

# Metakognitive profiler ved hørselshallusinasjoner og OCD

Thea Marie Rørvik

Hovedoppgave i psykologi

Trondheim, oktober 2013

Veileder Stian Solem

## **Forord**

Temaet for denne hovedoppgaven valgte jeg fordi jeg har en interesse for psykopatologiske prosesser på tvers av lidelser og metakognitiv teori og -terapi, og for angst- og psykosesyntomer. Jeg fikk tilgang til data fra tidligere studier og belyste temaet gjennom en empirisk undersøkelse. Mitt arbeid med oppgaven har bestått i å tilpasse utvalget til den aktuelle problemstillingen utfra symptom mål i datamaterialet og gjennomføre statistiske analyser i SPSS. Videre har jeg gjennomført en litteraturgjennomgang av de eksisterende studier som har brukt tilsvarende mål og utvalg, og slått sammen resultatene fra disse. Samlede metakognitive profiler for pasienter med tvangslidelse og hørselshallusinasjoner fra tidligere publiserte studier ble identifisert, og sammenlignet med resultatene fra denne undersøkelsen.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Stian Solem som har gitt meg raske, konkrete og nyttige tilbakemeldinger og god oppmuntring underveis i arbeidet med oppgaven. Jeg vil også takke Stian Solem og Roger Hagen for å ha gitt meg tilgang til data fra tidligere studier. Til slutt vil jeg takke Liv Marit Rørvik og Ida Brevik for korrekturlesning og innspill.



**Innholdsfortegnelse**

<b>Sammendrag</b> .....	5
<b>Innledning</b> .....	7
Kognitive modeller for HH og OCD .....	8
Den metakognitive modellen .....	10
Forskning på hallusinasjoner og metakognisjon .....	12
Forskning på OCD og metakognisjon .....	13
Problemstilling .....	13
Hypoteser .....	14
<b>Metode</b> .....	15
Deltakere og prosedyre .....	15
Gruppe 1) Hørselshallusinasjoner (N=16) .....	15
Gruppe 2) OCD (N=21) .....	16
Gruppe 3) Kontrollgruppe (N=20) .....	17
Demografiske variabler .....	17
Instrumenter .....	18
Analyser .....	18
Sammenslåing av tidligere studier .....	18
<b>Resultater</b> .....	19
Sammenligning av gruppene på metakognitive variabler .....	19
Sammenligning med og av tidligere studier .....	20
<b>Diskusjon</b> .....	22
Behov for kontroll .....	23
Antagelser om ukontrollerbarhet og fare .....	24
Tiltro til egen hukommelse .....	25
Positive metaantagelser .....	26
Kognitiv selvbevissthet .....	26
Metakognitiv profil for OCD og HH .....	27
Metodologiske begrensninger .....	29
Implikasjoner .....	31
Konklusjon .....	32
<b>Referanser</b> .....	33
<b>Appendiks</b> .....	39
Appendiks 1 .....	39



### Sammendrag

Både tvangslidelse (OCD) og hørselshallusinasjoner (HH) kjennetegnes av påtrengende kognisjoner som individet ikke klarer å kontrollere. Ifølge den metakognitive modellen (Wells & Matthews, 1996) vil dysfunksjonelle metakognisjoner være det som ligger til grunn for negative vurderinger av og opplevd manglende kontroll over mentale hendelser som tvangstanker eller HH. Denne studien undersøkte metakognisjoner hos pasienter med OCD ( $n=21$ ) og pasienter med HH ( $n=16$ ) sammenlignet med en kontrollgruppe ( $n=20$ ) for å se om metakognisjon kan være en felles psykopatologisk faktor for de to pasientgruppene.

Resultatene viste i tråd med prediksjonen at det ikke var noen signifikante forskjeller mellom de kliniske gruppene på metakognitive faktorer, og at begge gruppene skåret signifikant høyere enn kontrollgruppen på metakognitive antagelser knyttet til behov for å kontrollere tanker og ukontrollerbarhet og fare knyttet til tanker og bekymringer. I motsetning til prediksjonen viste imidlertid resultatene at HH-gruppen, men ikke OCD-gruppen hadde lavere tiltro til egen hukommelse enn kontrollgruppen. En sammenslåing av resultater fra tidligere studier som har sammenlignet pasienter med HH eller OCD med friske kontroller ga i hovedsak støtte til ideen om at disse pasientene har en lignende metakognitiv profil.

Resultatene av den foreliggende studien er i tråd med en økende mengde forskning som viser at dysfunksjonelle metakognisjoner er knyttet til psykopatologi, og antyder at dette også kan gjelde for psykotiske symptomer som HH. En mulig implikasjon av resultatene er at det å utfordre metaantagelser vil kunne være nyttig i behandling av HH.

Nøkkelord: hørselshallusinasjoner, OCD, tvangstanker, metakognitiv, kognitiv



### **Innledning**

Tvangslidelse (OCD) og schizofreni har et betydelig overlapp gjennom at de rammer begge kjønn forholdsvis likt, har et kronisk forløp og en liknende distribusjon av debutalder (Poyurovsky og Koran, 2005). Både OCD og hørselshallusinasjoner (HH) hos pasienter med schizofreni karakteriseres av påtrengende kognisjoner som individet ikke klarer å kontrollere (Badcock, Waters & Maybery, 2007). Tvangssymptomer hos pasienter med schizofreni er ikke uvanlig og prevalenstill varierer fra 3-59.2% i litteraturen, noe som kan forklares med ulike definisjoner av tvangsfenomener, ulike diagnostiske kriterier, institusjonaliserte versus polikliniske pasienter, samt at man har inkludert pasienter i ulike sykdomsfaser (Poyurovsky & Koran, 2005). På den andre siden er schizotype tendenser funnet hos en undergruppe av pasienter med OCD (Sobin, Blundell, Weiller, Gavigan, Haiman, & Karayiorgou, 2000). Uansett sammenfaller tvangs- og schizofrenisymptomer hos en større del av pasienter enn det som ville kunne forventes utfra generell prevalens i befolkningen (Poyurovsky et al., 2012).

Mange diagnoser har overlappende symptomer og det kan argumenteres for at dagens kategoriske diagnosesystem ikke tar høyde for felles psykopatologiske prosesser (Hagen, Johnson, Rognan & Hjemdal, 2012). Komorbide symptomer er ofte regelen heller enn unntaket hva psykiske lidelser angår. Ulike angstlidelser vil ha mange fellestrekk, men det er også sannsynlig at psykotiske og nevrotiske lidelser deler felles opprettholdende faktorer (Garety & Freeman, 2003). Ifølge den metakognitive modellen (Wells & Matthews, 1996; Wells, 2009) vil dysfunksjonelle metakognisjoner være en slik felles faktor for psykiske vansker. Hovedhensikten med denne hovedoppgaven er å se nærmere på likheter og forskjeller i metakognisjoner hos pasienter med OCD, pasienter med HH og en kontrollgruppe for å se om spesifikke dysfunksjonelle metakognisjoner kan være en felles faktor for de to kliniske gruppene.

En hallusinasjon kan defineres som:



## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

en bevisst sensorisk opplevelse i fravær av en korresponderende ekstern stimulering av det relevante sanseorgan og som har tilstrekkelig følelse av realitet til å ligne en ekte/faktisk persepsjon. I tillegg føler ikke subjektet at han eller hun har direkte eller villet kontroll over opplevelsen (David, 2004, sitert av Aleman & Larøi, 2008, s. 23).

HH er sterkt assosiert med diagnosen schizofreni, og opptil 75% med diagnosen rapporterer HH (Kinderman, 2011). Fenomenet forekommer også ved andre psykiske lidelser (WHO, 1992), og HH og hallusinasjonslignende fenomener oppleves av et betydelig antall i den generelle befolkningen (Kinderman, 2011). Moritz og Larøi (2008) fant at så mange som 12% av en frisk kontrollgruppe og 15% av en gruppe med OCD rapporterte stemmehøring, noe som kan støtte antagelsen om at hørselshallusinasjoner er et normalfenomen. Det har blitt hevdet at hallusinasjoner eksisterer på et kontinuum med andre normale fenomener og at det som ser ut til å skille de som opplever hallusinasjoner som uproblematisk fra dem som opplever dem som problematiske er at førstnevnte opplever å ha kontroll over stemmene (Kinderman, 2011).

Hovedtrekket ved OCD er tilstedeværelse av tvangstanker og tvangshandlinger. Tvangstanker er påtrengende og plagsomme tanker som i de fleste tilfeller trigger tvangshandlinger som har til hensikt å nøytralisere bekymringer. Tankene oppleves mot individets vilje og som frastøtende og ego-dystone. Tvangshandlinger er repetitiv atferd, skjult (mentale handlinger som telling eller repetisjon) eller åpen (som vasking, sjekking eller organisering), som har som formål å redusere angst eller ubehag og nøytralisere eller hindre uønskede hendelser (WHO, 1992).

### **Kognitive modeller for HH og OCD**

HH opptrer når kognitive hendelser ikke gjenkjennes av personen som indre genererte hendelser, men attribueres til en ytre kilde (Kinderman, 2011). Hvilke mekanismer som forårsaker denne feilattribusjonen er omdiskutert (Morrison, Haddock & Tarrrier, 1995), men

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

det foreligger evidens for at HH stammer fra feilattribuert indre tale (Kinderman, 2011). Kognitive atferdsmodeller for opprettholdelse av hørselshallusinasjoner antyder at måten hallusinasjonene fortolkes på kan forklare noe av ubehaget og den nedsatte funksjonsevnen som er forbundet med dem (Morrison & Baker, 2000; Morrison, Nothard, Bowe & Wells, 2004). Ifølge Morrison og kollegers (1995) modell for HH vil påtrengende kognisjoner som ikke er konsistente med individets metakognitive antagelser føre til kognitiv dissonans. Ved å feilattribuere påtrengende kognisjoner til en ekstern kilde vil den kognitive dissonansen reduseres, og det er dette som ifølge modellen fører til og opprettholder HH. Modellen er basert på en rekke likheter i form og innhold mellom generelle påtrengende kognisjoner og HH. Den antyder også at vurderinger av hallusinasjonene utløser atferdsmessige, emosjonelle og fysiologiske responser som kan bidra til opprettholdelse av HH (Morrison, 1998).

Kontinuumshypotesen for påtrengende tanker og tvangstanke ligger også til grunn for kognitive modeller for OCD. Disse modellene antar at individets forståelse av eller antagelser om normale påtrengende tanker står sentralt i utvikling og opprettholdelse av lidelsen. Prevalenstall for påtrengende tanker i ikke-kliniske utvalg varierer fra 41-100%, noe som blant annet kan tilskrives forskjeller i definisjonen av påtrengende tanker og tvangstanke samt andre metodologiske forskjeller (Berry & Laskey, 2012). Tvangstanke forekommer altså som normalfenomener, og det samme gjelder tvangshandlinger. Det avgjørende for hvorvidt det utvikler seg til OCD er graden av stress, ubehag eller forstyrrelse symptomene gir individet (Wells, 1997).

Felles for de kognitive modellene for OCD og HH omtalt ovenfor er at individets vurdering av påtrengende kognisjoner, herunder også stemmer, står sentralt. Ifølge den metakognitive modellen (Wells & Matthews, 1996) vil dysfunksjonelle metakognisjoner være det som ligger til grunn for de negative vurderingene av og opplevd manglende kontroll over mentale hendelser som tvangstanke eller HH.

### **Den metakognitive modellen**

”Metakognisjon refererer til psykologiske strukturer, kunnskap, hendelser og prosesser som er involvert i kontroll, modifikasjon og fortolkning av tankevirksomhet” (Wells & Cartwright-Hatton, 2004, s. 386). Metakognisjoner kan bidra til lite adaptive responsstiler som igjen bidrar til utvikling og opprettholdelse av psykologiske lidelser (Wells, 2009)

S-REF-modellen (the Self-Regulatory Executive Function model; Wells & Matthews, 1996) redegjør for de kognitive og metakognitive faktorene som opprettholder emosjonelle lidelser. Ifølge modellen er psykiske lidelser knyttet til en spesifikk uhensiktsmessig tankestil, kalt KOS (det kognitive oppmerksomhetssyndrom). KOS er ifølge S-REF modellen et resultat av feilaktige metakognitive antagelser, og to typer metakognisjoner bidrar til KOS; negative og positive metakognisjoner. Negative metakognitive antagelser dreier seg om ukontrollerbarhet, fare, viktighet og betydning av tanker. Positive metakognitive antagelser er knyttet til nytteverdien av grubling, bekymring, trusselmonitorering og kontrollstrategier (Wells, 2009). Syndromet omfatter en persevererende tankestil i form av aktiv bekymring og grubling, økt selvfokusert oppmerksomhet, trusselmonitorering, samt bruk av uhensiktsmessige mestrings- og selvreguleringsstrategier som tankeundertrykking og unngåelse. Trusselmonitorering gir en overdreven følelse av subjektiv fare og kan bidra til å øke påtrengende mentale opplevelser. Tankekontrollstrategier er på sin side problematiske fordi de forstyrrer normal emosjonell prosessering, og mislykket tankeundertrykkelse kan fortolkes som mangel på kontroll (Wells 2009). Tankeundertrykkelse har vært antatt å ha en viktig rolle i utvikling og opprettholdelse av OCD (Purdon, 2004) og har også blitt koblet til predisposisjon for hallusinasjoner (Jones & Fernyhough, 2006).

Ifølge Wells (2007) vil S-REF modellen antyde at HH er et produkt av metakognisjoner som kan gi opphav til opplevelsen av tanker som stemmer. Ut fra en slik modell ses stemmehøring som en mestringsstrategi eller ferdighet som senere blir objekt for

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

negativ fortolkning, noe som leder til aktivering av KOS og uhensiktsmessige kontrollstrategier (som for eksempel å prøve å øke godartede stemmer og undertrykke ondartede). Aktivering av KOS vil ifølge Wells tappe ressurser for fleksibel kognitiv kontroll og intensivere negative emosjoner, hvilket igjen vil øke frekvensen av negative påtrengende tanker. Den kognitive dissonansen beskrevet i Morrison et al. (1995) sin modell for HH kan her forklares som dissonans mellom positive og negative metaantagelser om stemmehøring.

Ifølge Wells (2009) metakognitive modell for OCD står to typer metakognisjoner sentralt: 'fusjons-antagelser' og 'antagelser om ritualer'. Fusjonsantagelser innebærer antagelser om at indre opplevelser kan ha en direkte påvirkning på egne handlinger (TAF; thought-action fusion), hendelser (TEF; thought-event fusion) eller objekter (TOF; thought-object fusion). Antagelser om ritualer er knyttet til nødvendigheten av å utføre ritualer og nøytraliserende handlinger, altså tvangshandlinger. Slike antagelser reflekterer ifølge Wells viktigheten av å kontrollere tanker, følelser og impulser.

En økende mengde studier støtter påstanden om at metakognisjoner er knyttet til psykiske lidelser (Wells, 2009). MCQ (The Metacognitions Questionnaire; Cartwright-Hatton & Wells, 1997) og kortversjonen MCQ-30 (Wells & Cartwright-Hatton, 2004) er utviklet på bakgrunn av S-REF modellen og måler dimensjoner av metakognisjon som antas å være av relevans for psykopatologi. De er selvrappportmål med henholdsvis 65 og 30 ledd som faller inn under fem faktorer: 1) Positive antagelser om bekymring (f.eks. 'å bekymre meg hjelper meg å unngå problemer i fremtiden'); 2) Negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare (f.eks. 'når jeg begynner å bekymre meg, kan jeg ikke stoppe'); 3) Tiltro til egen hukommelse (f.eks. 'jeg har en dårlig hukommelse'); 4) Behov for kontroll (f.eks. 'det er dårlig å tenke visse tanker') og 5) Kognitiv selvbevissthet, (f.eks. 'jeg holder oversikt over tankene mine').

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

Forhøyede skårer på metakognisjoner målt med MCQ og MCQ-30 har blant annet blitt assosiert med generalisert angst (GAD) og depresjon (Barahmand, 2009; Wells, 2009), psykotiske lidelser (Brett, Johns, Peters, & McGuire, 2009), hørselshallusinasjoner (Hill, Varese, Jackson & Linden, 2012; Morrison & Wells, 2003, Perona-Garcelán et al., 2012), tvangslidelse (OCD) (Barahmand, 2009; Cucchi et al, 2012; García-Montes et al., 2006), vrangforestillinger og panikkelidelse (Morrison & Wells, 2003).

### **Forskning på hallusinasjoner og metakognisjon**

Varese og Bentall (2011) utførte en serie meta-analyser for å samle empiriske funn gjort på assosiasjonen mellom hallusinasjoner og metakognitive antagelser i kliniske og ikke-kliniske utvalg. De fant små til moderate assosiasjoner mellom metakognisjoner og HH i kliniske utvalg og mer robuste assosiasjoner i ikke-kliniske utvalg. I en tilleggsanalyse bestående utelukkende av studier som hadde kontrollert for komorbide symptomer fant de at metakognisjoner var svakt assosiert med HH.

Fem studier har sammenlignet metakognisjoner målt med MCQ eller MCQ-30 hos pasienter med HH og friske kontroller. Selv om det var noe variasjon med hensyn til hvilke faktorer som skilte pasientene med HH fra friske kontroller fant samtlige av disse studiene at hallusinerende pasienter skåret signifikant høyere enn friske kontroller på faktorene 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare' og 'behov for kontroll' (Baker & Morrison, 1998; Garcia-Montes et al., 2006; Hill et al., 2012; Morrison & Wells, 2003; Perona-Garcelan et al., 2012). Tre av studiene fant at de også skåret høyere på positive metaantagelser (Baker & Morrison, 1998; Morrison & Wells, 2003; Perona-Garcelan, 2012).

Sammenligninger med kliniske kontrollgrupper har i hovedsak funnet at pasienter med HH skåret høyere enn ikke-hallusinerende pasienter med schizofreni på 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare' (Baker & Morrison, 1998; Morrison & Wells, 2003; Perona-Garcelan et al., 2012).

### **Forskning på OCD og metakognisjon**

Seks studier har vist signifikante forskjeller mellom OCD og friske kontroller på metakognisjoner målt med MCQ og MCQ-30. Også her var det en del variasjon med hensyn til hvilke faktorer som skilte gruppene i de ulike studiene, men pasientene med OCD skåret i likhet med pasienter med HH signifikant høyere enn friske kontroller på faktorene 'behov for kontroll' og 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare' i samtlige av studiene (Cucchi et al., 2012; García-Montes et al., 2006; Hermans et al., 2003; Hermans et al., 2008; Moritz et al., 2010; Önen et al., 2013). I tillegg fant alle unntatt én studie at pasientene med OCD hadde lavere tiltro til egen hukommelse (García-Montes et al., 2006; Hermans et al., 2003; Hermans et al., 2008; Moritz et al., 2010; Önen et al., 2013). Disse tre metakognitive faktorene ser dermed ut til nokså konsekvent å skille pasienter med OCD fra friske kontroller.

Noen av studiene ovenfor har også sammenlignet OCD med psykiatriske kontrollgrupper. Oppsummert skilte OCD-pasienter seg fra psykiatriske kontrollgrupper ved at de hadde høyere skårer på faktoren "behov for kontroll" i to av studiene (García-Montes et al., 2006; Hermans et al., 2008). To studier fant ingen særlig grad av forskjeller fra pasienter med schizofreni eller hørselshallusinasjoner (García-Montes et al., 2006; Moritz et al., 2010)

### **Problemstilling**

Så vidt forfatteren av denne studien kjenner til har kun en studie så langt sammenlignet metakognisjoner hos pasienter med HH og OCD. Studien sammenlignet pasienter med OCD, pasienter med HH, pasienter med schizofrenidiagnose som var friske fra eller aldri hadde hatt HH, kliniske kontroller og friske kontroller (García-Montes et al., 2006). Resultatene bekreftet delvis hypotesen om at pasienter med HH og OCD vil ha en lignende metakognitiv profil. Det var ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene på noen av faktorene på MCQ. Den største forskjellen mellom dem, dog ikke signifikant, var faktoren 'kognitiv selvbevissthet', der OCD, men ikke HH, skåret signifikant høyere enn begge

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

gruppene med schizofreni uten HH. Begge skåret signifikant høyere enn friske kontroller på 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare', og høyere enn både friske og kliniske kontroller på 'behov for kontroll'. Forfatterne av studien peker på at liknende profiler for pasienter med HH og OCD støtter Morrison og kollegers (1995) modell for HH.

Generelt ser man at tre av faktorene ved MCQ-30 ('negative antagelser om bekymring knyttet til ukontrollerbarhet og fare', 'tiltro til egen hukommelse' og 'behov for kontroll') har vist seg å være konsistent assosiert med psykologisk dysfunksjon, og disse spiller mest sannsynlig en viktig rolle i å predikere negative emosjoner (Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008). Enhver spesifisitet i forholdet mellom spesifikke metakognitive dimensjoner og spesifikke lidelser må imidlertid utforskes mer (Morrison og Wells, 2003). Det eksisterer per i dag ingen metakognitiv behandlingsmodell for HH. Metakognitive modeller har vist seg nyttige i behandling av en rekke psykiske lidelser (Wells, 2009), men det er behov for mer kunnskap om metakognisjoner og HH. Funn som indikerer likheter mellom OCD og HH på metakognitive dimensjoner vil kunne bidra i utviklingen av en metakognitiv modell for HH. Som tidligere nevnt har bare en studie så langt sammenlignet disse gruppene på metakognisjoner. Denne studien vil derfor se på likheter og forskjeller i metakognisjoner målt med MCQ-30 blant pasienter med OCD, pasienter med HH og friske kontroller.

**Hypoteser.** Følgende tre hypoteser er satt opp:

- 1) Det predikeres i samsvar med García-Montes og kollegers (2006) hypotese at de to kliniske gruppene vil ha en lignende metakognitiv profil. Dette er i tråd med en antagelse om at dysfunksjonelle metakognisjoner representerer en generell sårbarhetsfaktor for psykiske lidelser (Wells, 2009). Et slikt funn vil også kunne støtte tanken om felles psykopatologiske faktorer for OCD og HH.
- 2) OCD-gruppen vil skåre høyere enn friske kontroller på faktorene 'ukontrollerbarhet og fare', 'behov for kontroll og 'tiltro til egen hukommelse', i tråd med resultatene fra fem av de

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

seks ovennevnte studiene på OCD og metakognisjoner.

3) Når det gjelder HH-gruppen er det i motsetning til ved OCD bare to av fem studier som har funnet forskjeller fra friske kontroller når det gjelder 'tiltro til egen hukommelse'. Det predikeres derfor at HH-gruppa vil skåre høyere enn friske kontroller på to av faktorene i MCQ-30: 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare' og 'behov for kontroll'.

### Metode

#### Deltakere og prosedyre

**Gruppe 1) Hørselshallusinasjoner (N=16).** 19 respondenter ble i utgangspunktet hentet fra to tidligere studier. Ni av deltakerne ble hentet fra hovedoppgaven "Mot en metakognitiv forståelse av hørselshallusinasjoner" (Klæth & Høy, 2009). Disse ble rekruttert fra døgnavdelinger og poliklinikker innen Helse Midt-Norge. Samtlige hadde en diagnose innen psykospekteret og pasientene måtte ha hørt stemmer i minst 6 måneder. Pasienter som var svært psykotiske eller suicidale, eller som ikke behersket flytende norsk ble ekskludert fra studien. Ti deltakere ble hentet fra hovedoppgaven "Utvikling av metakognitiv modell for utvikling og opprettholdelse av vrangforestillinger ved psykoser" (Hansen & Grinde, 2008). Disse var rekruttert fra St.Olavs Hospital, avdeling for psykisk helsevern, og Trondheim kommune, enhet for rus og psykiatri, gjennom sine behandlere. Inklusjonskriterier for studien var at deltakerne skulle tilfredsstillte kriteriene for vrangforestillinger i ICD 10 og at pasientene hadde hatt en symptomvarighet på minimum 6 måneder relatert til sine vrangforestillinger. Eksklusjonskriterier var akutt psykose og/eller suicidalitet, psykisk utviklingshemming og syndromlidelser som Aspergers syndrom, eller manglende norskkunnskaper.

Før oppstart var begge studiene godkjent av Regional Etisk Komité Midt-Norge (REK Midt-Norge). Deltakerne fikk på forhånd informasjon om studien og hva deltakelse innebar, og informert samtykke var signert før oppstart.



## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

Data fra de totalt 19 respondentene ble gjennomgått ved å se på skårer for PANSS (*The Positive and Negative Syndrome Scale*; Kay, Fiszbein & Opler, 1987) ledd P3 (hallusinatorisk atferd) og PSYRATS (*The Psychotic Symptom Rating Scales*; Haddock, McCarron, Tarrier & Faragher, 1999) ledd A1 (frekvens av hørselshallusinasjoner). Deltakere ble inkludert på bakgrunn av frekvens av hørselshallusinasjoner, og tilstedeværelse av vrangforestillinger var ikke et eksklusjonskriterie. Respondentene måtte oppleve hallusinasjoner daglig, det vil si ha en skåre tilsvarende to eller høyere på PSYRATS ledd A1. Tilsvarende måtte respondentene ha en skåre på tre eller høyere på PANSS ledd P3, det vil si minimum ha mild hallusinatorisk atferd. Utfra disse kriteriene ble tre respondenter utelatt fra utvalget. Respondenter ble inkludert uavhengig av grad av ubehag eller stress HH medførte (målt med PSYRATS ledd A8) og uavhengig av vrangforestillinger (målt med PANSS ledd P1).

Av de gjenværende 16 oppga seks respondenter daglige hallusinasjoner, mens resten oppga hallusinasjoner fra hver time til kontinuerlig på PSYRATS ledd A1. To viste mild hallusinatorisk atferd, mens de resterende 14 viste moderat til alvorlig hallusinatorisk atferd på PANSS ledd P3. Når det gjaldt mengde stress knyttet til HH (PSYRATS ledd A8) oppga ni respondenter at hallusinasjonene ikke var stressende i det hele tatt, kun noen ganger eller at et mindretall var stressende, mens de øvrige syv oppga at flertallet eller alle HH var stressende. Til slutt viste PANSS ledd P1 at halvparten av respondentene fremviste milde, minimale eller fravær av vrangforestillinger, fire hadde moderate og fire hadde alvorlige vrangforestillinger. Gjennomsnittsalder var 30.63 ( $SD=15.21$ ) og utvalget besto av 11 menn og fem kvinner.

**Gruppe 2) OCD (N=21).** OCD-gruppen ble hentet fra en tidligere studie (Solem, Hansen, Vogel & Kennair, 2009). Førtitre deltakere ble henvist, hovedsakelig fra fastlege eller psykiatriske poliklinikker. Hovedkriteriet for inklusjon var å ha OCD som primærdiagnose utfra kriteriene i DSM-IV. Hovedkriterier for eksklusjon var om pasienter

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

fylte kriteriene for en psykotisk lidelse, alkohol- eller rusavhengighet, psykisk utviklingshemmelse, autisme, eller om det forelå suicidal atferd. Det endelige utvalget besto av 21 pasienter med en primær OCD-diagnose. Alle unntatt en hadde tidligere mottatt profesjonell psykologisk behandling og fire hadde tidligere vært innlagt på døgnpost. Utvalget hadde en gjennomsnittsalder på 33.00 år ( $SD=15.20$ ), besto av 14 kvinner og syv menn, og ni var gifte eller samboende. Tretten var i arbeid eller studerende, og 12 var medisinerte (SSRI/SNRI). Syv av pasientene hadde OCD som eneste diagnose, mens de resterende hadde komorbide akse-I lidelser. Seks av pasientene hadde komorbid personlighetsproblematikk.

**Gruppe 3) Kontrollgruppe (N=20).** Kontrollgruppen ble hentet fra et større prosjekt for å evaluere metakognisjoners rolle i psykiske lidelser. De ble rekruttert gjennom en åpen invitasjon på et sosialt medie. Spørreundersøkelsen ble avsluttet da 63 personer hadde fullført undersøkelsen. Tyve deltakere som samsvarte med OCD-gruppen i alder og kjønn ble selektert. Kontrollgruppen besto av 12 kvinner og 8 menn, 12 var enten gift eller i et fast forhold og de aller fleste (19 av 20) hadde mer enn 3 års universitetsutdanning. Gjennomsnittsalder var 36.65 år ( $SD=9.77$ ). Denne gruppen ble ikke utredet for mulige psykotiske symptomer, OCD eller andre psykiske lidelser.

**Demografiske variabler.** Enveis ANOVA viste ingen signifikante mellomgruppeskjeller i alder eller kjønn. Kjønnfordelingen i gruppene var imidlertid

Tabell 1. Gruppekarakteristikker

	OCD	Hallusinerende	Kontroll	<i>p</i>
<i>n</i>	21	16	20	
Gjennomsnittsalder	33.00 (15.20)	30.63 (15.21)	36.65 (9.77)	0.309
Mann/kvinne	7/14	11/5	8/12	0.085

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

ulik. OCD-gruppen og kontrollgruppen besto av henholdsvis 33% og 40% menn, mens HH-gruppen besto av 68.75% menn. Tabell 1 oppsummerer og sammenligner demografiske variabler i de tre gruppene.

### **Instrumenter**

MCQ-30 (Wells & Cartwright –Hatton, 2004) måler dimensjoner av metakognisjon som antas å være av relevans for psykopatologi og er en kortform av MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Selvrappormålet inneholder 30 ledd som faller inn under fem faktorer beskrevet i innledningen. De 30 leddene besvares på en skala fra 1-4 der 1 er 'ikke enig' og 4 er 'svært enig'. MCQ-30 og dets subskalaer har god intern konsistens og konvergerende validitet, har en 5-faktorstruktur konsistent med 65- leddsversjonen, samt akseptabel test-retest reliabilitet (Spada, Mohiyeddini & Wells, 2008; Wells & Cartwright–Hatton, 2004). En reliabilitetsanalyse av utvalget i denne undersøkelsen viste høy indre konsistens for MCQ-30 totalskåre (Cronbachs alpha= .89) og faktorskårer (Cronbachs alpha=.74 til .87).

### **Analyser**

Statistiske analyser ble utført i IBM SPSS, versjon 20. For å finne ut om det var noen statistisk signifikante forskjeller mellom gruppene på metakognitive variabler ble en enveis ANOVA utført. Post-hoc testing med Games-Howell ble utført for å undersøke forskjeller. Bonferronikorreksjon ble brukt for å korrigere for multiple sammenligninger.

**Sammenslåing av tidligere studier.** Litteratursøk ble gjennomført med søkemotorene APA PsycNET og Sciencedirect på studier som har målt metakognisjoner ved OCD og /eller HH. Behandlingsstudier ble ikke gjennomgått og ikke inkludert i sammenligningen. Hovedkriterie for inklusjon i analysen var at gjennomsnitt for faktorene ved MCQ/MCQ-30 var oppgitt i artikkelen samt at en ikke-klinisk kontrollgruppe var inkludert. Utfra disse kriteriene ble 10 studier inkludert. Studiene er presentert i appendiks 1.

Skårer på MCQ (65 ledd) ble regnet om for å kunne sammenlignes med skårer på MCQ-30. Dette ble gjort ved at gjennomsnittsskåre på MCQ-faktor/total ble delt på antall ledd i MCQ-faktor/total og ganget med antall ledd i MCQ-30-faktor/total. Önen et al. (2013) hadde delt pasienter med OCD i to grupper med høy eller lav innsikt, og disse ble slått sammen. Gjennomsnittlig gjennomsnittsskåre fra studiene ble regnet ut for tre grupper; OCD, hørselshallusinasjoner og friske kontroller. I tillegg ble gjennomsnittlig standardavvik (SD) regnet ut, men på bakgrunn av kun åtte av de ti studiene, da to ikke hadde oppgitt SD (dette gjaldt García-Montes et al., 2006 og Perona-Garcelan et al., 2012). Gjennomsnittlig gjennomsnittsskåre og SD fra tidligere studier ble benyttet til å regne ut effektstørrelse ( $d$ ) for forskjellen mellom faktorskårer i denne studien og tidligere studier samt for forskjellen på faktorskårer mellom HH og OCD i tidligere studier.

### **Resultater**

#### **Sammenligning av gruppene på metakognitive variabler**

Gruppeforskjeller er vist i tabell 2. I samsvar med den første hypotesen viste resultatene ingen signifikante forskjeller i skåre mellom OCD-gruppen og HH-gruppen på enkeltfaktorer eller totalskåre på MCQ-30. Gruppen med OCD skåret signifikant høyere enn kontrollgruppen på faktorene 'negative antagelser om ukontrollerbarhet og fare' ( $p=.000$ ), 'behov for kontroll' ( $p=.000$ ) og på totalskåren ( $p=.005$ ). Dette er delvis i tråd med den andre hypotesen, men denne predikerte imidlertid at forskjellen også ville være signifikant på faktoren 'tiltro til egen kognisjon'. På denne faktoren hadde OCD-gruppen gjennomsnittlig høyere skåre enn kontrollgruppen, men denne forskjellen nådde ikke et signifikant nivå ( $p=0.084$ ). Når det gjelder gruppen med HH skåret disse som predikert signifikant høyere enn kontrollgruppen på faktorene 'negative antagelser om ukontrollerbarhet og fare' ( $p=.001$ ), 'behov for kontroll' ( $p=.000$ ) samt på totalskåre ( $p=.001$ ). HH-gruppen skåret imidlertid også signifikant høyere enn kontrollgruppen på faktoren 'tiltro til egen kognisjon' ( $p=.008$ ), noe

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

som ikke var predikert i hypotesen. Dette var den faktoren der det var størst forskjell mellom HH-gruppen og OCD-gruppen, dog forskjellen ikke var signifikant ( $p=.417$ ).

Tabell 2. Sammenligning av skårer på MCQ-30 for gruppene.

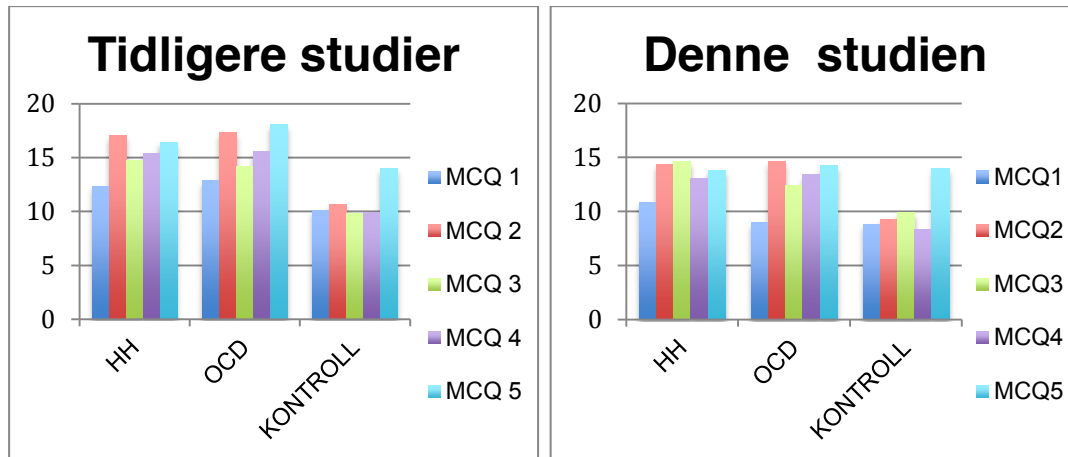
	OCD	Hørselshall.	Kontroll	<i>F</i> (2,54)	<i>p</i>
Pos. antagelser	9.00(4.71)	10.81 (4.70)	8.80 (2.04)	1.96	.152
Neg. antagelser	14.57 (3.88) <sup>a</sup>	14.31 (5.26) <sup>b</sup>	9.25 (2.88) <sup>ab</sup>	10.90	.000
Tiltro til hukommelse	12.38 (5.63)	14.63 (4.57) <sup>a</sup>	9.90 (2.79) <sup>a</sup>	4.94	.011
Behov for kontroll	13.39 (4.04) <sup>a</sup>	13.00 (3.39) <sup>b</sup>	8.3 (2.08) <sup>ab</sup>	14.67	.000
Kogn. selvbevissthet	14.21 (3.94)	13.81 (5.05)	14.00 (4.21)	.04	.953
MCQ-30 Total	63.55 (12.38) <sup>a</sup>	66.56 (17.13) <sup>b</sup>	50.25 (8.95) <sup>ab</sup>	8.56	.001

Merknad: Verdier med samme bokstav er signifikant forskjellige etter Bonferroni-korreksjon ( $p=<0.05$ ).

### Sammenligning med og av tidligere studier

Figur 1 viser en sammenslåing av gjennomsnittsskårer fra tidligere studier for pasienter med HH, pasienter med OCD og friske kontroller. Figur 2 viser gjennomsnittsskårer fra denne studien med tilsvarende grupper.

Resultatene viser en tendens til at gjennomsnittsskårene i denne studien er lavere enn skårene fra tidligere studier på alle faktorene. Når det gjelder forskjellen mellom denne studien og tidligere studier for de hørselshallusinerende gruppene var minste effektstørrelse .03 ('tiltro til egen kognisjon') og største effektstørrelse .77 ('behov for kontroll'). For OCD-gruppene var minste effektstørrelse .26 ('tiltro til egen kognisjon') og største effektstørrelse 1.01 ('kognitiv selvbevissthet'). Til slutt, for kontrollgruppene var minste effektstørrelse -.01 ('kognitiv selvbevissthet') og største effektstørrelse .66 ('behov for kontroll'). Forskjellene mellom denne og tidligere studier ser altså ut til å variere fra små til moderate effektstørrelser, men på faktoren 'kognitiv selvbevissthet' for OCD-gruppene er effektstørrelsen høy.

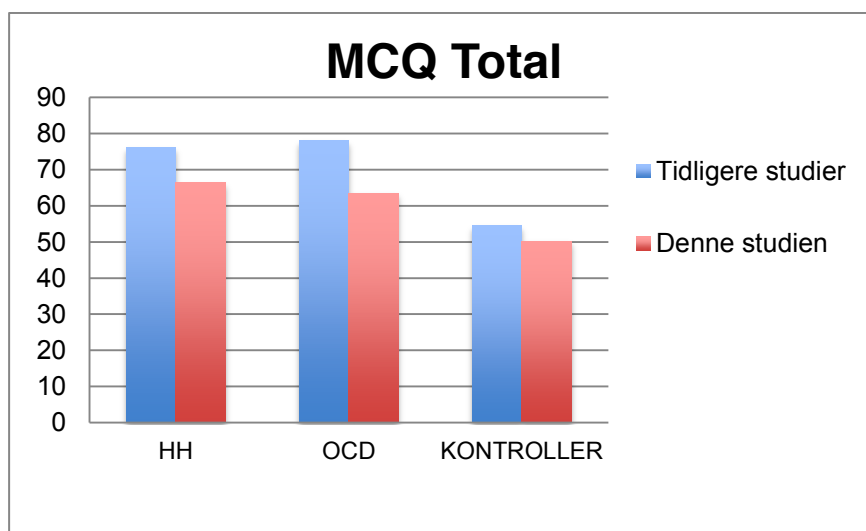


Figur 1. Tidligere MCQ-studier.

Figur 2. MCQ-skårer for utvalgene.

Merknad: MCQ 1: positive metaantagelser, MCQ 2: negative antagelser om ukontrollerbarhet og fare, MCQ 3: tiltro til egen kognisjon, MCQ 4: behov for kontroll, og MCQ 5: kognitiv selvbevissthet.

Figur 3 er en visuell fremstilling av totalskåre for MCQ-30 fra denne studien og tidligere studier. Den viser en tendens til lavere totalskåre i denne studien sammenlignet med tidligere studier, men effektstørrelser for denne forskjellen er ikke beregnet. Noen studier hadde ikke oppgitt totalskåre på MCQ og totalskåren er derfor i noen tilfeller beregnet ut fra gjennomsnittlige faktorskåre. En beregning av gjennomsnittlig totalskåre ble derfor vurdert som et lite valid utgangspunkt for å beregne effektstørrelser fordi variasjon i skårer går tapt gjennom to ledd.



Figur 3. Sammenligning med tidligere studier på MCQ-30 totalskåre.

Merknad: HH: Hørselshallusinasjoner, OCD: Tvangslidelse.

Effektstørrelse for forskjeller mellom HH og OCD i tidligere studier samlet sett ble også regnet ut, og her varierte effektstørrelse fra .03 ('positive antagelser') til -.40 ('kognitiv selvbevissthet'). Altså har de tidligere studiene presentert her samlet sett funnet små til moderate forskjeller mellom pasienter med OCD og pasienter med HH på MCQ og MCQ-30. Den største forskjellen representerte en forskjell på 1.44 i gjennomsnittlig faktorskåre.

### **Diskusjon**

Denne studien undersøkte metakognitive antagelser hos pasienter med HH og pasienter med OCD sammenlignet med en kontrollgruppe. I tråd med prediksjonen viste resultatene ingen signifikante forskjeller mellom de to kliniske gruppene på subskalaer eller totalskåre på MCQ-30. Dette støtter ideen om at pasienter med OCD og HH presenterer lignende måter å fortolke tankene sine på (García-Montes et al., 2006), og at disse pasientene sannsynligvis deler noen patogenetiske mekanismer (Moritz et al., 2010). Det er også i tråd med at dysfunksjonelle metakognisjoner representerer en generell sårbarhetsfaktor for psykiske lidelser, og at dette kan gjelde også for psykotiske symptomer som HH (e.g. Hill et al, 2012). De to kliniske gruppene skåret som predikert signifikant høyere enn friske kontroller på faktoren 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare', noe som innebærer at disse i større grad ser på tanker og bekymringer som ukontrollerbare og tror at de kan være farlige. Dette er i tråd med samtlige av de tidligere studiene på metakognisjoner ved OCD og HH presentert innledningsvis. I tillegg skåret disse gruppene signifikant høyere på faktoren 'behov for kontroll', hvilket betyr at de i større grad anser det som viktig å kontrollere tankene sine, og at de har antagelser om straff, ansvar og overtro knyttet til det å ikke kontrollere tankene sine. Denne forskjellen var også i samsvar med prediksjonen og i tråd med alle de tidligere studiene på metakognisjoner ved OCD og HH presentert innledningsvis. I motsetning til prediksjonen viste imidlertid resultatene en signifikant forskjell mellom HH-gruppen og friske kontroller, men ikke mellom OCD-gruppen og friske kontroller på faktoren

'tiltro til egen hukommelse'. Altså hadde pasientene med HH lavere tiltro til sin hukommelse enn friske kontroller, mens tilsvarende ikke gjaldt for pasienter med OCD, selv om det var en ikke-signifikant forskjell i gjennomsnittsskåre også her. Dette var den største forskjellen mellom HH-gruppa og OCD-gruppa, og er i liten grad konsistent med funn fra tidligere studier.

### **Behov for kontroll**

Det er konsensus om at trangen til å kontrollere tankene sine er av særlig relevans for OCD (Moritz et al., 2010), og det kan se ut til at dette også gjelder for HH. Hill og kolleger (2012) fant at faktoren 'behov for kontroll' var den eneste som predikerte stemmerelatert stress, og denne faktoren var den eneste som predikerte predisposisjon for HH i en annen studie (García-Montes et al, 2006). Perona-Garcelán et al. (2012) fant at denne faktoren var den beste prediktoren for alvorlighetsgraden av HH, mens Moritz og kolleger (2010) fant at den var sterkt assosiert med tvangstanker og korrelerte med alvorlighetsgraden av disse, samt at den var knyttet til tilstedeværelse av HH. Ved tvangstanker er det vist at kliniske grupper med høyere sannsynlighet vil vurdere påtrengende tanker utfra ansvar og kontroll, noe som igjen har blitt knyttet til hvor plagsomme og frekvente tankene oppleves (Berry & Laskey, 2012). I lys av slike funn kan det se ut som om behov for å kontrollere tanker kan være knyttet til alvorlighetsgrad og stress ved tvangstanker og HH. Perona-Gárcelan og kolleger (2012) peker på at behov for å kontrollere tanker kombinert med en opplevelse av å ikke kontrollere påtrengende tanker kan skape kognitiv dissonans slik det beskrives i Morrison og kollegers (1995) modell for HH, noe som igjen kan lede til at påtrengende tanker attribueres til en ekstern kilde.

Det har blitt argumentert for at faktoren 'behov for kontroll' som innebærer antagelser om ansvar og overtro kan være knyttet til fusjonsantagelsen TAF (García-Montes et al., 2006). TAF er sentral i den metakognitive modellen for OCD (Wells, 2009). Ifølge Berle og



## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

Starcevic (2005) foreligger det evidens for at TAF ikke utelukkende er knyttet til OCD, men også er assosiert til andre psykiske lidelser. De peker på at TAF av konseptuelle årsaker kan antas å være knyttet til psykotiske lidelser og at preliminare funn antyder en sammenheng mellom TAF og schizotype tendenser, noe som er i tråd med at schizotype tendenser har blitt assosiert med OCD (Sobin et al, 2000). García-Montes og kolleger (2006) mener en 'overtro-faktor', som er relatert til TAF og som kommer til uttrykk i høy skåre på behov for kontroll, kan være et fellestrekk for pasienter med OCD og HH.

### **Antagelser om ukontrollerbarhet og fare**

Denne faktoren har på linje med 'behov for kontroll' og 'tiltro til egen kognisjon' blitt trukket frem som konsistent assosiert med psykologisk dysfunksjon, og antas å spille en viktig rolle i å predikere negative emosjoner (Spada, et al., 2008). Den er dermed ikke utelukkende knyttet til HH eller OCD. Noen studier har imidlertid funnet at pasienter med HH skårer høyere enn ikke-hallusinerende pasienter med schizofreni på denne faktoren (Baker & Morrison, 1998; Morrison & Wells, 2003; Perona-Garcelan et al., 2012). Det kan altså se ut som om denne faktoren kan være særlig forhøyet ved HH, og utfra resultatene her og i sammenligningen av tidligere undersøkelser kan det se ut som dette også gjelder for OCD. Antagelser om ukontrollerbarhet og fare har blitt funnet å korrelere med tvangstanker, men også med depressive symptomer hos pasienter med OCD (Moritz, 2010). At denne faktoren er forhøyet i HH-gruppa er i tråd med at det ser ut til at det som skiller de som opplever hallusinasjoner som uproblematisk fra dem som opplever dem som problematiske er at førstnevnte opplever å ha kontroll over stemmene (Kinderman, 2011). Tilsvarende er resultatene her er i tråd med at studier som har sammenlignet kliniske og ikke-kliniske grupper med tvangstanker har antydnet at vurderinger av ukontrollerbarhet, ansvar og viktighet kan være sentrale i et kontinuum av påtrengende tanker (Berry & Laskey, 2012).

En studie fant at faktorene 'ukontrollerbarhet og fare' og 'behov for kontroll'

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

korrelerte med grad av ubesluttetthet hos pasienter med OCD og med intensitet av forventningsangst hos pasienter med panikklidelse (Cucchi et al., 2012). Forfatterne konkluderte med at disse faktorene dermed kan synes ikke bare å være generelle sårbarhetsfaktorer, men at de også bidrar til opprettholdelse av symptomer. Selv om disse metakognitive faktorene har vist seg å være knyttet til psykologisk dysfunksjon generelt kan det altså se ut som om de kan fungere som opprettholdende faktorer for spesifikke symptomer i ulike lidelser.

### **Tiltro til egen hukommelse**

De fleste tidligere studier har funnet at pasienter med OCD har lavere tiltro til egen kognisjon enn friske kontroller (García-Montes et al., 2006; Hermans et al., 2003; Hermans et al., 2008; Moritz et al., 2010; Önen et al., 2013) og mye forskning har knyttet lav tiltro til egen kognisjon til OCD (Hermans et al. 2008). På den annen side har bare to tidligere studier funnet at pasienter med HH skiller seg fra friske kontroller på denne faktoren (Baker & Morrison, 1998; Morrison & Wells, 2003). Sammenligningen av tidligere studier gjort her viser at pasienter med OCD totalt sett ikke har skåret høyere på denne faktoren sammenlignet med pasienter med HH. Ifølge Hermans et al. (2008) tyder preliminaire funn på at manglende tiltro til egen oppmerksomhet i større grad enn manglende tiltro til egen hukommelse er koblet til OCD. MCQ-30 tapper i motsetning til MCQ (65-ledd) ikke oppmerksomhetsfaktoren innenfor faktoren 'tiltro til egen kognisjon', men bare tiltro til egen hukommelse. Dersom tiltro til egen oppmerksomhet er mer sentral i OCD enn tiltro til egen hukommelse kan man tenke seg at pasientene med OCD ville ha skåret høyere på MCQ enn de gjorde på MCQ-30, og at de da ville ha skilt seg fra friske kontroller. På den annen side har de to studiene som brukte MCQ-30 (Moritz et al., 2010; Önen et al., 2013) funnet lavere tiltro til egen hukommelse hos pasienter med OCD enn hos friske kontroller. Det er verdt å nevne at en av disse studiene fant at nedsatt tiltro til egen hukommelse ikke korrelerte med

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

alvorlighet av tvangssymptomer, men derimot var sterkt relatert til depressive og negative symptomer i OCD-gruppa (Moritz et al., 2010). Det kan altså tenkes at lav tiltro til egen hukommelse er knyttet til depressive eller negative symptomer ved OCD og HH, mens lav tiltro til egen oppmerksomhet heller enn lav tiltro til egen hukommelse kan være knyttet til OCD. Det kan imidlertid også tenkes at lav tiltro til egen hukommelse er knyttet til enkelte undergrupper av OCD, noe som ikke er undersøkt her.

### **Positive metaantagelser**

Resultatene av denne undersøkelsen viste ingen signifikante forskjeller mellom noen av gruppene på positive metaantagelser. Utfra S-REF modellen og Wells (2007) foreslåtte modell for HH vil positive metaantagelser om bekymring spille en rolle i utvikling og opprettholdelse av OCD og HH. At det ikke var noen forskjell mellom gruppene på denne faktoren kan skyldes at positive antagelser om grubling og bekymring som problemløsningsstrategier er utbredt i normalbefolkningen. Dette utelukker imidlertid ikke at positive metaantagelser kan ha betydning for utvikling og opprettholdelse av tvangstanker og HH. En mulig forklaring på at denne faktoren ikke skiller pasienter og kontroller kan være at negative metaantagelser hos pasientgruppene overskygger de positive og at de derfor i utgangspunktet er mindre bevisste. En studie fant at endring i faktorene 'positive metaantagelser' og 'behov for kontroll', uavhengig av hverandre, predikerte symptombedring etter behandling hos pasienter med OCD (Solem, Håland, Vogel, Hansen & Wells, 2009), noe som kan indikere at positive antagelser spiller en rolle i opprettholdelsen av OCD.

### **Kognitiv selvbevissthet**

Denne studien fant ingen signifikante forskjeller mellom gruppene på faktoren 'kognitiv selvbevissthet'. Noen studier har funnet at denne skalaen er forhøyet ved OCD sammenlignet med friske kontroller (Hermans et al, 2003; Hermans et al, 2008; Moritz et al, 2010; Önen et al, 2013) og sammenslåingen av tidligere studier viste forskjell mellom OCD

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

og HH tilsvarende moderat effektstørrelse. Dette var den største forskjellen i sammenligning av og med tidligere studier. Det er uklart hvilken rolle denne faktoren spiller i OCD. Önen et al. (2013) fant at OCD-pasienter med god innsikt skåret signifikant høyere enn OCD-pasienter med dårlig innsikt på denne faktoren og flere andre faktorer. Det kan tenkes at høyere grad av innsikt er knyttet til høyere grad av kognitiv selvbevissthet. I lys av dette kan generelt høyere grad av innsikt hos pasienter med OCD enn hos pasienter med HH være en mulig forklaring på at denne faktoren i større grad har vært funnet forhøyet ved OCD enn ved HH.

### **Metakognitiv profil for OCD og HH**

I tråd med García-Montes og kolleger (2006) sin studie støtter både denne studien og sammenligningen av og med tidligere studier ideen om at pasienter med OCD og HH har en lignende metakognitiv profil, selv om funn har variert noe med hensyn til hvilke metakognitive faktorer som skiller disse gruppene fra friske kontroller. Beregningen av forskjeller på metakognitive faktorer mellom HH-grupper og OCD-grupper fra tidligere studier viste moderat effektstørrelse for faktoren 'kognitiv selvbevissthet' der pasienter med OCD samlet sett har skåret noe høyere, mens resten av faktorene viste små effektstørrelser.

Uten unntak har begge gruppene vist seg å skåre signifikant høyere enn friske kontroller på faktorene 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare' og 'behov for kontroll', men som diskutert ovenfor er det uklart hvilken rolle lav tiltro til egen hukommelse spiller i de to gruppene. Resultatene tyder altså på at pasienter med OCD og HH har lignende måter å forholde seg til egne tanker på, og er i tråd med at negative vurderinger av HH og tvangstanker i hvert fall delvis skyldes metakognitive antagelser om ukontrollerbarhet, fare, viktighet og behov for kontroll av tanker, og ikke nødvendigvis er knyttet til vurdering av innholdet i disse. En naturlig følge av å se på tanker som farlige og viktige eller forbundet med straff og ansvar vil være å forsøke å kontrollere tankene sine, for eksempel gjennom

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

tankeundertrykkelse. Tankeundertrykkelse har imidlertid vist seg å kunne gi en paradoksal effekt gjennom å gi en økning i påtrengende kognisjoner (Wells, 2009), og dermed øke følelsen av at tanker er ukontrollerbare. Man kan slik tenke seg en ond sirkel der behov for kontroll, som bunner i antagelser om fare, straff, ansvar og overtro knyttet til tanker, leder til forsøk på tankekontroll for eksempel i form av tankeundertrykkelse. Mislykket tankekontroll kan så gi økt opplevelse av at tanker er ukontrollerbare og farlige og igjen føre til økte forsøk på kontroll. Slik kan faktorene 'behov for kontroll' og 'antagelser om ukontrollerbarhet og fare' sammen fungere som opprettholdende faktorer for påtrengende kognisjoner i form av tvangstanker og trolig også HH.

Fenomener som tvangstanker og HH forekommer som normalfenomener i ikke-kliniske populasjoner (Berry & Laskey, 2012; Kinderman, 2011; Moritz et al., 2010), selv om det fremdeles er noe uklart hva som skiller kliniske og ikke-kliniske HH eller tvangstanker. Tilstedeværelse av disse fenomenene trenger altså ikke være knyttet til behov for behandling. I lys av dette kan man argumentere for at det er av klinisk relevans å fokusere på hvilke mekanismer som forårsaker stress og behandlingsbehov knyttet til fenomenene heller enn hvilke mekanismer som forårsaker fenomenene i seg selv. Noen forfattere har sammenlignet kliniske og ikke-kliniske grupper som opplever HH, og fant at disse skilte seg fra hverandre på metakognisjoner målt med MCQ, samtidig som ikke-kliniske grupper med og uten HH ikke skilte seg fra hverandre (Hill et al., 2012). Slike funn antyder at metakognisjoner alene ikke kan forklare utvikling av HH og tyder på at metakognisjoner heller kan bidra til negative vurderinger og opplevelse av stress knyttet til HH (Brett et al., 2009; Hill et al., 2012), selv om det også kan være andre aspekter som skiller kliniske fra ikke-kliniske HH. Dette er i tråd med forklaringsmodeller for OCD og HH som indikerer at det ikke er forekomsten av tvangstanker eller HH i seg selv, men hvordan de oppleves eller fortolkes av individet som avgjør hvorvidt det dreier seg om patologi. Det er også i samsvar med at metakognisjoner kan

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

ha betydning for hvordan tvangstanker og HH fortolkes eller oppleves og dermed kan være en faktor som skiller patologiske fra ikke-patologiske grupper.

Gjennomsnittsskårene i denne studien var jevnt over noe lavere enn i tidligere studier, men viser en tilsvarende metakognitiv profil for de to pasientgruppene som tidligere studier. Det er også verdt å påpeke at det er en del variasjon i gjennomsnittlig totalskåre blant tidligere studier. Studien av Önen og kolleger (2013) skiller seg ut med høyere totalskåre for OCD-gruppa enn noen andre studier både på OCD og på HH. Også i totalskåre for friske kontroller er denne den klart høyeste, etterfulgt av en italiensk (Cucchi et al., 2012) og en spansk (García-Montes et al, 2006) studie. Man kan spørre seg om kulturelle faktorer spiller inn, for eksempel gjennom mer utbredt religiøsitet eller overtro som kan tenkes å påvirke hvordan man forholder seg til egen tankevirksomhet. Det kan være kulturelle forskjeller i måten individer forholder seg til personlige vanskeligheter på og hvordan de forstår og konseptualiserer egne tanker og atferd. Dette er et område som ennå ikke er undersøkt (Perona-Gárcelan et al., 2012). Cucchi et al (2012) påpeker at den italienske versjonen av MCQ ennå ikke er validert, og at ordet bekymring har vist seg vanskelig å oversette.

Resultatene fra denne studien er i tråd med at dysfunksjonelle metakognisjoner representerer en fellesfaktor for psykologisk dysfunksjon (Wells, 2009), og at dette også ser ut til å gjelde for psykotiske symptomer som HH (e.g. Hill et al, 2012). Studien føyer seg inn i rekken av studier som har vist en sammenheng mellom psykiske lidelser og dysfunksjonelle metakognisjoner.

### **Metodologiske begrensninger**

I likhet med tidligere studier gjort på HH og OCD har denne studien et tverrsnittlig design, og kan derfor ikke si noe om årsaksforhold mellom metakognisjoner og HH eller OCD. Undersøkelsen ble utført på et lite utvalg. Resultatene har derfor begrenset generaliserbarhet, og konklusjoner må trekkes med forsiktighet. Forskjellene som ble funnet

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

er imidlertid relativt robuste, men et større utvalg ville kunne gi mer statistisk styrke. Det er også mulig at tendenser til forskjeller her ville oppnådd statistisk signifikans i et større utvalg. Utvalget er hentet fra flere ulike studier med den følge at pasientene som deltok ikke er utredet av de samme personene. HH-gruppen ble utredet av psykologstudenter som hadde begrenset erfaring med utredning, selv om de mottok veiledning. PANSS anses å være et instrument som krever en del trening for å fungere som et valid utredningsverktøy, og dette kan derfor ha hatt en påvirkning på utredningen. Åtte av respondentene i HH-gruppen hadde dessuten moderate til alvorlige vrangforestillinger. Selv om HH og vrangforestillinger gjerne forekommer parallelt ved psykose gjør dette at resultatene ikke nødvendigvis kan tilskrives HH alene, men også kan ha blitt påvirket av at pasienter hadde vrangforestillinger. Videre oppga ni av pasientene at HH i liten grad forårsaket stress. Som diskutert ovenfor kan dysfunksjonelle metakognisjoner være en faktor som bidrar til stress knyttet til HH (Brett et al., 2009; Hill et al., 2012), og det er derfor mulig at skårer på MCQ-30 ville ha vært høyere i HH-gruppen dersom flere av respondentene hadde opplevd stress knyttet til HH.

Det kan heller ikke utelukkes at deltakere har oppgitt feilaktige opplysninger under utredning eller på selvrappormål, noe som kan ha påvirket resultatene. Kontrollgruppen ble vervet via sosiale medier og ble ikke utredet før deltakelse. Det er således mulig at noen av disse hadde symptomer som ikke ble fanget opp, men som kan ha påvirket resultatene.

Komorbiditet var ikke et eksklusjonskriterie verken i HH- eller OCD-gruppen, og komorbide symptomer og lidelser kan ha hatt en innvirkning på resultatene og gjør at disse ikke med sikkerhet kan tilskrives HH eller OCD. Det har blitt argumentert for at studier på metakognisjoner og HH må kontrollere for komorbide angst- og depresjonssymptomer for å kunne si noe om spesifisitet av metakognisjoner for HH (Lobban, Haddock, Kinderman & Wells, 2002; Varese og Bentall, 2010). García-Montes og kolleger (2006) mener imidlertid at et slikt skille vil være kunstig fordi angst og andre emosjonelle problemer ikke kan separeres

fra hørselshallusinasjoner. De mener problemet med spesifisitet kan løses ved å sammenligne hørselshallusinerende pasienter med ikke-hallusinerende kliniske grupper. Garety og Freeman (2003) peker på at det ikke foreligger empirisk evidens for et klart kategorisk skille mellom nevrose og psykose og argumenterer for at høy frekvens av emosjonelle lidelser i forkant av og under psykose kan indikere at nevrose bidrar i utviklingen av positive symptomer. De hevder videre at emosjonelle prosesser kan være viktige for individets vurdering av HH. Forskning tyder også på at dysfunksjonelle metakognisjoner ikke utelukkende er knyttet til angst- og depresjonssymptomer, men også til psykotiske symptomer, og at de representerer en generell sårbarhetsfaktor og opprettholdende faktor for psykologisk dysfunksjon (Wells, 2009). På bakgrunn av dette ble det i denne studien ikke kontrollert for komorbide angst og depresjonssymptomer, men sammenlignet med en ikke-hallusinerende klinisk gruppe.

Effektstørrelser for sammenlikning med og av tidligere studier på metakognitive faktorer er gjort på bakgrunn av gjennomsnittlig gjennomsnittsskåre og SD fra studiene, og spredning i de enkelte studiene kommer derfor ikke fram. I tillegg manglet SD fra to av studiene (García-Montes et al., 2006 og Perona-Garcelan et al., 2012). Likevel vil det argumenteres for at sammenlikningen er valid med tanke på å peke på klare tendenser til likheter og forskjeller mellom HH, OCD og friske kontroller i studier gjort så langt.

### **Implikasjoner**

Metakognitive behandlingsmodeller har vist seg å ha god effekt blant annet for behandling av OCD og for GAD, PTSD (posttraumatisk stresslidelse) og depresjon (Wells, 2009). Denne studien samt tidligere studier antyder en lignende metakognitiv profil for OCD og HH, og kan dermed indikere at en metakognitiv tilnærming til behandling vil kunne ha god effekt også for HH. Resultatene av denne undersøkelsen og de tidligere studiene omtalt her antyder at særlig metakognisjoner knyttet til ukontrollerbarhet og behov for kontroll over egen tankevirksomhet kan være sentrale mål for en slik tilnærming, siden disse ser ut til å



## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

konsekvent skille patologiske fra ikke-patologiske utvalg. García-Montes og kolleger (2006) mener det vil være rimelig å foreslå behandling som retter seg mot å redusere den antatte makt og fare tanker har for individer med HH. Undersøkelser er nødvendige for å finne ut om det er mulig å få til endring i metakognisjoner hos disse pasientene og om det vil gi symptombedring.

### **Konklusjon**

Resultatene av denne undersøkelsen og en sammenslåing av resultater fra tidligere studier støtter hypotesen om at pasienter med HH og OCD har en lignende metakognitiv profil. Det ser i all hovedsak ut til at dysfunksjonelle metakognisjoner knyttet til ukontrollerbarhet, fare, viktighet og behov for kontroll av tanker kan være en felles psykopatologisk faktor for OCD og HH, og en faktor som skiller disse gruppene fra friske kontroller. Undersøkelsen viste også at pasienter med HH, men ikke pasienter med OCD hadde lavere tiltro til egen hukommelse enn friske kontroller, et funn som i liten grad er konsistent med tidligere studier. Resultatene er i tråd med en økende mengde forskning som antyder at dysfunksjonelle metakognisjoner utgjør en sårbarhetsfaktor og opprettholdende faktor for psykologisk dysfunksjon, og antyder at dette også kan gjelde for psykotiske symptomer som HH.

**Referanser**

- Aleman, A. & Larøi, F. (2008). Definition and conceptual issues. I Aleman, A. Redaktør & Larøi, F. Redaktør (Red.), *Hallucinations: The science of idiosyncratic perception* (s.9-23). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Badcock, J. C., Waters, F. A. V. & Maybery, M. (2007). On keeping (intrusive) thoughts to one's self: Testing a cognitive model of auditory hallucinations. *Cognitive Neuropsychiatry*, *12*, 78-89.
- Baker, C. A. & Morrison, A. P. (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine*, *28*, 1199-1208.
- Barahmand, U. (2009) Meta-cognitive profiles in anxiety disorders. *Psychiatry Research*, *169*, 240–243.
- Berry, L. M. & Laskey, B. (2012). A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*, 125–132.
- Brett, C. M. C., Johns, L. C., Peters, E. P. & McGuire, P. K. (2009). The role of metacognitive beliefs in determining the impact of anomalous experiences: a comparison of help-seeking and non-help-seeking groups of people experiencing psychotic-like anomalies. *Psychological Medicine*, *39*, 939–950.
- Cartwright-Hatton, S. & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 279-296.
- Cucchi, M., Bottelli, V., Cavadini, D., Ricci, L., Conca, V., Ronchi, P. & Smeraldi, E. (2012). An explorative study on metacognition in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 546–553.
- Drake, R., Haddock, G., Tarrier, N., Bentall, R. & Lewis, S. (2007). Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS): their usefulness and properties in first episode psychosis.

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

*Schizophrenia Research*, 89, 119-122.

García-Montes, J. M., Pérez-Álvarez, M. Cristina Soto Balbuena, C. S., Garcelán, S. P. & Cangas, A. J. (2006). Metacognitions in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1091–1104.

Haddock, G. McCarron, J. Tarrier, N. & Faragher, E. B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: the Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-889.

Hagen, R., Johnson, S. U., Rognan, E. & Hjemdal, O. (2012). Mot en felles grunn: En transdiagnostisk tilnærming til psykologisk behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 49, 247-252.

Hansen, T.H. & Grinde, J.E. (2008). *Utvikling av metakognitiv modell for utvikling og opprettholdelse av vrangforestillinger ved psykoser*. Hovedoppgave, NTNU, Trondheim.

Hermans, D., Engelen, U., Grouwels, L., Joos, E., Lemmens, J. & Pieters, G. (2008). Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder: Distrusting perception, attention and memory. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 98–113.

Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G. & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 383–401.

Hill, K., Varese, F., Jackson, M. & Linden, D. E. J. (2012). The relationship between metacognitive beliefs, auditory hallucinations, and hallucination-related distress in clinical and non-clinical voice-hearers. *British Journal of Clinical Psychology*, 51, 434–447.

Kay, S. R. Opler, L. A. & Lindenmayer, J. P. (1989). The positive and negative syndrome

- scale (PANSS): Rationale and standardization. *British Journal of Psychiatry*, 155, 59-65.
- Kay, S. R., Fiszbein, A. & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kinderman, P. (2011). I R. Hagen, D. Turkington, T. Berge & R. W. Gråwe (Red.), CBT for Psychosis: A Symptom Based Approach. (s.12-21). East Sussex: Routledge.
- Klæth, J.R. & Høy, T. (2009). *Mot en metakognitiv forståelse av hørselshallusinasjoner*. Hovedoppgave, NTNU, Trondheim.
- Lobban, F., Haddock, G., Kinderman, P. & Wells, A. (2002). The role of metacognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality and Individual Differences*, 32, 1351–1363.
- Moritz, S. & Larøi, F. (2008). Differences and similarities in the sensory and cognitive signatures of voice-hearing, intrusions and thoughts. *Schizophrenia Research*, 102, 96–107.
- Moritz, S., Peters, M. J. V., Larøi, F. & Lincoln, T. M. (2010). Metacognitive beliefs in obsessive-compulsive patients: A comparison with healthy and schizophrenia participants. *Cognitive Neuropsychiatry*, 15, 531-548.
- Morrison, A. P. (1998). A cognitive analysis of the maintenance of auditory hallucinations: are voices to schizophrenia what bodily sensations are to panic? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 289–302.
- Morrison, A. P. & Baker, C. A. (2000). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1097-1106.
- Morrison, A. P., Haddock, G. & Tarrier, N. (1995). Intrusive thoughts and auditory hallucinations: A cognitive approach. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23,

265-280.

Morrison, A. P., Nothard, S., Bowe, S. E. & Wells, A. (2004). Interpretations of voices in patients with hallucinations and non-patient controls: a comparison and predictors of distress in patients. *Behaviour Research and Therapy*, *42*, 1315–1323.

Morrison, A. P. & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 251–256.

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.

Perona-Garcelán, S., García-Montes, J. M., Ductor-Recuerda, M. J., Vallina-Fernández O., Cuevas-Yust, C., Pérez-Álvarez, M., Salas-Azcona, R. & Gómez-Gómez, M. T. (2012), Relationship of metacognition, absorption, and depersonalization in patients with auditory hallucinations. *British Journal of Clinical Psychology*, *51*, 100–118.

Poyurovsky, M. & Koran, L.M. (2005). Obsessive–compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatric Research*, *39*, 399–408.

Poyurovsky, M., Zohar, J., Glick, I., Koran, L. M., Weizman, R., Tandon, R. & Weizman, A. (2012). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: implications for future psychiatric classifications. *Comprehensive Psychiatry*, *53*, 480–483.

Purdon, C. (2004). Empirical investigations of thought suppression in OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*, 121–136

Rowa, K., Purdon, C., Summerfeldt, L. J. Antony, M. M. (2005). Why are some obsessions more upsetting than others? *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 1453–1465.

Sobin, C., Blundell, M.L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C. & Karayiorgou, M. (2000).

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

- Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 15-24.
- 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., 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.
- Spada, M. M., Mohiyeddini, C. & Wells, A. (2008). Measuring metacognitions associated with emotional distress: Factor structure and predictive validity of the metacognitions questionnaire 30. *Personality and Individual Differences*, 45, 238–242.
- Varese, F. & Bentall, R. P. (2011). The metacognitive beliefs account of hallucinatory experiences: A literature review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 850–864.
- Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. (2007). The attention training technique: Theory, effects, and a metacognitive hypothesis on auditory hallucinations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14, 134–138.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press.
- Wells, A. & Cartwright-Hatton, S. (2004) A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 385-396
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF

## METAKOGNITIVE PROFILER VED HH OG OCD

model. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 881-888.

WHO. (1992). *The ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.

Önen, S., Uğurlu, G. K., Çayköylü, A. (2013). The relationship between metacognitions and insight in obsessive–compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 541-548.

**Appendiks**

**Appendiks 1. Oppsummering av studier som har sammenlignet pasienter med HH eller OCD med friske kontrollere på metakognisjoner målt med MCQ eller MCQ -30**

Studie	Utvalgs karakteristikk	Utredning av HH/OCD	Utredning av metakognisjon
Baker & Morrison (1998)	Schizofreni med HH (n=15), Pasienter med schizofreni uten HH (n=15), ikke-psykiatrisk kontrollgruppe (n=15)	DSM-IV kriterier (American Psychiatric Association [APA], 1994)	MCQ
Hermans et al. (2003)	OCD (n=17), friske kontrollere (n=17)	Padua Inventory Revised (Padua-R; Van Oppen et al., 1995), Maudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977)	MCQ
Morrison & Wells (2003)	HH (n=49), paranoide vrangforestillinger (n=24), panikkelidelse (n=35), friske kontrollere (n=50)	DSM-IV kriterier (APA, 1994)	MCQ
García-Montes et al. (2006)	HH med schizofrenidiagnose (n=21), schizofrenidiagnose, men aldri hallusinert (n=22), schizofrenidiagnose og tidligere hallusinerende (n=16), OCD (n=23), klinisk kontrollgruppe med diverse psykologiske problemer (n=26), friske kontrollere (n=20)	Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS, Kay et al., 1988), Launay–Slade Hallucinatory Scale (LSHS; Launay & Slade, 1981)	MCQ
Hermans et al. (2008)	OCD (n=48), psykiatriske kontrollere med akse I- og II-lidelser, uten psykoselidelser (n=16), friske kontrollere (n=16)	OCD-modulen av the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID; First, Gibbon, Spitzer, & Williams, 1996; Nederlandsk versjon: van Groenestijn, Akkerhuis, Kupka, Schneider, & Nolen, 1999), Padua-R	MCQ
Moritz et al. (2010)	OCD (n=55), schizofreni (n=39), friske kontrollere (n=49)	Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Schaible, Armbrust, & Nutzinger, 2001; Steketee, Frost, & Bogart, 1996), the Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE; Stefanis et al., 2002), LSHS	MCQ-30
Cucchi et al. (2012)	OCD (n=114), panikkelidelse (n=119), friske kontrollere (n=101)	SCID-I, SCID-II, Y-BOCS	MCQ
Hill et al. (2012)	Kliniske HH (n=20), ikke-kliniske HH (n=20), ikke-hallusinerende friske kontrollere (n=20)	PANSS, Subskalaen for HH på the Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS-AH; Haddock, McCarron, Tarrier, & Faragher, 1999)	MCQ-30
Perona-Garcelán et al. (2012)	Schizofreni med HH og vrangforestillinger (n=27), schizofreni med vrangforestillinger, uten HH (n=20), schizofreni friske fra positive symptomer (n=28), kliniske kontrollere med diverse psykologiske problemer (n=22), friske kontrollere (n=27)	DSM-IV kriterier (APA, 1994), PANSS	MCQ-30
Önen et al. (2013)	OCD (n=100; god innsikt [n=57], lav innsikt [n=43]), friske kontrollere (n=50)	SCID, Y-BOCS	MCQ-30



