

# Behandling av tvangslidelse hos to personer ved hjelp av eksponering og responsprevensjon og ACT (aksept- og forpliktelsesterapi)

Pål Skogstad, Ragnhild Orvedal og Monica Vandbakk

Ullevål Universitetssykehus, Avdeling for voksenhabilitering,  
Enhet for miljøbasert behandling

## Resymè

Tradisjonell behandling med eksponering og responsprevensjon (E/RP) ble iverksatt for to personer med alvorlig tvangslidelse. Den ene hadde lett utviklingshemning. E/RP ga gode resultater for begge personene når det gjaldt reduksjon av tvangshandlinger, mens personen med utviklingshemning hadde liten forbedring når det gjaldt tvangstanker. Vi iverksatte derfor strategier basert på aksept- og forpliktelsesterapi (acceptance and commitment therapy, ACT) som supplerende behandling for denne personen. Etter åtte måneder med ACT viste data en tydelig forbedring også når det gjaldt tvangstanker.

Stikkord: Tvangslidelse; OCD; Kognitiv atferdsterapi; Eksponering; Responsprevensjon; ACT

## Innledning

Mennesker med tvangslidelse (OCD) har ofte sterkt forringet livskvalitet. Mange beskriver at de tappes for all energi på grunn av lidelsen. Unngåelsesatferd skaper store begrensninger (Hansen, 2007). Ofte krever personen at de nærmeste skal delta i handlingene (Hansen, 2007). Prevalens av tvangslidelse i den generelle befolkningen er anslått til 2,5 % (Haggai, Zohar, Weizman, Voet & Gross-Isseroff, 1999). Sikre tall for mennesker med utviklingshemning, særlig vesentlig utviklingshemning, finnes neppe (Holden, Løkke, Offernes, Grønnerud, Skogli, Blomseth & Gundhus, 2006). OCD-prosjektet i Bergen i 1998 (Holsten, 2007) viste at i et utvalg på 100 personer hadde 75 % ikke fått behandling og 65 % hadde ikke fortalt om lidelsen til fastlegen. Personer med tvangslidelse viser sjelden spontanforbedring. Uten virksom behandling er det stor fare for kronifisering (Hansen, 2007). Hollander (1997) kaller tvangslidelse for «den skjulte epidemi» og hevder at det går i snitt 17,5 år fra debut til effektiv behandling blir gitt (Hollander, 1997).

Påtrengende tanker, eller tvangstanker, kan være tanker om å skade seg selv eller andre, tanker om plutselig å gjøre noe uakseptabelt, tanker om farlig bakteriesmitte, tvil (om låsing av dører,

---

Kontakt: Pål Skogstad, Ullevål Universitetssykehus, Avdeling for Voksenhabilitering, 0407 Oslo. Telefon 98 66 55 50. E-post: pal.skogstad@uus.no

om ovnen er skrudd av og så videre) eller tanker om at ting må ha en viss orden (Hansen, 2007). Tvangstanker er ikke lystbetonte. Personer med tvangslidelse har vanligvis innsikt, om ikke perfekt, i at tankene og handlingene er unormale og urimelige (Hansen, 2007). Tvangshandlinger nøytraliserer angsten midlertidig og kan være en hvilken som helst innsats som utføres for å kontrollere eller fjerne tanker, forandre betydningen av tanker, forebygge negative hendelser eller hindre fremtidige tvangstanker. Tvangshandlinger er ofte knyttet til vasking eller sjekking (Hansen, 2007). Hos «vaskere» er overdreven rengjøring av hender mest vanlig, men også overdreven dusjing og overdreven husvask er vanlig. Hos «sjekkere» er det vanlig med gjentatt kontroll for å hindre at potensielle farlige situasjoner utvikler seg, ved å sjekke at dører er låst og ovner er skrudd av, og overdreven ryddighet (Hansen, 2007).

Tvangshandlinger kan også være mer privat atferd som å be, telle eller gjenta ord og setninger inni seg. Noen som har tvangslidelse nøytraliserer angsten ved å forsikre seg om andres støtte, som «å se for seg» fagpersoner som forteller at alt er OK. Generell unngåelse av situasjoner som er forbundet med angst, og bruk av distraksjon, som å ha radioen på hele dagen, er også vanlig. Det er oftest et logisk forhold mellom tvangstanker og handlinger. Ved for eksempel angst for smitte er rengjøring ritualet og ved angst for religiøse temaer eller somatisk redsel anvendes bønner, bekjennelse eller andre nøytraliserende ritualer (Hansen, 2007).

Tvangslidelse bør normalt behandles. Følgende kriterier er anbefalt for å igangsette behandling: (1) en opplevelse av angst og annet subjektivt ubehag som skaper alvorlig stress og affekt, (2) tilstedeværelse av meningsløse handlinger og tanker som vedvarer over tid og forekommer minst en time pr. dag og (3) at lidelsen svekker fungering i hverdagen (Holden mfl., 2006).

Hos personer med utviklingshemning kan psykiske lidelser være vanskelige å diagnostisere, også tvangslidelse (Holden mfl., 2006). Viktige utfordringer er at diagnosen normalt ikke skal stilles hvis personen ikke opplever symptomene som et problem og at tvangstanker er vanskelige å kartlegge hos personer med svak verbal fungering. Det er tvilsomt om de svakest fungerende kan ha tvangstanker overhodet. Å diagnostisere tvangslidelse må derfor ofte baseres på et betydelig skjønn (Holden, mfl., 2006). Vi må ta stilling til om selve handlingene ligner på typiske tvangshandlinger og om avbrytelse av handlingene medfører at personen forsøker å gjennomføre tvangshandlingen og samtidig viser angst eller lignende ubehag (Holden mfl., 2006). Dette beskrives i diagnosesystemet DC-LD (Royal college of psychiatrists, 2001), som anbefales i kombinasjon med ICD-10 i diagnostisering av mennesker med utviklingshemning. Hvis personen lider og har svekket fungering kan diagnosen stilles selv om personen ikke har innsikt i problemet (Holden mfl., 2006).

Det finnes flere redskaper for å kartlegge tvangslidelser. Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS) er vanlig (Goodman, Price, Rasmussen, Mazure, Fleischman, Hill, Herninger & Charney, 1989). Skalaen er utviklet for bruk i den generelle befolkningen og har en intervjudel og en sjekklister. Den er ment å måle endringer etter medikamentell behandling og kognitiv atferdsterapi. En variant er beregnet for barn (CY-BOCS). Hovedforskjellen på de to skalaene er at i den siste er spørsmålene formulert enklere (March & Mullen, 2003). Skjemaene gjør det mulig å måle hvor alvorlige tvangstanker og -handlinger er. Y-BOCS og CY-BOCS bør suppleres med varighets- og frekvensmålinger av tvangshandlinger, som gir mer konkrete data på effekt av behandling. Det kan også benyttes subjektiv angstskåring med skala for eksempel fra 1-10, der 1 er ingen angst og 10 er ekstrem og lammende angst. Elektronisk pulsmåling kan også benyttes i evaluering. Det er viktig å evaluere behandling for å dokumentere effekt, justere symptomhierarkiet og motivere personen til å fortsette

behandling.

Kognitiv atferdsterapi (KAT) beskrives ofte som førstevalg i behandling av barn, ungdom og voksne med tvangslidelse (Berg, Rapoport & Wolff, 1989). KAT er basert på en logisk sammenheng mellom lidelsen og behandlingen (Foa & Kozak, 1985). Hovedelementene er eksponering og responsprevensjon (E/RP). E/RP har vært anvendt mot tvangslidelser siden 1960-årene (Meyer, 1966) og er den eneste psykologiske behandling som oppfyller kriteriene for empirisk basert behandling (Rowa, Antony & Swinson, 2000; Øst, 2008). Eksponering er å utsette personen for angstvekkende situasjoner. Situasjoner må tilrettelægges slik at de passer for hver person. Utføres tvangshandlinger ved minste antydning til skittenhet, så utsettes personen for skitt. Er det snakk om tvangstanker kan en bevisst tenke på dem (Holden mfl., 2006). Responsprevensjon innebærer at personen forblir i situasjonen og lar være å utføre tvangshandlinger. Dette må skje lenge nok til at angstreduksjon finner sted (Holden mfl., 2006). Av klienter som fullfører behandling med E/RP oppnår ca. 80 % vesentlig symptomreduksjon (Marks, Leilliot, Basoglu, Noshirvani, Monteiro, Cohen & Kasvikis, 1988). De kognitive elementene i KAT innebærer strategiske samtaler for å få en bedre allianse med personen, komme i posisjon til å iverksette behandling, forebygge tilbakefall og gjør det mulig å identifisere parallelle problemer (Hansen & Vogel, 2006).

Farmakoterapi kan hjelpe mot tvangslidelse. I dag brukes mest selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) (Holden mfl., 2006). Ca. en tredjedel har god effekt av medikasjon, like mange har moderat effekt og like mange har ingen effekt. Symptomene forsvinner sjelden og «god effekt» er 25-45 % reduksjon av symptomer (Holden mfl., 2006). Bivirkninger av SSRI er sjelden alvorlige, men ca. 10 % har store bivirkninger og avbryter behandling tidlig (Holden mfl., 2006). Effekten av farmakoterapi er best ved tvangstanker og effekten er vesentlig bedre hvis medikasjon kombineres med atferdsterapi (March, Mulle & Herbel, 1994). Særlig hvis tvangshandlinger dominerer anses E/RP som førstevalg.

Spesielle utfordringer i behandling av tvangslidelse hos personer med utviklingshemning kan være problemer med å forstå hva eksponering og responsprevensjon går ut på. Behandleren må prøve seg mer frem, ut fra reaksjoner hos personen. Dette medfører mer vekt på utprøving og hypotesetesting enn på personens vurdering og beskrivelse av egne tanker og egen tilstand (Holden, mfl., 2006).

Aksept- og forpliktelseseterapi (Acceptance and commitment therapy, ACT) kan være et alternativ til KAT. Hayes (2003) mener at KAT er for opptatt av å endre tankers form og innhold og i for stor grad har et «ut med det vonde og inn med det gode»-perspektiv. I ACT og annen «mindfulness»-basert kognitiv atferdsterapi er det et viktig prinsipp ikke å stritte imot i dette tilfellet tvangstanker og angst. Tvert om kan det oppleves og aksepteres, og personen kan øve på å ta mindre hensyn til det (Holden, mfl., 2006). Atferdsterapi i form av E/RP benyttes ofte i forlengelsen av ACT-behandling.

Denne artikkelen presenterer behandlingstiltak for to personer med alvorlig tvangslidelse. En av dem hadde lett utviklingshemning. Tradisjonell behandling i form av E/RP ble iverksatt for begge. Hos personen med lett utviklingshemning ble dette supplert med ACT. All kartlegging og behandling har skjedd i regi av forfatterne.

## Behandling for den første deltakeren

### Metode

#### *Deltaker*

Deltaker var en kvinne først i tjuårene med lett utviklingshemning og diagnosen F42.2, blandede tvangstanker og -handlinger. Diagnosen var stilt av psykiater noen år før. Hun bodde i egen leilighet og hadde tilrettelagt arbeid og voksenoppplæring noen timer ukentlig. Hun fikk omtrent en time boveiledning pr. dag. Leiligheten hun bodde i var tilknyttet en personalbase. Kvinnen var ikke medisineret for tvangslidelsen i perioden med behandling, men hadde forsøkt medisiner noen år forut. Medisineringen ble avsluttet på grunn av bivirkninger, og det var ikke rapportert noen merkbar effekt på tvangslidelsen. Kvinnen hadde ikke forsøkt annen type behandling for lidelsen og problemene var økende i form av isolering og manglende deltakelse i samfunnet.

#### *Kartlegging og analyse*

Før behandlingen kartla vi tvangslidelsens omfang på bakgrunn av samtaler med pårørende, kvinnen selv og andre nærpå personer. Vi foretok direkte observasjoner og enkelte tester i naturlige situasjoner for å utelukke tics-forstyrrelser og andre repeterende atferdsforstyrrelser. Testene gikk ut på å eksponere kvinnen for vanskelige situasjoner hvor det var sannsynlig at angst oppsto. Eksponering avdekket et synlig ubehag som gjorde det lite sannsynlig at handlingene var en del av andre atferdsforstyrrelser. Vi gjennomførte CY-BOCS før, under og mot slutten av behandlingsperioden. Vi utarbeidet også skjemaer der atferdskjeder var spesifisert og kvinnen skåret sitt subjektive angstnivå fra 1 (ingen) til 10 (ekstremt) for hver gjennomført eksponering i kjeden. Personalet registrerte hennes puls før og etter hver eksponering ved hjelp av pulsmåler. Progresjon og endringer i behandling skjedde løpende ved ukentlige møter med utgangspunkt i evaluering av data, hjemmelekser og registreringer utført av kvinnen selv.

Kvinnen viste tvangshandlinger i form av overdreven opptatthet av hvordan ulike objekter ble plassert og hvordan bestemte lyder skulle høres ut. Hun kunne for eksempel bruke opptil en halvtime for å sette vaskemiddel på plass ved å gjenta bevegelsen til den opplevdes som tilfredsstillende. Når hun hadde ringt til noen og opplevd at ringelyden ble «feil», måtte hun etterpå ringe numre der ingen svarte, slik at det kunne ringe til ringelyden ble «perfekt».

Kvinnen hadde tvangstanker i form av gjentatte tanker om at forferdelige hendelser kunne inntreffe. Når tankene kom, måtte hun si ord eller setninger inni seg til angsten avtok. Å se på gjenstander eller utføre bevegelser til de ble «perfekte» var andre tvangshandlinger som nøytraliserte angst når de foruroligende tankene oppsto. Hun hadde også tanker om at det kunne begynne å brenne eller komme innbruddstyver. For å nøytralisere disse tankene måtte hun sjekke komfyrbrytere og lignende.

Registreringer og rapporter viste at det var stor variasjon i forekomst fra dag til dag, men at tiden som gikk med til tvangshandlinger kunne vare fra én til syv-åtte timer daglig. Kvinnen klarte ikke å registrere selv når hun var sterkt preget av tvang og hadde heller ikke særlig begrep om tid i disse periodene. Det ble rapportert at tvangslidelsen både forstyrret hverdagen og virket invalidiserende i lange perioder. Lidelsen hadde vart i flere år, men det skjedde en drastisk forverring sist i tenårene.

Kvinnen benyttet andre personer som hoveddistraksjon og fortalte at soving, TV-titting

og bading kunne bidra til å holde tvangen unna i kortere perioder. Hun hadde mange strategier for å unngå ubehagelige situasjoner, som å bruke synonymer for ord hun var redd for å få «oppheng» i, få andre til å si og gjøre vanskelige ting og lignende. Hun hadde imidlertid få strategier når ubehaget først var der. Hun så ut til å ha et behov for å få eliminert ubehaget umiddelbart, og klarte ikke å utsette tvangshandlinger. Hun opplevde også at tankene og handlingene var unormale og meningsløse. Ellers viste hun liten innsikt, i den forstand at hun ikke oppfattet handlingene som ulogiske, og klarte ikke å vurdere langsiktige konsekvenser av sin atferd.

### *Setting*

Trening ble gjennomført i kvinnens leilighet og på andre arenaer der tvangshandlinger forekom. Av praktiske hensyn ble ACT-samtalene gjennomført hjemme hos henne i starten og på arbeidsplassen senere.

### *Rammer*

I første fase trente kvinnen fire timer daglig mandag-fredag. Reell treningstid pr. dag var omtrent to timer, resten av tiden brukte terapeuter til forberedelser og evalueringer. Det var i tillegg avsatt en time ukentlig for henne til evaluering sammen med personalet. Utover i behandlingsperioden ble mer av treningstiden gjort om til egen trening. Treningstiden totalt var den samme, men hun trente mer alene. Etter åtte måneder startet vi ACT-behandling med en økt á 45 minutter pr. uke. Denne ble gjennomført av en fast terapeut.

### *Behandling – terapeutassistert E/RP og ACT*

Mål med behandlingen var at kvinnen skulle eksponere seg for stimuli som utløste angst, og la være å utføre tvangshandlinger. Hun skulle også lære å mestre dette på egenhånd, for å opprettholde eventuelle effekter etter at behandlingen var avsluttet.

*Fase 1, eksponeringsbehandling*, skjedde i kvinnens hjemmemiljø med utgangspunkt i et hierarki som omfattet ulike tvangshandlinger. Vi utarbeidet skriftlige atferdskjeder for daglige gjøremål som matlaging, rengjøring og handling som var forbundet med tvangshandlinger. All gjennomføring av kjedene var assistert av personalet og alle atferdskjeder var beskrevet i detalj for henne. Teksten som beskrev hver delhandling i kjedene fungerte som avbrytelse av potensielle ritualer. Det ble vekslert mellom fire-fem atferdskjeder som ble gjennomført daglig. Kriteriet for mestring var et stabilt angstnivå, under 5, og at pulsen lå stabilt nær hvilepuls. Ved mestring gjennomførte hun kjedene som ledd i opprettholdelse, og nye kjeder ble innført. I tillegg trente hun ca. en time daglig på å lese, si og høre «vanskelige» ord og setninger som var forbundet med tvangsmessig gjentakelse eller unngåelse. I starten valgte terapeuten ord og setninger, men etter hvert foreslo kvinnen selv hva det var nødvendig å trene på. Parallelt innførte vi et hjelpemiddel i form av en regel som var skrevet på et kort. Regelen bestod av fire ledd: (1) Stopp opp, (2) ta ett skritt fram, (3) tell til ti, og (4) fortsett med neste aktuelle handling. Regelen ble etablert for å øke sannsynligheten for responsprevensjon og hun hadde alltid kortet med seg. Ved forekomst av tvangshandlinger (gjentakelse) brukte hun kortet for å avbryte tvangshandlingen. I starten særtrente hun på bruk av kortet ved hjelp av arrangerte høyrisikosituasjoner for angst og tvang. Etter hvert benyttet hun kortet i naturlige angstframkallende situasjoner for å komme videre. Tiltakene i fase 1 ble gjennomført daglig i ca. åtte måneder.

*Fase 2, ACT-behandling*, ble gjennomført ukentlig de neste seks månedene. Målet var

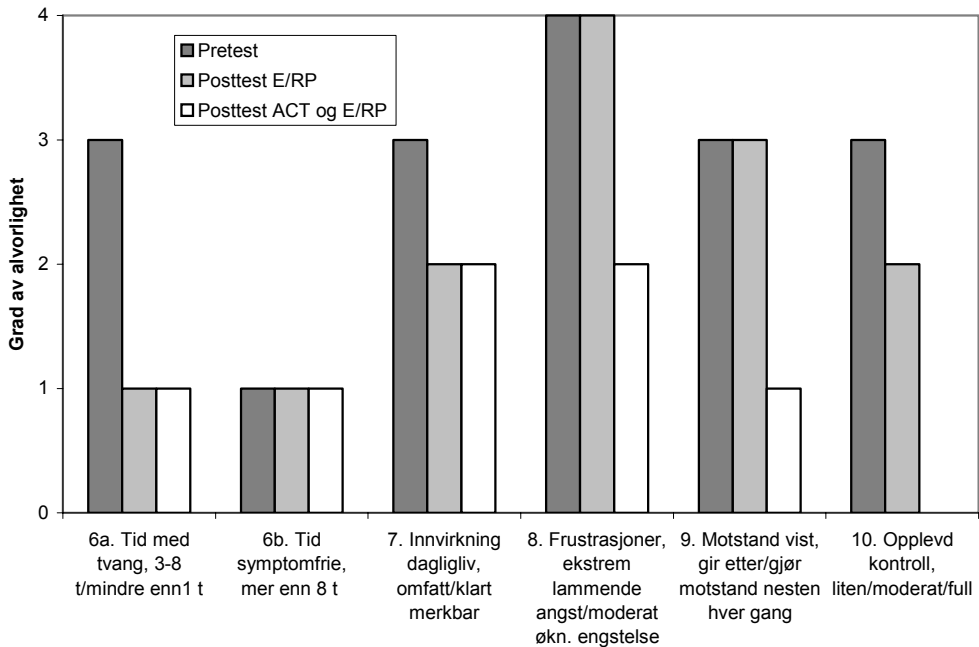
at hun skulle oppleve lidelsen som mindre hemmende og atoppslukende. E/RP fortsatte, men med mer vekt på egetrening. ACT ble i stor grad utført etter selvhjelpsboken *Get out of your mind and into your life* (Hayes & Smith, 2005). Vi utarbeidet et «hjelpkort», tilsvarende kortet med regel for avbrytelse, som hun benyttet ved tvangshandlinger. Hjelpkortet skulle bidra til desensitivisering av angst og lignende ubehag, og til aksept av tvangstankene gjennom en regel for eksponering. Ved forekomst av tvang skulle hun «se for seg» at hun (1) satt ved bredden av en elv, (2) så løvblader som dalte ned i elven, (3) på hvert løvblad så hun «bildet» av tvangstanken, (4) hun fulgte løvbladet med bildet av tvangstanken som fløt nedover elven med blikket og (5) repeterte så dette flere ganger (Hayes & Smith, 2005).

## Resultater

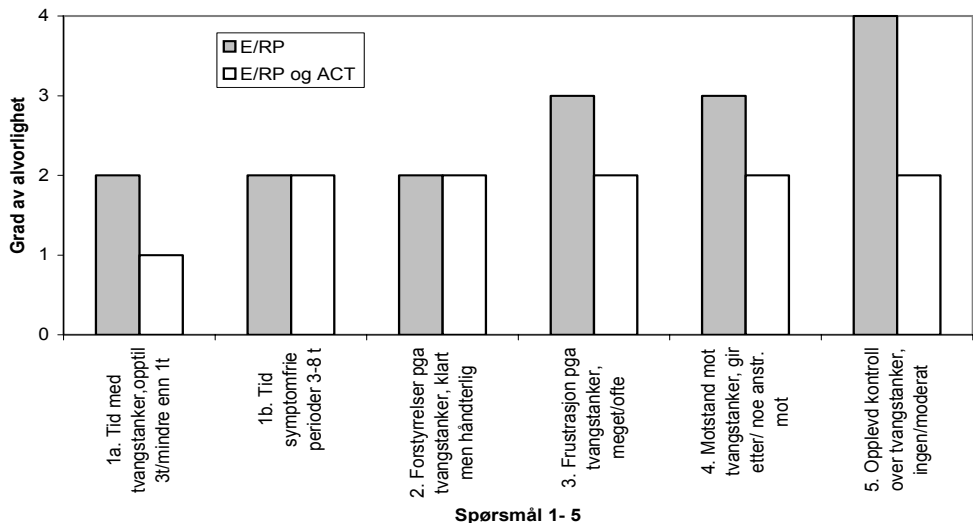
Tid som kvinnen brukte til tvangshandlinger kunne være fra tre til åtte timer hver dag før behandling med E/RP (område 6a). Etter behandlingsfase 1 var tiden redusert til under en time pr. dag. Dette vedvarte også etter at fase 2 (ACT + E/RP) var gjennomført. Tiden uten symptomer var mer enn åtte timer daglig (6b) både før og etter behandlingsfase 1. I hovedsak var dette den tiden hun var på arbeid eller skole. Det ble sjelden registrert tvangshandlinger når kvinnen var sammen med andre. Innvirkning på dagliglivet ble skåret som omfattende før behandling (område 7). Både område 6 og 7 var uendrede etter ACT + E/RP-fasen. Kvinnen viste en ekstrem og lammende frustrasjon (område 8) knyttet til tvangshandlinger både før og etter behandlingsfase 1. Etter behandlingsfase 2 var frustrasjonsnivået redusert til mindre alvorlig. Det ble registrert samme manglende motstand mot tvangshandlinger før og etter E/RP alene, men motstand økte tydelig etter behandling med ACT og E/RP. Opplevd kontroll over tvangshandlinger var liten før behandling, moderat etter E/RP alene og full etter fasen med ACT og E/RP i kombinasjon (figur 1).

Figur 2 viser forekomst av tvangstanker etter behandling med E/RP alene og etter behandling med E/RP i kombinasjon med ACT. Kvinnen kunne ha tvangstanker i opptil tre timer om dagen før kombinasjonsbehandling med E/RP og ACT. Etter denne behandlingen rapporterte hun at tvangstanker forekom mindre enn en time pr. dag (område 1a). Etter behandling med E/RP alene hadde hun symptomfrie perioder fra tre til åtte timer om gangen. Etter kombinasjonsbehandlingen var dette uendret (område 1b). Forstyrrelser som hun opplevde på grunn av tvangstanker var moderate både før og etter begge behandlingsformene (område 2). Frustrasjon på grunn av tvangstanker var alvorlige etter behandling med E/RP alene og moderate etter kombinasjonsbehandling (område 3). Kvinnen ga i stor grad etter for tvangstankene etter behandling med E/RP alene og utøvde større motstand etter kombinasjonsbehandling (område 4). Opplevd kontroll over tvangstanker var ingen etter E/RP alene og moderat etter kombinasjonsbehandling med E/RP og ACT (figur 2).

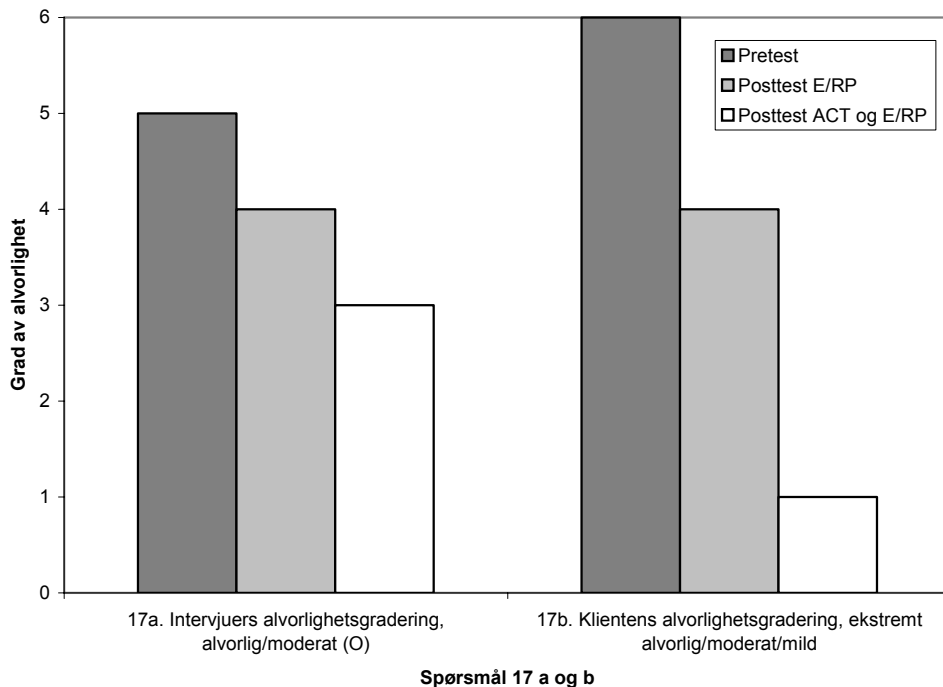
Intervjuerens bedømmelse av lidelsens samlede alvorlighetsgrad gikk fra alvorlig før behandling, moderat/alvorlig etter E/RP og moderat etter ACT. Hennes egen vurdering gikk fra ekstremt alvorlig til moderat alvorlig og til ubetydelig etter ACT-fasen.



Figur 1. Skåre på delområder i CY-BOCS som omhandler alvorlighetsgrad av tvangshandlinger før og etter behandling med E/RP, og etter behandling med E/RP og ACT i siste fase. Grad av alvorlighet vises på en skala fra 0 til 4 (0 er ingen grad, 1 er mild/merkbar, 2 er moderat, 3 er meget alvorlig og 4 er ekstrem).



Figur 2. Skåre på delområder i CY-BOCS som omhandler alvorlighetsgrad av tvangstanker før og etter behandling med ACT og E/RP. Grad av alvorlighet vises på en skala fra 0 til 4 (0 er ingen grad, 1 er mild/merkbar, 2 er moderat, 3 er meget alvorlig og 4 er ekstrem).



Figur 3. Skåre på delområder i CY-BOCS som omhandler både en klinisk og en subjektiv vurdering av alvorlighetsgrad av tvangslidelsen før og etter behandling med E/RP, og etter behandling med E/RP og ACT. Delområdet viser også vurdering av den totale forbedringen etter første og andre fase av behandling.

## Diskusjon

Behandlingen ga særlig to viktige endringer: Den ene er at kvinnen ikke lenger unngikk potensielt vanskelige situasjoner. Hun var for eksempel lite alene og forsøkte å unngå det før behandling startet, fordi tvangslidelsen var mest problematisk da. I løpet av behandlingen klarte hun å være mer hjemme alene. Den andre er at tvangshandlinger ikke lenger forekom. Hun rapporterte fortsatt tvangstanker, men de var sjeldnere enn før. Resultatene viser at tvangshandlinger som hadde med usikkerhet å gjøre, bl.a. sjekking, var helt borte. Derimot forekom «forbudte» tanker og tanker om forferdelige hendelser med påfølgende «indre mentale» tvangshandlinger fortsatt. Aktiviteter utenfor leiligheten som hun tidligere unngikk, som å gå i butikk, ble gjennomført uten vansker. Gjennomføring av gjøremål i leiligheten var ikke lenger preget av tvangshandlinger. Hun utførte aktiviteter som hun tidligere unngikk, som å lage middag selv, og gjennomførte alt i alt flere aktiviteter. Hun var ikke lenger opptatt av å skjule sine tvangssymptomer og kunne snakke åpent om sine problemer med tvang.

Resultatene tyder på at ACT var nødvendig for å redusere det ubehaget tvangstankene ga. Hvorvidt forbedringen kan tillegges ACT alene, er usikkert, da E/RP foregikk samtidig. Det kan ikke utelukkes at det først og fremst var mer tid til E/RP som skulle til for å få effekt. Det er likevel vår vurdering at ACT tilførte noe nytt i behandlingen som var nødvendig i dette tilfellet.



Ellers er det verdt å drøfte noen mulige konsekvenser av hennes utviklingshemning. For det første kan utviklingshemningen ha bidratt til at motivasjon for behandling varierte: I perioder med mye tvangssymptomer var hun motivert. Når symptomene var mindre uttalte, ville hun gjerne utsette trening. På den annen side er dette heller ikke uvanlig hos andre personer som mottar behandling. I dette tilfellet virket det av og til som om kvinnen manglet innsikt i at problemene trolig ville komme tilbake, og klarte ikke å beskrive langsiktige konsekvenser. Et annet moment er at hun vurderte tvangslidelsen som mindre alvorlig enn det terapeuten gjorde. Dette kan skyldes lite symptomer på testtidspunktet, men også manglende innsikt på grunn av utviklingshemming.

## Behandling for den andre deltakeren

### Metode

#### *Deltaker*

Deltaker var en kvinne i slutten av tjuetårene med diagnosen F42.2 Blandede tvangstanker og -handlinger. Hun brukte Zolof 200 mg foreskrevet av fastlege. Hun hadde brukt Zolof i ett år forut for behandling med E/RP, og brukte samme dose før og under hele behandlingsperioden. Kvinnen var student og bodde i egen leilighet.

#### *Kartlegging og analyse*

Vi foretok observasjoner og innhentet informasjon fra kvinnen selv og pårørende. På bakgrunn av denne informasjonen gjennomførte vi eksponeringstester i antatt angstfremkallende situasjoner for å kartlegge omfanget av tvangslidelsen. I starten av behandlingen tok vi en Y-BOCS, som samme intervjuer gjentok i slutten av behandlingen. Kvinnen selv registrerte varighet og hyppighet av håndvask.

Ifølge kvinnen oppsto tvangstankene etter en tannbehandling der hun mente det hadde kommet en farlig gift/bakterie i en fylling som var skiftet. De angivelige bakteriene hadde spredd seg. Hun hadde skiftet alle fyllingene uten å få mindre angst. I tillegg hadde hun tvangstanker om å bli HIV-smittet. For å hindre smitte vasket hun hendene hyppig og hadde omfattende ritualer med håndvask. Etter berøring av antatt smittede gjenstander måtte hun umiddelbart vaske hendene eller lot være å benytte hendene før hun hadde vasket dem. Håndvask medførte store sår og sprekker på hendene.

Kvinnen unngikk berøring av antatte smitekilder. Hjemme klarte hun ikke å vaske opp, vaske klær, gjøre rent eller kaste søppel. Måltidene var preget av ritualer og hun benyttet engangs bestikk, glass og tallerkener. Hun brukte albue, knær eller føtter for å skru på lys- og komfyrbryter og åpne skapdører. Hennes mor gjorde det meste av renhold i leiligheten. Symptomene påvirket sosial kontakt med andre, og studier, i ekstrem grad. Kvinnen beskrev selv at det meste av tiden gikk med til tvangstanker og -handlinger. Hun viste relativt god innsikt i lidelsen i den forstand at hun forstod at mange av ritualene og tankene var meningsløse.

#### *Setting*

Behandling startet i kvinnens leilighet, og etter hvert i området og rundt lokalet til den aktuelle tannlegen.

### *Rammer*

Ved oppstart av eksponering trente kvinnen hver dag, mandag-fredag i ca. to timer, veiledet av terapeut. I tillegg fikk hun hjemmeoppgaver hvor hun skulle trene en-to ganger pr. dag, inkludert helger, alene. I opprettholdelsesfasen av behandlingen ble det holdt faste evalueringsmøter mellom klient og terapeut. Møtene ble brukt til å planlegge egentrening og rapportering. Behandlingen varte ett år, og det var avsatt noen måneder med oppfølging for å sikre opprettholdelse.

### *Behandling – terapeutassistert E/RP og hjemmeleker/legentrening*

*Eksponeringsbehandling* startet i kvinnens leilighet. Vi utarbeidet et angsthierarki (March & Mulle, 2003). For hvert område i hierarkiet ble det utarbeidet atferdskjeder. Hver atferdskjede spesifiserte de ulike stimuliene som hun skulle eksponere seg for. Ved oppstart av behandlingen var målet at kvinnen skulle klare å berøre gjenstander ved å bruke hele hånden, eventuelt begge hender, og ved å holde på gjenstanden og/eller utføre en handling over en lengre tid. Ved oppnådd mestring trente hun på en ny atferdskjede. Etter at hun mestret samtlige atferdskjeder innenfor de ulike områdene i hierarkiet utarbeidet vi en atferdskjede som inkluderte gjenstander fra hele leiligheten. I denne fasen av behandlingen spesifisert vi også atferdskjeder innenfor ulike huslige gjøremål som å vaske gulv, vaske tøy, henge opp tøy og vaske opp. Mestring ble definert ved at kvinnens subjektive angstskåre i atferdskjeder var under 5 (på en skala fra 1-10) over gjentatte eksponeringer.

Vi foretok vilkårlige eksponeringstester i løpet av behandlingsperioden for å sjekke at ikke nye situasjoner utløste angst.

Parallelt med at terapeutene var til stede når kvinnen gjennomførte eksponering, utførte hun egentrening der hun eksponerte seg for samme atferdskjede alene. Etter hvert spesifiserte hun selv hvilke stimuli hun skulle eksponere seg for. Hun utførte en til to eksponeringstreninger pr. dag der hun gjennomførte ulike oppgaver som hun tidligere ikke klarte, som å kaste søppel.

Etter at hun mestret de ulike atferdskjedene og utførte daglige gjøremål hjemme startet vi eksponeringstrening ved tannlegens lokaler. Også her utarbeidet vi en atferdskjede basert på lavest til høyest grad av angst i kjeden. Atferdskjeden startet med å gå rundt i området hvor tannlegen hadde kontor, til å gå til tannlegens kontor. I kjeden la vi inn eksponering for ulike stimuli som det var sannsynlig at tannlegen hadde tatt på, som postkasse og dørhåndtak.

Responsprevensjon gikk ut på at kvinnen skulle utsette håndvask gradvis etter en plan. Dette innebar både utsettelse av håndvask etter å ha tatt på gjenstander som var forbundet med tvangstanker, og gradvis kortere varighet på håndvask.

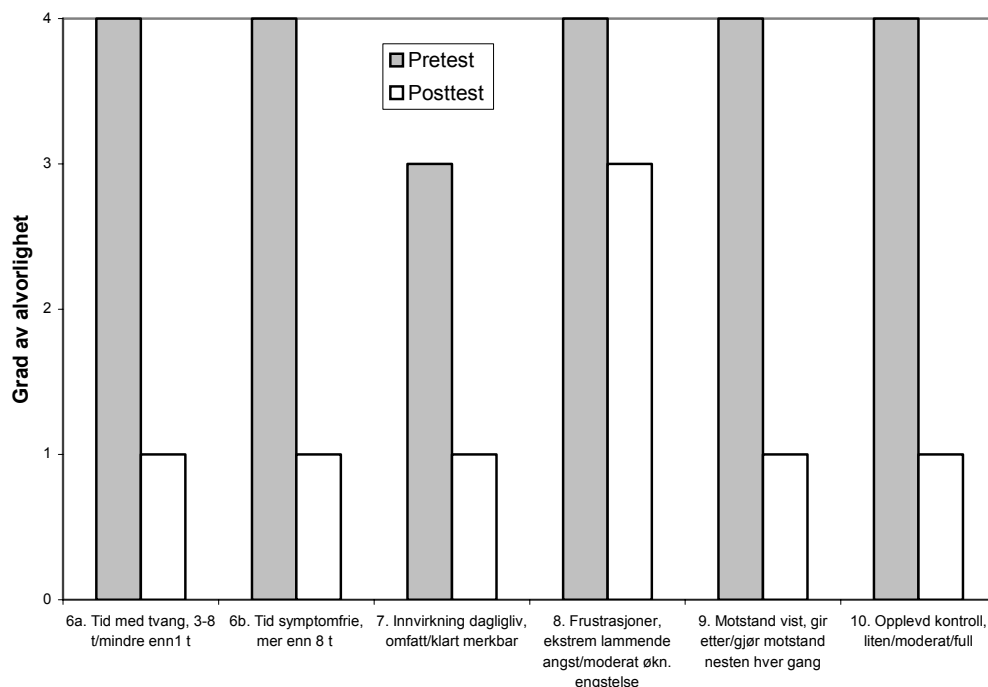
Ved start av eksponeringsbehandling var det en gradvis utsettelse i tid på å vaske hendene etter eksponering. De første gangene satt hun med hendene knyttet i fanget i omtrent ti minutter før hun vasket seg. Etter hvert klarte hun å ha hendene åpne i ti minutter før hun vasket dem. Videre progresjon var å berøre ulike gjenstander etter eksponeringstreningen, samtidig med at tiden på intervallet før hun fikk anledning til å vaske hendene økte. Tiden på hver håndvask skulle ikke overskride 25 sekunder. Vi laget et registreringsskjema for dette som hun administrerte selv.

Kvinnen forsøkte stadig å benytte fagpersoner, familie og venner for å bekrefte eller avkrefte tvangstanker om smitte. Hun var opptatt av om hun tenkte riktig eller galt om hvordan bakteriene kunne smitte fra gjenstand til gjenstand og til mennesker. Bekreftelse

eller avkrefte ga midlertidig reduksjon av angst. Hun ga også ulike begrunnelser for å unngå aversive situasjoner som var knyttet til hennes tvangslidelse. Elementer fra ACT ble benyttet ved at vi ikke bekreftet eller avkreftet kvinnens spørsmål, for å eksponere til angstfremkallende situasjoner og å bryte ritualer. Nærpersoner ble informert og instruert slik at kvinnen måtte «leve i uvisshet» om sine teorier om bakteriesmitte. Progresjon og endringer i behandling ble gjort løpende med utgangspunkt i evaluering av data, hjemmeoppgaver og registreringer utført av kvinnen selv.

## Resultater

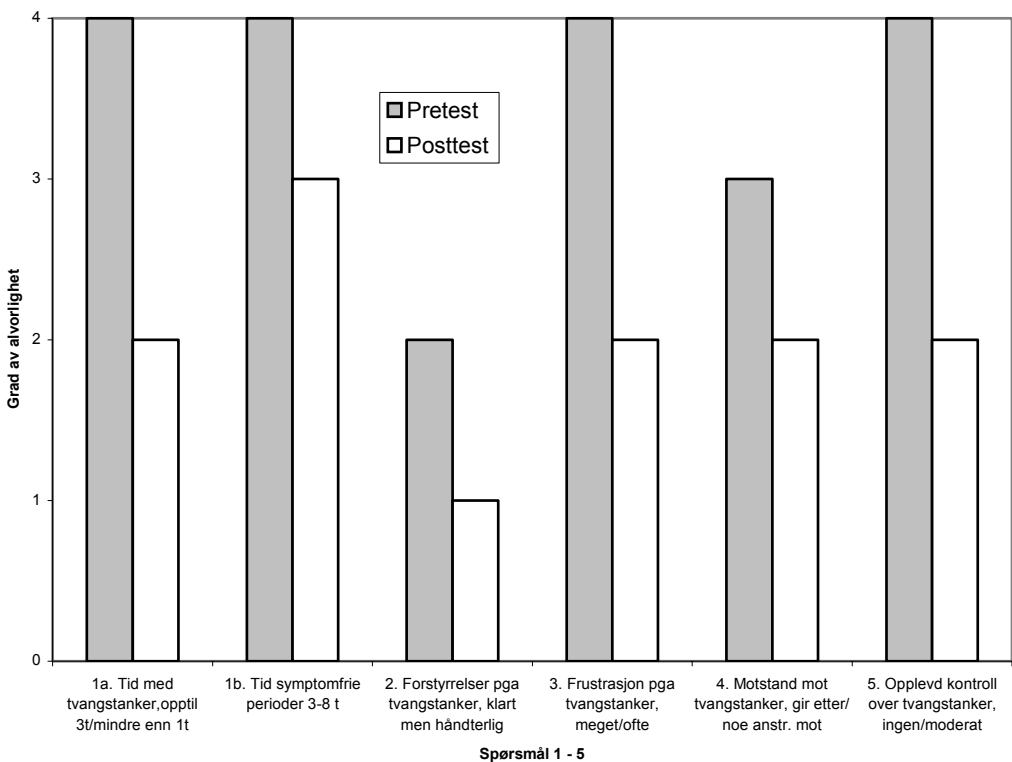
Samtlige mål på tvangshandlinger indikerer bedring fra pre- til posttest (figur 4). Tid som hun brukt til tvangshandlinger (område 6a) var mer enn åtte timer pr. dag før behandling. Etter behandling var tiden redusert til under en time pr. dag. Tid uten symptomer var under tre timer pr. dag før behandling, og opptil åtte timer etter behandling (område 6b). Innvirkning på dagliglivet var omfattende før behandling og mild etter behandling (område 7). Kvinnen forsøkte ikke i det hele tatt å motstå tvangshandlinger før behandling, men klarte det nesten alltid etter behandling (område 9). Hun opplevde liten kontroll over tvangslidelsen før behandling, og full kontroll etter behandling (område 10). Det var mindre forskjeller før og etter behandling når det gjaldt frustrasjoner og grad av angst knyttet til tvangshandlinger (område 8), fra lammende til moderat.



### Spørsmål 6-10

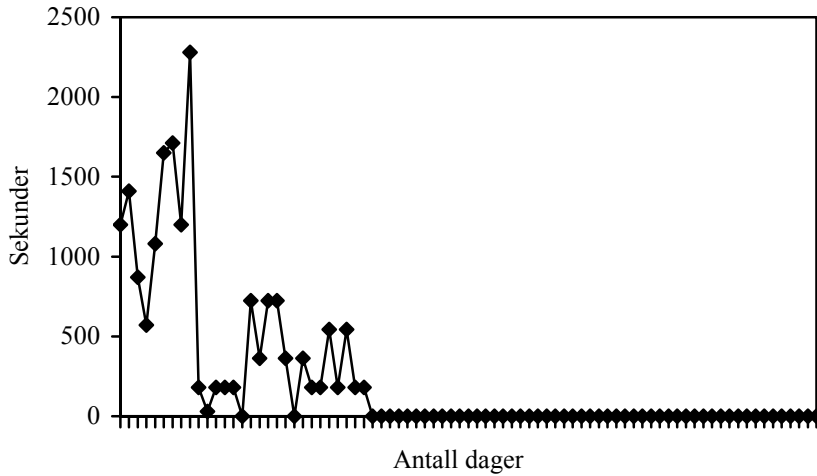
Figur 4. Skåre på delområder i Y-BOCS som omhandler alvorlighetsgrad av tvangshandlinger før og etter behandling med E/RP. Grad av alvorlighet vises på en skala fra 0 til 4 (0 er ingen grad, 1 er mild/merkbar, 2 er moderat, 3 er meget alvorlig og 4 er ekstrem).

Kvinnen kunne ha tvangstanker i opptil tre timer pr. dag før behandling, mens hun etter behandling hadde tvangstanker i mindre enn en time daglig i snitt (område 1a). Før behandling hadde hun sjelden symptomfrie perioder mer enn tre timer om gangen. Etter behandling meldte hun om opptil åtte timer uten symptomer pr. dag (område 1b). Grad av forstyrrelser som hun opplevde på grunn av tvangstanker ble skåret som moderate før behandling, og milde, men håndterlige, etter behandling (område 2). Frustrasjon i forbindelse med tvangstanker ble skåret som ekstreme før behandling, og moderate etter behandling (område 3). Kvinnen ga i stor grad etter for tvangstankene før behandling, og utøvde større motstand etter behandling (område 4). Opplevd kontroll over tvangstanker ble skåret som ingen før behandling og moderat etter behandling (område 5).



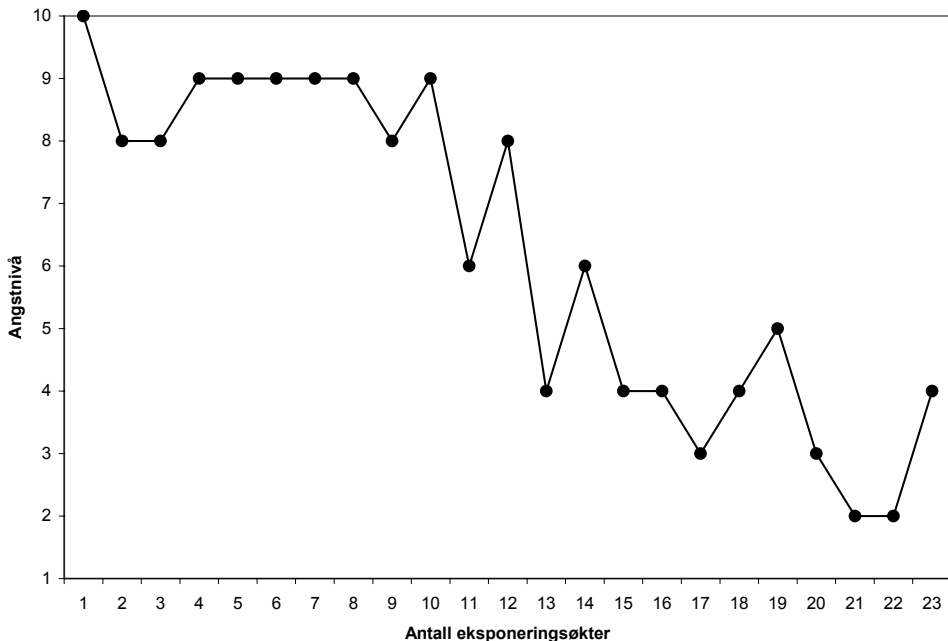
Figur 5. Skåre på delområder i Y-BOCS som omhandler alvorlighetsgrad av tvangstanker før og etter behandling med E/RP. Grad av alvorlighet vises på en skala fra 0 til 4 (0 er ingen grad, 1 er mild/merkbar, 2 er moderat, 3 er meget alvorlig og 4 er ekstrem).

Figur 6 viser at kvinnen hadde en reduksjon i varighet av «vask av hender» fra opptil 40 minutter pr. dag før behandling til ingen forekomst av overdreven vasking etter. (Normal håndvask etter toalettbesøk og håndvask før måltider ble ikke registrert når de varte under 25 sekunder.) Denne reduksjonen skjedde i løpet av 30 dager etter start av eksponeringsbehandling (figur 6).



Figur 6. Varighet og frekvens av overdreven håndvask i første måned med behandling.

Figur 7 viser kvinnens angstnivå for hver treningsøkt når det gjaldt å berøre tannlegeskiilet. Hun startet med et angstnivå på 10 (lammende angst), og de ni siste treningsøktene viste et angstnivå under 5. Samtlige registreringer av angstnivå for hver gjennomførte eksponering i de ulike atferdskjedene viste det samme mønsteret. Angstnivået gikk fra 10, som er maksimalt, til mellom 2 og 4 som er mildt/lavt, i løpet av 20-30 eksponeringer.



Figur 7. Kvinnens subjektive angstsåre under eksponering for angstutløsende stimuli for en spesifikk delhandling (ta på tannlegeskiilet) i eksponeringstrening mot slutten av behandlingen.

## Diskusjon

Kvinnen oppnådde kraftig reduksjon særlig av tvangshandlinger. Hun rapporterte imidlertid fortsatt høy grad av angst/frustrasjoner etter behandling. Kvinnens mor ble alvorlig syk og kvinnen var preget av dette på tidspunktet hvor siste Y-BOCS ble utført. Ut fra hennes egne tilbakemeldinger så det ut til at høy skåre på angst/frustrasjon og tid på dette i Y-BOCS ikke var knyttet til tvangshandlinger eller tvangstanker. Registreringer av angstnivå i eksponeringstreningene viste ikke økt angstnivå. Dette kan underbygge hennes egen oppfatning om at de høye skårene i Y-BOCS var knyttet til mors sykdom. Hun hadde benyttet medikamenter i flere år, men vurderte dem som lite effektive mot tvangstanker, og hun vurderte E/RP som vesentlig mer effektivt. Effekten av medikasjonen var antakelig stabil i løpet av perioden med E/RP. Resultater både for tvangstanker og -handlinger må derfor tilskrives behandlingen med E/RP.

Behandling med E/RP ga gode resultater også for tvangstanker, og kvinnen rapporterte lite ubehag knyttet til slike tanker etter behandling.

I sum viser data at behandlingen var vellykket. I tillegg begynte hun på høgskole igjen, fulgte normert studieplan og gjenopptok sitt sosiale liv med venner. Leiligheten var tidligere svært preget av lite renhold og orden. Etter behandling var renhold og orden normalt. Ett år etter avsluttet behandling var symptomene minimale og hun fungerte normalt.

## Generell diskusjon

For begge deltakerne hadde E/RP bedre effekt på tvangshandlinger enn på tvangstanker. For den første deltakeren var effekten av E/RP på tvangstanker begrenset. Når behandling også inkluderte ACT, var effekten på tvangstanker noe bedre.

Tallrike studier viser at E/RP er svært effektivt mot tvangslidelse i befolkningen generelt (Abramowitz, 1997; Berg, mfl., 1989; Marks mfl., 1988; Rowa mfl., 2000). Det er imidlertid behov for mer forskning på behandling av tvangslidelse ved hjelp av E/RP hos mennesker med bl.a. utviklingshemming og autismedforstyrrelser. I denne studien hadde E/RP god effekt på tvangshandlinger for deltakeren med utviklingshemning. ACT, med praktiske øvelser, var imidlertid trolig et vesentlig bidrag til resultatene når det gjaldt tvangstanker. En generell mulighet er å starte med E/RP, og supplere med ACT hvis E/RP ikke har tilstrekkelig effekt. Dette trenger ikke bare å gjelde for personer med utviklingshemning. Det er likevel behov for å dokumentere dette bedre.

Begge deltakerne trengte direkte assistanse fra terapeut i forbindelse med E/RP. Trolig var dette en forutsetning for de gode resultatene for begge deltakerne. For mange klienter med tvangslidelse er det begrenset kontroll med behandlingen. Behandling krever også sterk motivasjon og egeninnsats. Terapeutassistert E/RP gir bedre kontroll med at klienten faktisk får den forskrevne behandlingen, fordi terapeuten er til stede og observerer. Dette kan ha bidratt til relativt gode resultater i denne studien. Det var likevel begrenset kontroll med behandlingen, ettersom terapeutene var til stede ved langt fra all trening i det daglige. Dette er en begrensning når det gjelder å vite hva effektene skyldes, som i mange andre tilsvarende studier. En annen begrensning ved studien kan være bruk av Y-BOCS som måleredskap. Redskapet er intervjubasert og har derfor begrensninger sammenlignet med konkrete atferdsmålinger. Det vil alltid være komplisert å registrere tvangstanker. I denne studien brukte vi også konkret

atferdsmåling, nærmere bestemt av håndvask hos en av deltakerne. Disse samsvarte med hva Y-BOCS viste for denne deltakeren. Alt i alt mener vi at vi har dokumentert vellykket behandling for to klienter. Vi har også lagt vekt på å beskrive behandlingen konkret og detaljert.

## Referanser

- Abramowitz, J. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44–52.
- Berg, C., Rapoport, J. & Wolff, R. (1989). Behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder in childhood. I J. Rapoport (red.). *Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents* (ss. 169–185). Washington, DC: American Psychiatric Press
- Foa, E. & Kozak, M. (1985). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 90*, 20–35
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L., Herninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development use and reliability. *Arch Gen Psychiatry, 46*, November, 1006-1011
- Haggai, H., Zohar, J., Weizman, A., Voet, H. & Gross-Isseroff (1999). Orbitofrontal cortex dysfunction in obsessive-compulsive disorder? *European Neuropsychopharmacology, 9*, 415-420
- Hansen, B. & Vogel, P. A. (2006). En metakognitiv behandlingsmodell ved tvangslidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 43*, 708–713.
- Hansen, B. (2007). Transparenter anvendt på kurs om tvangslidelser: Diagnostikk og behandling. SAS Atlantic Hotell, Stavanger, 25-26 oktober i regi av NTNU og Norsk OCD forening – Ananke.
- Hayes, S. C. & Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life. The new acceptance and commitment therapy*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Holden, B., Løkke, J., Offernes, N. Ø., Grønnerud, E. M., Skogli, E., Blomseth, S. & Gundhus, T. (2006). Diagnose og behandling av tvangslidelse, ticsforstyrrelser (inkludert Tourette) – og andre repeterende atferdsforstyrrelser hos mennesker med psykisk utviklingshemming og/eller utviklingsforstyrrelser. Hamar: Helse Øst.
- Hollander, E. (1997). Obsessive-compulsive disorder: the hidden epidemic. *Journal of Clinical Psychiatry, 58*, 12, 3–6.
- Holsten, F. (2007). Transparenter anvendt på kurs om tvangslidelser: Diagnostikk og behandling. SAS Atlantic Hotell, Stavanger, 25-26 oktober i regi av NTNU og Norsk OCD forening – Ananke
- March, J., Mulle, K. & Herbel, B. (1994). Behavioral psychotherapy for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: An open trial of a new protocol driven treatment package. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33*, 333–341.
- March, J. & Mulle, K. (2003). *Tvangslidelser hos barn og unge. En kognitiv-atferdsterapeutisk behandlingsmanual*. Oslo: Gyldendal.
- Marks, I. M., Leilliot, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D. & Kas-

- vikis, Y. (1988). Clomipramine, self exposure, and therapist aided exposure in obsessive compulsive ritualisers. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522–534.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behavior Research and Therapy*, 4, 273–280.
- Rowa, K., Antony, M. & Swinson, P. (2000). Behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 28, 353–360.
- Royal College of Psychiatrists (2001). *DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation)*. London: Gaskell.
- Øst, L.-G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296–321.