

Tvangslidelse og Tourettes syndrom:

Konsekvens eller impulsstyrt?

Bjarne Hansen og Espen Handeland Øvrehus

Det er både forskjeller og likheter mellom tvangslidelse (OCD) og Tourettes syndrom (TS), men begge innebærer at en igjen og igjen utfører bestemte handlinger som vanskelig kan forklares med fornuft. Dersom de ikke utføres, innebærer dette en forventning om, og som regel et høyst reelt ubehag.

Ved OCD vil ubehaget som regel være knyttet til katastrofetanker om hva som kan skje dersom handlingene ikke utføres. Slike tanker handler ofte om redsel for at det kan inntreffe ulykker som rammer en selv eller noen en er glad i, at en kan komme til å gjøre noe en absolutt ikke ønsker å gjøre, slik som å skade noen man er glad i, eller at det er noe en ikke har husket, slik som å slå av lys eller kaffetrakter og at dette kan forårsake brann. Andre vanlige tvangstanker er knyttet til redsel for at en i situasjoner som objektivt sett ikke innebærer betydelig risiko, likevel kan bli smittet av en farlig sykdom.

Det er som regel en nær sammenheng mellom tankene og handlingene. Redsel for brann vil vanligvis være knyttet til overdreven sjekking, og redselen for smitte til overdreven renslighet. Ofte vil de som er rammet av

OCD, utføre mentale ritualer slik som gjentatt bønn, repetisjon av ord, telling eller andre forsøk på 'tankemessig' å dempe ubehaget eller redusere risikoen for det en frykter. Pasientene har en forståelse av og innsikt i at dette er ulogisk, men når tankene og angsten dukker opp, er dette forbundet med så stort ubehag og redsel at de ikke tør å stole på det de egentlig opplever som fornuftig og riktig. En kan på mange måter beskrive handlingene som 'konsekvensstyrt'. Pasientene vil (tilsynelatende enkelt) kunne la være å utføre tvangshandlingen, men redselen for konsekvensene dette kan medføre, gjør at en heller velger å utføre dem.

Også ved TS vil de som er rammet, beskrive ubehag dersom de ikke utfører handlingene/tics. Dette beskrives vanligvis som en irritasjon, spenning eller ubehag en ikke klarer



Bjarne Hansen er utdannet psykolog. Han er leder av den nasjonale implementeringen av kunnskapsbasert behandling for tvangslidelser og arbeider ved OCD-teamet, Helse Bergen. Bjarne Hansen er med i NTFs fagråd.



Espen Handeland Øvrehus, er utdannet psykolog og arbeider ved OCD-teamet i Helse Bergen. Har deltatt på opplæring i HRT fra Douglas Woods, og bruker denne behandlingen i hverdagen.



å la være å gjøre noe med. Det er i liten grad knyttet til katastrofetanker om ulykker som kan inntreffe dersom tics ikke utføres. Oftest er mønsteret betydelig automatisert. Det innebærer at det inntreffer fort og uten at en bruker mye tid for å vurdere hva som kan skje dersom en ikke utfører handlingene/tics. En kan på mange måter beskrive dette som 'impulsstyrt'. Selv om pasientene ikke først og fremst er redd for konsekvensene, er det rett og slett vanskelig å oppdage impulsen i tide og vite hvordan en kan ignorere eller undertrykke ens reaksjon på denne.

Innen fagmiljøet er det noe uenighet om hvor sentralt 'katastrofe- og angstkomponenten' i OCD er. Blant OCD-klinikere er det en klar tendens at denne vurderes å være hovedelementet i lidelsen og de mest anerkjente behandlingsmanualene for eksponering og

responsprevensjon (ERP), bygger på dette. Kjernen i slik behandling er at pasientene velger å utsette seg for situasjoner som trigger angst og ubehag samtidig som de velger ikke å utføre tvangshandlinger.

Gjennom dette vil pasienten kunne lære at det ikke skjer noe katastrofalt, selv om de har fryktet nettopp dette. En hovedutfordring i slik behandling er å bidra slik at pasienten våger å utsette seg for de skumle tankene og situasjonene uten å utføre tvangshandlingene.

Ved behandling med Habit reversal training (HRT) for TS, arbeides det i større grad med hvordan pasienten kan klare tidlig å oppdage irritasjon og ubehag og deretter undertrykke eller erstatte den delvis automatiserte responsen/tics med alternative handlinger,

som i mindre grad oppleves som skjemmende eller på andre måter ubehagelige. Det er altså mer fokus på ferdigheter knyttet til å motstå tics fremfor angst knyttet til katastrofale konsekvenser en frykter kan inntreffe, dersom en velger å motstå.

I teorien kan dette virkelig som et rimelig enkelt skille, men i praksis kan det by på betydelige utfordringer. Ofte er det slik at samme personer er rammet av både OCD og TS og det kan da være utfordrende å skille ut hva som er hva. Det viktigste spørsmålet i denne sammenhengen er nok om et skille i praksis har betydning for gjennomføring av behandling.

For en ung mann jeg tidligere hadde i behandling, var dette utfordrende fordi samme handling noen ganger ble utført fordi han fikk tanker om at noe fælt kunne inntreffe om han ikke gjorde det, mens han andre ganger syntes det var vanskelig å stoppe uten at det var knyttet til slike katastrofetanker. Handlingene bestod i at han stadig måtte ta på ting eller rette på gjenstander slik at disse lå helt symmetrisk. Han hadde også andre tvangshandlinger og tics der det var lettere å skille mellom disse.

I begynnelsen av behandlingen ble det laget en plan for ERP-behandling, men han hadde mindre nytte av dette enn forventet. Selv om han var villig til å utsette seg for ubehaget ved ikke å gjøre handlingene, opplevde han det ofte som vanskelig å stoppe. Først når behandlingen inkluderte ferdighetstrening knyttet til å gjenkjenne og motstå impulsen og øvrige hovedelementer fra HRT, opplevde han ønsket effekt av behandlingen.

Tilsvarende behandlet jeg en ung dame som stadig kløp seg selv og utførte andre hand-

linger som å ta på ting og lage lyder (kremting). I begynnelsen av behandlingen fortalte hun at dette ikke var knyttet til redsel for at det kunne inntreffe noen katastrofe om hun ikke gjorde dette, men at det var vanskelig å undertrykke hennes reaksjon på impulsene. Det ble laget og initiert en behandling med utgangspunkt i HRT, men resultatene uteble.

Først etter en samtale der det kom frem at hun ofte gjorde handlingene fordi hun fryktet at det kunne inntreffe katastrofer om hun ikke gjorde dette, ble det foretatt nødvendige justeringer i behandlingen og hun oppnådde ønsket endring. På spørsmål om hvorfor hun ikke på et tidligere tidspunkt hadde sagt noe om disse tankene, fortalte hun at det å fortelle om det var for skummelt, og at hun hadde håpet at behandlingen skulle fungere uten at hun trengte å si noe om eller utfordre tankene.

Grunnen til at disse eksemplene nevnes, er for å illustrere at behandling alltid må tilpasses hver enkelt pasient. Skille mellom diagnosene OCD og TS bør også være nyttig og ha betydning for hvordan behandling tilpasses og gjennomføres.

Hva er tvangslidelse/OCD?

OCD (Obsessive Compulsive Disorder) er en lidelse med tilbakevendende tvangstanke og/eller tvangshandlinger.

Tvangstanke (obsessjoner) er gjennomgående og vedvarende tanker/tankebilder, impulser eller fantasier. Disse tankene tar overhånd og oppleves som meningsløse. De er årsaken til kraftig angst, ubehag, isolasjon og i verste fall funksjonshemming. OCD finnes i alle alvorlighetsgrader fra den helt milde til den svært invalidiserende tilstanden.

Personene som rammes vet at det de tenker/gjør er «dumt», men de bare må... Ofte har de som er rammet av OCD, en stor skamfølelse og holder det mest mulig skjult for omgivelsene. Derfor kalles lidelsen ofte for «den skjulte lidelsen».

De fleste som har en tvangslidelse/OCD, har både tvangstanke og tvangshandlinger.

For mer informasjon: www.ananke.no