



NTNU  
Norges teknisk-naturvitenskapelige  
universitet  
Fakultet for samfunnsvitenskap  
og teknologiledelse  
Psykologisk institutt

Christoffer Wenaas

## Psykotiske og schizotype symptomer i tvangslidelse

Prevalens, diagnosespesifisitet  
og relasjon til psykoterapi

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi

Trondheim, våren 2014

## **Forord**

Denne hovedoppgaven markerer avslutningen av den teoretiske delen av profesjonsstudiet i psykologi. Jeg ønsker å kort beskrive hvordan arbeidet med oppgaven har vært gjennomført, og takke de som har hjulpet meg underveis.

### **Forberedende arbeid**

Denne undersøkelsen ble gjort mulig på bakgrunn av et omfattende forarbeid. Omkring 450 spørreskjemaer á nitti spørsmål måtte plottes for hånd fra papirformat til SPSS før analyse kunne påbegynne. I tillegg til innskriving av data, førte dette store materialet naturlig nok med seg utfordringer knyttet til manglende svar og organisering. I denne prosessen hadde jeg muligheten til å dele arbeidet med Margrete Aalen som skal benytte seg av samme datamateriale. Jeg vil derfor rette en takk til henne for et godt samarbeid. Jeg vil også takke Bjarne Hansen, Åshild Håland og kolleger, Patrick Vogel, Tore Stiles, Gunnar Götestam og Truls Ryum for at de har latt meg benytte disse dataene. En takk rettes også til Olav Vassend som etter personlig kommunikasjon sendte et papireksemplar av sin undersøkelse på SLC-90-R, noe som muliggjorde sammenlikning med friske kontroller og normalpopulasjonen.

### **Analyse av data**

Et stort datasett og fire omfattende hypoteser medførte mye arbeid med statistiske analyser og tolkning av data. Selv om alle sluttanalysene som er presentert i oppgaven ble gjort på egenhånd, vil jeg rette en stor takk til veilederen min Stian Solem som gav meg en god innføring i de ulike analysene, og alltid var tilgjengelig for spørsmål.

### **Avsluttende arbeid**

Når det gjelder det avsluttende arbeidet, vil jeg takke Sunniva Myklebostad og Tone Ringdal for god hjelp med korrektur.

Til slutt vil jeg rette en spesiell takk til Stian Solem som med solid kompetanse, godt humør og genuin interesse, gjorde arbeidet med denne oppgaven til en svært positiv opplevelse.

Christoffer Wenaas, Trondheim, mai 2014



Psykotiske og schizotype symptomer i tvangslidelse: Prevalens, diagnosespesifisitet  
og relasjon til psykoterapi

Christoffer Wenaas

Psykologisk institutt, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim

## 2 PSYKOTISKE OG SCHIZOTYPE SYMPTOMER I OCD

### Sammendrag

Tvangs- og psykoselidelser er antatt å overlape på både biologiske og fenomenologiske områder. Det er også funnet at symptomer på psykose og schizotyp lidelse kan predisponere pasienter med OCD for utvikling av psykotiske lidelser og schizotyp lidelse. Dette gjør det relevant å undersøke prevalensen av psykotiske og schizotype symptomer i OCD-populasjonen.

Denne studien undersøkte prevalens av psykotiske og schizotype symptomer blant OCD-pasienter uten komorbid psykotisk lidelse ( $n = 133$ ), en generell pasientgruppe uten psykotiske lidelser ( $n = 110$ ) og friske kontrollere ( $n = 855$ ). Sammenhengen mellom psykotiske og schizotype symptomer, og tvangssymptomer, behandlingsutfall, samt effekten av psykoterapi for OCD på psykotiske og schizotype symptomer, ble også undersøkt.

Resultatene viste at symptomer på psykose og schizotyp lidelse var like tilstede i begge pasientpopulasjonene. Slike symptomer var svakt til moderat korrelert med tvangssymptomer i OCD-utvalget, men denne sammenhengen forsvant ved kontroll for depressive symptomer. Pasienter med høy grad av psykotiske og schizotype symptomer hadde ikke redusert behandlingsrespons når depressive symptomer ble kontrollert for. Psykoterapi for OCD medførte en signifikant reduksjon av tvangsmessige, depressive, psykotiske og schizotype symptomer.

Resultatene tyder på at psykotiske og schizotype symptomer er knyttet til flere mentale lidelser og ikke spesifikt til OCD. Høyere nivåer av psykotiske og schizotype symptomer er ikke assosiert med redusert behandlingsrespons blant OCD-pasienter. Det ser ikke ut til at et spesifikt fokus mot psykotiske og schizotype symptomer behøves for at ERP for OCD skal lykkes for denne pasientgruppen.

*Nøkkelord:* OCD, psykotiske, schizotype, symptomer.

#### 4 PSYKOTISKE OG SCHIZOTYPE SYMPTOMER I OCD

Psykotiske og schizotype symptomer i tvangslidelse: Prevalens, diagnosespesifisitet og relasjon til psykoterapi

### **Psykotiske symptomer og OCD**

En rekke undersøkelser har funnet sammenhenger mellom tvangslidelse (OCD) og lidelser på schizofrenispekteret (Suhr, Spitznagel, & Gunstad, 2006). Pasienter med schizofreni har forhøyet komorbiditet av OCD og OCD-symptomer, sammenliknet med den generelle populasjonen (for en gjennomgang se Poyurovsky & Koran, 2005; Poyurovsky, Weizman, & Weizman, 2004). For eksempel har en nyere norsk undersøkelse funnet at 10.6 % tilfredsstilte diagnosekriteriene for OCD ved første psykotiske episode (Hagen, Hansen, Joa, & Larsen, 2013). Sammenliknet med prevalensen av OCD i normalpopulasjonen, 1.2 – 3.3 % (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988), er dette betraktelig høyere. Undersøkelser har også vist at talamus, caudate nucleus, anterior cingulate og prefrontal cortex er involvert i begge lidelser (Tibbo & Warneke, 1999), samt at serotonin-gjenopptaks-inhibitorer (SRI) og antipsykotika kan brukes i medisinsk behandling av både schizofreni og OCD (Poyurovsky et al., 2004). Dette har blitt tolket som tegn på at de to lidelsene overlapper på et biologisk nivå (Poyurovsky & Koran, 2005).

På et fenomenologisk nivå har det blitt argumentert for at det ikke eksisterer et tydelig skille mellom vrangforestillinger ved psykotiske lidelser og tvangstanker ved OCD (Kozak & Foa, 1994). For eksempel kan det settes spørsmålstegn ved hvorvidt en person som lider av tvangslidelse heller er psykotisk dersom han eller hun ikke har innsikt i tvangstankene/-handlingene (Kozak & Foa, 1994). Insel og Akiskal (1986) har argumentert for at innsikt i egne symptomer varierer langs et kontinuum hos OCD-pasienter. De hevdet at på den ene siden av dette kontinuumet er innsikten så lav at pasientgruppen kan beskrives som ”obsessive-compulsive psychosis” (Insel & Akiskal, 1986, s. 1527). I tråd med dette perspektivet fant Foa et al. (1995) at 5 % av OCD-pasienter rapporterte ingen innsikt, og 25 % rapporterte at symptomene deres mest sannsynlig var velbegrunnede. Slik informasjon har ført til at DSM-V nå spesifiserer tre nivåer av innsikt ved OCD. Disse spenner fra god innsikt til fraværende/vrangforestillingsaktige oppfatninger (American Psychiatric Association, 2013). Ettersom vrangforestillinger er sentralt i psykotiske lidelser, blir det svært relevant å undersøke prevalensen av psykotiske lidelser og symptomer i denne populasjonen.



## 6 PSYKOTISKE OG SCHIZOTYPE SYMPTOMER I OCD

Prevalensestimater av schizofreni i OCD-populasjonen varierer fra 4 til 12 % (Van Dael et al., 2011). Denne variasjonen kan komme av ulikhet i: Utvalg, diagnostiske kriterier, typer prevelansestimater, bruk av hierarkisk eksklusjon for diagnoser eller ikke, målemetode av symptomer, samt stor variasjon i uttrykk av symptomer (Van Dael et al., 2011). Studier som tar for seg flere psykotiske lidelser enn kun schizofreni viser også svært sprikende resultater. Fra 1.7 til 23 % (de Haan, Dudek-Hodge, Verhoeven & Denys, 2009; Eisen & Rasmussen, 1993; Van Dael et al., 2011). Så store variasjoner kan også forklares av de tidligere nevnte årsakene. For eksempel ble schizofreni, vrangforestillingslidelse, OCD uten innsikt og schizotyp lidelse inkludert i Eisen og Rasmussen (1993) sitt estimat på 14 %, mens de Haan et al. (2009) med deres estimat på 1.7 % inkluderte schizofreni, schizoaffektiv lidelse og uspesifisert psykotisk lidelse. Van Dael et al. (2011) inkluderte alle psykotiske lidelser i sitt estimat på 23 %, og tok i tillegg med tidligere psykosedagnoser. Det er rimelig å anta at inklusjon av flere, samt tidligere, diagnoser fører til økt prevalens. Inklusjon av OCD uten innsikt kan også ha denne effekten.

Til tross for at det har vært gjennomført studier av ulike psykotiske *lidelser* blant OCD-populasjonen, har det vært gjennomført svært få studier av psykotiske *symptomer* samt eventuelle følger av disse. Adam, Meinlschmidt, Gloster og Lieb (2012) fant at 39.3 % av personer med OCD hadde psykotiske symptomer. Disse var operasjonalisert som vrangforestilling eller hallusinasjon, kombinert med å prate med en lege om disse symptomene. Denne undersøkelsen hadde imidlertid et lite utvalg ( $n = 30$ ) av personer med OCD. Det kan også argumenteres for at psykotiske symptomer innebærer mer enn bare hallusinasjoner og vrangforestillinger. Det er altså mulig at psykotiske symptomer er svært utbredt i denne pasientgruppen, men at flere undersøkelser er nødvendige for å fastslå dette.

Flere forfattere har argumentert for at undersøkelser av symptomer, fremfor diagnoser kan være fordelaktig (for eksempel Costello, 1992; Norman, Davies, Malla, Cortese, & Nicholson, 1996; Persons, 1986). Noen av grunnene til dette er i følge Norman et al. (1996) at det er stor variasjon i symptomer mellom individer innenfor én diagnose, problemer med validiteten i diagnosesystemene, samt at man mister oversikt over andre relevante mulig korrelerende symptomer ettersom hoveddiagnosen får prioritet i undersøkelser. Undersøkelser som baserer seg på diagnoser kan også miste informasjon om følger av subkliniske nivåer av psykiske vansker. For eksempel har det vist seg at personer som har OCD-symptomer, men

som ikke tilfredsstillende de diagnostiske kravene til OCD, utviser betydelig komorbiditet med andre symptomer. Disse har også nedsatt fungering samt benytter seg av helsetjenester i større grad sammenliknet med de uten OCD-symptomer (Adam et al., 2012). Dette var også tydelig i den overnevnte undersøkelsen til Van Dael et al. (2011). De fant at kun symptomer på OCD var assosiert med økt risiko for psykotiske symptomer og psykotisk lidelse over tid. Slike funn vil ikke bli oppfattet av undersøkelser som kun legger diagnostiske kategorier til grunn.

Det finnes lite kunnskap om prevalensen av psykotiske symptomer blant OCD-pasienter uten komorbid psykotisk lidelse. Foreløpige undersøkelser (Adam et al., 2012) tyder på at en stor andel av OCD-pasienter har slike symptomer. Viktigheten av videre undersøkelse av dette kan ses i lys av at hos enkelte OCD-pasienter utvikler tvangstankene seg til vrangforestillinger (Insel & Akiskal, 1986; Poyurovsky et al., 2008). Nyere undersøkelser har også funnet at OCD, og symptomer på OCD er assosiert med utvikling av psykotisk lidelse over en treårsperiode (Van Dael et al., 2011). En assosiasjon som forble signifikant selv etter justering for demografiske variabler, tidligere psykotiske symptomer, angst og depresjon. Dette kan innebære at pasienter med OCD er spesielt utsatt for utvikling av psykose.

### **Schizotype symptomer og OCD**

Prevalensen av komorbid schizotyp lidelse i OCD har vært undersøkt i en rekke studier (for eksempel Eisen og Rasmussen, 1993; McGlashan et al., 2000). Spredningen i estimater varierer imidlertid svært mye, fra 0 til 50 %, en variasjon som kan skyldes ulik definisjon av schizotyp lidelse, forskjellige måleverktøy og ulik pasientpopulasjon (Poyurovsky & Koran, 2005). Det er rimelig å anta at de tidligere nevnte årsakene til variasjon mellom prevalensestimater av psykotiske lidelser (Van Dael et al., 2011) også kan gjelde for disse studiene.

Enkelte forfattere har argumentert for at det finnes en schizotyp subkategori av OCD (Poyurovsky et al., 2008; Poyurovsky & Koran, 2005; Sobin et al., 2000). Denne innebærer pasienter med både schizotyp lidelse og OCD. Det er imidlertid en sparsommelig mengde studier av denne eventuelle subgruppen. Foreløpige undersøkelser indikerer at sammenliknet med pasienter med kun OCD, har disse pasientene dårligere prognose, samt responderer dårligere på medikamentell behandling (Eisen & Rasmussen, 1993; Poyurovsky et al., 2008). En begrensning ved disse studiene er bruken av kategorisk skille mellom schizotype og ikke-schizotype OCD-pasienter. Dette gjør at det ikke er mulig å observere et eventuelt lineært forhold

## 8 PSYKOTISKE OG SCHIZOTYPE SYMPTOMER I OCD

mellom OCD- og schizotype symptomer og behandlingsrespons. Disse studiene kontrollerte heller ikke for andre variabler som kan tenkes å påvirke behandlingsrespons, som for eksempel depressive symptomer eller generelt høyere symptomtrykk.

Selv om det er hevdet at det kan eksistere en subgruppe av schizotyp OCD, innebærer dette ikke nødvendigvis at schizotyp lidelse er spesifikt knyttet til OCD. Tvert i mot viste en studie at pasienter med depresjon, panikklidelse, sosial fobi, PTSD, alkoholavhengighet og stoffavhengighet, har høyere livstidsprevalens av schizotyp lidelse enn pasienter med OCD (McGlashan et al., 2000). Det er også funnet at subkliniske psykotiske og schizotype symptomer er assosiert med utvikling av de fleste angst-, stemnings- og avhengighetslidelser, og at schizotype symptomer er spesifikt assosiert med utviklingen av dystymi, bipolar lidelse, sosial fobi og OCD (Rössler et al., 2011a). Samme undersøkelse viste imidlertid også at OCD var sterkere assosiert med psykotiske og schizotype symptomer enn det noen av de andre lidelsene var. Dette kan peke i retning av at psykotiske og schizotype symptomer både predisponerer for, og vedvarer, i de fleste psykiske lidelser, men at assosiasjonen er spesielt sterk mot OCD. En slik konklusjon er imidlertid usikker på grunn av lav utvalgsstørrelse i det nevnte studiet. Andre har funnet at schizotype og tvangssymptomer i et normalutvalg er skilt mer fra hverandre enn det som har vært observert i kliniske populasjoner (Suhr et al., 2006). Det viser seg også at tvangssymptomer henger mer sammen med schizotype symptomer jo høyere skårene er. Dette har ført til antakelsen om at subkategorien av schizotyp OCD kan være en funksjon av symptomenes alvorlighetsgrad; jo større symptomtrykk, jo større sannsynlighet for overlapp mellom tvang og schizotyp lidelse (Suhr et al., 2006).

Når det gjelder forskning på OCD-pasienter med schizotype symptomer, men uten schizotyp lidelse, har det vært utført noen få undersøkelser. Stanley et al. (1990) fant at 20 % av et utvalg av OCD-pasienter hadde schizotype symptomer, målt som skåre på 2 på Structural Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Benjamin, & Williams, 1997). Symptomene var ikke assosiert med alvorlighetsgraden av verken angst-, depressive eller OCD-symptomer. Andre studier har sammenliknet OCD-pasienter med andre pasientgrupper og funnet at OCD-pasienter har flere schizotype symptomer i forhold til deprimerte pasienter, men noe færre enn pasienter med bipolar lidelse eller schizofreni (Rossi & Daneluzzo, 2002). Denne undersøkelsen benyttet seg av deler av Schizotypal Personality

Questionnaire (SPQ; Raine, 1991). Dette muliggjorde identifikasjon av ulik skåring på tre dimensjoner av schizotyp lidelse. Den ble imidlertid utført på et lite utvalg både når det gjaldt OCD-pasienter ( $n = 24$ ), pasienter med depresjon ( $n = 21$ ) og pasienter med bipolar lidelse (aktuell episode manisk) ( $n = 37$ ). Utvalget av friske kontroller og pasienter med schizofreni var større på hhv. 172 og 93.

Det har så langt ikke vært gjennomført noen prospektive studier på denne pasientgruppen. En retrospektiv pilotstudie har imidlertid funnet at så mange som 41 % av OCD-pasienter som har schizotype symptomer kan utvikle schizotyp lidelse over tid (Huang, Hwang, Huang, & Hwu, 2011), men denne studien ble også gjennomført på et lite utvalg av pasienter med schizotype symptomer ( $n = 22$ ). I tillegg ble OCD-symptomer, som målt av Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman, Price, Rasmussen et al., 1989), gjort retrospektivt.

En generell begrensning ved tidligere studier på både schizotype og psykotiske symptomer, er at det sjelden har vært kontrollert for depresjon, noe som har blitt sett på som problematisk (Seemüller et al., 2012). Årsaken til dette er at selvrapporterte psykotiske opplevelser i en depressiv populasjon kan antas å måle total psykisk belastning på grunn av depresjon fremfor psykotiske symptomer. Altså kan enkelte funn av sammenheng mellom OCD og psykose eller schizotyp lidelse muligens tilskrives depresjon fremfor psykotiske eller schizotype symptomer, dersom dette ikke er kontrollert for.

### **Problemstillinger**

Gitt empirien presentert ovenfor er det klart at flere undersøkelser av sammenhengen mellom psykotiske og schizotype symptomer, og OCD er nødvendig. Det er svært få studier på prevalens av psykotiske og schizotype symptomer i OCD-populasjonen. Til tross for at det er gjort studier på forholdet mellom schizotyp lidelse, og mellom schizotype symptomer, og OCD er litteraturen på området begrenset. Disse begrensningene består blant annet av små utvalg, mangel på sammenlikning med andre pasientgrupper, manglende kontroll for depressive symptomer, og manglende forskning på psykotiske og schizotype symptomers relasjon til psykoterapi for OCD. Disse begrensningene gjør det vanskelig å fastslå hvor prevalente symptomene er, om de er spesifikke for OCD-populasjonen og assosiert med tvangssymptomer, om de krever spesifikk behandling, og om de har noen effekt på behandlingsutfall. Denne studien vil derfor undersøke følgende problemstillinger.

**H1: Pasienter med OCD rapporterer psykotiske og schizotype symptomer i større grad enn friske kontroller og den generelle pasientpopulasjonen.** Som tidligere nevnt har andre undersøkelser hovedsakelig fokusert på prevalensen av diagnoser, og det er derfor behov for studier på symptomnivå. Siden det allerede er etablert at de fleste pasienter med OCD ikke har komorbid psykotisk lidelse, vil denne studien ta for seg ikke-psykotiske OCD-pasienter, altså OCD-pasienter uten komorbid psykotisk lidelse. Den gjeldende studien vil undersøke prevalens av psykotiske og schizotype symptomer i denne populasjonen, samt den generelle pasientpopulasjonen for å muliggjøre en sammenlikning. Uten en slik sammenlikning er det vanskelig å si om den aktuelle symptomkonstellasjonen er spesifikk for pasienter med OCD, eller om slike symptomer er likt fordelt blant flere pasientgrupper. I tillegg vil det være nyttig å sammenlikne med normalpopulasjonen ettersom nyere studier har vist at slike symptomer også rapporteres i normalpopulasjonen (for eksempel Rössler et al., 2007; van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, & Krabbendam, 2009)

Fra et klinisk perspektiv er omfanget av psykotiske og schizotype symptomer hos OCD-pasienter viktig å fastslå for å avgjøre i hvilken grad dette bør vektlegges i kartlegging og behandling. Dersom psykotiske og schizotype symptomer kan disponere OCD-pasienter for å utvikle schizotyp lidelse eller psykotiske lidelser (Huang et al., 2011; Van Dael et al., 2011), er det sentralt å kartlegge hvor stor del av pasientgruppen dette kan gjelde for.

**H2: Symptomer på OCD er assosiert med psykotiske og schizotype symptomer.** Det har ikke lyktes forfatteren å finne tidligere forskning som har undersøkt om psykotiske symptomer i den ikke-psykotiske OCD-populasjonen er assosiert med tvangssymptomer. Ett tidligere studie har funnet at schizotype symptomer ikke var assosiert med OCD-symptomer, depressive symptomer eller angstsymptomer (Stanley, Turner, & Borden, 1990) blant OCD-pasienter. Studien var imidlertid begrenset av lite utvalg ( $n = 25$ ) og at den ikke kontrollerte for depressive symptomer. Den nåværende studien søker derfor å undersøke en mulig assosiasjon, samt kontrollere for depressive symptomer.

**H3: Psykoterapi for OCD reduserer psykotiske og schizotype symptomer hos OCD-pasienter.** Et annet sentralt punkt er hvorvidt eventuelle psykotiske og schizotype symptomer i OCD-populasjonen krever behandling utover anbefalte retningslinjer for OCD-behandling, eller om den nåværende behandlingen påvirker

disse symptomene i tilfredsstillende grad. Flere studier har vist at komorbid psykopatologi reduseres eller elimineres helt av behandling som egentlig er ment å være spesifikk for en annen type lidelse (Wilson, 1997). Det er derfor mulig at psykotiske og schizotype symptomer reduseres av behandling for OCD. Det er ikke forfatteren bekjent at dette har vært undersøkt i denne pasientgruppen tidligere.

**H4: Økt rapportering av psykotiske eller schizotype symptomer er assosiert med dårligere behandlingsrespons.** Tidligere studier har pekt i retning av at schizotyp-relatert OCD er mer behandlingsresistent enn vanlig OCD (Baer et al., 1992; Eisen & Rasmussen, 1993; Poyurovsky et al., 2008). Dette har imidlertid kun vært undersøkt med hensyn på medisinsk behandling. Det har ikke lyktes forfatteren å finne litteratur som har undersøkt om schizotype eller psykotiske symptomer er relatert til respons på psykoterapi for OCD. Den aktuelle studien vil derfor undersøke om de overnevnte symptomene er relatert til behandlingsrespons.

### Metode

#### Deltakere

Denne studien har benyttet seg av fire ulike populasjoner: En gruppe med pasienter diagnostisert med OCD, en generell pasientgruppe med psykiske vansker, et utvalg fra normalpopulasjonen og et utvalg av friske kontroller. OCD-gruppen bestod av et utvalg basert på to tidligere kliniske studier (Håland et al., 2010; Vogel, Stiles, & Götestam, 2004), samt en upublisert multisenter-behandlingsstudie. Alle studier er godkjent av Regionaletisk komité. Dataene på disse gruppene ble samlet inn i perioden 1993 til 2013. Inklusjonskriteriene for alle tre originalundersøkelsene var å

Tabell 1  
*Demografiske karakteristika ved utvalgene*

Studie	Gruppe	<i>n</i>	Alder <i>M (SD)</i>	Kjønn Kvinner (antall)
Håland et al. (2010)	OCD	65	35.0 (12.3)	74.2 % (46)
Vogel et al. (2004)	OCD	35	35.7 (12.1)	68.6 % (25)
Multisenter	OCD	33	33.3 (10.3)	65.5 % (19)
Alle OCD-utvalg	OCD	133	34.7 (11.6)	71.5 % (90)
Ryum, Stiles & Vogel (2007)	GP	110	34.5 (11.4)	74.5 % (82)
Vassend & Skrondal (2003)	NP	1082	I.r.	51.1 % (546)
Vassend & Skrondal (2003)	FK	855	I.r.	I.r.

*Merknad.* OCD = Pasienter med tvangslidelse, GP = Generell pasientgruppe, NP = Normalpopulasjon, FK = Friske kontroller, I.r. = Ikke rapportert.

## 12 PSYKOTISKE OG SCHIZOTYPE SYMPTOMER I OCD

tilfredsstillende de diagnostiske kriteriene for OCD. Deltakere med psykotisk lidelse, suicidal atferd, alkohol- eller stoffavhengighet ble ekskludert fra studiene. Seks pasienter ble ekskludert grunnet psykotisk lidelse. Utvalget konseptualiseres derfor som behandlingssøkende ikke-psykotiske OCD-pasienter. I tillegg til de originale eksklusjonskriteriene ble syv pasienter ekskludert fra den nåværende undersøkelsen grunnet manglende data. Seksten pasienter ble lagt til utvalget til Håland et al. (2010) fordi nye data fra dette prosjektet hadde tilkommet. En oversikt over antall, alder og kjønn etter eksklusjon og inklusjon av pasienter for denne studien er beskrevet i tabell 1. Den generelle pasientgruppen bestod av et utvalg av 117 pasienter fra et tidligere studie (Ryum et al., 2007). I den nåværende studien ble 7 pasienter ekskludert fra dette originale utvalget fordi disse var diagnostisert med OCD. Tidligere eksklusjonskriterier for denne pasientgruppen var alvorlig sinnslidelse og psykose, voldsutagering, alvorlig rusmisbruk eller suicidalitet. Utvalget konseptualiseres derfor i denne sammenheng som en ikke-psykotisk behandlingssøkende poliklinisk-pasientgruppe. En oversikt over antall, alder og kjønn står beskrevet i tabell 1. Blant disse var 34 % diagnostisert med depressiv lidelse, 46 % med en angstlidelse, to prosent med annen lidelse og atten prosent var ikke diagnostisert med noen spesifikk lidelse. De to pasientutvalgene var ikke signifikant forskjellige fra hverandre med hensyn på alder  $t(241) = 0.20, p = 0.84$  eller kjønnsfordeling  $\chi^2(1) = 0.30, p = 0.66$ .

Utvalget av friske kontroller og normalpopulasjonen er hentet fra Vassend og Skrondal (2003) som har foretatt en omfattende psykometrisk studie av spørreskjemaet Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977) på den norske populasjonen. Normalpopulasjonsutvalget bestod av 1082 menn og kvinner fra alderen femten år. I den nåværende studien ble imidlertid også en subgruppe av friske kontroller av originalutvalget fra Vassend og Skrondal (2003) benyttet. Denne gruppen bestod av 855 av de 1082 i normalutvalget som ikke selvrapporterte noen form for fysisk sykdom (for eksempel astma, kreft, allergier). Årsaken til dette er at selvrapport av medisinsk sykdom har vist seg å gi signifikant høyere skårer på SCL-90-R sammenliknet med friske (Vassend & Skrondal, 2003). Derfor ble gruppen av friske kontroller benyttet i analyser der signifikante forskjeller ble testet for, mens normalutvalget ble benyttet for prevalensestimater. Det er også vanlig å skille mellom kvinner og menn på SCL-90-R ettersom det er signifikante forskjeller mellom kjønnene (Vassend & Skrondal, 2003). Dette gjelder imidlertid ikke for paranoid tankegang og psykotisme som er aktuelle i denne sammenheng. På bakgrunn av

dette ble det ansett som forenklende å benytte seg av samlet skåre og ikke kjønnsdelte skårer.

### **Prosedyre**

Diagnostisering i gruppen fra Håland et al. (2010) ble utført av to psykologer, som ellers ikke hadde noen annen befatning med studien, ved bruk av Structural Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) og Y-BOCS. Videoopptak av 10 tilfeldige diagnoseintervjuer av pasienter ble revurdert av uavhengige ratere for å sikre interraterreliabilitet (Pearsons  $r = .79$  før behandling og  $.89$  etter behandling). Behandling bestod av gruppeterapi basert på eksponering med responsprevensjon (ERP) over tolv uker.

I pasientgruppen fra Vogel et al. (2004) ble pasientene diagnostisert av en psykolog ved bruk av Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised (ADIS-R; Di Nardo & Barlow, 1988). Samme prosedyre med uavhengig interrater ble benyttet. Pasientene i denne studien mottok enten ERP med innslag av avslapningsteknikker eller ERP med kognitiv terapi. I multisenterstudiet ble diagnostisering foretatt av uavhengige psykologer ved bruk av ADIS-R, samt Y-BOCS. Behandlingen for disse pasientene var ERP basert på Foa (1991). Den generelle pasientgruppen mottok poliklinisk behandling fra viderekommende studenter ved profesjonsstudiet i psykologi på NTNU under veiledning og observasjon av psykologspesialist. Behandlingsformen beskrives av Ryum et al. (2007) som eklektisk orientert, samt basert på god klinisk forskning og praksis. Diagnostisering ble gjort av studentterapeuter ved hjelp av Mini internasjonalt nevropsykiatrisk interjvu (MINI; Sheehan et al., 1998) under oppsyn og vurdering av psykolog.

### **Måleinstrumenter**

**Symptom Checklist 90 Revised.** Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977) er et av de mest brukte selvrapportskjemaene for psykiatriske symptomer (Cyr, McKenna-Foley, & Peacock, 1985). Spørreskjemaet består av ni subskalaer (somatisering, tvang, interpersonlig sensitivitet, depresjon, angst, fiendtlighet, fobisk angst, paranoid tankegang og psykotisisme), og totalt 90 spørsmål som kan besvares på en fempunktsskala fra 0 (*ikke i det hele tatt*) til 4 (*veldig mye*). SCL-90-R har vist god internkonsistens og test-retest reliabilitet (Rössler et al., 2007). En gjennomgang har imidlertid vist at studier finner ulik faktorstruktur mellom populasjoner som pasientgrupper, sosiale grupper og kjønn (Cyr et al., 1985). Slike resultater problematiserer stabiliteten, faktorinnholdet og generaliserbarheten til



## 14 PSYKOTISKE OG SCHIZOTYPE SYMPTOMER I OCD

skjemaet (Vassend & Skrondal, 1999) og gjør tolkning av pasienter på bakgrunn av de ni subskalaene problematisk (Cyr et al., 1985). Studier finner også ofte, i følge Cyr et al. (1985), at flere av spørsmålene lader på flere faktorer, at det er høy interkorrelasjon mellom subskalaene og at én hovedfaktor står for en stor del av variansen. I følge Vassend og Skrondal (2003) indikerer dette at skjemaet er et mål på negativ affekt fremfor ulike symptomområder.

Den diskriminerende validiteten til subskalaene psykotisisme og paranoid tankegang har imidlertid vært undersøkt i en psykiatrisk populasjon (Sharifi et al., 2012). Pasienter med psykotisk lidelse samt pasienter med ikke-psykotisk lidelse, men med psykotiske symptomer hadde signifikant høyere skåre på begge skalaer sammenliknet med pasienter med ikke-psykotisk lidelse eller psykose i remisjon. Forfatterne tolket dette som at de to selvrapportskalaene i SCL-90-R kan oppfatte psykotiske symptomer.

SCL-90-R har tidligere blitt brukt som mål på subkliniske psykotiske og schizotype symptomer (Dominguez, Wichers, Lieb, Wittchen, & van Os, 2011; Henquet et al., 2004; Rössler et al., 2011a; Rössler et al., 2007; van Os et al., 2009). Disse studiene har imidlertid utnyttet spørsmålene i SCL-90-R ulikt. Henquet et al. (2004) og Dominguez et al. (2011) benyttet seg av de to originale subskalaene, men slo de sammen til én, mens Rössler et al. (2007) konstruerte to nye subskalaer. I følge Rössler et al. (2007) innebærer den første nye skalaen sosiale og interpersonlige mangler, påfallende oppfatninger og mistenksomhet, paranoid tankegang og redusert sosial fungering. Forfatterne hevdet at faktoren liknet kriteriene for schizotyp personlighetsforstyrrelse og fikk betegnelsen ”Schizotypal signs” (Rössler et al., 2007, s. 6). Den andre faktoren inkluderte vrangforestillinger om kontroll, tankeoverføring, auditive hallusinasjoner og tankeintrusjoner. Denne faktoren fikk navnet ”Schizophrenia nuclear symptoms” (Rössler et al., 2007, s. 6) på grunn av sin likhet med kriteriene for schizofreni. Senere studier (Breetvelt et al., 2010; Rössler et al., 2011b) har validert disse to subskalaene, og de antas å representere psykotiske og schizotype symptomer på en mer adekvat og stabil måte enn de tidligere subskalaene (Rössler et al., 2011a). De har også blitt inkludert i metastudier av psykotiske opplevelser i normalbefolkningen (van Os et al., 2009).

Andre studier har imidlertid gjort liknende analyser av de to originale skalaene, men fant faktorer som var mer i tråd med den originale faktorstrukturen i SCL-90-R (Bakhshaie, Sharifi, & Amini, 2011). Den aktuelle undersøkelsen vil

utforske prevalens av psykotiske og schizotype symptomer basert på de originale skalaene i SCL-90-R, samt de reviderte skalaene som er foreslått av Rössler et al. (2007). Innholdet i de fire ulike skalaene er presentert i Figur 1.

Figur 1

*Innhold i mål av psykotiske og schizotype symptomer*

Psykotisisme	07 – Tror en annen person kan kontrollere tankene dine	SCZ
	16 – Hører stemmer som ikke andre hører	
	35 – Føler at noen mennesker leser dine private tanker	
	62 – Har tanker som ikke er dine	
	77 – Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre	
	84 – Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg	
	85 – Har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort	
	87 – Tanker om at det er noe alvorlig feil med kroppen din	
	88 – Føler deg aldri nær noe annet menneske	
	90 – Tror det er noe i veien med din forstand	
Paranoid tankegang	08 – Føler at andre er skyld i de fleste av dine problemer	SPD
	18 – Føler at mennesker flest ikke er til å stole på	
	43 – Føler at andre iakttar deg eller snakker om deg	
	68 – Har tanker eller ideer som andre ikke har eller forstår seg på	
	76 – Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør	
	83 – Føler at folk vil komme til å utnytte deg om de får sjansen til det	
	77 – Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre	
	88 – Føler deg aldri nær noe annet menneske	

*Merknad.* SCZ = Schizophrenia nuclear symptoms, SPD = Schizotypal signs.

**Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.** Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) anses som gullstandarden for å måle OCD-symptomer (Moritz et al., 2002) og måler hva slags type symptomer OCD-pasienter har, samt hvor alvorlige disse er. Y-BOCS er utformet som et semistrukturert intervju der pasienten rangerer spørsmål fra intervjueren på en skala fra 0 til 4. Skjemaet summeres opp i totalskårer på tvangstanker og tvangshandlinger samt en global alvorlighetsgrad av tilstanden.

**Beck Depression Inventory.** Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) er ett av de mest brukte måleinstrumentene for å identifisere depresjon og å måle intensitet av depressive symptomer. BDI består av 21 symptomer og holdninger som for eksempel pessimisme, tap av appetitt, skyldfølelse og humør. Pasienten rangerer disse fra 0 til 3. En metaanalyse

konkluderte med at BDI hadde høy internkonsistens både i kliniske og ikke-psykiatriske populasjoner, høy samtidig validitet, og kunne skille mellom angst og depresjon samt flere undertyper av depresjon (Beck et al., 1988).

### Resultater

#### H1: Pasienter med OCD rapporterer psykotiske og schizotype symptomer i større grad enn friske kontroller og den generelle pasientpopulasjonen

Prevalens ble operasjonalisert som bekreftende skåre, det vil si enhver skåre > 0 på SCL-90-R. En oversikt over prevalensen av ulike symptomer samt total prevalens på de fire skalaene for psykotiske og schizotype symptomer er presentert i tabell 2. I OCD-gruppen var 29.5 % symptomatiske på psykotiske symptomer som målt av psykotisisme. Ved bruk av den alternative skalaen schizofrenia nuclear symptoms var prevalensen 11.1 %. Prevalensen av schizotype symptomer var 47.4 %, og 48.8 % for hhv. paranoid tankegang og schizotypal signs.

Tabell 2

*Prevalens av psykotiske og schizotype symptomer<sup>a</sup>*

Psykotisisme/schizofrenia nuclear symptoms	OCD	GP	NP
07. Tror en annen person kan kontrollere tankene dine	6.0	10.0	7.8
16. Hører stemmer som ikke andre hører	2.3	3.6	1.5
35. Føler at noen mennesker leser dine private tanker	12.0	18.2	8.6
62. Har tanker som ikke er dine	24.8	18.2	11.7
77. Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre	65.2	65.5	21.3
84. Har seksuelle tanker og forestillinger som bekymrer deg	22.7	5.5	9.7
85. Har tanker om at du bør straffes for syndige ting du har gjort	26.5	9.1	5.8
87. Tanker om at det er noe alvorlig feil med kroppen din	45.9	60.0	24.7
88. Føler deg aldri nær noe annet menneske	40.9	44.5	21.2
90. Tror det er noe i veien med din forstand	50.0	44.5	7.2
Snitt: Psykotisisme	29.5	27.9	12.0
Snitt: Schizofrenia nuclear symptoms	11.1	13.0	7.4
Paranoid tankegang/Schizotypal signs			
08. Føler at andre er skyld i de fleste av dine problemer	34.6	36.4	21.1
18. Føler at mennesker flest ikke er til å stole på	38.3	50.9	24.0
43. Føler at andre iakttar deg eller snakker om deg	48.1	51.8	23.2
68. Har tanker eller ideer som andre ikke har eller forstår seg på	70.7	31.0	20.4
76. Synes at andre ikke setter nok pris på det du gjør	56.4	60.6	36.9
83. Føler at folk vil komme til å utnytte deg om de får sjansen	36.1	32.7	23.4
Snitt: Paranoid tankegang	47.4	43.9	24.8
Snitt: Schizotypal signs	48.8	46.7	23.9

*Merknad.* Alle tall er oppgitt i prosent.

OCD = OCD-gruppe, GP = generell pasientgruppe, NP = normalpopulasjon.

<sup>a</sup>Målt før behandling.

Komparative analyser mellom de tre utvalgene er presentert i tabell 3. ANOVA ble benyttet for å undersøke om det var signifikante forskjeller mellom de tre gruppene på psykotiske, schizotype, tvangsmessige, depressive og total SCL-90-R-skåre. Det var en signifikant forskjell mellom de tre gruppene på alle symptomsmål. En post hoc sammenlikning ved bruk av Tukey HSD viste at det ikke var signifikante forskjeller mellom OCD-gruppen og den generelle pasientgruppen på noen av målene på psykotiske eller schizotype symptomer: OCD-gruppen rapporterte ikke psykotiske eller schizotype symptomer i større grad enn den generelle pasientgruppen. Effektstørrelser for forskjellen mellom OCD-gruppen og pasientgruppen samt OCD-gruppen og friske kontroller ble regnet ut for å gi en indikasjon av størrelsen på symptomforskjellen mellom disse gruppene. Effektstørrelsene indikerte en liten forskjell mellom disse utvalgene på disse symptomene og varierte fra -0.03 til 0.15. Imidlertid indikerte analysen at friske kontroller var signifikant forskjellig fra de to andre gruppene.

Tabell 3  
*Mellomgruppeforskjeller og effektstørrelser*

Skala	<i>M (SD)</i>			<i>F</i>	<i>d</i>	
	OCD	GP	FK		OCD vs GP	OCD vs FK
Psy	0.59 (0.58)	0.56 (0.49)	0.16 (0.31)	117.88***	0.06	0.92
Par	0.94 (0.77)	0.83 (0.70)	0.34 (0.51)	89.77***	0.15	0.92
SCZ	0.20 (0.37)	0.21 (0.39)	I.r.	-	-0.03	-
SPD	0.98 (0.81)	0.90 (0.71)	I.r.	-	0.11	-
Tvang	2.02 (0.84)	1.32 (0.69)	0.49 (0.53)	438.05***	0.91	2.18
Depresjon	1.52 (0.87)	1.62 (0.81)	0.39 (0.50)	372.61***	-0.12	1.59
SCL-90-R	1.17 (0.68)	1.10 (0.58)	0.34 (0.38)	299.45***	0.11	1.51

*Merknad.* OCD = OCD-gruppe, GP = Generell pasientgruppe, FK = Friske kontroller, I.r. = Ikke rapportert, Psy = Psykosisisme, Par = Paranoid tankegang, SCZ = Schizophrenia nuclear symptoms, SPD = Schizotypal signs, Tvang = Tvang fra SCL-90-R, Dep = Depresjon fra SCL-90-R, SCL-90 = Total SCL-90-R-skåre.

\*\*\* $p < .001$

Både OCD-pasientene og den generelle pasientgruppen hadde signifikant høyere skåre enn friske kontroller på både psykosisisme og paranoid tankegang. Denne forskjellen lot seg ikke undersøke for de alternative skalaene schizophrenia nuclear symptoms og schizotypal signs, ettersom rådata fra friske kontroller ikke var tilgjengelig. Effektstørrelsene for både psykosisisme og paranoid tankegang indikerte en stor forskjell (0.92) mellom OCD-gruppen og friske kontroller.

## 18 PSYKOTISKE OG SCHIZOTYPE SYMPTOMER I OCD

Det var ingen signifikante forskjeller mellom OCD-pasientene og den generelle pasientpopulasjonen når det gjaldt depresjon eller total SCL-90-R-skåre. OCD-gruppen hadde signifikant høyere skårer enn den generelle pasientgruppen på subskalaen Tvang fra SCL-90-R. Effektstørrelsen lå her på 0.91 noe som indikerer en stor forskjell.

### H2: Symptomer på OCD er assosiert med psykotiske og schizotype symptomer

Pearson korrelasjonskoeffisienter mellom SCL-90-R, Y-BOCS og BDI ble regnet ut for OCD-gruppen. BDI ble benyttet som kontrollmål i partielle korrelasjonsanalyser ettersom tidligere litteratur har foreslått at depresjon kan påvirke selvrappoterter av psykosesyntomer (Seemüller et al., 2012). Korrelasjoner mellom målene på psykotiske, schizotype, depressive og tvangsmessige symptomer er presentert i tabell 4. Det var en gjennomgående tendens til svake til moderate signifikante korrelasjoner mellom psykotiske og schizotype symptomer og tvangssyntomer. Disse varierte fra .02 til .26 før behandling og .04 til .35 etter behandling. Unntaket var schizofrenia nuclear symptoms før behandling som ikke var korrelert med tvangssyntomer verken før eller etter behandling. Etter kontroll

Tabell 4

*Korrelasjoner mellom tvang, psykose og depresjon hos OCD-pasienter*

Skala	$\alpha$	Y-BOCS pre		Y-BOCS post		BDI pre	BDI post
		Bivariat	Partiell <sup>a</sup>	Bivariat	Partiell <sup>a</sup>		
Par-pre	.75	.23*	.05	.16	-.16	.52**	.54**
Par-post	.75	.20*	-	.34**	.19	.35**	.59**
SPD-pre	.83	.26**	.06	.19*	-.15	.57**	.58**
SPD-post	.80	.22*	-	.35**	.19	.41**	.67**
Psy-pre	.77	.25**	.05	.17	-.14	.55**	.58**
Psy-post	.70	.21*	-	.32**	.16	.40**	.61**
SCZ-pre	.41	.02	.04	.04	.08	.23**	.19*
SCZ-post	.04	.08	-	.16	.11	.13	.20*
BDI pre	.92	.41**	-	.14	-	-	-
BDI post		.14	-	.40**	-	.60**	-

*Merknad.* Pre indikerer skårer før behandling, post indikerer skårer etter behandling.

Par = Paranoid tankegang, SPD = Schizotypal signs, Psy = Psykotisisme, SCZ = Schizofrenia nuclear symptoms, BDI = Beck Depression Inventory, Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale.

<sup>a</sup> BDI benyttet som kontrollbetingelse.

\* $p < .05$

\*\* $p < .01$

for depresjon holdt ingen korrelasjoner mellom psykotiske og schizotype symptomer seg signifikante. Variasjonen ble også redusert til .04 til .06 før behandling og .08 til .19 etter behandling. Nesten alle målene på psykotiske og schizotype symptomer var moderat til sterkt korrelert med depressive symptomer. Før behandling varierte dette fra .13 til .57, etter behandling fra .20 til .67. Unntaket var schizofrenia nuclear symptoms etter behandling som ikke var signifikant korrelert med depressive symptomer før behandling. Denne var imidlertid svakt signifikant korrelert med depressive symptomer etter behandling.

### **H3: OCD-behandling reduserer psykotiske og schizotype symptomer hos OCD-pasienter**

Hvorvidt behandling hadde en effekt på psykotiske og schizotype symptomer ble undersøkt med en paret t-test, der de fire målene på psykotiske og schizotype symptomer før og etter behandling, ble sammenliknet. Tabell 5 viser at det var en signifikant reduksjon av både psykotiske og schizotype symptomer etter behandling. En signifikant reduksjon av tvangs- og depresjonssymptomer ble også observert. Effektstørrelsene for psykoterapi varierte mellom de ulike symptomgruppene fra 0.21 (schizofrenia nuclear symptoms) til 1.74 (Y-BOCS). Innenfor psykosesymptomer var endringen 0.21 (schizofrenia nuclear symptoms) og 0.36 (psykosisisme), noe som kan beskrives som en liten endring. Schizotype symptomer lå nærmere moderat effektstørrelse på hhv. 0.43 (schizotypal signs) og 0.45 (paranoid tankegang).

Tabell 5

#### *Symptomendring hos OCD-pasienter*

Symptomer	Mål	<i>M (SD)</i>		<i>t</i>	<i>d</i>
		Pre	Post		
OCD	Y-BOCS	24.34 (3.97)	14.81 (6.67)	15.50**	1.74
Depressive	BDI	16.50 (10.05)	10.49 (9.40)	7.53**	0.62
Schizotype	Par	0.85 (0.67)	0.56 (0.61)	5.84**	0.45
Psykotiske	Psy	0.50 (0.49)	0.34 (0.39)	4.99**	0.36
Schizotype	SPD	0.87 (0.70)	0.59 (0.61)	5.59**	0.43
Psykotiske	SCZ	0.17 (0.32)	0.11 (0.24)	2.21*	0.21

*Merknad.* Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, BDI = Beck Depression Inventory, Par = Paranoid tankegang, Psy = Psykosisisme, SPD = Schizotypal signs, SCZ = Schizofrenia nuclear symptoms.

\* $p < .05$

\*\* $p < .01$

#### **H4: Økt rapportering av psykotiske eller schizotype symptomer er assosiert med dårligere behandlingsrespons**

Etter kontroll for depresjon var det ingen korrelasjon mellom psykotiske eller schizotype symptomer før behandling og tvangssymptomer etter behandling (se tabell 4). Altså ser det ut til at psykotiske og schizotype symptomer ikke er assosiert med behandlingsrespons i OCD-gruppen. Imidlertid kan et mulig forhold mellom tvangs- og psykotiske eller schizotype symptomer maskeres i en korrelasjonsanalyse hvis fordelingen er bimodal eller svært unimodal.

En tilleggsanalyse ble derfor gjennomført der OCD-gruppen ble delt opp i høyskårere og lavskårere. Inndelingen var basert på z-skårer på de ulike skalaene. Lavskåregruppen ( $n = 23$ ) bestod av pasienter med z-skåre  $< -1$  mens høyskåregruppen ( $n = 22$ ) bestod av pasienter med z-skåre  $> +1$ . Uavhengige t-tester viste at lav og høy skåre på paranoid tankegang var signifikant forskjellige fra hverandre på tvangssymptomer etter behandling. Dette indikerte at høyskårere på paranoid tankegang hadde signifikant større skårer på tvangssymptomer etter behandling,  $t(43) = -2.39, p < .05$ , og dermed dårligere behandlingsutfall. I henhold til skåring av Y-BOCS indikerte dette at lavskåregruppen havnet innenfor symptomkategorien ”mild”, mens høyskåregruppen havnet innenfor ”moderat”. En lik analyse med hensyn på depressive symptomer ble også gjennomført. Der viste det seg at lavskåregruppen ( $n = 21$ ) hadde signifikant lavere skårer på depressive symptomer relativt til høyskåregruppen ( $n = 18$ ),  $t(37) = -4.32, p < .001$ . I henhold til skåring av BDI havnet lavskåregruppen innenfor ”minimal”, mens høyskåregruppen havnet innenfor ”moderat”.

Dette utfallet ble fulgt opp med to regresjonsanalyser der BDI og Y-BOCS skåre før behandling (pre) ble kontrollert for. Den ene analysen tok for seg hele utvalget av OCD-pasienter ( $n = 133$ ), mens den andre analysen ble gjennomført på høyskåregruppen innenfor paranoid tankegang ( $n = 22$ ). Etter kontroll for BDI og Y-BOCS pre viste denne analysen at det ikke var noen relasjon mellom paranoid tankegang og behandlingsrespons. Dette gjaldt både for hele utvalget,  $\beta = -.11, t(130) = 1.16, p > .05$ , og for høyskåregruppen,  $\beta = -.20, t(19), p > .05$ . Altså ble ikke tvangssymptomer etter behandling predikert av paranoid tankegang før behandling, når depressive symptomer ble kontrollert for.

## Diskusjon

### **H1: Pasienter med OCD rapporterer psykotiske og schizotype symptomer i større grad enn friske kontroller og den generelle pasientpopulasjonen**

Denne undersøkelsen ønsket å utforske prevalensen av psykotiske og schizotype symptomer hos et utvalg av OCD-pasienter, en generell pasientgruppe og normalpopulasjonen. I de følgende avsnittene vil prevalens av psykotiske og schizotype symptomer, samt gruppeforskjeller i denne prevalensen, diskuteres.

**Psykotiske symptomer blant OCD-pasienter.** For OCD-pasientene varierte prevalensen fra 11.1 % til 29.5 % avhengig av mål for psykotiske symptomer. Det laveste anslaget ligger tettest opptil de diagnostiske kriteriene i ICD-10 og DSM-V og representerer kanskje mer alvorlig symptomatologi enn det høye anslaget. Det kan imidlertid også argumenteres for at tilstander relatert til ensomhet og mangel på nærhet også ledsager psykotiske tilstander, og dermed også bør inkluderes i et estimat av psykotiske symptomer. Imidlertid er ikke disse diagnosespesifikke, noe som kan innebære at estimatet på 29.5 % er for høyt. Kun én tidligere studie har rapportert prevalens av psykotiske symptomer blant OCD-pasienter og det ble da rapportert at 39.3 % av 30 OCD-pasienter hadde psykotiske symptomer (Adam et al., 2012). Dette er høyere enn det høyeste prevalens estimatet i den nåværende undersøkelsen, til tross for at Adam et al. (2012) hadde noe like symptom mål som schizofrenia nuclear symptoms. Forskjellen kan komme av at Adam et al. (2012) benyttet seg av et populasjonsutvalg, mens den aktuelle studien benyttet seg av behandlingssøkende OCD-pasienter. I tillegg hadde den nåværende studien ekskludert pasienter med psykotisk lidelse, noe som ikke ble gjort i Adam et al. (2012). Det kan tenkes at eventuelle OCD-pasienter med komorbid psykotisk lidelse i deres studie, i et lite utvalg, kunne øke estimatet betraktelig. I tillegg undersøker SCL-90-R symptomer den siste uken, mens Adam et al. (2012) undersøkte prevalens over tolv måneder. Dette kan også antas å gi høyere prevalens i deres studie sammenliknet med det nåværende studiet.

Det er verdt å merke seg at det er en svært stor variasjon av bekreftende responser innenfor hver skala. I psykotisisme varierer denne fra 2.3 % ("Hører stemmer som ikke andre hører") til 65.2 % ("Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre"). Dette indikerer at de positive psykotiske symptomene er mindre vanlige enn de negative blant OCD-pasientene. Dette står i kontrast til tidligere forskning som hovedsakelig har knyttet positive symptomer til OCD og symptomer på OCD (Suhr et



al., 2006). Imidlertid er ikke spørsmålene knyttet til psykotisisme og paranoid tankegang i SCL-90-R, delt opp dimensjoner, noe som gjør en slik indikasjon usikker. Den store interne variasjonen i psykotisisme kan også være tegn på at det er lav intern validitet i skalaen. Analyser indikerte imidlertid en alpha på 0.77, som anses som akseptabelt, og variasjonen kan derfor antas å være reell.

Høye skårer på spørsmålet ”Føler deg ensom, selv når du er sammen med andre” kan ses i lys av at depressive symptomer også var prevalente hos OCD-gruppen. Altså kan den store variasjonen, samt den høye prevalensen, forklares ved at de depressive aspektene som eksisterer ved psykotiske tilstander ikke er annerledes enn de depressive tilstandene som ofte oppstår ved OCD, og at spørsmål som har med dette å gjøre ”blåser opp” prevalensen av psykotiske symptomer. Det faktum at psykotiske og depressive symptomer var assosiert i OCD-gruppen kan understøtte denne antakelsen. En innvending mot prevalensestimater av psykotiske symptomer kan være at spørsmålene som måler psykotiske symptomer heller måler tvangslidelse. For eksempel kan leddet ”Har tanker som ikke er dine” tolkes i retning av at tvangstankene oppleves som ufrivillige og ubehagelige heller enn en opplevelse av tankepåføring, noe som ville vært et mer psykotisk symptom. En slik tolkning svekkes imidlertid av at det ikke er noen korrelasjon mellom tvangssymptomer og psykotiske symptomer blant OCD-pasientene etter kontroll for depresjon.

**Schizotype symptomer blant OCD-pasienter.** Prevalensen av schizotype symptomer var høyere enn prevalensen av psykotiske symptomer blant OCD-pasientene: 47.4 % eller 48.8 % avhengig av skala. Det er mulig at dette tallet er høyere fordi schizotype symptomer har passert gjennom tidligere eksklusjonskriterier. Dette kan utgjøre en del av årsaken til at slike symptomer rapporteres oftere enn de psykotiske. En annen mulighet er at slike symptomer er mer prevalente. Variasjonen mellom skalaene var også betraktelig mindre enn det var for psykose. Denne lille variasjonen kan forklares ved at den eneste forskjellen mellom de to skalaene er at i schizotypal signs er det lagt til to spørsmål fra psykotisisme til paranoid tankegang. Den interne variasjonen er imidlertid stor også for schizotype symptomer. Bekreftende skåre varierer fra 34.6 % til 70.7 %. Også her kan dette skyldes stor overlapp til andre mer prevalente komorbide symptomgrupper som depresjon, eller at noen av spørsmålene kan tilskrives tvangslidelsen. For eksempel er det vanskelig å fastslå om et ledd som ”Har tanker eller ideer som andre ikke har eller forstår seg på” måler tvangstanker, eller underlig/magisk tenkemåte som kjennetegner schizotyp

lidelse (American Psychiatric Association, 2013). Imidlertid var ikke disse skalaene korrelert etter kontroll for depresjon, noe som svekker en slik forklaring.

Med tanke på overlapp med depresjon viser korrelasjonsanalysen at begge skalaer overlapper med depressive symptomer både før og etter behandling. Dette kan forklares på en rekke måter. Det kan hende at pasienter med OCD har komorbiditet av både schizotype og depressive symptomer, noe som er i tråd med tidligere litteratur (Adam et al., 2012; Brown, Campbell, Lehman, Grisham, & Mancill, 2001; Denys, Tenney, van Meegen, de Geus, & Westenberg, 2004). En annen forklaring er at de schizotype skalaene også måler depressive symptomer. Prevalens estimatet ligger imidlertid tett opptil et tidligere estimat (50 %) der deler av Structured Interview of Schizotypy (SIS; Kendler, Lieberman, & Walsh, 1989) ble benyttet (Sobin et al., 2000). Begge disse resultatene er høyere enn målet til Stanley et al. (1990). Sistnevnte studie benyttet seg imidlertid av et mindre utvalg ( $n = 25$ ) og hadde en annen måling av schizotype symptomer (beskrevet tidligere). En studie som undersøker prevalens av schizotype symptomer ved bruk av validerte skjemaer, og som samtidig kontrollerer for depresjon vil bidra stort i denne sammenheng.

Det kan dermed oppsummeres med at psykotiske og schizotype symptomer er fremtredende i en ikke-psykotisk OCD-populasjon. Disse synes imidlertid å være mest assosiert med depressive og ikke OCD-symptomer, og er ikke signifikant høyere hos OCD-gruppen sammenliknet med den generelle pasientgruppen. Flere studier som tar bruk av validerte instrumenter for måling av psykotiske og schizotype symptomer kan tydeliggjøre dette bildet. På grunn av tidligere nevnte problemer med selvrapporing av psykotiske symptomer, burde fremtidige studier inkludere både selvrapport og intervju dersom dette er mulig.

**Gruppeforskjeller i psykotiske og schizotype symptomer.** Et interessant funn i den nåværende undersøkelsen er at tilstedeværelsen av de overnevnte symptomene ikke er spesifikke for OCD-populasjonen, men er like fremtredende hos en generell pasientgruppe. Det er fristende å tolke dette i retning av at prevalens av psykotiske eller schizotype symptomer ikke er spesifikt for OCD-gruppen, men at disse to symptomkategoriene kan være assosiert med en rekke psykiske sykdommer. Dette har vært foreslått tidligere (for eksempel Rössler et al., 2011a). Den nåværende studien tar imidlertid noen forbehold for denne konklusjonen. For det første viser flere undersøkelser at faktorstrukturen i SCL-90-R varierer fra populasjon til populasjon (Cyr et al., 1985). Dette gir vanskeligheter med å sammenlikne skårene på skalaer

mellom to ulike populasjoner, som i dette tilfellet er OCD-populasjonen og en generell pasientgruppe. For det andre har psykotisk lidelse vært eksklusjonskriterium i alle studiene som pasientene er hentet fra. Som tidligere nevnt er ikke denne gruppen representativ for alle OCD-pasienter siden pasienter med psykotiske eller schizotype symptomer har blitt ekskludert. Det samme gjelder for den generelle pasientgruppen. Det er altså mulig at psykotisk eller schizotyp komorbiditet er mer prevalent i OCD-gruppen, men at disse har blitt ekskludert i studiene som denne undersøkelsen baserer seg på. Det blir derfor vanskelig å konkludere med at OCD-populasjonen ikke har større prevalens av psykotiske eller schizotype symptomer enn annen pasientpopulasjon. Det kan imidlertid konkluderes med at den ikke-psykotiske OCD-populasjonen ikke har flere schizotype eller psykotiske symptomer enn den ikke-psykotiske generelle pasientpopulasjonen. Det er også verdt å merke seg at til tross for det overnevnte eksklusjonskriteriet, rapporterer 11 % av OCD-gruppen det som beskrives av Rössler et al. (2007) som schizophrenia nuclear symptoms. Som resultatene viser er det faktisk en enda høyere andel, 13 %, av den generelle pasientpopulasjonen som rapporterer de samme symptomene, dette også til tross for at psykose var eksklusjonskriterium for også denne gruppen.

Friske kontroller har signifikant mindre av både psykotiske og schizotype symptomer sammenliknet med OCD-gruppen og den generelle pasientgruppen. Prevalensen av psykotiske symptomer i normalpopulasjonen varierer mellom 12 % til 7.4 % avhengig av hvilken av de to skalaene som benyttes. Det mest konservative av disse målene er sammenliknbart med tidligere prevalensestimater av psykotiske opplevelser i normalpopulasjonen (8 %) (van Os et al., 2009).

Kort oppsummert tyder resultatene på at mellom 11.1 og 29.5 % av pasienter med OCD, uten komorbid psykotisk lidelse, rapporterer psykotiske symptomer. Når det gjelder schizotype symptomer, er prevalenstallene høyere hos begge kliniske grupper. Denne studien bekrefter at psykotiske og schizotype symptomer er utbredt i OCD-populasjonen. Det ser imidlertid ut til at dette ikke er spesielt for denne gruppen med pasienter, men også er tilnærmet like prevalent i en generell pasientgruppe.

### **H2: Symptomer på OCD er assosiert med psykotiske og schizotype symptomer**

Blant OCD-pasienter var de fleste psykotiske og schizotype symptomer, og tvangssymptomer korrelert. Imidlertid kunne denne sammenhengen tilskrives depressive symptomer. Som nevnt tidligere kan dette komme av at depressive symptomer øker selvrapporing av psykotiske symptomer, eller at

måleinstrumentene som blir benyttet, overlapper (Seemüller et al., 2012). En annen mulighet til at OCD-symptomer og psykotiske eller schizotype symptomer kun er relatert hos pasienter med mer alvorlig patologi, noe tidligere studier har foreslått (Suhr et al., 2006). Med relativt lave skårer på psykotiske og schizotype symptomer kan det derfor være at assosiasjonen ikke fremkommer i det aktuelle utvalget. Det er derfor interessant at korrelasjonen nærmer seg signifikant etter behandling. I henhold til Suhr et al. (2006) burde det etter behandling være lavere sammenheng mellom de to symptomgruppene fordi det totale symptomtrykket er lavere. Dette kan imidlertid forklares av statistiske årsaker: Før behandling var spredningen av OCD-symptomer mindre, fordi de fleste pasientene skåret høyt. Etter behandling var det flere pasienter som også hadde lavere skårer, noe som ga større varians. Siden korrelasjonsanalysen baserer seg blant annet på variasjonen mellom skårer vil dette påvirke resultatet.

Det er interessant at det nåværende studiet ikke finner at tvangs- og psykotiske/schizotype symptomer er assosiert etter kontroll for depresjon. Et tidligere studie har funnet en slik assosiasjon, selv etter kontroll for demografiske variabler, tidligere psykotiske symptomer, angst og depresjon (Van Dael et al., 2011). Deres studie var imidlertid prospektiv, med et mindre utvalg fra normalpopulasjonen, og benyttet seg av andre mål på symptomer enn denne undersøkelsen. Dette kan forklare diskrepansen.

Det ser altså ut til at psykotiske og schizotype symptomer er prevalente hos ikke-psykotiske pasienter med OCD, men er knyttet til depressive symptomer fremfor tvangssymptomer. Dette, sammen med resultatene som viser at psykotiske og schizotype symptomer er like utbredt i den generelle pasientpopulasjonen, støtter ideen om at psykotiske og schizotype symptomer er generelle fenomener på tvers av diagnoser (Rössler et al., 2011a) og ikke spesifikt knyttet til tvangssymptomer. Undersøkelser av psykotiske og schizotype symptomer, og deres relasjon til depressive symptomer i ulike pasientpopulasjoner, bør gjennomføres for å tydeliggjøre dette bildet ytterligere.

### **H3: Psykoterapi for OCD reduserer psykotiske og schizotype symptomer hos OCD-pasienter**

Psykoterapi for OCD reduserte psykotiske og schizotype symptomer i OCD-gruppen. Det var en signifikant reduksjon av alle symptomsmål. Sett i sammenheng med at depressive symptomer er korrelert med begge SCL-90-R-subskalaer, er det en sannsynlighet for at noe av reduksjonen psykotiske og schizotype symptomer kan

tilskrives den signifikante reduksjonen av depressive symptomer. Det var imidlertid også en signifikant reduksjon av schizofrenia nuclear symptoms, som kun er svakt korrelert med depressive symptomer. Dette kan tolkes i retning av at også de mest alvorlige psykotiske symptomene lot seg påvirke av psykoterapi for OCD.

Det ser altså ut til at ERP spesifikt rettet mot OCD også har en positiv effekt på psykotiske og schizotype symptomer hos ikke-psykotiske OCD-pasienter. Dette er i tråd med tidligere studier som hevder at behandling på spesifikke symptomer også har terapeutisk effekt på andre symptomer (Wilson, 1997). Sett i lys av at undersøkelser har funnet at tvangssymptomer og psykotiske symptomer øker sannsynligheten for utvikling av psykotisk lidelse senere i livet (Van Dael et al., 2011), kan denne reduksjonen være svært viktig.

Videre studier av psykoterapi på pasienter med OCD og klinisk psykotisk eller schizotyp symptomatologi burde gjennomføres for å sikre best mulig behandling til også denne pasientgruppen.

#### **H4: Økt rapportering av psykotiske eller schizotype symptomer er assosiert med dårligere behandlingsrespons**

Som nevnt har det ikke tidligere vært undersøkt om grad av psykotiske eller schizotype symptomer har en negativ effekt på ERP for OCD. Tidligere studier har funnet at OCD-pasienter med schizotyp lidelse kan ha dårligere respons på behandling med medisiner (Poyurovsky et al., 2008). Resultatene fra den nåværende undersøkelsen indikerer imidlertid at det ikke er noen effekt av psykotiske og schizotype symptomer, på behandlingsrespons. Det ser heller ikke ut til at pasienter som skårer høyere på disse symptomene har dårligere utbytte av behandling enn de som skårer lavere. Dette kan innebære at psykotisk og schizotyp symptomatologi ikke reduserer effekten av ERP for OCD. En implikasjon av disse funnene kan derfor være at slike symptomer ikke krever spesifikt terapeutisk fokus for at vellykket ERP skal gjennomføres. Resultatene viste imidlertid at paranoid tankegang var assosiert med depressive symptomer etter behandling. Det så også ut til at pasientgruppen med de høyeste skårene på paranoid tankegang hadde signifikant sterkere depressiv symptomatologi, relativt til pasienter med lavere skårer. Dette kan indikere at pasienter med paranoid tankegang kan ha et tilleggsbehov for terapi for depressive symptomer. Dette kan også ses i lys av tidligere studier som har vist at OCD-pasienter med alvorlig depresjon hadde dårligere respons på ERP enn pasienter uten depressiv komorbiditet (Abramowitz & Foa, 2000; Keijsers, Hoogduin, & Schaap, 1994).

### **Styrker og begrensninger**

Denne undersøkelsen har forsøkt å øke kunnskapen om psykotiske og schizotype symptomer gjennom to strategier. Den første var ved å utforske nye hypoteser: Dette er den første studien til å sammenlikne prevalens blant OCD-pasienter, en generell pasientgruppe og friske kontroller. Den nåværende undersøkelsen er også den første til å undersøke om psykotiske og schizotype symptomer er assosiert med behandlingsutfall av ERP, samt hvorvidt de nevnte symptomene reduseres av denne behandlingen. Dette kan generaliseres til både individuell og gruppebasert ERP siden begge former for behandling er inkludert i studien. Den andre strategien som styrker dette studiet er videre utforskning av tidligere hypoteser, men med et mer robust design enn tidligere studier: Det blir benyttet et større utvalg enn i noen andre tidligere undersøkelser. Det kan også understrekes at den nåværende undersøkelsen har kontrollert for effekten av depresjon, noe som syntes å være svært betydningsfullt for resultatene. Til tross for at bruken av SCL-90-R kan kritiseres, har dette også blitt imøtekommet ved å benytte flere varianter av originalskalaene.

Den nåværende studien har også begrensninger. Innledningsvis kan det pekes på at eksklusjonskriteriene fra undersøkelsene, som OCD- og pasientutvalget er hentet fra, har ekskludert pasienter med psykotisk lidelse. Dette begrenser populasjonene som resultatene kan generaliseres til. Videre har dette gjort det umulig å identifisere undergrupper av pasienter med komorbid OCD og schizotyp eller psykotisk lidelse. På den annen side har disse pasientgruppene vært undersøkt i tidligere studier (Eisen & Rasmussen, 1993; Poyurovsky et al., 2008), noe som ikke er tilfellet med den ikke-psykotiske OCD-populasjonen.

Det er også begrensninger ved bruken av SCL-90-R som mål på psykotiske og schizotype symptomer. For det første er det ikke mulig å undersøke flere dimensjoner ved psykotiske og schizotype symptomer (for eksempel positive, negative og disorganiserte), og deres individuelle relasjon til for eksempel behandlingsutfall. For det andre kan det argumenteres for at skalaene ikke er etablerte mål for de aktuelle symptomene. De har imidlertid blitt benyttet i en rekke større undersøkelser (Dominguez et al., 2011; Rössler, Hengartner, Ajdacic-Gross, Haker, & Angst, 2013; Rössler et al., 2007; Sharifi et al., 2012) og metaanalyser (van Os et al., 2009). For det tredje har det også vært nevnt at de to skalaene mangler noen relevante symptomer (Rössler et al., 2011a). Sett i lys av at pasienter med psykose har blitt

ekskudert på et tidligere tidspunkt, kan det på den annen side antas at målet kan være tilfredsstillende i en ikke-psykotisk populasjon. For det fjerde har schizofrenia nuclear symptoms lav alphaverdi, noe som indikerer lav intern konsistens. Dette kan imidlertid tilskrives lav variasjon i skårer. For det femte har det vært argumentert for at selvrappport-instrumenter som SCL-90-R ikke fanger opp psykotiske symptomer på samme måte som klinisk observasjon. Begrunnelsen for dette er at pasienter med vrangforestillinger ikke kan gjenkjenne disse som vrangforestillinger, noe derimot en kliniker kan (Seemüller et al., 2012). På den annen side har andre studier funnet at psykotiske pasienter skårer signifikant høyere på psykotisme og paranoid tankegang sammenliknet med ikke-psykotiske eller psykotiske pasienter i remisjon (Sharifi et al., 2012). Det kan likevel argumenteres for at skalaene måler negativ affekt, noe Vassend og Skrondal (2003) har foreslått tidligere. Sett i lys av funnet til Sharifi et al. (2012) kan dermed den signifikante forskjellen mellom pasientgruppene heller reflektere større grad av negativ affekt hos pasientene med psykotisk lidelse/ikke-psykotisk forstyrrelse. Et mål på innsikt kunne også vært inkludert for å undersøkt om det eksisterte noen sammenheng mellom psykotiske og schizotype symptomer og innsikt. Til slutt kan det nevnes at begge pasientgrupper kunne inkludert et større antall pasienter. Det kunne også blitt gjort analyser av diagnosegrupper innenfor den generelle pasientgruppen (for eksempel deprimerte) opp mot OCD-populasjonen. Dette kunne nyansert spredningen av psykotiske og schizotype symptomer, i ulike populasjoner, ytterligere.

### **Konklusjoner**

Psykotiske og schizotype symptomer rapporteres ikke i signifikant større grad blant OCD-pasienter sammenliknet med den generelle pasientpopulasjonen. Blant OCD-pasienter er det en assosiasjon mellom slike symptomer og depressive symptomer. Tvangsmessige, depressive, psykotiske og schizotype symptomer ble signifikant redusert av psykoterapi for OCD. Pasienter med høy skåre på paranoid tankegang kan ha behov for ekstra terapi for depressive symptomer. Senere undersøkelser bør benytte seg av etablerte mål på psykotiske og schizotype symptomer som også tar hensyn til ulike dimensjoner ved symptomene. Kontroll for depressive symptomer synes også å være viktig. På grunn av utfordringer med validiteten til selvrappport av psykotiske symptomer burde fremtidige undersøkelser inkludere både intervju og selvrappport. I tillegg burde disse undersøkelsene unngå eksklusjon av pasienter med psykotiske eller schizotype symptomer. Dette kan gjøre

det mulig å identifisere eventuelle undergrupper, samtidig som det er mulig å måle symptomer som kontinuerte variabler i hele utvalget og eventuelle undergrupper.





### Referanser

- Abramowitz, J. S., & Foa, E. B. (2000). Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy, 31*, 795-800. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80045-3
- Adam, Y., Meinschmidt, G., Gloster, A., & Lieb, R. (2012). Obsessive-compulsive disorder in the community: 12-month prevalence, comorbidity and impairment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 47*, 339-349. doi: 10.1007/s00127-010-0337-5
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Baer, L., Jenike, M. A., Black, D. W., Treece, C., Rosenfeld, R., & Greist, J. (1992). Effect of axis-II diagnoses on treatment outcome with clomipramine in 55 patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 49*, 862-866. doi: 10.1001/archpsyc.1992.01820110026003
- Bakhshaie, J., Sharifi, V., & Amini, J. (2011). Exploratory factor analysis of SCL90-R: Symptoms relevant to psychosis. *Iran J Psychiatry, 6*, 128-132. Hentet fra <http://journals.tums.ac.ir>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. M., Mock, J. J., & Erbaugh, J. J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Breetvelt, E. J., Boks, M. P., Numans, M. E., Selten, J. P., Sommer, I. E., Grobbee, D. E., . . . Geerlings, M. I. (2010). Schizophrenia risk factors constitute general risk factors for psychiatric symptoms in the population. *Schizophrenia Research, 120*, 184-190. doi: 10.1016/j.schres.2010.03.033
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *J Abnorm Psychol, 110*, 585-599. doi: 10.1037/0021-843X.110.4.585
- Costello, C. G. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes. Arguments in favour of allocating more research time to the study of

- symptoms. *British Journal of Psychiatry*, *160*, 304-308. doi: 10.1192/bjp.160.3.304
- Cyr, J. J., McKenna-Foley, J. M., & Peacock, E. (1985). Factor structure of the SCL-90-R: Is there one? *Journal of Personality Assessment*, *49*, 571-578. doi: 10.1207/s15327752jpa4906\_2
- de Haan, L., Dudek-Hodge, C., Verhoeven, Y., & Denys, D. (2009). Prevalence of psychotic disorders in patients with obsessive-compulsive disorder. *CNS spectrums*, *14*, 415-417. Hentet fra <http://www.cnsspectrums.com/>
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, H. J. G. M., de Geus, F., & Westenberg, H. G. M. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *80*, 155-162. doi: 10.1016/S0165-0327(03)00056-9
- Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: Administration, scoring and procedures: Manual-I for the R (Revised) version and other instruments of the psychopathology rating scale series*. Baltimore, MD: School of Medicine, Johns Hopkins University.
- Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1988). *Anxiety disorders Interview schedule-revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Phobia and Anxiety Disorders Clinic, Center for Stress and Anxiety Disorders, State University of New York.
- Dominguez, M. D. G., Wichers, M., Lieb, R., Wittchen, H.-U., & van Os, J. (2011). Evidence that onset of clinical psychosis is an outcome of progressively more persistent subclinical psychotic experiences: An 8-year cohort study. *Schizophrenia Bulletin*, *37*, 84-93. doi: 10.1093/schbul/sbp022
- Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (1993). Obsessive compulsive disorder with psychotic features. *Journal of Clinical Psychiatry*, *54*, 373-379. Hentet fra <http://www.psychiatrist.com>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Benjamin, L. S., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders SCID-I: Clinician Version, Administration Booklet*: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B. (1991). *Therapist manual for exposure treatment of obsessive-compulsives*. Philadelphia, PA: Medical College of Pennsylvania.

- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. A. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 90-96. Hentet fra [ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org)
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, *46*, 1006-1011. Hentet fra <https://archpsyc.jamanetwork.com>
- Hagen, K., Hansen, B., Joa, I., & Larsen, T. (2013). Prevalence and clinical characteristics of patients with obsessive-compulsive disorder in first-episode psychosis. *BMC Psychiatry*, *13*, 156. doi: 10.1186/1471-244X-13-156
- Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J., Kaplan, C., Lieb, R., Wittchen, H.-U., & Os, J. v. (2004). Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and psychotic symptoms in young people. *BMJ*, *330*, 11. doi: 10.1136/bmj.38267.664086.63
- Huang, L.-C., Hwang, T.-J., Huang, G.-H., & Hwu, H.-G. (2011). Outcome of severe obsessive-compulsive disorder with schizotypal features: A pilot study. *Journal of the Formosan Medical Association*, *110*, 85-92. doi: 10.1016/S0929-6646(11)60014-4
- Håland, Å. T., Vogel, P. A., Lie, B., Launes, G., Pripp, A. H., & Himle, J. A. (2010). Behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder in Norway. An open community-based trial. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 547-554. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.005
- Insel, T. R., & Akiskal, H. S. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *Am J Psychiatry*, *143*, 1527-1533. Hentet fra [ajp.psychiatryonline.org](http://ajp.psychiatryonline.org)
- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five us communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094-1099. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *165*, 781-786. doi: 10.1192/bjp.165.6.781

- Kendler, K. S., Lieberman, J. A., & Walsh, D. (1989). The structured interview for schizotypy (SIS): A preliminary report. *Schizophrenia Bulletin*, *15*(4), 559-571. doi: 10.1093/schbul/15.4.559
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *32*, 343-353. doi: 10.1016/0005-7967(94)90132-5
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., . . . Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*, *102*, 256-264. doi: 10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x
- Moritz, S., Meier, B., Kloss, M., Jacobsen, D., Wein, C., Fricke, S., & Hand, I. (2002). Dimensional structure of the Yale–Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS). *Psychiatry Research*, *109*, 193-199. doi: 10.1016/S0165-1781(02)00012-4
- Norman, R. M. G., Davies, F., Malla, A. K., Cortese, L., & Nicholson, I. R. (1996). Relationship of obsessive—compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, *35*, 553-566. doi: 10.1111/j.2044-8260.1996.tb01211.x
- Persons, J. B. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnoses. *American Psychologist*, *41*, 1252-1260. doi: 10.1037/0003-066X.41.11.1252
- Poyurovsky, M., Faragian, S., Pashinian, A., Heidrach, L., Fuchs, C., Weizman, R., & Koran, L. (2008). Clinical characteristics of schizotypal-related obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, *159*, 254-258. doi: 10.1016/j.psychres.2007.02.019
- Poyurovsky, M., & Koran, L. M. (2005). Obsessive–compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: Diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatric Research*, *39*, 399-408. doi: 10.1016/j.jpsychires.2004.09.004
- Poyurovsky, M., Weizman, A., & Weizman, R. (2004). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: clinical characteristics and treatment. *CNS Drugs*, *18*, 989-1010. doi: 10.2165/00023210-200418140-00004

- Raine, A. (1991). The SPQ: A scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, *17*, 555-564. doi: 10.1093/schbul/17.4.555
- Rossi, A., & Daneluzzo, E. (2002). Schizotypal dimensions in normals and schizophrenic patients: A comparison with other clinical samples. *Schizophrenia Research*, *54*, 67-75. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00353-X
- Rössler, W., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., & Angst, J. (2013). Deconstructing sub-clinical psychosis into latent-state and trait variables over a 30-year time span. *Schizophrenia Research*, *150*, 197-204. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.042
- Rössler, W., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., Gamma, A., & Angst, J. (2011a). Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. *Schizophrenia Research*, *131*, 18-23. doi: 10.1016/j.schres.2011.06.019
- Rössler, W., Riecher-Rössler, A., Angst, J., Murray, R., Gamma, A., Eich, D., . . . Gross, V. A. (2007). Psychotic experiences in the general population: A twenty-year prospective community study. *Schizophrenia Research*, *92*, 1-14. doi: 10.1016/j.schres.2007.01.002
- Rössler, W., Vetter, S., Müller, M., Gallo, W. T., Haker, H., Kawohl, W., . . . Ajdacic-Gross, V. (2011b). Risk factors at the low end of the psychosis continuum: Much the same as at the upper end? *Psychiatry Research*, *189*, 77-81. doi: 10.1016/j.psychres.2011.02.019
- Seemüller, F., Riedel, M., Obermeier, M., Schennach-Wolff, R., Spellmann, I., Meyer, S., . . . Möller, H. J. (2012). The validity of self-rated psychotic symptoms in depressed inpatients. *European Psychiatry*, *27*, 547-552. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.01.004
- Sharifi, V., Bakhshaie, J., Hatmi, Z., Faghih-Nasiri, L., Sadeghianmehr, Z., Mirkia, S., . . . Mirsharifa, S. M. (2012). Self-Reported psychotic symptoms in the general population: Correlates in an Iranian urban area. *Psychopathology*, *45*, 374-380. Hentet fra <http://ijps.tums.ac.ir>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic

- psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33, 34-57. Hentet fra <http://www.psychiatrist.com>
- Sobin, C., Blundell, M. L., Weiller, F., Gavigan, C., Haiman, C., & Karayiorgou, M. (2000). Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *Journal of Psychiatric Research*, 34, 15-24. doi: 10.1016/S0022-3956(99)00023-0
- Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 511-518. doi: 10.1016/0010-440X(90)90065-Z
- Suhr, J. A., Spitznagel, M. B., & Gunstad, J. (2006). An obsessive-compulsive subtype of schizotypy: Evidence from a nonclinical sample. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 884-886. doi: 10.1097/01.nmd.0000243929.45895.d9
- Tibbo, P., & Warneke, L. (1999). Obsessive-compulsive disorder in schizophrenia: Epidemiologic and biologic overlap. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 24, 15-24. Hentet fra <http://www.cma.ca/publications/jpn>
- Van Dael, F., van Os, J., de Graaf, R., ten Have, M., Krabbendam, L., & Myin-Germeys, I. (2011). Can obsessions drive you mad? Longitudinal evidence that obsessive-compulsive symptoms worsen the outcome of early psychotic experiences. *Acta Psychiatr Scand*, 123, 136-146. doi: 10.1111/j.1600-0447.2010.01609.x
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychol Med*, 39, 179-195. doi: 10.1017/s0033291708003814
- Vassend, O., & Skrandal, A. (1999). The problem of structural indeterminacy in multidimensional symptom report instruments. The case of SCL-90-R. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 685-701. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00182-X
- Vassend, O., & Skrandal, A. (2003). *Interpretation of Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R). A psychometric study based on a Norwegian national sample*. Oslo: Royal Norwegian Air Force Institute of Aviation Medicine.
- Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Gøtestam, K. G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled

study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 275-290. doi:  
10.1017/S1352465804001353

Wilson, G. T. (1997). Treatment manuals in clinical practice. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 205-210. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00091-5