

METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

Kristin Espenes

**Metakognitiv terapi (MCT) for  
Body Dysmorphic Disorder (BDD)  
- en kasserie av fire pasienter**

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi

Trondheim  
Høst 2013

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse  
Psykologisk Institutt



**NTNU**

Det skapende universitet

## **Forord**

Jeg vil rette en stor takk til alle ved Spesialpost 4 for Tvangslidelser ved Østmarka, St. Olavs Hospital, og da særskilt biveileder Erlend Hunstad og psykolog Karina Sagmo Høyen for all uvurderlig hjelp i denne prosessen. En videre takk til min hovedveileder Hans Nordahl for alle gjennomarbeidede kommentarer og rettleddinger i forbindelse med planlegging så vel som gjennomføringen av denne oppgaven. Avslutningsvis ønsker jeg å rette den aller største takken til alle de fire modige pasientene som takket ja til å delta i studien og slik gjorde det mulig å realisere dette prosjektet.

## Sammendrag

Hensikten med denne kausstudien var å undersøke hvorvidt metakognitiv terapi (MCT) ville ha en effekt på symptomer for Body Dysmorphic Disorder (BDD). BDD defineres som en overopptatthet av en innbilt eller reell fysisk defekt, som studier viser kan ramme opp mot 2.4% av populasjonen og gir signifikante begrensinger på pasientens livskvalitet. Utvalget bestod av fire pasienter fra Spesialpost 4 for Tvangslidelser ved Østmarka, St. Olavs Hospital, som gjennomgikk et tre-ukers behandlingsprogram med døgnopphold. Som utfallsmål ble det benyttet Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-YBOCS), Thought-Fusion Inventory (TFI) og Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30) i tillegg til Beck Depression Inventory (BDI) og Beck Anxiety Inventory (BAI). Det ble i etterkant av oppholdet gjennomført et oppfølgingsintervju med hver pasient for fordypende kvalitative data. Resultatene viser til en signifikant reduksjon for samtlige pasienter på utfallsmålene, hvorav ingen pasienter ved post-måling tilfredsstilte de diagnostiske kravene til BDD. Data fra oppfølgingsintervjuet bekrefter opplevelsen av en sterk symptombedring for alle pasientene. Til tross for metodiske svakheter gir kausstudien empirisk støtte til en forståelsesmodell hvor metakognisjoner har en sentral rolle i BDD. Studien indikerer at MCT kan være en effektiv og relevant behandlingsmetode for denne utfordrende pasientgruppen, samt understøtter et behov for en randomisert kontrollert studie for videre forskning.

## **Innhold**

<b>Forord .....</b>	<b>1</b>
<b>Sammendrag.....</b>	<b>2</b>
<b>1. Introduksjon.....</b>	<b>3</b>
<b>2. Metode.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1 Design .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2 Pasienter.....</b>	<b>17</b>
<b>2.3 Utfallsmål/Måleinstrumenter .....</b>	<b>24</b>
2.3.1 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for BDD .....	24
2.3.2 Metacognitions Questionnaire-30 .....	24
2.3.3 Beck Depression Inventory.....	25
2.3.4 Beck Anxiety Inventory .....	25
2.3.5 Thought Fusion Instrument.....	26
<b>2.4 Prosedyre .....</b>	<b>26</b>
2.4.1 Behandling.....	27
<b>3. Resultater.....</b>	<b>30</b>
<b>3.1 Resultater fra utfallsmål.....</b>	<b>30</b>
<b>3.2 Resultater fra oppfølgingsintervju .....</b>	<b>34</b>
<b>3.3 Måling av effekt.....</b>	<b>37</b>
<b>4. Diskusjon .....</b>	<b>38</b>
<b>5. Referanser.....</b>	<b>43</b>
<b>6. Appendiks .....</b>	<b>50</b>

## Metakognitiv terapi (MCT) for Body Dysmorphic Disorder

- en kasserie av fire pasienter

Body dysmorphic disorder (heretter BDD) blir i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) definert som en overopptatthet og overdrivelse av et mindre fysisk avvik eller en ikke-eksisterende fysisk defekt. Diagnostiske krav inkluderer at denne overopptattheten opptar en vesentlig mengde tid (over én time daglig) som bidrar til en signifikant belastning i pasientens liv, og en påfølgende nedsatt fungering. Diagnosen er i DSM-IV klassifisert under somatoforme lidelser, med en distinksjon mellom BDD med eller uten vrangforestillinger (somatoform type).

BDD-pasienter er beskrevet som en underdiagnostisert klinisk gruppe med alvorlige vansker og høy komorbiditet, som i nyere tid har opplevd økt oppmerksomhet (Phillips, 2001; 2009; Veale, 2010; Rabiei, Mulkens, Kalantari, Molavi & Bahrami, 2012). Epidemiologiske studier av prevalenstall i Nord-Amerika viser et gjennomsnitt på 2,4% av populasjonen som tilfredsstilte de diagnostiske kravene i DSM-IV (Koran, Abujaouse, Large & Serpe, 2008). En større europeisk prevalensstudie med selvrapporing i Tyskland resulterte i prevalenstall på 1,7% (KI= 1,2%-2,1%) i ikke-klinisk populasjon (Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen & Brähler, 2006), noe som tilsvarer prevalenstall for kroniske lidelser som bipolar lidelse og schizofreni. Veale og Neziroglu (2010) gir et estimat på 1-1.5% når man ekskluderer personer diagnostisert med spiseforstyrrelser, noe som indikerer en relativt høy andel pasienter. Kjønnfordelingen er beregnet å være forholdsvis lik for menn og kvinner, hvor Koran, Abujaouse, Large og Serpe (2008) viste til tall på 2,5% av kvinner og 2,3% av menn.

Prevalenstallene er betydelig høyere i kliniske utvalg, hvor en studie i Nederland fant at 3-8 % av pasienter i dermatologiske eller plastikk-kirurgiske klinikker kvalifiserte til en BDD

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

diagnose (Vulink et al., 2006 i Rabiei et al., 2012). En annen studie i Nord-Amerika viste at 6-15 % av pasienter som oppsøker kirurgiske inngrep av kosmetiske årsaker tilfredsstiller kravene til BDD-diagnose (Phillips, 2001). Det vises til signifikant høyere prevalens i psykiatriske utvalg, hvor eksempelvis Grant, Kim og Crow (2001) undersøkte 122 innlagte pasienter med selvrapportskjemaet BDD-Q samt et påfølgende terapeut-administrert intervju. De fant at 13,1% av pasientene tilfredsstilte de diagnostiske kravene til BDD.

Etiologiske studier viser at de første symptomene ofte utvikles i ungdomsårene. En tidlig studie av Phillips og Diaz (1997) viste til en gjennomsnittsalder for symptomdebut på 16 år og en senere større studie av demografiske karakteristikk ved 200 BDD pasienter av Phillips, Menard, Fay og Weisberg (2005) viste at gjennomsnittsalder for sykdomsdebut var 16, 4 år. Til gjengjeld er det antatt at BDD er en underdiagnostisert lidelse delvis fordi pasientene har høye nivåer av skam relatert til sine egne symptomer, og er lite villige til å oppsøke hjelp for disse tidlig i forløpet (Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1997; Grant, Kim & Crow, 2001; Phillips, 2005; Veale & Neziroglu, 2010). Dette medfører at pasienter tilfredsstiller kravene til diagnosen i lang tid før de faktisk oppsøker eller mottar behandling.

Alvorsgraden i denne lidelsen reflekteres i den omfattende tiden pasienter vier til bekymringstanker, ruminering og sikkerhetsatferd, hvor opptil 25% av pasientene oppgir å bruke mer enn 8 timer daglig på eget utseende (Phillips, 2009). Bekymringer rundt de oppfattede kroppslige vansker medfører en rekke konsekvenser for pasientene i form av atferd som på ulikt vis er ment å kompensere for fysiske defekter. Veale (2010) oppsummerer maladaptiv kompenserende atferd hos BDD pasienter til å omfatte selvfokusert oppmerksomhet, ruminering, bekymring, trusselmonitorering gjennom sammenligning med andre, og sikkerhetsatferd som tvangshandlinger relatert til grooming, kamuflering eller sjekking. Hos en betydelig andel pasienter fører disse bekymringene til en isolasjon fra andre

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

mennesker, hvor 29% av pasientene i studien til Phillips (2009) oppgir å ha vært fullstendig isolert i sitt eget hjem i perioder over én uke grunnet bekymringer rundt utseende.

I tillegg fremheves det at denne pasientgruppen har utbredt selvmords-problematikk, eksemplifisert i en prospektiv studie av Phillips og Menard (2006) hvor de fulgte 185 BDD-pasienter over 4 år. Studien viste at gjennomsnittlig 57,8% av pasientene oppgav suicidtanker i løpet av 12 måneder, hvorav 2,6% oppgav ett eller flere selvmordsforsøk. I en annen studie av Perugi et al., (1997) oppgav 89,6% av 58 pasienter at bekymringene rundt lidelsen påvirket deres sosiale liv, hvor hele 44,8% oppgav å ha selvmordstanker. Studiene beskriver en pasientgruppe med symptomer over et spektrum fra milde til svært alvorlige vansker, hvor grad av innsikt fra pasientens side samt komorbiditet med andre lidelser regnes som et viktig aspekt og en sentral prediktor for behandlingsrespons (Phillips, 2002; 2005; Veale & Neziroglu, 2010).

Kriterier i DSM-IV krever en overopptatthet som omfatter mer enn én time per dag, noe som iberegner tanker rundt den oppfattede defekten samt kompenserende atferd. I snitt vil en BDD-pasient oppgi å bruke mellom tre til åtte timer daglig på bekymringer, ritualer eller sjekking av eget utseende, hvorav de fleste pasienter også selv har en oppfattelse av å bruke for mye tid på dette (Phillips, 2009).

Bekymringer rundt BDD er relatert både til overopptatthet av kroppslige områder samt spesifikke kognisjoner rundt disse områdene som ses i sammenheng med tidkrevende, maladaptiv kompenserende atferd. Bekymringene er ikke nødvendigvis relatert til én spesifikt avgrenset del av kroppen, men derimot oppgir pasienter omfattende bekymringsområder. Gjennomsnittlig antall kroppsområder som pasientene hadde bekymringer rundt var fem til syv i en studie av Phillips, Menard, Fay og Weisberg (2005). De vanligste oppfattede defektene oppgitt av pasienter er ifølge en sammenfattelse av Phillips (2009) relatert til hud (73%), hår (56%), nese (37%), vekt (22%) og mage (22%). Andre studier viser til lignende

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

høy rapportering innen ansiktstrekk og abnormal hårvekst, hudproblemer, klager på området mage-lår, bryster og genitalier (Rosen, 1995; Rosen, Reiter & Orosan, 1995; Veale et al., 1996; Perugi et al., 1997; Grant & Phillips, 2005; Phillips, Menard, Fay & Weisberg, 2005). Phillips (2005) påpeker at det virker å være noen sentrale kjønnsforskjeller, hvor kvinner rapporterer å være mer opptatte av bryster, ben og vekt, og menn oftere har bekymringer relatert til kroppshår, kroppsbygning (muskler) og genitalier. Felles for begge kjønn er en gjentakende bekymring rundt symmetri, ofte konsentrert rundt hår, bryst eller nese.

De spesifikke kognisjoner en pasient har rundt egen kropp eller kroppsdel er ofte formulerte som ”stygg”, ”uattraktiv”, ”underlegen” og ”verdiløs” (Cooper & Osman, 2007). Phillips (2009) viste til at 73% av pasientene oppgir at de anser seg selv som uattraktive, hvor disse tankene de har rundt eget utseende som oftest er negative tanker som oppfattes som svært vanskelig å både motstå og kontrollere. Phillips (2009) oppgir at pasienter opplever en avmakt og hjelpeløshet, ved at deres forsøk på å fokusere på andre ting mislykkes. Majoriteten av BDD-pasienter opplever tankene som gjentakende utseende-relaterte bilder rundt eget utseende, med marerittlignende innhold. Pasienter opplever ifølge Phillips (2009) et tap av makt i forhold til sine egne tanker, hvor ønsket om kontroll av egne tankeprosesser står sterkt.

BDD har en rekke symptomtrekk som har likhet med andre psykiske lidelser, hvor komorbiditet er regelen heller enn unntaket for denne pasientgruppen. Større initielle vansker i form av en mer alvorlig sykdomsgrad i forkant av behandling eller komorbiditet med personlighetsforstyrrelser, gir en dårligere prognose (Veale & Neziroglu, 2010). Den høyeste totale andel komorbiditet er mellom BDD og lidelser som depressiv lidelse, sosial fobi og OCD (Phillips, 2009; Veale & Neziroglu, 2010). Komorbiditeten med depressiv lidelse representerer den høyeste andelen komorbiditet og rammer opptil 2/3 av pasientgruppen. Phillips & Diaz (1997) viser til en livstidsprevalens på 80% på komorbid depressiv lidelse



## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

blant et utvalg på 188 pasienter. Studier på komorbiditet viser i tillegg at utviklingen av depressive symptomer oftest kommer i etterkant av utviklingen av BDD-symptomatikk (Phillips & Diaz, 1997). Det indikerer at BDD ikke kan anses å være et symptom av depresjon, men at depressiv lidelse ofte utvikles i et sykdomsforløp med BDD.

I tillegg gir denne høye komorbiditeten med flere lidelser utfordringer i forhold til differensialdiagnostikk av BDD, da særlig i forhold til sosial fobi og OCD. En av de fremtredende kompenserende atferdene ved BDD er selv-fokusert oppmerksomhet og trusselmonitorering gjennom sammenligning med andre (Veale, 2010). Dette fremhever en likhet med sosial fobi, hvor studier viser at pasienter med BDD ofte har fremtreden sosial angst med en sterk frykt for avvisning fra andre. Pinto & Phillips (2005) viser til at pasienter med BDD opplever en høy grad av sosial angst preget av unnvikelse av og ubehag i sosiale situasjoner. Phillips (2009) viser til likheter med sosial fobi som inkluderer høye nivåer av angst i sosiale situasjoner, overopptatthet av hva andre tenker om dem og unngåelsesatferd. Samtidig er pasienter med BDD, uten komorbid sosial fobi, ofte mer preget av kognisjoner rundt konkrete oppfattede fysiologiske defekter i eget utseende, symptomer som ikke opplever bedring ved å motta spesialisert behandling for sosial fobi.

Til tross for relasjonen til depresjon og sosial fobi, deler BDD flere diagnostiske trekk med OCD fremfor noen annen pasientgruppe. Komorbiditeten med OCD er også høy, hvor 1/3 av pasienter diagnostisert med BDD også kvalifiserer til en OCD diagnose. Phillips (2009) refererer til at pasienter med komorbid OCD og BDD har en svakere fungering med en høyere andel suicidtanker og flere selvmordsforsøk.

Symptomer for OCD og BDD kan være vanskelige å skille fra hverandre, og atferdene kan være like i type, tidsbruk og grad av ubehag (Phillips, 2002; 2005; 2009; Veale & Neziroglu, 2010). Mange av atferdsmønstrene tilknyttet BDD kan betegnes som sikkerhetsatferder og tvangshandlinger (Phillips, 2005). De er ofte tidkrevende, krever

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

enormt med mentale ressurser og oppleves som svært vanskelige å kontrollere for pasienten. Den sammenfallende likheten mellom trekk hos BDD-pasienter og OCD-pasienter har ført til flere studier på etiologisk utvikling hos disse pasientgruppene. En sammenligningsstudie av 53 personer med BDD mot 53 personer med OCD viste at 15% av OCD-pasientene hadde komorbid BDD, og over 30% av BDD-pasientene oppfylte også kriteriene for OCD (Phillips, 2005). En annen studie av Bienvenu et al. (2000) så på genetiske faktorer for BDD og fant at pasienter som var førstegrads slektninger til pasienter med OCD, sammenlignet med kontrollgruppe, har seks ganger høyere livstidsprevalens for BDD. Slike studier gir indisier på at disse lidelsene kan dele de samme kausale faktorer. I tillegg kan BDD-pasienters opptatthet av perfektjonisme, symmetri og tvangshandlinger relatert til utseende ha klare likhetstrekk med tvangsatferd hos OCD-pasienter (Phillips et al, 2010). Dette har ført til en diskusjon rundt hvorvidt BDD kan anses som en lidelse blant et utvidet begrep omtalt som obsessiv-kompulsiv spektrum (OCSD) (Phillips, 2002; 2005, Phillips et al., 2010; Veale & Neziroglu, 2010). Dette vil inkludere en debatt rundt å tenke BDD-diagnosen nærmere OCD-karakteristikker, gjennom å se på atferd og tanker knyttet til BDD som er komparative til tvangstrekk hos OCD-pasienter. Bienvenu et al. (2000) viser til at særskilt patologisk kompulsiv atferd i BDD relatert til atferden ”grooming”, definert som stelling eller plukking av eget utseende, virker å være gjennomgående i familier med flere tilfeller av OCD-problematikk.

Flere studier har konsentrert seg rundt kartlegging av typiske sikkerhetsatferder og tvangshandlinger i BDD. Phillips, Menard, Fay og Weisberg (2005) gjennomførte en omfattende studie på kliniske trekk hos 200 BDD-pasienter basert på baseline-mål av blant annet BDD-YBOCS og Body Dysmorphic Examination. Samtlige pasienter oppga å utføre repetitive atferder eller sikkerhetsatferd relatert til sine bekymringer, hvor overdreven speiling av utseende eller grooming og plukking var gjennomgående. Grant og Phillips

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

(2005) referer i en review artikkel til typiske tvangshandlinger som plukke på huden, sjekke utseende i speilet, overdreven grooming/stelling og kamuflering. Hensikten bak atferden fokuserer på å undersøke utseendet, forsøke å forbedre, forsikre seg selv om hvordan en ser ut eller å kamuflere en oppfattet defekt. Phillips (2009) viser til at i ett utvalg rapporterer 59% av pasientene om overdreven grooming og 87% oppgir overdreven sjekking av eget utseende i speil eller andre reflekterende overflater. Hele 91% oppgir å kamuflere defekten på ulike vis, 65% manipulerer egen kroppspositur, 63% kamuflerer med klær, samt 55% oppgir overdreven bruk av sminke. Perugi et al. (1997) undersøkelse viste at tvangsmessig atferd som overdreven speiling oppgis av 79,3% av utvalget. Studier gir estimer på at kompensierende tvangsmessig atferd berammer opptil 90% av pasientene (McKay, Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1997; Phillips, 2005; Veale & Neziroglu, 2010). Per i dag er denne tvangsmessig atferden ikke inkludert i kriteriene for diagnosen BDD, til tross for den store utbredelsen av dette blant pasientpopulasjonen (Veale & Neziroglu, 2010).

Veale (2010) viser til at en modifisert utgave av kognitiv atferdsterapi (CBT) for BDD er på nåværende tidspunkt den eneste evidens-baserte psykologiske behandlingen for denne pasientgruppen. CBT-behandling går primært ut på å endre grunnleggende tanker (core beliefs) som pasienten har rundt seg selv og eget utseende. Phillips (2005) nevner eksponering, atferdseksperimenter, kognitiv restrukturering og responsprevensjon som viktige elementer ved CBT-behandlingen. Det er blitt utført et lite utvalg av randomiserte kontrollerte studier på CBT for BDD, samt flere kasusstudier. Av randomiserte studier på CBT-behandling for BDD var det første utført av Rosen et al. (1995). De hadde et utvalg av 54 kvinner fordelt på to ulike betingelser, en gruppebehandling som mottok CBT-intervensjoner og en kontrollgruppe som sto på venteliste. Terapien inneholdt CBT elementer som kognitiv restrukturering og reduksjon av tvangshandlinger. Ved avslutning samt oppfølging etter 4 måneder fant de signifikant reduksjon av symptomer for

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

behandlingsgruppen, 22 av 27 pasienter, tilsvarende 81 %. Veale et al. (1996) foretok en påfølgende studie som bestod av en behandlingsgruppe som mottok CBT og en kontrollgruppe som sto på venteliste. Utvalget var 19 pasienter med diagnostisert BDD, hvor kun 2 var menn. Utvalget ble kartlagt ved hjelp av Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for BDD (BDD-YBOCS), og deretter retestet ved avslutning av behandling. Målt med BDD-YBOCS viste pasientene som mottok CBT-behandlingen en signifikant bedring av symptomer etter behandling, samt en økt emosjonell stabilitet sammenlignet med kontrollgruppen. En kausserie av Neziroglu et al. (1996) hadde et utvalg på 17 pasienter som gjennomgikk CBT-behandling med ERP (eksponering og responsprevensjon) og kognitiv restrukturering. Disse pasientene hadde komorbide Akse II lidelser. Utvalget ble målt med BDD-YBOCS før og etter behandling, hvor resultatene viste en signifikant reduksjon i symptomer hos 70% av pasientene.

Williams, Hadjistavrapoulos og Sharpe (2006) gjennomførte en metastudie som inkluderte data fra RCT-studier, kasus-studier og crossover-studier av psykologisk og farmakologisk behandling av BDD. Av de 15 studiene som ble inkludert, var 10 av disse psykologiske behandlinger, inkludert atferdsterapi (BT), kognitiv terapi og kognitiv-atferdsterapi (CBT). Effektstørrelsen av behandling ble kalkulert til Cohens  $d= 1.18$  (ekvivalent til  $r= 0.51$  (Pearson)) for BDD symptomer og depresjon, noe som tilsvarer en høy positiv effekt av behandling. I tillegg fant de en signifikant høyere effektstørrelse for psykologiske intervensjoner fremfor bruk av psykofarmakologi, noe som indikerer at psykologisk behandling av symptomer er å foretrekke fremfor medikamentell behandling. Samtidig er lite visst om optimal lengde på behandling, hyppighet/intensitet i timer, effekten av avbrutt behandling, samt effektivt forhindring av tilbakefall (Veale, 2010).

Behandlingsutfall for CBT for BDD pasienter beskrives av Cororve og Gleaves (2001) som lite tilfredsstillende, noe som gir tydelige utfordringer i forhold til å videreutvikle

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

behandlingsmetoder for denne pasientgruppen. Veale (2010) sikter til at hovedgrunnen til at terapi for BDD mislykkes er en for generisk behandlingsmodell som ikke tar sikte på spesifikke BDD-symptomer, hvor pasientens påfølgende innsikt i egne vansker heller ikke oppnås. Artikkelen argumenterer med at modellen for CBT-behandling har blitt endret siden de opprinnelige pilotstudiene, og at nye tilpasninger av terapi inkluderer å se på tredje-bølge teorier slik som metakognitive tilnærminger. Veale (2010) påpeker videre viktigheten av å studere hvordan metakognisjoner kan opprettholde rumineringsprosesser for å forstå hvordan denne pasientgruppen kan motta bedre tilpasset behandling. Dette inkluderer å studere hvilke intervensjoner som kan benyttes som alternativer til ruminering og sikkerhetsatferd for disse spesifikke symptomene. Disse argumentene understøtter behovet for en ny forståelse av symptomene og dermed også utviklingen av nye behandlingsmetoder basert på metakognitive strategier.

Metakognisjoner defineres som antakelser eller kunnskap om tanker og strategier som en bruker til å regulere eller kontrollere tankeprosesser (Flavell, 1979). Forenklet sagt kan man si at metakognisjoner er tanker om tanker. Metakognitiv teori fastholder at slike metakognisjoner forårsaker en maladaptiv responsstil til eksterne eller interne utløsere hvorpå bekymring og ruminering opprettholder samt forsterker ubehagelige emosjoner. En slik forståelse av hvordan metakognitive prosesser opprettholder symptomer har vært undersøkt for en rekke lidelser som OCD, alvorlig depressiv episode og generalisert angstlidelse (Wells, 2009). Veale (2004) foreslår allerede i en tidlig artikkel at metakognisjoner bidrar til vedlikehold av den onde sirkelen av negative tanker og kompenserende atferd i BDD. Forfatteren presiserer at metakognisjoner kan være viktige faktorer for hvordan informasjon prosesseres hos denne pasientgruppen og bidrar til opprettholdelsen av vanskene. Dette er argumenter for hvorfor metakognisjoner er en viktig dimensjon i en teoretisk forståelse av BDD, hvor forskning på metakognisjoners rolle kan gi videre innblikk i hvordan lidelsen kan

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

behandles. Støtte til relasjonen mellom metakognisjoner og beslektede OCD-symptomer har tidligere blitt demonstrert i eksperimentelle studier (Fisher & Wells, 2005) og non-kliniske utvalg (Myers & Wells, 2005; Fisher & Wells, 2008). Frem til i dag har metakognisjoner hos BDD pasienter vært lite utforsket til tross for deres høye nivåer av angst og OCD-lignende trekk som ruminering og kompulsiv atferd samt høye komorbiditet med OCD. Cooper og Osman (2007) undersøkte metakognisjoner hos 18 pasienter med BDD gjennom et semi-strukturert intervju. Tidligere studier på BDD viser at pasientene virker å ha inntrengende mentale bilder som resulterer i rask aktivering av negative metaantakelser (Osman, Cooper, Hackmann & Veale, 2004). I førstnevnte studie oppgav 12 av 18 pasienter å ha negative antakelser om sin egen umiddelbare tanke eller sitt mentale bilde av seg selv. 11 av 18 pasienter utførte kompensierende atferd som å distrahere seg selv bort fra tanker, å unngå aktiviteter/situasjoner, forsøk på kamuflering eller bruk av rusmidler for å slippe ubehag. Samtlige pasienter oppga å komme med negativ selv-bedømming i etterkant. Resultatet viser til at BDD pasienter har en rekke metakognitive antakelser rundt tanker om eget utseende, som inkluderer kognisjoner rundt kontroll, korrigering og regulering av egne tanker relatert til egne bekymringer. Veale og Neziroglu (2010) påpeker at i BDD er persevererende tenkning ofte karakterisert av ruminering, særskilt når pasienten også oppgir å være deprimert. De er ofte ikke selv bevisste på egen ruminering fordi disse tankene oppleves som en vane, men de er oftere oppmerksomme på bekymringstanker, og rapporterer også disse hyppigere.

De tidligere påpekte likhetene mellom OCD og BDD –symptomatikk medfører at det er mest naturlig også å utforske hvilke likheter som kan finnes i behandling av disse lidelsene. Den metakognitive modellen utviklet for behandling av OCD (Wells, 1997; Fisher & Wells, 2009) er basert på den generiske modellen S-REF (Self-regulatory Executive Function Model). Denne fremhever hvordan inntrengende tanker aktiverer metakognisjoner som deretter leder til et kognitivt oppmerksomhetssyndrom (KOS) som styrer maladaptiv

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

mestringsatferd. Metakognisjoner anses å være en kausal faktor i utviklingen av en rekke ulike former for psykopatologi. En fortsatt ruminering rundt eget utseende gir negative metakognisjoner rundt vedvarende negative emosjoner som tristhet og angst, som forsterker tanken om at disse er ukontrollerbare. Ifølge Fisher og Wells (2009) er komponentene i KOS persevererende tenkning i form av ruminering og bekymring, maladaptive oppmerksomhetsstrategier som trusselmonitorering samt kompenserende mestringsstrategier. Samtlige av disse kjennetrekke er fremtredende hos pasienter med BDD (Phillips, 2009; Veale, 2010). Ruminering defineres av Fisher og Wells (2009) som fortidsrelaterte tanker som sentrerer rundt ”*hvorfor*” og ”*hva dette betyr*”. Bekymring defineres som ”*enn om*” tanker rundt fremtiden, hvor en triggertanke med negativt innhold kan starte en prosess hvor en rekke bekymringer rundt mulige skremmende hendelser og mulige scenarioer, samt eventuelle måter å forhindre disse på, dominerer bekymringssekvensen. Trusselmonitorering beskrives som en oppmerksomhetsstrategi hvor oppmerksomheten kan vendes innover for å søke etter ubehagelige tanker, emosjoner eller kroppslige sensasjoner, eller utover i miljøet for å lete etter eksterne trusler.

Disse ulike atferdene opprettholdes av antakelser rundt betydningen av egne tanker, definert som metakognitive antakelser. Metakognitive antakelser defineres videre som positive eller negative. Positive metaantakelser understøtter fordelene ved bekymring, ruminering, trusselmonitorering og kontroll av tanker. Disse kan formuleres som eksempelvis ”*Å bekymre meg hjelper meg å unngå problemer i fremtiden*” eller ”*Å bekymre meg hjelper meg å løse problemer*” (Wells & Cartwright-Hatton, 2004). Negative metaantakelser omhandler antakelser rundt ukontrollerbarhet av tanker samt hvor viktig det er å kontrollere disse, og hvilke farlige konsekvenser det kan få hvis man mislykkes. Disse kan formuleres som eksempelvis ”*Mine bekymringstanker går ikke bort uansett hvordan jeg forsøker å stoppe dem*” eller ”*Mine bekymringer kan gjøre meg gal*” (Wells & Cartwright-Hatton,

2004). Både positive og negative metaantakelser understøtter slik en videre bekymring og ruminering i lidelser som depresjon, sosial fobi, OCD og BDD.

MCT-behandling inkluderer å endre metakognitive antakelser om eget utseende og effekten av tvangsmessige ritualer, redusere nivået av ruminering og bekymring, samt senke nivået av selv-fokusert oppmerksomhet og endre mestringsatferd. Slik vil metakognitiv terapi fokusere, i motsetning til tradisjonell CBT, ikke på tankeinnholdet, men på tankeprosesser og metakognitive antakelser. Det er klare indikasjoner på KOS i BDD, hvor bekymring, ruminering, trusselmonitorering, tvangsmessig atferd, samt maladaptiv mestringsatferd er gjennomgående (Rabiei et al, 2012; Veale, 2010).

En nylig studie utført av Rabiei et al. (2012) viste at også metakognitive metoder kan ha en effekt på BDD-symptomer. Dette er den første studien som er gjort på evaluering av effekten av MCT på tankefusjonssymptomer i BDD. Denne studien sammenlignet 20 pasienter tilfeldig fordelt på to ulike betingelser; en MCT-gruppe som mottok behandling og en kontrollgruppe. Samtlige pasienter ble diagnostiserte med BDD etter retningslinjer fra SCID (SCID, basert på Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th Edition, Text Revision: American Psychiatric Association, 2000).

Utvalget bestod av 18 kvinner og to menn med gjennomsnittsalder på 25.2 år (SD=6.5) med symptomer som hadde vart mellom ett til ti år. Hele 45% av utvalget hadde komorbide lidelser. Studien inkluderte pre-, post og follow-up målinger med BDD-YBOCS og Thought Fusion Instrument (TFI). Behandlingsgruppen mottok åtte enkelttimer med behandling á 45-60 minutter. Behandlingsgruppen oppnådde en signifikant reduksjon av BDD-symptomer med en reduksjon målt i effektstørrelse ved post-testtidspunkt til Cohens  $d=.33$  for BDD-YBOCS og Cohens  $d=.51$  for TFI. Dette viser at MCT kan gi effekt i form av endringer i tankefusjonssymptomer i BDD. Til sammenligning viste meta-analysen av William, Hadjistavropoulos og Sharpe (2006) at CBT-behandling var assosiert med en



## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

effektstørrelse Cohens  $d=1.18$ . Dette understøtter behovet for å se videre på hvilken effekt MCT kan ha på BDD-symptomer.

Det finnes flere svakheter ved denne studien som belyser behovet for en randomisert kontrollert studie med metakognitiv terapi for en mer nøyaktig effektmåling. En sentral svakhet er at behandlerne ikke gjennomgikk trening av metoden i forkant og dermed er det ukjent hvilken kompetanse de har til å utøve MCT-behandling. Videre er en kritikk at effektstørrelsen er mye lavere enn er funnet ved andre studier av MCT for en rekke lidelser, noe som gjør fortolkningen av resultatet usikkert (Wells et al., 2012; Wells & King, 2006). I tillegg kan det spekuleres i hvorvidt resultatet delvis kan forklares med at nye metoder ofte kan ha økt behandlingseffekt, samt at et lite utvalg ikke gav muligheter for å inkludere en egen CBT-gruppe for sammenligning. Til tross for disse svakhetene viser studien at utvikling av metakognitive tilnærminger for BDD-behandling kan gi forskning en ny vinkling for å hjelpe denne pasientgruppen. En behandling som kan endre KOS og metakognisjoner tilhørende BDD kan vise seg å være en effektiv tilnærming til en pasientgruppe som tidligere er ansett å være en utfordring i terapi. Klinikere har per i dag et begrenset tilbud til disse pasientene, som viser en lavere innsikt enn lignende pasientgrupper med tvangstrekk (Phillips, 2005; Neziroglu & Yaryura-Tobias, 1997).

Begrunnet i argumentasjonen for metakognisjoners viktighet i opprettholdelsen av psykiske lidelser, og mer direkte dets relasjon til BDD, argumenteres det for nødvendigheten av å forske på behandlingsutfall av metakognitiv terapi for denne gruppen. Det er ikke gjennomført lignende kasusstudier på metakognitiv terapi for BDD-pasienter verken i Norge eller øvrige land, og videre er Spesialpost 4 den eneste institusjonen som tilbyr MCT-behandling for denne pasientgruppen i dag. Dette illustrerer nødvendigheten av utvide kunnskapen av hva som kan hjelpe disse pasientene, og da spesifikt på intervensjonene som fokuserer på metakognisjoners rolle i utvikling av samt opprettholdelse av symptomene.

Det vitenskapelige spørsmålet denne kausstudien ønsker å være med på å belyse er:

*Hvilken effekt kan metakognitive tilnærming ha på BDD-symptomer?*

Denne studien ønsker å undersøke denne effekten av metakognitiv behandling av BDD-symptomer, basert på en teoretisk vinkling av BDD som OCD-spektrum lidelse gjennom en tilpasset versjon av behandlingsmanualen av Wells (2009). I tillegg blir effekten av MCT på tankefusjoner, generelle depressive og angstrelaterte symptomer også undersøkt gjennom psykometriske data og oppfølgingsintervju med pasientene.

## 2. Metode

### 2.1 Design

Denne pilotstudien er underlagt de interne prosedyrer for diagnostikk og symptom mål som benyttes av Spesialpost 4 ved St. Olavs Hospital. Dette gir utslag i at presenterte data primært er baserte på registrerte skjema fra A-pakken utdelt ved posten ved fem ulike tidspunkt; Baseline 1, Baseline 2, utredning (BL-3), pre-behandling og post-behandling. Det er tilnærmet komplette datasett for alle mål på pre- og post-behandlingsmålinger for samtlige pasienter. For øvrige måletidspunkter er det varierte mengder tilgjengelige data. Dette er grunnet svikt i postens egne interne prosedyrer og gjelder i all hovedsak data for Pasient 1 og Pasient 2 som var de første til å fullføre behandling. Det finnes ikke baseline-målinger på disse to pasientene.

A-pakken inneholder et utvalg av kliniske selvrapportskjema for symptom måling hovedsakelig relatert til angstlidelser og depressive symptomer. Disse målene inkluderer Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) og Thought Fusion Instrument (TFI; Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton, 2004). I tillegg benyttes det i denne pilotstudien Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) for måling

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

av metakognisjoner samt Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for BDD (BDD-YBOCS; Phillips et al., 1997) for symptommålinger av BDD. Under utredning benytter posten seg av diagnostiske verktøy som ADIS-R (Di Nardo & Barlow, 1988) samt en basal screening av BDD-symptomer basert på BDD-Q (Phillips, 2005) som er oversatt av behandlerne.

En initiell måling av symptomer med BDD-YBOCS ble foretatt per telefon 3 måneder i forkant av utredningen på to av pasientene, her Pasient 3 og Pasient 4. De tre påfølgende initielle registreringer av øvrige mål ble fordelt over en tre ukers periode. Baseline 1 ble målt to uker i forkant av utredning med en påfølgende måling av Baseline 2 en uke etter Baseline 1. Under disse initielle målingene fylte pasientene ut skjemaene selv gjennom sykehusets interne nettbase Checkware. Selve utredningen fant sted en uke etter Baseline 2 og inkluderte et 3-5 dagers opphold ved posten. De innledende samtaler mellom terapeut og pasient inkluderte ingen terapeutiske intervensjoner. Samtlige pasienter utfylte det oppgitte testbatteriet i forkant av behandling (pre-måling) samt utarbeiding av individuell kasusformulering slik de er presenterte i teksten. Her mangler pre-måling av BDI for Pasient 3. Avsluttende måling (post) med samtlige mål ble foretatt ved endt behandling etter 3 ukers opphold.

I tillegg til kvantitative mål ble det benyttet et oppfølgingsintervju for å undersøke pasientenes kvalitative oppfatning av eget behandlingsutbytte. Intervjuet ble utformet av oppgaveforfatter under veiledning og bygger på Spesialpost 4 egen oppfølgingsrutine. Intervjuene ble gjennomført over telefon fortløpende etter siste pasient hadde fullført behandlingsoppholdet i september 2013. Intervjumalen er inkludert som Vedlegg A.

### **2.2 Pasienter**

Utvalget bestod av 4 pasienter henviste til Spesialpost 4 for Tvangslidelser ved

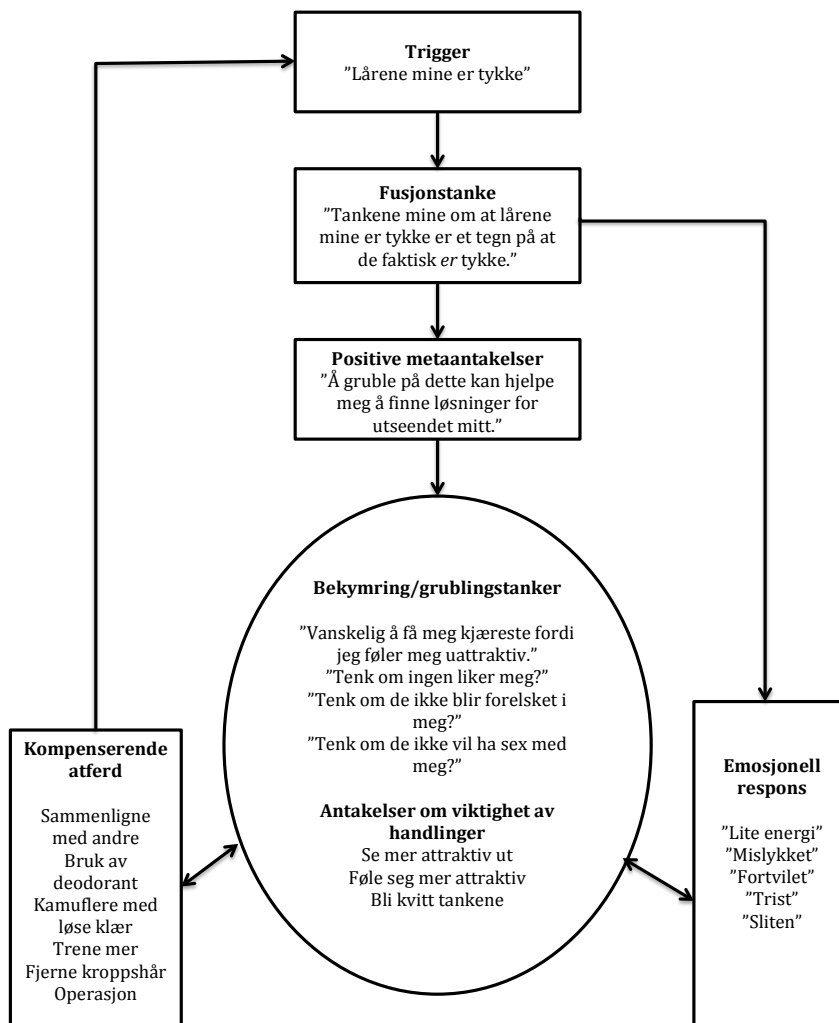
## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

Østmarka Sykehus, St.Olavs Hospital i Trondheim. Samtlige pasienter ga på forhånd skriftlig samtykke til at behandlingsdata kunne benyttes i forskning. Alle pasientene inkluderte i denne pilotstudien var kvinner. De var henviste til Spesialpost 4 fra egne fastleger eller psykologer. Tre av fire pasienter hadde mottatt psykisk eller medikamentell behandling tidligere. Samtlige pasienter tilfredsstilte de diagnostiske kravene til BDD som primærdiagnose slik definert av DSM-IV (American Psychiatric Association (APA), 1994). Ved utredning ble en av pasientene diagnostisert med komorbid panikk lidelse og hypokondrisk lidelse. To av pasientene oppga bruk av psykotrope medikamenter. Pasientene varierte i alder fra 24 til 34 år, hvorav en hadde samboer og de resterende tre var enslige. Videre følger en kortfattet presentasjon av hver enkelt pasient med tilhørende kasusformulering som ble utarbeidet av pasienten sammen med terapeut ved Spesialpost 4.

*Pasient 1* var en enslig kvinne på 31 år som oppgav å ha slitt med angst store deler av livet. Siden 17 års alderen hadde hun opplevd det hun beskrev som angst i sosiale sammenhenger og pasienten hadde i 2008 mottatt kognitiv terapi mot sosial fobi. Hun var henvist til Spesialpost 4 for vansker relatert til en mulig sosial fobi, men oppfylte ikke de diagnostiske kravene for denne lidelsen. Pasienten ble ved utredning diagnostisert med BDD. Pasienten oppgav å bruke mellom 3 til 8 timer hver dag på bekymringer eller kompenserende atferd relatert til eget utseende, noe som tilsvarte en moderat skåre (24) på BDD-YBOCS ved pre-måling. Særlige bekymringsområder var føtter, lår og underliv, hvor hun i tillegg bekymret seg for å lukte vondt. Kompenserende atferd var ofte forsøk på å dekke til kroppsdeler med klær samt en unngåelse av speil og reflekterende overflater. Ved behandlingsoppstart oppgav pasienten bruk av medisiner, derav Seroquel 75 mg og Ciprallex 10 mg en gang daglig. I tillegg hadde hun resept på Loratadin mot allergiske reaksjoner.

Figur 1.

*Kasusformulering for Pasient 1.*



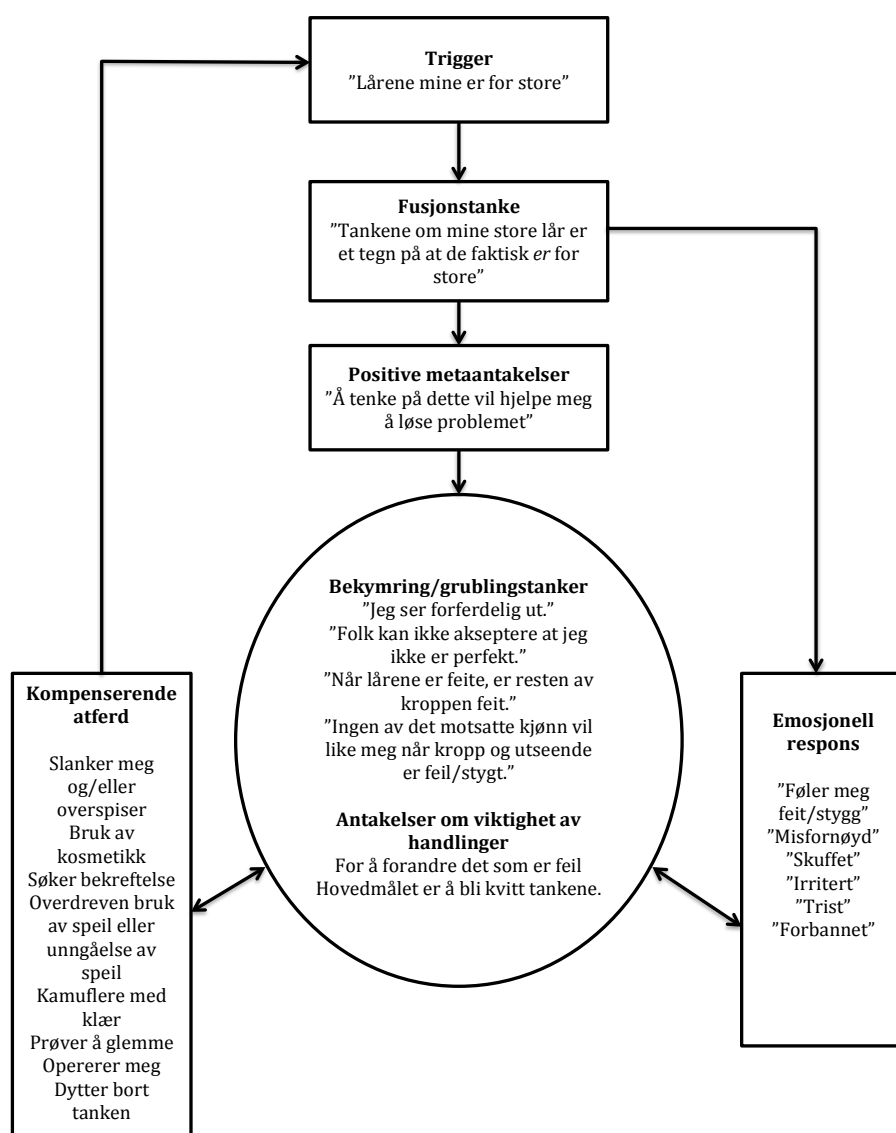
*Pasient 2* var en enslig kvinne på 24 år som ikke tidligere hadde vært i behandling i psykisk helsevesen. Pasienten ble ved utredning diagnostisert med BDD. Hun oppgav å bruke mellom 3 til 8 timer hver dag på bekymringer eller atferd relatert til eget utseende, noe som tilsvarte en høy skåre (32) på BDD-YBOCS ved pre-måling. Særlige bekymringsområder var oppfattede arrdannelse på bein og ansikt. Videre fokuserte pasienten på poser rundt øynene, en opplevelse av mindre feminine fingre samt en oppfattet uttynning av håret på hodet. Som kompenserende atferd brukte hun overdrevne mengder sminke, forsøkte å dekke til øyne med briller, skjule kroppsdeler med klær samt overdreven fysisk trening for å endre spesifikke

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

kroppsdeler. I tillegg oppgav hun både overdreven bruk av speil samt unngåelse av eget speilbilde. Pasienten hadde ved to tidligere anledninger fått kosmetiske inngrep utført på området rundt sine øyne for å bedre den oppfattede defekten. Hun hadde avbrutt sitt utdanningsforløp grunnet høyt symptomtrykk. Ved behandlingsoppstart oppgav pasient å kun motta medisinal behandling med insulinpumpe.

Figur 2.

*Kasusformulering for Pasient 2.*

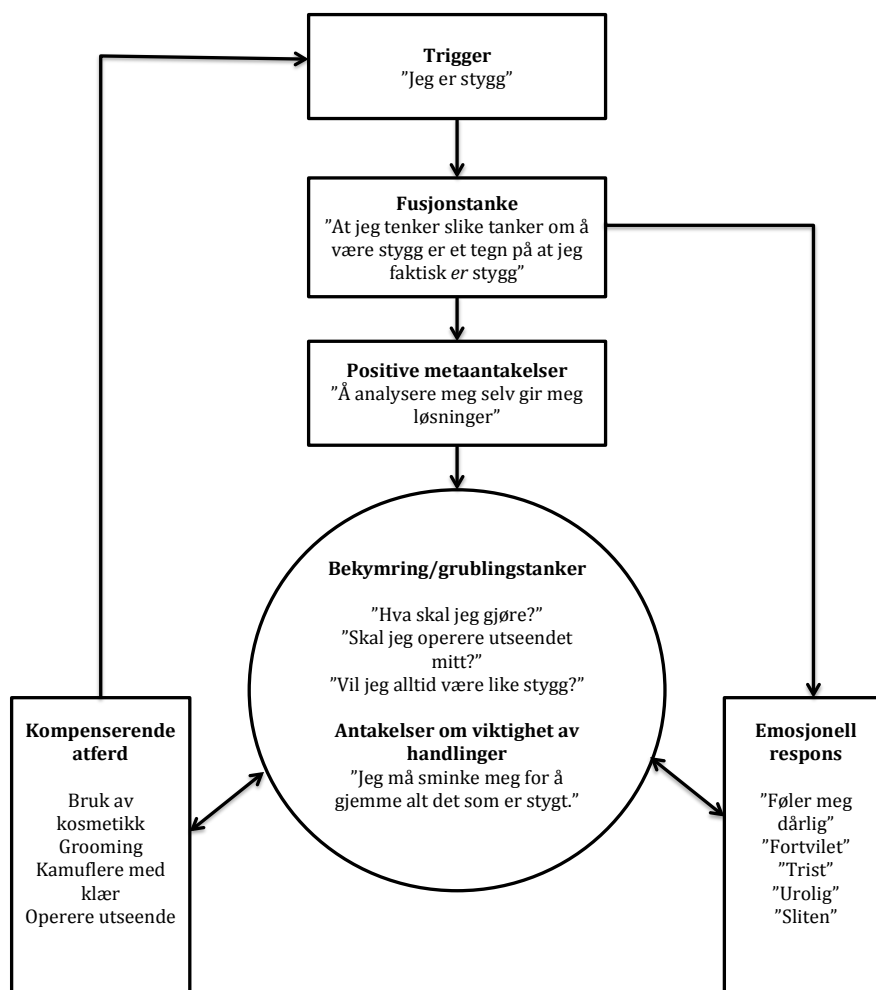


## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

*Pasient 3* var en 34 årig kvinne med samboer som ved utredning ble diagnostisert med BDD. Pasienten oppga her å bruke over 8 timer hver dag på bekymringer og kompensere atferd relatert til eget utseende, noe som tilsvarte en høy skåre (33) på BDD-YBOCS ved pre-måling. Pasienten oppgav å ha slitt med tanker om å være stygg siden ungdomstiden og beskrev å ha hatt angst hele livet. Hun hadde hatt kontakt med psykisk helsevesen med en tidligere sammensatt problematikk relatert til vold i nære relasjoner og spiseforstyrrelser. Historikken inkluderte flere tidligere innleggelser. Hun hadde mottatt omfattende behandling innenfor en rekke ulike tilnærminger. Pasienten ble henvist til Spesialpost 4 via en psykologspesialist. Særlige bekymringsområder var huden i ansiktet og da spesielt nese, hvor hun beskrev tanker om at huden så gammel og stygg ut med rødprykkede områder. Som kompensere atferd brukte pasienten overdrevne mengder sminke, bruk av ulike typer ikke-kirurgiske peeling samt kamuflerte kroppsdeler med klær. Særsilt på kveldstid oppgav pasienten å ha omfattende daglige groomingritualer som omfattet lange bad, bruk av massasjer for å dempe rødhet i huden samt barbering av alt kroppshår. Hun har tidligere fått gjennomført to kosmetiske plastiske operasjoner i mageregionen og på kjønnslepper for å endre på oppfattede defekter. Ved utredning ble det diagnostisert komorbid panikkangst og hypokondri som var relatert til frykt for kreft. Ved behandlingsoppstart oppga pasient at hun benyttet Imovane 7,5 mg og Ciprallex 20 mg daglig.

Figur 3.

*Kasusformulering for Pasient 3.*



*Pasient 4* var en enslig 26 årig kvinne som ved utredning ble diagnostisert med BDD.

Pasienten oppgav å bruke mellom 3 til 8 timer hver dag på bekymringer og kompenserende atferd relatert til eget utseende, noe som tilsvarte en høy skåre (26) på BDD-YBOCS ved pre-måling. Hun rapporterte å ha strevd med angstproblematikk siden tidlige pubertetsår. Hun oppgav å ha vært med i fire ulike behandlingsopplegg inkludert poliklinisk behandling samt et angsmestringskurs. Pasienten rapporterte vansker med sosiale relasjoner og intime relasjoner grunnet bekymringene. Hun hadde avbrutt et lengre studieforløp grunnet at hun ikke klarte å håndtere studiekravene samtidig som sine psykiske vansker.

Bekymringsområder ble oppgitt å være tanker om at ansiktet var stygt i profil, ringer under

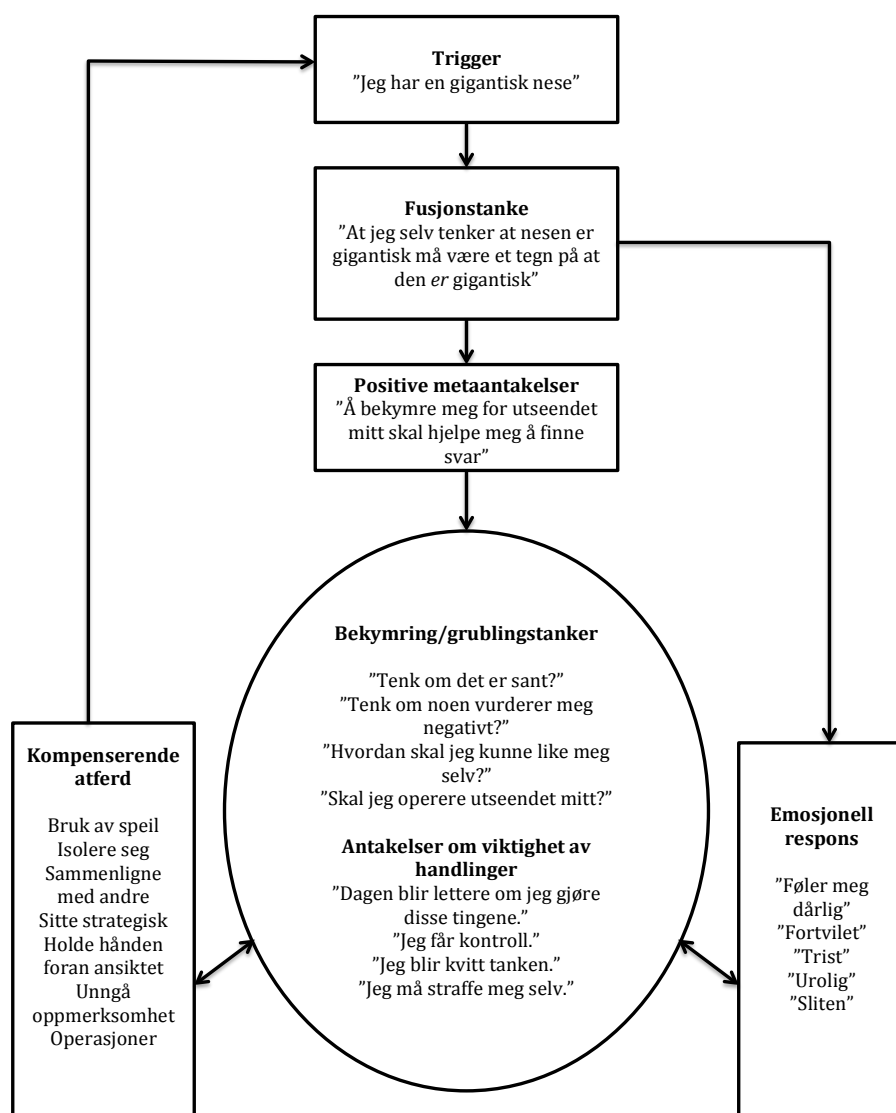


## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

øyne og en stor nese. Av kompenserende atferd var de mest sentrale hyppig sjekking i speil, søke betryggelse fra andre, berøring av kroppsdeler, sammenligne egne kroppsdeler med andre, unngå å sitte i profil under samtale med andre samt å ikke bli tatt bilder av. Pasienten oppgav å ha utført to kirurgiske inngrep på nese og ører for å rette på sine oppfattede defekter. Pasienten hadde ved utredning ingen komorbide diagnoser. Hun ble henvist til Spesialpost 4 via egen fastlege. Pasienten oppgav ingen nåværende medisiner, men hadde seponert Cipraleks tidligere grunnet ingen opplevd effekt på symptomer.

Figur 4.

*Kasusformulering for Pasient 4.*



## 2.3 Utfallsmål/Måleinstrumenter

### 2.3.1 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale for BDD

(BDD-YBOCS; Phillips et al., 1997) er et semistrukturert terapeut-administrert intervju bestående av 12 ledd som kartlegger alvorsgrad av BDD-symptomer, som også er sensitiv til endringer i symptombildet i et behandlingsforløp (Phillips, et al, 1997). Det er basert på en tilpasning av semistrukturert intervju for OCD-lidelse, hvor diagnostiske likheter som opptatthet for blant annet perfektjon og symmetri i tillegg til tvangsatferd understøtter denne tilnærmingen. Testleddene graderes av pasienten på en skala fra 0 (Ingenting) til 4 (Ekstremt). Spørsmålene dekker en rekke områder som opptatthet av defekt, grad av funksjonstap og opplevd ubehag i innledende ledd, og videre spørsmål rundt tvangsatferd, ubehag ved å ikke utføre ritualer og opplevelse av kontroll. Avslutningsvis er det to mål på innsikt og unngåelse, som predikerer respons til behandling. Skårer summeres for spørsmålene inndelte under ledd for tvangstanker, ledd for tvangshandlinger og samlet skåre (mellom 0 og 48). En høyere skåre indikerer mer alvorlige symptomer. BDD-YBOCS har vist akseptabel test-restest reliabilitet ( $r=.88$ ), indre konsistens ( $\alpha=.80$ ) og interrater reliabilitet for individuelle ledd ( $r_s$  mellom .87. til 1.00 med en total skåre  $r=.90$ ). I tillegg viser totalskåren på BDD-YBOCS å være signifikant korrelert med globale mål på alvorsgrad av lidelse ( $r=.55$ )(Cororve & Gleaves, 2001). BDD-YBOCS har demonstrert en nytteverdi i måling av endring i terapeutisk behandling. Til tross for dens styrke som klinisk verktøy har målet mottatt kritikk for et noe begrensende fokus på OCD-relatert symptomatikk (Rosen & Reiter, 1996). Intervjuet er inkludert som Vedlegg B.

### 2.3.2 Metacognitions Questionnaire-30

(MCQ-30; Wells & Cartwright-Hatton, 2004) er et selvrapporteringskjema med 30 ledd, og

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

er en forkortet versjon av MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997). Skjemaet er bestående av et utvalg av metakognitive tanker, bedømmelser og tendenser til monitorering av egne tanker, som er funnet å være viktige i den metakognitive modellen for psykiske lidelser. Spørsmålene følger en fem-faktor struktur med kognitiv tro/tillitt til egen hukommelse (cognitive confidence), positive meta-antakelser om bekymring, kognitiv selv-bevissthet, negative meta-antakelser om ukontrollerbarhet av tanker og fare, samt antakelser om viktigheten av å kontrollere disse. Undersøkelser av psykometriske egenskaper ved MCQ-30 har vist lovende resultater. MCQ-30 viser god indre konsistens med Cronbachs  $\alpha = 0.72$  til  $0.93$  for totalskårer og de fem subskalaer i Wells & Cartwright-Hatton (2004) studie. I tillegg vises det til god konvergerende validitet med signifikante positive assosiasjoner mellom MCQ-30 subskalaer og øvrige mål på patologisk bekymring og tvangsproblematikk, deriblant en sterk sammenheng mellom MCQ-30 subskala for metakognisjoner om ukontrollerbarhet av tanker/fare og patologisk bekymring i PSWQ med en 53% delt varians. MCQ-30 viser forøvrig en akseptabel test-retest reliabilitet.

### 2.3.3 Beck Depression Inventory

(BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) består av 21 ledds skala tiltenkt å evaluere et nåværende nivå av depresjon hos pasienten. Hvert av leddene skåres på en firepunkts-skala (0 til 3) med en samlet maksimalskåre på 63. Spørsmålene måler grad av effektive, kognitive, motivasjonsmessige, vegetative og psykomotoriske komponenter ved depresjon. BDI er et reliabelt og godt validert instrument for måling av depressive symptomer både i kliniske samt non-kliniske populasjoner.

### 2.3.4 Beck Anxiety Inventory

(BAI; Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) er et selvrapporteringskjema bestående av 21

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

ledd, utviklet for å evaluere alvorsgrad av somatiske og kognitive symptomer. Spørsmålene etterspør symptomer fra de siste 7 dager. Hvert av leddene skåres på en firepunkts-skala (0 og 3) med en samlet maksimalskåre på 63. BAI har svært gode psykometriske egenskaper.

### 2.3.5 Thought Fusion Instrument

(TFI; Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton, 2004) er en selv-rapport skala med 14 ledd som evaluerer metakognitiv tro rundt betydning, signifikans og alvorsgrad av inntrengende tanker. Spørsmålsleddene undersøker tanker relatert til Thought-Action-Fusion (TAF), Thought-Event-Fusion (TEF) og Thought-Event-Fusion (TOF). Hvert enkelt ledd graderes fra 1 til 100 hvor en høyere skåre indikerer en sterkere metakognitiv tro. Psykometriske data på dette instrumentet er foreløpig begrenset, men Gwilliam, Wells & Cartwright-Hatton (2004) viser til en reliabilitet med Cronbachs alfa = .89. Skalaen fremstår å inneha en singel faktorstruktur som kombinerer samtlige ledd, hvor forskning støtter en god konvergerende og diskriminant validitet (Gwilliam, 2001 i Fisher & Wells, 2008).

## 2.4 Prosedyre

Behandlingen fulgte en tilpasset manual av MCT for OCD av Wells (2009). For å kunne administrere behandlingen ble det foretatt enkelte modifikasjoner av modellen.

Pasienter som oppfylte diagnosekriteriene mottok et behandlingstilbud som inkluderte et 3 ukers døgnopphold ved Spesialpost 4 for Tvangslidelser. Oppholdet inkluderte et intensivt antall individuelle behandlingstimer med psykolog med tett oppfølging. Disse individuelle timene varierte i varighet og hyppighet etter hvert enkelt pasients behov. Posten er inter-disiplinær, hvor en rekke terapeuter og miljøpersonell, eksempelvis sykepleiere, psykiatriske sykepleiere og ergoterapeuter, arbeider i team under behandlingsperioden. Miljøpersonalet bidrar gjennom behandlingsforløpet med motivasjonelt arbeid, emosjonell

støtte og øvrige miljøtiltak. Samtlige pasienter får oppfølging i form av et tre dagers opphold ved posten henholdsvis 3 måneder og 6 måneder etter avsluttet behandling, i tillegg til samtaler per telefon.

Samtlige pasienter mottok behandling fra cand.psychol Erlend Hunstad, som har gjennomført et 2 årig fordypningskurs i metakognitiv terapi ved MCT Instituttet (MCT-I) i Manchester ledet av Adrian Wells og Hans Nordahl.

### 2.4.1 Behandling

Metakognitiv terapi har en AMC-modell/kasusformulering av psykiske lidelser som består av en utløsende tanke, antakelse eller emosjon (A), aktivering av metaantakelser/KOS (M) og konsekvenser (C: consequence: emotional and behavioral) (Fisher & Wells, 2009). Målet med behandlingen er å endre pasientens opplevelse av egne tanker samt pasientens antakelser rundt egne tanker.

Som første steg skal det i innledende behandlingstime utarbeides en idiosynkratisk kasusformulering i samarbeid med terapeuten. Som basis for kasusformuleringen brukes spørsmålsledd fra MCQ-30. Fisher og Wells (2009) beskriver nærmere hvordan en utløsende hendelse, tanke eller emosjon kan lede til aktiveringen av positive og negative metaantakelser, og deretter aktiveringen av personens KOS. Som en del av KOS er fusjonstanke som understøtter symptomer. Tankefusjon for BDD-pasienter er forklart som tanker, bilder og minner fra fortiden som blir fusjonert med nåværende erfaringer og informasjon om verden, som igjen er en del av pasientens indre virkelighet. Pasientene må lære å møte sine tanker på en ny måte, ved å fjerne denne fusjonen mellom tanker og opplevelse (Veale & Neziroglu, 2010). Eksempler på fusjonstanke som kan være sentrale for pasienter med BDD er ”*For di jeg tenker slik er jeg slik*” eller ”*Tankene mine er virkelighet*” hvor tankefeil rundt tankens absolutte sannhet eller hvor betydningsfullt utseende er for andre

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

mennesker kan bli oppgitt. Mer konkret kan det beskrives som en tro om at ”*Tanker om at x er defekt er et tegn på at x er defekt*”, hvor pasienten handler ut ifra tanken som om denne var sannhet og videre tar egne og omgivelsenes responser som bevis for denne tanken. Det sentrale er at pasienten vil oppfatte sitt indre bilde som en realitet og tillegge dette stor betydning. Som konsekvens opplever personen emosjonelle og atferdsmessige responser som videre opprettholder metaantakelsene. Målet med terapi er å lære seg en ny måte å relatere seg til egne tanker, og derav benytte en ny respons til triggere som vanligvis utløser disse metaantakelsene. Pasientene får tildelt konkrete oppgaver relatert til metakognitiv terapi som de skal arbeide med utenfor timene.

Neste steg i behandlingsforløpet med MCT inkluderer en sosialiseringssprosess gjennom psykoedukasjon rundt positive og negative metakognisjoner samt det kognitive oppmerksomhetssyndrom, i tillegg til en introduksjon til frakoblet oppmerksomhet og fokusert oppmerksomhetstrening. En av de sentrale teknikkene i MCT som introduseres tidlig i behandlingen er frakoblet oppmerksomhet som kommer av begrepet *detached mindfulness*. Dette todelte begrepet refererer til en alternativ prosesseringsmodus som representerer en motvekt til maladaptive KOS. Oppmerksomhetskomponenten omfatter en bevisstgjøring rundt egne tanker og antakelser, hvor en under eksponering ønsker å oppnå en meta-bevissthet rundt tankeprosesser. En frakobling av oppmerksomhet omfatter to ulike faktorer. Den første er å utsette eventuelle maladaptive strategier og handlinger som vanligvis vil igangsettes i respons til oppfattede triggere. Det andre er å separere seg selv fra tankene, for slik å øke fleksibiliteten i respons til aktiverte tanker, antakelser og emosjoner. Pasientene blir gradvis introdusert til å utøve teknikken på bekymringstanker. Denne metoden står i kontrast til maladaptive mestringsstrategier som kontroll gjennom tankeundertrykkelse eller forsøk på distraksjoner. Pasienten skal avstå fra å engasjere seg i analysering eller ruminering, men samtidig ha en meta-bevissthet rundt ens egne inntrengende tanker og

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

emosjoner. Ulike strategier for å øke fleksibiliteten som ble benyttet for disse pasientene var metakognitiv veiledning, fri-assosiasjons øvelser, tiger-øvelsen og bruk av metaforer.

Pasientene ble bedt om å utøve teknikker for frakoblet oppmerksomhet som respons til bekymrings- eller rumineringstanker som oppsto mellom behandlingstimene med terapeut.

Neste steg i behandlingen er å bevisstgjøre pasienten på egne strategier. Sentralt i formuleringen av KOS for BDD pasienter er en overdreven selv-bevissthet bestående av selv-fokusert oppmerksomhet og hypervigilans som er lite fleksibel. Dette fokuset er en del av oppmerksomhetsstrategien tilhørende BDD, hvor pasienter overvåker kroppen og tankene etter tegn på emosjonelle endringer, eller miljøet for sammenligninger med eller responser fra andre. MCT fokuserer på at pasienten lærer hvordan denne strategien er maladaptiv og faktisk øker frekvensen av og styrken i de ubehagelige utløserne. Som en del av metoden benyttes SARS-protokollen som omhandler å øke prosessering av informasjon som bryter med pasientenes dysfunksjonelle antakelse (for eksempel sosial angst), eller om å stanse trusselmonitorering. Det ble gjennomført med auditive fokuseringsøvelser hvor målet var å effektivt skifte fokus mellom ulike auditive stimuli med tidvis ubehagelig innhold, for å øke den mentale fleksibiliteten. Dette ble utført i samarbeid med terapeut gjennom en ”demon-øvelse” hvor pasienten skal engasjere seg i en samtale med terapeuten samtidig som en ko-terapeut hvisker nedsettende kommentarer. Hensikten er å både illustrere hvordan fokus kan endre betydningen en kommentar kan ha, samtidig som pasienten opplever hvor krevende det er å fokusere på egne tanker samtidig som man skal opprettholde delt oppmerksomhet. I tillegg brukte behandlerne en øvelse fra SARS-protokollen hvor en ”loop-tape” ble innspilt til pasientene for å kunne utføre eksponeringsøvelser utenom timene, også i ulike sosiale settinger. Målet er å øke metakognitiv kontroll gjennom øvelse, og ikke endring gjennom ren eksponering for utløsende tanker. Pasienten skal både i forkant og etterkant av øvelsen oppgi

grad av egen introspeksjon på en syv-punkts skala jevnt fordelt rundt en gjennomsnittsverdi (0), hvor +3 representerer en høy grad av selvfokus.

Videre i behandlingen introduseres bekymringsutsettelse for pasientene etter de har begynt å mestre bruken av frakoblet oppmerksomhet. Dette er et ledd i å forsterke opplevelsen av å kunne observere egen tankestrøm, samt å utfordre antakelser om tankenes farlighet. Herunder introduseres prinsipper fra Exposure and response commission (ERC: Wells, 2009). Metoden benytter seg av øvelser hvor pasientene blir oppfordret til å utføre sine ritualer, men samtidig instruert til å holde sine tvangstanker i bevisstheten. Intensjonen er å videreutvikle effekten av frakoblet oppmerksomhet samt benytte et metakognitivt prosesseringsnivå. Videre kan dette svekke pasientens tro på nytten av å utføre kompensierende tvangshandlinger, slik som å kamuflere kroppsdeler eller sjekke utseende i speil. For BDD-pasienter er dette en øvelse som skal hjelpe å se at denne atferden er relatert til forsøk på å nøytralisere ubehagelige tanker.

I avsluttende timer arbeides det med en therapy blueprint hvor pasienten har sin egen kasusformulering samt oversikt over relevante metakognisjoner som brukes som forklaringsmodell for hvordan tilbakefall kan forhindres. I tillegg legges rammer for videre oppfølging fra posten gjennom telefonsamtaler og kortvarige oppfølgingsopphold.

### **3. Resultater**

#### **3.1 Resultater fra utfallsmål**

Visuell inspeksjon og grafisk fremstilling av data er en passende analyse av tidlige undersøkelser av effekt av nye behandlingsmetoder (Fisher & Wells, 2008). Tabell 1 viser oversikt over de individuelle pasienters skårer på samtlige tilgjengelige mål. Dette inkluderer selvrapportdata på målene for BDD-symptomer, generelle angstrelaterte og depressive symptomer, fusjonstanker samt metakognisjoner for Pre og Post-målinger. Det er presentert i



## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

Tabell 1 Utredning, Baseline 1 og Baseline 2 for de pasientene hvor dette var tilgjengelig.

Tabell 1.

*Tilgjengelige data for BDD-YBOCS, MCQ-30, BDI, BAI og TFI på alle måletidspunkt for samtlige pasienter.*

Mål	PAS 1		PAS 2		PAS 3		PAS 4	
<b>BDD-YBOCS 3 mnd før utredning</b>					BDD-YBOCS	34	BDD-YBOCS	31
<b>Baseline 1 2 uker før utredning</b>					MCQ-30	-	MCQ-30	-
					BDI	32	BDI	28
					BAI	22	BAI	15
					TFI	-	TFI	-
<b>Baseline 2 1 uke før utredning</b>					BDD-YBOCS	-	BDD-YBOCS	-
					MCQ-30	-	MCQ-30	-
					BDI	25	BDI	-
					BAI	22	BAI	-
					TFI	-	TFI	-
<b>Baseline 3 Utredning</b>					BDD-YBOCS	32	BDD-YBOCS	26
					MCQ-30	46	MCQ-30	73
					BDI	26	BDI	27
					BAI	17	BAI	13
					TFI	120	TFI	80
<b>Pre Behandlingsstart</b>	BDD-YBOCS	24	BDD-YBOCS	32	BDD-YBOCS	33	BDD-YBOCS	26
	MCQ-30	78	MCQ-30	73	MCQ-30	41	MCQ-30	68
	BDI	-	BDI	23	BDI	26	BDI	26
	BAI	41	BAI	18	BAI	17	BAI	4
	TFI	150	TFI	150	TFI	70	TFI	60
<b>Post Behandlingslutt</b>	BDD-YBOCS	7	BDD-YBOCS	0	BDD-YBOCS	6	BDD-YBOCS	11
	MCQ-30	37	MCQ-30	40	MCQ-30	35	MCQ-30	33
	BDI	0	BDI	1	BDI	22	BDI	3
	BAI	17	BAI	7	BAI	28	BAI	2
	TFI	0	TFI	40	TFI	40	TFI	10

En initiell visuell analyse av tabellen viser at samtlige pasienter hadde en betydelig reduksjon på symptommålet for BDD-YBOCS på post-behandling sammenlignet med pre-behandling.

Skårer for BDD-YBOCS gjort tre måneder før utredning samt ved selve utredningen for

Pasient 3 og Pasient 4 viser at de ikke opplevde noen spontan bedring i perioden før

behandling. For skårer på de øvrige pre og post-målene MCQ-30 og TFI viser til en videre

reduksjon for samtlige pasienter. Tilgjengelige Baseline 1, Baseline 2 og Utredningsdata for

Pasient 3 og Pasient 4 viser heller ikke her til opplevd spontan bedring på disse målene

perioden før behandling. For BDI viser tallene til data for de tre av pasientene hvor dette var

innsamlet, hvorav samtlige av disse hadde en reduksjon. Pre og post-data for generelle

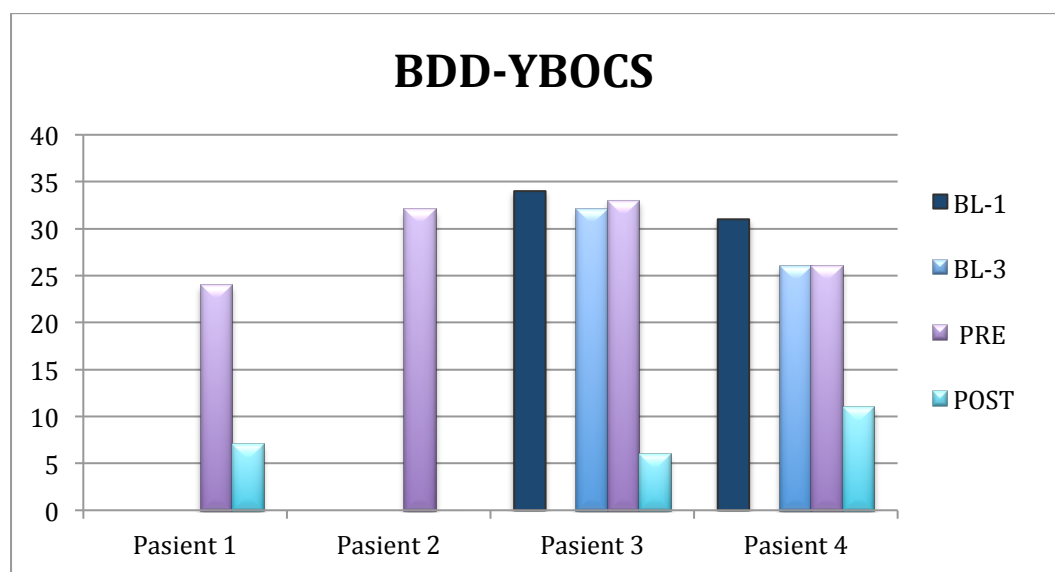
angstsymptomer målt med BAI viser til en reduksjon for tre av fire pasienter, hvor Pasient 3

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

viser til en liten økning ved siste måletidspunkt. Denne økningen forklares av pasienten selv å ikke være relatert til BDD-symptomatikk, men til en forhøyelse av helseangst-symptomer relatert til eksponeringsøvelser utført mot slutten av behandlingsoppholdet.

Figur 5.

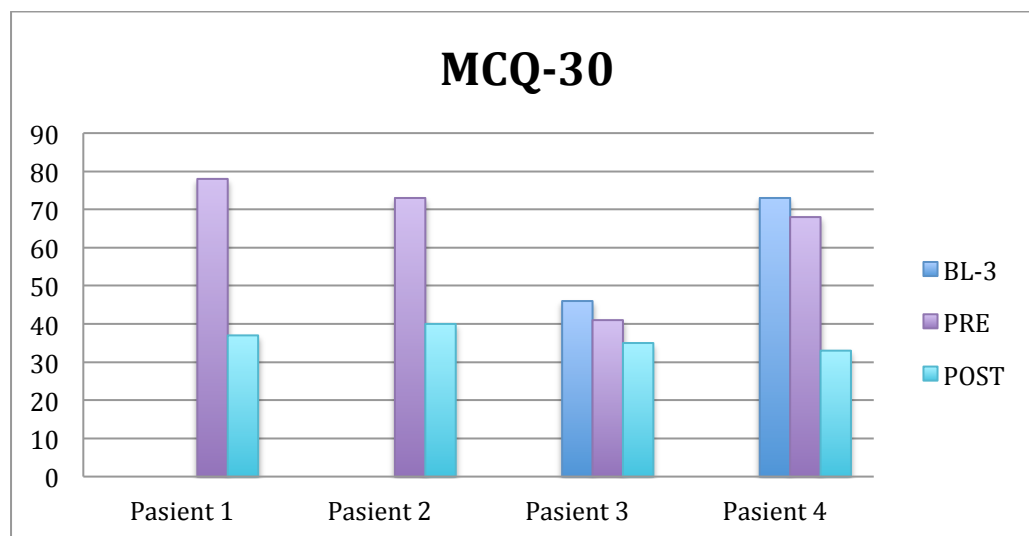
*Tilgjengelige data for BDD-YBOCS ved Baseline 1 (BL-1), Utredning (BL-3), pre-behandling og post-behandling.*



En grafisk fremstilling av resultatene for BDD-YBOCS viser til en sterk reduksjon av BDD-relaterte symptomer for samtlige pasienter. Pasient 2 oppgir å være symptomfri (0) ved post-behandling og øvrige pasienter er langt under en samlet skåre på 20 som Phillips (2005) angir som grenseområdet for klinisk signifikant BDD-problematikk.

Figur 6.

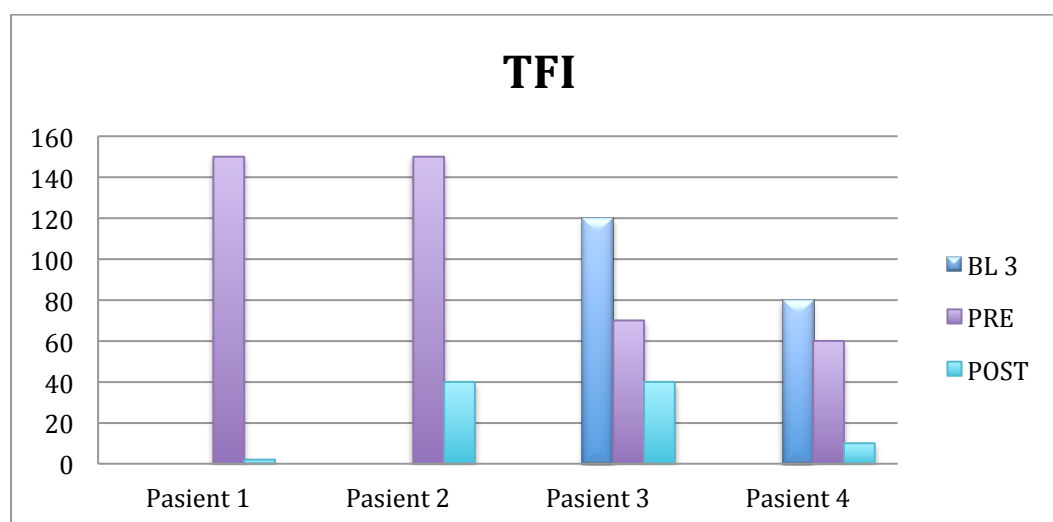
*Tilgjengelige data for MCQ-30 ved Utredning(BL-3), pre-behandling og post-behandling.*



En grafisk fremstilling av resultatene for MCQ-30 viser til en reduksjon for samtlige pasienter, dog en svakere reduksjon for Pasient 3 som også hadde lavest skåre ved pre-måling. Øvrig pasientdata viser til en opplevd sterk reduksjon av meta-kognisjoner ved post-behandling.

Figur 7.

*Tilgjengelige data for TFI ved Utredning(BL 3), pre-behandling og post-behandling.*



En grafisk fremstilling av resultatene for TFI viser til reduksjon for samtlige pasienter hvor særskilt Pasient 1 oppgir en null-skåre ved post-behandling.

## 3.2 Resultater fra oppfølgingsintervju

Intervjumalen bestod av 14 spørsmål relatert til pasientenes egen evaluering av selve oppholdet samt deres vurdering av subjektiv bedring i etterkant av behandlingen. En sammenfatning av besvarelsene fra pasientene presenteres etter hvert spørsmålsledd.

1. I hvilken grad opplevde du denne måten å se dine vansker på som meningsfull?
  - *Pasient 1 vurderer at dette var en veldig god metode for å forstå samt håndtere egne tanker. Hun presiserer at behandlingen har endret hele livet hennes. Pasient 2 beskriver at hun fikk et nytt perspektiv på egne symptomer. Pasient 3 oppsummerer at metoden var veldig meningsfull for henne. Pasient 4 beskriver at en slik tenkning rundt bekymringer fungerer veldig godt for henne.*
2. I hvilken grad opplevde du at din behandler forsto hvor vanskelig du hadde det?
  - *Pasient 1 opplevde en høy grad av forståelse. Pasient 2 beskriver at både terapeut og øvrige ansatte ved posten hadde god forståelse for hennes vansker. Pasient 3 sier terapeuten "traff midt i blinken" og at han forsto henne veldig godt. Pasient 4 mente terapeuten var kunnskapsrik og at det var tydelig at han hadde jobbet med lignende pasienter.*
3. På hvilket tidspunkt følte du at bedringsprosessen startet?
  - *Pasient 1 mener hun kjente bedring etter ca 2 uker hvor hun gjennomførte "demon-øvelsen" og måtte observere seg selv. Pasient 2 bemerker bedring etter ca 1,5 uker hvor hun på permisjon merket at hun klarte å være mer tilstede i samtaler. Pasient 3 bemerker bedring etter 2 uker hvor hun taklet eksponeringsøvelser uten sminke. Pasient 4 bemerker uke 2 hvor hun behersket frakoblet oppmerksomhet.*
4. Hva var det første du merket at du mestret i behandlingen?
  - *Pasient 1 bemerker "demon-øvelsen" hvor hun mestret å holde et eksternt fokus. Pasient 2 beskriver det å takle eksponeringsøvelser uten kompenserende strategier. Pasient 3 beskriver å mestre å la andre se henne uten sminke. Pasient 4 bemerker det å få avstand til sitt indre bilde av seg selv.*
5. Hva ved behandlingen var mest nyttig for deg?
  - *Pasient 1 oppgir frakoblet oppmerksomhet. Pasient 2 bemerker øvelser i frakoblet oppmerksomhet hvor hun forsto målet med behandlingen. Pasient 3 påpeker det å*

*lære at angst ikke er livstruende og kan innta mange former. Pasient 4 trekker frem frakoblet oppmerksomhet samt det å ikke frykte egne følelser.*

6. Hva var den mest fremtredende utfordringen som du opplevde i behandlingen?
  - *Pasient 1 oppgir det å eksponere kroppen for andre. Pasient 2 trekker frem det å bli filmet i en sosial situasjon og deretter se filmen, samt å studere seg selv foran speilet. Pasient 3 oppgir å gjennomføre eksponeringsøvelser til tross for angsten. Pasient 4 oppgir det å skulle "slå av bekymringen" som opplevdes som automatisk.*
7. Var det noe i behandlingen som du følte ikke var like mye til hjelp?
  - *Pasient 1 avviser at noe var til mindre hjelp. Pasient 2 tenker at alt i behandlingen var nødvendig. Pasient 3 sier at behandlingen hjalp mot BDD, men at hun opplevde mer bekymring i forhold til eksponering for helseangst mot slutten av behandlingen. Pasient 4 oppgir at hun noen ganger synes miljøpersonale kunne gi råd som hun opplevde motstred behandlingen.*
8. Ved avslutning av behandlingsopphold: følte du deg klar til å avslutte selv, og eventuelt hva gjorde at du følte deg klar til å avslutte behandlingen?
  - *Pasient 1 mener hun var klar for avslutning og at hun ved siste møte med gruppen virkelig forsto at hun måtte prøve ut dette hjemme. Pasient 2 bekrefter også og sier at hun visste at hun måtte prøve seg i den virkelige verden. Pasient 3 sier hun merket at symptomene hadde sluppet taket mot slutten av terapien. Pasient 4 oppgir at hun følte hun mestret metoden og måtte forsøke teknikkene alene.*
9. Hvordan har du hatt det siden du avsluttet behandlingen her ved klinikken/posten? Forverring- som ved avslutning- forbedring?
  - *Pasient 1 oppgir å føle seg bra og være på samme nivå som ved avslutning. Pasient 2 opplever stor bedring og beskriver å ha fått en helt nytt liv hvor hun har flyttet for seg selv, fullført skole og fått samboer. Pasient 3 oppgir en bedring av BDD-symptomer. Pasient 4 forteller at hun opplever å få økt bedring hver dag.*
10. Hvilke utfordringer har du opplevd i tiden i etterkant?
  - *Pasient 1 synes det er utfordrende å være sosial, men presser seg selv og benytter frakoblet oppmerksomhet. Pasient 2 oppgir utfordringer i forhold til å stole på seg selv mer. Pasient 3 oppgir en økning i bekymringer relatert til helseangst/bruk av frakoblet oppmerksomhet. Pasient 4 beskriver utfordringer med å være tilbake på skolebenken og takle eksponeringen.*

11. Hvis du tenker tilbake til tiden før behandling og nå, hvilke forskjeller legger du merke til i hverdagen?
  - *Pasient 1 forteller at hun nå kan la bekymringene være i fred, og klare seg gjennom hverdagen med en mye bedre funksjon. Pasient 2 oppgir at hun nå bryr seg mindre om hva andre tenker og at hun nå "gir mer faen". Pasient 3 sier hun ikke lengre er utslitt av bekymringer og ritualer. Pasient 4 sier hun har mer energi og er verken bekymret eller lei seg lengre.*
12. Hva sitter igjen som viktigst for deg som du har lært gjennom behandling?
  - *Pasient 1 oppgir at frakoblet oppmerksomhet var viktigst for henne. Pasient 2 oppgir det å kunne "gi mer blaffen i tankene". Pasient 3 forteller at det viktigste var å lære at angst ikke var farlig. Pasient 4 oppgir frakoblet oppmerksomhet og læring rundt å skifte fokus på tanker.*
13. Har du opplevd like mye bedring som du selv håpet på før behandlingen?
  - *Pasient 1 sier hun har opplevd mer bedring enn hun hadde håpet på forhånd. Pasient 2 forteller at hun har opplevd stor bedring. Pasient 3 sier hun fortsatt er opptatt av utseende, men ikke lengre bekymret i forhold til det. Pasient 4 sier hun har opplevd større bedring enn forventet, og at hun fortsatt arbeider med å mestre metoden.*
14. Har du noen forslag til hvordan vi kunne behandle fremtidige pasienter bedre?
  - *Pasient 1 fremhever at hennes møte med en annen pasient med samme problematikk ble svært viktig for henne. Pasient 2 etterlyser mer informasjon rundt hvordan BDD og spiseforstyrrelser kan være relaterte. Pasient 3 har ingen forslag. Pasient 4 har ingen forslag.*

En samlet vurdering av tilbakemeldingene fra disse fire pasientene viser at samtlige opplever en markant effekt av behandlingen og direkte relaterer denne effekten til sentrale teknikker som frakoblet oppmerksomhet og eksponeringsøvelser. Pasientene bekreftet videre at de håndterte sine bekymringstanker på en slik måte at de ikke opplevde å lengre ha BDD-diagnosen.

### 3.3 Måling av effekt

Effektstørrelsen(ES) benyttet er effekt v.s standardavvik ratio, og blir kalkulert basert på gjennomsnittlig endring i de individuelle testskårene for pre- og post data fordelt på et samlet standardavvik av de samlede skårene (Cohen, 1992). Den rapporterte endringen utfallsmål blir beskrevet i antall standardavvik for enklere sammenligning med andre studier.

Tabell 5.

*Gjennomsnitt, standardavvik og Cohens d for samtlige mål.*

	Pre-behandling		Post-behandling		<i>Cohens d</i>
	M	SD	M	SD	
BAI	20	13.4	13.5	7.6	0.62
BDI*	25	1.4	8.7	9.5	3.00
BDD-YBOCS	28.75	3.8	6.0	3.9	5.86
MCQ-30	65	14.3	36.3	2.6	3.40
TFI	107.50	42.7	22.5	17.9	2.81

Note: \*=n=3

Ved å bruke Cohens d for å estimere nivå av endring i denne gruppen av fire pasienter som helhet, fremtrer en substansiell endring for samtlige pasienter. For symptomålet BDD-YBOCS er Cohens d = 5.86, noe som indikerer en svært markant endring. Videre er Cohens d= 3.40 for MCQ-30 og Cohens d=3.00 for BDI. Symptomålet TFI oppnår en Cohens d=2.81. For BAI er standardavviket for post-måling sterkt påvirket av utliggerdata fra Pasient 3 hvor angstnivået økte mot slutten av behandlingsperioden. BAI blir målt til Cohens d= .62. Store standardavvik gir stor varians i gruppen noe som vanskeligjør analysen hvor det begrensede utvalget gjør statistikken sårbar for utliggere.

## 4. Diskusjon

Det fundamentale målet med denne kausstudien er å besvare spørsmålet: hvilken effekt kan metakognitive tilnærming ha på BDD-symptomer? Denne pasientgruppen møter i dag et utilstrekkelig tilbud både relatert til forståelse av problematikk og muligheter for evidensbasert behandling. Dette ble forsøkt belyst ved bruk av selv-rapportdata fra ulike tidspunkt i forkant av behandlingsoppholdet, samt en post-måling av symptomer ved behandlingsslutt. Som supplement ble et oppfølgingsintervju gjennomført hvor pasientene selv fikk belyst sin subjektive opplevelse av egen bedring i etterkant av behandlingen. De presenterte data viser til en markant bedring for samtlige pasienter på problematikk relatert til BDD. Ved post-måling var det ingen av pasientene som lengre tilfredsstilte de diagnostiske kravene til BDD som primærdiagnose som definert av DSM-IV (American Psychiatric Association (APA), 1994). Pasientene oppgir selv i oppfølgingsintervjuet å anvende nye strategier for sine bekymringstanker og knytter dette direkte til sentrale intervensjoner i behandlingen slik som frakoblet oppmerksomhet og ulike eksponeringsøvelser. På øvrige mål viser pasientene en videre nedgang i symptomer relatert til depresjon og generell angst. Unntaket her er Pasient 3 som rapporterte en generell økning i angstsymptomer på BAI grunnet komorbid helseangst. Effektstørrelsene indikerer stor endring i positiv retning som kan utforskes og nyanseres i videre studier med større utvalg.

Studien viser til svakheter som i ulik grad kan ha påvirket utfallet. Den mest fremtredende svakheten er manglende baseline- og utredningsdata for Pasient 1 og Pasient 2 grunnet svikt i internrutiner ved Spesialpost 4. Dette vanskeliggjør muligheten til å si mer om deres status og symptomatikk i forkant av behandling utover oppgitte symptomer ved pre-måling. Videre gir et design med kassusserier noen metodiske utfordringer inkludert at observerte effekter kan tilskrives til andre faktorer enn de antatt aktive ingrediensene i behandlingsmetoden. Slike faktorer inkluderer non-spesifikke behandlingseffekter, spontan



## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

bedring og regresjon til gjennomsnittet. I denne spesifikke studien viser baseline- og utredningsdata for Pasient 3 og Pasient 4 til ingen opplevd spontan bedring i forkant. Det kan antas at Pasient 1 og Pasient 2 i likhet med de øvrige pasientene, som også hadde moderat til alvorlig symptomatikk som hadde vedvart over flere år, ikke hadde hatt noen spontan bedring før pre-målingen.

En annen limitasjon knyttet til designet er generaliserbarheten. Det er vanskelig å trekke konklusjoner for en pasientgruppe basert på et begrenset antall pasienter. Samtidig er pasientene inkluderte i denne kasusstudien representative for pasienter sett i klinisk praksis, da ingen ble ekskluderte på grunnlag av komorbiditet, slik ofte kan være tilfellet i randomiserte kontrollerte studier. Videre kan det bemerkes at kun én relativt uerfaren terapeut gjennomførte all behandling, noe som også kan gi limitasjoner i forhold generalisering. På den andre siden kan en slik bedring som resultatene viser til være en indikasjon på effektiviteten ved MCT ved at selv en mer uerfaren terapeut kan oppnå gode resultater med denne metoden.

En mulig limitasjon knyttet til selve behandlingsprotokollen er at denne bestod av en tilpasset generell versjon av metakognitiv terapi med intervensjoner som var utviklet av teamet ved Spesialpost 4. Dette er en konsekvens av at modellen er i en tidlig utprøvningsfase, og at protokollen bærer preg av justeringer til individuelle utfordringer.

Avslutningsvis kan det bemerkes at det ikke har blitt inkludert follow-up data i form av en innhenting av skårer på utfallsmålene, men et oppfølgingsintervju for en mer kvalitativ evaluering av pasientenes behandlingsutbytte. En kritikk av dette kan være de ulike tidsperspektivene på oppfølgingsintervjuene, hvor de første pasientene har benyttet teknikkene lengre og muligens oppnådd mer bedring over tid enn de siste pasientene. Samtidig kan et oppfølgingsintervju med kvalitative data være en styrke i form av follow-up

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

data som ligger tett opp til deres opplevelse av behandlingseffekt samt at pasientene er fristilte til å kommentere utover standardiserte formuleringer.

Til tross for limitasjoner gir denne kausstudien empirisk støtte til en forståelsesmodell hvor metakognisjoner har en sentral rolle i BDD. Dette er den første kausstudien gjennomført på metakognitiv terapi for BDD-pasienter på verdensbasis etter hva som er kjent for de medvirkende i prosessen. Det gjør studien helt unik i sitt slag. I Norge er det svært få forskningsmiljø som undersøker effekter av behandling for denne pasientgruppen, hvor Spesialpost 4 er eneste institusjon som utøver MCT-behandling for disse i dag. Det var derfor ansett som svært viktig å få en tidlig kausstudie av pasienter som ble ansett som representative for sin pasientgruppe for å både se på mulige effekter av behandlingen og videre stimulere til mer forskning på området. Summert hadde alle fire pasienter behandlet med MCT i følge effektmål en markant bedring i sine BDD-symptomer ved post-måling. Data fra oppfølgingsintervjuet støtter en videre opplevd bedring også i pasientenes hverdag, noe de selv setter i direkte sammenheng med MCT-behandlingen de mottok. Dette er i seg selv en sterk argumentasjon for å videre undersøkelser av metakognitive tilnærminger for BDD-pasienter.

Studien kan videre støtte et transdiagnostisk syn hvor psykopatologiske prosesser har fellesnevner på tvers av ulike hyppig komorbide tilstander som OCD, sosial fobi og depresjon. For tre av pasientene ble det angitt en reduksjon i flere mål og ikke kun symptom målet BDD-YBOCS. Kanskje kan de samme opprettholdende prosesser observeres, med ulike utfall, og videre differensierte pasientgrupper respondere til samme metakognitive teknikker. Den økningen som observeres for Pasient 3 i forhold til helseangst, kan ha en relasjon til at de positive metakognisjoner som opprettholder de spesifikke symptomene rundt helseangst behøver å bli videre utforsket for at MCT-teknikkene blir tilstrekkelig generaliserte til å ha en effekt.

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

Denne kasusstudien kan anses som en tidlig undersøkelse av og indikasjon på hvilken effekt metakognitiv tilnærming kan ha på BDD-symptomatikk. Resultatene i denne studien sett i sammenheng med den eneste komparative studien med MCT-intervensjoner (Rabiei et al., 2012) indikerer at MCT kan være en effektiv og relevant behandlingsmetode for denne utfordrende pasientgruppen. Effektstørrelsene i kasusstudien indikerer en signifikant endring for pasientene, og viser til en høyere effektstørrelse angitt i Cohens  $d$  på symptomsmål enn i studien av Rabiei et al. (2012).

En potensiell forskningsmessig nytte av denne studien er en bedre forståelse av BDD-symptomer og dets utvikling, samt en klinisk nytte i en utvidet forståelse av pasientene og en forbedret behandling av BDD. Et annet viktig poeng er å bemerke at de fleste pasientene i denne studien, i likhet med den beskrevne øvrige pasientpopulasjonen, utviklet symptomer allerede i ungdomsårene. Det er imperativt å vite mer om hvordan en MCT-tilnærming kan tilpasses for denne gruppen, og hvorvidt det må tas spesielt hensyn til familiefungering. Ved å utfordre metakognisjoner på et tidlig tidspunkt i lidelsens utvikling kan det forhindre at det oppstår mer kronifiserte lidelser med høy komorbiditet i voksen alder, slik som sosial fobi, spiseforstyrrelser eller OCD.

Resultatet av denne undersøkelsen indikerer et behov for kontrollert evaluering av effekten av MCT for BDD. Et påfølgende forskningsdesign for å undersøke MCT-effekter må unngå svakheter angitt i Rabiei et al. (2012), som tilstrekkelig trening av involverte terapeuter, for å kunne vise til tilstrekkelig kompetanse hos disse. Et mulig neste steg for forskningen er en RCT-sammenligningsstudie av CBT og MCT for BDD, eventuelt et strukturert kasusstudie for videre forskning kan også se nærmere på kausalitet i utvikling av symptomer i forhold til hva som utvikles først av metakognisjoner eller BDD-symptomer. Gjennom randomiserte kontrollerte studier kan det etableres hvorvidt visse terapiformer har effekt på spesifikke lidelser, men det er en sannhet at komponentanalyse av elementene i

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

behandlingsformene enda har til gode å fastslå *hva* som har en effekt, og *hvorfor*. Videre vil en mulig komponentanalyse av elementene i MCT-modellen spesifisere hvorvidt de sidene ved behandlingen som pasientene selv fremhever som avgjørende, eksempelvis frakoblet oppmerksomhet, medfører en endring i symptomer, og på hvilket punkt i terapiforløpet det er mest effektivt å implementere ulike intervensjoner.

**5. Referanser**

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders (4th Ed)*. Washington DC: USA.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561. DOI: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 56, 893-897. DOI:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Riddle, M. A., Hoehn-Saric, R., Liang, K. Y., Cullen, A. & Nestadt, G. (2000). The relationship of obsessive-compulsive disorder to possible spectrum disorders: results from a family study. *Biological psychiatry*, 48(4), 287-293. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00831-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00831-3)
- Cartwright-Hatton, S., & Wells, A. (1997). Beliefs about worry and intrusions: The Meta-Cognitions Questionnaire and its correlates. *Journal of anxiety disorders*, 11(3), 279-296. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00011-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00011-X)
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cooper, M., & Osman, S. (2007). Metacognition in Body Dysmorphic Disorder: A Preliminary Exploration. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(2), 148-155. DOI: <http://dx.doi.org/10.1891/088983907780851568>
- Cororve, M.B. & Gleaves, D.H. (2001). Body dysmorphic disorder: a review of conceptualizations, assessment, and treatment strategies. *Clinical Psychology Review*, 21, 949-970. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00075-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00075-1)

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive–compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(12), 1543-1558. DOI: 10.1016/j.brat.2004.11.007
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *39*(2), 117-132. DOI:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2006.12.001>
- Fisher & Wells (2009) *Metacognitive therapy: Distinctive features*. The CBT Distinctive features series. Dryden., W(Ed). East Sussex: Routledge.
- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American psychologist*, *34*(10), 906. DOI: 10.1037/0003-066X.34.10.906
- Grant, J. E., & Phillips, K. A. (2005). Recognizing and treating body dysmorphic disorder. *Annals of clinical psychiatry: official journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists*, *17*(4), 205. DOI: 10.1080/10401230500295313
- Grant, Jon E., Suck Won Kim & Scott J. Crow (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of clinical psychiatry* 62.7 517.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 137-144. DOI: 10.1002/cpp.402
- Gwilliam, P. D. H. (2001). *An investigation into the cognitive predictors of*

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

*obsessive-compulsive symptoms*. (Unpublished Clin.Psy.D). University of Manchester.

Koran, L. M., Aboujaoude, E., Large, M. D., & Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS spectrum*, 13(4), 316. Hentet fra:

[http://mbldownloads.com/0408CNS\\_Koran.CME.pdf](http://mbldownloads.com/0408CNS_Koran.CME.pdf)

McKay, D., Neziroglu, F. & Yaryura-Tobias J. A. (1997) Comparison of clinical characteristics in obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder.

*Journal of Anxiety Disorders, Vol 11, Issue 4. Pages 447-454* . DOI:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185\(97\)00020-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0887-6185(97)00020-0),

Myers, S. G., & Wells, A. (2005). Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(7), 806.

DOI: 10.1016/j.janxdis.2004.09.004

Neziroglu, F. A, McKay, D., Todaro, J., & Yaryura-Tobias, J.A. (1996) Effect of cognitive behavior therapy on persons with body dysmorphic disorder and comorbid axis II diagnoses. *Behavior Therapy, Volume 27(1): 67-77* . DOI:

[http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(96\)80036-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(96)80036-0),

Neziroglu, F., & Yaryura-Tobias, J. A. (1997). A review of cognitive behavioral and pharmacological treatment of body dysmorphic disorder. *Behavior modification*,

21(3), 324-340. DOI: 10.1177/01454455970213004

Osman, S., Cooper, M., Hackmann, A., & Veale, D. (2004). Spontaneously occurring images and early memories in people with body dysmorphic disorder.

*Memory*, 12(4), 428-436. DOI: 10.1080/09658210444000043

Perugi, G., Giannotti, D., Frare, F., Vaio, S. D., Valori, E., Maggi, L., & Akiskal,

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

- H. S. (1997). Prevalence, phenomenology and comorbidity of body dysmorphic disorder (dysmorphophobia) in a clinical population. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 1(2), 77-82. Hentet fra:  
<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.3109/13651509709024707>
- Pinto, A., & Phillips, K. A. (2005). Social anxiety in body dysmorphic disorder. *Body Image*, 2(4), 401-405. DOI: 10.1016/j.bodyim.2005.10.003
- Phillips, K.A (2001) *Somatoform and factitious disorders*. J.M. Oldham, M.B. Riba (Eds.), Review of psychiatry series. American Psychiatric Publishing: Washington.
- Phillips, K.A (2005) *The Broken Mirror: Understanding and treating Body Dysmorphic disorder*. New York, N.Y: Oxford University Press.
- Phillips (2009) *Understanding Body Dysmorphic disorder: An Essential guide*. New York, N.Y: Oxford University Press.
- Phillips, K.A., Wilhelm, S., Koran, L.M., Didie, E.R., Fallon, B.A., Feusner, J. & Stein, D.J. (2010). Body Dysmorphic Disorder: Some key issues for DSM-IV. *Depression and Anxiety*, 27, 573-59. DOI: 10.1002/da.20709
- Phillips, K. A., Hollander, E., Rasmussen, S. A., Aronowitz, B. R., DeCaria, C., & Goodman, W. K. (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychopharmacology bulletin*, 33(1), 17.
- Phillips, K. A., & Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(9), 570-577. DOI: 10.1097/00005053-199709000-00006
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C., & Weisberg, R. (2005). Demographic



## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317. DOI: 10.1176/appi.psy.46.4.317

Phillips, K.A, Hollander, E., Rasmussen, S.A; Aronowitz, B.R (1997). A severity rating scale for body dysmorphic disorder: Development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale. *Psychopharmacology Bulletin* 33: 17-22. Hentet fra: <http://search.proquest.com/docview/212441498/fulltextPDF?accountid=12870>

Phillips, K.A (2002) The obsessive-compulsive spectrums. *Psychiatric Clinics of North America*, Vol 25(4). Pp 791-809. DOI: 10.1016/S0193

Rabiei, M., Mulkens, S., Kalantari, M., Molavi,H & Bahrami, F. (2012) Metacognitive therapy for body dysmorphic disorder patients in Iran: Acceptability and proof of concept. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Volume 43, Issue 2. Pages 724-729 . DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.09.013>.

Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. D. A., & Brahler, E. L. M. A. R. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: a population-based survey. *Psychological medicine*, 36(6), 877-886. DOI:10.1017/S0033291706007264

Rosen, J.C (1995) The Nature of Body Dysmorphic Disorder and Treatment With Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive and Behavioural Practice*. Vol 2: 1. Pp 143-166. Hentet fra: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722905800082#>

Rosen, J.C., Reiter, J., & Orosan, P., (1995). Cognitive-Behavioral Body Image Therapy for Body Dysmorphic Disorder. *Journal of Consulting and*

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

*Clinical Psychology*, 63, 263-269. DOI: 10.1037/0022-006X.63.2.263

Rosen, J. C., & Reiter, J. (1996). Development of the body dysmorphic disorder examination. *Behaviour Research and Therapy*, 34(9), 755-766. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00024-1](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(96)00024-1)

Veale, D. (2010). Cognitive behavioral therapy for body dysmorphic disorder. *Psychiatric Annals*, 40(7), 333. Hentet fra: <http://www.kcl.ac.uk/iop/depts/psychology/about/support/CADAT/research/ctveale.pdf>

Veale, D & Neziroglu, F. (2010) *Body Dysmorphic Disorder: A Treatment Manual*. John Wiley & Sons Ltd: United Kingdom.

Veale, D. (2004). Advances in a cognitive behavioural model of body dysmorphic disorder. *Body Image*, 1(1), 113-125. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S1740-445\(03\)00009-3](http://dx.doi.org/10.1016/S1740-445(03)00009-3)

Veale, D., Gournay, K., Dryden, W., Boocock, A., Shah, F., Willson, R & Walburn, J. (1996) Body dysmorphic disorder: A cognitive behavioural model and pilot randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. Vol 34; Issue 9. P 717-729. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(96\)00025-3](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(96)00025-3)

Vulink, N. C., Sigurdsson, V., Kon, M., Bruijnzeel-Koomen, C. A., Westenberg, H. G., & Denys, D. (2006). Body dysmorphic disorder in 3-8% of patients in outpatient dermatology and plastic surgery clinics]. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 150(2), 97. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16440565>

Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00147-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00147-5)

Wells, A. (1997) *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and*

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

*conceptual guide*. Wiley, Chichester, UK.

Wells, A. & Matthews, G. (1996) Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34:11-12. Pp 881-888.

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2).

Wells, A.(2009) *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guildford Press.

Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R.

(2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial.

*Behaviour research and therapy*, 50(6), 367-373. DOI:

10.1007/s10608-007-9178-2

Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder:

An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*,

37(3), 206-212. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.07.00>

Williams, J., Hadjistavropoulos, T., & Sharpe, D. (2006). A meta-analysis of psychological and pharmacological treatments for body dysmorphic

disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 99-111. DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2004.12.006>

## 6. Appendiks

### Appendiks A

#### Mal for oppfølgingsintervju for pasientene

*Oppfølgingsintervju for pasienter fra Spesialpost 4 for Tvangslidelser,  
Østmarka sykehus, St. Olav HF*

#### **Etterundersøkelse**

##### Om oppholdet

1. I hvilken grad opplevde du denne måten å se dine vansker på som meningsfull?
2. I hvilken grad opplevde du at din behandler forsto hvor vanskelig du hadde det?
3. På hvilket tidspunkt følte du at bedringsprosessen startet?
4. Hva var det første du merket at du mestret i behandlingen?
5. Hva ved behandlingen var mest nyttig for deg?
6. Hva var den mest fremtredende utfordringen som du opplevde i behandlingen?
7. Var det noe i behandlingen som du følte ikke var like mye til hjelp?
8. Ved avslutning av behandlingsopphold: følte du deg klar til å avslutte selv, og eventuelt hva gjorde at du følte deg klar til å avslutte behandlingen?

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

### I ettertid:

9. Hvordan har du hatt det siden du avsluttet behandlingen her ved klinikken/posten? Forverring- som ved avslutning- forbedring?
10. Hvilke utfordringer har du opplevd i tiden i etterkant?
11. Hvis du tenker tilbake til tiden før behandling og nå, hvilke forskjeller legger du merke til i hverdagen?
12. Hva sitter igjen som viktigst for deg som du har lært gjennom behandling?
13. Har du opplevd like mye bedring som du selv håpet på før behandlingen?
14. Har du noen forslag til hvordan vi kunne behandle fremtidige pasienter bedre?

Appendiks B

Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale Modified for Body Dysmorphic Disorder (BDD-

YBOCS) oversatt til norsk av Spesialpost 4 ved Erlend Hunstad

**BODY DYSMORPHIC DISORDER MODIFIKASJONER AV Y-BOCS (BDD-YBOCS) ©**  
(UTGAVE FOR VOKSNE)

For hvert spørsmål, marker det svaralternativet som best karakteriserer pasienten den siste uken.

**1. Tid brukt på tanker om kroppsdefekter**

**Hvor mye av tiden din er brukt på TANKER om feil på kroppen eller utseendet ditt?**

0= Ingen

1= Mild (mindre enn 1t/dag)

2 = Moderat (1 – 3 t/daglig)

3 = Alvorlig (mer enn 3 og opptil 8 t/daglig)

4 = Ekstremt (mer enn 8 t/daglig)

**2. Forstyrrelse av tanker om kroppsdefekter**

Hvor mye forstyrrer TANKENE om kroppsdefekter din sosiale og yrkesmessige fungering? (Er det noe du ikke gjør, eller ikke kan gjøre, på grunn av dem?)

*Eksempler:*

*J/N Tilbringe tid med venner*

*J/N Gå på stevnemøte (date)*

*J/N Delta sosialt*

*J/N Gjøre ting med familie i og utfor hjemmet*

*J/N Gå på jobb/skole hver dag*

*J/N Komme tidsnok til jobb/skole*

*J/N Fokuserer på jobb/skole*

*J/N Være produktiv på jobb/skole*

*J/N Gjøre hjemmearbeid eller opprettholde karakterer*

*J/N Daglige aktiviteter*

0 = Ingen påvirkning

1 = Mild forstyrrelse av sosial eller yrkesmessig fungering, men total fungering er uforstyrret

2 = Moderat, klar forstyrrelse av sosial eller yrkesmessig fungering, men tolererbart.

3 = Alvorlig forstyrrelse av sosial eller yrkesmessig fungering

4 = Ekstrem, kan ikke fungere

**3. Ubehag knyttet til tanker om kroppsdefekter**

Hvor mye ubehag medfører tanker om kroppsdefekter deg?

*Skåre forstyrrende følelser eller angst som ser ut til å være trigget av disse tankene, ikke angst generelt eller assosiert med andre symptomer*

- 0 = Ingen
- 1 = Mild, ikke så mye ubehag
- 2 = Moderat forstyrrende
- 3 = Alvorlig, veldig forstyrrende
- 4 = Ekstremt, et lammende ubehag

**4. Motstand mot tanker om kroppsdefekter**

Hvor stor anstrengelse gjør du for å motstå disse TANKENE?

Hvor ofte prøver du å se bort fra dem, eller styrer oppmerksomheten bort fra dem, når de dukker opp i bevisstheten din?

*Ranger bare anstrengelse gjort på motstand, IKKE om det lykkes eller feiles i å kontrollere tanken*

- 0 = Prøver alltid å stå imot, eller intet behov for de påvirker så lite
- 1 = Prøver å stå imot det meste av tiden
- 2 = Gjør noe motstand
- 3 = Viker for tanken og yter ikke motstand, men gjør det motvillig
- 4 = Gir seg komplett og viljeløst over til alle slike tanker

**5) Grad av kontroll over tanker om kroppsdefekter**

Hvor mye kontroll har du over TANKENE om at kroppen din er defekt?

Hvor stor suksess har du i å stoppe eller avlede disse tankene?

- 0 = Total kontroll, eller ikke behov for kontroll, siden forstyrrelsen er minimal
- 1 = Mye kontroll, greier vanligvis å stoppe eller avlede med en viss anstrengelse og konsentrasjon
- 2 = Moderat kontroll, greier noen ganger å stoppe eller avlede
- 3 = Lite kontroll, greier sjelden å stoppe tankene, og kan bare avlede oppmerksomheten med stor anstrengelse
- 4 = Ingen kontroll, opplever det som totalt ufrivillig, og greier sjelden å avlede oppmerksomheten selv for korte øyeblikk

---

De neste spørsmålene er relatert til handlinger/atferd du gjør i forhold til dine kroppsdefekter.

### 6. **Tid brukt på aktiviteter/handlinger relatert til kroppsdefekter**

Hvor mye tid bruker du på AKTIVITETER relatert til bekymringer rundt ditt utseende (les liste over BDD ritualer personen utfører; se under)

#### **Les liste over aktiviteter (marker de som gjelder)**

- \_ Sjekker speil eller blanke overflater
- \_ Steller/pynte aktiviteter (grooming)
- \_ Sminker
- \_ Overdreven trening
- \_ Skifter/velger klær eller andre måter å dekke seg til på (skåre tid brukt på utvelgelse, ikke tid brukt til å ha det på)
- \_ Gransker andres utseende (sammenligner)
- \_ Spør andre om ditt utseende/ diskuterer ditt utseende
- \_ Plukker/peller på huden
- \_ Berører kroppsområdet
- \_ Andre handlinger: \_\_\_\_\_

### 7. **Forstyrrelse relatert til kroppsdefekten**

Hvor mye forstyrrer disse aktivitetene din sosiale eller arbeidsmessige rolle? (Er det noe du ikke gjør på grunn av dem?)

0 = Ingen

1 = Moderat forstyrrelse av sosial eller yrkesmessig fungering, men total fungering ikke påvirket

2 = Klar forstyrrelse av sosial og yrkesmessig utfoldelse, men er tolererbart

3 = Alvorlig svekkelse av sosial og yrkesmessig fungering

4 = Ekstrem, uten evne til å fungere

### 8. **Ubehag assosiert med atferd knyttet til kroppsdefekter**

Hvordan ville du følt det om du ble forhindret fra å utføre AKTIVITETENE? Hvor engstelig ville du blitt?

*Bedøm grad av ubehag/frustrasjon pasienten ville oppleve om handlingene ble stoppet*

0 = Ingen

1 = Mild, svak angst hvis avbrutt

2 = Moderat, angsten ville stige, men ville bli tolererbart om aktivitet ble avbrutt

3 = Alvorlig, meget forstyrrende økning i angst om handlinger ble avbrutt

4 = Ekstrem, lammende angst fra alle forsøk på å stoppe handlinger

### 9. **Motstand mot handlinger**

Hvor mye anstrengelse gjør du for å motstå HANDLINGENE?



*Bedøm bare forsøk på å motstå, IKKE bedøm suksess av forsøket på å kontrollere handlinger. Hvor mye pasienten anstrenger seg for å motstå handlingene trenger ikke å henge sammen med evnen til å kontrollere dem.*

- 0 = Gjør alltid et forsøk på å stå imot, eller symptomer så minimale aktiv motstand er unødvendig
- 1 = Forsøker å stå imot det meste av tiden
- 2 = Gjør noen anstrengelser for å stå imot
- 3 = Viker nesten alltid for disse handlingene uten å forsøke å kontrollere dem, men gjør det motvillig
- 4 = Utfører dem alltid, gjør ingen anstrengelse for å stå imot

### 10. **Grad av kontroll over tvangshandlinger**

Hvor sterk er trangen til å utføre disse HANDLINGENE? Hvor mye kontroll har du over dem?

- 0 = Fullstendig kontroll, eller at kontroll er unødvendig, da trangen til å utføre dem er minimal
- 1 = Mye kontroll, opplever press for å utføre handling. Kan normalt stoppe handlingene med innsats og vilje
- 2 = Moderat kontroll, sterkt press for å utføre handlingene. Kan kun kontrollere dem med sterk innsats
- 3 = Lite kontroll. Veldig sterk trang til å utføre handlingen. Kan bare utsette handlingene, men de må til slutt gjennomføres
- 4 = Ingen kontroll, handlingen oppleves som ufrivillig og overveldende. Er sjelden i stand til å utsette handlingen, selv for korte øyeblikk

---

### Spørsmål om innsikt og unngåelse

#### 11. **Innsikt**

Er det mulig at dine kroppsdefekter er mindre synlige, eller mindre stygge, enn du tror?

Hvor overbevist er du om at (navngi kroppsdel) er så uattraktiv som du tror?

Kan noen overbevise deg om at den ikke ser så ille ut?

- 0 = Utmerket innsikt, fullt rasjonell
- 1 = God innsikt – anerkjenner absurditeten eller urimeligheten i tanker/atferd, men er ikke helt overbevist om at det kan skyldes angst
- 2 = Rimelig innsikt – innrømmer motstrebende at tanker og handlinger er urimelige eller overdrevne, men tviler
- 3 = Dårlig innsikt – hevder tanker og handlinger ikke er urimelige eller overdrevne
- 4 = Mangler innsikt, vrangforestillinger, totalt overbevist om at atferd og handlinger er rimelige Responderer ikke på motbevis

#### 12. **Unngåelse**

## METAKOGNITIV TERAPI FOR BODY DYSMORPHIC DISORDER

Har du unngått steder, personer eller aktiviteter på grunn av dine *tanker*, eller atferd knyttet til tanker om dine kroppsdefekter?

*Skåre den grad pasienten med vilje unngår ting som sosiale interaksjonen eller arbeidsrelaterte aktiviteter. Inkluder ikke unngåelse av speil eller unngåelse av tvangspreget atferd.*

0 = Ingen bevisst unngåelse

1 = Mild, minimal unngåelse

2 = Moderat, noe unngåelse, tydelig til stede

3 = Alvorlig, mye unngåelse

4 = Ekstrem unngåelse, gjennomgripende. Unngår nesten alle aktiviteter

---

Philips KA, Hollander E, Rasmussen SA, Aronowitz BR, DeCaria C, Goodman WK. A severity rating scale for body dysmorphic disorder: development, reliability, and validity of a modified version of the Yale-Brown Obsessive Scale. *Psychopharmacol Bull* 1997;33:17-22.