

# For sikkerhets skyld - behandling av tvangslidelse belyst ved kasus

Tvangslidelse er blitt kalt «tvilens sykdom». Her presenteres et eksempel på en behandling tilpasset en hektisk poliklinisk hverdag.

TEKST

**Åshild Tellefsen Håland**

PUBLISERT 1. mai 2004

---

Personer med en tvangslidelse mangler evne til å tolerere usikkerhet, og behovet for sikkerhet blir altoverskyggende. Fravær av sikkerhet gir angst, og løsningen blir å «forsikre seg» gjennom irrasjonelle ritualer som gir en slags kontroll over angsten.

*Tvangstanker* er gjentatte og vedvarende tanker, impulser eller bilder som blir opplevd som påtrengende, meningsløse og angstskapende. *Tvangshandlinger* er repeterende observerbar atferd, for eksempel vasking og sjekking, eller mentale ritualer som personen føler seg tvunget til å gjøre som følge av en tvangstanke eller etter bestemte rigide regler. Handlingene blir opplevd som irrasjonelle og meningsløse, men utføres for å redusere angst eller for å forhindre en ulykke.

Historisk sett har tvangslidelse vært regnet som vanskelig å behandle. Psykodynamisk orientert psykoterapi har vært ansett som lite egnet for behandling av tvangslidelser (Eitinger, Retterstøl & Dahl, 1991). Medikamentell behandling, kognitiv terapi og atferdsterapi med eksponering og responsprevensjon, er de tre metodene som har best dokumentasjon (Statens helsetilsyn, 1999).

Medikamentell behandling med SSRI har effekt, men virkningen forsvinner ofte når medisinene seponeres (O'Sullivan, Noshirvani & Monteiro, 1991). Medikamentell behandling anbefales derfor i kombinasjon med atferdsterapi eller kognitiv terapi (Greist, 1990).

Behandling av tvangslidelse med eksponering og responsprevensjon har i mange år vært et naturlig førstevalg på grunn av gode forskningsresultater over lang tid. Omlag 75 % av pasientene som gjennomfører slik behandling opplever vesentlig bedring (Foa & Kozak, 1986; Foa & Wilson, 2001; Rachman & Hodgson, 1980). Oppfølgingsstudier har vist at bedringen vedvarer over tid hos ca 75 % av pasientene som gjennomfører behandlingen (Hiss, Foa & Kozak, 1994). Tross gode resultater, er det altså en del som ikke blir hjulpet. Det er også mange som har restsymptomer etter fullført behandling og som opplever tilbakefall.

Pasienten blir konfrontert med situasjoner som øker angsten (eksponering) og må samtidig avstå fra enhver tvangshandling som kan redusere uro og angst (responsprevensjon). Dette vil i første omgang føre til at angsten økes, for så gradvis å reduseres. Prinsippene er basert på læringsteori hvor tvangstanker betraktes som angstutløsende og tvangshandlinger som angstreduserende. Teorien bak er at tvangshandlingene opprettholder angsten da habitueringen avbrytes slik at ekstinksjon av angsten forhindres. Fordi tvangshandlingene gir en kortvarig angstreduksjon, blir de negativt forsterket, og trangen til å fortsette med tvangshandlingene vedvarer. Derfor må pasienten forbli lenge nok i den angstprovoserende situasjonen til at det kan skje en habituering av angsten. Foa og Wilson (2001) hevder at for at eksponeringen skal være mest mulig effektiv er det viktig at pasienten kommer emosjonelt i kontakt med angsten.

For å bedre behandlingen av tvangstanker og gi et tilbud til de som faller ut av eller ikke passer til eksponeringsterapi, er det utviklet kognitiv terapi rettet mot etterprøving og korrigerende av dysfunksjonelle kognisjoner (Freeston et al., 1996; Salkovskis, 1996; van Oppen & Arntz, 1994).

Det siste tiåret er det også utviklet gruppeterapimanualer både for eksponering og responsprevensjon og kognitiv terapi ved tvangslidelser. Studier tyder på at gruppeterapi kan være like virksomt som individualterapi og kreve mindre terapeutressurser (Himle et al., 2001; McClean et al., 2001; Van Noppen, Steketee, Corkle & Pato, 1997).

Det er hittil ikke funnet holdepunkter for at kognitiv terapi har noen bedre effekt enn eksponering og responsprevensjon (McClean et al., 2001). Det har imidlertid vært vanskelig å trekke sikre konklusjoner, da studiene har vært små og vanskelig å sammenligne på grunn av ulike forskningsdesign (McClean et al., 2001). I vanlig klinisk praksis brukes nok metodene om hverandre uten at noen av formene rendyrkes.

Jeg vil her presentere et eksempel på behandling med eksponering og responsprevensjon. Terapien er tilpasset en hektisk poliklinisk hverdag hvor mange av terapimanualenes idealer om struktur og intensitet ofte ikke lar seg gjennomføre.

### **Noen behandlingsprinsipper**

Det er viktig å begynne med en grundig kartlegging, gjerne de to eller tre første timene. Et hjelpemiddel er Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-bocs) (Goodman, Price, Rasmussen & Mazure, 1989). Skalaen består av to deler – en sjekklister over en mengde ulike tvangstanker og tvangshandlinger, og en del hvor alvorlighetsgraden skåres, som grad av kontroll, motstand, ubehag, forstyrrelse i funksjonsnivå og tid som brukes på tvangssymptomer. I tillegg er det nyttig å sende med pasienten et selvregistreringsskjema der alle tvangsritualer i løpet av en alminnelig dag skrives ned. Mange av symptomene kan være så automatiserte at pasienten vanskelig kan sette ord på omfanget uten en slik gjennomgang. I noen tilfeller er hjemmebesøk nødvendig for å få oversikt.

Følgende forhold står sentralt:

- indre og ytre utløserer; situasjoner, objekter, tanker, bilder og impulser som forårsaker angst
- fryktede konsekvenser dersom ritualene ikke blir utført
- unngåelsesatferd
- forbindelser mellom unngåelsesatferd og utløserer
- vurdering av grader av innsikt i tvangstankenenes gyldighet
- motivasjon for å gå inn i en så krevende behandlingsform
- pårørendes rolle som støttespillere i behandlingen

## **Behandlingsfasen**

Det er viktig å informere detaljert om begrunnelsen for behandlingen og dens mål. Man betoner pasientens ansvar og nødvendigheten av regelmessig trening også mellom timene. Hensikten er å bryte den uhensiktsmessige forbindelsen mellom ritualer og angsten. Pasienten skal lære at angsten går ned ved gjentatt eksponering, og at det ikke skjer noen ulykke selv uten ritualer.

Man lager så et hierarki over pasientens symptomer, gradert på en skala for angst og ubehag fra 0–100. Det anbefales å starte eksponeringen med første symptom på et middels høyt angstnivå, altså 50 på angstskaalen. Begynn gjerne med et ritual som er oversiktlig, avgrenset og forutsigbart. Imaginær eksponering, altså øvelser i fantasien, kan med fordel benyttes når pasienten uttrykker stor angst for å eksponere seg «in vivo». Når en har valgt ut symptomet en vil jobbe med, får pasienten i oppgave å ikke ritualisere og samtidig observere sitt angstnivå. Dette kan gjøres ved at pasienten fyller ut et skjema og graderer sitt angstnivå, igjen på en skala fra 0–100, etter bestemte intervaller, for eksempel hver halvtime. Slik fremheves også pasientens ansvar i behandlingen, og gir denne mulighet til konkret å følge med i hvordan angst og ubehag synker over tid.

Hver time starter med en gjennomgang av hjemmeoppgavene med vekt på hva pasienten positivt har fått til. Det blir spurt om «sprekker», om unngåelse og om pasienten har utviklet alternative ritualer. Når angsten ikke går ned til tross for gjentatt eksponering, skyldes det ofte at pasienten ikke har klart å la være å ritualisere eller ubevisst har laget alternative ritualer.

Det vil ofte være behov for å ta opp andre temaer i behandlingen, som i tradisjonell psykoterapi. Det er nyttig å sette av en bestemt tid til dette, for eksempel i siste del av timen eller egne samtaler.

## **Klinisk vignett**

Maria, 24 år gammel, framsto etter første time som en ressurssterk, men anspent ung kvinne som virket eldre enn alderen tilsa. Hun hadde ikke vært i terapi tidligere. Maria anslo at hun daglig brukte tre timer på sjekkeritualer og at 80 % av tankevirksomheten var viet tvangen. Ritualene startet i begrenset omfang allerede som barn, og tiltok i styrke i tjuårsalderen. I oppveksten hadde hun fått mye støtte og omsorg, men

familien var preget av morens depresjon og tvangslidelse. Langvarig mobbing som barn var Marias forklaring på sine symptomer.

## «Maria anslo at hun daglig brukte tre timer på sjekkeritualer»

Marias tvangsritualer ble på grunn av familiære og jobbmessige belastninger intensivert for to års tid siden. Hun hadde da ingen mulighet for å skjule ritualene sine for omverdenen, noe som var den direkte årsak til at hun søkte hjelp. Hennes primærlege ga henne antidepressiva. Det hjalp på de depressive plagene, men hadde liten effekt på tvangen.

### **Kognitive trekk**

Tvil og usikkerhet var dominerende i alle forhold i livet hennes. Ved å la andre bestemme slapp hun å stole på egne vurderinger, som hun ikke hadde noen som helst tiltro til: «Jeg som ikke en gang stoler på sansene mine, hvordan kan jeg stole på meg selv i andre henseender?». Samtidig hadde hun en følelse av at hun opprinnelig var sterk og selvstendig. Motivasjonen for å gjøre noe med plagene var altså stor. Hun hadde imidlertid problemer med å forestille seg at hun kunne bli kvitt sine ritualer da hun ikke kunne huske hvordan det var å være uten dem. Hun trodde på forhånd at «dette skulle bli verdens undergang både for henne og hennes nærmeste».

### **Vurdering etter kartlegging**

Etter opptak av vanlig anamnese ble hun vurdert å ha en ren tvangslidelse hvor tvangshandlingene dominerte. Det var ingen komorbiditet foruten lettere depressive symptomer. Resultatene fra Y-bocs viste en skåre på 26, noe som regnes for en moderat/alvorlig tvangslidelse. Hun hadde aldri forsøkt å motstå sine ritualer, og hun hadde liten kontroll over dem. Hun hadde ritualer knyttet til sjekking, spesielt av elektriske apparater som lamper, ovner, komfyr og vaskemaskin. I tillegg sjekket hun hele tiden om hun hadde mistet ting. Hun hadde også mye sjekkeritualer knyttet til ytterdøren hvor hun kunne stå i en halvtime å kjenne på dørklinken. Forøvrig hadde hun ritualer knyttet til tannpussen og til toalettbesøk. Utløsende situasjoner var ved leggetid og når hun skulle ut av huset. Fryktede konsekvenser dersom hun ikke utførte ritualene var at huset skulle brenne ned, at det skulle bli oversvømmelse eller innbrudd. Hun var livredd for at hun kunne bli ansvarlig for at det kunne skje hennes nærmeste noe dersom hun ikke gjorde sitt og sjekket nok. Disse katastrofetankene var svært smertefulle for henne, selv om hun ikke hadde noen klar formening om hva som kunne hende.

Hun unngikk situasjoner som ville krevd ytterligere sjekking. Hun klarte aldri å forlate huset flere ganger per dag, og når hun var ute, satt hun og tenkte på alt hun ikke hadde sjekket godt nok hjemme.

Hennes samboer ble med i en time for å få informasjon om hva det vil si å ha en tvangslidelse og hvordan forholde seg når hun startet eksponeringstreningen. De fleste pårørende er involvert i tvangen ved at de brukes som forsikring. Maria spurte gjerne samboeren om å sjekke døra slik at hun selv kunne slippe. Hennes samboer var i perioder svært irritert på grunn av at han alltid måtte vente på henne. Han fikk i timen beskjed om at han ikke hadde lov til å forsikre henne, verken muntlig eller gjennom handling. Informasjon om hennes lidelse førte til at han ble mer forståelsesfull overfor henne, noe som gjorde det lettere for henne å starte på eksponeringsterapien.

## **Behandlingsforløp**

Vi samlet så alle opplysningene om symptomene og graderte dem på grunnlag av angstnivå (se Tabell 1). Dette hierarkiet dannet grunnlaget for eksponeringen og var et nyttig hjelpemiddel underveis.

I terapien med Maria ble det vurdert at imaginær eksponering ikke var nødvendig, da hun selv heller ønsket å eksponere seg direkte i situasjonene. Hun valgte å starte med tannpussen og ritualer om å måtte pusse tennene et visst antall ganger og gurgle etter et spesielt mønster for å forhindre at det skulle skje en ulykke i familien. Til sammen brukte hun minst ti minutter på tannpussritualene. Hun fikk i oppgave å pusse tennene på to til tre minutter, tilfeldig og uten skylleritualer. Etterpå skulle hun registrere angstnivået på et skjema med visse tidsintervaller, umiddelbart, etter ti minutter, tredve minutter og etter en, to og fire timer. Registreringen skulle hun gjøre hver gang etter tannpussen. Jeg understreket betydningen av ikke å starte med nye ritualer for å dempe angsten. Ubehaget ved ikke å utføre ritualer ved tannpuss økte i starten, men forsvant etter et par dager.

Maria fortsatte å jobbe med andre symptomer på lignende måte, og opplevde at det i den første fasen maksimalt tok tre uker å jobbe seg gjennom et symptom. I begynnelsen gikk det ca. en uke mellom hver time. Vi startet timene med en gjennomgang av registreringene hennes, og forberedte nye treningsoppgaver når hun var ferdig med et ritual. For hvert nytt ritual måtte hun beskrive i detalj hva hennes ritualer besto i. Hjemmeleksen besto i å la være å ritualisere, men utføre oppgaven slik de fleste andre pleier.

Det virkelige gjennombruddet i behandlingen kom da hun skulle gå ut av huset uten å sjekke komfyren. Vi avtalte at hun skulle komme til time rett etterpå da hun ønsket denne støtten. Hun anga et angstnivå på 100, selv en time etter at hun hadde forlatt huset. Når hennes angst var på det høyeste, hadde hun tilsynelatende liten innsikt i at hennes følelser og tanker ikke var berettiget. Etter hvert som angsten sank kunne hun mer innse at huset ikke sto i brann, selv om føltes slik. Hun fikk time hver dag denne uken, og opplevde at angsten avtok dag for dag og at det skjedde innenfor kortere og kortere tidsrom. På slutten av uken gikk angstnivået ned fra 100 til 20 på ti minutter. Maria fikk daglig oppfølging enten ved samtaler eller per telefon i denne perioden på grunn av hennes høye angst. I en hektisk poliklinisk hverdag ble hun «puttet» mellom andre avtaler og noen av timene varte kun et kvarter. Dette var ikke optimalt,

men var tydelig nok for henne. Å sette ord på følelsene hjalp henne til tro at de fryktede konsekvenser ikke ville inntreffe. Etter en uke var det ikke nødvendig med daglig oppfølging. Utover i terapien varierte hyppigheten av timene noe fra en uke til to-tre uker mellom timene.

Da Maria skjønnte at hun hadde kontroll over ritualene knyttet til komfyren, skjedde det tydelig noe med hennes selvbylde. Fra å være ganske selvutslettende der hennes behov var underordnet andre, begynte hun å fortelle at hun klarte å sette grenser overfor venninner og at hun ga mer og mer blaffen i hva andre syntes om henne. Det var tydelig at økt kontroll over tvangen ga henne økt kontroll i samvær med andre. Hennes «på-vakt-holdning» der hun måtte forsikre seg om at det meste av det hun sa og gjorde var rett, styrte henne ikke så mye lenger. Hun brukte ord som at hun var blitt så «vanvittig selvsikker» og «at hun nå torte å ta feil uten å dø av skam». Hun fikk seg ny jobb i denne perioden, der hun i høy grad var nødt til å stole på seg selv og ta selvstendige avgjørelser.

Da hun skulle til å jobbe med sitt antatt verste symptom som «døren», gikk dette overraskende lett, og angstnivået gikk ned til et levelig nivå i løpet av noen dager. Etter tre måneder var hun kvitt sine mest belastende ritualer, og hun opplevde det som om hun hadde fått et nytt liv. Følelsen av å ha tid til det hun ville var noe av det hun satte mest pris på, og hun uttrykte det som at «uken hadde et døgn ekstra». Den største børen som var tatt fra hennes skuldre var vissheten om at hun ikke var ansvarlig for andres ulykke lenger.

Så unnlot hun å komme til to avtalte timer og tok ikke kontakt før etter fire måneder. Hun ringte da plutselig og ville ha en ny time og forklarte at årsaken til uteblivelsen var at hun følte hun klarte seg på egenhånd. De siste månedene hadde hun imidlertid fått noe oppblussing av symptomene igjen. Hun hadde begynt å sjekke komfyren og ytterdøren, om enn i mye mindre omfang enn tidligere. Årsaken til «tilbakefallet» var nye jobbmessige og familiære belastninger. I starten la hun ikke helt merke til at hun falt tilbake til gamle ritualer, men da hennes livssituasjon bedret seg igjen, så hun klart hva hun holdt på med. Maria ønsket timen for å få en bekreftelse fra meg som hennes terapeut på at hun på ny kunne jobbe seg ut av symptomene igjen. Selv om hun ble tilbudt flere timer, takket hun nei. Det var tydelig viktig for henne å klare dette på egenhånd. Hun trodde at hun kunne behandle seg selv etter samme prinsipper som i starten av terapien. Vi avtalte at jeg skulle ringe henne etter fem måneder for å høre hvordan det gikk med henne.

### **Tabell 1. Angsthierarki («subjective unit of discomfort»).**

Sjekking av dør	-	100
Sjekking av komfyr og ovner	-	100
Sjekking av ting hun er redd for å miste	-	100

Sjekking av lys og kontakter	- 70
Sjekking om lyspærene er kalde	- 70
Ritualer for pussing og skylning av tenner	- 70
Forklare seg om og om igjen	- 60
Vasking før hun tar i mat	- 50
Vasking for og etter toalettbesøk	- 50
Sjekking av vaskemaskin	- 50
Angst for å hive ting	- 50

## «Det anbefales forebyggingsprogram for å minske risikoen for tilbakefall»

Etter fem måneder var hun fremdeles ikke kvitt alle sjekkesymptomene, noe hun selv forklarte med en fortsatt vanskelig livssituasjon med generelt stor usikkerhet når det gjaldt økonomi og jobbmuligheter. Hun opplevde at hun hadde større problemer med å jobbe på egenhånd enn hun hadde trodd, og ønsket nå mer oppfølging. Hun trengte det ytre presset terapien gav henne for å kunne motivere seg til å gi slipp på ritualene. Katastrofetankene hadde ikke dukket opp igjen, og sjekkingen var av et langt mindre omfang enn ved terapistart. Hun klarte på ny å gi opp en del av ritualene. Vi snakket om hvordan forebygge nye tilbakefall. Maria opplevde senere i terapien nye belastninger, som fare for samlivsbrudd, men erfarte da at hun ikke tydde til sine gamle ritualer. Hun kjenner seg i dag tryggere på at hun kan takle påkjenninger uten at ritualene overtar kontrollen over henne igjen.

### Avslutning

I denne terapien var det atferdsterapien som stod i fokus, med mindre vekt på tradisjonelle kognitive intervensjoner. Årsaksforhold og dynamiske aspekter ble i liten grad berørt. Den virksomme faktoren er sannsynligvis den gjentatte eksponeringstreningen der pasienten erfarte at angsten faktisk gikk ned ved å slutte med ritualene. Avgjørende er også at terapeuten fungerte som «sikkerhet» ved at det ble skapt en god relasjon og tro på behandlingen, slik at pasienten turte å gi slipp på sine forsikringer. Min erfaring, også i forhold til andre pasienter, er at ritualene slipper taket etter forbausende kort tid når vi starter eksponeringstreningen.

Det anbefales forebyggingsprogram for å minske risikoen for tilbakefall, for eksempel gjennom oppfølgende kontakt per telefon (Hiss et al., 1994). I terapiens første fase ble ikke forebygging av tilbakefall noe sentralt tema, noe som hadde vært en fordel.

Pasientens løsriving fra terapien som hun i starten var helt avhengig av, ble på mange måter sett på som positiv, men som noe prematur. Hun hadde sannsynligvis hatt nytte av mer jevnlig oppfølging etter den aktive behandlingsfasen enn hva hun faktisk fikk. Da hun igjen ønsket oppfølging, ble søkelyset satt på forebygging av tilbakefall. Dette har sannsynligvis medvirket til at Maria ikke reagerte med økte tvangssymptomer da hun igjen ble utsatt for en stor livspåkjenning.

Åshild Tellefsen Håland

Sørlandet sykehus, Psykiatrisk poliklinikk,

Serviceboks 416, 4604 Kristiansand

Tlf 38 07 43 00

E-post [aashild.haaland@vas.no](mailto:aashild.haaland@vas.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 41, nummer 5, 2004, side 381-384*

#### TEKST

**Åshild Tellefsen Håland**, forsker og psykologspesialist ved Sørlandet sykehus, Avdeling for barn og ungdoms psykiske helse (ABUP)

+ **Vis referanser**

#### Referanser

Eitinger, L., Rettestøl, N., & Dahl, A. A (1991). Kriser og nevroses. Oslo: Universitetsforlaget.

Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 44, 20-35.

Foa, E. B., & Wilson, R (2001). Stop obsessing! How to overcome your obsessions and compulsions. New York: Bantam Books.

Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15, 1-21.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleishmann, R. L., Hill, C. L., Heniger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale. 1: Development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.

Greist, J. H. (1990). The medication management of obsessive-compulsive disorder. *Today's Therapeutic Trends*, 7, 13-27.

Himle, J. A., Rassi, S., Haghightagou, H., Krone, K. P., Nesse, R. M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy and obsessive-compulsive disorder: Seven versus twelve-week outcomes. *Depression and Anxiety*, 13, 161-165.

Hiss, H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808.

McClellan, P. D., Whittal, M. L., Thordason, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., Paterson, R., & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.

O'Sullivan, G., Nossirvani, H., & Monteiro, W. (1991). Clomipramine and exposure for chronic obsessive-compulsive rituals: six-year follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 150-155.



Rachman, S., & Hodgson, R. (1980). Obsessions and compulsions. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. I R. M. Rapee (Ed.), Current controversies in the anxiety disorders (ss. 33-50). New York: Guilford Press.

Statens helsetilsyn (1999). Angstlidelser. Kliniske retningslinjer for utredning og behandling. (utredningsserie 1999: 4). Oslo. Statens helsetilsyn.

Van Noppen, B., Steketee, G., Mc Corkle, B. H., & Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A pilotstudy. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 431-446.

Van Oppen, P., & Arntz A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Research and Therapy*, 32, 79-87.