

Stikktittel: SINNESYMPPTOMER I OCD

Hovedoppgave

Margrete Aalen

SINNEPROBLEMATIKK HOS PASIENTER MED TVANGSLIDELSE;
EN BEHANDLINGSSTUDIE

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse

Psykologisk institutt

Veileder: Stian Solem

Oslo, februar 2015

Forord

Begrepsavklaring

Subskalaen i SCL-90-R som benyttes som sinnemål i den aktuelle studien, ble opprinnelig kalt *Hostility* (Derogatis, 1977); *fiendtlighet* på norsk. Selv om dette ser ut til å være det mest brukte navnet på skalaen, har flere forskere valgt å kalle skalaen *Anger/hostility* siden innholdet i leddene i stor grad måler sinne (Marchesini et al., 2002; Scheibe, Preuschhof, Cristi, & Bagby, 2003; Tangney, Baumeister, & Boone, 2004). Sinne og fiendtlighet er sterkt relaterte begreper, og det er således naturlig å anta at disse sameksisterer eller korrelerer hos mennesker. Den nåværende studien fokuserer hovedsakelig på sinnesymptomer, og jeg har derfor navngitt subskalaen HOS for Sinne/fiendtlighet (Anger/hostility).

Forberedende arbeid

I forkant av denne undersøkelsen ble det utført et omfattende arbeid som gikk ut på å plote inn data fra OCD-prosjektene. Svar fra rundt 450 spørreskjemaer ble punchet inn for hånd i SPSS før dataene kunne analyseres. Det var utfordringer knyttet til organisering av skjemaer fra de ulike prosjektene, og dette medførte at arbeidet var tidkrevende. Det var til stor hjelp å samarbeide med Christoffer Wenaas om dette forarbeidet, som selv har skrevet hovedoppgave på det samme datamaterialet. Jeg ønsker derfor å takke Christoffer for samarbeidet. Jeg vil også rette en takk til Patrick Vogel, Tore Stiles og Gunnar Gøtestam, Åshild Håland og kolleger, Bjarne Hansen og Truls Ryum for tillatelse til å benytte data fra disse studiene. I tillegg vil jeg takke Olav Vassend for lån av hans artikkel om SCL-90-R, og tillatelse til å sammenligne OCD-utvalget med hans data på friske kontrollere. I og med at Christoffer Wenaas har skrevet hovedoppgave på det samme datamaterialet med samme veileder, vil det forekomme enkelte likheter i hypoteseformuleringer og oppgavenes metodedel.

Analyse av data

Det har vært et omfattende arbeid med å analysere data knyttet til den nåværende undersøkelsens fem hypoteser. Takk til veileder Stian Solem for god hjelp med forslag og innføring i de ulike analysene. Sluttanalysene som presenteres i denne hovedoppgaven er imidlertid utført av undertegnede.

Avsluttende arbeid

Avslutningsvis vil jeg spesielt takke veileder Stian Solem for rask, presis og solid hjelp på alle områder i forbindelse med arbeidet. Det har vært lærerikt å motta råd og hjelp fra en så dyktig veileder.

Margrete Aalen, februar 2015, Oslo

Sammendrag

Pasienter med OCD er antatt å ha økt grad av sinnesymptomer sammenlignet med en ikke-klinisk populasjon. Funn fra tidligere studier tyder på at økt grad av sinne hos disse pasientene kan tilskrives tilstedeværelsen av depressive symptomer. En undersøkelse av relasjonen mellom OCD og sinneproblematikk kan bidra til å belyse et lite studert felt i OCD-forskningen, og kan ha implikasjoner for videre forskning og klinisk praksis.

Denne studien ønsket å undersøke prevalens av sinnesymptomer blant OCD-pasienter ($n = 133$), en generell pasientgruppe ($n = 110$), samt sammenligne OCD-pasienter opp mot en frisk kontrollgruppe fra en tidligere studie. Videre undersøkte studien sammenhengen mellom sinnesymptomer og tvangssymptomer, behandlingsrespons, og effekt av psykoterapi for OCD på sinnesymptomer.

Resultatene indikerte at OCD-pasientene rapporterte signifikant flere sinnesymptomer sammenlignet med ikke-kliniske kontroller, mens sinnesymptomer var like prevalente i begge pasientpopulasjonene. Korrelasjonen mellom sinnesymptomer og tvangssymptomer hos OCD-pasienter var svak til moderat, men ble svakere etter kontroll for depressive symptomer. Høyere nivåer av sinnesymptomer førte ikke til redusert behandlingseffekt for OCD-pasienter. Videre indikerer resultatene at OCD-behandling reduserer sinnesymptomer signifikant hos OCD-pasienter, at sinnenivå er normalisert etter behandling, men at reduksjon av sinnesymptomer forekommer i like stor grad ved behandling av andre psykiske lidelser.

Den aktuelle studien konkluderte med at det ikke ser ut til å være forskjell i grad av rapportert sinne hos OCD-pasienter og pasienter med andre psykiske lidelser. Pasientgruppene rapporterer derimot signifikant større grad av sinne sammenlignet med en friske kontrollgruppe. Det ble funnet en assosiasjon mellom sinne- og tvangssymptomer, men denne relasjonen ser ut til å skyldes depressive symptomer, eventuelt en mer generell negativ affektivitets-faktor. Sinneproblematikk ser ikke ut til å være et unikt kjennetegn ved OCD, og trenger således ikke spesielt fokus i OCD-behandling. Psykoterapi for OCD er effektiv i å redusere både sinne-, tvangs- og depresjonssymptomer hos OCD-pasienter.

Nøkkelord: OCD, sinne, fiendtlighet, symptomer.

Tvangslidelse (Obsessive compulsive disorder, OCD) kjennetegnes av uønskede, tilbakevendende og truende/stressende tanker som fører til angst. For å lette eller håndtere angsten utfører pasienten målrettede handlinger, enten av fysisk eller mental art, og dette betegnes som tvangsritualer. I OCD er grad av tvangstanker og/eller tvangshandlinger av en slik alvorlighetsgrad at det hemmer pasientenes daglige fungering (American Psychiatric Association, 2000). I DSM-V utgjør OCD og relaterte lidelser et eget kapittel fremfor å være kategorisert som angstlidelser som i DSM-IV (American Psychiatric Association, 2013). OCD er kjennetegnet ved perfeksjonistisk og rigid tenkning, overdreven ansvarsfølelse og økt behov for å kontrollere tanker (Taylor, Kyrios, Thordarson, Steketee, & Frost, 2002). Forekomst av tvangssymptomer ses på som et normalfenomen (Nichous & Stein, 1997), men hos rundt 2 % av befolkningen er tvangstankene og – handlingene av en slik hyppighet og karakter at det tilfredsstillende diagnosekriteriene for tvangslidelse. Det ser ut til å være konsensus i forskningslitteraturen for en livstidsprevalens på 1.5-3.0% (Horwath & Weissman, 2000; Kessler et al., 2005). Kliniske studier har rapportert omtrent lik kjønnsratio for OCD (Foa & Kozak, 1995; Attiullah, Eisen, & Rasmussen, 2000), mens en populasjonsstudie (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988) fant høyere OCD-rater hos kvinner sammenlignet med menn.

Vansker med å uttrykke sinne er har blitt lansert som et kjennetegn ved tvangslidelse i flere teorier (Hart, 2010). Rachman (1993) hevder for eksempel at pasientenes tendens til å attribuere skyld innover, samt økt grad av ansvarsfølelse fører til vanskeligheter med å uttrykke sinne. Konseptet *sinne* kan defineres som ”en emosjonell tilstand som består av følelser som varierer i intensitet, fra mild irritasjon eller ergrelse til voldsomt raseri” (Spielberger, Jacobs, Russell, & Crane, 1983, s. 162). Det er hensiktsmessig å skille mellom *opplevelse* og *uttrykkelse* av sinne (Moscowitch, McCabe, Antony, Rocca, & Swinson, 2008), samt evne til å *kontrollere* hvordan sinne uttrykkes (Spielberger, 1988).

I et historisk perspektiv har sinne hatt en sentral plass i psykoanalytisk teori og denne retningens forståelse av tvangslidelser (Freud, 1955). Sinne ble tenkt å oppstå som respons til individets konflikt mellom ego og superego og id sine seksuelle og aggressive impulser. Tvangsnevrose ble sett på som et resultat av påtrengende aggressive impulser fra id kombinert med tilstedeværelsen av et straffende og ”høy-moralsk” superego. Det straffende superego ble sett på som overidentifisering med krevende og kritiske signifikante andre, mens aggresjon ble tolket som et resultat av hvordan sinne ble undertrykket etter identifisering med disse signifikante andre (Abraham, 1997).

I nyere tid har kognitive atferdsteorier dannet grunnlaget for den dominerende forståelsen og behandlingsformen for OCD. Salkovskis sin påvirkningsfulle CBT modell (1985, 1989, 2007) har foreslått at OCD-pasientenes overdrevne ansvarsfølelse kommer av pasientenes skjemaer og tilhørende negative automatiske tanker. Hand (1998) på sin side foreslår en kognitiv-atferdsmessig teori for OCD der han i tråd med psykoanalytisk teori inkluderer latent aggresjon som et komponent i sykdomsforståelsen. Han forklarer derav pasientenes økte ansvarsfølelse som et overkompensert eller kamuflert uttrykk for mistillit eller forakt.

Whiteside og Abramowitz (2004, 2005) poengterer at OCD-pasienter i klinisk sammenheng sjeldent er preget av sinne og fiendtlighet. I tråd med dette fremhever flere andre forskere at OCD-pasienter ofte heller kjennetegnes av en redsel for å skade andre (Moritz, Niemeyer, Hottenrott, Schilling & Spitzer, 2013; Salkovskis, 1999) enn at de faktisk skader andre. Tanke-handlingsfusjon er vanlig i OCD; en oppfatning om at sannsynligheten for en hendelse øker dersom du tenker på nettopp dette (Shafran, Thordarson & Rachman, 1996). Pasientene kan derfor være engstelige bare for å få *tanke* om å skulle påføre andre skade (Salkovskis, 1999; Shafran et al., 1996). Dette får ofte utløp i overdrevne sjekkeritualer for å minimere sjansen for å skade andre. Pasientenes toleranse for usikkerhet er lav, og det typiske mønster er at angsten dempes gjennom tvangsritualer (Tolin, Abramowitz, Brigidi, & Foa, 2003). I tråd med dette vil det ikke være logisk å anta en økt grad av uttrykkelse av sinne i denne pasientgruppen. Samtidig viser Hart (2010) til kliniske observasjoner av OCD-pasienter som utviser sinne-reaksjoner, spesielt ved forstyrrelse eller avbrytelse av ritualer. Forekomst av hendelser som framprovoserer omfattende og tidkrevende tvangsritualer kan også føre til sinne-reaksjoner (Hart, 2010). Videre kan pasientenes overdrevne redsel for å skade andre føre til at de retter sinne mot seg selv når de ikke føler at de opptrer ansvarlig nok, eller gjør en stor nok innsats for å ivareta andres sikkerhet (Hart, 2010).

Flere forskere har spekulert i hvordan sinne og fiendtlighet er relatert til OCD (Hart, 2010; Millar, 1983; Moritz et al., 2013; Moscovitch et al., 2008; Radomsky, Ashbaugh, & Gelfand, 2007; Whiteside & Abramowitz, 2004, 2005). Hovedfunn er at økt grad av sinne er relatert til OCD (Hart, 2010; Manchanda, Sethi, & Gupta, 1979; Moritz et al., 2013; Moscovitch et al., 2008; Radomsky et al., 2007; Rubenstein, Altemus, Pigott, Hess & Murphy, 1995; Whiteside & Abramowitz, 2004; 2005), men at sammenhengen kan tilskrives tilstedeværelsen av negativ affekt, deriblant depressive symptomer (Hart, 2010; Moscovitch et al., 2008; Whiteside & Abramowitz, 2004; 2005).

Tanken om at sinne og fiendtlighet kan være relatert til OCD har vært lansert som tema for forskning flere årtier tilbake (Manchanda et al., 1979; Millar, 1983). Manchanda og kolleger (1979) undersøkte i sin studie sammenhengen mellom tvangslidelse og grad av fiendtlighet. Resultatene indikerte økt grad av uttrykkelse av fiendtlighet hos OCD-pasienter sammenlignet med pasienter med depresjon. Studien er imidlertid begrenset av måleinstrumenter med svake psykometriske egenskaper. Sammenhengen mellom tvangslidelse og sinne/fiendtlighet var også tema i studien til Millar (1983). Resultatene fra studien indikerte at pasienter med tvangslidelse hadde et noe høyere nivå av sinne/fiendtlighet, spesielt uttrykk av sinne/fiendtlighet utad, enn pasienter med depresjon. Studien hadde et svært lite utvalg ($n = 11$), noe som begrenser studiens generaliserbarhet. Videre undersøkte Rubenstein og kolleger (1995) i hvilken grad det er overlapp i symptomer mellom kvinnelige pasienter med OCD og spiseforstyrrelsen bulimi. Utvalget i studien bestod av 50 OCD-pasienter, 69 normalvektige pasienter med bulimi og 28 friske kontroller. Grad av sinne ble målt ved hjelp av Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R; Derogatis, 1977), i likhet med den nåværende studien. Resultatene viste at både OCD-pasienter og bulimiske pasienter skårte signifikant høyere på sinne sammenlignet med normalgruppen. Disse funnene kan indikere en generell tendens til at pasienter med psykiske lidelser opplever/rapporterer økt grad av sinne sammenlignet med ikke-kliniske kontroller, men at dette ikke nødvendigvis er spesifikt for OCD (Rubenstein et al., 1995).

Moritz og kolleger (2013) undersøkte *interpersonlig ambivalens* hos OCD-pasienter, og henviste til det tilsynelatende paradokset i forskningslitteraturen; psykodynamiske teoretikere har fokusert på latent aggresjon og fiendtlighet, mens kognitiv-atferds-teoretikere har fokusert på pasientenes økte bekymring og ansvarsfølelse for signifikante andre. Basert på to tidligere studier (Moritz, Kempke, Luyten, Randjbar, & Jelinek, 2011; Moritz et al., 2009) har forskerne foreslått en mulig forbindelse som forklarer ambivalensen; økt ansvarsfølelse kan fungere som et forsvar eller en mestringsstrategi mot fiendtlige følelser i interpersonlige relasjoner. Deltakerne i studien bestod av 34 diagnostiserte OCD-pasienter og en kontrollgruppe på 34 ikke-kliniske individer. Resultatene viste at OCD-pasientene skårte høyere både på grad av prososiale holdninger, latent aggresjon og mistillit/mistenksomhet sammenlignet med friske kontroller. Økt grad av latent aggresjon hos OCD-pasienter er i tråd med Hand (1998) sin teori. Moritz og kolleger (2013) konkluderer med at den økte graden av både prososiale og antisosiale holdninger indikerer det de kaller for en *interpersonlig ambivalens* hos OCD-pasienter. Forfatterne oppfordrer til videre forskning for å indentifisere

en kausal sammenheng som forklarer den samtidige tilstedeværelsen av de ulike interpersonlige stilene.

I likhet med Moritz og kolleger (2013), ønsket Whiteside og Abramowitz (2004) å finne forklaringer på det tilsynelatende paradokset at OCD-pasienter rapporterer økt grad av sinne med en samtidig økt redsel for å skade andre. Forfatterne forslår i sin artikkel følgende; (1) OCD-pasienter kan ha økt grad av sinne, men fremfor å uttrykke dette utad, vil pasientene internalisere det innad, (2) Negativt affekt som er tilstede sammen med OCD-symptomene kan være relatert til sinne, (3) Gitt heterogenitet i OCD-populasjonen, er det sannsynlig at enkelte OCD-pasienter, men ikke alle, er preget av økt sinne og fiendtlighet. Forfatterne undersøkte sammenhengen mellom studenters selvrapporterte tvangssymptomer og tendens til å uttrykke sinne utad, undertrykke sinne innad og evne til å kontrollere sinne. Utvalget bestod av 60 ikke-diagnostiserte studenter med høye utslag på OCD som ble sammenlignet med 71 studenter med veldig lite symptomer på OCD. Gitt heterogenitet i studiens OCD-utvalg (i samsvar med hypotese 3), indikerte resultatene at studentene som rapporterte mye tvangssymptomer hadde en større tilbøyelighet til å *oppleve* sinne. Denne gruppen rapporterte også en større tendens til å *undertrykke* sinne, samt en svakere evne til å *kontrollere* sinne. Forfatterne fant likevel at tilstedeværelsen av depressive symptomer var avgjørende for de nevnte sammenhengene. Unntaket var symptomgruppen *tvangspreget sjekking*, som uavhengig av depressive symptomer var svakt relatert til sinne. På grunnlag av dette antyder forfatterne at tvangspreget sjekking kan være sterkere relatert til sinne enn andre typer tvangssymptomer. Lignende funn har også blitt gjort i en annen studie (Radomsky et al., 2007), hvor det ble funnet en sammenheng mellom sinne-trekk og sjekkesymptomer, men ikke en tilsvarende sammenheng mellom sjekkesymptomer og sinneuttrykkelse (Radomsky et al., 2007).

Til tross for en mulig sammenheng mellom sinne og tvangspreget sjekking, konkluderer Whiteside og Abramowitz (2004) med at sinne trolig ikke utgjør et hovedkjennetegn ved OCD, men heller kan tilskrives tilstedeværelsen av negativ affekt hos OCD-pasienter. Med negativ affekt, henvises det til komorbide depressive symptomer, men også generalisert angst og nevrotisisme foreslås som aktuelle for videre forskning. Det kan påpekes flere metodiske begrensninger i studien til Whiteside og Abramowitz (2004). Variasjonen i deltakernes alder er liten, $M = 18.8$, $SD = 1.01$, da samtlige er studenter. En tidligere studie har vist at måleinstrumentet de bruker for OCD symptomer ikke skiller reliabelt mellom tvangssymptomer og depressive symptomer (Emmelkamp, Kraaijkamp, & van den Hout, 1999). I tillegg inneholder instrumentet ledd som er relatert til diagnosen

tvangspreget personlighetsforstyrrelse (OCPD). Gitt den kjente assosiasjonen mellom sinne og OCPD (American Psychiatric Association, 2000), er dette en viktig konfunderende variabel. En annen mulig begrensning ved studien er at det er benyttet et ikke-klinisk utvalg.

Whiteside og Abramowitz overkom i 2005 disse mulige begrensningene da de utførte en ny undersøkelse der de sammenlignet diagnostiserte OCD-pasienter med studenter. Deltakerne i studien bestod av 71 polikliniske OCD-pasienter og 71 studenter. Hensikten med studien var å sammenligne *uttrykkelse* av sinne hos OCD-pasienter og friske kontroller. Forfatterne ønsket å teste følgende tre hypoteser; (1) Eventuelle forskjeller i grad av sinne mellom OCD- og kontrollgruppen skyldes generelt affektivt stress, (2) Tendens til å undertrykke sinne er positivt assosiert med tvangens alvorlighetsgrad, og uttrykkelse av sinne er positivt assosiert med økt grad av sjekkesymptomer, (3) Tendenser til tanke-handlingsfusjon er positivt relatert til undertrykkelse av sinne. Forfatterne benyttet Stait-Trait Anger Expression Inventory-Research Edition (STAXI; Spielberger, 1988) for å måle sinne. Forfatterne fant at OCD-gruppen hadde et høyere nivå av *uttrykt sinne* sammenlignet med friske kontroller. Denne forskjellen var imidlertid ikke signifikant etter forfatterne kontrollerte for mellomgruppe-forskjeller i grad av generelt stress, som foreslått ved hypotese 1. Resultatene indikerte i samsvar med hypotese 3, at tanke-handlingsfusjon var relatert til undertrykkelse av sinne. Denne studien fant derimot ikke støtte for sammenhengen mellom sjekkesymptomer og sinne, som foreslått i hypotese 2 på bakgrunn av tidligere funn (Whiteside & Abramowitz, 2004). Whiteside og Abramowitz (2005) konkluderer med at tanke-handlingsfusjon kan føre til undertrykkelse av sinne og slik forlenge påvirkningen eller opplevelsen av sinne, men oppfordrer til mer forskning for å belyse sammenhengen ytterligere. Videre konkluderer forfatterne igjen med at sinne og fiendtlighet ikke ser ut til å være hovedkjennetegn ved OCD, men heller oppstår som en konsekvens av generelt stress assosiert med lidelsen.

Moscovitch og kolleger ønsket i 2008 å replikere studien til Whiteside og Abramowitz (2005) ved å undersøke mulige forskjeller i uttrykk og opplevelse av sinne på tvers av ulike angstlidelser. Deltakerne i studien bestod av fire polikliniske pasientgrupper med angstlidelser og en kontrollgruppe. Angstlidelsene som pasientgruppene representerte var: OCD, panikklidelse (med og uten agorafobi), sosial fobi og spesifikk fobi. To ulike symptom mål ble benyttet for å måle sinne; Reaction Inventory (Evans & Stangeland, 1971) og Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992). Pasientene i studien utgjorde tilsammen 112 deltakere, og kontrollgruppen bestod av 49 personer. Forskerne fant at OCD-pasientenes tendens til å *oppleve* sinne var signifikant høyere sammenlignet med friske kontroller, men det samme

gjaldt de andre angstgruppene med unntak av pasientene med spesifikk fobi. De fant ikke en tilsvarende sammenheng for *uttrykkelse* av sinne; resultatene viste derimot at pasienter med panikklidelse hadde en økt tendens til å uttrykke sinne aggressivt og ”miste besinnelsen” sammenlignet med både friske kontroller og OCD-pasienter, selv etter kontroll for depresjonssymptomer. Denne tendensen gjaldt ikke de andre angstgruppene. Den observerte forskjellen i *opplevelse* av sinne var ikke lenger signifikant etter forskerne hadde kontrollert for depresjon. Moscovitch og kolleger (2008) konkluderte derfor med at OCD-pasientenes økte tendens til å oppleve sinne var relatert til komorbide depresjons-symptomer, i likhet med andre forskere (Whiteside & Abramowitz, 2004, 2005). En begrensning i studien til Moscovitch og kolleger (2008) er at utvalget med OCD-pasienter er relativt lite ($n = 30$). Forfatterne har heller ikke undersøkt hvordan sinnesymptomer endres som følge av OCD-behandling (Moscovitch et al., 2008).

Hypotesen om at depresjon kan være en konfunderende variabel i forholdet mellom sinne og OCD, ble også undersøkt i Hart (2010) sin doktorgradsstudie. Mer spesifikt ble sammenhengen mellom uttrykkelse av sinne, tvangssymptomer og depresjon undersøkt. Utvalget i studien bestod av 79 hospitaliserte pasienter som deltok i et spesifikt behandlingsprogram. Uttrykkelse av sinne ble målt ved hjelp av fem subskalaer fra State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2); anger-expression-in, anger-expression-out, anger expression index, anger control-in og anger control-out. Forfatteren fant flere signifikante sammenhenger mellom opplevelsesmessig unngåelse, skårer for sinne-uttrykkelse og alvorlighetsgrad av tvangslidelse. Sammenhengene var ikke lenger signifikante etter kontroll for depresjon, med unntak av sammenhengen mellom sinne-uttrykkelse-innad, tvangstanker og alvorlighetsgrad av tvangslidelse. Hart (2010) foreslår på grunnlag av dette at et viktig komponent i forståelsen av tvangslidelse kan være *undertrykkelse av sinne*. Ved utskrivelse ble 39 av pasientene testet igjen med BDI, STAXI-2 og Y-BOCS. Endring i skårer for sinne-uttrykkelse skulle, i følge hypotesen, predikere pasientens kliniske bedring/forverring ved utskrivelse, samt alvorlighetsgrad av tvangslidelsen. Denne hypotesen fikk støtte av studiens preliminaire funn, men etter studiens sluttanalyser konkluderte forfatteren med at grad av depresjon var den viktigste faktoren for å predikere behandlingseffekt.

Problemstillinger

Økt grad av sinne og fiendtlighet hos OCD-pasienter kan gi ytterligere funksjonsvansker utover de vanligste problemene assosiert med lidelsen. Fram til i dag er det utført relativt få studier som undersøker dette aspektet av tvangslidelse. Basert på de empiriske studiene presentert ovenfor, er det et tydelig behov for flere studier som belyser

forholdet mellom tvangslidelse og sinneproblematikk. Det foreligger metodiske begrensninger i den eksisterende forskningslitteraturen, som blant annet; mangel på måling før og etter behandling, små utvalg, måleinstrumenter av varierende metodisk kvalitet, manglende kontroll for variabler som kjønn, alder og depressive symptomer, mangel på sammenligning med generell pasientpopulasjon samt manglende forskning på hvorvidt sinnesymptomer reduseres av OCD-behandling. Gitt disse begrensningene er det vanskelig å vite hvorvidt det foreligger konfunderende variabler mellom målene, hvor generaliserbare funnene er, hvilken effekt OCD-behandling har på sinneproblematikk, og hvorvidt OCD-pasientene skiller seg fra en generell pasientgruppe når det gjelder sinneproblematikk. Hensikten med den nåværende studien er å undersøke relasjonen mellom sinne og OCD, og hvordan sinnesymptomer kan påvirke og påvirkes av behandling, med mål om å kunne antyde videre implikasjoner for behandling og klinisk praksis. Problemstillingene som undersøkes er følgende:

H1: Pasienter med OCD rapporterer større grad av sinnesymptomer enn den generelle polikliniske pasientpopulasjonen og ikke-kliniske kontroller. Det vil være nyttig å sammenligne OCD-pasienter med en generell pasient-kontrollgruppe for å identifisere om forskjellene fra friske kontroller skyldes fellesfaktorer for pasienter med psykiske lidelser. Det vil også være nyttig å sammenligne OCD-pasienter med en frisk kontrollgruppe for å eventuelt replikere tidligere funn av forskjeller mellom gruppene (Moritz et al., 2013; Moscovitch et al., 2008; Radomsky et al., 2007; Rubenstein et al., 1995; Whiteside & Abramowitz, 2004, 2005).

Det å kartlegge hvorvidt OCD-pasienter rapporterer mer sinnesymptomer enn andre, er svært relevant i et klinisk perspektiv. Dersom økt sinne/fiendtlighet viser seg å være et viktig komponent ved OCD, er det viktig å ta høyde for dette i utredning og behandling av pasientene.

H2: Symptomer på OCD er assosiert med sinnesymptomer. Flere tidligere studier har funnet en assosiasjon mellom sinnesymptomer og tvangssymptomer (Hart, 2010; Millar, 1983, Radomsky et al., 2007; Whiteside & Abramowitz, 2004, 2005). Identifisering og måling av eventuelle korrelasjoner mellom sinne- og OCD-symptomer, vil bidra til å styrke antakelsen om en sammenheng mellom variablene, og vil i likhet med hypotese 1 ha implikasjoner for utredning og behandling i klinisk praksis. OCD-utvalget som undersøkes i den nåværende studien ($n = 133$) er betydelig større enn pasientgruppene i de nevnte korrelasjonsstudiene ovenfor, noe som vil øke resultatenes metodiske kvalitet. Den aktuelle studien vil undersøke en mulig assosiasjon mellom OCD-symptomer og sinnesymptomer.

H3: Det er ikke lenger en assosiasjon mellom sinne- og OCD-symptomer etter kontroll for depressive symptomer. Noen av studiene på assosiasjon mellom sinne og OCD har kontrollert for depressive symptomer (for eksempel Hart, 2010; Whiteside & Abramowitz, 2004). Hovedsakelig forsvant assosiasjonen mellom sinne- og OCD-symptomer ved kontroll for depressive symptomer. Et unntak var en svak assosiasjon mellom OCD-sjekkesymptomer og sinne uavhengig av depressive symptomer (Whiteside og Abramowitz, 2004), i tråd med Radomsky og kolleger (2007). I tillegg rapporterte Hart (2010) en assosiasjon mellom underskala Anger-expression-in og OCD-symptomer, selv etter kontroll for depresjon. Whiteside og Abramowitz (2005) fant at assosiasjonen mellom variablene kunne tilskrives grad av generelt stress assosiert med tvangslidelsen, men så ikke spesifikt på depresjon. Igjen har den nåværende studien et større OCD-utvalg, slik at en eventuell replikasjon av tidligere funn vil kunne gi tyngde til antakelsen om at depressive symptomer er viktig for grad av sinnesymptomer. Dersom dette igjen påvises, vil det være nyttig å rette mer fokus mot komorbide depresjonssymptomer i psykoterapi for OCD.

H4: Økt rapportering av sinnesymptomer er assosiert med redusert behandlingsrespons. Det er på grunnlag av tidligere studier uklart hvorvidt sinneproblematikk kan være en variabel som påvirker behandlingseffekt negativt. Ifølge hypotesen til Hart (2010), ville reduksjon i skårer for sinne-uttrykkelse predikere pasientens kliniske bedring ved utskrivelse. Preliminære funn identifiserte sinne-uttrykkelse som en viktig faktor for å predikere behandlingsutfall, men studiens sluttanalyser indikerte at depresjonsnivå hadde størst betydning for utfall av behandling. Forfatteren av den aktuelle studien har ikke lyktes i å finne andre studier som undersøker sinnesymptomer som mulig predikator for behandlingsutfall. Den nåværende studien vil derfor undersøke hvorvidt sinnesymptomer har betydning for utfall av behandling.

H5: OCD-behandling reduserer sinnesymptomer hos OCD-pasienter. Hvorvidt OCD-behandling reduserer sinnesymptomer er et tema som er viktig å belyse. Dersom sinneproblematikk er relatert til OCD, er det naturlig å anta at også dette aspektet vil endres ved behandling. Så langt forfatteren bekjent, har ingen tidligere studier undersøkt denne potensielle relasjonen. Det vil derfor være nyttig å undersøke dette, slik at man eventuelt kan tilpasse OCD-behandling slik at utbyttet blir størst mulig.

Metode

Deltakere

Deltakerne i denne studien kommer fra to ulike populasjoner: en pasientgruppe der samtlige er diagnostisert med tvangslidelse og en gruppe pasienter med ulike psykiske

lidelser. Pasientgruppen med tvangslidelse er hentet fra tre tidligere studier; en poliklinisk behandlingsstudie av OCD (Vogel, Stiles, & Götestam, 2004), en studie på gruppeterapi for OCD ved Sørlandet sykehus (Håland et al., 2010), og en upublisert multisenter-studie på OCD-behandling. Tabell 1 beskriver antall, kjønn og alder på de ulike gruppene som utvalget består av.

Tabell 1

Utvalg som inngår i studien og datakilder

Gruppe	n	Alder M (SD)	Kjønn	
			Kvinner (antall)	Menn (antall)
Håland og kolleger (2010)	65	35.0 (12.3)	75.4% (49)	24.6% (16)
Vogel og kolleger (2004)	35	35.7 (12.1)	71.4 % (25)	28.6% (10)
Multisenter-studie	33	33.3 (10.3)	63.6% (21)	36.4% (12)
Totalt OCD-utvalg	133	34.8 (11.8)	71.4% (95)	28.6% (38)
Pasient-kontrollgruppe	110	34.5 (11.4)	74.5% (82)	25.5% (28)

Merknad. Pasient-kontrollgruppe: hentet fra Ryum, Stiles & Vogel, 2007.

Behandlingsstudiene har tidligere blitt godkjent av Regionaletisk komité. Innsamling av data til samtlige studier foregikk i tidsperioden 1993 til 2013. I samtlige av behandlingsstudiene var inklusjonskriteriet å tilfredsstille kriteriene for OCD. Pasienter med suicidal atferd, psykotisk lidelse eller rusavhengighet (narkotiske stoffer og/eller alkohol) ble ekskludert fra studiene. På grunn av manglende data ble tilsammen syv deltakere ekskludert fra den nåværende studien. I utvalget til studien utført av Håland og kolleger (2010), ble det lagt til seksten pasienter fordi det hadde kommet til nye data fra prosjektet.

Hvorvidt det var forskjeller i symptomtrykk mellom OCD-pasientene fra de tre ulike prosjektene, ble undersøkt ved hjelp av en enveis ANOVA. Det forelå ingen signifikante forskjeller ($p > .05$) i grad av sinne-, tvangs- og depresjonssymptomer mellom gruppene før behandling. Mer nøyaktig var resultatene for sinnesymptomer målt ved HOS; $F(132) = .42$, $p = .66$, tvangssymptomer målt ved Y-BOCS; $F(124) = .11$, $p = .90$, og depresjonssymptomer målt ved BDI; $F(121) = .11$, $p = .90$. Det ble heller ikke påvist signifikante forskjeller mellom gruppene i sinnesymptomer $F(102) = .39$, $p = .68$, etter behandling. Derimot ble det funnet signifikante forskjeller mellom gruppene på tvangssymptomer, $F(124) = 4.04$, $p = .02$, og depresjonssymptomer, $F(114) = 4.51$, $p = .01$, etter behandling. Resultatene fra en post hoc

analyse av typen Duncan indikerte at pasientene fra multisenter-studien rapporterte signifikant færre tvangssymptomer etter behandling sammenlignet med pasientene fra de to andre behandlingsstudiene. Den samme analysen indikerte at det forelå signifikante forskjeller i rapporterte depresjonssymptomer etter behandling mellom samtlige av de tre gruppene. Pasientene fra multisenter-studien rapporterte færrest depresjonssymptomer, deltakerne fra Vogel og kolleger (2004) rapporterte signifikant flere, og pasientene fra studien til Håland og kolleger (2010) rapporterte signifikant flest symptomer på depresjon etter behandling. Grunnet fravær av signifikante forskjeller i sinnesymptomer mellom pasienter fra de ulike prosjektene, samt at alle behandlingene ble utført etter samme behandlingsprinsipp (eksponeringsbehandling for OCD), vurderes det som metodisk forsvarlig at utvalgene fra de tre prosjektene kan slås sammen til den nåværende studiens OCD-utvalg (tilsammen 133 pasienter).

Den generelle pasient-kontrollgruppen er hentet fra studentklinikken ved NTNU, og består av 110 pasienter (Ryum, Stiles & Vogel, 2007). Gruppen bestod opprinnelig av 117 pasienter, men syv av disse var diagnostisert med tvangslidelse, og ble derfor ekskludert i den aktuelle studien. Opprinnelige eksklusjonskriterier for denne gruppen var suicidalitet, psykose og alvorlig sinnslidelse, alvorlig rusmisbruk og voldsutagring. Deskriptive data som alder, kjønn og antall står oppført i tabell 1. Den diagnostiske fordelingen blant pasientene var som følger; 46 % diagnostisert med angstlidelse, 34 % med depressiv lidelse, to prosent med annen psykisk lidelse og de resterende atten prosent ble ikke gitt noen spesifikk diagnose.

Det foreligger ingen signifikante forskjeller mellom de to gruppene (OCD-gruppen og pasient-kontrollgruppen) med hensyn på kjønnsfordeling $\chi^2(1) = 0.30, p = 0.59$ eller alder $t(234) = 0.22, p = 0.83$. Ved sammenligning av de to pasientgruppene ved kvinner og menn for seg, forelå det heller ingen signifikante forskjeller i alder for kvinner; $t(170) = -0.33, p = 0.74$ eller menn; $t(62) = 0.94, p = 0.35$. En uavhengig to-utvalgs t-test samt en kji-kvadrat-test ble benyttet for å utføre de overnevnte analysene.

Vassend og Skrondal (2003) fremhever nytten av å bruke kjønnsstilpassede normer for SCL-90-R, da det er vist signifikante sammenhenger mellom grad av psykisk stress og kjønn i kliniske populasjoner så vel som i normalpopulasjoner. Likevel indikerer resultatene fra forfatterens studie at dette ikke gjelder for subskalaen *fiendtlighet* som er aktuell i den nåværende studien (Vassend & Skrondal, 2003). Derfor er analysene i den nåværende studien basert på samlede fremfor kjønnsdelte skårer.

Prosedyre

I studien til Håland og kolleger (2010) ble diagnostiseringen utført av to psykologer. De benyttet Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) og Structural Clinical Interview for DSM IV Axis I Disorders (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997) i utredningen. Psykologene var ikke involvert i studien fra før av. For å sikre studiens interraterreliabilitet, ble det tilfeldig plukket ut 10 diagnostiske intervjuer som ble revurdert av uavhengige forskningsassistenter. Pearsons $r = .79$ (pre behandling) og $r = .89$ (post behandling, oppfølgingsdata). Behandlingen innebar tolv uker med gruppeterapi etter ERPs prinsipper. Gruppeterapi er tidligere vist å ha god effekt på OCD (Krone, Himle, & Nesse, 1991). Eksponering med responsprevensjon (ERP) er en behandlingsform som innebærer gjentatt eksponering til vanskelige situasjoner/stimuli, uten at pasienten får utføre tvangsritualer i ettertid. Prinsippene for behandling er i tråd med manualen til Kozak og Foa (1997).

Diagnostisering ble i studien til Vogel og kolleger (2004) utført av en psykolog som benyttet Anxiety Disorder Interview Schedule-Revised (ADIS-R; Di Nardo & Barlow, 1988). Det ble også her benyttet uavhengige ratere for å sikre studiens interraterreliabilitet. Utvalget i studien bestod av polikliniske pasienter som møtte studiens inklusjonskriterier. De ble randomisert til tre ulike grupper; venteliste eller to ulike behandlingsformer; (1) ERP med kognitiv terapi eller (2) ERP med avslapningsteknikker.

I multisenterstudien ble Y-BOCS og ADIS-R benyttet ved diagnostisering av pasienter. Også her ble diagnostiseringen utført av psykologer som ikke hadde noen befatning med studien ellers. Behandlingen i denne studien var ERP i tråd med Foa (1991).

Den generelle pasientgruppen ble behandlet av viderekomne psykologstudenter ved internklinikken på Psykologisk institutt, NTNU. Pasientene mottok ukentlig poliklinisk behandling av studentene under veiledning av psykologspesialist. Ryum og kolleger (2007) omtaler behandlingen som eklektisk orientert, og understreker fagmiljøets krav om forskningsbasert praksis i klinikken. Studentene benyttet Mini internasjonalt nevropsykiatrisk intervju (MINI; Sheehan et al., 1998) ved diagnostisering av pasientene. Diagnostiseringen ble også utført under veiledning og vurdering av psykologspesialist.

Mål

Symptom Checklist 90 Revised, (SCL-90-R; Derogatis, 1977) er et selvrapporteringskjema for psykiske plager. Spørreskjemaet måler ikke personlighetstrekk, men er et mål på psykologisk symptomstatus. Hensikten med skjemaet er å kartlegge symptomstatus over et bredt spekter av individer; fra personer med alvorlige psykiske

lidelser, til pasienter med ulike medisinske/somatiske diagnoser og til ikke-symptomatiske, ”normalt fungerende” individer. Skjemaet består av 90 utsagn der respondenten rangerer hvert av disse på en skala fra 0 til 4, der 0 tilsvarer ”ikke i det hele tatt” mens 4 indikerer ”ekstremt mye”. Disse 90 utsagnene utgjør ni subskalaer eller symptomdimensjoner; somatisering (SOM), tvangstrekk (O-C), mellommenneskelig overfølsomhet (INT), depresjon (DEP), angst (ANX), sinne/fiendtlighet (HOS), fobisk angst (PHO), paranoide forestillinger (PAR) og psykotisisme (PSY) (Vassend & Skrondal, 2003). Subskala nr 6, *sinne/fiendtlighet (HOS)*, er hovedfokus for problemstillingene i den nåværende studien. Denne dimensjonen reflekterer følelser, handlinger og tanker som kjennetegner sinne, forstått som en affektiv tilstand. Subskalaen inneholder både opplevelsese- og atferdsmessige aspekter ved sinne, og gjenspeiler hvordan irritabilitet, raseri og aggresjon kommer til uttrykk (Vassend & Skrondal, 2003). Innhold i de seks leddene under dimensjonen sinne/fiendtlighet står beskrevet i tabell 2. Chronbachs alfa for HOS-subskalaen i den aktuelle studien er .79. Subskala nr 2, *tvang (O-C)*, benyttes i den nåværende studien som et mål på tvang i tillegg til Y-BOCS. Subskalaen består av ti ledd, og er ment å måle typiske OCD-symptomer som påtrengende tanker, impulser eller forestillingsbilder som skaper stress eller angst. Dimensjonen inneholder også ledd som måler grad av funksjonsnedsettelse (Vassend & Skrondal, 2003). Chronbachs alfa er .79 for O-C –subskalaen i den nåværende studien.

Tabell 2

Symptomer som utgjør dimensjonen HOS (sinne/fiendtlighet) i SCL-90-R

-
- 11 – Blir lett forarget eller irritert
 - 24 – Ukontrollerbare raseriutbrudd
 - 63 – Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt
 - 67 – Kjenner impulser til å slå i stykker eller smadre ting
 - 74 – Havner ofte i heftige diskusjoner eller i krangel
 - 81 – Skriker og roper eller kaster ting
-

SCL-90-R skåres ved å regne ut det aritmetiske snittet for hver subskala. Global skåre (GSI) regnes ut ved et aritmetisk snitt av alle de 90 leddene. Globalskåren er mye brukt og subskalaene er høyt interkorrelerte. Spørreskjemaet har vist seg nyttig for å kartlegge psykologisk stress i kliniske så vel som i ikke-kliniske populasjoner. Måleinstrumentet er sensitivt for endring, noe som er nyttig i behandlingsforskning (Vassend & Skrondal, 2003).

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989) er et måleinstrument som brukes for å måle symptomer på tvangslidelse. Y-BOCS er mye brukt, og har blitt ansett som gullstandarden for å måle denne typen symptomer. Måleinstrumentet har form som et semistrukturert intervju der pasienten skal rangere 10 ulike ledd på en skala fra 0 til 4, ut i fra grad av plage på det aktuelle temaet (Moritz et al., 2002). Noe av grunnen til at Y-BOCS har fått sin sterke posisjon innenfor OCD-forskning, er at bruk av måleinstrumentet innebærer liten grad av konfundering med andre symptomer. Resultater fra en studie utført i en ikke-klinisk populasjon indikerte at det var høy intern konsistens mellom de tre hovedmålene i Y-BOCS (tvangshandlinger, tvangstanker og totalskåre), og indikerte en moderat til sterk korrelasjon mellom disse målene og tidligere brukte selvrappport-mål på tvangssymptomer (Frost, Steketee, Krause, & Trepanier, 1995). Chronbachs alfa for Y-BOCS var .67 i den nåværende studien.

Beck Depression Inventory, (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) indikerer grad og tilstedeværelse av depressive symptomer. BDI har blitt benyttet innenfor klinisk forskning og som et screeningsinstrument i førstelinjetjenesten (Beck, Steer, & Carbin, 1988). Innholdet i skjemaet er ikke dannet på grunnlag av spesifikke depresjonsteorier, men er heller basert på kliniske observasjoner av deprimerte pasienter i psykoterapi (Beck et al., 1961). Disse kliniske observasjonene har lagt grunnlaget for de 21 holdninger eller symptomer som skjemaet består av. Pasienten blir bedt om å rangere de ulike symptomene på en skala fra 0 til 3 for å indikere symptomets intensitet. BDI ble evaluert i en metaanalyse, og resultatene indikerer høy intern konsistens både for pasient- og normalpopulasjon. BDI viste seg å ha høy samtidig validitet, og forskningsresultater indikerer at BDI skiller depresjon fra angst (Beck et al., 1988). Chronbachs alfa for BDI i den aktuelle studien er .92, noe som indikerer høy intern konsistens.

Statistiske analyser

Forfatteren har benyttet ulike typer statistiske analyser i den nåværende studien. T-tester blir benyttet for å undersøke forskjeller i gjennomsnitt. En uavhengig t-test er benyttet for å sammenligne eksempelvis OCD-gruppen og pasientkontrollgruppen, mens en parett-test gjør det mulig å sammenligne OCD-gruppen på to ulike tidspunkt; før og etter behandling. En analyse av forskjeller i gjennomsnitt mellom utvalgene fra de tre OCD-prosjektene ble utført ved hjelp av en enveis ANOVA. For å sammenligne endring av sinnesymptomer over tid i OCD- og pasientkontrollgruppen, ble ANOVA for repeterte målinger benyttet. Korrelasjonsanalyser er benyttet for å undersøke samvariasjon mellom ulike variabler, som for eksempel sinne- og OCD-symptomer. Multipel regresjon er benyttet for å analysere

hvordan en avhengig variabel påvirkes av forklaringsvariabler. Denne typen analyse har også blitt benyttet til justering av sammenhenger. En kjiqvadrat-analyse er benyttet for å sammenligne kjønnsfordeling i OCD- og pasientkontrollgruppen.

Resultater

Preliminære analyser

Komparative analyser mellom OCD-utvalget og den generelle pasientpopulasjonen er presentert i tabell 3. Forskjeller mellom gruppene på tvangs-, depresjonssymptomer og total SCL-90-R skåre ble undersøkt ved å benytte en uavhengig to-utvalgs t-test. Det var ingen signifikante forskjeller i selvrapporterte depresjonssymptomer eller total SCL-90-R skåre ($p > .05$) mellom utvalgene. OCD-pasientene rapporterte signifikant flere tvangssymptomer, $t(241) = 6.92, p = .001$, sammenlignet med den generelle polikliniske pasientgruppen. Cohens d (effektstørrelser) ble beregnet for å indikere den reelle størrelsen på mellomgruppe-forskjellene. Effektstørrelser for forskjell i depresjonssymptomer og total SCL-90 skåre indikerte svake effekter (0.08 – 0.12). Forskjellen i selvrapporterte tvangssymptomer mellom gruppene tilsvarte en effektstørrelse på .91, og regnes derfor som en høy effekt. Analysene tyder altså på at gruppene er ganske like med tanke på symptomtrykk, men som forventet har OCD-gruppen mer tvangssymptomer enn den andre pasientgruppen.

Tabell 3

Mellomgruppeforskjeller og effektstørrelser

Skala	<i>M (SD)</i>		<i>t</i>	<i>d</i>
	OCD	GP		OCD vs. GP
O-C (tvangslidelse)	2.02 (0.84)	1.32 (0.69)	6.92***	0.91
DEP (depresjon)	1.52 (0.87)	1.62 (0.81)	-0.88	0.12
GSI (total)	1.17 (0.68)	1.10 (0.58)	0.82	0.11

Merknad. OCD = OCD-gruppe, GP = Generell pasientgruppe, HOS = sinne/fiendtlighet fra SCL-90-R, O-C = Tvang fra SCL-90-R, DEP = Depresjon fra SCL-90-R, GSI = total SCL-90-R skåre. *** $p < .001$.

OCD-pasientenes effekt av behandling ved ulike symptomsmål er presentert i tabell 4. En paret t-test ble benyttet for å sammenligne OCD- og depresjonssymptomer før og etter behandling. Graden av tvangs- og depresjonssymptomer viste også en signifikant reduksjon fra før til etter behandling. Dette gjaldt tvangssymptomer målt med både Y-BOCS og subskalaen for tvang i SCL-90-R. Effektstørrelsen er meget god for tvangssymptomer (1.10-1.74), og indikerer at OCD-behandlingen virker godt på tvangssymptomer. Endringen i

depressive symptomer hadde en effektstørrelse på 0.62, og indikerer således at OCD-behandlingens effekt på depresjons-symptomer er moderat. Altså ser behandlingen ut til å ha god effekt på OCD og moderat effekt på depresjonssymptomer, i likhet med de fleste OCD-behandlinger.

Tabell 4

Symptomendring pre vs. post behandling 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
OCD	O-C (SCL-90-R)	1.93 (0.78)	1.13 (0.73)	11.92***	1.10
Depresjon	BDI	16.50 (10.05)	10.49 (9.36)	7.38***	0.62

Merknad. Y-BOCS = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, BDI = Beck Depression Inventory, SCL-90-R = subskala O-C i Symptom-Checklist- 90-Revised.

*** $p < .001$

Hovedanalyser

H1: Pasienter med OCD rapporterer større grad av sinnesymptomer enn den generelle polikliniske pasientpopulasjonen og ikke-kliniske kontroller

For å operasjonalisere forekomst av positive svar for de seks sinneleddene, ble begrepet definert som bekreftende skåre, det vil si skåre fra 1-4 på SCL-90-R (ikke 0). En oversikt over prevalens og deskriptive data for symptomer på sinne, samt en komparativ analyse av OCD-gruppen og den generelle pasientgruppen er presentert i tabell 5. Totalt for sinne-subskalaen var prevalensen for bekreftende skåre i OCD-gruppen og den generelle pasientgruppen henholdsvis 31.6 % og 29.5 %. Det var stor variasjon i prevalens for de ulike leddene innad i subskalaen. Svarprevalens for bekreftende skåre varierte fra 8.2% til 82% mellom de ulike leddene i subskalaen. En uavhengig to-utvalgs t-test ble benyttet for å sammenligne forekomst av bekreftende skåre mellom gruppene (se tabell 5). Det var ingen signifikante forskjeller ($p > .05$) mellom OCD-gruppen og den generelle pasientgruppen på noen av de seks sinneleddene. Skårene varierte altså på lignende måte i de to utvalgene.

Tabell 5

Prevalens og komparative analyser for symptomer på sinne/fiendtlighet i SCL-90-R

Sinne/fiendtlighet	OCD		GP		<i>t</i>	<i>p</i>
	%	<i>M (SD)</i>	%	<i>M (SD)</i>		
11 – Blir lett forarget eller irritert	82.0	2.06 (1.09)	82.7	2.08 (1.12)	-0.14	0.89
24 – Ukontrollerbare raseriutbrudd	30.1	0.67 (1.07)	29.1	0.57 (0.97)	0.68	0.50
63 – Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt	12.0	0.29 (0.85)	13.6	0.22 (0.60)	0.74	0.46
67 – Kjenner impulser til å slå i stykker eller smadre ting	24.0	0.60 (1.06)	20.0	0.43 (0.88)	1.22	0.22
74 – Havner ofte i heftige diskusjoner eller i krangel	26.3	0.52 (0.93)	23.6	0.43 (0.81)	0.71	0.48
81 – Skriker og roper eller kaster ting	15.0	0.30 (0.75)	8.2	0.20 (0.66)	1.08	0.28
Subskala HOS						
(Sinne/fiendtlighet) total	31.6	0.62 (0.68)	29.5	0.57 (0.57)	0.63	0.53

Merknad. Prosentandel bekreftende skåre > 0. OCD = OCD-gruppe, GP= Generell pasientgruppe.

For å få et inntrykk av OCD-utvalgets rapportering av sinnesymptomer sammenlignet med en ikke-klinisk populasjon, ble data fra OCD-gruppen i den nåværende studien analysert opp mot Vassend og Skrondals (2003) friske kontrollgruppe. En uavhengig to-utvalgs *t*-test ble benyttet, og resultatene indikerte at OCD-pasientene rapporterer signifikant flere sinnesymptomer, $t(986) = 6.83$, $p = 0.0001$, sammenlignet med friske kontroller. Forskjellen mellom gruppene tilsvarte en effektstørrelse på .54, noe som indikerer en moderat effekt.

Resultatene i den nåværende studien indikerer altså at OCD-pasienter rapporterer signifikant flere sinnesymptomer enn ikke-kliniske kontroller, men tilsvarende forskjell foreligger ikke sammenlignet med den generelle pasientgruppen.

H2: Symptomer på OCD er assosiert med sinnesymptomer

Grad av sammenheng mellom sinnesymptomer (HOS) og tvangssymptomer (Y-BOCS) før behandling ble beregnet med Pearsons korrelasjonskoeffisient. Resultatet indikerte en signifikant, svak sammenheng, $r = .21$, $p = .017$, mellom symptommålene. Sammenhengen

mellom sinne og O-C (tvangssubskalaen i SCL-90-R) var imidlertid sterkere; $r = .51$, $p = .001$, og regnes som en moderat sammenheng.

Samlet ser det ut til å være en sammenheng mellom OCD-symptomer og sinnesymptomer, men sammenhengen er svak til moderat, avhengig av målemetode for OCD-symptomer; intervju (Y-BOCS) eller selvrapport (O-C).

H3: Det er ikke lenger en assosiasjon mellom sinne- og OCD-symptomer etter kontroll for depressive symptomer

Pearsons korrelasjonskoeffisienter mellom tvang-, sinne- og depresjonssymptomer hos OCD-gruppen er presentert i tabell 6. Ved partiell korrelasjon ble BDI benyttet som kontrollmål. Den signifikante sammenhengen mellom tvangssymptomer målt ved Y-BOCS, og sinnesymptomer (HOS) før behandling var ikke lenger gjeldende, $r = .02$, $p = .797$, der det ble kontrollert for depresjonssymptomer. Når det gjaldt tvangssymptomer målt ved O-C i SCL-90-R, var det selv etter kontroll for depresjon, fortsatt en signifikant men svakere sammenheng mellom tvangssymptomer og sinnesymptomer, $r = .27$, $p = .003$. Resultatet indikerer altså muligheten for at assosiasjonen mellom sinne- og OCD-symptomer kan tilskrives tilstedeværelsen av depressive symptomer, men dette er avhengig av målemetode for OCD-symptomer; intervju (Y-BOCS) eller selvrapport (O-C).

Tabell 6

Korrelasjoner mellom tvang-, sinne- og depresjons-symptomer hos OCD-pasienter

	Pre behandling				Post behandling				BDI pre	BDI post
	Bivariat		Partiell ^a		Bivariat		Partiell ^a			
	Y-B	O-C	Y-B	O-C	Y-B	O-C	Y-B	O-C		
HOS- pre	.21*	.51**	.02	.27**	.17	.28**	.10	.14	.48***	.43***
HOS- post	.09	.29**	.02	.12	.15	.49**	-.01	.34**	.24*	.46***

Pre = før behandling. Post = etter behandling. HOS = Sinne/fiendtlighet, O-C = Tvang, Y-B = Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, BDI = Beck Depression Inventory.

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

^a BDI benyttet som kontrollbetingelse.

For å undersøke sammenhengen ytterligere, ble en lineær multippel regresjonsanalyse anvendt for tvangssymptomer målt ved både Y-BOCS og O-C. Resultatene er presentert i

henholdsvis tabell 7 og 8. Resultatene indikerer at det foreligger en assosiasjon mellom tvangs- og depresjonssymptomer, ($p=.001$), etter å ha justert for sinnesymptomer, kjønn og alder. Dette gjelder uavhengig av målemetode for tvangssymptomer. Når tvangssymptomer måles ved hjelp av Y-BOCS (intervju), er det ingen signifikant effekt av sinnesymptomer ($p = .497$). Det påvises heller ingen signifikant effekt av kjønn ($p = .115$) eller alder ($p = .321$).

Tabell 7

Multipel lineær regresjonsanalyse for sammenheng mellom sinne- og tvangssymptomer før behandling med justering for depressive symptomer, alder og kjønn

	β^a	t	p
Sinne pre	0.068	0.681	0.497
BDI pre	0.377	3.850	0.001
Kjønn	0.134	1.590	0.115
Alder	0.088	0.996	0.321

Merknad. Alle variabler inkludert. ^a Avhengig variabel = Y-BOCS pre (tvangssymptomer før behandling). Sinne pre = sinnesymptomer før behandling, subskala HOS fra SCL-90-R. BDI pre = depresjonssymptomer før behandling. β = standardiserte koeffisienter.

Derimot foreligger det en signifikant sammenheng mellom tvangs- og sinnesymptomer når tvangssymptomer er målt ved O-C (selvrapport), ($p < .05$), selv etter å ha justert for depresjonssymptomer, kjønn og alder. I likhet med tvangssymptomer målt ved Y-BOCS, foreligger det heller ikke her noen signifikante effekter av kjønn ($p = .925$) eller alder ($p = .352$).

Tabell 8

Multipel lineær regresjonsanalyse for sammenheng mellom sinne- og tvangssymptomer før behandling med justering for depressive symptomer, alder og kjønn

	β^a	t	p
Sinne pre	0.212	2.602	0.011
BDI pre	0.535	6.544	0.001
Kjønn	0.007	0.094	0.925
Alder	-0.071	-0.935	0.352

Merknad. Alle variabler inkludert. ^a Avhengig variabel = O-C pre (tvangssymptomer før behandling målt ved tvangssubskalaen fra SCL-90-R). Sinne pre = sinnesymptomer før behandling, subskala HOS fra SCL-90-R. BDI pre = depresjonssymptomer før behandling. β = standardiserte koeffisienter.

Samlet indikerer resultatene at assosiasjon mellom sinne- og OCD-symptomer kan skyldes tilstedeværelsen av depressive symptomer, men dette er avhengig av målemetode for OCD-symptomer; intervju (Y-BOCS) eller selvrapport (O-C).

H4: Økt rapportering av sinnesymptomer er assosiert med redusert behandlingsrespons

Behandlingsrespons ble operasjonalisert som endring i selvrapporterte tvangssymptomer målt med Y-BOCS. Pearsons korrelasjonskoeffisient ble beregnet for sammenhengen mellom selvrapporterte sinnesymptomer (HOS) og endring i skåre på Y-BOCS fra før til etter behandling. Resultatet indikerer ingen signifikant sammenheng, $r = -.04$, $p = .627$, noe som tyder på at rapportering av sinnesymptomer ikke har betydning for endring i tvangssymptomer hos OCD-pasienter.

For å undersøke sammenhengen ytterligere, ble en lineær multippel regresjonsanalyse anvendt. Både Y-BOCS- og O-C-skåre etter behandling ble undersøkt som avhengige variabler. Resultatene er presentert i henholdsvis tabell 9 og 10. Da Y-BOCS-skåre ble undersøkt, ble det ikke påvist noen signifikant sammenheng ($p > .05$) mellom sinnesymptomer før behandling og tvangssymptomer etter behandling, etter å ha justert for kjønn, alder, depresjons- og tvangssymptomer før behandling. Resultatene indikerer heller ingen signifikant effekt av kjønn, alder eller depresjonssymptomer for behandlingsrespons ($p > .05$). Det foreligger en grensesignifikant effekt ($p = .053$) av tvangssymptomer før behandling på tvangssymptomer etter behandling.

Tabell 9

Multippel lineær regresjonsanalyse for sammenheng mellom sinnesymptomer og behandlingsrespons med justering for alder og kjønn

	β^a	t	p
Y-BOCS pre	0.194	1.953	0.053
Sinne pre	0.073	0.683	0.496
BDI pre	0.047	0.420	0.675
Kjønn	0.072	0.792	0.430
Alder	-0.122	-1.287	0.201

Merknad. Alle variabler inkludert. ^a Avhengig variabel = Y-BOCS post (tvangssymptomer etter behandling). Y-BOCS pre = tvangssymptomer før behandling. Sinne pre = sinnesymptomer før behandling, subskala HOS fra SCL-90-R. BDI pre = depresjonssymptomer før behandling. β = standardiserte koeffisienter.

Ved undersøkelse av O-C-skalaen foreligger det en signifikant effekt av tvangssymptomer før behandling på tvangssymptomer etter behandling ($p = .001$), som vist i

tabell 10. I likhet med undersøkelsen av Y-BOCS som avhengig variabel, foreligger det heller ikke her noen signifikant sammenheng mellom sinnesymptomer før behandling og tvangssymptomer etter behandling ($p > .05$), etter å ha justert for alder, kjønn, tvangs- og depresjonssymptomer før behandling. Det ble ikke påvist noen signifikant effekt av alder ($p = .600$) eller depresjonssymptomer før behandling ($p = .637$) på tvangssymptomer etter behandling målt ved O-C. Derimot foreligger det en effekt av kjønn på tvangssymptomer etter behandling ($p = .009$). For å undersøke effekten av kjønn nærmere ble det benyttet en uavhengig to-utvalgs t-test. Resultatene viste at kvinner rapporterer signifikant færre tvangssymptomer etter behandling målt ved O-C sammenlignet med menn, $t(101) = -2.03$, $p = .045$. Kjønn kan altså være en variabel som påvirker behandlingsutfall, men denne effekten ble ikke påvist på tvangssymptomer målt ved Y-BOCS.

Tabell 10

Multipel lineær regresjonsanalyse for sammenheng mellom sinnesymptomer og behandlingsrespons med justering for alder og kjønn

	β^a	t	p
O-C pre	0.554	5.589	0.001
Sinne pre	0.065	0.705	0.482
BDI pre	0.049	0.473	0.637
Kjønn	0.216	2.675	0.009
Alder	0.045	0.526	0.600

Merknad. Alle variabler inkludert. ^a Avhengig variabel = O-C post (tvangssymptomer etter behandling). O-C pre = tvangssymptomer før behandling. Sinne pre = sinnesymptomer før behandling, subskala HOS fra SCL-90-R. BDI pre = depresjonssymptomer før behandling. β = standardiserte koeffisienter.

Samlet foreligger det ingen resultater i den nåværende studien som indikerer at økt rapportering av sinnesymptomer fører til dårligere behandlingsrespons.

H5: OCD-behandling reduserer sinnesymptomer hos OCD-pasienter

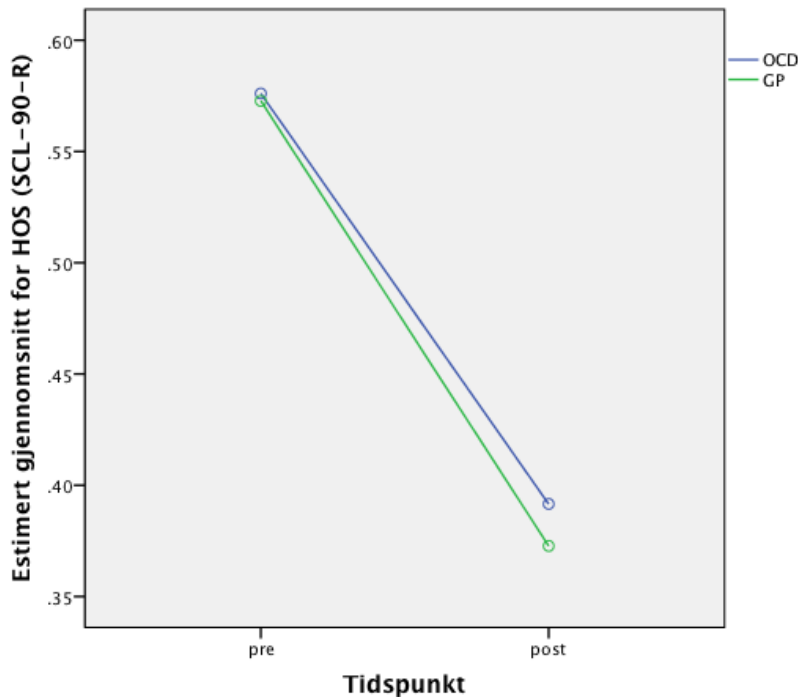
ANOVA for repeterte målinger ble benyttet for å sammenligne grad av endring av sinnesymptomer fra før til etter behandling i OCD-utvalget og den generelle pasientgruppen. Resultatene indikerte en signifikant reduksjon av sinnesymptomer fra før til etter behandling $F(1, 211) = 32.971$, $p = .000$, $\eta^2 = .135$ (medium effekt), og ingen interaksjonseffekt $F(1,211) = .054$, $p = .817$ $\eta^2 = .000$, som indikerer ingen signifikant forskjell i endring mellom utvalgene. Det ser altså ut til at grad av sinnesymptomer endres på samme måte i OCD-gruppen og den generelle pasientgruppen.

En grafisk fremstilling av resultatene er gjengitt i figur 1. De sammenfallende grafene indikerer at endringen er relativt lik i begge gruppene.

Figur 1

Endring i sinnesymptomer før og etter behandling hos OCD-pasienter og andre pasienter

Endring i sinnesymptomer hos OCD-gruppe og generell pasientgruppe



Merknad. OCD = OCD-gruppe, GP = Generell pasientgruppe.

Det var ingen signifikant forskjell i rapportering av sinnesymptomer mellom Vassend og Skrandals (2003) friske kontrollgruppe og den nåværende studiens OCD-utvalg etter behandling, $t(956) = 1.66$, $p = .100$. Dette ble beregnet ved hjelp av en uavhengig t-test.

Resultatene indikerer at OCD-behandling er vellykket i å redusere sinnesymptomer hos OCD-pasienter, at nivå av sinne etter behandling ikke skiller seg signifikant fra friske kontroller, og at denne endringen er lik som i behandling av andre psykiske lidelser.

Diskusjon

H1: Pasienter med OCD rapporterer større grad av sinnesymptomer enn den generelle polikliniske pasientpopulasjonen og ikke-kliniske kontroller

Denne studien har undersøkt hvorvidt økt grad av sinne kjennetegner pasienter med tvangslidelse. OCD-utvalget har blitt sammenlignet med en pasient-kontrollgruppe og en gruppe med friske kontroller, og enkelte gruppeforskjeller har blitt identifisert.

Forekomst av bekreftende skåre på sinneleddene i SCL-90-R varierte fra 12% ("Føler trang til å slå, skade eller gjøre andre vondt") til 82% ("Blir lett forarget eller irritert") for OCD-pasientene. Det var altså stor variasjon i grad av selvrapporterte sinnesymptomer, avhengig av innholdet i det aktuelle sinneleddet, og samme tendens gjaldt også for pasientkontrollgruppen. Etter komparative analyser ble det ikke funnet noen signifikante forskjeller i forekomst av bekreftende skåre mellom OCD-gruppen og pasientkontrollgruppen. Dette er i samsvar med tidligere studier der det ble funnet at det ikke var forskjell mellom OCD-pasienter sammenlignet med bulimipasienter (Rubenstein et al., 1995), eller pasienter med panikklidelse og sosial fobi (Moscovitch et al., 2008). Tre tidligere studier har imidlertid funnet forskjeller i sinnerapportering mellom pasienter med tvangslidelse og pasienter med depresjon (Manchanda et al., 1979; Millar, 1983) og spesifikk fobi (Moscovitch et al., 2008). I den nåværende studien ble det altså ikke funnet forskjeller mellom pasienter med OCD og pasienter med andre psykiske lidelser, men eksisterende forskjeller mellom enkeltgrupper av pasienter kan ha blitt utjevnet da den generelle pasientgruppen er sammensatt av pasienter med ulike diagnoser. Studiene som har funnet forskjeller i grad av sinne mellom pasienter med OCD og depresjon (Manchanda et al., 1979; Millar, 1983), har imidlertid klare metodiske begrensninger, som små utvalg, $n = 11$ (Millar, 1983) og $n = 30$ (Manchanda et al., 1979), og måleinstrumenter med svake psykometriske egenskaper.

Komparative analyser som sammenlignet OCD-utvalget med Vassend og Skrondals (2003) ikke-kliniske kontrollgruppe, indikerte at OCD-pasientene rapporterte signifikant flere sinnesymptomer sammenlignet med friske kontrollere. Effektstørrelsen for forskjellen indikerte en moderat effekt. Funnet er i tråd med en rekke tidligere studier (som Moritz et al., 2013; Moscovitch et al., 2008; Radomsky et al., 2007; Rubenstein et al., 1995; Whiteside & Abramowitz, 2004, 2005).

Samlet indikerer resultatene fra den nåværende studien at grad av sinnesymptomer er økt i OCD-populasjonen sammenlignet med en ikke-klinisk populasjon. Derimot har den aktuelle studien ikke funnet støtte for at OCD-pasienter skiller seg i særlig grad fra pasienter med andre psykiske lidelser med hensyn på sinnesymptomer. Det er mulig at økt grad av sinne hos psykiatriske pasienter kan skyldes en negativ affektivitetsfaktor, i tråd med studien til Watson, Clark og Stasik (2011). Disse forskerne har undersøkt en høyere-ordens negativ affektivitetsfaktor, som igjen kan inndeles i lavere-ordens emosjoner som sinne/fiendtlighet, tristhet/depresjon og angst/redsel. De fant kun uspesifikke og svake assosiasjoner mellom sinne/fiendtlighet og de ulike emosjonelle lidelsene som ble undersøkt (blant annet OCD). Studien konkluderte med at den uspesifikke assosiasjonen mellom sinne og de ulike

emosjonelle lidelsene (deriblant OCD) kan tilskrives en høyere-ordens negativ affektivitetsfaktor, som inkluderer felles varians for sinne og andre negative emosjoner.

I tråd med funnet ovenfor (Watson et al., 2011), er det ikke i den nåværende studien funnet grunnlag for å hevde at sinne er et unikt kjennetegn ved OCD. Det er sannsynlig at pasientene generelt har høyere grad av negativ affekt og at sinne kan være en del av dette. Sinneproblematikk kan imidlertid være en del av symptombildet eller en av de underliggende mekanismene som forårsaker pasientens problemer.

H2: Symptomer på OCD er assosiert med sinnesymptomer

Den aktuelle studien fant en assosiasjon mellom de to symptom-typene, i tråd med en rekke tidligere studier (Hart, 2010; Millar, 1983, Radomsky et al., 2007; Whiteside & Abramowitz, 2004, 2005). Sinnesymptomer viste moderat korrelasjon med OCD-symptomer målt ved O-C-subskalaen (SCL-90-R), mens der OCD-symptomer var målt ved Y-BOCS var korrelasjonen svak. Denne forskjellen kan skyldes delt metodevarians mellom sinne- (HOS) og tvangs- (O-C) subskalaen i SCL-90-R.

Den nåværende studien har et betydelig større OCD-utvalg ($n = 133$) sammenlignet med tidligere studier som har funnet denne assosiasjonen, noe som bedrer studiens generaliserbarhet. Whiteside og Abramowitz (2004) har som tidligere nevnt et ikke-klinisk utvalg som skårer høyt på OCD-mål, og benytter et måleinstrument for OCD med svak diskriminerende validitet. Radomsky og kolleger (2007) undersøker kun OCD-pasienter med primært sjekketvang, og assosiasjonene med sinnesymptomer blir derfor spesifikke for denne undergruppen av tvangspasienter. Likevel indikerer resultatene til Whiteside og Abramowitz (2004) at tvangspreget sjekking er sterkere relatert til sinnesymptomer enn andre typer tvangssymptomer, og en inndeling i undergrupper av tvangssymptomer vil derfor kunne gi en mer presis indikasjon på hvor sammenhengen ligger.

Ut i fra den nåværende studiens resultater, er det grunnlag for å anta en viss relasjon mellom sinne- og OCD-symptomer. En slik relasjon er i samsvar med funn av en forskjell mellom OCD-pasientene og den friske kontrollgruppen som ble avdekket i H1. Dette kan indikere viktigheten av å undersøke, og eventuelt behandle komorbid sinneproblematikk i behandling av OCD. Samtidig indikerte resultatene fra H1 at OCD-pasienter ikke rapporterer signifikant flere symptomer på sinne enn pasienter med andre psykiske lidelser. Resultatene indikerer samlet at sinnesymptomer er noe relatert til OCD-symptomer, men at dette gjelder flere typer psykiske lidelser. Som nevnt under H1, kan økt grad av sinne skyldes frustrasjon over å ha det vanskelig, eventuelt utgjøre en av flere underliggende mekanismer for den aktuelle lidelsen, som eksempelvis negativ affekt eller grubling. Negativ affekt kan beskrives

som en transdiagnostisk variabel for psykiske lidelser, i tråd med Watson et al. (2011). Videre undersøkelser bør utføres for å få en bedre indikasjon på hvorvidt assosiasjoner mellom ulike symptomer kan tilskrives til en generell faktor av negativ affekt.

H3: Det er ikke lenger en assosiasjon mellom sinne- og OCD-symptomer etter kontroll for depressive symptomer

Vi fant delvis støtte for H3. På grunnlag av funn fra tidligere studier som indikerer at økt grad av sinne kan tilskrives tilstedeværelsen av depressive symptomer (for eksempel Hart, 2010; Whiteside & Abramowitz, 2004; Moscovitch et al., 2008), ble dette også undersøkt i den nåværende studien. Resultatene fra denne studien er noe blandede, da det fremkommer at målemetode for tvangssymptomer har betydning for resultatene. De to ulike målemetodene som er benyttet er intervjuet Y-BOCS og O-C-subskalaen fra selvrapportskjemaet SCL-90-R. Der tvangssymptomer ble målt ved Y-BOCS, forelå det ingen signifikant sammenheng mellom sinnesymptomer og tvangssymptomer etter kontroll for depresjon, noe som replikerer tidligere forskningsfunn (for eksempel Hart, 2010; Whiteside & Abramowitz, 2004). Dette var imidlertid ikke tilfellet når O-C-subskalaen ble benyttet som målemetode for tvangssymptomer. Da var det fortsatt en svak signifikant sammenheng mellom sinnesymptomer og tvangssymptomer, selv etter kontroll for depresjon. Y-BOCS omtales i litteraturen som gullstandarden for mål på tvangssymptomer (Moritz et al., 2002), og er klart den best ansette målemetoden for denne typen symptomer. O-C-skalaen fra SCL-90-R har vært utsatt for kritikk. Noe av grunnlaget for dette er at innholdet i subskalaens ledd ser ut til å måle fenomener som ikke er unike for OCD, men som er vanlige kjennetegn ved mange andre tilstander og lidelser. Eksempler på ledd fra subskalaen er; *"Vansker med å huske saker og ting"*, *"Føler at det er vanskelig å få ting gjort"* og *"Konsentrasjonsproblemer"*. Innholdet i disse leddene er blant annet relatert til diagnosekriteriene for depresjon (American Psychiatric Association, 2000). Altså er deler av subskalaens diskriminerende validitet kritikkverdige, da den kan tenkes å måle symptomer og fenomener som forekommer i et vidt spekter av psykopatologiske tilstander.

Videre fremkommer det av lineær multippel regresjonsanalyse at sinnesymptomer ikke har noen signifikant effekt på tvangssymptomer målt ved Y-BOCS, men likevel at sinne har en effekt på tvangssymptomer målt ved O-C. Ettersom Y-BOCS ser ut til å være det mest valide målet på tvangssymptomer, velger forfatteren å vektlegge dette funnet, noe som indikerer på at det ikke foreligger noen sterk relasjon mellom sinne- og tvangssymptomer. Av regresjonsanalysene fremkommer det også at depresjonssymptomer målt ved BDI har en signifikant effekt på tvangssymptomer ved begge målemetodene. Disse funnene er i tråd med

resultatet fra korrelasjonsanalysen, der det fremkommer at depresjonssymptomer har stor betydning for sammenhengen (målt ved Y-BOCS).

I tråd med Watson et al. (2011), utvider Whiteside og Abramowitz (2004, 2005) forklaringen på assosiasjonen mellom sinne og OCD ved å si at sammenhengen kan tilskrives generelt stress eller negativ affekt assosiert med tvangslidelsen. Forfatterne refererer da både til depressive symptomer, generalisert angst, og nevrotisme som komorbide tilstander. En studie som undersøker disse tilleggstilstandene separat, vil muliggjøre en mer presis identifikasjon av den viktigste konfunderende variabelen.

Resultatene i den nåværende studien indikerer imidlertid at assosiasjonen mellom sinnesymptomer og OCD kan tilskrives tilstedeværelsen av depressive symptomer, som jo utgjør en form for negativ affekt. Det er viktig å påpeke at symptomene på sinne og depresjon kan overlappe, eksempelvis ved at *irritabilitet* kan kjennetegne begge typer symptomer. Dette impliserer, i tråd med Watson et al. (2011), at tvangssymptomer kan korrelere med en fellesfaktor av negativ affekt. Denne faktoren kan både ligge til grunn for utvikling av tvangslidelsen, og den kan komme som et resultat av å lide av en hemmende psykisk lidelse. I tråd med dette, argumenterer Vassend og Skrondal (2003) for at samtlige av subskalaene i SCL-90-R måler en faktor av negativ affekt eller subjektivt stress assosiert med psykiske lidelser. Det vil altså foreligge en fellesfaktor av generelt stress og frustrasjon ved de fleste psykiske lidelser.

H4: Økt rapportering av sinnesymptomer er assosiert med redusert behandlingsrespons

Det ble ikke påvist noen sammenheng mellom grad av sinnesymptomer og behandlingsrespons hos OCD-pasientene. Relasjonen mellom sinnesymptomer og endring i tvangssymptomer ble undersøkt både ved en korrelasjonsanalyse og regresjonsanalyse, og resultatet indikerte ingen signifikant effekt. Uavhengig av målemetode for tvangssymptomer ble det ikke påvist noen effekt av sinnesymptomer på behandlingsrespons, selv etter kontroll for kjønn, alder, depresjon- og tvangssymptomer før behandling. Dette er i tråd med funn fra studien til Hart (2010), der depresjon ble identifisert som den viktigste predikatoren for behandlingseffekt, og ikke reduksjon av sinne-uttrykkelse, som beskrevet i studiens hypotese.

Samlet ble det altså ikke påvist noen sammenheng mellom grad av sinnesymptomer og behandlingens vellykkethet. Dette impliserer at et spesifikt fokus på sinnesymptomer i terapi ikke ser ut til å være en forutsetning for bedring hos OCD-pasientene. Den aktuelle studien har således ikke funnet støtte for at behandling av OCD bør tilpasses eventuell komorbid sinneproblematikk for å optimalisere behandlingseffekt.

H5: OCD-behandling reduserer sinnesymptomer hos OCD-pasienter

Resultatene fra den aktuelle studien indikerer en signifikant reduksjon av sinnesymptomer fra før til etter behandling blant OCD-pasientene, angitt ved η^2 som en medium effekt. Etter behandling var nivået av sinne hos OCD-pasientene normalisert, ettersom analyser ikke kunne påvise noen signifikant forskjell mellom OCD-gruppen og den friske kontrollgruppen. Tvangs- og depresjonssymptomer ble også signifikant redusert etter behandling. En reduksjon av sinnesymptomer ble også funnet i pasientkontrollgruppen, og graden av disse symptomene endret seg på samme måte i de to utvalgene. Med tanke på at depressive symptomer har sett ut til å være en konfunderende variabel i forholdet mellom sinne og OCD, kan trolig noe av effekten på sinnesymptomer tilskrives den ovennevnte reduksjonen av depressive symptomer.

Signifikant reduksjon i sinnesymptomer kan skyldes behandlingen pasienten har gjennomført, som fører til lavere grad av frustrasjon eller negativ affekt (Watson et al., 2011; Whiteside og Abramowitz, 2004, 2005). Det er også viktig å være oppmerksom på mulige konfunderende variabler som naturlige endringer over tid, og at pasienter ofte tar kontakt i en dårlig periode slik at naturlig utvikling, eller statistisk regresjon mot gjennomsnittet (Nesselroade, Stigler & Baltes, 1980), fører til at de er i bedre form noen uker senere. Likevel indikerer en normalisering av sinnenivå hos OCD-gruppen at behandlingen er vellykket i å senke pasientens grad av frustrasjon.

Styrker og begrensninger

Hensikten med den nåværende studien har vært å øke kunnskapen om sammenhengen mellom tvangslidelse og sinneproblematikk. Så vidt forfatteren bekjent, er det ingen som tidligere har sammenlignet prevalens av sinnesymptomer hos OCD-pasienter med en generell pasientgruppe, i tillegg til sammenligning med en frisk kontrollgruppe. Videre er studien den første til å se på sinnesymptomers effekt på OCD-behandling, samt hvorvidt behandlingen er vellykket i å redusere denne typen symptomer. Utvalget som benyttes i den nåværende undersøkelsen er betydelig større sammenlignet med tidligere studier på emnet. Siden utvalget består av pasienter fra både individuell og gruppebasert behandling, vil studiens resultater kunne generaliseres til begge former for ERP. Den aktuelle studien har også, i likhet med flere tidligere studier, kontrollert for depressive symptomer, som ser ut til å ha stor betydning for relasjonen mellom sinne- og tvangssymptomer.

Det er også enkelte begrensninger ved denne undersøkelsen. En begrensning er at resultatene kun er basert på selvrappport-mål for sinnesymptomer. En multimetode-tilnærming der flere andre målemetoder supplerte selvrappport-målene ville fremmet resultatenes validitet.

Flere forskere har undersøkt uttrykk og opplevelse av sinne hver for seg i sine studier på sinne og OCD (for eksempel Whiteside & Abramowitz, 2004, 2005; Radomsky et al., 2007; Moscovitch et al., 2008; Hart, 2010). Dette gir et mer differensiert bilde av sammenhengen mellom sinne og tvangslidelse, og mangel på en slik oppdeling utgjør en begrensning ved den nåværende studien. En dypere forståelse av sammenhengen mellom tvangslidelse og type sinneproblematikk kunne gitt nyttige implikasjoner for klinisk praksis.

I motsetning til enkelte andre forfattere (for eksempel Radomsky et al., 2007; Whiteside og Abramowitz, 2004), har heller ikke den aktuelle studien undersøkt spesifikke OCD-symptomer som tvangspreget *sjekking* eller *vasking*, og deres relasjon til sinnesymptomer. Rufer, Fricke, Moritz, Kloss og Hand (2006) undersøkte i sin studie hvordan ulike typer OCD-symptomer predikerte behandlingens vellykkethet. En oppdeling i primære OCD-symptomer hos pasienter i fremtiden vil kunne gi et klarere og mer nyansert bilde av sammenhengen mellom sinnesymptomer og tvangslidelse, samt være med på å predikere i hvilken grad pasienter drar nytte av behandlingen.

Det foreligger også enkelte metodiske begrensninger ved den nåværende studien. Måleinstrumentet SCL-90-R som helhet har både sterke og svake sider når det gjelder validitet. Det har vist seg at spørreskjemaets konstruktvaliditet og generaliserbarhet kan være svak i enkelte tilfeller. Det har ikke blitt utført test-retest-undersøkelse av SCL-90-R på norsk populasjon (Vassend & Skrondal, 2003), så dette bør gjøres i fremtiden.

Det har ikke lyktes forfatteren å finne studier som spesifikt undersøker HOS-subskalaens validitet. I den nåværende studien er Chronbachs alfa for subskalaen .79, noe som indikerer moderat intern konsistens mellom leddene. Med unntak av subskalaene paranoid tankegang (PAR), psykotisisme (PSY) og tvang (O-C), er Chronbachs alfa-verdiene for de andre subskalaene høyere i den aktuelle studien, og varierer fra .84 til .90. Dette indikerer at HOS- og O-C-subskalaen ikke utgjør like veldefinerte subkategorier som for eksempel depresjon (DEP) og angst (ANX). Innholdsmessig er det stor variasjon i de seks leddene som utgjør HOS-subskalaen. For eksempel varierer innholdet fra "*Blir lett forarget eller irritert*" til "*Skriker og roper eller kaster ting*". Slike "ekstreme" ledd kan føre til en underrapportering grunnet *sosial ønskelighet*; en tendens til å forvrengte svar på selvrappportmål for å fremstå på en ønsket måte (Furnham, 1986). Imidlertid ville effekten av sosial ønskelighet trolig vært større dersom spørreskjemaet hadde form som et intervju fremfor selvrappport.

Kjønnsfordelingen i den nåværende studiens utvalg er ujevn, med signifikant flere kvinner enn menn. Dette er i tråd med resultatene til Goodwin, Koenen, Hellman, Guardino,

og Struening (2002), som fant at kvinner i signifikant større grad søkte behandling for sin OCD sammenlignet med menn. En slik tendens er en utfordring for resultatenes generaliserbarhet, men er vanskelig å overkomme når kvinner oftere søker behandling og derfor er mer tilgjengelige deltakere i behandlingsstudier.

Selv om den nåværende studiens utvalg er stort sammenlignet med flere tidligere studier, kunne de to utvalgene inkludert flere pasienter for å ytterligere øke studiens generaliserbarhet. Analyser av spesifikke diagnosegrupper innenfor pasientkontrollgruppen kunne vært informativt for å sammenligne resultatene med tidligere funn på spesifikke lidelser.

Konklusjoner

OCD-pasienter rapporterer ikke større grad av sinnesymptomer enn den generelle pasientpopulasjonen. Det er likevel en assosiasjon mellom sinnesymptomer og tvangssymptomer hos OCD-pasienter, men denne blir svakere etter kontroll for depressive symptomer. Psykoterapi for OCD førte til en signifikant reduksjon av sinne-, tvangs- og depresjonssymptomer. Økt grad av sinnesymptomer ser ikke ut til å ha negativ effekt på OCD-behandling, og ser derfor ikke ut til å trenge spesielt fokus i terapi. Senere undersøkelser bør se på uttrykkelse og opplevelse av sinne, samt spesifikke typer tvangssymptomer for å nyansere bildet ytterligere. Depressive symptomer ser ut til å ha betydning for relasjonen mellom sinne og OCD, og derfor er det viktig å kontrollere for dette. Resultatene i den aktuelle studien impliserer også at tvangssymptomer kan korrelere med en fellesfaktor av negativ affekt, og at sinnesymptomer går innunder denne felles kategorien av frustrasjon eller stress. Dette vil være viktig å utforske nærmere i senere studier. Videre vil det være nyttig å bruke både selvrappport og intervju, siden en multimetode-tilnærming vil overkomme metodiske begrensninger ved de enkelte målemetodene.

Referanser

- Abraham, R. E. (1997). *Developmental profile, a psychodynamic diagnosis of personality*. Assen: Van Gorcum.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Attiullah, N., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2000). Clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(3), 469-491. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70175-1
- 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(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 452-459. doi: 10.1037/0022-3514.63.3.452
- 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.
- Emmelkamp, P. M. G., Kraaijkamp, H. J. M., & van den Hout, M. A. (1999). Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 23(2), 269-279. doi: 10.1177/0145445599232005
- Evans, D. R., & Stangeland, M. (1971). Development of the reaction inventory to measure anger. *Psychological Reports*, 29, 412-414. doi: 10.2466/pr0.1971.29.2.412
- 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. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(1), 90-96.
- Freud, S. (1955). Notes upon a case of obsessional neurosis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. London: Hogarth Press.
- Frost, R. O., Steketee, G., Krause, M. S., & Trepanier, K. L. (1995). The relationship of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to other measures of obsessive compulsive symptoms in a nonclinical population. *Journal of Personality Assessment*, *65*(1), 158-168. doi: 10.1207/s15327752jpa6501_12
- Furnham, A. (1986). Response bias, social desirability and dissimulation. *Personality and Individual Differences*, *7*(3), 385-400. doi: 10.1016/0191-8869(86)90014-0
- 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>
- Goodwin, R., Koenen, K. C., Hellman, F., Guardino, M., & Struening, E. (2002). Helpseeking and access to mental health treatment for obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*(2), 143-149. doi: 10.1034/j.1600-0447.2002.01221.x
- Hand, I. (1998). Out-patient, multi-modal behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, *35*, 45-52.
- Hart, J. M. (2010). *Relationship between patient anger, experiential avoidance, initial levels of obsessive-compulsive and depressive symptoms, and response to intensive inpatient cognitive-behavioral treatment*. (Doktorgradsavhandling), Faculty of Fielding Graduate University, Santa Barbara, California.
- Horwath, E., & Weissman, M. M. (2000). The epidemiology and cross-national presentation of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*(3), 493-507. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70176-3
- 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

- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*(12), 1094-1099. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kozak, M. J. & Foa, E. B. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: A cognitive behavioral approach*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Krone, K. P., Himle, J. A. & Nesse, R. M. (1991). A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: preliminary outcomes. *Behavior Research and Therapy*, *29*(6), 627-631. doi: 10.1016/0005-7967(91)90012-R
- Manchanda, R., Sethi, B. B., & Gupta, S. C. (1979). Hostility and guilt in obsessive-compulsive neurosis. *The British Journal of Psychiatry*, *135*, 52-54. doi: 10.1192/bjp.135.1.52
- Marchesini, G., Manini, R., Bianchi, G., Sassi, S., Natale, S., Chierici, S., ... Melchionda, N. (2002). Homocysteine and psychological traits: a study in obesity. *Nutrition*, *18*(5), 403-407. doi: 10.1016/S0899-9007(01)00803-6
- Millar, D. G. (1983). Hostile emotion and obsessional neurosis. *Psychological Medicine*, *13*(4), 813-819. doi: 10.1017/S0033291700051527
- Moritz, S., Kempke, S., Luyten, P., Randjbar, S., & Jelinek, L. (2011). Was Freud partly right on obsessive-compulsive disorder (OCD)? Investigation of latent aggression in OCD. *Psychiatry Research*, *187*, 180-184. doi: 10.1016/j.psychres.2010.09.007
- 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*(2), 193-199. doi: 10.1016/S0165-1781(02)00012-4
- Moritz, S., Niemeyer, H., Hottenrott, B., Schilling, L., & Spitzer, C. (2013). Interpersonal ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, *41*(5), 594-609. doi: 10.1017/S1352465812000574
- Moritz, S., Wahl, K., Ertle, A., Jelinek, L., Hauschildt, M., Klinge, R., & Hand, I. (2009). Neither saints nor wolves in disguise: ambivalent interpersonal attitudes and behaviors in obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, *33*(2), 274-292. doi: 10.1177/0145445508327444

- Moscowitch, D. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., Rocca, L., & Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety, 25*(2), 107-113. doi: 10.1002/da.20280
- Nesselroade, J. R., Stigler, S. M., & Baltes, P. B. (1980). Regression toward the mean and the study of change. *Psychological Bulletin, 88*(3), 622-637. doi: 10.1037/0033-2909.88.3.622
- Niehou, D. J. H., & Stein, D. J. (1997). Obsessive-compulsive disorder: Diagnosis and assessment. In E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Obsessive-compulsive disorders: Diagnosis; Etiology; Treatment*. New York, NY: Marcel Dekker
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behavior Research and Therapy, 31*(2), 149-154. doi: 10.1016/0005-7967(93)90066-4
- Radomsky, A. S., Ashbaugh, A. R., & Gelfand, L. A. (2007). Relationships between anger, symptoms, and cognitive factors in OCD checkers. *Behavior Research and Therapy, 45*(11), 2712-2725. doi: 10.1016/j.brat.2007.07.009
- Rubenstein, C. S., Altemus, M., Pigott T. A., Hess, A., & Murphy, D. L. (1995). Symptom overlap between OCD and Bulimia Nervosa. *Journal of Anxiety Disorders, 9*(1), 1-9. doi: 10.1016/0887-6185(95)91551-R
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: prediction of cognitive-behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(5), 440-446. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00682.x
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2007). Effektivitet ved psykoterapeutisk behandling gjort av viderekommende studenter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 44*, 1005-1011.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy, 23*(5), 571-583. doi: 10.1016/0005-7967(85)90105-6
- Salkovskis, P. M. (1989). Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy, 27*(6), 677-682. doi: 10.1016/0005-7967(89)90152-6
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 37*, 29-52. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00049-2

- Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry*, 6(6), 229-233. doi: 10.1016/j.mppsy.2007.03.008
- Scheibe, S., Preuschhof, C., Cristi, C., & Bagby, R. M. (2003). Are there gender differences in major depression and its response to antidepressants? *Journal of Affective Disorders*, 75(3), 223-235. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00050-2
- Shafran, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391. doi: 10.1016/0887-6185(96)00018-7
- 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>
- Spielberger, C. D. (1988). State-trait anger expression inventory - Research edition: Professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S., & Crane, R. S. (1983). Assessment of anger: The state-trait anger scale. In J. N. Butcher & C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment*, 2, (s. 159 - 187). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tangney, J. P., Baumeister, R. F., & Boone, A. L. (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72(2), 271-324. doi: 10.1111/j.0022-3506.2004.00263.x
- Taylor, S., Kyrios, M., Thordarson, D. S., Steketee, G., & Frost, R. O. (2002). Development and validation of instruments for measuring intrusions and beliefs in obsessive compulsive disorder. In R. O. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: theory, assessment, and treatment* (p. 125). Oxford: Elsevier science.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(2), 233-242. doi: 10.1016/S0887-6185(02)00182-2
- 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., & Götestam, K. G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(3), 275-290. doi: 10.1017/S1352465804001353
- Watson, D., Clark, L. A., & Stasik, S. M. (2011). Emotions and the emotional disorders: A quantitative hierarchical perspective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(3), 429-442.
- Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2004). Obsessive-compulsive symptoms and the expression of anger. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 259-268. doi: 10.1023/B:COTR.0000021544.64104.29
- Whiteside, S. P., & Abramowitz, J. S. (2005). The expression of anger and its relationship to symptoms and cognitions in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21(3), 106-111. doi: 10.1002/da.20066