



UPPSALA  
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi  
Psykologexamensarbete  
VT 2020

# Exponering med responsprevention vid refraktär OCD

- En behandlingsutvärdering på OCD-Centret i Uppsala

**Linnea Fällström och Sofia Ögren**

Handledare: Timo Hursti  
Externa handledare: Caroline Lu  
och Claes Stjernqvist  
Granskare: Ann-Margret Rydell  
Examinator: Monica Buhrman

## Sammanfattning

Obsessive- Compulsive Disorder (OCD) är en mycket funktionsnedsättande sjukdom som ger upphov till stort lidande. För patienter med refraktär OCD kan ett behandlingsalternativ vara behandlingshem specialiserat på Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering med responsprevention (ERP). Ett sådant behandlingshem är OCD-Centret i Uppsala där denna utvärdering ägde rum. Syftet var att undersöka hur behandlingsutfallet såg ut för personer som behandlats vid OCD-Centret, hur resultaten för tvångssymtom såg ut vid uppföljning samt att undersöka om det skedde någon förbättring sent i behandling avseende tvångssymtom för de som behandlas en längre period. 121 deltagare ingick i studien. Resultaten visade att deltagarna förbättrades signifikant från behandlingsstart till behandlingsavslut avseende tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom, livstillfredsställelse samt funktionsnivå. Resultaten för tvångssymtom var oförändrade vid uppföljning och för en stor andel av de som behandlades en längre period skedde förbättringen sent i behandlingen. Detta kan tala för att behandling på behandlingshem är effektiv för patientgruppen som behandlas där och att längre behandlingar kan vara befogade.

*Nyckelord:* OCD, ERP, KBT, Y-BOCS, refraktär OCD, uppföljning, behandlingslängd, behandlingshem, OCD-Centret

## **Vi vill tacka:**

**Timo Hursti** för god handledning och stöd genom hela uppsatsprocessen.

**Caroline Lu och Claes Stjernqvist** för givande diskussioner, uppmuntran och bästa fikapauserna.

**Ann-Margret Rydell** för granskning och kloka synpunkter.

**Benjamin Langlotz** för ovärderlig kalkyleringshjälp, stöd och genomläsning.

# 1. Inledning

Tvångssyndrom eller OCD (eng. *Obsessive-Compulsive Disorder*) är en mycket funktionsnedsättande sjukdom som drabbar uppskattningsvis 2-3 % av befolkningen (Abramowitz, Taylor & McKay, 2009; World Health Organization [WHO], 2001). Dock finns evidensbaserad behandling att tillgå i form av kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering med responsprevention (ERP) samt läkemedelsbehandling (Socialstyrelsen, 2017). Det finns dock studier som visar att 40–60 % med OCD tyvärr inte blir helt hjälpta av denna behandling och ytterligare insatser behövs då (Gershkovich, Wheaton och Simpson, 2017).

## 1.1 OCD bakgrund och kännetecken

### 1.1.1 Symtombild vid OCD

OCD är en psykiatrisk diagnos som historiskt sett har klassats som en ångeststörning. I DSM-5, som utkom 2013, har syndromet särskilts från andra ångestdiagnoser och *Tvångssyndrom och relaterade syndrom* utgör nu ett eget kapitel, även om likheterna med andra ångestsyndrom är påtagliga. (American Psychiatric Association [APA], 2013). Kännetecknande för OCD är förekomsten av tvångstankar och/eller tvångshandlingar och vanligast är att båda förekommer i symtombilden.

Tvångstankar definieras som oönskade, påträngande och återkommande tankar, idéer, bilder eller impulser som väcker obehag och ångest (APA, 2013). För en person med OCD återkommer tvångstankarna ofta och det kan liknas vid att tankarna går “rundgång” eller att de “fastnar” och de blir mycket svåra att ignorera eller hantera (Socialstyrelsen, 2017). Exempel på tvångstankar kan vara tankar eller mentala bilder av att skada en närstående, orsaka en brand, vara besmittad, eller ha omoraliska tankar som går emot samhällets- eller ens egna regler (Abramowitz m.fl., 2009). En person med OCD förstår att tankarna uppkommer ur det egna psyket och vanligen finns också insikt om att tankarna är orealistiska eller överdrivna även om insikten kan variera (APA, 2013).

Tvångshandlingar är repetitiva handlingar som syftar till att reducera ångest som tvångstankarna väcker eller förhindra ett fruktat scenario (APA, 2013). Tvångshandlingar kan vara såväl overta som koverta och behöver inte vara realistiskt kopplade till den katastrof som handlingen avser att förhindra (Abramowitz m.fl., 2009). Exempel på tvångshandlingar är överdriven handtvätt, kontroll av elektriska apparater eller mentala ritualer (exempelvis att tänka en särskild “tillåten” tanke, eller att upprepa en viss sifferserie). Huruvida handlingen

är en tvångshandling eller ej definieras utifrån dess funktion. Om funktionen är att reducera ångest genom att neutralisera, undvika eller trycka undan tvångstanken är det per definition en tvångshandling oavsett hur handlingen ser ut (Abramowitz m.fl., 2009).

OCD kännetecknas även av en stor grad av undvikande (Wheaton, Gershkovich, Gallagher, Foa, & Simpson, 2018). Förutom att utföra aktiva handlingar och ritualer för att minska ångest och förhindra en katastrof, är det alltså vanligt att undvika det som skulle kunna väcka tvångstankar och innebära att något oönskat händer. Exempel kan vara att begränsa antalet toalettbesök och att aldrig gå på en offentlig toalett eller att inte ha levande ljus eller vassa knivar hemma. Ett annat exempel är att välja bort att jobba inom förskola trots att man tycker om barn, eftersom det finns en rädsla för att skada någon eller en stark rädsla att det ska väcka tankar av våldsam eller sexuell karaktär.

Tvångstankar och tvångshandlingar förekommer i en normalpopulation men hos en person med OCD blir loopen av tvångstankar och tvångshandlingar betydligt mer omfattande och ångestväckande. Tvångshandlingarna kan med tiden utvecklas till långa ritualer som personen känner sig tvungen att utföra för att hantera ångesten. Detta skapar en loop av tankar och handlingar som tenderar att ta upp mer och mer av personens vardag och som kan medföra stora problem och lidanden för den drabbade som utvecklar OCD (Socialstyrelsen, 2017). Livstidsprevalensen för OCD ligger runt 2–3 % (Abramowitz m.fl., 2009). I en svensk population beräknar man att prevalensen är 1–3 % (Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2005).

### **1.1.2 Symtomdimensioner**

Tvånget brukar delas in i olika symtomdimensioner efter vilket tema tvångstankarna har (Abramowitz m.fl. 2010; Leckman, Bloch & King, 2009). Den mest replikerade uppdelningen utgörs av symtomdimensionerna: *kontaminationstvång* (rädsla för smuts och smitta), *symmetritvång/ofullständighet* (ställa i rätt ordning, organisera tills "rätt" känsla infunnit sig), *skada andra* (ofta rädsla för misstag med förödande konsekvenser), *Tabubelagda*, *"förbjudna" tankar* (ofta religiösa, sexuella, våldsamma). Denna uppdelning av olika symtom i dimensioner är inte definitiv men har replikerats i flertalet studier och uppvisar oftast stabilitet över tid. Även om tvånget kan förändras under en livstid så rör det sig vanligtvis inom samma symtomdimension (Mataix-Cols m.fl., 2002).

### **1.1.3 Konsekvenser av OCD**

För att uppfylla kriterierna för en OCD-diagnos ska tvångstankar och/eller tvångshandlingar uppta mer än en timme per dag samt medföra ett kliniskt signifikant lidande eller

funktionsnedsättning socialt, yrkesmässigt eller på ett annat, för individen, viktigt livsområde (APA, 2013). År 2001 klassades OCD av WHO som en av de mest funktionsnedsättande sjukdomarna både somatisk och psykiatriskt inräknade. Jämfört med personer med andra ångestdiagnoser eller unipolär depression rapporterar denna patientgrupp en mer nedsatt arbetsförmåga (Abramowitz m.fl., 2009; Torres m.fl., 2006). De rapporterar också större social funktionsnedsättning samt att de i högre grad inte har en anställning eller är i ett äktenskap jämfört med personer med ångest eller unipolär depression (Torres m.fl. 2006). Jämfört med en normalpopulation men även jämfört med en psykiatrisk population skattar personer med OCD lågt på upplevd livskvalitet (Subramaniam m.fl., 2013). Framförallt verkar domänen sociala relationer vara extra påverkad för dem med OCD jämfört med en psykiatrisk population. I forskning har sambandet mellan depression och upplevd livskvalitet upprepade gånger påvisats. Även om livskvaliteten i en population med egentlig depression är lägre än i en OCD-population skattar personer med OCD lika lågt eller lägre än personer med schizofreni (Subramaniam m.fl., 2013).

#### **1.1.4 OCD-relaterade syndrom**

OCD ingår i diagnosklustret *Tvångssyndrom och relaterade syndrom* i DSM-5 (APA, 2013). Övriga diagnoser inom detta kluster som har gemensamma drag med OCD, är Dysmorfofobi, vilket kännetecknas av en överdriven upptagenhet vid en eller flera upplevda defekter i utseendet. Samlarsyndrom, som innebär ett extremt anskaffande av och svårighet att göra sig av med saker. Trichotillomani som kännetecknas av repetitivt ryckande av hår och dermatillomani av repetitivt hudplockande.

#### **1.1.5 Samsjuklighet**

Samsjuklighet är vanligt vid OCD ofta i form av de relaterade syndrom som nämnts ovan samt av andra ångesttillstånd, depression och personlighetsavvikelser (Socialstyrelsen, 2017). Forskning visar att komorbiditeten med ångeststörningarna social fobi, paniksyndrom och GAD är signifikant högre för en person med OCD jämfört med kontrollgrupper (Nestadt m.fl., 2001). I en översiktsstudie baserad på sex studier gjorda mellan 1998–2001 fann man att den samtida komorbiditeten mellan OCD och egentlig depression, var mellan 24–51 %. (Abramowitz, 2004). Forskning pekar på att OCD för det mesta föregår depression vilket tyder på att depressiva symtom är en respons på den funktionsnedsättning och stress som OCD innebär (Abramowitz, 2004). En annan vanlig samsjuklighet är Tics och Tourettes syndrom som kännetecknas av kroniska motoriska och vokala tics. Upp till 30 % av de som har OCD uppfyller nån gång diagnoskriterierna för Tics (APA, 2013).

### **1.1.6 Kroniskt förlopp**

OCD utvecklas vanligen under barndom och ung vuxen ålder och sjukdomsförloppet är ofta kroniskt men med bättre och sämre perioder (Socialstyrelsen, 2017). Mycket tyder på att många personer med OCD inte får hjälp i tid och att de hinner leva länge med sina problem innan de får rätt behandling (Bates & Grönberg, 2010; Mancebo, Eisen, Sibrava, Dyck & Rasmussen, 2011; Franklin & Foa, 2011). I en svensk långtidsuppföljning av patienter som i stort sett var obehandlade, hade 58 % påtagliga tvångssymtom efter mer än 40 år (Skoog & Skoog, 1999). Att OCD har ett kroniskt förlopp och sällan spontanläker har visats i ett flertal studier (Mataix-Cols m.fl., 2002; Franklin & Foa, 2011).

Som tidigare nämnt är det vanligt att människor med OCD lever med stora svårigheter och funktionsnedsättningar länge innan de söker hjälp och kommer till adekvat behandling (Bates & Grönberg, 2010). Detta kan få konsekvenser för den drabbade exempelvis i form av sämre möjligheter att fullfölja studier och behålla en sysselsättning. Det är också vanligt att familjerelationer hinner bli ansträngda och att närstående blir en del i personens tvångsproblematik, genom att vidmakthålla problematiska beteenden (Bates & Grönberg, 2010). Att syndromet behandlas är således av vikt för att minska lidande hos personer med OCD samt hos dennes anhöriga. Eftersom syndromet sällan spontanläker behövs insatser för att hjälpa de individer som är funktionsnedsatta och har ett ökat lidande till följd av sina problem.

## **1.2 Rekommenderad behandling vid OCD**

### **1.2.1 KBT-behandling med exponering med responsprevention**

Behandlingen som rekommenderas som förstahandsval i Sverige vid OCD är Kognitiv Beteendeterapi (KBT) med exponering med responsprevention (ERP) (Socialstyrelsen, 2017). Behandling med ERP består i att minska undvikande genom att utsätta sig för situationer som väcker tvångstankar och obehag såväl in vivo som imaginärt. Grunden i ERP är att möta tvångstankarna och den ångest de väcker utan att reglera ångesten med tvångshandlingar (Socialstyrelsen 2017). Själva ERP-metoden är densamma oavsett hur tvånget ser ut, men exponeringsövningarna ser olika ut beroende på tvångets karaktär. Under exponeringarna ska patienten utsätta sig för ångest och osäkerhet utan att utföra tvångshandlingar, eller på annat sätt ägna sig åt beteenden med syfte att reducera ångest. Patienten gör således ett åtagande om att frivilligt avstå från tvångshandlingar och att med tiden ersätta dessa med mer funktionella beteenden. I behandlingen ingår också andra strategier som exempelvis att tillämpa uppmärksamhetsskifte och få bättre verktyg för

känsloreglering. När tvångshandlingarna plockas bort under exponering blir det ofta ett tomrum i personens vardag. Mycket tid har gått åt till tvånget. Den tid som ägnades åt tvångshandlingar ska på sikt ersättas med mer funktionella aktiviteter, vilka ska utgå från personens mål och värderingar (Bates & Grönberg, 2010).

Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att KBT med ERP ger en stor minskning av tvångssymtom jämfört med placebo för vuxna med OCD som responderar på behandling (Socialstyrelsen, 2017). Flertalet metaanalyser har gjorts på området och visar samlat att KBT uppvisar mycket stora effektstorlekar jämför med väntelista och placebo (se bl.a. Foa m.fl., 2005; Öst, Havnen, Hansen & Kvale, 2015). I en metaanalys av Eddy, Dutra, Bradley & Westen (2004) visade de sammanslagna resultaten att ca två tredjedelar av patienterna förbättrades av behandling med ERP medan ca en tredjedel av patienterna ansågs vara återhämtade från OCD (d.v.s. under cut-off för OCD alt. subklinisk OCD). Effektstorlekar visade på goda resultat för ERP i samtliga studier. Vad som menas med "återhämtad" eller "fullgod respons" är omtvistat och olika definitioner finns. Bland annat därför varierar även de siffror som presenteras i forskning gällande hur många som responderar på behandling (Farris, McLean, Van Meter, Simpson & Foa, 2013; Goodman m.fl., 1993; Matrix-Cols m.fl., 2016; Pallanti & Quercioli, 2006). I en metaanalys av Öst m.fl. (2015) rapporterade endast 57 % av de inkluderade RCT-studierna siffror angående respons på behandling. Dessutom skilde sig de olika definitionerna en hel del varpå författarna drog slutsatsen att konsensus på området behövs.

### **1.2.2 ERP i olika format och intensitet**

ERP har visat sig ge god effekt i såväl individualterapi som gruppterapi (Andersson & Rees, 2007; Cordioli m.fl. 2003; Jónsson m.fl. 2011; Jaurieta m.fl., 2008). Andersson & Rees (2007) fann likvärdiga resultat för grupp som för individuell KBT men dock en snabbare symtomlindring med individuell KBT, medan Jónsson m.fl. (2011) fann en något större effektstorlek för individuell KBT även om skillnaden var liten. Jaurieta m.fl., (2008) fann inga skillnader i behandlingsutfall mellan de som behandlades i grupp eller individuellt. Dock är individuell KBT mer beforskat och mer forskning behövs för att jämföra olika format även om ERP i båda formaten verkar ge god effekt (Jónsson m.fl., 2011).

ERP kan också ges med olika intensitet (antal sessioner/vecka). American Psychological Association (APA) rekommenderar att ERP ska ges veckovis i minst 13 veckor (APA, 2013). Den forskning som gjorts på området talar för att behandling kan ges såväl utspjutt över flera veckor som i en mer intensiv behandling med god effekt (Abramowitz, Foa & Franklin, 2003). I studien av Abramowitz m.fl. (2003) jämfördes patienter som gick i



behandling två sessioner i veckan över åtta veckor med patienter som gick på dagliga sessioner i tre veckor. Resultaten visade att patienter som fick den intensivare formen hade något större förbättringar vid behandlingsavslut men att det inte fanns någon skillnad mellan grupperna vid uppföljning efter tre månader. Författarna argumenterar för att det kan vara en fördel med mindre koncentrerad behandling eftersom det blir lättare att införa det i sin vardag om man exempelvis har en sysselsättning och har svårt att planera för en mer intensiv behandling.

Under senare år har mer intensiva behandlingsformer utvecklats som alternativ till mer traditionella upplägg med veckovisa sessioner. Bergen 4-Day treatment (B4DT) är en intensiv behandling i gruppformat som visat sig ha mycket goda behandlingsresultat. Behandlingen ges i ett koncentrerat format under fyra heldagar i grupp med en behandlare per patient. 83–94 % av patienterna responderade på behandlingen, d.v.s. hade  $\geq 35$  % minskning av tvångssymtom. Det var få avhopp och god följsamhet i behandling (Havnen, Hansen, Öst och Kvale, 2014; Havnen, Hansen, Öst och Kvale, 2017; Hansen, Hagen, Öst, Solem & Kvale, 2018; Launes m.fl., 2019; Kvale m.fl., 2018).

Sammanfattningsvis finns det gott stöd för ERP samt för ERP i olika format och med varierande intensitet i behandlingen.

### **1.2.3 Långtidseffekter av ERP**

Det har länge funnits gott stöd för att ERP-behandling är effektivt vid OCD. Dock har kritik riktats mot att RCT-studier inte representerar den verkliga populationen på grund av exkluderingskrav (Abramowitz, 2006; Franklin & Foa, 2011). På senare år har dock flertalet studier gjorts med mer rigorösa inkluderingskriterier, exempelvis utan att exkludera på grund av komorbiditet samt att studier genomförts utanför akademisk miljö i mer kliniska miljöer. Det samlade resultatet från flertalet studier visar på att resultaten för de patienter som svarar på ERP-behandling står sig vid uppföljning (APA, 2007). I en studie av Cordioli m.fl. (2003) nådde 69,9 % klinisk signifikant förbättring och denna kvarstod vid uppföljning efter tre månader, och det hade till och med skett ytterligare förbättring. Simpson m.fl. (2004) fann också att resultaten vid behandlingsavslut stod sig relativt bra efter tre månader, samt fem månader. 122 deltagare inkluderades i studien. Återfallen var 12 % efter tre månader för gruppen som fick KBT (för fler källor, se APA, 2007).

I studier gjorda på behandlingshem ser man liknande resultat. I en metaanalys av Veale m.fl. (2016) hade uppföljningsdata presenterats i flertalet studier och resultaten stod sig vid uppföljning. Uppföljningarna gjordes mellan 3 månader till 2 år efter behandlingsavslut. Intensiteten i behandlingen har varierat i de uppföljningsstudier som gjorts. Det finns fog för

att tro att behandlingsresultaten för ERP står sig vid uppföljning för såväl intensiva behandlingar som i de fall sessionerna har varit utspridda över en längre tidsperiod. I uppföljningsstudierna finns dock i flertalet fall vissa metodologiska brister (APA, 2007). I vissa studier saknas kontrollgrupp och i andra studier finns brist på information gällande om patienter fått ytterligare behandling mellan behandlingsavslut och uppföljning (APA, 2007).

#### **1.2.4 Läkemedelsbehandling**

Behandlingen som rekommenderas av Socialstyrelsen som andrahandsval för vuxna med OCD är läkemedelsbehandling med SSRI eller klomipramin. Det finns starkt vetenskapligt underlag för att en högre andel responderar på behandlingen med SSRI och får en måttlig minskning av tvångssymtom jämfört med placebo (Socialstyrelsen, 2017). Det finns starkt vetenskapligt underlag för att en högre andel uppnår respons med klomipramin och får en stor minskning av tvångssymtom jämfört med pillerplacebo. Dock tolereras SSRI oftast bättre än klomipramin eftersom det inte har lika många biverkningar (Socialstyrelsen, 2017). Biverkningarna som exempelvis försämrad sömn, huvudvärk och yrsel finns dock för båda preparaten och kan vara störande för personens funktion.

Sammanfattningsvis uppnås en måttlig till stor minskning av tvångssymtom för de som svarar på SRI (Socialstyrelsen, 2017). I en metaanalys av Eddy m.fl. (2004) visade det sammanslagna resultatet från studier gjorda mellan 1980–2001 att ca 60 % av de som var följsamma och fullföljde läkemedelsbehandlingen förbättrades. Hur *förbättring* definierades skiljde sig dock åt mellan olika studier. Vad gäller uppföljningar av läkemedelsbehandling finns det måttligt stöd för att effekten kvarstår så länge behandlingen pågår, men symtom recidiverar vanligtvis när behandlingen avbryts (Evidensstyrka 2) (SBU, 2005).

#### **1.2.5 Utmaningar vid behandling av OCD**

Det finns en hel del problem i att få tillgång till evidensbaserad psykologisk behandling, bland annat på grund av att tillgängligheten på KBT-behandlare är begränsad (Franklin & Foa 2011). I en nederländsk studie av Denys, van Megen & Westenberg (2002) hade endast 6 % av de som kom till en specialistklinik för OCD någon gång tidigare genomgått en KBT-behandling för OCD. Författarna fann också att en stor andel patienter var felmedicinerade och inte stod på rätt dos. Majoriteten av samplet hade blivit behandlade i genomsnitt tre gånger tidigare men av dessa hade hela 24 % aldrig fått varken KBT eller läkemedelsbehandling med SSRI. Denna forskning pekar i linje mot att det finns utmaningar i att såväl erbjuda rätt psykologisk behandling som farmakologisk behandling för patienter med OCD i enlighet med rådande rekommendationer.

Förutom dessa problem finns även problem med följsamhet i behandling samt behandlingsavhopp. I en longitudinell prospektiv observationsstudie av Mancebo m.fl. (2011) undersöktes följsamhet till OCD-behandling samt behandlingsavbrott hos 202 patienter under en tvåårsperiod. Inkluderade i studien var patienter med OCD som behandlades inom olika vårdinrättningar i USA. Medelvärde på utfallsmåttet Yale-Brown-Obsessive-Compulsive-Scale (Y-BOCS) var 24 poäng. Resultaten visade att 83 % av patienterna som deltog i studien stod på SSRI. 60 % av patienterna hade någon gång under den 2-årsperiod som följde, blivit rekommenderade av en kliniker att gå i KBT-behandling. Av dessa hade 26 % avböjt behandling. Av de som påbörjade behandling hade 31 % av patienterna inte fullföljt de antal sessioner som rekommenderas av American Psychological Association vid behandling för OCD (APA, 2007). En fjärdedel av patienterna angav rädsla och ångest inför behandling som orsak till dålig följsamhet eller avhopp. Den främsta orsaken angavs vara hindrande barriärer i miljön såsom geografiskt läge, tidsmässiga hinder och ekonomiska bekymmer. Värt att nämna i sammanhanget är att USA har ett annat försäkringssystem och att de upplevda ekonomiska hindren kanske inte skulle vara hinder i lika stor utsträckning i andra länder t.ex. i Sverige. Bates och Grönberg (2010) framhåller att personer med OCD kan känna stor skam inför sina problem och också ha blivit invaliderade av en oförstående omgivning, vilket är ytterligare utgör hinder för att personer med OCD ens ska söka sig till vården. Ytterligare utmaningar är att kunna hjälpa personer med OCD som inte blir hjälpta av evidensbaserad behandling. Gershkovich m.fl. (2017) menar att 40–60 % av alla med OCD inte responderar eller bara delvis blir hjälpta av sedvanlig rekommenderad behandling (ERP eller SSRI). Enligt Denys m.fl. (2010) bedöms ungefär 10 % av personer med diagnostiserad OCD vara allvarligt påverkade och ha kroniska problem trots adekvat behandling.

## **1.3 Refraktär OCD**

### **1.3.1 Definition**

För personer som av olika anledningar inte svarat på behandling kvarstår stora utmaningar för vården i hur man bäst ska hjälpa denna grupp. En hel del forskning har ägnats åt att förstå denna typ av svårbehandlad OCD, som ibland kallas “behandlingsresistent” (Gershkovich m.fl., 2017; Veale m.fl., 2016) eller “refraktär” (Stewart m.fl., 2005). Det finns egentligen inte någon entydig definition av vad som menas med dessa begrepp och i forskningen är det omtvistat, men gemensamt är att den behandling som rekommenderas inte givit fullgod effekt (Gershkovich m.fl., 2017; Pallanti & Quercioli, 2006; Socialstyrelsen, 2017; Stewart m.fl., 2005).

### **1.3.2 Läkemedelsbehandling vid refraktär OCD**

Gershkovich m.fl. (2017) anser att vid utebliven respons bör läkemedelsbehandlingen först och främst optimeras avseende dos och behandlingstid då även följsamheten bör säkerställas. I andra hand bör SSRI bytas ut, varpå andra antidepressiva kan provas och efter det kan man lägga till antipsykotiskt läkemedel. Om detta inte har effekt finns det nyare, mer experimentella läkemedel som kan provas i sista hand. Socialstyrelsen (2017) anser att åtgärden vid behandlingsresistent svår OCD bör vara antipsykotiska läkemedel som tillägg till antidepressiva läkemedel. Det saknas långtidsuppföljningar för den här typen av behandling och jämförelser med tillägg av andra behandlingar, t.ex. KBT, vid svårt behandlingsresistent tvångssyndrom (Socialstyrelsen, 2017).

### **1.3.3 Kombinationsbehandling**

För vuxna med medelsvår till svår OCD, kan enligt Socialstyrelsen (2017), en kombinationsbehandling med antidepressiva läkemedel med KBT eller BT (Beteendeterapi) erbjudas i undantagsfall (rekommendation 8). Socialstyrelsens rekommendationer utgår från att det finns ett begränsat vetenskapligt underlag för denna kombinationsbehandling men att det kan finnas en måttlig minskning av symtom jämfört med enbart antidepressiv medicin. I en studie av Foa m.fl. (2005) jämfördes KBT, klomipramin, en kombinationsbehandling av dessa samt placebo. Såväl KBT som läkemedelsbehandling med klomipramin och en kombination av behandlingarna visade stora effektstorlekar i jämförelse med placebo. Kombinationsbehandlingen visade sig ha större effekter än behandling med enbart klomipramin men inte större än enbart KBT. I en annan studie av Fineberg m.fl. (2018) visade sig dock en kombinerad behandling med SSRI (sertralin) och KBT vara effektivare än enbart KBT eller SSRI. Gershkovich m.fl. (2017) rekommenderar att kombinationsbehandling med KBT med ERP och läkemedel bör provas vid utebliven respons och enligt de amerikanska riktlinjerna från APA (2007) ska en kombinationsbehandling prövas om KBT eller SSRI inte ger adekvat respons. Nationella riktlinjer skiljer sig således åt och forskningsläget är splittrat. Fineberg (2018) skriver att kombinationsbehandlingar i dagsläget är för obeforskade och att det således behövs mer forskning på området.

### **1.3.4 Neuromodulering och neurokirurgi**

Gershkovich m.fl. (2017) rekommenderar att neuromodulering kan användas om varken läkemedelsbehandling eller psykoterapi har effekt. I första hand rekommenderas de icke invasiva formerna. Exempel på sådana som verkar ha lovande effekt är repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) och transcranial direct current stimulation (tDCS). I sista hand

kan det vara aktuellt med mer invasiva metoder i form av neurokirurgi och då endast i de fall där ingen annan behandling har haft effekt.

En invasiv metod som utvecklats under senare år för behandling av bl.a. OCD är Deep brain stimulation (DBS). I en metaanalys av Alonso m.fl. (2015) visade resultatet från 31 studier, med totalt 116 deltagare, att 60 % svarade på behandling med en genomsnittlig respons på 45 % minskning på Y-BOCS. Även om negativa effekter generellt sett har rapporterats som små, övergående eller reversibla, finns det potentiellt allvarliga risker med operation och behandlingsalternativet bör utredas noga (Alonso m.fl., 2015).

### **1.3.5 Psykologisk behandling**

Vad gäller psykologisk behandling föreslår Gershkovich m.fl. (2017) att behandling med KBT med ERP bör anpassas på olika sätt vid utebliven respons. Exempelvis kan antalet sessioner och längden på sessionerna ökas. Patientens följsamhet bör utvärderas noggrant, liksom terapeutens kunskaper och förmåga att utföra en ERP-behandling för att säkerställa att ett väl genomfört behandlingsförsök gjorts. KBT med ERP har bäst evidens och bör användas i första hand, men för de som har svårt att tolerera och acceptera behandling med ERP av olika anledningar föreslår författarna att alternativa psykoterapeutiska insatser bör övervägas, såsom kognitiv terapi eller Acceptance and Commitment therapy (ACT). Utöver detta föreslår de att intensiteten och behandlingens längden kan utökas, exempelvis genom vård på specialiserade behandlingshem.

### **1.3.6 KBT med ERP på behandlingshem**

Det finns även evidensbaserade behandlingar med KBT med ERP som ges i ett annat format. Veale m.fl. (2016) undersökte i en systematisk översikt och metaanalys flera olika KBT-behandlingar av behandlingsresistent OCD i en klinisk kontext som på svenska kan sammanfattas som behandlingshem. De kategoriserar typen av vård i "inpatient", "residential" och "partial hospitalization". "Inpatient" är den högsta nivån och innebär att det finns omvårdnadspersonal dygnet runt. Det tillåter på så vis personer med svårare tillstånd så som aktiv suicidalitet, låg kroppsvikt eller med uttalad våldsamhet att få behandling. Vissa privata dygnet-runt vårdinrättningar tar även emot patienter som inte nödvändigtvis är i behov av omvårdnadspersonal dygnet runt. "Residential" är en specialiserad enhet som har personal på dagen men inte på natten. Här ingår det som i USA kallas Intensive residential treatment (IRT) (se exempelvis Brennan m.fl., 2014; Dowling m.fl., 2016 & Stewart m.fl., 2005). Här finns ingen omvårdnadspersonal och patienterna bör kunna ta hand om sin egenvård och inte vara suicidala. Den sistnämnda "partial hospitalization" liknar "residential"

förutom att patienterna inte sover där och passar därför patienter som bor nära behandlingsenheten. I fortsättningen kommer denna typen av mer intensiva långvariga behandlingar kallas behandlingshem. Slutsatsen i metaanalysen (Veale m.fl., 2016) var att KBT-behandling på behandlingshem hade signifikanta effekter för personer med allvarlig svårbehandlad OCD. Den absoluta minskningen på Y-BOCS var i genomsnitt 10.7, effektstorlek 1.87, vilket innebär en stor minskning på gruppnivå. Däremot menar författarna att det finns bristande kunskap gällande de långsiktiga effekterna av en sådan behandling. De inkluderade studierna hade också begränsningar i form av att endast tre av 19 var RCT-studier (Veale m.fl., 2016). KBT-behandling i ett format där patienterna vistas under stora delar av behandlingstiden kan således vara befogat i vissa fall där sedvanlig behandling inte haft effekt eller där geografiska faktorer på något sätt begränsar tillgången till specialiserad KBT-behandling, menar författarna. Veale m.fl. (2016) efterlyser även mer kunskap angående de långvariga effekterna av behandling på behandlingshem då det inte finns tillräckligt med forskning angående detta.

### **1.3.7 Fördelar och nackdelar med behandlingshem**

Potentiella fördelar med mer intensiva behandlingsformer som nämns av Veale m.fl. (2016) är att det finns tillgång till mer frekvent KBT-behandling och assisterad exponering med möjlighet till direkt feedback och förstärkning. Den största nackdelen med denna behandlingsform är kostnaden, men enligt författarna kan den ändå bli mer kostnadseffektiv med minskat antal misslyckade öppenvårdsbehandlingar och inläggningar i slutenvården. Författarna nämner även att det kan finnas en ökad risk för återfall vid hemkomst eftersom många tvångshandlingar och tvångstankar är bundna till hemmiljö och risken finns därför att behandlingen istället blir en slags "OCD-semester". I de studier som ingår i metaanalysen saknas ofta en utvärdering av patientens hemmiljö och sociala miljö samt interventioner riktade till hem och familj som författarna efterfrågar (Veale m.fl., 2016). Björgvinsson m.fl. (2013) menar också att det finns en hel del potentiella fördelar med vård på behandlingshem. Det tillåter att patienten kommer bort från en omgivning som blivit en stor del av tvånget, vilket kan vara gynnsamt. Patienterna kan dessutom få kontinuerligt stöd att bryta ritualer och vid exponering. Det finns goda förutsättningar att kunna förändra den fysiska miljön för att hjälpa med responsprevention på ett behandlingshem. Dessutom har de tillgång till andra med OCD och möjlighet att lära sig av varandra, få stöd och känna samhörighet. Det kan också finnas positiva effekter på följsamhet till läkemedelsbehandling på grund av närmare övervakning och stöd vid behov av personalen, jämfört med öppenvårdsbehandling. Patienterna kan även få ett mycket mer omfattande psykosocialt stöd på ett behandlingshem

och beteendeaktivering med ökade aktiviteter och socialt umgänge blir ofta en naturlig del av formatet, vilket gynnar deprimerade patienter. (Björgvinsson m.fl., 2013). Stewart m.fl. (2005) drar slutsatsen att denna typ av mer intensiv behandling bör erbjudas personer med svårbehandlad OCD före mer invasiva metoder såsom neurokirurgi. De menar dessutom att det är mer effektivt, både tidsmässigt och kostnadsmässigt, jämfört med sedvanlig slutenvårdsbehandling som inte är specialiserad på OCD-behandling.

### **1.3.8 Behandlingslängd**

På behandlingshem stannar patienterna olika länge beroende på upplägg på respektive inrättning (Veale m.fl., 2016). Hur långa behandlingar påverkar behandlingsutfall finns inte mycket skrivet om. Stewart m.fl. (2005) fann i en studie som undersökte effektiviteten i IRT behandling för personer med svår refraktär OCD att långa behandlingar över tre månader inte gav några signifikanta behandlingseffekter (definierat som >25 % minskning i genomsnitt på Y-BOCS). De drog därför slutsatsen att om ingen behandlingseffekt uppnåtts inom tre månader, är det osannolikt att det kommer göra det efter tre månader och en annan behandlingsmetod bör provas. Engelmark och Stagnér (2012) fann att behandlingslängd på behandlingshem inte kunde predicera behandlingsutfall, trots att vistelserna varierade mellan 26 dagar och 390 dagar ( $M = 167$ ,  $SD = 89$ ). Genomsnittlig behandlingslängd i metaanalysen av Veale m.fl. (2016) var 10.4 veckor och sträckte sig från 5–19.3 veckor (19 studier). Här kunde man se att behandlingslängd inte modererade behandlingsresultaten mätt i effektstorlekar, alltså att längden på behandling inte påverkade behandlingsresultaten mätbart. Således finns bristande evidens kring långa behandlingars effektivitet och huruvida behandlingar över tre månader alls bör erbjudas.

### **1.3.9 Behandlingshem för OCD i Sverige**

I Sverige finns ett behandlingshem specialiserat på OCD, nämligen OCD-Centret i Uppsala. Behandlingen har tidigare utvärderats inom ramen för en examensuppsats (Engelmark & Stragnér, 2012). OCD-Centret bedriver KBT behandling med fokus på ERP. Resultaten visade att deltagarna förbättrades efter genomgången behandling, både avseende tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livskvalitet. 62 % blev kliniskt signifikant förbättrade, d.v.s. hade minst 25 % minskning på Y-BOCS. Effektstorleken var 1.58. Resultaten måste dock tolkas med försiktighet eftersom de i likhet med många studier inom området med intensiva behandlingar inte hade någon kontrollgrupp. Patientgruppen var framförallt personer med OCD men även närbesläktade ångestsyndrom såsom dysmorfofobi och hälsoångest förekom. OCD-Centret är enligt definitionen från Veale m.fl. (2016) ett

mellanting mellan “inpatient” och “residential” då personal finns att tillgå även på natten i form av sovande jour men i övrigt liknar det mer beskrivningen av “residential”. Övriga slutsatser som drogs utifrån denna studie var att tidig symtomförbättring predicerade bättre behandlingsresultat samt även att en svårare grad av tvångssymtom hängde samman med större minskning av tvångssymtom. Ingen långtidsuppföljning gjordes dock i denna studie. (Engelmark & Stagnér, 2012).

## **1.4 Syfte**

Den tidigare utvärderingen som gjordes 2012 på OCD-Centret pekade på att behandlingen var effektiv för personer med OCD (Engelmark & Stagnér). Med tanke på att det har gått åtta år sedan dess finns det anledning att än en gång utvärdera behandlingen och se om resultaten fortfarande är goda. Således har denna studie delvis som syfte att utvidga tidigare nämnd studie och närmare undersöka behandlingsutfall för ett större antal deltagare. Förutom tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse undersöks i denna studie även funktionsnivå vilket kan ge en ytterligare förståelse för hur behandlingen kan påverka livet i stort. Dessutom har denna studie för avsikt att utvärdera långtidseffekterna av behandlingen, något som efterfrågats av Veale m.fl. (2016) och inte gjordes av Engelmark och Stagnér (2012). På OCD-Centret genomförs långa behandlingar för personer med refraktär OCD. Medelvärde för längden på behandlingen enligt Engelmark och Stagnér (2012) var 167 dagar, d.v.s. över fem månader. Det finns vissa resultat som antyder att längre KBT-behandlingar än tre månader inte bör erbjudas (Stewart m.fl., 2005), men i och med att endast en studie undersökt detta finns det fog för att närmare undersöka effekterna av längre behandlingar samt om det sker förbättringar sent i en behandling. Därför är syftet med denna uppsats att undersöka hur behandlingsutfallet ser ut för personer som behandlats vid OCD-Centret, hur resultaten ser ut vid uppföljning samt att undersöka om det sker någon förbättring sent i behandling för de som behandlas en längre period.

### **1.4.1 Frågeställningar**

1. Sker någon förbättring från behandlingsstart till behandlingsavslut avseende tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom, livstillfredsställelse samt funktionsnivå hos personer som behandlas vid OCD-Centret?
2. Hur ser graden av tvångssymtom ut vid uppföljning?
3. Sker någon förbättring sent i behandlingen avseende tvångssymtom för de som behandlas vid OCD-centret längre än fyra månader?



## 2. Metod

### 2.1 Design

Denna studie är en longitudinell utvärdering med klinisk inomgruppsdesign utan kontrollgrupp. Upprepade mätningar av tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom, funktionsnivå och livstillfredsställelse har skett före och under behandlingen samt vid behandlingsavslut, därutöver har uppföljningsmätning genomförts avseende tvångssymtom.

### 2.2 OCD-centret

Denna behandlingsutvärdering ägde rum på OCD-Centret. Då behandlingen och upplägget är viktigt för att kunna tolka resultaten av denna studie följer här en ingående beskrivning av OCD-Centrets verksamhet. För ytterligare information, se Engelmark och Stagnér (2012) som tidigare gjort en liknande utvärdering av behandlingen på OCD-Centret.

#### 2.2.1 Upplägg och patientgrupp

OCD-Centret är ett behandlingshem, ett så kallat Hem för Vård eller Boende (HVB-hem), i Sverige som bedriver dygnet-runt vård med ERP i fokus. OCD-Centret är det enda behandlingshem av sitt slag i Sverige. Det finns sex platser, behandlingen är frivillig och de inskrivna kallas under vistelsen för elever. OCD-Centret är en privat vårdgivare och dit remitteras personer som av någon anledning inte kunnat tillgodogöra sig sedvanlig behandling, alternativt inte erbjudits evidensbaserad vård. Patientgruppen består framförallt av personer med OCD, men även närbesläktade ångestsyndrom såsom dysmorfofobi och hälsoångest förekommer. OCD-Centret tar inte emot personer med hög suicidrisk, aktiv anorexi, aktivt substansmissbruk eller personer som är våldsamma och som riskerar att skada andra patienter eller personal. Kravet är att det enligt bedömning från OCD-Centrets sida ska vara möjligt att behandla personen på OCD-Centret samt att remiss med betalningsansvarig finns. Remisserna kommer från hela landet, framförallt från regioner, i vissa fall kommuner och i ett fåtal fall har eleverna själva betalat för sin vistelse. Ungefär var sjätte till åttonde vecka hålls ett nätverksmöte där behandlingen utvärderas och beslut tas om eventuell förlängning av behandlingen för eleven. Närvarande på mötet är eleven själv, representant för OCD-Centret, representant för remitterande enhet, eventuell övertagande behandlare samt eventuellt anhöriga. Inför dessa möten fyller eleven i ett antal skattningsskalor i syfte att mäta framsteg i behandlingen och som underlag för att besluta om fortsatt behandling (se rubriken *material* för information kring skattningsskalorna). Dessa mätningar sker både vid start, inför

nätverksmöten samt vid avslut, som i fortsättningen kallas *startmätningar*, *mellanmätningar* och *avslutningsmätningar*. Det kan ske flera mellanmätningar beroende på hur länge patienten stannar.

### **2.2.2 Personal**

Den personal som varit delaktig i vården på OCD-Centret under åren 2004–2020 (som ingår i underlaget för studien) är bland annat socionom, leg psykolog, PTP-psykolog, KBT-terapeut med steg 1 utbildning, psykiater, leg psykoterapeut och psykologstuderande. Socionomen har varit verksamhetschef fram till våren 2020. Psykiater har funnits knuten till verksamheten och haft regelbunden kontakt med patienterna då de flesta har någon form av psykofarmakabehandling. Två heltidsanställda ansvariga behandlare har funnits på plats dagtid alla veckodagar. Dessa har sedan behandlingshemmet startades 2004 ofta varit psykolog (Leg eller PTP) alternativt KBT-terapeut. På kvällar och helger arbetar kvällspersonal som också har sovande jour på plats på OCD-Centret och således finns personal tillgänglig för eleverna dygnet runt vid behov. Kvällspersonalen har ofta varit psykologstuderande som även de är insatta i ERP-behandlingen och får noggranna instruktioner från ansvarig behandlare angående nuvarande behandling och förhållningssätt kring varje elev. Det har förekommit regelbunden handledning av kvällspersonal såväl som ansvarig behandlare utefter behov. Handledaren har oftast varit leg psykolog och leg psykoterapeut samt expert inom OCD-behandling. Dessutom finns en visstidsanställd köksansvarig som lagar lunch till alla elever och personal på plats dagtid.

### **2.2.3 Behandlingen**

Behandlingen har som sagt ERP i fokus och sker framförallt dagtid, men även på kvällstid i form av hemuppgifter med stöd av kvällspersonal vid behov. Eleverna träffar sin ansvariga behandlare fem dagar i veckan med fyra individuella behandlingssessioner (1–2 timmar) per vecka samt deltar i en gruppssession med övriga elever på OCD-Centret. Behandlingen har ett liknande upplägg för alla patienter och individuella anpassningar görs inom ramen för detta. Först görs ett inledande bedömningssamtal, där anhöriga ofta är med, där bedömning görs om eleven kommer kunna tillgodogöra sig behandlingen. När eleven sedan flyttar in på OCD-Centret startar bedömningsfasen där en fördjupad kartläggning görs av patientens svårigheter och styrkor. Här ingår upprättande av ångesthierarki, ifyllnad av skattningsskalor (startmätning) samt målformulering. Psykoedukation av behandlingsmetoden ERP ges och eventuellt börjar patienten redan i denna fas att prova några exponeringsövningar. En genomgång av OCD-Centrets rutiner och vad som förväntas av patienten avseende bland

annat tider, ansvarsområden och aktiviteter ingår också i denna fas. Till sist beslutar eleven och ansvarig terapeut tillsammans om att gå vidare in i behandlingsfasen. I behandlingsfasen gör eleven exponeringar utifrån sin ångesthierarki. Dessa sker i så naturlig miljö som möjligt och kan utföras både på OCD-Centret eller utanför beroende på vad elevens tvång handlar om. Dessutom görs plan upp för responsprevention, alltså hur eleven ska kunna avstå från sina tvångshandlingar. Detta kan innebära total responsprevention från början, d.v.s. att helt avstå från tvångshandlingar, alternativt att de gradvis trappas ut och minskar i omfattning. Ett exempel kan vara överdriven handtvätt som direkt återgår till att bli en normal handtvätt alternativt gradvis minskar till önskad tidsåtgång. I vissa fall kan terapeutledd ERP genomföras i det egna hemmet redan tidigt i behandlingen om eleven bor tillräckligt nära för att hembesök ska kunna genomföras. I annat fall görs andra insatser för att elevens kunskaper om ERP ska kunna generaliseras till hemmiljö, exempelvis att hen åker hem regelbundet och har telefonsessioner med ansvarig terapeut. Ansvarig behandlare planerar behandlingen i samråd med eleven. Kvällspersonalen får ofta i uppgift av behandlaren att stötta i hemuppgifter i ERP som genomförs på kvällstid eller helgtid. Utöver ERP kan andra insatser också bli aktuella vid behov, så som färdighetsträning, orostund eller medveten närvaro. Eleven planerar och genomför också olika meningsfulla aktiviteter. Då tiden som eleven tidigare spenderat på tvångshandlingar minskar är det viktigt att fylla den tiden med aktiviteter som känns meningsfulla. Hen planerar också inför framtiden avseende boende, ekonomi och sysselsättning för att få en fungerande meningsfull vardag efter behandlingen vilket, förutom att det bidrar till ökad livskvalitet, ökar sannolikheten att de uppnådda resultaten vidmakthålls. Elevens arbete med ERP flyttar successivt över mer till hemmiljö mot slutet av behandlingen och blir alltmer självständigt med ökat eget ansvar att planera och genomföra ERP-övningar. Ofta görs ett utslussnings-schema som innebär att eleven växlar mellan att vistas på OCD-Centret och vara hemma med telefonkontakt. Innan utskrivning sker upprättas vidmakthållandeplan och återfallsprevention. Här ingår plan för eventuell vidare behandling och överlämning till övertagande behandlare i öppenvården då detta är aktuellt för många av de som behandlas på OCD-Centret.

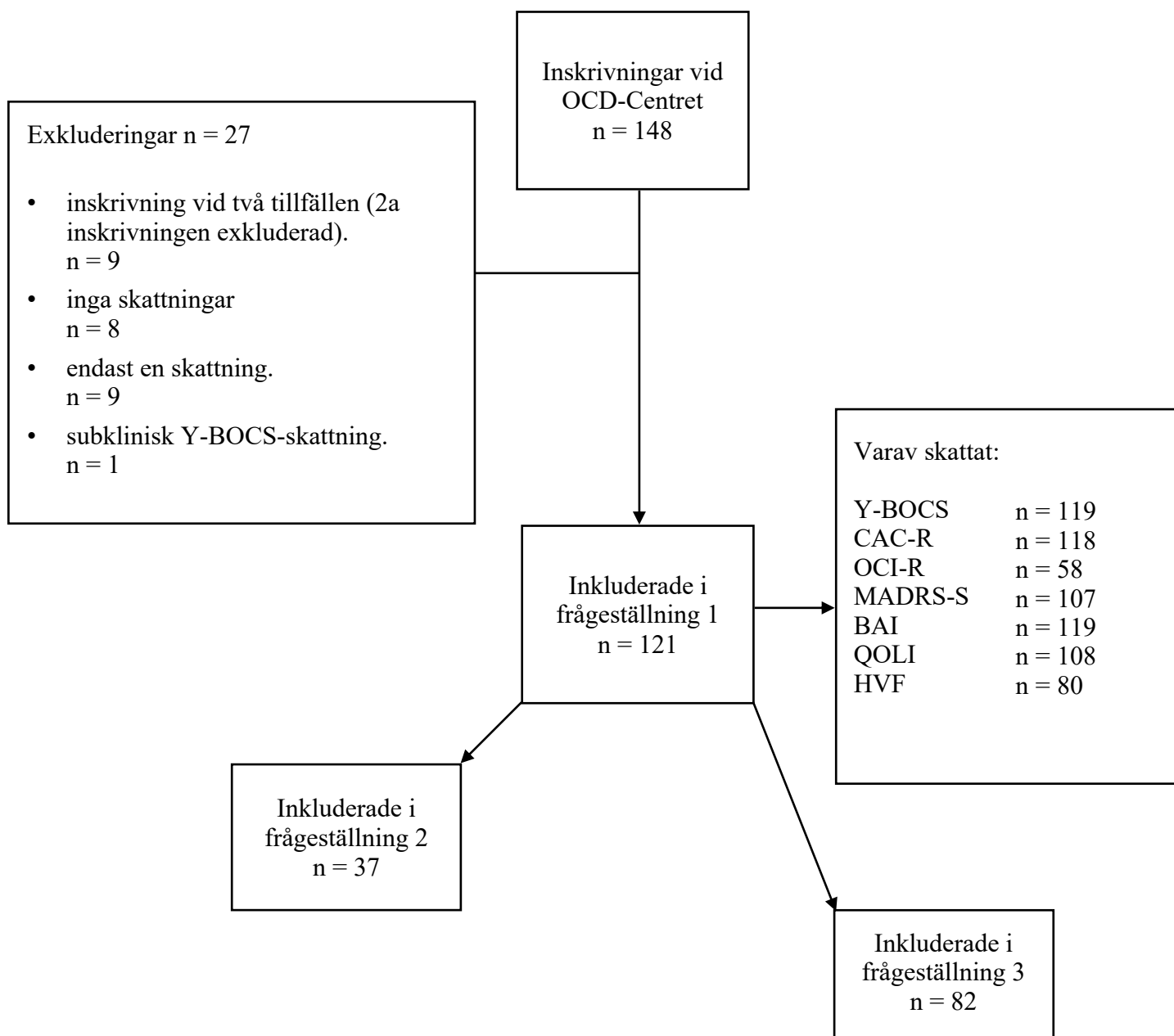
Förutom ERP ingår under hela vistelsen på OCD-Centret att eleverna ska vara aktiva och delta i gemensamma aktiviteter, matlagning och skötsel av gemensamma lokaler utifrån egen förmåga. Detta innebär att det finns ett mått av naturlig beteendeaktivering, ADL-träning (Allmän Daglig Livsföring) och färdighetsträning i själva upplägget, beroende på patientens förutsättningar. Dessutom innebär många av aktiviteterna och uppgifterna en naturlig möjlighet till exponering. Ansvarig terapeut har möjlighet att i samråd med eleven anpassa upplägget så det passar väl in i behandlingen. Exempel på genomförda aktiviteter är

besök på 4H-gård, bio, restaurangbesök och escape room. Uppgifter som förekommer är städning, trädgårdsarbete, matlagning med köksansvarig, följa med till återvinning och reparera cyklar.

## 2.3 Deltagare

I uppsatsen inkluderades de som behandlats första gången på OCD-Centret mellan 2004 och 2020 (2004-06-18 t.o.m. 2020-03-11), hade minst 8 poäng på Y-BOCS vid behandlingsstart och som fyllt i minst en av de skattningsformulär som ligger till grund för frågeställningarna vid minst två tillfällen. Metoden intent-to-treat användes (Stewart m.fl., 2005), vilket innebar att alla de som skrivits in på OCD-Centret och uppfyllde inkluderingskriterierna ingick i analyserna. Detta omfattar således även de personer som avbröt behandlingen eller uppvisade bristande följsamhet i behandling. Av de 148 personer som totalt fanns registrerade som inskrivna på OCD-Centret sedan behandlingshemmet grundades 2004 uppfyllde 121 personer inklusionskriterierna. Av de som exkluderades hade 8 inte fyllt i någon skattning och 9 endast en skattning. 9 deltagare hade behandlats vid OCD-Centret vid två separata tillfällen och deras andra vistelse exkluderades. En person exkluderades då hen hade ett Y-BOCS startvärde <8, d.v.s. på en subklinisk nivå (5 poäng). Antalet deltagare som fyllt i de olika skalorna skilde sig åt för respektive skala. Dels eftersom alla som fyllt i någon av skalorna vid minst två tillfällen inkluderades, vilket innebar att vissa deltagare inte fyllt i alla tillgängliga skalor, och dels eftersom datainsamlingen pågick under många år och vissa skattningsskalor inte fanns med från början (MADRS-S, QOLI, HVF och OCI-R).

Samtliga deltagare (n=121) inkluderades i frågeställning 1. I frågeställning 2 inkluderades alla där uppföljning med Y-BOCS fanns att tillgå (n=37). I frågeställning 3 inkluderades de deltagare som stannat längre än 122 dagar, gjort minst tre skattningar på Y-BOCS: startmätning, mellanmätning och avslutningsmätning, samt haft ett minimum av 60 dagar från mellanmätning till avslutningsmätning (n=82). Se figur 1 för en sammanfattning av inkluderingsförfarandet för varje frågeställning samt antalet deltagare som fyllt i var och en av skattningsskalorna.



Figur 1. Inklusionsprocessen för samtliga frågeställningar samt antalet personer som fyllt i respektive frågeformulär.

Deltagarna hade vid inskrivning värden på Y-BOCS som tyder på mycket stora svårigheter, med ett medelvärde på 29,3 (SD=4,9). De behandlades mellan 26–396 dagar, i genomsnitt 171,9 dagar (SD=74,9).

I tabell 1, 2, 3, och 4 beskrivs deltagarna utifrån den journalgenomgång som gjordes. Observera att informationen baseras på alla inkluderade deltagare i studien där journaler fanns att tillgå. I tabellerna står angivet hur många deltagare informationen baseras på. Det var en jämn könsfördelning bland deltagarna och de var mellan 17–61 år gamla, se tabell 1.

Tabell 1  
*Deltagarnas kön och ålder*

	Antal deltagare (%)	M(SD)
Könsfördelning (n=88)		
<i>Kvinnor</i>	43 (48,9)	
<i>Män</i>	45 (51,1)	
Ålder (n=87)		27,5 (8,4)

Många deltagare hade haft någon form av tidigare insats som var dokumenterad i journalen, vanligast var KBT-behandling och läkemedelsbehandling, se tabell 2. Åttiotvå deltagare (98 %) hade haft någon form av behandlingsinsats innan de kom till OCD-Centret. För de övriga två finns även där dokumenterade insatser såsom psykiatrikontakt och socialt stöd. Alla utom en deltagare hade eller hade haft kontakt med psykiatri, enligt journalen.

Tabell 2  
*Deltagarnas tidigare behandlingsinsatser, före behandling på OCD-Centret (n = 84). Dessutom antalet deltagare som har haft kontakt med psykiatri innan inskrivning på OCD-Centret (n=86)*

Tidigare insatser	Antal deltagare (%)
KBT	57 (68,7)
Ospecificerad och övrig psykoterapi	24 (28,9)
Slutenvård	23 (27,7)
Läkemedelsbehandling	42 (50,6)
DBS	1 (1,2)
Psykiatrikontakt	85 (99)

Not. Observera att samma deltagare kan ha fått flera insatser.

Av de 83 deltagare där information angående psykiatriska diagnoser fanns att inhämta hade 65 % två eller fler diagnoser, se tabell 3. Alla deltagare utom tre hade diagnosen OCD enligt journalerna. Dessa tre hade dock svårt till extremt svårt tvångssyndrom enligt skattningar på det primära utfallsmåttet för tvångssymtom, Y-BOCS. Av dem hade två deltagare BDD och en hade dermatillomani, AST och ADHD. Förutom det som beskrivs i tabell 3 hade tre deltagare (3,6 %) självska debeteende och två deltagare (2,4 %) hade tidigare gjort suicidförsök.

Tabell 3 *Deltagarnas diagnoser samt antal diagnoser (n=83).*

Diagnoser	Antal deltagare (%)	Antal diagnoser	Antal deltagare (%)
OCD	80 (96,4)	1	29 (34,9)
BDD	7 (8,4)	2	28 (33,7)
Dermatillomani	5 (6)	3	14 (16,9)
Samlarsyndrom	1 (1,2)	4	9 (10,8)
Social ångest	4 (4,8)	5	2 (2,4)
Agorafobi	1 (1,2)	6	1 (1,2)
Specifik fobi	2 (2,4)		
Hälsångest	2 (2,4)		
PTSD	1 (1,2)		
Depression	21 (25,3)		
Utmattningsdepression	1 (1,2)		
Bipolär sjukdom	3 (3,6)		
ASD	18 (21,7)		
ADHD	10 (12)		
Tics	3 (3,6)		
Tourettes syndrom	1 (1,2)		
Ätstörning	8 (9,6)		
Personlighetssyndrom	8 (9,6)		
Spelmissbruk	2 (2,8)		
PANS	1 (1,2)		

91 % av deltagarna använde något typ av läkemedel vid behandlingsstart varav 31 % hade 3 eller fler läkemedel. 85 % hade någon typ av antidepressiv läkemedelsbehandling och 41 % använde någon form av antipsykotiskt läkemedel, se tabell 4.

Tabell 4 *Deltagarnas aktuella läkemedel samt antal läkemedel vid inskrivning (n=85).*

Läkemedel	Antal deltagare (%)	Antal läkemedel	Antal deltagare (%)
Antidepressiva (alla)	72 (84,7)	0	8 (9,4)
SSRI	50 (58,8)	1	31 (36,5)
SNRI	4 (4,7)	2	20 (23,5)
Tricykliska	14 (16,5)	3	15 (17,6)
Övriga antidepressiva	12 (14,1)	4	8 (9,4)
Ångestdämpande (alla)	20 (23,5)	5	1 (1,2)
Bensodiazepiner	5 (5,9)	7	2 (2,4)
Lugnande/allergi	7 (8,2)		
Lugnande övriga	16 (18,8)		
Stämningsstabiliserande	2 (2,4)		
Antipsykotika	35 (41,2)		
Sympatometika	2 (2,4)		
Sömnläkemedel	11 (12,9)		

## **2.4 Material**

Följande skattningsskalor administreras på OCD-centret och har använts i denna studie.

### **2.4.1 Y-BOCS (Yale-Brown-Obsessive-Compulsive Scale)**

Y-BOCS (Goodman m.fl., 1989a) mäter OCD-symtom och används i denna studie som primärt utfallsmått. Den används ofta för att mäta behandlingsrespons (Havnen m.fl., 2014). Enligt Keeley m.fl. (2008) så använder de flesta studier under senare år Y-BOCS som primärt utfallsmått för OCD-symtom. Den har goda psykometriska egenskaper (Goodman m.fl., 1989a; Goodman m.fl. 1989b). Y-BOCS mäter både tvångstankar och tvångshandlingar och innehåller dessutom en symtomchecklista med vanliga tvångstankar och tvångshandlingar som kan ge ytterligare information. Skalan innehåller totalt tio frågor och varje fråga ger mellan 0 poäng (inga symtom) till 4 poäng (extrema symtom) vilket ger en maxpoäng på 40. Den totala Y-BOCS-poängen ska enligt Steketee (1999) tolkas enligt följande kategorisering: 0–7 poäng innebär “subklinisk nivå” av OCD, 8–15 poäng innebär “lindriga symtom”, 16–23 poäng innebär “måttliga symtom”, 24–31 poäng innebär “svåra symtom” samt 32–40 poäng innebär “extremt svåra symtom”. Y-BOCS finns i en klinikeradministrerad version och en självskattningsversion som är väldigt lika varandra (Steketee, Frost & Bogert, 1996). Det är Y-BOCS självskattningsversion som används i denna uppsats. Den har enligt Steketee, Frost och Bogert (1996) utmärkt intern konsistens och test-retest reliabilitet. Dessutom känslig för att finna personer med OCD. Federici m.fl. (2010) fann att de två versionerna korrelerade måttligt. Flera studier har använt sig av självskattningsversionen, bland annat Dowling m.fl. (2016), Björnvinnsson m.fl. (2013) och Stewart m.fl. (2005). Vid uppföljning har Y-BOCS administrerats via telefon och symtomchecklistan har då inte använts.

### **2.4.2 CAC-R (Compulsive Activities Checklist-Revised)**

CAC-R (Steketee & Freund, 1993) mäter OCD-symtom. Den består av 28 items som mäter aktiviteter som kan vara problematiska för personer med OCD, på en skala från 0 (inga problem med denna aktivitet) till 3 (Jag klarar inte av att hantera eller bemästra den när aktivitet alls). CAC-R kan ge viktig information om konkreta undvikanden och tvångshandlingar men bör ses som ett komplement till andra mätverktyg vid utvärdering av behandlingsresultat. CAC-R är en förkortad version av CAC som i sin tur har goda psykometriska egenskaper, exempelvis en mycket bra intern konsistens enligt Steketee & Freund (1993) (Cronbachs alfa .95).



### **2.4.3 OCI-R (Obsessive Compulsive Inventory - Revised)**

OCI-R mäter OCD-symtom med 18 items. Den har utmärkta psykometriska egenskaper och diskriminerar väl mellan personer med och utan OCD och kan därför användas vid diagnostik av OCD, såväl som vid forskning (Foa m.fl., 2002).

### **2.4.4 MADRS-S (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale)**

MADRS-S är en självskattningsskala som mäter grad av depression och som används mycket i kliniska sammanhang. Den består av 9 items där varje item skattas på en skala från 0–6. 0–12 poäng indikerar väsentligen obesvärad, 13-19 poäng mild depression, 20-34 poäng måttlig depression och >34 poäng indikerar svår depression. Enligt Fantino och Moore (2009) är det ett användbart verktyg för att utvärdera behandlingsutfall vid depression. MADRS-S har god reliabilitet (test-retest-reliabilitet mellan .80 till .94 och Cronbachs alfa mellan .82 till .90) (Svanborg & Åsberg, 1994).

### **2.4.5 BAI (Becks Anxiety Inventory)**

BAI är ett välanvänt självskattningsformulär som mäter ångestsymtom (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988). Det har 21 items och mäter hur ofta man har ett visst symtom på en skala från 0 (nästan aldrig) till 3 (hela tiden). Den är bra på att skilja mellan ångestsymtom och depressionssymtom och den har goda psykometriska egenskaper enligt Beck m.fl. (1988). Test-retest-reliabilitet var .75 och intern konsistens (Cronbachs alfa) var .92.

### **2.4.6 QOLI (Quality of Life Inventory)**

QOLI mäter subjektiv livstillfredsställelse genom att personen själv skattar hur nöjd i genomsnitt hen anser sig vara inom 16 olika livsområden, exempelvis hälsa, ekonomi och fritid. Den tar även hänsyn till hur viktigt personen anser respektive område vara. QOLI uppvisar goda psykometriska egenskaper (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992). Frisch m.fl. (1992) fann att QOLI korrelerar negativt med mått för psykopatologi samt att den har hög samstämmighet med 7 andra skattningsskalor som mäter subjektivt välmående.

### **2.4.7 HVF (Hur Vardagen Fungerar)**

HVF är ett formulär som mäter funktionsnivå. Den ingår i en manual vid namn "Ett självständigt liv" och har utvecklats på uppdrag av socialtjänsten (Socialstyrelsen, 2019). Manualen och formuläret HVF används framförallt inom psykosvården men finns tillgänglig för samtliga kommuner och landsting via socialtjänstens hemsida. Formulärets psykometriska egenskaper är okända men frågorna är kliniskt relevanta då de baseras på vilka

vardagssysslor patienten klarar av att genomföra (t.ex. handla, gå utanför dörren, ringa ett samtal) samt i vilken utsträckning dessa vardagsaktiviteter förekommer (på en skala från aldrig till alltid). Hur välanvänt formuläret är, är heller inte känt.

## 2.5 Procedur

I behandlingen på OCD-Centret ingår att fylla i de skattningsskalor avseende tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom, livstillfredsställelse samt funktionsnivå som beskrivits närmare under avsnittet *material*. Dessa administreras som tidigare nämnts med jämna mellanrum på OCD-Centret som en del i att följa upp framsteg tillsammans med ansvarig terapeut. Ansvarig terapeut har fört in dessa skattningar i ett internt exceldokument som författarna haft tillgång till. Utifrån detta har deltagare som inte uppfyllt inkluderingsvillkoren exkluderats (se avsnittet *deltagare*). Slutligen har resultaten sammanställts, bearbetats och analyserats.

### 2.5.1 Administrerade skattningar

Vanligen administreras skattningar vid OCD-centret vid behandlingsstart, *startmätningen*, därefter löpande *mellanmätningar* under behandlingens gång ca var sjätte-åttonde vecka men ibland mer oregelbundet, och sen görs en *avslutningsmätning* vid behandlingsavslut. Slutligen görs en *uppföljningsmätning*. Datum för administrering samt resultat på skattningar stod angivet i kolumner i exceldokumentet för respektive deltagare. Detta var fallet för de flesta deltagare men det fanns en del undantag. Undantagen samt tillvägagångssätt som har använts för att hantera dem sammanställs här. I vissa fall har ingen data fyllts i för startmätning och/eller avslutningsmätning, eller så fanns dessa mätpunkter inte tydligt specificerade i exceldokumentet. I de fall det har funnits mellanmätningar, har uppsatsförfattarna beslutat att det första av dessa mått använts som en startmätning och/ eller den sista som en avslutningsmätning. Vissa hade avbrutit behandlingen men uppfyllde inklusionskriterierna och ingår i samplet, där saknas avslutningsmätning och i dessa fall har den sista mellanmätningen som personen har gjort använts som en avslutningsmätning. Vad gäller både startmätning och avslutningsmätning kan namnen således vara missvisande. Även om startmätningen är den första skattningen som görs kan den i ett fåtal fall ha administrerats en bra bit in i behandlingen och avslutningsmätningen behöver inte ha skett vid avslut. Det finns således ingen genomgående regelbundenhet i benämningen av dessa skattningar. Även om det finns en standardiserad tidpunkt för administrering av skattningarna, har dessa i vissa fall gjorts med oregelbundna intervall. Detta gör att de inte helt kan jämföras mellan deltagare då de kan ha administrerats efter olika lång tid i behandling.

### **2.5.2 Frågeställning 1**

Startmätningen och avslutningsmätningen, d.v.s. det första och sista måttet som fanns registrerat i exceldokumentet innehållande dataunderlaget, användes för var och en av skattningsskalorna Y-BOCS, CAC-R, OCI-R, MADRS-S, BAI, QOLI och HVF.

### **2.5.3 Frågeställning 2**

Löpande uppföljningar av deltagarna har gjorts av ansvarig terapeut och även av författarna till denna uppsats. Uppföljningarna har sedan 2017 endast gällt Y-BOCS och genomförts ca 12 månader efter avslutad behandling via telefonintervju. Innan 2017 skickades alla formulär ut via brev vid 3, 6 och 12 månader efter avslutad behandling. Då detta gav en mycket ojämn svarsfrekvens byttes metod vilket har resulterat i färre bortfall sedan 2017.

### **2.5.4 Frågeställning 3**

Först undersöktes hur många av deltagarna som hade tre fullständiga skattningar på Y-BOCS. I nästa steg räknades längden på vistelsen ut i Google Kalkylark, mätt i antal dagar för varje deltagare från datum för den första mätningen till datum för sista mätningen. Detta gjordes för att inkludera de som hade stannat tre månader eller längre med utgångspunkt från Stewart m.fl. (2005) som menar att behandling längre än tre månader kan vara obefogad. Det finns heller inte många studier som är gjorda på längre behandlingar än så (Veale m.fl. 2016). Baserat på detta inkluderades initialt de patienter som hade stannat tre månader eller längre. Vid genomgång av datan visade det sig att flera deltagare hade en vistelse som var i spannet 91–120 dagar, d.v.s. nära tre månader och med endast en mellanmätning. Anledningen är att det vid OCD-Centret, som tidigare nämnts, hålls ett nätverksmöte efter ca 6–8 veckor för varje patient, där beslut om fortsatt behandling alternativt avslut ska tas (vanligen gäller det ytterligare förlängning med tre månader). För att inte få med data från de patienter som avslutas efter tre månader, alternativt börjar slussas ut (då det vid OCD-Centret sker en sorts utslussning de sista veckorna av behandling) valdes minst 122 dagar (ca fyra månader) som gränsvärde för inklusion. Detta för att fokuset med frågeställningen var att se hur resultaten såg ut för den grupp med långa behandlingar, och att behandlingstiden i många fall är längre än fyra månader för de som behandlas vid OCD-Centret (m=171 dagar).

För de flesta deltagarna i denna analysgrupp fanns flera mellanmätningar då de vanligen görs löpande med jämna mellanrum under behandlingen. För att kunna jämföra tidig förbättring (före tre månader) med sen förbättring (efter tre månader) undersökte författarna om det fanns mellanmätningar för respektive patient vid tidpunkten tre månader. Som

tidigare nämnts ska administrering av skattningar ske ungefär var sjätte–åttonde vecka, vilket skulle innebära att den andra mellanmätningen görs efter tre–fyra månader. Detta var dock inte alltid fallet. Därför gjordes en sammanställning i Google kalkylark för respektive deltagares mellanmätningar och den mätningen som låg närmast tre månader (91 dagar) valdes som den mellanmätning (resultat på Y-BOCS) som skulle användas i analyserna. I vissa fall var tidpunkten för mätning dock långt ifrån 91 dagar, då exempelvis en skattning kunde ha gjorts efter ca 50 dagar och att nästa sen gjordes efter 120 dagar. I 8 fall (av 82) låg den valda mellanmätningen så pass nära avslut av behandlingen att det fick anses vara rimligt att välja den tidigare mellanmätningen trots att den låg längre ifrån 91 dagar. Den gräns som bestämdes för tid som deltagaren skulle ha kvar i behandling efter vald mellanmätning var 60 dagar. Detta för att en aktiv behandling i ytterligare två månader inklusive utslussning får anses vara en rimlig tid för att en eventuell förändring till följd av behandling ska kunna ske. APA (2010) rekommenderar att behandling ska vara veckovis under 13 veckor. Vanligen ges behandling 1–2 sessioner i veckan. Detta bedömdes ungefär likvärdigt med en 60 dagars fortsatt vistelse på OCD-Centret och går att likna vid att deltagaren har hunnit få ytterligare en fullgod ERP-behandling tidsmässigt och innehållsmässigt. Totalt inkluderades 82 deltagare i frågeställning 3 utifrån dessa premisser. Data från dessa inkluderade deltagare sammanställdes i ett Google kalkylark och statistiska analyser genomfördes.

### **2.5.5 Journalgenomgång**

Det gjordes en journalgenomgång av alla tillgängliga journaler på OCD-Centret. En del journaler hade makulerats då de var äldre än 10 år och antalet tillgängliga journaler från de elever som inkluderats i studien var 83 stycken. Genomgången gick till på följande sätt: Först gick uppsatsförfattarna noggrant igenom ett 10-tal journaler för att se vad för typ av information som gick att hitta i journalerna. Därefter diskuterades vilken information som var tillräckligt tydlig att hitta, och som kunde tyckas vara relevant att redovisa för samplet. Den information som inhämtades var demografiska data (kön, ålder), information om diagnoser, tidigare insatser/behandling, medicinering vid behandlingsstart samt om patienten haft kontakt eller behandlats inom psykiatrien någon gång under sin livstid.

Från början inhämtades även information gällande boendestatus, utbildningsnivå, sysselsättning samt fortsatt behandling i hemregionen efter avslutad behandling vid OCD-Centret. Denna information bedömdes dock ofullständig då den endast fanns i vissa av journalerna och ibland var otydlig i sin formulering. Av den anledningen uteslöts informationen. Det får antas att de som vistats vid OCD-centret påbörjar en behandlingskontakt i sin hemregion i nära anslutning till hemfärd då det är standard vid

OCD-Centret att det finns en mottagande behandlare efter utskrivning. Hur behandlingen sedan ser ut, eller hurvida den blir av, finns inga uppgifter på eftersom personen skrivits ut och informationen således inte finns i OCD-centrets journaler. Vid tveksamheter om tvetydig information diskuterades materialet uppsatsförfattarna emellan alternativt med verksamhetschefen eller psykolog på plats.

### **2.5.6 Etiska överväganden**

Samtliga patienter som behandlas på OCD-Centret får under sin vistelse frågan om de samtycker till om deras psykometriska data får användas i forskning. Samtycke har således inhämtats från alla deltagare. Författarna har även skrivit under sekretessavtal med OCD-Centret. Den data som vi fått tillgång till över respektive patients resultat på skattningsskalor har anonymiserats och materialet behandlas konfidentiellt. All resultatredovisning sker på gruppnivå och inga enskilda deltagare kommer att kunna identifieras.

## **2.6 Statistiska analyser**

### **2.6.1 Analyser på gruppnivå**

För att besvara frågeställning 1 gjordes beroende t-test för att undersöka om det finns signifikanta skillnader mellan första och sista mättillfället för alla skattningsskalor (se avsnittet *material*). För frågeställning 2 gjordes beroende t-test för att undersöka förändring från start till uppföljning samt avslut till uppföljning. För frågeställning 3 gjordes beroende t-test för start till mellanmätning samt från mellanmätning till avslut. Gränsen för statistisk signifikans var  $p < .05$  vilket är ett etablerat gränsvärde inom psykologisk forskning (Nelson, Rosenthal & Rosnow, 1986). Cohens  $d$  användes för att beräkna effektstorlekar gällande medelvärdeskillnader. Enligt Cohen (1988) innebär  $\geq 0.2$  "liten",  $\geq 0.5$  "måttlig" och  $\geq 0.8$  "stor" effektstorlek.

### **2.6.2 Analyser på individnivå - Klinisk signifikans**

För frågeställning 1 och 3 gjordes beräkningar angående hur många deltagare som blev kliniskt signifikant förbättrade avseende tvångssymtom mätt med det primära utfallsmåttet Y-BOCS. Detta gjordes även med deltagarna från frågeställning 2 i syfte att kunna jämföra den gruppen med de övriga och se om de skiljde sig åt. Det finns olika definitioner gällande vad som kan räknas som en klinisk signifikant förbättring av OCD-symtom mätt med Y-BOCS (Farris m.fl., 2013; Goodman m.fl., 1993; Matrix-Cols m.fl., 2016; Pallanti & Quercioli, 2006). Det gäller att avgöra hur man på bästa sätt ska mäta det som speglar en

verklig skillnad för patienten efter en genomförd behandling. Gemensamt för de flesta nyare studier (Farris m.fl., 2013; Matrix-Cols m.fl., 2016; Pallanti & Quercioli, 2006) är att de anser att en minskning med minst 35 % på Y-BOCS krävs för att det ska räknas som full respons på behandlingen. Goodman (1993) däremot drar gränsen vid  $\geq 25$  % för behandlingsrespons. Denna definition används i flera studier, bland annat i Engelmark och Stagnér (2012), som denna uppsats bygger vidare på, samt i många av de studier som undersökt liknande behandlingsformer som denna uppsats, exempelvis Boschen och Drummond (2012) och Stewart m.fl. (2005; 2006). I denna uppsats har vi därför valt att presentera resultaten för  $\geq 25$  %, minskning, men även  $\geq 35$  % minskning för att också kunna jämföra med alla de studier som använder sig av denna gräns (exempelvis Dowling m.fl., 2016; Launes m.fl., 2019). Dessutom används även slutmålet på Y-BOCS för att avgöra grad av förbättring som föreslås av bland annat Farris m.fl. (2013); Matrix-Cols m.fl. (2016) samt Pallanti och Quercioli (2006). Även denna gräns skiljer sig åt mellan dessa olika studier. I denna uppsats har vi valt att använda oss av Farris m.fl. (2013) som menar att Y-BOCS  $\leq 12$  är det bästa måttet på välmående (engelska: *Wellness*). Matrix-Cols m.fl. (2016) beskriver samma gräns men kallar det remission. Denna har också använts i flera behandlingsstudier såsom Brennan m.fl. (2014); Launes m.fl. (2019) och Siwiec, Riemann och Lee. (2019).

### 3. Resultat

Initialt undersöktes variablernas normalfördelning vilken bedömdes vara godtagbar. För säkerhetsskull upprepades analyserna med hjälp av ett icke-parametriskt alternativ (Wilcoxon). Resultaten var jämförbara och därför redovisas endast resultaten från de parametriska analyserna.

#### 3.1 Jämförelser mellan analysgrupperna

Eftersom deltagarna vid analyserna avseende frågeställning 2 respektive 3 bara utgör en del av dem som analyseras vid frågeställning 1 gjordes en jämförelse för att se om behandlingsresultaten generellt var liknande för analysgrupperna. I tabell 5 redovisas resultaten på Y-BOCS för var och en av de tre analysgrupperna. Det visar att deltagarna i frågeställning 1 och 3 har liknande resultat medan deltagarna i frågeställning 2 verkar ha uppnått bättre resultat från start till avslut vilket tyder på att denna grupp inte är helt representativ för hela samplet.

Tabell 5  
*Resultat på gruppnivå med medelvärde och standardavvikelse (SD) vid start och avslut, förändring i råpoäng samt %, effektstorlek (Cohen's d) samt klinisk signifikant förbättring.*

	Frågeställning 1 (n=119)	Frågeställning 2 (n=37)	Frågeställning 3 (n=82)
<b>Gruppnivå</b>			
Medelvärde start (SD)	29,3 (4,9)	28,8 (5,2)	29,4 (4,7)
Medelvärde avslut (SD)	17,6 (7,7)	13,9 (6,2)	18,2 (7,5)
Förändring råpoäng (%)	11,7 (39,9)	14,9 (51,7)	11,2 (38)
Effektstorlek ( <i>d</i> )	1,8	2,6	1,8
<b>Klinisk signifikant förbättring, % av deltagarna</b>			
≥25 %	69,7 %	86,5 %	69,5 %
≥35 %	52,9 %	73 %	56,1 %
≤12	27 %	45,9 %	24,4 %

## 3.2 Frågeställning 1, Förbättring från behandlingsstart till behandlingsavslut

### 3.2.1 Klinisk signifikant förbättring

Avseende tvångssymtom mätt med Y-BOCS var det 83 deltagare (70 %) som förbättrades med  $\geq 25$  % och 63 (52 %) med  $\geq 35$  %. 32 deltagare (27 %) hade Y-BOCS  $\leq 12$  vid avslutningsmätningen, d.v.s. uppfyllde kravet för välmående efter avslutad behandling enligt Farris m.fl., (2013).

Tabell 6  
*Svårighetsgrad av OCD mätt med poäng på Y-BOCS vid start och avslut.*

<b>Grad av OCD enligt Y-BOCS</b>	<b>Start Antal (%)</b>	<b>Avslut Antal (%)</b>
Inget (0–8 poäng)	0 (0)	11 (9.2)
Lindrigt (9–15 poäng)	1 (0.8)	36 (30.3)
Måttligt (16–23 poäng)	14 (11.8)	44 (37)
Svårt (24–32 poäng)	75 (63)	26 (21.8)
Extremt svårt (33–40 poäng)	29 (24.4)	2 (1.7)

### 3.2.2 Grad av OCD enligt Y-BOCS

Enligt Y-BOCS kriterierna (se tabell 6) hade en (0,8 %) deltagare lindrig OCD vid start och det fanns ingen med subklinisk OCD. Vid avslut hade 11 (9,2 %) deltagare subklinisk OCD och 36 (30,3 %) hade lindrig OCD. Vid start hade 105 (87,5 %) deltagare antingen svår eller extremt svår OCD. Vid avslut var denna siffra 28 (23,5 %). Se tabell 6 för närmare beskrivning av hur deltagarnas tvångssymtom förändrades från start till avslut (n=119).

### 3.3.3 Analyser på gruppnivå

I tabell 7 redovisas av resultaten gällande förändring från start till avslut för Y-BOCS och alla övriga skattningsskalor. Det fanns en statistisk signifikant skillnad mellan start och avslut på Y-BOCS med en stor effektstorlek ( $d=1,8$ ). I genomsnitt hade det skett en förbättring med 11,7 poäng (39,9 %) på gruppnivå. Resultatet för alla sekundära utfallsmått för tvångssymtom (CAC-R, OCI-R), ångestsymtom (BAI), depressionssymtom (MADRS-S), funktionsnivå (HVF) samt livskvalitet (QOLI) visade på statistiskt signifikanta skillnader mellan startmätning och avslutningsmätning. Samtliga effektstorlekar är måttliga eller stora.



Tabell 7

Medelvärde (M) vid start och avslut, standardavvikelse (SD), förändring i råpoäng och %, p-värde, t-värde, frihetsgrader (df) och effektstorlek (ES) (Cohen's d).

	Y-BOCS (n=119)	CAC-R (n= 118)	OCI-R (n=58)	BAI (n=119)	MADRS-S (n=107)	HVF (n=80)	QOLI (n=108)
<b>Start M (SD)</b>	29,3 (4,9)	31,4 (14,3)	27,9 (11,6)	22,9 (10,8)	22,9 (9)	30,5 (6,2)	-0,46 (1,8)
<b>Avslut M (SD)</b>	17,6 (7,7)	16,1 (13,1)	14,6 (10,3)	14,8 (10)	14,9 (9.9)	40,3 (7,6)	0,47 (1,8)
<b>Förändring råpoäng (%)</b>	-11,7 (39,9)	-15,3 (48,7)	-13,3 (47,7)	-8,2 (35,8)	-8 (34,9)	+9,8 (32,1)	+0,93 (202,2)
<b>p-värde</b>	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001	<,001
<b>t-värde</b>	16,6	12,1	9,5	8,8	9	11,3	6,2
<b>df</b>	118	117	57	118	106	79	107
<b>ES d</b>	1,8	1,1	1,2	0,78	0,84	1,41	0,52

### 3.4 Frågeställning 2, Utveckling från behandlingsavslut till uppföljning

Tiden från avslut till uppföljning var 86–520 dagar (m=278, SD=134). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan avslut och uppföljning (t=0,144, p=0,89, df=36), vilket innebär att deltagarna varken försämrats eller förbättrats signifikant mellan avslut och uppföljning. Medelvärdet för avslut var 13,85 (SD=6,2) och vid uppföljning 14,01 (SD=7,2).

### 3.5 Frågeställning 3, Förekomst av förbättring i senare fas för patienter som behandlas en längre period

De 82 deltagare som ingick i frågeställning 3 stannade 127–396 dagar, (m= 206, SD=61). Tiden från startmätning till mellanmätning var mellan 35–187 dagar (m=75, SD=26). Tiden från startmätning till avslutningsmätning var 60–301 dagar (m=132, SD=52)

#### 3.5.1 Klinisk signifikant förbättring

Av de 82 deltagare som ingick i frågeställning 3 så uppvisade 57 deltagare (70 %) en klinisk signifikant förbättring från start till avslut på nivån Y-BOCS  $\geq$  25 %, se tabell 8. Tjugosju deltagare (33 %) var klinisk signifikant förbättrade redan vid mellanmätningen. Från mellan- till avslutningsmätningen uppvisade ytterligare 30 deltagare (37 %) en klinisk signifikant förbättring. Det innebär att 47 % av de kliniskt signifikant förbättrade på denna nivå

förbättrades tidigt i behandlingen (före mellanmätningen) och 53 % av deltagarna förbättrades sent i behandlingen (efter mellanmätningen).

På klinisk signifikansnivå Y-BOCS  $\geq 35$  % uppvisade 46 personer (56 %) en klinisk signifikant förbättring. 16 deltagare (20 %) var klinisk signifikant förbättrade redan vid mellanmätningen. Från mellan- till avslutningsmätningen uppvisade ytterligare 30 deltagare (37 %) en klinisk signifikant förbättring. Det betyder att 35 % av de kliniskt signifikant förbättrade på denna nivå förbättrades tidigt i behandlingen och 65 % av dem förbättrades sent i behandlingen.

Tjugo deltagare (24,4 %) uppnådde välmående (Y-BOCS  $\leq 12$ ) vid avslut och av dessa var det en deltagare (5 %) som uppnått detta tidigt i behandlingen och resterande 19 (95 %) således sent i behandlingen.

Tabell 8

*Deltagare som förbättrats totalt, tidigt och sent i analysgruppen för frågeställning 3 (n=82). Siffror presenteras för de olika nivåerna för klinisk signifikant förbättring ( $\geq 25$  %,  $\geq 35$  % &  $\leq 12$ ).*

	$\geq 25$ % Antal (%)	$\geq 35$ % Antal (%)	$\leq 12$ Antal (%)
Start-avslut	57 (69)	46 (56)	20 (24)
Förbättrats tidigt	27 (33)	16 (20)	1
Förbättrats sent	30 (37)	30 (37)	19

### 3.5.2 Analyser på gruppnivå

Det fanns en signifikant skillnad mellan startmätningen (m=29,4, sd=4,7) och mellanmätningen (m=23,5, sd=5,8) samt mellanmätning och avslutningsmätning (m=18,2, sd=7,5) på Y-BOCS (p<.001). Effektstorlekarna var stora (d=1,1 respektive 0,8).

## 4. Diskussion

### 4.1 Resultatdiskussion

#### 4.1.1 Frågeställning 1: Sker någon förbättring från behandlingsstart till behandlingsavslut avseende tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom, livstillfredsställelse samt funktionsnivå hos personer som behandlas vid OCD-Centret?

##### 4.1.1.1 Tvångssymtom mätt med Y-BOCS, OCI-R och CAC-R.

Likt de resultat som presenterades av Engelmark & Stagnér från den behandlingsutvärdering som gjordes vid OCD-Centret 2012, fann vi i denna studie att behandlingsresultaten vid OCD-Centret är goda. Stora effektstorlekar uppvisades på samtliga administrerade mått som mäter tvångssymtom. Behandlingsresultaten i denna studie visade att deltagarna i genomsnitt uppnådde en statistisk signifikant sänkning på det primära utfallsmåttet Y-BOCS. Sjuttio procent uppvisade en kliniskt signifikant förbättring med  $\geq 25$  % medan 52 % procent uppnådde en kliniskt signifikant förbättring med  $\geq 35$  %. Resultaten från Engelmark och Stagnér (2012), som är baserade på data från 63 deltagare, visade att 62 % uppnådde en klinisk signifikant förbättring med  $\geq 25$  %, mätt med Y-BOCS från behandlingsstart till behandlingsavslut, vilket innebär att denna studie visar på något bättre resultat. Då metoderna i båda studierna var lika kan det tyda på att behandlingen på OCD-Centret utvecklats åt rätt håll sedan 2012. Detta har dock inte kunnat utvärderas inom ramen för denna uppsats. Uppfattningen som personal vid OCD-Centret har är att upplägget har varit i stort sett lika sedan start och att komponenterna i behandlingen är de samma. Med det sagt är det ändå svårt att utesluta att metoderna kan ha förbättrats med små medel i takt med att det har forskats mer på OCD och ERP vilket kan ha lett till ökad kunskap hos behandlare. En annan möjlig förklaring är att patientgruppen har förändrats.

På övriga mått som mätte tvångssymtom (OCI-R och CAC-R) fanns också en stor effekt från före till eftermätning vilket ytterligare styrker det faktum att en verklig förändring skett avseende tvångssymtom. Dessa formulär är inriktade mot att upptäcka specifika undvikanden hos individen och att ge såväl patient som kliniker en bättre bild av hur tvånget yttrar sig. Då ERP är inriktad mot att minska undvikanden är det rimligt att behandlingen ger en stor förbättring på dessa mått.

Resultaten i denna studie går i linje med resultat från andra studier på liknande behandlingshem runt om i världen. I en metaanalys från Veale m.fl. (2016) var den

genomsnittliga sänkningen på Y-BOCS över 19 studier 10,7 råpoäng och effektstorlekarna var stora (Hedges  $g = 1,86$ ). I denna studie skedde en genomsnittlig förbättring med 11,7 råpoäng med en effektstorlek på 1,8. Veale m.fl. (2016) lyfter att de goda behandlingsresultaten man ser på behandlingshem kan vara ett resultat av att behandlingshem är ett fungerande format för den OCD-population med svårt tvång som behandlas där. Behandlingarna är vanligtvis långa och kan anpassas väl efter varje patients behov. Förutom att behandlingen kan ha haft effekt kan också det faktum att deltagarna i hög grad medicinerar ha påverkat resultaten. Vanligen har deltagarna stått på medicin länge och har sedan tidigare gjort behandlingsförsök med såväl KBT som psykofarmaka vilket kan tala för att effekten av behandlingen är den huvudsakliga påverkansfaktorn. Det är dock inte ovanligt att det sker en justering av mediciner eller att mediciner byts ut under behandlingen vid OCD-Centret. Detta har inte kunnat kontrolleras för i denna studie.

#### 4.1.1.2 Övriga skattningar: BAI, MADRS-S, HVF, QOLI

Resultaten visar att det skedde statistisk signifikanta förbättringar på samtliga övriga skattningar (MADRS-S, BAI, HVF och QOLI) från start till avslut. Effektstorlekarna är stora för skattningsskalorna *MADRS-S* och *HVF* samt måttliga för skattningsskalorna *BAI* och *QOLI*. Detta överensstämmer med resultaten presenterade av Engelmärk och Stagnér (2012). HVF, som mäter funktionsnivå i vardagen, fanns dock inte med i den studien.

Abramowitz (2004) lyfter att depression vanligen är sekundär till OCD och den stress och funktionsnedsättning sjukdomen innebär för individen. Nyare forskning av Blakey, Abramowitz, Leonard, och Riemann (2019) vidareutvecklar teorin kring ERPs direkta effekt på depressionssymtom och resonerar kring att ERP troligen verkar transdiagnostiskt. Då ERP innefattar att uppsöka fruktade, ofta vardagliga situationer, innefattar ERP automatiskt beteendeaktivering. En annan komponent som tros vara betydande är det minskade känslomässiga undvikandet. Vid OCD-Centret anpassas behandlingen efter personens problematik och ERP blir naturligt länkad i en hemmiljö där krav ställs på att utföra vardagliga aktiviteter och bli mer självständig. Således ges mängdträning i att såväl sköta vardagliga aktiviteter kring hushåll men också att söka upp specifika situationer utanför centret. Det kan exempelvis vara att åka på tivoli och exponera sig för smitta. Minskningen av depressiva symtom skulle rimligen kunna härledas till ERP-behandlingen, i linje med den forskningen som gjorts av Blakey m.fl. (2019). Den förbättring som ses på formuläret HVF som mäter funktionsnivå skulle också kunna vara att deltagarna får en ökad funktion genom ERP men också att många av de vardagliga göromål som formuläret fångar upp ingår som veckouppgifter på OCD-Centret, exempelvis att vara ansvarig för matlagning eller städning.

Med det sagt är det svårt att uttala sig om vad som är effekten av själva ERP:n på depressionssymtom och funktionsnivå respektive vad som går att hänvisa till boendeform, social samvaro och andra delar som ingår i behandlingen vid OCD-Centret och som utgår från ett helhetsperspektiv utifrån personens livssituation.

En hel del forskning har gjorts på sambandet mellan OCD och livskvalitet (mätt med många olika skattningsskalor). I denna studie användes skattningsskalan QOLI. Jämfört med andra psykiatriska populationer skattar personer med OCD lågt på livskvalitet (ex. lägre än i en schizofreni-population, men högre i jämförelse med patienter med egentlig depression) Subramaniam m.fl. (2013). I en svensk population fann Lindner m.fl. (2013) att de genomsnittliga livskvalitetsvärdena mätt med QOLI, före behandling i en population med egentlig depression var -0,21 (SD = 1,77). Detta i jämförelse med en icke klinisk grupp med viss stress som skattade  $M = 2,56$  (SD = 1,13). Studien har inkluderat personer med komorbida diagnoser men resultatet utgår från den primära diagnosen. Ingen jämförelse gjordes tyvärr med en OCD-population. Då skattningen före behandling i samplet vid OCD-Centret låg på -0,46 borde det vara en indikator på att den här gruppen som behandlas vid OCD-Centret har svåra problem, och som journalgenomgången visar har deltagarna vanligen flera komorbida diagnoser. Även om skattningen efter behandling är högre ( $M = 0,47$  SD = 1,8) ligger den fortfarande mycket lägre än för en normalpopulation (se Lindner m.fl., 2013). Subramaniam m.fl. (2013) lyfter att man vanligen ser en förbättring i livskvalitet efter genomförd behandling hos en OCD-population såväl med KBT som med psykofarmaka. Författarna lyfter dock att skattningar brukar göras i slutet av behandlingen och att det kan vara problematiskt eftersom effekten på livskvalitet skulle kunna komma senare än så. För den här gruppen som har varit länge inom vården och psykiatrin och har haft stora svårigheter till följd av sin OCD är det rimligt att skattningarna på QOLI är låga. Det går att anta att livskvaliteten för den här gruppen skulle kunna fortsätta att öka om de efter behandlingen vid OCD-Centret kan vidmakthålla framstegen och införa dem i sitt liv utanför en institution. Det vore intressant att undersöka i framtida studier.

#### **4.1.2 Frågeställning 2: Hur ser graden av tvångssymtom ut vid uppföljning?**

Resultaten visar att behandlingsresultaten är oförändrade från avslut till uppföljning (3–17 månader senare) d.v.s. att det inte finns någon statistisk signifikant skillnad mellan avslut och uppföljning för den här gruppen. Det är första gången det görs en utvärdering av långtidseffekterna av behandlingen vid OCD-Centret och det är glädjande att resultaten ser ut att stå sig efter lång tid efter behandlingsavslut ( $M = 278$  dagar). Det finns en del uppföljningsstudier som gjorts i naturalistiska miljöer. I metaanalysen av Veale m.fl. (2016)

rapporterade 7 av 19 studier uppföljningsdata. Tiden för uppföljning i dessa studier varierade mellan tre månader till sju år efter avslutad behandling. Då det är stor heterogenitet mellan tid för uppföljning och även stora bortfall i studierna är det svårt att dra några slutsatser. Det sammanslagna resultatet verkar dock peka mot att resultaten står sig bra och studierna rapporterar endast små förändringar vid uppföljning (Veale m.fl., 2016). Uppföljningarna i denna studie har gjorts efter olika tidpunkter och det är svårt att uttala sig om hur resultatet hade sett ut om de hade gjorts vid en och samma tidpunkt ( $M = 278$ ,  $SD = 134$ ). Resultaten från uppföljningen bör tolkas med försiktighet då samplet är relativt litet ( $n = 37$ ), det finns ett stort bortfall, samt att det inte finns någon tillgänglig data gällande hur den fortsatta behandlingen har sett ut mellan avslutningsskattning vid OCD-Centret till uppföljning. Standard vid OCD-Centret är att ingen patient skrivs ut utan att ha en mottagande behandlare i hemkommunen. Då det inte gått att få uppgifter på hur många av patienterna som fått KBT efter avslutad behandling samt hur denna behandling sett ut blir det svårt att dra för långtgående slutsatser av hur mycket resultaten har påverkats av andra faktorer än behandlingen vid OCD-Centret. Detta har ansetts vara ett vanligt förekommande problem vid uppföljningsstudier för den här patientgruppen (APA, 2007).

Resultaten bör även tolkas med försiktighet på grund av att denna analysgrupp inte var helt jämförbar med hela samplet. Deltagarna i denna analysgrupp verkar bli förbättrade i högre grad i jämförelse med gruppen som helhet. Detta skulle kunna bero på att de som uppnått bättre resultat är mer nöjda med behandlingen och mer benägna att delta i den uppföljningsmätning som görs. På senare år har risken för bortfall minimerats eftersom uppföljningen av Y-BOCS numera administreras över telefon. Dock är många uppföljningar som ingår i studien från tidigare år då skattningarna skickades ut med post. Detta sammantaget gör att det kan vara svårt att dra för långtgående slutsatser om behandlingens långsiktiga effekter och en ny utvärdering kring detta bör göras när det finns fler uppföljningar att tillgå.

#### **4.1.3 Frågeställning 3: Sker någon förbättring sent i behandlingen avseende tvångssymtom för de som behandlas vid OCD-centret längre än fyra månader?**

Engelmark & Stagnér (2012) fann i sin studie att behandlingens längd inte predicerade behandlingsutfall vilket ligger i linje med resultaten i denna studie där behandlingsresultaten var liknande för gruppen som helhet och de som behandlats i minst fyra månader.

Behandlingsresultaten var således goda för den gruppen som har behandlats vid OCD-Centret längre än fyra månader, vilket i sig talar emot den slutsats som Stewart m.fl. (2005) drog gällande att långa behandlingar (över tre månader) eventuellt inte är effektiva. Det har skett

en minskning på Y-BOCS med 38 % i denna grupp vilket är avsevärt mycket bättre än det som Stewart m.fl. (2005) fann i sin studie. Den subgrupp som stannade längre än tre månader uppnådde inte det som författarna definierar som en signifikant förbättring med 25 %, på gruppnivå. Dock är det svårt att helt jämföra resultaten från denna studie eftersom Stewart m.fl. (2005) inte räknade på andelen individer som blev kliniskt signifikant förbättrade, utan på hur den genomsnittliga förbättringen för hela subgruppen såg ut. Resultaten i denna studie presenteras på olika nivåer av klinisk signifikant förbättring (Minskning på Y-BOCS med  $\geq 25$  % eller  $\geq 35$  % och Y-BOCS  $\leq 12$  vid avslut). Intressant är att den högre signifikansnivån (Y-BOCS  $\geq 35$  %) och måttet för välmående (Y-BOCS  $\leq 12$ ) ger resultat som ännu tydligare pekar på att en stor andel av den förbättring som uppmätts från start till avslut skedde sent i behandlingen. Detta är intressanta fynd då uppsatsförfattarna i skrivande stund inte känner till någon studie där sen förbättring på liknande boenden har undersökts på detta sätt.

Det är svårt att veta om dessa resultat är representativa för en OCD-population. OCD-Centret är ett av de behandlingshem som erbjuder längst ERP-behandlingar i världen. Även för längre behandlingar på liknande behandlingshem är behandlingens längden oftast kortare (Veale m.fl., 2016). Endast fyra av 19 studier i den metaanalys som gjorts av Veale m.fl. (2016) ger behandlingar som i genomsnitt har varat längre än 3 månader (med en maxlängd på vistelse på 75 veckor på Residential McLean Hospital, Boston, USA).

Personalen på OCD-Centret har haft bilden av att många patienter förbättras sent och att det kan ta tid att engagera och motivera patienten in i behandling. Exempelvis är det vanligt att det för många patienter inte sker någon habituering under själva exponeringen till en början men att det med tiden sker gradvis, under lång tid och mellan sessioner. Ibland kan tvånget en bit in i behandlingen byta form och ny planering behövs. Det är också personer med omfattande tvång som varit inom vården länge och som kan behöva socialiseras in i behandlingen och upplägget på OCD-Centret. Resultaten i denna studie ger stöd för att många av de patienter på OCD-Centret som bedöms behöva mer tid på sig att tillgodogöra sig behandlingen, faktiskt förbättras om de får den tiden.

### **4.2.1. Metoddiskussion**

#### **4.2.1 Design**

En begränsning i denna studie är avsaknaden av kontrollgrupp vilket gör det svårare att veta om de förbättringar som uppmätts beror på behandlingen eller om andra faktorer har påverkat utfallet. Detta har framhållits av APA (2007) som en brist i studier som undersöker

behandlingsutfall för OCD och är generellt ett vanligt problem när studier görs i en naturalistisk miljö. När utvärderingen görs i en RCT-studie finns möjligheten att erbjuda behandling till kontrollgruppen efter studiens genomförande eller en alternativ behandling. Detta är inte lika lätt att genomföra på ett behandlingshem. Samtidigt som detta får anses vara ett problem så finns det mycket forskning som stödjer att OCD är ett kroniskt tillstånd som sällan spontanläker (Socialstyrelsen, 2017; SBU, 2005; Mataix-Cols m.fl., 2002; Franklin & Foa, 2011; Bates & Grönberg, 2010). Gruppen som genomgår behandling vid OCD-Centret är personer med så pass allvarlig, refraktär OCD, där de allra flesta tidigare gjort behandlingsförsök utan förbättring. Därför är det osannolikt att de skulle ha förbättrats spontant utan behandling. De fördelar som finns med att undersöka ett sample som redan existerar naturligt är att studien i lägre grad påverkas av bias och att inkluderingskriterierna oftast är mer rigorösa, exempelvis genom att det mer sällan sker exkludering på grund av hög komorbiditet vilket underlättar generalisering av resultaten och ger resultatet en större ekologisk validitet.

#### **4.2.2 OCD-Centret**

Behandlingen på OCD-Centret är på många sätt specialutformad men liknar i mångt och mycket den behandling som beskrivs på andra liknande behandlingshem (Stewart m.fl., 2005; Veale m.fl., 2016). Dock finns såklart en hel del skillnader i upplägg mellan de olika behandlingshemmen och även vem som får tillgång till behandling och på vilka villkor (Veale m.fl., 2016). Detta gör det svårt att jämföra de olika behandlingarna med varandra. Det är dessutom svårt att skilja de olika delarna i behandlingen på OCD-Centret och veta vad som är verksamt. I denna studie ingick inte att undersöka detta men eftersom behandlingen är så pass inriktad på ERP och ERP är den behandling som visat bäst effekt så antas det vara den mest aktiva komponenten i behandlingen. Däremot kan det vara så att just den patientgrupp som behandlas vid OCD-Centret drar stor nytta av helhetskonceptet, såsom en hemlik miljö, gemensamma aktiviteter och ökat socialt umgänge. Det finns också många fler delar i behandlingen som kan vara effektiva i sig, exempelvis så sker vissa nödvändiga medicinjusteringar med tanke på att det finns en psykiater kopplad till OCD-Centret. Även om detta hållits till ett minimum eftersom rekommendationen är att inte ändra medicinering under pågående ERP-behandling. Det faktum att mycket arbete läggs på att "slussa ut" patienten från behandlingen in i hemmiljö kan också bidra till vidmakthållande av behandlingsresultat. Detta fokus på helhet och också att fylla livet med meningsfulla aktiviteter som finns på OCD-Centret kan vara en av anledningarna till att även andra



symtom såsom ångest och depression verkar ha förbättrats, liksom ökad livskvalitet och funktionsnivå.

Något värt att ta hänsyn till vid utvärdering av behandlingen vid OCD-Centret är att det finns en ekonomisk aspekt som kan påverka hur lång behandlingstid patienten beviljas. OCD-Centret ger alltid ett utförligt utlåtande med en rekommendation inför det att ett beslut om en förlängning ska tas. Dock är det den remitterande instansen som bekostar patientens vistelse som tar det avgörande beslutet om behandlingstiden ska förlängas, vanligen med tre månader.

#### **4.2.3 Deltagare**

Metoden intent-to-treat har använts i den här studien. Den bedöms vara en bra metod för att få en mer verklighetstrogen bild över hur det ser ut för populationen gällande behandlingsutfall. Det får anses vara en styrka i denna studie att de som visat dålig följsamhet eller avbrutit behandlingen inte har uteslutits från samplet då detta också säger något om hur tillgänglig behandlingen är för den här populationen och hur många som faktiskt blir hjälpta. Vid OCD-Centret behandlas inte personer med hög suicidrisk, våldsamt beteende och aktiv ätstörning. I övrigt har deltagarna i denna studie inkluderats om de har fyllt i tillräckligt många skattningsskalor. I en metaanalys av Eddy m.fl. (2004) som gjordes på 15 studier hade ca 50 % av deltagarna exkluderats. I denna studie finns en grupp människor med hög komorbiditet som troligen inte skulle ha synliggjorts i annan forskning, i alla fall inte i lika hög utsträckning. Att inklusionskriterierna har varit liberala får ses som en tillgång i studiens design. Det torde innebära att resultaten i högre grad kan tänkas gälla för den grupp människor med refraktär OCD, som kan vara aktuella för specialiserad vård på behandlingshem. Dock går det inte att veta om resultaten är generaliserbara till en annan OCD-population.

Något som kan uppmärksammas som ett eventuellt problem vad gäller inklusion/exklusion i den här studien är att nio personer har vistats vid OCD-Centret vid två tillfällen och endast första vistelsen har inkluderats. Då det är ett litet antal i förhållande till hela samplet bör detta inte påverka resultaten och i så fall endast marginellt.

##### *4.2.3.1 Komorbida diagnoser*

Utifrån datan hämtad från journaler gällande komorbiditet för samplet visade det sig att det är relativt få i samplet som har komorbida ångestdiagnoser såsom social fobi, GAD, paniksyndrom och agorafobi. I annan forskning har komorbiditeten visats vara högre än för en normalpopulation (Nestadt m.fl., 2001; Abramowitz, 2004). Det finns dock liknande resultat från studier som har gjorts i naturalistiska miljöer liknande den vid OCD-Centret och

det är möjligt att komorbiditeten för de personer som vistas vid behandlingshem ser annorlunda ut. Blakey m.fl. (2019) gjorde en naturalistisk studie med patienter med OCD och komorbida diagnoser på ett behandlingshem i Wisconsin. Där hade 7,7 % hade en samtidig ångeststörning och 4,4 % hade Tic disorder eller Tourettes syndrom. Detta är förhållandevis låga siffror. Huruvida det ser annorlunda ut för den här gruppen som behandlas på behandlingshem gällande komorbiditet går bara att spekulera kring. En möjlig anledning är att OCD:n är så pass framträdande att andra diagnoser blir svåra att upptäcka, alternativt att medicineringen har effekt på andra ångestsyndrom exempelvis genom att påverka fysiska symtom vid exempelvis social fobi och paniksyndrom. En annan anledning vara att metoden som användes i denna studie för att inhämta information gällande komorbida diagnoser skiljer sig från andra studier.

#### *4.2.3.2 Journalgenomgång*

Den deskriptiva datan gällande diagnoser, medicinering, tidigare behandlingsinsatser och kontakt och behandling inom psykiatri har inhämtats från patientjournaler. Tillgängliga journaler var 83 stycken. Resterande journaler hade makulerats på grund av att de endast sparats i den obligatoriska perioden 10 år. Detta gör att endast en del av samplet är representerat i den deskriptiva statistiken. I möjligaste mån är det datan från inskrivningen och det första bedömningssamtalet vid OCD-Centret som använts. I vissa fall har uppgifter inte varit uppdaterade, exempelvis medicinlistor, utan har hämtats från utlåtanden i den remitterande enhetens utlåtande. Detsamma gäller för diagnoser. Om tidigare psykiatriutlåtanden inför remittering till OCD-Centret exempelvis har bedömt att patienten har social fobi då har denna diagnos fått stå kvar. Övriga diagnoser som är personlighetsdiagnoser eller bipolär sjukdom, ätstörning eller andra ofta kroniska tillstånd, har antagits vara livslånga och borde därav inte vara missvisande.

Redovisade diagnoser i journalmaterialet skulle kunna vara missvisande i och med att det inte har gjorts någon screening vid inskrivning för att bekräfta de diagnoser som personen hade sedan innan. Fokus på OCD-Centret är inte forskning och diagnostisering utan behandling med utgångspunkt från patientens behov utifrån en beteendeanalys för OCD. Detta gör att det kan vara svårt att dra slutsatser kring deltagarnas komorbida diagnoser. Om fler diagnoser har bedömts finnas men uppmärksammats senare in i behandlingen kan dessa ha missats av uppsatsförfattarna då informationen om diagnoser hämtades från de första dokumenten för inskrivning vid OCD-Centret samt från utlåtandet från remitterande instans.

Andra problem med journalgenomgången är att vi är två personer som har gått igenom materialet var för sig, och även om materialet har diskuterats vid frågor och regler har

satts upp för vad som ska innefattas i genomgången och vad som går att använda, finns risken att tolkningar av text i journalerna har gjorts annorlunda av uppsatsförfattarna vilket skulle kunna göra att den deskriptiva datan har brister. I möjligaste mån har riskerna med detta minimerats då en bedömning gjordes över vilka uppgifter som fanns tillgängliga och i det fall uppgifter skiljde sig för mycket åt eller varierade i hur ofta de förekom i journalerna — då valdes bort. Exempelvis patientens sysselsättning innan behandling, och tidigare sjukskrivningar. Vad gäller journalgenomgången är det viktigt att utgå från den informationen som finns och går att utläsa. Detta innebär dock att det kan finnas information som är relevant och som inte är antecknad i journalerna och som därav inte finns att tillgå.

Trots de problem som kan finnas med att tolka journaler och text från utlåtanden och läkemedelsförteckningar tillför denna information mycket till förståelsen för den patientgruppen som behandlats vid OCD-Centret. Det är också viktigt för att kunna få en fingervisning om hur generaliserbarheten av resultaten ser ut.

#### *4.2.3.3 Avsaknad av OCD-diagnos*

Utifrån den journalgenomgång som gjorts lästes diagnoserna ut. Utifrån denna genomgång visade det sig att det var ett fåtal i samplet (tre deltagare) som inte hade en OCD-diagnos. Detta var inte oväntat eftersom behandlingar för relaterade syndrom också erbjuds vid OCD-Centret. Huruvida dessa dock ska inkluderas i samplet eller inte kan om möjligt påverka resultatet eller i alla fall göra det problematiskt att säga att studien är gjord på en population med OCD. En exkludering utifrån journalgenomgången ansågs dock vara problematisk. Eftersom journaler inte fanns att tillgå för alla inskrivna skulle det kunnat innebära att exklusionen inte blev konsekvent och att det fortfarande var personer utan OCD-diagnos som kunde ha inkluderats i samplet där journal inte fanns att tillgå. Det tycktes därför vara mer konsekvent att använda Y-BOCS-värdet som "OCD-mått" och inklusionskriterium i studien som ett Y-BOCS värde över 8. De tre deltagarna utan OCD-diagnos hade svårt till extremt svårt tvångssyndrom enligt skattningar på det primära utfallsmåttet för tvångssymtom, Y-BOCS. Av dem hade två deltagare BDD och en hade dermatillomani, AST och ADHD. Behandlingarna och symtombilden för BDD är mycket lik den vid OCD. Den väldigt stora andelen med OCD i samplet och de få antal som inte hade det, i kombination med den tydliga inriktning mot OCD behandling som OCD-Centret har, borde göra resultatet generaliserbart till en liknande population med enbart OCD.

#### 4.2.4 Material

Resultaten i den här studien baseras på skattningar på skalorna Y-BOCS, BDI, BAI, CAC-R, OCI-R, QOLI, HVF. Samtliga mått som används har goda psykometriska egenskaper och är väl använda såväl inom forskning som i klinik, bortsett från formuläret HVF som är obeforskat. Generella problem som brukar lyftas med skattningar är att de kan påverkas av dagsform, social önskvärdhet eller bristande självkännet och insikt. För frågeställning 1 borde det dock vara mindre risk att resultatet påverkas av sådana faktorer eftersom samplet är stort. Frågeställning 2 där det finns 37 deltagare borde vara mest känsligt för påverkan.

#### 4.2.5 Procedur

För att kunna besvara frågeställningen gällande hur resultaten ser ut för de som stannar länge i behandling och hur utvecklingen ser ut i ett "tidigt" skede och ett "sent" skede valdes en gräns i form av användandet av en "mellanmätning" närmast 91 dagar. Då det under datagenomgången blev tydligt att mätningar under behandlingens gång gjordes med ojämna intervall föll den ursprungliga idén om att ta varje persons mätning vid en given tidpunkt i behandlingen, och att dessa skulle vara jämförbara mellan deltagarna. Den metod som användes för att dela upp behandlingen i en "tidig del" och en "sen del" har sina brister. I n = 7 fall valdes en mätning som låg längre bort från 91 dagar på grund av att det annars skulle bli för kort behandlingstid kvar. Ett annat problem är att det är en stor spridning mellan datapunkterna och att antalet dagar till mellanmätning blev färre än vad som först var avsett. Spannet för behandlingstid från start till mellanmätning var  $m = 75$ ,  $SD = 26$  dagar) med ett minimum på 35 dagar och ett maximum på 187 dagar. Det får anses vara rimligt att välja denna metod efter de förutsättningar som gavs. Även om det inte gick att finna en mätning som låg exakt vid tre månader och att medelvärdet för antal dagar i behandling var lägre än så får det ändå antas ligga någorlunda i närheten. De fynd som denna studie visat angående långa behandlingar kan trots dessa brister likväl anses bidra till ökad kunskap inom området som Stewart m.fl. (2005) efterfrågar i sin studie.

Något som kan vara problematiskt i hur data presenteras är uppdelningen i en grupp som förbättras tidigt respektive sent. Det är möjligt att de som har tidiga mellanmätningar (innan 91 dagar) kan ha hamnat i gruppen "sen klinisk signifikant förbättring" eller att de som har sena mellanmätningar (efter 91 dagar) kan ha hamnat i gruppen "tidig klinisk signifikant förbättring". Då skattningarna hade stor spridning är det svårt att tala om en exakt tidpunkt för förbättring. Vad som är tidigt och sent kan också bli förvirrande i detta fall då många patienter stannar över ett år vid OCD-Centret. Om man dock

ser till hur det ser ut på andra håll runt om i världen är till och med 35 dagar (vilket är minimum i det här fallet mellan start till mellanmätning) en relativt lång tid i behandling.

#### **4.2.6 Statistiska analyser**

Debatten gällande vad som ska ses som en kliniskt signifikant förbättring är ständigt aktuell. För vissa psykiatriska symtom anses en klinisk signifikant förbättring föreligga vid 50 %, exempelvis vid bulimi (Nakash-Eisikovits, Dierberger, & Westen 2002). För OCD brukar en minskning med 25–35 % anses tillräckligt och i forskning är det främst dessa procentsatser som används (Farris m.fl., 2013; Goodman m.fl., 1993; Matrix-Cols m.fl., 2016; Pallanti och Quercioli, 2006). Mycket forskning har gjorts där antalet förbättrade inte redovisas eller där effektstorlekar används som mått för att påvisa behandlingens effekt (Öst m.fl., 2015). Att det i denna uppsats har redovisats såväl resultat på gruppnivå som antalet förbättrade i procent, får anses vara en av studiens styrkor. Såväl 25 % förbättring som 35 % förbättring på Y-BOCS har använts för att underlätta tolkningen av de behandlingsresultat som denna studie funnit, samt även ett mått för välmående (Y-BOCS  $\leq 12$ ). Trots det är det svårt att veta vilken grad av symtomminskning som ger en verklig värdefull förändring och problematiskt att ingen etablerad definition finns.

### **4.3 Framtida forskning**

Något som vore intressant för vidare forskning är att göra mer naturalistiska studier med kontrollgrupp för att på så sätt kunna uttala sig med större säkerhet huruvida behandlingsresultaten faktiskt är en effekt av själva behandlingen. Dessutom vet vi inte mycket om vilka komponenter i en behandling på behandlingshem som faktiskt är verksamma. I denna studie har vi utvärderat helhetskonceptet på OCD-Centret, vilket innebär att det är svårt att med säkerhet säga att vissa delar av behandlingen har påverkat utfallet mer än andra. Utifrån tidigare forskning samt det tydliga fokus som behandlingshemmet har på det, är det ändå troligast att det är ERP som bidrar mest till förbättringen. Det vore dock mycket intressant att undersöka närmare om det även i denna typ av miljö faktiskt är ERP som är den aktiva komponenten, eller om det i högre grad än sedvanlig ERP-behandling kan attribueras till andra faktorer så som gemensamma aktiviteter eller färdighetsträning. Resultaten som uppnåtts vid behandlingsavslut verkar vidmakthållas över tid. Dock behövs vidare forskning kring detta på grund av de brister som tidigare påtalats kring uppföljningarna i denna studie. Det behövs även fler studier som undersöker behandlingslängd, vad som är effektivt i långa behandlingar och för vem. Det vore bra att jämföra olika grupper åt och se vad som gör att vissa personer behöver en så pass lång

behandling medan vissa blir avsevärt förbättrade med kortare interventioner som B4DT (Havnen m.fl., 2014, 2017; Hansen m.fl., 2018; Launes m.fl., 2019). Resultaten i denna studie antyder att vissa personer behöver längre tid på sig för att förbättras, men vad som särskiljer dessa individer från de som skulle förbättras av en betydligt kortare intervention hade varit intressant att undersöka närmare. Vidare hade det varit intressant att undersöka hur sent i behandlingen förbättring sker och kunna jämföra en specifik tidpunkt i behandling mellan deltagare vilket tyvärr inte möjliggjordes av den data denna studie baseras på. Mer forskning på området behövs för att fortsätta vidareutveckla så bra och kostnadseffektiva behandlingsalternativ som möjligt i syfte att erbjuda rätt vård även till de svårast sjuka.

#### **4.4 Slutsatser**

OCD-Centrets behandling är effektiv avseende tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom, livstillfredsställelse samt funktionsnivå. Detta är troligen en effekt av behandlingen även om avsaknad av kontrollgrupp gör det svårt att dra några definitiva slutsatser. Det går heller inte att isolera vilken del av behandlingen som varit mest effektiv. Men med tanke på tidigare forskning om KBT med ERP samt att OCD-Centret har ERP som primärt fokus, kan vi anta att detta är en stor anledning till att deltagarna fick en minskning av tvångssymtom. Dock går det inte att utesluta möjligheten att andra faktorer såsom boendeform, det nya sociala sammanhanget, eller ett ökat ansvar för vardagliga sysslor inte skulle ha en effekt på resultaten.

Gällande långtidseffekterna av behandlingen ser det lovande ut och det verkar som om de vidmakthålls över tid, men vidare utvärdering behövs. Dessutom pekar resultaten på att långa behandlingar kan vara nödvändigt och effektivt för personer med refraktär OCD och att sena förbättringar inte är ovanliga i denna grupp. Det är troligt att detta kan generaliseras till liknande patientgrupper som de som behandlas vid OCD-Centret, men mer forskning behövs för att undersöka långa behandlingar och dess effekter.

## 5. Referenser

- Abramowitz, J. S. (2004). Treatment of obsessive-compulsive disorder in patients who have comorbid major depression. *Journal of Clinical Psychology, 60*(11), 1133-1141.
- Abramowitz, J. S. (2006). The Psychological Treatment of Obsessive–Compulsive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*:407–416.
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., Timpano, K. R., McGrath, P. B., Riemann, B. C., Adams, T., Björgvinsson, T., Storch, E.A., & Hale, L. R. (2010). Assessment of obsessive-compulsive symptom dimensions: development and evaluation of the Dimensional Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment, 22*, 180-198.
- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(2), 394-398.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet, 374*, 491–499.
- Alonso, P., Cuaas, D., Gabriëls, L., Denys, D., Goodman, W., Greenberg, B. D., Menchon, J. M. (2015). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and predictors of response. *Plos One, 10*(7).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA.
- American Psychiatric Association. (2007). Practice guideline for the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry, 164*(7 Suppl), 5.
- Anderson, R. A. & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 123–137

Bates, S., & Grönberg, A. (2010). *Om och om och om igen: Att behandla tvångsproblem med KBT - en vägledning för behandlare* (1. utg. ed.). Stockholm: Natur & kultur.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 893-897.

Björgvinsson, T., Hart, A. J., Wetterneck, C., Barrera, T. L., Chasson, G. S., Powell, D. M., & Stanley, M. A. (2013). Outcomes of specialized residential treatment for adults with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, *19*, 429–437.

Blakey, S. M., Abramowitz, J. S., Leonard, R. C. & Riemann, C. (2019). Does Exposure and Response Prevention Behaviorally Activate Patients With Obsessive-Compulsive Disorder? A Preliminary Test. *Behavior Therapy*, *50*, 214–224.

Boschen, M. J., & Drummond, L. M. (2012). Community treatment of severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*, 203-209.

Brennan, B. P., Lee, C., Elias, J. A., Crosby, J. M., Mathes, B. M., Andre, M. C., & Hudson, J. I. (2014). Intensive residential treatment for severe obsessive-compulsive disorder: characterizing treatment course and predictors of response. *Journal of Psychiatric Research*, *56*, 98–105.

Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., Marcelo Basso de Sousa, Tonello, J. F., . . . Kapczinski, F. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *72*(4), 211-216.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.th ed.). Hillsdale: L. Erlbaum Associates.

Cole Monaghan, S., Cattie, J. E., Mathes, B. M., Shorser-Gentile, L. I., Crosby, J. M., & Elias, J. A. (2014;2015;). Stages of change and the treatment of OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *5*, 1-7.



Dowling, N., Thomas, N., Blair-West, S., Bousman, C., Yap, K., Smith, D. J., & Ng, C. H. (2016). Intensive residential treatment for obsessive-compulsive disorder: Outcomes and predictors of patient adherence to cognitive-behavioural therapy. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 82-89.

Denys, D., van Megen, H., & Westenberg, H. (2002). The adequacy of pharmacotherapy in outpatients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 17(3), 109-114.

Denys, D., Mantione, M., Figeet, M., van den Munckhof, P., Koerselman, F., Westenberg, H., Bosch, A., Schuurman, R., (2010). Deep Brain Stimulation of the Nucleus Accumbens for Treatment-Refractory Obsessive-Compulsive Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 2010;67(10):1061-1068.

Eddy, K.T., Dutra, L., Bradley, R., Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011 – 1030.

Engelmark, H. & Stagnér, N. *Exponering med responsprevention för tvångssyndrom i ett kliniskt sammanhang - en behandlingsutvärdering på OCD-Centret i Uppsala*. Opublicerad examensuppsats, Institutionen för psykologi, Uppsala Universitet, Uppsala, Sverige.

Fantino, B., & Moore, N. (2009). The self-reported montgomery-asberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, 9(1), 26-26.

Farris, S. G., McLean, C. P., Van Meter, P. E., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2013). Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(7), 685-690.

Farris, S. G., McLean, C. P., Van Meter, P. E., Simpson, H. B., & Foa, E. B. (2013). Treatment response, symptom remission, and wellness in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(7), 685-690

Federici, A., Summerfeldt, L. J., Harrington, J. L., McCabe, R. E., Purdon, C. L., Rowa, K., & Antony, M. M. (2010). Consistency between self-report and clinician-administered

versions of the yale-brown Obsessive–Compulsive scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(7), 729-733.

Fineberg, N. A., Baldwin, D. S., Drummond, L. M., Wyatt, S., Hanson, J., Gopi, S., Kaur, S., Reid, J., Marwah, V., Sachdev, R. A., Pampaloni, I., Shahper, S., Varlakova, Y., Mpavaenda, D., Manson, C., O'Leary, C., Irvine, K., Monji-Patel, D., Shodunke, A., Dyer, T., Wellsted, D. (2018). Optimal treatment for obsessive compulsive disorder: a randomized controlled feasibility study of the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy, selective serotonin reuptake inhibitors and their combination in the management of obsessive compulsive disorder. *International clinical psychopharmacology*, 33(6), 334–348.

Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496.

Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J.D., Kevin Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, H. Simpson, B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151-161.

Franklin, M. E. & Foa, E. B. (2011). Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 229–43.

Frisch, M. B., Cornell, J., Villanueva, M., & Retzlaff, P. J. (1992). Clinical validation of the Quality of Life Inventory. A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment. *Psychological Assessment*, 4, 92-101.

Gershkovich, M., Wheaton, M. G., & Simpson, H. B. (2017). Management of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 4(4), 357-370.

Goodman, W. K., Price, L H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 1006-1011.

Goodman, W. K., McDougle, C. J., Barr, L. C., Aronson, S. C., & Price, L. H. (1993). Biological approaches to treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *54*, 16–26.

Hansen, B., Hagen, K., Öst, L.-G., Solem, S., & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting: 12-month follow-up. *Frontiers in Psychology*, *9*:639.

Hansen, B., Kvale, G., Hagen, K., Havnen, A., Öst, L. (2019). The bergen 4-day treatment for OCD: Four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, *48*(2), 89-105.

Havnen, A., Hansen, B., Öst, L., Kvale, G. (2014). Concentrated ERP delivered in a group setting: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *3*(4), 319-324.

Havnen, A., Hansen, B., Öst, L. G., & Kvale, G. (2017). Concentrated ERP delivered in a group setting: a replication study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *45*, 530–536.

Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Alonso, P., Granero, R., Segalàs, C., Labad, J., & Menchón, J. M. (2008). Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: Follow up. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *62*(6), 697-704.

Jónsson, H., Hougaard, E., & Bennedsen, B. E. (2011). Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *123*(5), 387-397.

Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, 118–130.

Kvale, G., Hansen, B., Björgvinsson, T., Børtveit, T., Hagen, K., Haseth, S. (2018). Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: The bergen 4-day treatment. *BMC Psychiatry, 18*(1), 323-9.

Launes, G., Laukvik, I. L., Sunde, T., Klovning, I., Hagen, K., Solem, S. (2019). The bergen 4-day treatment for obsessive-compulsive disorder: Does it work in a new clinical setting? *Frontiers in Psychology, 10*, 1069.

Leckman, J. F., Bloch, M. H., & King, R. A. (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: A developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*(1), 21-33.

Lindner, P., Andersson, G., Öst, L-G., & Carlbring, P. (2013). Validation of the Internet-Administered Quality of Life Inventory (QOLI) in Different Psychiatric Conditions. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*(4), 315-327

Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Dyck, I. R., & Rasmussen, S. A. (2011). Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behavior Therapy, 42*(3), 399-412.

Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L., Eisen, J. L., Shera, D. M., Goodman, W. K., Rasmussen, S. A. & Jenike, M. A. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder: Data from a naturalistic two-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 159*(2), 263-268.

Nelson, N., Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1986). Interpretation of significance levels and effect sizes by psychological researchers. *American Psychologist, 41*, 1229–1301.

Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M., Liang, K.-Y., Bienvenu, O., Hoehn-Saric, R., Grados, M., & Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine, 31*, 481– 487.

Nakash-Eisikovits, O., Dierberger, A., & Westen, D. (2002). A multidimensional meta-analysis of pharmacotherapy for bulimia nervosa: Summarizing the range of outcomes in controlled clinical trials. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 193–211.

Pallanti, S., Hollander, E., Bienstock, C., Koran, L., Leckman, J., Marazziti, D. (2002). Treatment non-response in OCD: Methodological issues and operational definitions. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 5(2), 181-191.

Pallanti, S., & Quercioli, L. (2006). Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuropsychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30(3), 400-412.

Simpson, H.B., Liebowitz, M.R., Foa, E.B., Kozak, M.J., Schmidt, A.B., Rowan, V., Petkova, E., Kjernisted, K., Huppert, J.D., Franklin, M.E., Davies, S.O., Campeas R: Posttreatment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety* 2004; 19:225–233.

Siwiec, S. G., Riemann, B. C., & Lee, H. (2019). Predictors of acute outcomes for intensive residential treatment of obsessive–compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(6), 661-672.

Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive–compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 121–127.

Socialstyrelsen. (2019). ESL (ett självständigt liv). Hämtad 2019-12-18 från <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/evidensbaserad-praktik/metodguiden/esl-ett-sjalvstandigt-liv>

Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest - stöd för styrning och ledning*. Hämtad 2020-05-08 från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/nationella-riktlinjer/2017-12-4-kunskapsunderlag.pdf>

Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, volym 2). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive-compulsive disorder. Best practice for therapy series*. Oakland: New Harbinger Publications.

Steketee, G., & Freund, B. (1993). Compulsive Activity Checklist (CAC): Further psychometric analyses and revision. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 13-25.

Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675–684.

Stewart, E. S., Stack, D. E., Farrell, C., Pauls, D. L., & Jenike, M. A. (2005). Effectiveness of intensive residential treatment (IRT) for severe refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 39, 603-609.

Stewart, S., Stack, D. E., Tsilker, S., Alosso, J., Stephansky, M., Hezel, D. M., & Jenike, M. A. (2009). Long-term outcome following intensive residential treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 43(13), 1118-1123.

Subramaniam, M., Soh, P., Janhavi, A. V., Ajit, V., Picco, L., Siow, A. C. (2013). Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder: Impact of the Disorder and of Treatment. *CNS Drugs*, 27:367–383.

Svanborg, P., & Åsberg, M. (1994). A new self-rating scale for depression and anxiety states based on the comprehensive psychopathological rating scale. *ACTA Psychiatrica Scandinavica*, 89, 21-28

Torres, A. R., Prince, M. J., Bebbington, P. E., Bhugra, D., Brugha, T. S., Farrell, M., . . . Singleton, N. (2006). Obsessive-compulsive disorder: Prevalence, comorbidity, impact, and help-seeking in the british national psychiatric morbidity survey of 2000. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1978-1985.

Veale, D., Naismith, I., S. Miles, S., Gledhill, L.J., Stewart, G. & Hodsoll, J. (2016). Outcomes for residential or inpatient intensive treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 8, 38-49

Wheaton, M. G., Gershkovich, M., Gallagher, T., Foa, E. B., & Simpson, H. B. (2018). Behavioral avoidance predicts treatment outcome with exposure and response prevention for obsessive–compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 35(3), 256-263.

World Health Organization (2001). *The world health report 2001 – Mental health: New understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.

Öst, L.G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive–compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40,156-169.