et positivt humør ble tolket som «du er fornøyd og kan derfor stoppe».

«Mood-as-input» hypotesen har også blitt brukt for å forklare hvorfor patologiske bekymrere genererer lengre bekymringsepisoder (Borkovec, Shadick, & Hopkins, 1991; Craske, Rapee, Jackel & Barlow, 1989; Davey & Levy, 1998; Vasey & Borkovec, 1992) enn ikke-bekymrere. Resultatene fra disse studiene tolkes dithen at bekymrere er i et negativt humør og at de bruker «så mange som mulig» stoppregler for å avslutte bekymringsepisoden eller katastrofetenkningen. Det kan virke som om de som bekymrer seg mye bruker et

negativt humør som signal på at de ikke har lyktes i å løse et problem og at de derfor velger å fortsette til de har tenkt i gjennom alle mulige aspekter ved problemet. Hypotesen har også blitt koblet til vedvarende grubling i depresjon (Watkins & Mason, 2002).

Det er nærliggende å tro at denne modellen også kan forklare aspekter ved tvangslidelse da repeterende atferd særlig er relevant her. I følge Frost, Sher, & Green (1986) rapporterer sjekkere signifikant høyere nivå av negativt humør enn ikke-sjekkere (Salkovskis, 1985). Det har blitt hevdet fra flere hold at overdrevet ansvar er en sårbarhetsfaktor som spiller en viktig rolle i utviklingen av sjekkeatferd (Rachman, 1998; Salkovskis, 1985). Med overdrevet ansvar menes tro på at en er ansvarlig for å forhindre skade (Rheaume, Ladouceur, Freeston & Letarte, 1994; Wilson & Chambless, 1999). Denne overdrevne troen på eget ansvar antas å skape negative følelser og vil da også virke som en drivkraft slik at sjekkeatferden vedvarer. Det at sjekkere har en overdreven ansvarsfølelse indikerer i følge MacDonald og Davey (2005) at de bringer med seg "så mange som mulig" stoppreglar. De blir med andre ord motivert til å overbevise seg selv om at de har fullført en oppgave på en tilfredsstillende måte i stedet for å avbryte sjekkeatferden når de "føler for å stoppe".

I Wells (1997) sin modell for tvangslidelse blir tre domener av kognitive antakelser vektlagt, nemlig antakelser om meningen og kraften tanker har, antakelser om ritualer og idiosynkratiske kriterier for når et ritual skal opphøre. Wells (1997) beskriver antakelser om påtrengende tanker som «fusjonsantakelser», etter Rachmans (1993) merkelapp for kognitive forvrengninger i tvangslidelse. Disse «fusjonsantakelsene» er:

1. Thought-event fusion (TEF) som er antakelsen om at en påtrengende tanke kan få en hendelse til å skje eller at en påtrengende tanke betyr at en hendelse allerede har skjedd.
2. Thought-action fusion (TAF) som er antakelsen om at påtrengende tanker, følelser eller impulser har makt til å få en til å gjøre uønskede og mindre heldige handlinger. Eksempel på

dette er at en påtrengende tanke om å drepe noen mens man kjører bil tolkes som at dette vil få handlingen til å skje.

3. Thought-object fusion (TOF) som er antakelsen om at tanker og følelser kan bli overført til objekter. Eksempel på dette er antakelsen om at det å ha tanker om å drepe noen mens en ser en spesifikk film «ødelegger» den filmen. Dersom en ser den samme filmen senere vil en ikke klare å slippe unna denne tanken fordi tanken om å begå drap har blitt «overført» til den filmen. For en med slike antakelser kan dette øke troen på at en kommer til å drepe noen når en ser denne filmen på nytt.

Et annet viktig aspekt ved den metakognitive modellen for tvangslidelse (Wells, 1997) er antakelser om ritualer og behovet for å utføre disse og andre nøytraliserende atferder. Disse antakelsene gir et inntrykk av i hvilken grad kontroll av tanker, impulser og følelser er for en med tvangslidelse. For eksempel kan en person som har frykt for å bli smittet med HIV ha en antakelse om at gjentatt vasking av hender vil beskytte ham mot smittefare, eller at en person som frykter innbrudd sjekker ytterdøra gjentatte ganger for å føle seg trygg. Disse antakelsene kan med andre ord sees på som et individs plan for å styre mestringsresponsen. Hensikten med denne planen er å oppnå en ønsket tilstand som virker som et stoppsignal for et ritual (Wells, 2009).

I følge den metakognitive modellen for tvangslidelse (Wells, 1997) er det interne kriterier og idiosynkratiske regler som ligger til grunn for *når* et ritual skal opphøre. For eksempel kan en person som har tvangstanker om at hun er skitten og uren vaske seg helt til hun har en *følelse* av å være ren. Maladaptive kriterier for når et ritual skal stoppes gjør symptomer verre både fordi disse kriteriene kan være vanskelig å oppnå og fordi de er upassende retningslinjer for atferd. Dette hindrer utviklingen av et fleksibelt og mer funksjonelt forhold til tanker og følelser (Myers, Fisher & Wells, 2009). Wahl, Salkovskis & Cotter (2008) fant at tvangsvaskere brukte subjektive kriterier slik som «det føles rett» for å

avslutte håndvasking oftere, og rangerte dem som viktigere enn kontrollgruppen gjorde. Deres studie viste også at vaskere og andre pasienter med tvangsmessige symptomer brukte flere kriterier for å avgjøre om de hadde vasket nok, enn friske kontroller gjorde. Dette peker mot en mer generell tvangsmessig strategi. I tillegg var bruken av stoppsignaler positivt korrelert med tiden alle deltakerne brukte på å vaske.

I følge den metakognitive modellen er alle disse antakelsene viktige for etiologien i symptomer på tvangslidelse og den kausale rekkefølgen er: fusjonsantakelser -> holdninger til ritualer -> stoppsignaler. Det fins empirisk støtte for at metakognisjon er relatert til symptomer for tvangslidelse; fusjonsantakelser og antakelser om faren og ukontrollerbarheten ved tanker er positivt og signifikant relatert til symptomer på tvangslidelse (for eksempel Emmelkamp & Aardema, 1999; Sica, Steketee, Ghisi, Chiri, & Franceschini, 2007). Myers et al. (2009) fant at fusjonsantakelser, holdninger til ritualer og stoppsignaler i stigende rekkefølge forklarte økende varians i symptomer på tvangslidelse. Med andre ord kan det se ut til at interne, idiosynkratiske regler for opphør av ritualer er et viktig element i tvangslidelse. Deres studie baserte seg på et ikke-klinisk utvalg ut i fra antakelsen om at symptomer på tvangslidelse utvikler seg fra normale prosesser og at de eksisterer på et kontinuum, en antakelse som for øvrig er støttet av flere studier (Gibbs, 1996). Men som Myers et al., (2009) selv påpeker så er det også en del studier som indikerer at det kan være forskjeller i innhold mellom kliniske og ikke-kliniske tvangsforestillinger (for eksempel, Rassin, Coughle & Muris, 2007).

I en annen studie fant Solem, Myers, Fisher, Vogel & Wells (2010) at stoppsignaler ikke bidro til å forklare variansen i symptomer på tvangslidelse og påpekte at en mulig forklaring på dette blant annet kunne være at stoppsignaler først spiller en rolle ved høyere symptomtrykk på tvangslidelse. Solem et al., (2010) brukte et ikke-klinisk utvalg i deres i deres analyser av stoppsignalers bidrag til den metakognitive modellen for tvangslidelse.

Stoppssignaler ble målt med Stop Signal Questionnaire (SSQ; Myers, Fisher & Wells, 2009), som er et selvrapportskjema som måler bruken av spesifikke stoppsignaler. En studie basert på et klinisk utvalg er derfor nødvendig for å avgjøre om stoppsignaler har en plass i etiologien til tvangslidelse.

Denne studien hadde som mål å undersøke og teste stoppsignalers rolle hos pasienter diagnostisert med tvangslidelse. For å avklare om stoppsignaler spiller en rolle i etiologien til tvangslidelse må en først teste om bruken av stoppsignaler hos en pasientgruppe skiller seg signifikant fra en kontrollgruppe som ikke har tvangslidelse. Dersom det er slik at personer med tvangslidelse faktisk bruker idiosynkratiske regler som mål på når de skal avslutte ritualene sine, vil det også være hensiktsmessig å avklare hvilke stoppsignaler pasientene bruker, hvordan stoppsignaler henger sammen med symptomer på tvangslidelse og hvilken påvirkning stoppsignaler har på utfallet av behandling. Dersom en med et klinisk utvalg kan besvare slike spørsmål betyr det at en bedre kan skreddersy en behandlingsform ut i fra hvilken undergruppe av tvangslidelse pasienter befinner seg i, og hvilke interne kriterier de legger til grunn før de avslutter sine tvangsmessige handlinger.

Hypoteser som ble testet og undersøkelser som ble gjort var:

1. Hypotese: Personer med symptomer på tvangslidelse som målt med OCI-R vil ha høyere skårer på bruk av stoppsignaler som målt med SSQ.
2. Oppgaven vil undersøke hvilke stoppsignaler som blir mest brukt i de ulike undergruppene av tvangslidelse. Siden dette ikke er blitt gjort før er dette en eksplorerende undersøkelse som ikke baserer seg på en konkret hypotese.

3. Hypotese: Stoppsignaler og symptomer på tvangslidelse vil være signifikant positivt relatert med hverandre før behandling.

4. Hypotese: Stoppsignaler og symptomer på tvangslidelse vil være signifikant positivt relatert med hverandre etter behandling.

5. Undersøke hvorvidt skårer på stoppsignaler før behandling er relatert til utfallet av behandlingen. Siden dette ikke er blitt gjort før er dette en eksplorerende undersøkelse som ikke baserer seg på en konkret hypotese.

2. Metode

2.1 Deltakere

Datamaterialet i denne studien er fra spesialpost 4, Østmarka sykehus, Trondheim. 219 pasienter ble henvist for utredning/behandling av tvangslidelse til spesialposten fra april 2009 til august 2011. Inkluderingskriterier var om deltakerne møtte diagnosekriteriene på tvangslidelse ut i fra Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) som testet med Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS-IV, Brown, DiNardo, & Barlow, 1994). Eksklusjonskriterier var suicidalitet, stoffmisbruk eller alkoholavhengighet og tilstedeværelsen av en psykotisk lidelse. Dersom noen av pasientene brukte medisiner for tvangslidelse måtte doseringen holdes uforandret i løpet av behandlingsperioden.

Både pasienter og en kontrollgruppe utgjorde datamaterialet for denne studien, og hver av gruppene hadde 53 deltakere. Pasientgruppen bestod av 26.5 % menn og 73.5 % kvinner. Aldersspennet var fra 19 til 62 år med en gjennomsnittsalder på 34.4 år. 37.2 % var gifte eller

hadde samboer, mens 62.8 % var enslige. 13.9 % var sykmeldte, 27.8 % var arbeidsløse, 22.2 % var i lønnet arbeid, 5.6 % var uføre, 8.3 % var under attføring og 22.2 % var studenter. 71.4 % gikk på SSRI, mens 28.6 % ikke gjorde det. 53.2 % hadde en komorbid depresjonslidelse, mens 42.6 % hadde en komorbid angstlidelse. Personer i kontrollgruppen ble rekruttert til en internettundersøkelse ut i fra e-postlister fra de mest populære fagene ved NTNU (filosofi, psykologi, medisin og fysikk). Noen av psykologistudentene inviterte også familie og venner til å delta i undersøkelsen. Utvalget ble hentet fra Solem et al., (2010) sin studie og ble selektert for å ligne pasientgruppen på kjønn og alder. Kontrollgruppen bestod av 39.6 % menn og 60.4 % kvinner. Aldersspennet var fra 22 til 62 år med en gjennomsnittsalder på 34.6 år. 64 % var studenter, 34 % var i lønnet arbeid, mens 2 % var pensjonister. 60 % var gifte eller hadde samboer, mens 40 % var enslige.

2.2 Behandling

Pasientene ble hovedsakelig behandlet med eksponering med responsprevensjon (ERP) men det ble også benyttet noen kognitive og metakognitive elementer i behandlingen ut i fra individuelle behov, slik som utfordring av kognitive og metakognitive antakelser, trening i detached mindfulness samt å utsette bekymringer. ERP er basert på prinsippet om habituering, ikke forandringer i metakognitive antakelser. ERP ble med andre ord ikke utviklet for å forandre metakognitive antakelser, men Solem, Håland, Vogel, Hansen & Wells (2009) fant at god respons på ERP-behandling er assosiert med reduksjon i metakognitive antakelser. Behandlingen er manualbasert og er basert på Foa & Kozak (1997) sin ERP-manual. Eksponeringsdelen omhandler direkte eller imaginær eksponering for eksterne eller interne utløsere som skaper angst. Hensikten er at gjentatt eksponering over tid vil føre til habituering slik at koblingen mellom utløsere og angstfølelsen svekkes eller brytes helt. Dette

atferdsperspektivet er basert på prinsippet om at ritualer som lindrer frykt eller ubehag av tvangsmessig art blir negativt forsterket, noe som gjør at behovet for å utføre ritualene opprettholdes. Det er nettopp på grunn av handlingenes lindrende effekt at de kommer i veien for eksponering av angst og habituering av angst. For å bekjempe angsten som er assosiert med tvangsmessig stimuli er det nødvendig å eksponere pasienten til dette stimuliet i fravær av rituelle handlinger (Wells, 1997). Med responsprevensjon menes at pasienten aktivt motstår å utføre de rituelle atferdene som blir gjort i et forsøk på å redusere angsten. Hensikten er å bryte koblingen mellom pasientens opplevelse av angst og den påfølgende rituelle handlingen. Pasienten lærer gradvis at han ikke trenger å utføre rituelle handlinger for at angsten skal reduseres, noe den biologisk sett vil gjøre av seg selv over tid. Det er vanlig at eksponeringen skjer gradvis slik at en tilpasser seg pasientenes ønsker og at en i størst mulig grad forhindrer at pasientene avbryter behandlingen

Terapeuten utformet et eksponeringshierarki sammen med pasienten der det ble bestemt hva pasienten skulle eksponeres for og når. Oppgaver ble gitt mellom timene slik at pasientene kunne fortsette ERP minst tre ganger hver dag, en gang med hjelper, en gang delvis med hjelper og en gang alene. Behandlingsoppholdet varte i tre uker.

2.3 Behandlere

Det var til sammen ni terapeuter som utførte screening og behandling. Terapeutene var psykologer, psykologstudenter og tre psykiatriske sykepleiere. Alle terapeutene hadde fått opplæring i ERP-behandling og kognitiv terapi. Terapeutene hadde ukentlige møter der pasienttilfellene ble diskutert og råd omkring behandlingen ble utvekslet. Fem av terapeutene var svært erfarne i kognitive og atferdsmessige behandlingsintervensjoner og disse behandlet til sammen 93.7 % av pasientene. En Games-Howell test ble utført for å se om det var

forskjeller i behandlingsresultater hos disse fem terapeutene. Det ble ikke funnet en signifikant forskjell mellom terapeutene på symptomer på tvangslidelse eller metakognitive antakelser.

2.4 Måleinstrumenter

Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R; Foa et al., 2002) er et selvrapportskjema med 18 spørsmål der en rangerer i hvilken grad en er plaget eller har ubehag knyttet til OCD-symptomer. Skjemaet tar utgangspunkt i den siste måneden. OCD-symptomene rangeres på en Likertskala fra: 0 (ingen symptomer) til 4 (alvorlig). OCI-R har seks underskalaer: vasking, sjekking, tvangsmessig tenking, samling, telling og rydding. OCI-R har vist seg å ha klinisk nytteverdi, samt å være et reliabelt og valid mål på symptomer ved OCD (Abramowitz & Deacon, 2006). En norsk versjon av OCI-R har vist seg å ha tilstrekkelige psykometriske egenskaper (Solem, Hjemdal, Vogel & Stiles, 2010). Cronbachs alfa-verdi i denne studien var .84 for totalskalaen. For undergruppene var verdiene henholdsvis: vasking .92 , tvangsmessig tenking .82, samling .94, rydding .92, sjekking .93 og telling .89.

Stop Signal Questionnaire (SSQ; Myers, Fisher & Wells, 2009) er et selvrapportskjema som måler hvor viktig spesifikke kriterier for å stoppe ritualer er. Skjemaet inneholder en liste over 12 stoppsignaler som er hentet ut fra OCD-basert kasusmateriale. En rangerer hvert stoppsignal på en skala fra 0 (ikke viktig i det hele tatt) til 4 (ekstremt viktig). Hvert ledd begynner med «Et viktig signal for når jeg kan stoppe mine ritualer er når...» og eksempel på ledd fra 1-12 er «Jeg har en sterk følelse av visshet» og «Jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe». Ifølge den metakognitive modellen hindrer disse tolv stoppsignalene pasienter i å utvikle et fleksibelt og funksjonelt forhold til sine tanker og følelser. Årsaken til dette er at stoppsignalene representerer interne følelser eller

idiosynkratiske regler fremfor mer objektive kriterier for styring av atferd. Test- retest reliabilitet for SSQ etter 3 måneder har vist seg å være akseptabel med en koeffisient på .62 i tillegg til at den interne konsistensen for spørreskjemaet ser ut til å være god (Myers et al., 2009). Cronbachs alfa-verdi i denne studien var .79.

Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) er et selvrapportskjema med 21 spørsmål som måler graden av affektive, kognitive, motivasjonsmessige, vegetative og psykomotoriske komponenter av depresjon. En rangerer skårer fra 0-3 på hvert av leddene i skjemaet. BDI har vist seg å være et reliabelt og valid mål på symptomtrykk for depresjon både i kliniske og i ikke-kliniske populasjoner (Beck, Steer & Garbin, 1988). Cronbachs alfa-verdi i denne studien var .81.

2.5 Oversikt over dataanalyser

En enveis ANOVA ble utført for å sammenligne mulige kjønnsforskjeller mellom pasient- og kontrollgruppe. Videre ble en t-test gjort for å teste om det var en signifikant forskjell på alder mellom pasientgruppen og kontrollgruppen. Hypotesen om at personer med symptomer på tvangslidelse som målt med OCI-R vil ha høyere skårer på bruk av stoppsignaler som målt med SSQ før og etter behandling enn personer uten symptomer på tvangslidelse ble testet ved å foreta t-tester mellom pasienter og kontrollgruppen på OCI-R og SSQ-skårer. Cohens *d* (Cohen, 1988) ble brukt som mål på effektstørrelse for å undersøke størrelsen på denne forskjellen.

For å undersøke hvilke stoppsignaler som ble mest brukt i de ulike undergruppene av tvangslidelse ble en cut-off skåre på 8 eller mer på undergruppeskalaene i OCI-R brukt som kriterium for om en enkelt pasient klassifiserte som en av undergrupperingene av tvangslidelse (Abramowitz, Tolin & Diefenbach, 2005). Ut i fra denne klassifiseringen ble

fordelingen i pasientgruppen som følger: 67.9 % tvangsmessige tenkere, 45.3 % vaskere, 41.5 % sjekkere, 28.3 % tellere, 24.5 % ryddere og 15.1 % samlere. Totalt sett overstiger prosenttallet 100 % ettersom mange av pasientene møtte kriteriene for mer enn en undergruppe samtidig. Deretter ble t-tester utført mellom de som falt innenfor de ulike undergrupperingene og resten av pasientgruppen for å teste om det var en signifikant forskjell mellom gruppene.

Regresjonsanalyser ble utført for å teste hypotesene om at stoppsignaler og symptomer på tvangslidelse før og etter behandling med eksponering og responsprevensjon vil være relaterte til hverandre. En eksplorerende «forward regression» metode ble brukt og avhengige variabler i de forskjellige regresjonsanalysene var totalskårer på OCI-R og undergruppeskårer på OCI-R både før og etter behandling. Uavhengige variabler var de ulike leddene i SSQ før og etter behandling. Til slutt ble regresjonsanalyser utført for å teste om totalskårer på SSQ før behandling var signifikant relatert med totalskårer (og undergruppeskårer) på OCI-R etter behandling. En hierarkisk regresjonsmetode ble brukt og variablene ble lagt inn med på OCI-R (og undergruppeskårer) før behandling på steg en, BDI før behandling på steg to, totalskårer på SSQ før behandling på steg tre og OCI-R (og undergruppeskårer) som avhengig variabel.

3. Resultater

3.1 Pasienter vs. kontroller

Innledende t-tester viste at det ikke var en signifikant effekt av kjønn eller alder hos de med symptomer på tvangslidelse og de uten symptomer på tvangslidelse før behandling. Videre t-tester viste at det var signifikante forskjeller i SSQ-skårer og i skårer på OCI-R mellom pasienter og kontrollgruppen. Effektstørrelsene var alle store med verdier fra .84 til 2.48, med

unntak av en i overkant av moderat stor effektstørrelse (.60) på SSQ 6. Tabell 1 viser sammenligning av pasienter og kontrollgruppe på kjønn, alder, totalskårer på OCI-R og totalskårer og enkeltledd på SSQ før behandling.

Tabell 1.

Sammenligning av pasienter og kontrollgruppe.

	Tvangslidelse (N = 53)		Kontroll (N = 53)		<i>T</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	M	SD	M	SD			
Kvinner	73.5 %		60.4 %		<i>f</i> = 1.45	.231	
Alder	34.36	12.74	34.60	10.97	-.101	.92	
OCI-R- total	32.68	13.16	7.38	5.86	12.79	.000	2.48
SSQ-total	2.44	.74	.69	.70	12.49	.000	2.43
SSQ 1	3.17	1.08	1.00	1.24	9.63	.000	1.87
SSQ 2	2.49	1.37	.34	.59	10.52	.000	2.04
SSQ 3	1.81	1.52	.11	.38	7.90	.000	1.53
SSQ 4	2.40	1.54	.55	1.05	7.24	.000	1.40
SSQ 5	3.21	1.08	.77	1.10	1.48	.000	2.24
SSQ 6	1.70	1.44	.92	1.16	3.05	.003	.60
SSQ 7	2.97	1.19	1.30	1.38	6.65	.000	1.30
SSQ 8	2.43	1.46	.85	1.15	6.20	.000	2.20
SSQ 9	2.62	1.36	.62	1.08	8.38	.000	1.63
SSQ 10	2.70	1.35	.60	.91	9.37	.000	1.82
SSQ 11	1.62	1.39	.57	1.08	4.37	.000	.84
SSQ 12	2.11	1.48	.58	.95	6.34	.000	1.23

Merknad. OCI-R = Obsessive Compulsive Inventory-Revised, SSQ = Stop Signal Questionnaire.

3.2 De mest brukte stoppsignaler i de ulike undergruppene av tvang

Tabell 2 viser hvilke stoppsignaler som ble brukt mest av de ulike undergrupperingene av tvangslidelse i forhold til resten av pasientgruppen etter å ha brukt en cut off på 8 (Abramowitz, Tolin & Diefenbach, 2005). Deretter ble t-tester utført mellom de som falt innenfor de ulike undergrupperingene og resten av pasientgruppen.

Tabell 2.

Oversikt over hvilke stoppsignaler som blir mest brukt i de ulike undergruppene av tvang.

	Vaskere (N=24)		Tenkere (N=36)		Samlere (N=8)		Ryddere (N=13)		Sjekkere (N=22)		Tellere (N=15)		Total	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Visshet	3.4	.9	3.0	1.1	3.4	1.0	2.9	1.4	3.4	.8	3.3	1.0	3.2	1.0
Rekkefølge	2.7	1.4	2.6	1.4	2.8	1.3	3.5***	.8	2.4	1.2	3.3***	.7	2.9	1.1
Antall ganger	1.8	1.6	2.1*	1.4	2.0	1.4	2.5	1.5	2.4*	1.3	3.5*	.5	2.4	1.3
Ingen negativ tanke/følelse	2.5	1.5	2.8*	1.5	3.5***	.5	2.6	1.4	3.0*	1.3	3.1*	1.3	2.9	1.3
Indre følelse	3.5	.7	3.3	1.1	3.9**	.4	3.8*	.8	3.4	.8	3.3	.9	3.5	.8
Erstattet uønsket tanke	2.0	1.4	1.7	1.5	1.4	1.4	1.9	1.3	1.5	1.3	1.9	1.5	1.7	1.4
Føler sinnsro	3.0	1.1	3.0	1.3	3.4	.7	3.6*	.7	3.2	.9	3.6*	.5	3.3	.9
Ingen bekymringer	2.6	1.4	2.5	1.4	2.1	1.6	2.7	1.6	2.5	1.3	3.0	1.2	2.6	1.4
Komplett hukommelse	2.5	1.3	2.5	1.4	3.3	.9	2.9	1.5	2.9	1.2	2.3	1.5	2.7	1.3
Følelse av perfekt	2.6	1.4	2.8	1.3	2.9	1.4	3.4*	1.3	3.0	1.0	3.3*	.9	3.0	1.2
Beroliget av andre	1.5	1.4	1.4	1.4	1.3	1.3	1.8	1.6	1.7	1.5	1.7	1.5	1.6	1.5
Ingen hull i hukommelse	1.9	1.5	2.0	1.5	2.6	1.5	2.5	1.8	2.6*	1.3	2.0	1.7	2.3	1.6
Total snitt	2.5	1.3	2.5	1.4	2.7	1.1	2.9*	1.3	2.7	1.1	2.9*	1.0		

Merknad. * $p < .05$, ** $< .01$, *** $< .001$ for undergruppering av OCI-R versus gjenpart i pasientutvalget.

0=Ikke viktig i det hele tatt, 1=Noe viktig, 2=Moderat viktig, 3=Veldig viktig, 4=Ekstremt viktig.

For vaskere var det ingen signifikante forskjeller i bruk av stoppsignaler forhold til resten av utvalget. De ulike stoppsignalene som ble brukt hadde skårer som gikk fra 1.5 («beroliget av andre») til 3.5 («indre følelse»). Vaskere rangerte med andre ord stoppsignaler fra mellom «noe viktig/moderat viktig» til mellom «veldig viktig/ekstremt viktig».

Tvangsmessige tenkere rangerte stoppsignalene «jeg har utført mine ritualer et spesifikt antall ganger» og «jeg har vært i stand til å utføre mine ritualer uten å ha en negativ tanke eller ubehagelig følelse» som signifikant viktigere enn pasientgruppen. Tenkere rangerte stoppsignaler fra å være noe viktige («beroliget av andre») til å være veldig viktige («indre følelse») med skårer fra 1.4 til 3.3.

Samlere rangerte stoppsignalene «jeg har vært i stand til å utføre mine ritualer uten å ha en negativ tanke eller ubehagelig følelse» og «jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe» som signifikant viktigere enn resten av pasientgruppen. Samlere rangerte stoppsignaler fra å være noe viktige («beroliget av andre») til å være opp mot ekstremt viktige («indre følelse») med skårer fra 1.3 til 3.9.

Ryddere rangerte stoppsignalene «jeg har utført mine ritualer i korrekt rekkefølge», «jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe», «jeg føler sinnsro», «jeg har følelsen av å ha gjort det perfekt» som signifikant viktigere enn resten av pasientgruppen. Det samme gjaldt denne gruppens gjennomsnittsskårer. Ryddere rangerte stoppsignaler fra å være opp mot moderat viktige («beroliget av andre») til å være opp mot ekstremt viktige («indre følelse») med skårer fra 1.8 til 3.8.

Sjekkere rangerte stoppsignalene «jeg har utført mine ritualer et spesifikt antall ganger», «jeg har vært i stand til å utføre mine ritualer uten å ha en negativ tanke eller ubehagelig følelse», samt «jeg har ingen hull i min hukommelse» som signifikant viktigere enn resten av pasientgruppen. Sjekkere rangerte stoppsignaler fra å være mellom noe viktige

og moderat viktige («erstattet uønsket tanke») til i overkant av veldig viktige («indre følelse» og «visshet») med skårer fra 1.5 til 3.4.

Tellere rangerte stoppsignalene «jeg har utført mine ritualer i korrekt rekkefølge», «jeg har utført mine ritualer et spesifikt antall ganger», «jeg har vært i stand til å utføre mine ritualer uten å ha en negativ tanke eller ubehagelig følelse», «jeg føler sinnsro», «jeg har en følelse av å ha gjort det perfekt» som signifikant viktigere enn resten av pasientgruppen. Det samme gjaldt denne gruppens gjennomsnittsskårer. Tellere rangerte stoppsignaler fra å være mellom noe viktige og moderat viktige («beroliget av andre») til å være mellom veldig viktige og ekstremt viktige («føler sinnsro») med skårer fra 1.7 til 3.6.

Når det gjelder totalskårer for hele pasientgruppen ble stoppsignalene «jeg har blitt beroliget av andre at jeg kan stoppe» og «jeg har erstattet den uønskede tanken med et positivt bilde» rangert som minst betydningsfulle. Stoppsignalene «jeg har følelsen av å ha gjort det helt perfekt», «jeg har en sterk følelse av visshet», «jeg føler sinnsro» og «jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe» ble alle rangert som veldig viktige.

3.3 Stoppsignalers relasjon til symptomer før og etter behandling

Regresjonsanalyser ble gjort for å se på sammenhengen mellom stoppsignaler og symptomer på tvangslidelse før og etter behandling for hele pasientgruppen og for undergruppene av tvangslidelse. Disse analysene viste i hovedsak to konsekvente funn: stoppsignalet SSQ 5 («jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe») var en relatert til totalskårer på symptomer både før og etter behandling, mens stoppsignalet SSQ 3 («jeg har utført mine ritualer et spesifikt antall ganger») var relatert til symptomer både før og etter behandling for tellere. De resterende signifikante funnene var ikke like konsekvente både før og etter behandling. Stoppsignalet SSQ 2 («jeg har utført mine ritualer i korrekt rekkefølge») var relatert til symptomer både før og etter behandling.

var relatert til vaskere etter behandling og for ryddere før behandling. Stoppsignalet SSQ 3 («jeg har utført mine ritualer et spesifikt antall ganger») var relatert til de totale symptomskårer, for tvangsmessige tenkere og for sjekkere før behandling. Stoppsignalet SSQ 4 («jeg har vært i stand til å utføre mine ritualer uten å ha en negativ tanke eller ubehagelig følelse») var relatert til de totale symptomskårer, samlere og tellere før behandling, samt for tvangsmessige tenkere etter behandling. Stoppsignalet SSQ 5 («jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe») var relatert til vaskere og ryddere før behandling, mens det var relatert til samlere og sjekkere etter behandling. Stoppsignalet SSQ 6 («jeg har erstattet den uønskede tanken med et positivt bilde») var relatert til sjekkere etter behandling, da i negativ retning. Stoppsignalet SSQ 7 («jeg føler sinnsro») var etter behandling relatert til de totale symptomene og for sjekkere, samt i negativ retning for vaskere. Stoppsignalet SSQ 8 («jeg har ingen bekymringer om at dårlige ting vil skje») var i negativ retning relatert til samlere og sjekkere etter behandling. Stoppsignalet SSQ 10 («jeg har følelsen av å ha gjort det perfekt») var etter behandling relatert til ryddere, og i negativ retning for sjekkere. Stoppsignalet SSQ 11 («jeg har blitt beroliget av andre at jeg kan stoppe») var relatert til både vaskere og tvangsmessige tenkere etter behandling. Stoppsignalet SSQ 12 («jeg har ingen hull i min hukommelse») var relatert til sjekkere før behandling. Stoppsignalene SSQ 1 («jeg har en sterk følelse av visshet») og SSQ 9 («jeg har komplett hukommelse for mine handlinger») var ikke relatert til noen av gruppene verken før eller etter behandling.

Alle stoppsignalene unntatt to var relatert til symptomer på tvangslidelse enten før eller etter behandling, men funnene var lite konsekvente ved at det bare var to stoppsignaler som var relaterte til symptomer både før og etter behandling, nemlig SSQ 5 for de totale symptomskårer og SSQ 3 for undergruppen tellere.

Tabell 3: Betaverdier fra regresjonsanalyser som viser sammenhengen mellom SSQ og OCI-R før og etter behandling.

	Total		Vaskere		Tenkere		Samlere		Ryddere		Sjekkere		Tellere	
	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post	Pre	Post
SSQ 1														
SSQ 2				.50**					.46***					
SSQ 3	.41***				.35**						.35**		.68***	.69***
SSQ 4	.23**					.39**	.33*						.19 *	
SSQ 5	.36***	.41*	.31*					.68***	.28*			.71***		
SSQ 6												.76***		
SSQ 7		.36*		-.38*										
SSQ 8														
SSQ 9														
SSQ 10										.53***				-.50**
SSQ 11				.47**		.36**								
SSQ 12												.33*		
SSQ T	.52***	.85***	.36**		.56***				.44**	.51***	.40**	.48***	.43**	.40**

Merknad. * < .05, ** < .01, *** < .001. SSQ = Stop Signal Questionnaire, SSQ T = totalskårer SSQ.

Regresjonsanalyser ble også utført for å se om totalskårer på SSQ før og etter behandling var relatert til totalskårer og undergruppeskårer på OCI-R. Med unntak av vaskere og tenkere (skårer før behandling) samt for samlere, var totalskårer på SSQ relatert til symptomskårer (total og undergruppe) både før og etter behandling.

3.4 Stoppsignalers påvirkning på utfallet av behandling

En regresjonsanalyse ble utført for å teste om totalskårer på SSQ før behandling var signifikant relatert til totalskårer på OCI-R etter behandling. I følge første steg i modellen var totalskårer på OCI-R en signifikant prediktor og forklarte 25.8 % av variansen av totalskårer på OCI-R etter behandling. På steg to forklarte depressive symptomer som målt før behandling 5.7 % ekstra, mens stoppsignaler igjen bidro med 6.9 % på steg tre. Totalt forklarte OCI-R, BDI og SSQ 38.4 % av variansen av totalskårer på OCI-R etter behandling. Når alle variabler ble inkludert i ligningen var depresjon $\beta = .29$, $p = .026$ og stoppsignaler $\beta = .31$, $p = .024$ signifikante prediktorer for OCI-R etter behandling, mens totalskårer på OCI-R før behandling ikke var signifikant. Det ble også utført regresjonsanalyser for å teste om SSQ var en signifikant prediktor for undergruppeskårer på OCI-R etter behandling. En «enter» metode ble brukt og variablene ble lagt inn hierarkisk med undergruppeskårer på OCI-R før behandling på steg en, BDI før behandling på steg to, totalskårer på SSQ før behandling på steg tre og hver undergruppeskåre på OCI-R som avhengig variabel. Stoppsignaler var imidlertid ikke en signifikant prediktor for undergruppeskårer på OCI-R etter behandling.

4. Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke og teste stoppsignalers rolle hos pasienter diagnostisert med tvangslidelse for å se om pasienter med tvangslidelse faktisk brukte stoppsignaler i en signifikant større grad enn kontrollgruppen uten tvangslidelse gjorde, hvilke stoppsignaler pasientene brukte, hvordan stoppsignaler hang sammen med symptomer på tvangslidelse og hvilken påvirkning stoppsignaler hadde på utfallet av behandling med ERP.

Den første hypotesen ble støttet da t-tester viste at det var signifikante forskjeller i samtlige SSQ-skårer, både totalskårer og på enkeltleddene, samt en signifikant forskjell i skårer på OCI-R. Dette betyr at pasienter faktisk benytter seg av stoppsignaler i større grad enn det personer som ikke har tvangslidelse gjør. Dette er i tråd med Wahl, Salkovskis & Cotter (2008) sin studie der de fant at tvangsvaskere brukte subjektive kriterier slik som «det føles rett» for å avslutte håndvasking oftere, og rangerte dem som viktigere enn kontrollgruppen gjorde.

Et av målene med studien var å undersøke hvilke stoppsignaler som ble mest brukt i de seks ulike undergruppene av tvangslidelse som oppgaven tar for seg, nemlig vaskere, tvangsmessige tenkere, samlere, ryddere, sjekkere og tellere. T-tester på undergruppene og gjenparten av utvalget viste at det var signifikante forskjeller der alle undergruppene unntatt vaskere skilte seg signifikant i bruken av stoppsignaler fra resten av pasientgruppen. Ryddere og tellere hadde flest stoppsignaler som de brukte signifikant mer enn resten av pasientgruppen i tillegg til at de også hadde signifikant høyere totalskårer på bruk av stoppsignaler. Det var fire stoppsignaler som gjennomsnittlig sett ble rapportert som «veldig viktig» eller mer. Disse fire stoppsignalene omhandler følelse av trygghet, sinnsro, visshet eller følelsen av å ha gjort noe perfekt. Det å bli beroliget av andre eller å ha erstattet en uønsket tanke med et positivt bilde ble totalt sett rangert som minst viktig for alle pasientene. De fire stoppsignalene som blir rangert høyest totalt sett omhandler alle en *følelse* av noe for

pasienten. Dette fokuset på en følelse som en markør er i tråd med tidligere forskning som har foreslått at for eksempel sjekkere fortsetter med sine tvangshandlinger helt til de oppnår en *følelse* av å ha utført sjekkingen ”helt rett” (Ferrari, 1995; Leckman, Walker, Goodman, Pauls & Cohen, 1994).

Hypotesene som omhandlet at stoppsignaler og symptomer på tvangslidelse ville være relaterte til hverandre både før og etter behandling ble støttet, men det var ikke mange stoppsignaler som kun var begrenset til en undergruppe eller motsatt. Analysene viste i hovedsak to konsekvente funn: stoppsignalet SSQ 5 («jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe») var en signifikant prediktor for totalskårer på symptomer både før og etter behandling, mens stoppsignalet SSQ 3 («jeg har utført mine ritualer et spesifikt antall ganger») var en signifikant prediktor for symptomer både før og etter behandling for tellere. Dette tolkes dithen at dersom en bruker en indre følelse av trygghet som stoppsignal før behandling henger det sammen med hvor mye tvangssymptomene en har, og dess mer en bruker dette stoppsignalet etter behandling desto mer symptomer på tvangslidelse har en da. Dersom tellere bruker stoppsignalet som omhandler det å utføre sine ritualer et spesifikt antall ganger henger det sammen med hvor mye tvangssymptomene en har. Dette tolkes dithen at dersom tellere bruker det å utføre sine ritualer et spesifikt antall ganger som stoppsignal før behandling så henger dette sammen med de symptomene de har, og dess mer en bruker dette stoppsignalet etter behandling desto mer symptomer på tvangslidelse har en da. De resterende signifikante funnene var ikke konsekvente både før og etter behandling.

Til sist skulle denne studien undersøke i hvilken grad skårer på stoppsignaler før behandling kunne predikere utfallet av behandlingen. Etter at symptomer på tvangslidelse og depresjon målt før behandlingen hadde forklart henholdsvis 25.8 % og 5.7 % av variansen av totalskårer på OCI-R etter behandling, forklarte stoppsignaler 6.9 % i tillegg. Dette betyr at

dess mer stoppsignaler en bruker før behandling desto mer symptomer på tvangslidelse har en etter behandling. Men det er verdt å merke seg at stoppsignaler ikke forklarer veldig mye av variansen av symptomer etter behandling. Resultatene tyder på at det er vanskelig å predikere en stor del av hvordan det går med pasientene etter behandling ut i fra deres bruk av stoppsignaler før behandling. Stoppsignaler før behandling var ikke en signifikant prediktor for symptomer i de ulike undergruppene av tvangslidelse etter behandling.

Oppsummert viste denne studien hovedsakelig at pasienter med tvangslidelse faktisk benytter seg av stoppsignaler i større grad enn det personer i en kontrollgruppe uten tvangslidelse gjør, at det å bruke en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe (SSQ 5) er relatert til hvor mye symptomer en har på tvangslidelse både før og etter behandling og at det samme gjelder for tellere som bruker antall ganger de har utført et ritual som et stoppsignal. Generelt sett ser det ut til at jo mer stoppsignaler en bruker før behandling, desto mer symptomer på tvangslidelse har en etter behandling. Hvilke stoppsignaler som brukes mest av de ulike undergruppene varierer, mens et hovedtrekk total for hele pasientgruppen er at det er de stoppsignalene som baserer seg på følelsesmessige kriterier som totalt sett blir rangert som mest brukt, med SSQ 5 som det viktigste.

4.1 Begrensninger

Alle data i denne studien baserte seg på selvrappormål. Det er mange ulemper ved denne innsamlingsmetoden for data, blant annet fordi deltakere kan ha et ønske om å fremstå som noe annet enn det de er, at de har spesifikke responsstiler som i seg selv påvirker svarene de gir eller at de ikke har nok selvinnsikt til å gi korrekte svar (Matthews, Deary, & Whiteman, 2003).

Behandlingen som ble gitt var i hovedsak ERP. I tillegg ble metakognitive teknikker brukt i noen grad. Men det er usikkert hvordan og når disse metakognitive teknikkene har blitt brukt. I hvilken grad bruk av stoppsignaler ble jobbet med i terapi og om det eventuelt hadde noe å si for resultatene er det derfor vanskelig å si noe om.

I følge den metakognitive modellen for tvangslidelse (Wells, 1997, 2009) kan metakognisjoner forårsake symptomer på tvangslidelse. En kan ikke ut i fra denne studien si noe om det er stoppsignaler som fører til symptomer på tvangslidelse eller om det er symptomer på tvangslidelse som fører til bruk av stoppsignaler, bare hvorvidt de er relaterte til hverandre. Videre studier med andre design trengs for å avdekke eventuelle kausale relasjoner.

Antall deltakere i denne studien var 53, samt 53 som utgjorde en kontrollgruppe. Dette kan øke sannsynligheten for falske negative resultater, altså type 2 feil..

I denne studien ble spørreskjemaet SSQ brukt. Dette er et forholdsvis nytt og lite validert spørreskjema med relativt ukjente psykometriske kvaliteter. Allikevel har test- retest reliabilitet for SSQ etter 3 måneder vist seg å være akseptabel med en koeffisient på .62 i tillegg til at den interne konsistensen for spørreskjemaet ser ut til å være god (Myers et al., 2009).

4.2 Konklusjon

At stoppsignaler ser ut til å ha en plass i etiologien til tvangslidelse, at bruken av enkelte stoppsignaler er relatert til hvor mye symptomer en har og i hvilken grad en har effekt av behandling er av klinisk relevans. Dette fordi økt kunnskap om hvilke kriterier pasienter legger til grunn for å stoppe sine ritualer kan bidra til å skape stadig bedre behandlingsmetoder for personer med tvangslidelse. Det kan se ut til at det er de

stoppsignalene som baserer seg på følelsesmessige kriterier som totalt sett blir rangert som viktigst, fremfor mer konkrete stoppsignaler som for eksempel antall ganger en har utført et ritual eller hvorvidt bekymringer eller ubehagelige tanker er tilstede eller ikke. Martin et al., (1993) sin studie konkluderte med at deltakerne brukte humøret sitt i kombinasjon med en stoppregel som en markør for om de skulle fortsette eller avbryte oppgaven de holdt på med, i tillegg rapporterer sjekkere et signifikant høyere nivå av negativt humør enn ikke-sjekkere (Salkovskis, 1985). Dersom en drar paralleller fra Martin et al., (1993) sin studie kan en tenke seg at også personer med tvangslidelse tolker humøret sitt i relasjon til hvilken stoppregel de bruker. For eksempel kan det hende at en som bruker «jeg har en indre følelse som signaliserer at det er trygt å stoppe» som et stoppsignal vil tolke et positivt humør eller følelse som at det er trygt å stoppe og dermed avslutter tvangsatferden, mens han tolker et negativt humør eller følelse som at det ikke er trygt, og dermed starter/fortsetter tvangsatferden. I følge Myers et al., (2009) vil maladaptive kriterier for når et ritual skal stoppes gjøre symptomene verre både fordi disse kriteriene kan være vanskelig å oppnå og fordi de er upassende retningslinjer for atferd, slik som det å basere seg på å oppnå en følelse av noe før en avslutter et ritual. Dette hindrer utviklingen av et fleksibelt og mer funksjonelt forhold til tanker og følelser.

Wells (2009) mener at pasientene forsøker å avgjøre hvorvidt en situasjon er trygg i fravær av objektive bevis. Dette skjer fordi betydningen og faren ved å ha påtrengende tanker blir subjektivt avgjort av metakognisjoner, og at det ikke fins en objektiv trussel. I metakognitiv terapi (Wells, 1997, 2009) vil en blant annet utfordre pasienten på hvor hensiktsmessig det er å bruke et stoppsignal (for eksempel en *følelse* av sinnsro) som retningslinje for når et ritual skal avsluttes fremfor objektive kriterier (for eksempel å *se* at en har lukket vinduet). Et eksempel vil være å få pasienten til å skifte fra en gammel plan: «jeg sjekker at vinduet er lukket til jeg føler sinnsro, prøver å huske følelsen av det etterpå og ved

tvil forsøker jeg å gjenskape den følelsen» til en mer hensiktsmessig plan basert på objektive kriterier: «jeg fokuserer på å se at jeg har lukket vinduet, kutter ut all sjekking i etterkant, og ved tvil eller påtrengende tanker bruker jeg teknikker som detached mindfulness».

ERP er den behandlingsformen som hittil har blitt sett på som mest effektiv for behandling av tvangslidelse (Abramowitz, 1997). Denne studien støtter metakognisjoners rolle i tvangslidelse, samt metakognitiv terapi som en alternativ behandlingsform for tvangslidelse. Foreløpige resultater viser at metakognitiv terapi kan være en rask og effektiv behandling for tvangslidelse (Fisher & Wells, 2005, 2008).

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*, 44-52.
- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory- Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders, 20*, 1016-1035.
- Abramowitz, J. S., Tolin, D. F., & Diefenbach, G. J. (2005). Measuring change in OCD: Sensitivity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 27*, 317-324.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Bobes, J., Gonzalez, M. P., Bascaran, M. T., Arango, C., Saiz, P. A., & Bousoño, M. (2001). Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry, 16*, 239-245.
- Borkovec, T. D., Shadick, R. N., & Hopkins, M. (1991). The nature of normal and pathological worry. In R. M. Rapee, & D. H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety:*

- Brown, T. A., DiNardo, P. A., & Barlow, D. (1994). *Anxiety disorders interview schedule* (4th ed.). Boulder, CO: Graywind Publications.
- Brown, H. D., Kosslyn, S. M., Breiter, H. C., Baer, L., & Jenike, M. A. (1994). Can patients with obsessive-compulsive disorder discriminate between percepts and mental images – a signal detection analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 445-454.
- Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 29-51). New York, NY: Guilford Press.
- Christianson, S. A., & Nilsson, L. G. (1984). Functional amnesia as induced by a psychological trauma. *Memory & Cognition, 12*, 142-155.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Australian Psychologist, 28*, 161-167.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Rheume, J. (2003). "Not just right experiences": perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 681-700.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., Jackel, L., & Barlow, D. H. (1989). Qualitative dimensions of worry in DSM-III-R generalized anxiety disorder subjects and nonanxious controls. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 397-402.
- Davey, G. C. L., & Levy, S. (1998). Catastrophic worrying: Personal inadequacy and a perseverative iterative style as features of the catastrophizing process. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 576-586.

- Davey, G. C. L., Startup, H. M., Zara, A., MacDonald, C. B., & Field, A. P. (2003). The perseveration of checking thoughts and mood-as-input hypothesis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 34*, 141-160.
- Desilva, P., & Menzies, R. G. (2003). *Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment*. CA: Wiley.
- Emmelkamp, P. M. G., & Aardema, A. (1999). Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behaviour. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 6*, 139-145.
- Ferrari, J. R. (1995). Perfectionism cognitions with nonclinical and clinical-samples. *Journal of Social Behavior and Personality, 10*, 143-156.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). Experimental modification of beliefs in obsessive compulsive disorder: A test of the metacognitive model. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 821-829.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 117-132.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and metacognitive monitoring: a new area of cognitive developmental inquiry. *American Psychologist, 34*, 906-911.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*, 485-496.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: Client workbook*. New York: Graywind Publications.
- Frost, R. O., Sher, K. J., & Geen, T. (1986). Psychopathology and personality-characteristics of nonclinical compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, *24*, 133-143.
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, *16*, 729-773.
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in 5 united-states communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094-1099.
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *153*, 783-788.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*, 509.
- Leckman, J. F., Walker, D. E., Goodman, W. K., Pauls, D. L., & Cohen, D. J. (1994). Just right perceptions associated with compulsive behavior in tourettes-syndrome. *American Journal of Psychiatry*, *151*, 675-680.
- MacDonald, C. B., & Davey, G. C. L. (2005). A mood-as-input account of perseverative checking: the relationship between stop rules, mood and confidence in having checked successfully. *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 69-91.

- Martin, L. L., & Davies, B. (1998). Beyond hedonism and associationism: A configural view of the role of affect in evaluation, processing, and self-regulation. *Motivation and Emotion*, 22, 33-51.
- Martin, L. L., Ward, D. W., Achee, J. W., & Wyer, R. S. (1993). Mood as input-people have to interpret the motivational implications of their moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 317-326.
- Matthews, G., Deary, I. J., & Whiteman, M. C. (2003). *Personality traits* (2nd ed.). Cambridge: The University Press.
- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis – Cognitive-behavioural formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333-348.
- McNally, R. J., & Kohlbeck, P. A. (1993). Reality monitoring in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 249-253.
- Metzner, J. (1963). In: S. Rachman, & I. Hodgson, (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Myers, S. G., Fisher, P. L., & Wells, A. (2009). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 436-442.
- Parkin, R. (1997). Obsessive-compulsive disorder in adults. *International Review of Psychiatry*, 9, 73-81.

- Persons, J. B., & Foa, E. B. (1984). Processing of fearful and neutral information by obsessive compulsives. *Behaviour Research and Therapy*, *22*, 259-265.
- Rachman, S. (1976). Obsessional-compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *14*, 269-277.
- Rachman, S., & Desilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *16*, 233-248.
- Rachman, S. & Hodgson, I. (1980). *Obsessions and compulsions*. New Jersey: Prentice-hall Inc.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, *31*, 149-154.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 385-401.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 813-822.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical-features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *15*, 743-758.
- Rassin, E., Cogle, J. R., & Muris, P. (2007). Content difference between normal and abnormal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2800–2803.
- Reed, G. F. (1985). *Obsessional experience and compulsive behaviour: a cognitive-structural approach*. Toronto, Orlando: Academic Press.

- Rheaume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1994). Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder – Psychometric studies of a semiidiographic measure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 16*, 265-276.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems – a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy, 23*, 571-583.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions – a replication. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 549-552.
- Sher, K. J., Frost, R. O., Kushner, M., Crews, T. M., & Alexander, J. E. (1989). Memory deficits in compulsive checkers – replication and extension in a clinical-sample. *Behaviour Research and Therapy, 27*, 65-69.
- Sher, K. J., Mann, B., & Frost, R. O. (1984). Cognitive dysfunction in compulsive checkers – further explorations. *Behaviour Research and Therapy, 22*, 493-502.
- Sica, C., Steketee, G., Ghisi, M., Chiri, L. R., & Franceschini, S. (2007). Metacognitive beliefs and strategies predict worry, obsessive-compulsive symptoms and coping styles: A preliminary prospective study on an Italian non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 14*, 258-268.
- Solem, S., Hansen, B., Vogel, P. A., & Kennair, L. E. O. (2009). The efficacy of teaching psychology students exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder. *Scandinavian Journal of Psychology, 50*, 245-250.
- Solem, S., Hjemdal, O., Vogel, P. A., & Stiles, T. C. (2010a). A Norwegian version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Psychometric properties. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 509-516.

- Solem, S., Håland, A. 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*, 301-307.
- Solem, S., Myers, S. G., Fisher, P. L., Vogel, P. A., & Wells, A. (2010b). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 79-86.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., Amir, N., Street, G. P., & Foa, E. B. (2001). Memory and memory confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *39*, 913-927.
- Vasey, M. W., & Borkovec, T. D. (1992). A catastrophising assessment of worrisome thoughts. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 505-520.
- 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*, 143-161.
- Watkins, E., & Mason, A. (2002). Mood as input and rumination. *Personality and Individual Differences*, *32*, 577-587.
- Watts, F. N. (1995). An information-processing approach to compulsive checking. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *2*, 69-77.
- Wilson, K. A., & Chambless, D. L. (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, *37*, 325-335.

- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: a clinical perspective*. Hove, UK: Erlbaum.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- World Health Organization (2008). *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (13th ed.). Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

