



UPPSALA
UNIVERSITET

Uppsala universitet
Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats
VT 2012

Exponering med responsprevention för tvångssyndrom i ett kliniskt sammanhang

- en behandlingsutvärdering på OCD-Centret i Uppsala

Henrik Engelmark & Niclas Stagnér

Handledare: Timo Hursti
Biträdande handledare: Sandra Bates
Granskare: Ann-Margret Rydell

Sammanfattning

Tvångssyndrom (*Obsessive-Compulsive Disorder*; OCD) är en ångeststörning som ger upphov till mycket lidande. Exponering med responsprevention (ERP) är den psykologiska behandlingsmetod som har bäst stöd i forskning för behandling av OCD. Det behövs dock mer forskning om ERP-behandling i kliniska kontexter såsom på behandlingshem. Syftet med föreliggande uppsats var att undersöka hur tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livskvalitet förändras utmed tiden i en ERP-behandling i en klinisk kontext. Uppsatsen syftar också till att undersöka om olika personegenskaper och en tidig symtomreducering i tvångssymtom predicerar förändring av de olika symtomen. Undersökningen gjordes vid OCD-Centret i Uppsala, som är ett behandlingshem som erbjuder intensivbehandling för personer med OCD. Resultaten visade en signifikant förändring för de olika symtomen för alla deltagare i genomsnitt. På det primära utfallsmåttet för tvångssymtom, Y-BOCS självskattningsversionen, uppnådde 62% av deltagarna en kliniskt signifikant förbättring. Gällande prediktorvariablerna så fanns det en signifikant interaktion mellan förändringen i tvångssymtom och "grad av OCD" samt "tidig symtomreducering". Detsamma gällde mellan förändring av depressionssymtom och "tidig symtomreducering" samt "depression". Det fanns också en signifikant interaktion mellan förändring av ångestsymtom/livstillfredsställelse och "depression". ERP-behandling i en klinisk kontext likt den på OCD-Centret är ett behandlingsformat som kan ge personer med svår OCD ett bra behandlingsresultat.

Nyckelord: OCD, tvångssyndrom, ERP, kognitiv beteendeterapi, Y-BOCS, prediktorer, klinisk kontext, OCD-Centret

Vi vill tacka:

Timo Hursti för din handledning i uppsatsskrivandet.

Sandra Bates för din handledning i uppsatsskrivandet, den kliniska handledningen samt stöd vid ventileringen.

Bodil Olsson för all återkoppling samt stöd vid ventileringen.

Marcus Fransson för ovärderliga synpunkter vid journalgenomgången.

Sanna Engelmark för återkoppling och granskning av uppsatsen.

Maria Wallberg för all ”näring” du har tillfört denna uppsats.

All övrig personal vid OCD-Centret för god support och uppmuntran!

Innehållsförteckning

1. Inledning	1
1.1 Vad är tvångssyndrom?	1
1.2 Prevalens	2
1.3 Förlopp	2
1.4 Symtomdimension av OCD	3
1.4.1 Smitta (1)	4
1.4.2 Skada (2)	5
1.4.3 Ofullständighet (3)	5
1.4.4 Oacceptabla tankar (4)	5
1.4.5 Tvångsmässigt samlande	6
1.5 Behandling av OCD	6
1.5.1 Beteendeterapi	6
1.5.2 Läkemedelsbehandling	10
1.5.3 Kombinationsbehandling	10
1.6 Prediktorer för behandlingsutfall vid ERP-behandling	11
1.6.1 Kön och ålder	11
1.6.2 Grad av OCD	11
1.6.3 Samsjuklighet	12
1.6.4 Tidig symtomreducering	13
1.7 OCD-Centret	15
1.8 Problemformulering	15
1.9 Syfte	16
1.9.1 Frågeställningar	16
2. Metod	17
2.1 Design	17
2.2 Deltagare	17
2.3 Material	19
2.3.1 Instrument	19
2.3.2 Intervention	22
2.4 Procedur	24
2.4.1 Databearbetning	25
2.4.2 Operationalisering	27
2.5 Statistiska analyser	29
2.5.1 Analysmetoder	29

2.5.2 Effektstorlek	30
2.5.3 Klinisk signifikans.....	30
3. Resultat	31
3.1 Karakteristik för samtliga deltagare	31
3.1.1 Placeringslängd och ifyllnad av skattningsskalor	31
3.1.2 Kön och ålder	31
3.1.3 Symtomdimension av OCD.....	31
3.1.4 Grad av OCD.....	32
3.1.5 Samsjuklighet och depression	33
3.1.6 Tidig symtomreducering	33
3.2 Frågeställning 1	33
3.2.1 Y-BOCS-S: primärt utfallsmått.....	34
3.2.2 Sekundära utfallsmått	35
3.3 Frågeställning 2	37
3.3.1 Symtomdimension av OCD.....	37
3.3.2 Grad av OCD.....	38
3.3.3 Depression	39
3.3.4 Icke-signifikanta resultat	40
3.4 Frågeställning 3	40
4. Diskussion	42
4.1 Resultatsammanfattning	42
4.2 Resultatdiskussion.....	42
4.2.1 Frågeställning 1	42
4.2.2 Frågeställning 2	44
4.2.3 Frågeställning 3	47
4.2.4 Interventionen.....	48
4.3 Metoddiskussion	49
4.3.1 Deltagare	49
4.3.2 Material	50
4.3.3 Procedur	51
4.3.4 Design.....	52
4.4 Framtida forskning	53
4.5 Slutsatser	55
Referenser	56

1. Inledning

1.1 Vad är tvångssyndrom?

Tvångssyndrom (*Obsessive-Compulsive Disorder*; OCD) räknas till de psykiatriska diagnoser som kallas *ångeststörningar*. I problembilden för OCD förekommer tvångstankar och/eller tvångshandlingar. Tvångstankarna kan vara i form av tankar, bilder eller impulser som generellt leder till starka och obehagliga känslor såsom ångest, äckel eller oro (Abramowitz, Taylor & McKay, 2009; Bates & Grönberg, 2010). Tvångstankarna är inte en överdriven oro kring vardagliga företeelser och personen med OCD inser att tankarna uppkommer ur det egna sinnet enligt de diagnoskriterier som finns i *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) i den fjärde upplagan, textrevision (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2002). Tvångshandlingarna är ofta synliga, repetitiva och stereotypa beteenden som personen utför för att på kort sikt komma undan obehag eller en framtida oönskad händelse. Tvångshandlingarna kan också vara osynliga för ögat och kallas då för mentala ritualer (Abramowitz m.fl., 2009; Bates & Grönberg, 2010). Tvångshandlingarna utförs som ett svar på tvångstankarna och för att personen känner sig tvungen att göra detta för att slippa ångest, vilket på lång sikt tar allt mer tid och påverkar individens arbetssituation och samt sociala samvaro negativt. Världshälsoorganisationen (*World Health Organization* [WHO], 2001) har klassat OCD som en av de sjukdomarna (både somatiska och psykiatriska inräknade) som innebär mest funktionshinder för individen. Enligt diagnoskriterierna för OCD krävs också att tvångshandlingarna upptar minst en timme varje dag eller i betydande grad stör personens liv (APA, 2002). För många personer med OCD upptar tvångstankar och tvångshandlingar stora delar av dygnet och livet inordnas efter att komma undan eller minska obehag och ångest till en tolererbar nivå (Öst, 2006). Det är alltså vanligt att personer med OCD undviker situationer som kan väcka oro och tvivel, eller att personen flyr undan den aktuella situationen via exempelvis tvångshandlingar. Det finns inte alltid en tydlig eller logisk koppling mellan tvångstankarna och följande tvångshandlingar, men ur ett kognitivt beteendeterapeutiskt (KBT) perspektiv så har alltid tvångshandlingarna funktionen av att minska obehaget i stunden. Även anhöriga till

personen med OCD påverkas negativt av tvångsproblematiken. Denna grupp av anhöriga är den som är svårast drabbad jämfört med anhöriga till personer med andra ångeststörningar (Bates & Grönberg, 2010). Ofta handlar det om att anhöriga deltar i tvångshandlingarna, ger försäkringar för att mildra personens ångest och på så sätt ”dras in i” tvångsproblemen. Detta kan föra med sig att anhöriga begränsar sitt sociala liv och umgänge och att de skäms för att de är så involverade i tvångsproblematiken (Bates & Grönberg, 2010).

1.2 Prevalens

Prevalensen av OCD ligger omkring 2% bland den vuxna befolkningen, vilket har fastslagits i flera olika studier från flera olika länder (Bates & Grönberg, 2010; Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2005). Detta skulle motsvara cirka 200 000 personer i Sverige som har OCD, som i genomsnitt har tre anhöriga som också påverkas av tvångsproblematiken (Bates & Grönberg, 2010). Globalt sett är OCD den fjärde vanligaste psykiatriska diagnosen. Enligt SBU (2005) är OCD något vanligare bland vuxna kvinnor jämfört med vuxna män, vilket bekräftas av en epidemiologisk enkätstudie gjord i flera länder av Weissman m.fl. (1994). Andra studier visar att det är ungefär lika många kvinnor som män som drabbas av OCD (Stein, 2002). I vilket fall är OCD en ångeststörning som skiljer ut sig vad gäller prevalensen bland de olika könen, då de flesta andra ångest- och förstämningssyndrom har en högre prevalens bland kvinnor jämfört med män (Stein, 2002).

1.3 Förlopp

En metaanalys av Stewart m.fl. (2004), SBU (2005) och flera studier (Abramowitz m.fl., 2009; Franklin & Foa, 2011) betonar att OCD är en kronisk ångeststörning som sällan spontant förbättras. Om OCD lämnas obehandlat så kommer symtomen att bestå, men sjukdomsförloppet kommer också att variera mycket efter t.ex. hur mycket stress personen utsätts för i livet (Abramowitz m.fl., 2009). En svensk långtidsuppföljningsstudie av Skoog och Skoog (1999) har visat att 58% av en grupp personer med OCD efter 40 år fortfarande har påtagliga tvångssymtom. En femtedel av personerna hade inga kliniskt relevanta symtom vid uppföljningen. Studien utfördes på en grupp personer som i princip är obehandlade och studien utfördes av samma psykiater vid uppföljningen, men kan ändå anses ge ett unikt material då det

är den längsta uppföljningsstudien gällande OCD till dags datum. Dessa resultat stöds också av en dansk uppföljningsstudie (Thomsen & Mikkelsen, 1995), där man följt danska barn och ungdomar med OCD och noterat att ungefär hälften av dessa har kvar OCD-diagnos vid uppföljningen. Tidpunkt för uppföljning varierade mellan 1.5 till 5 år ($M = 3.2$ år). Denna studie stödjer bevisen för att OCD har ett kroniskt förlopp för cirka hälften av personerna med OCD. Mataix-Cols m.fl. (2002) har också undersökt hur stabila OCD-symtom håller sig över tid och funnit att obehandlad OCD har ett kroniskt förlopp för många patienter. I denna studie följde man personer med OCD under två år med en symtomchecklista i skattningsskalan *Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS) och fann då att de symtom som faktiskt ändras under denna tid ofta förändras inom en given symtomdimension av OCD och sällan mellan olika dimensioner (till exempel mellan *smitta* och *ofullständighet*). Symtomdimensionerna *tvångsmässigt samlande* och sexuella eller religiösa *oacceptabla tankar* var minst benägna att ändras med tiden.

Eftersom det anses vara sällsynt med spontanförbättring och att andra faktorer än behandling skulle reducera OCD-symtom så är det legitimt att studier inom området saknar kontrollgrupp (Stewart, Stack, Farrell, Pauls & Jenike, 2005). I behandlingsstudier används ofta väntelista som kontrollgrupp. Detta kan leda till en ”förväntanseffekt” där personer spontant förbättras, medan personer med OCD inte gynnas av förväntan inför behandling (Lax, Basoglu & Marks, 1992). Det är också så att personer med OCD inte förbättras av placebobehandling, åtminstone inte samma utsträckning som de personerna med andra former av ångeststörningar (Mavissakalian, Jones & Olson, 1990).

1.4 Symtomdimension av OCD

Tvångstankar, tvångshandlingar och undvikandestrategier kan se olika ut topografiskt och funktionellt. Personer med OCD är därför en heterogen grupp med en stor variation i symtom. Medan en person med OCD kan ha tvångsmässigt tvivel kring huruvida han/hon har skadat någon nära anhörig så kan en annan ha tvångstankar kring sin gudstro eller kring sexuella teman. Det finns också personer som har kombinationer av dessa symtom samtidigt (Abramowitz m.fl., 2010). De flesta personer med OCD har både tvångstankar och synliga tvångshandlingar (Bates & Grönberg, 2010).

Det finns många studier som har studerat OCD-symtom och observerat att vissa sorters tvångstankar och tvångshandlingar hör ihop på så sätt att de bildar olika symtomdimensioner (Mataix-Cols, Rosario-Campos & Leckman, 2005; McKay m.fl., 2004). I andra studier har man gjort faktoranalyser på OCD-symtomen och kommit fram till att de kan delas in övergripande teman: *kontaminering/smitta med tvättritualer, aggressiva/religiösa/sexuella tvång med kontrolleringsritualer, symmetritvång med upprepning/ordning* samt *tvångsmässigt samlande* (Alsobrook, Leckman, Goodman, Rasmussen & Pauls, 1999; Leckman m.fl., 1997; Summerfeldt, Richter, Antony & Swinson, 1999). För att sedan i den kliniska vardagen kunna göra sådana här indelningar av symtomdimensioner finns det olika metoder. Bates och Grönberg (2010) har valt att göra indelningen av tvångsproblem utifrån tvångshandlingen, det vill säga det som individen gör för att minska obehag, medan Abramowitz (2006) har gjort en indelning som baseras på tvångstanken som väcker själva obehaget. Metoden som Abramowitz (2006) använder kan ses som en mer kognitivt inriktad uppdelning, jämfört med Bates och Grönberg (2010) som kan anses vara mer beteendeterapeutiskt inriktad. Ball, Baer och Otto (1999) redovisar i en metastudie att den vanligaste förekommande symtomdimensionen är *smitta* (75% av OCD-populationen) medan de resterande dimensionerna är ungefär lika vanligt förekommande (cirka 12% av OCD-populationen). Det finns studier som har funnit att beteendeterapeutisk behandling av OCD främst fungerar för de personer med symtom som har inslag av *kontaminering, religiösa/sexuella ritualer* eller *symmetri*, men att det behövs fler studier på utfallen för personer med andra tvångssymtom (Alonso m.fl., 2001; Ball m.fl., 1999; Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak & Baer, 2002; Rufer, Fricke, Moritz, Kloss & Hand, 2006).

Den vanligaste formen av indelning av OCD-symtom, som använts och replikerats av många forskare och som därav används i denna uppsats (Abramowitz, 2006; Abramowitz m.fl., 2010), innefattar fyra dimensioner och ser ut som följande: (1) *Smitta*, (2) *Skada*, (3) *Ofullständighet* och (4) *Oacceptabla tankar*.

1.4.1 Smitta (1)

Personer inom denna symtomdimension har en problematik som kretsar kring att på något sätt avlägsna smuts och därmed minska obehag. De är rädda för att smittas av sjukdom (för egen eller för andras del) via kroppsvätskor såsom exempelvis blod, urin, avföring, svett eller saliv. Smitta kan överföras från ett objekt till ett annat och smittkällor väcker en stark reaktion, vilket i

sin tur föranleder kontroller av olika slag. Den vanligaste tvångshandlingen för att förhindra smittspridning är handtvätt, duschning eller att använda handsprit (Abramowitz, 2006; Abramowitz m.fl., 2010).

1.4.2 Skada (2)

Symtomdimensionen *skada* handlar om rädsla för att vara ansvarig till fysisk/psykisk skada på andra personer. Personen i fråga tror att han/hon är ansvarig genom att har gjort någon form av misstag (Abramowitz m.fl., 2010). Detta är en vanligt förekommande typ av OCD som också kallas "kontrolleringstvång" och som leder till omfattande ritualer som utförs för att individen ska försäkra sig om att andra inte skadas av dennes handlingar (Bates & Grönberg, 2010). För att vara säker på att detta inte inträffar så kan individen kontrollera föremål kopplade till risk, som exempelvis dörrar, fönster, lampor och kontakter. Det kan räcka med åsynen av ett vasst föremål eller en tanke på att man säger någonting sårande till någon annan för att obehag ska väckas (Abramowitz, 2006).

1.4.3 Ofullständighet (3)

Ordning och symmetri präglar denna dimension av OCD (Abramowitz m.fl., 2010). Personen ordnar, arrangerar och repeterar tills det "känns rätt". Om föremål i personens omgivning inte känns rätt så ger det upphov till ett starkt obehag, vilket kallas *Not Just Right Experiences* (NJRES). Denna symtomdimension ska dock noggrant skiljas från dimensionen *skada* då *ofullständighet* inte är kopplat till skada på samma sätt, utan mer handlar om en upplevelse eller känsla som är drivande i att personen ordnar tills det känns rätt (Abramowitz, 2006). Ofta utförs också tvångshandlingarna av detta slag upprepade gånger som kan vara mycket tidskrävande (Bates & Grönberg, 2010).

1.4.4 Oacceptabla tankar (4)

Detta är en typ av OCD som kännetecknas av påträngande tankar kring exempelvis våld, sex eller religion som alla väcker stort obehag (Abramowitz m.fl., 2010; Bates & Grönberg, 2010). Dessa tankar upplevs som svåra att avfärda och går ofta emot individens personliga moral. Tankarna ger i sin tur upphov till försök att byta en "dålig" tanke mot en "god" tanke eller att personen letar lugnande försäkringar av omgivningen (Abramowitz, 2006). En del personer

använder sig också av ett *undertryckande av tankar*, vilket är en tankemekanism som bygger på att det inte är själva innehållet i tanken som skapar problem utan att det är hur personen faktiskt handskas med tankarna. En annan strategi kan vara att helt undvika situationer som kan väcka oacceptabla tankar. Om personens tvångshandlingar här enbart är koverta ("tankemässiga", det vill säga osynliga för blotta ögat) så kallas det enligt engelskspråkig litteratur för *pure obsessions*. Detta är en typ av OCD som drabbar ungefär 20% av OCD-populationen (Bates & Grönberg, 2010).

1.4.5 Tvångsmässigt samlande

Abramowitz (2006) diskuterar vidare kring huruvida man bör inkludera en femte typ av OCD som kallas "tvångsmässigt samlande" (engelska: *hoarding*). Individer med symtom på tvångsmässigt samlande har ofta ett överdrivet samlande av olika sorters föremål; ett samlande som saknar tydlig adaptiv funktion. Samlandet hänger också ofta ihop med en oförmåga att slänga föremål. Coles, Frost, Heimberg och Steketee (2003) menar att tvångsmässigt samlande är en form av OCD på basis av det finns korrelationer mellan OCD-symtom och samlande. De påvisar också att det finns en hög förekomst av tvångsmässigt samlande hos personer med OCD. Abramowitz (2006) menar dock att tvångsmässigt samlande verkar drivas av en obeslutsamhet och tvivel som kretsar kring risken att det som slängs kan vara av värde och då slängs av misstag. Vidare menar Abramowitz, Wheaton och Storch (2008) att tvångsmässigt samlande är en symtombild som också förekommer hos individer med andra psykiska störningar såsom utvecklingsstörning, ätstörning och psykos. Med andra ord finns det alltså en del forskning som pekar på att detta samlande skulle kunna vara en typ av OCD, men samtidigt finns det övertygande forskning som pekar på motsatsen. Med utgångspunkt i denna diskussion så har tvångsmässigt samlande som en dimension av OCD inte inkluderats i denna uppsats.

1.5 Behandling av OCD

1.5.1 Beteendeterapi

De beteendeterapeutiska tekniker som rekommenderas för behandling av OCD i SBU:s rapport från 2005 är exponering och responsprevention (ERP). I rapporten fastställer SBU att i genomsnitt 55% av personerna med OCD blir klart förbättrade av ERP och att effekten av denna

behandling håller i sig i upp till två år. SBU (2005) fastslår alltså att ERP är behandlingen att föredra vid OCD. Flera studier stödjer detta och har visat att ERP är bättre än andra former av psykoterapi och placebo i behandlingen av OCD (Fals-Stewart, Marks & Schafer, 1993; Foa m.fl., 2005; Lindsay, Crino & Andrews, 1997). ERP är en sammanslagning av två olika metoder för att påverka de problembeteenden som finns vid OCD, nämligen exponering (EX) och responsprevention (RP). EX innebär i korthet att personerna utsätts för de situationer eller företeelser som väcker obehag och på så sätt bryter undvikande av svåra situationer. Syftet med EX kan vara att minska känslomässigt obehag, förändra förväntningar om hot eller öka toleransen för negativa känsloupplevelser (Abramowitz m.fl., 2009; Bates & Grönberg, 2010). EX används inom flera olika kliniska tillämpningsområden inom KBT, bland annat i behandling av andra ångeststörningar, depression och trauma (Bates & Grönberg, 2010). RP är den andra metoden inom ERP och innebär att patienten avstår från alla synliga och osynliga tvångshandlingar, vilket förlänger effekten av EX och ger utrymme för nyinläring. RP innebär alltså att avstå från ritualer, undvikanden och att söka försäkringar hos personer i omgivningen (Abramowitz m.fl., 2009). Detta kan göras steg för steg eller enligt principen ”allt på en gång”, vilket också kallas *total responsprevention* då personen avstår helt från alla former av tvångshandlingar. I samband med RP får även personen träna på nya alternativa beteenden som fyller ut ”tomrummet” efter tvångshandlingarna och som går i linje med de uppställda behandlingsmålen (Abramowitz, 2006; Bates & Grönberg, 2010). ERP används alltså för att lära personer med OCD att ångesten inte kvarstår för evigt samt att undvikande och tvångshandlingar inte är en nödvändig strategi för att undkomma obehag (Abramowitz m.fl., 2009).

Franklin och Foa (2011) presenterar i en omfattande översiktsstudie de senaste 40 årens samlade forskning kring evidens för ERP. De refererar till en experimentell studie av Foa, Steketee, Grayson, Turner och Latimer (1984) där man tilldelade EX, RP samt ERP till olika grupper och tittade på behandlingsutfall. Resultatet var att personerna inom varje betingelse visade på signifikant symtomförbättring. I denna studie fann man också ERP var överlägsen EX och RP separerade. Franklin och Foa (2011) lyfter också fram kritik riktad mot tidigare studier på behandling av OCD. Denna kritik baseras på att många studier är gjorda i en icke-klinisk miljö, vilket stärker den interna validiteten men på bekostnad av den externa validiteten. Detta då det blir svårare att generalisera resultaten till en ”naturlig” miljö för individen. De menar därför att det är viktigt att man i vidare forskning undersöker hur behandling av OCD fungerar i

kliniska sammanhang. Vidare menar författarna också att det behövs mer forskning på hur olika dimensioner av OCD svarar på behandlingen samt på vilket sätt olika moderatörer (som exempelvis samsjuklighet och patientbakgrund) kan tänkas påverka behandlingsutfallet.

ERP-behandling är alltså en förhållandevis effektiv behandlingsform som är att föredra vid OCD, men till bilden hör också att mellan 15% till 35% av personerna med OCD har kvar mycket symtom efter en ERP-behandling (Fisher & Wells, 2005), att ungefär 25% av personerna i ERP-behandling idag hoppar av behandlingen i ett tidigt stadium då det väcker mycket ångest för dessa (Franklin, Abramowitz, Foa, Kozak & Levitt, 2000; Wadström, 2008).

1.5.1.1 Följsamhet och motivation i behandling

I flera studier på ERP-behandling för OCD har man funnit att ”följsamhet” (engelska: *compliance*) i behandling är en prediktor för ett bra behandlingsutfall (de Araujo, Ito & Marks, 1996; Fama & Wilhelm, 2005) samt att bristande följsamhet och motivation är bland de främsta orsakerna till behandlingsavhopp (Foa, 2000). I en metaanalys av Kazantzis, Deane och Ronan (2000) såg man att följsamhet i utförande av hemuppgifter fungerade som en viktig faktor för behandlingsutfall i OCD-behandling, vilket bekräftas av Abramowitz, Franklin, Zoellner och Dibernardo (2002). När Keeley, Storch, Merlo och Geffken (2008) studerade prediktorer för behandlingsutfall visade det sig även där att följsamhet, tillsammans med ”terapeutisk allians”, predicerade ett bra behandlingsutfall. Terapeutisk allians, vilket enligt en bred definition är en relation i samarbete mellan terapeut och patient (Krupnick, Sosky, Simmens & Moyern, 1996), kan fungera motivationshöjande så att personer med OCD aktivt deltar i behandlingen och utför ERP på ett tillfredställande sätt.

Det finns forskning som menar att följsamhet i psykologisk behandling hänger samman med personens ”motivation” och att motivation i sig är en av de viktigaste faktorerna för ett lyckat behandlingsutfall (Geller, 2002; Pelletier, Tuson & Haddad, 1997; Ryan, Plant, & O’Malley, 1995; Vansteenkiste, Soenens & Vandereycken, 2005; Williams m.fl., 2006). Detta bekräftas av Arkowitz, Westra, Miller och Rollnick (2008), Foa (2000), de Haan m.fl. (1997) samt Keijsers, Hoogduin, & Schaap (1994) att det är viktigt för OCD-behandling.

1.5.1.2 ERP-behandling i en klinisk kontext

Trots att majoriteten av personer med OCD blir förbättrade av ERP-behandling (Steketee, 1993; Wadström, 2008) så anses det finnas personer som av någon anledning är ”resistenta” (engelska:

refractory) mot den givna behandlingen (Ackerman & Greenland, 2002; Boschen & Drummond, 2012; Hollander m.fl., 2002; Pigott & Seay, 1997; Rasmussen, 1996; Salkovskis, 1999; Salkovskis, Richards, & Forrester, 2000; Tallis, 1995) och med andra ord har en *refraktär OCD*. Stewart, Yen, Stack, & Jenike (2006) menar att personer med refraktär OCD och deras initiala grad av OCD hänger samman med motståndskraft mot behandling. För personer med refraktär OCD har behandlingskontexten visat sig ha betydelse, då studier har funnit att dessa personer svarar bättre på en behandling som utförs i en mer "hemlik" eller naturalistisk miljö (Boersma, den Hengst, Dekker & Emmelkamp, 1976; Emmelkamp, van Linden van den Heuvell, Rüphan & Sanderman, 1989; Rosqvist m.fl., 2001; Willis, Rosqvist, Egan, Baney & Manzo, 1998).

Vidare finns det för personer med refraktär OCD ytterligare en behandlingsform som har visat sig vara verksam (Drummond, 1993; Thornicroft, Colson & Marks, 1991), nämligen *intensive residential treatment (IRT)*. Detta är, som namnet antyder, en intensiv behandlingsform som bedrivs på ett behandlingshem där personerna får utökat stöd i ERP samt fler antal terapisessioner i veckan än i vanlig öppenvårdsbehandling. När Buchanan, Meng och Marks (1996) undersökte vilka faktorer i IRT som kunde predicera ett positivt utfall i behandling så fann man att en symtomdimension som präglades av synliga ritualer som kretsade kring temat *smitta* fungerade som en positiv prediktor.

Osgood-Hynes, Reimann och Björgvinsson (2003) har studerat ett antal behandlingshem i USA, där det bedrivs så kallad *short-term residential treatment (STR)* för personer med OCD. Detta är en behandlingsform som är nästintill identisk med IRT och är "kliniskt intensiv", vilket innebär ungefär 50 timmar av terapi per vecka. Varje behandlingshem som bedriver STR har som standard att erbjuda ERP-behandling och medicinskt stöd. Förutom antalet terapitimmar ingår det där också, till skillnad från vanlig öppenvårdsbehandling, ett vardagligt strukturerat personalstöd som resulterar i en förstärkning och förlängning av ERP-uppgifter (Osgood-Hynes m.fl., 2003).

1.5.1.3 Intensivitet i ERP-behandling

Abramowitz, Foa och Franklin (2003) har i en studie jämfört intensiv ERP-behandling (IT; *intensive treatment*) med en mer utspridd ERP-behandling (TW; *twice weekly*). Gruppen med personer som fick IT erhöll behandling dagligen under en period på tre veckor medan gruppen som fick TW fick behandlingen två gånger i veckan under en period på åtta veckor. Båda grupperna visade på en signifikant minskning av både symtom på depression och på OCD, mätt

på lång och på kort sikt. Därutöver såg man att gruppen som fick IT hade en överlägsen förbättring i eftermätningen jämfört med gruppen som fick TW. När man kontrollerade för variabeln "tid" så såg man att IT-personerna visade större förbättring på Y-BOCS jämfört med TW-personerna. Abramowitz m.fl. (2003) drar slutsatsen att det är antalet terapeutssessioner (och inte tidsomfattningen i sig) som är den aktiva komponenten i en lyckad ERP-behandling, vilket också understryks av Fals-Stewart m.fl. (1993).

Franklin och Foa (2011) har också sett att både intensiv behandling (daglig beteendeterapi) samt mer utspridd behandling (vanligtvis två sessioner per vecka) har gett goda resultat. Den intensiva varianten har gett extra goda resultat.

1.5.2 Läkemedelsbehandling

Läkemedelsbehandling av OCD har likt ERP ett starkt forskningsstöd med bevisad effekt i flera studier (Abramowitz m.fl., 2009; SBU, 2005). Förstavalet bland läkemedlen är selektiva serotoninåterupptagshämmare (SSRI) och i andra hand preparatet klomipramin, som är en icke-selektiv serotoninåterupptagshämmare (SRI), enligt Medicinskt kunskapscenter (2011) och SBU (2005). Vid svårbehandlad OCD kan man lägga till neuroleptika i låg dos, men med övriga läkemedel finns det i dagläget inget samlat stöd för att det skulle vara effektivt vid OCD (Medicinskt kunskapscenter, 2011). Farmakologisk behandling uppvisar dock en större risk för återfall och kvarvarande symtom jämfört med ERP-behandling (Abramowitz m.fl., 2009). Dessutom återfaller flera patienter i tvångssyndrom då de slutar ta läkemedlet (SBU, 2005). Abramowitz m.fl. (2009) påvisar att flera randomiserade kontrollerade studier pekar på att ERP (oavsett om det ges dagligen eller en gång i veckan) förbättrar OCD-symtom i större grad jämfört med farmakoterapi. Denna bild bekräftas av Foa m.fl. (2005) som jämfört ERP-behandling med läkemedelsbehandling samt en kombination av ERP och läkemedel. ERP-behandlingen och kombinationsbehandlingen förbättrade OCD-symtom i större grad jämfört med läkemedelsbehandling och placebo (mätt via Y-BOCS). En metaanalys av Foa, Franklin och Moser (2002) visar att farmakoterapi i kombination med ERP inte ger någon klar fördel över ERP som ensam behandling, vilket också forskningsgenomgången av SBU (2005) tyder på, även om SBU inte anser det fullt bevisat ännu.

1.5.3 Kombinationsbehandling

Kombinationsbehandling av psykologisk och farmakologisk behandling är i vilket fall mycket vanligt i kliniska verksamheter då det är vanligt att personer med OCD redan står under läkemedelsbehandling innan psykologisk behandling är aktuell (Medicinskt kunskapscenter, 2011). Detta trots att få studier har undersökt hur man bäst kombinerar dessa interventioner för OCD-personer (Stein, 2002). I riktlinjerna från brittiska *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) från 2005 så rekommenderas att en person med OCD i första hand ska erbjudas ERP och i andra hand farmakologisk behandling.

1.6 Prediktorer för behandlingsutfall vid ERP-behandling

1.6.1 Kön och ålder

Överlag har man sett att OCD-populationen till skillnad från andra ångeststörningar, där kvinnor ofta är överrepresenterade i förhållande till män, har en jämn fördelning av andelen män och kvinnor (Abramowitz m.fl., 2009; Stein, 2002). Det finns studier som har noterat att det kan finnas en klinisk skillnad mellan könen, som till exempel att män tenderar att ha ett annorlunda mönster i symtombilden samt sämre behandlingsutfall än kvinnor (Franklin & Foa, 2011; Lochner m.fl., 2004). Vidare har Fontenelle, Marques och Versiani (2002) sett tendenser på att män med OCD i genomsnitt har en svårare grad av OCD, högre frekvens av tvångstankar och tvångshandlingar samt sämre funktionsnivå än kvinnor med OCD. Denna studie fann dock inga signifikanta skillnader i behandlingsutfall mellan könen. Matsunaga m.fl. (2002) fann, som en kontrast till detta, inga signifikanta skillnader mellan könen i distribution av tvångssymtom.

Det finns i allmänhet få studier som tar upp ålder som en prediktor hos personer med OCD och i synnerhet som prediktor för behandlingsutfall (Keeley m.fl., 2008).

1.6.2 Grad av OCD

Flera studier har noterat att en hög initial svårighetsgrad av OCD-symtom är en prediktor för negativt utfall av behandlingen samt tvärtom att låg initial svårighetsgrad predicerar bättre behandlingsutfall (de Haan m.fl., 1997; Keijsers m.fl., 1994; Mataix-Cols m.fl., 2002; Piacentini, Bergman, Jacobs, McCracken & Kretchman, 2002). Detta väcker återigen frågan vad som utmärker de personer som inte svarar på "vanlig" ERP-behandling (Franklin m.fl., 2000; Mataix-Cols m.fl., 2002). För denna grupp av personer som har en svår grad av OCD, och som därför

också har genomgått flera tidigare behandlingar med sämre utfall, har det visat sig att en mer specialiserad behandlingsform (där behandlarna är specialutbildade för just OCD-problematik) kan ge goda behandlingsresultat (Drummond, 1993; Stewart m.fl., 2005; Thornicroft m.fl., 1991). Boschen och Drummond (2012) påpekar slutligen att det behövs mer forskning kring personer med svår grad av OCD eftersom dessa individer inte verkar bli hjälpta av nutida evidensbaserad behandling.

1.6.3 Samsjuklighet

Ruscio, Stein, Chiu och Kessler (2010) har i USA gjort en nationell undersökning av samsjuklighet hos individer med OCD. Där visade det sig att så mycket som 90% av personerna med OCD uppfyllde kriterierna för en annan DSM-diagnos. Den mest förekommande diagnosgruppen var ångeststörningar (76%), medan förstämningssyndrom (63%) och impuls kontrollstörning (56%) följde därefter. Författarna påpekar här också hur komplext förhållandet mellan OCD och komorbida tillstånd är och att mer forskning behövs inom detta område. Storch m.fl. (2010) har också studerat samsjuklighet, då vid två stycken OCD-kliniker varav en i USA och en i Australien. Resultatet visade på att 69% av deltagarna hade minst en ytterligare psykiatrisk diagnos och att generaliserat ångestsyndrom (GAD) var vanligast (38%) följt av egentlig depression (31%), social fobi (30%) och paniksyndrom (17%). I studien undersökte man också hur grad av OCD-symtom hängde samman med samsjuklighet och fann att de personer som hade minst en till psykiatrisk diagnos också hade svårare OCD-symtom (före behandlingen), jämfört med de som inte hade någon samsjuklighet. Abramowitz m.fl. (2009) påpekar att minst 50% av OCD-populationen också har minst ytterligare en psykiatrisk diagnos. Den vanligaste diagnosgruppen är ångeststörning eller förstämningssyndrom. Även missbruksrelaterade störningar är överrepresenterade i OCD-populationen jämfört med befolkningen i stort och så mycket som 20% till 30% av personer med OCD har också haft/har någon form av *tics*.

Få studier har ännu undersökt påverkan på behandlingsutfall av samsjuklighet vid OCD (Keeley m.fl., 2008). Det finns några studier (Osgood-Hynes m.fl., 2003; Steketee, Chambless & Tran, 2001) som har visat på att en personlighetsstörning i kombination med OCD är en stark prediktor för ett negativt behandlingsutfall. Boschen och Drummond (2012) har därtill visat att samsjuklighet i någon form var relaterat till ett negativt behandlingsutfall för OCD-personer.

1.6.3.1 Depression

I en metaanalys av Stewart m.fl. (2004) har man noterat att depression är en vanlig komorbid diagnos i samband med OCD. Denna typ av samsjuklighet kan, enligt Masellis, Rector och Richter (2003), ses som den främsta prediktorn för dålig livskvalité för OCD-populationen. Det är också så att samtidiga psykiatriska diagnoser (både på ångeststörningar och på personlighetsstörningar enligt DSM-diagnossystemet) begränsar mottagligheten för behandling av OCD (Steketee m.fl., 2001). Samma studie rapporterar också att 75% av personerna med OCD också har en anamnes som innehåller förstämningssyndrom, varav 25% har en pågående svår depression och 13% lider av dystymi. Vidare påpekar Abramowitz och Foa (2000) att en pågående depression inte bara påverkar personens livssituation men också försämrar individens förmåga att ta till sig OCD-behandling. Sammanfattningsvis gällande depression som samsjuklighet med OCD så har flera studier funnit att det predicerar ett sämre behandlingsutfall (Abramowitz & Foa, 2000; Abramowitz, Franklin, Street, Kozak & Foa, 2000; Buchanan m.fl., 1996; Franklin m.fl., 2000; Rufer m.fl., 2005; Steketee m.fl., 2001). Om man dessutom skiljer mellan olika svårighetsgrader av depression så är en svårare grad en utmärkande prediktor för ett sämre behandlingsutfall vid OCD (Abramowitz & Foa, 2000; Steketee m.fl., 2001).

1.6.3.2 Obsessive-compulsive-spectrum-disorders (OCSD)

OCSD är en grupp psykiatriska diagnoser som anses höra samman med OCD (Ravindran, 1999). OCSD överlappar varandra vad gäller exempelvis symtombild, sjukdomsförlopp, neurobiologi och samsjuklighet. Det råder ingen samstämmighet i forskarvärlden kring exakt vilka sjukdomar som ska räknas till OCSD, men generellt inkluderas ändå impuls kontrollstörningar, somatoforma syndrom (hypokondri, dysmorfofobi), ätstörningar, Tourettes syndrom samt ibland även vissa sexuella störningar och vanföreställningssyndrom (Ravindran, 1999). Hollander, Braun och Simeon (2008) redovisar och diskuterar hur experter inom OCD-fältet ser på OCD och OCSD inför revideringen av DSM-IV till den 5:e upplagan (DSM-V). Förslaget är att OCSD i DSM-V ska bilda en egen diagnosgrupp där OCD, tvångsmässig personlighetsstörning, Tourettes syndrom, impuls kontrollstörningar, dysmorfofobi samt ätstörningar innefattas.

1.6.4 Tidig symtomreducering

Gällande psykologisk behandling generellt så finns det forskning som visat att en tidig reducering i symtom har ett samband med bättre behandlingsutfall (Clerkin, Teachman & Smith-

Janik, 2008; Doane, Feeny & Zoellner., 2010; Kelly, Roberts & Ciesla, 2005; Tang & DeRubeis, 1999). Detta gäller också mer specifikt för KBT (Kelly m.fl., 2005; Renaud m.fl., 1998; Westra, Dozois & Marcus, 2007).

Aderka, Nickerson, Böe & Hofmann (2011) har tittat närmare på just effekten av tidig symtomreducering i KBT för både ångeststörningar och depression. Kriterierna som används i denna studie för de resultat som räknas till tidig symtomreducering är framarbetade av Tang och DeRubeis (1999), och utgörs av en sänkning med minst 25% i symtomen jämfört med startvärdena. I utvärderingen av Aderka m.fl. (2011) så visade det sig att de personer som fått en tidig symtomreducering hade en större total symtomreducering (vid före- och eftermätning i behandling) jämfört med de personer som inte fått en tidig symtomreducering. Det har gjorts flera andra studier som också undersökt hur tidig symtomreducering hänger samman med ångeststörningar såväl som depression och kommit fram till att en tidig symtomreducering predicerar ett bättre behandlingsutfall (Doane m.fl., 2010; Tang, DeRubeis, Beberman & Pham, 2005). Aderka m.fl. (2011) jämförde effekten av tidig symtomreducering i depressionsbehandling med tidig symtomreducering i behandling av ångeststörningar och fann ingen signifikant skillnad däremellan. Samma författare har också undersökt effekterna av tidig symtomreducering i KBT jämfört med andra behandlingsformer och funnit att effekterna av tidig symtomreducering var större i KBT-behandling (Aderka m.fl. 2011).

Tang och DeRubeis (1999) har undersökt potentiella mekanismer bakom fenomenet med tidig symtomreducering och kommit fram till att en av mekanismerna bakom detta kan utgöras av tidiga kognitiva förändringar. Dessa kognitiva förändringar kan sedan i sin tur leda till förbättringar av andra symtom och ge upphov till en slags "positiv feedbackspiral" (*upward spiral*; Tang & DeRubeis, 1999), vilket just KBT-behandling i allmänhet kan åstadkomma enligt tidigare forskning.

Det finns också forskning på OCD-behandling som visat att en symtomförbättring inom de första två till fyra veckorna är starkt relaterat till ett slutligt bra behandlingsutfall (Crits-Christoph m.fl., 2001; Penava, Otto, Maki & Pollack, 1998). Stewart m.fl. (2005) undersökte hur personer med OCD svarade på IRT och såg att gruppen med en behandlingstid på upp till tre månader uppnådde en klinisk signifikant förbättring på Y-BOCS, medan gruppen som hade en längre behandlingstid inte fick en sådan förbättring. En tidigt uppnådd symtomreduktion på Y-BOCS predicerade alltså bättre behandlingsresultat i en IRT-kontext. Även de Haan m.fl. (1997)

har funnit att tidig förändring i behandling gällande IRT kan ses som en prediktor för ett bra behandlingsutfall.

1.7 OCD-Centret

OCD-Centret är ett *Hem för Vård eller Boende* (HVB-hem) i Uppsala som bedriver dygnetruntvård och behandling för individer med OCD samt andra närbesläktade ångeststörningar såsom dysmorfofobi och hälsoångest. Målgruppen är kvinnor och män över 18 år från hela landet. OCD-Centret har åtta platser, där sex av dessa är heltidsplatser och två av dem är "utslussningsplatser" där personerna förbereds för att återvända till sin vanliga miljö. Behandling sker huvudsakligen dagtid men även på kvällar och helger. KBT med inriktningen ERP är den centrala behandlingsformen på OCD-Centret (mer om behandlingen på OCD-Centret beskrivs under rubriken *intervention* nedan). Då många av personerna även står på någon form av psykofarmaka finns också en psykiatriker anställd inom verksamheten.

1.8 Problemformulering

Det finns mycket forskning som stödjer att ERP är behandlingen att rekommendera till personer med OCD. Mycket av denna forskning är dock gjord i ett sammanhang som inte är lik den miljö som dessa personer lever sina liv i. Med andra ord behövs det mer forskning kring hur OCD kan behandlas i mer "hemlika" sammanhang, det vill säga en klinisk kontext såsom IRT-behandling eller som på OCD-Centret. Precis som Franklin och Foa (2011) påpekar så skulle detta öka den externa validiteten på hela forskningsområdet. Denna uppsats ämnar utvärdera behandlingen på OCD-Centret och därmed bidra med kunskap kring hur ERP-behandling av OCD fungerar i kliniska kontexter.

Det behövs också mer forskning kring vilka faktorer som påverkar hur väl en ERP-behandling faller ut. Alltså vilka egenskaper hos olika personer med OCD som predicerar ett bra utfall i ERP-behandling, eller vilka andra omständigheter som skulle kunna medföra ett bättre behandlingsresultat. Tidigare forskning har pekat på att symtomdimension, samsjuklighet, grad av tvångsproblematik, förekomst av depressionsproblematik samt en tidig symtomreducering i tvångssymtom alla påverkar eller predicerar behandlingsutfall. Därför är det viktigt att utvärdera

om detta även gäller för kliniska kontexter såsom OCD-Centret samt i vilken grad de predicerar behandlingsresultat i detta sammanhang.

1.9 Syfte

Utifrån det rådande forskningsläget där man efterfrågar mer kunskap om OCD-behandling i en klinisk kontext så syftar denna uppsats till att bidra med vidare kunskap till området. Dels är syftet med denna uppsats att undersöka vad en ERP-baserad behandlingsmetod ger för förändring vad gäller tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livskvalitet i en klinisk kontext. Dels syftar uppsatsen också till att undersöka om olika personegenskaper och en tidig symtomreducering i tvångssymtom predicerar förändring av de olika symtomen.

1.9.1 Frågeställningar

- 1) Hur förändras personernas rapporterade tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse utmed tiden i ERP-behandling?
- 2) Prediceras förändringen i tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse av kön, ålder, symtomdimension av tvångsproblematik, grad av tvångsproblematik, förekomst av samsjuklighet och depressionsproblematik?
- 3) Prediceras slutgiltiga förändringen i tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse av en tidig symtomreducering i tvångssymtom?

2. Metod

2.1 Design

Denna uppsats är en longitudinell utvärdering med en klinisk engruppsdesign. Upprepade mätningar på skattningsskalorna för tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse används för att utvärdera ERP-behandlingen vid olika tidpunkter och således besvara frågeställning 1. Vad gäller frågeställning 2 och 3 så kan studiedeltagarnas egenskaper (ålder, kön, typ av tvångsproblematik, grad av tvångsproblematik, förekomst av samsjuklighet och depressionsproblematik) och en tidig symtomreducering i tvångssymtom ses som prediktorvariabler. För att besvara frågeställning 1 gällande upprepade mättillfällen så har en deskriptiv redogörelse av medelvärden, frekvens och standardavvikelse använts.

2.2 Deltagare

Deltagarna är de personer som genomgått behandling på OCD-Centret sedan starten 2004 till och med februari 2012. Dessa personer, som hädanefter kommer att benämnas ”deltagare”, har kommit till OCD-Centret via en landstingsremiss och/eller ett placeringsbeslut enligt socialtjänstlagen. Innan det beslutats om placering har de också genomgått ett bedömningssamtal för att ansvarig psykoterapeut och terapeut ska kunna bedöma om det finns en aktuell OCD-problematik samt om en placering är lämplig. Placeringen på OCD-Centret är frivillig. I ERP-behandlingen har deltagarna vid olika tidpunkter fyllt i en uppsättning skattningsskalor (se rubriken *instrument*). Av de totalt 70 inskrivna deltagare vid OCD-Centret som fyllt i skattningsskalor så uppfyller 63 inklusionsskravet för denna uppsats. Detta krav var att deltagarna skulle ha fyllt i minst en skattningsskala fullständigt vid två tillfällen eller mer. Alltså exkluderades 7 deltagare utifrån detta krav. Av de 63 inkluderade deltagarna var 33 stycken (52%) kvinnor och 30 stycken (48%) män. Åldern (vid placeringsstart) för de deltagare som inkluderats i uppsatsen varierar mellan 17 och 60 år ($M = 29$, $SD = 8$). De flesta har också en hög initial poäng på Y-BOCS vid inskrivning ($M = 29$). Deltagarnas könsfördelning, ålder och samsjuklighet visas i tabell 1.

Genomgång av journaler för samtliga 63 deltagare visar att: 21 personer (33%) inte har någon samsjuklighet, 27 personer (43%) har någon form av förstämningssyndrom (t.ex. depression eller bipolära syndrom), 14 personer (22%) har någon OCSD, att 8 personer (13%) har någon form av ångeststörning (t.ex. social fobi, paniksyndrom, posttraumatiskt stressyndrom eller GAD), 7 personer (11%) har en personlighetsstörning samt att 8 personer (13%) har “övrig” samsjuklighet såsom Asperger syndrom, uppmärksamhetsstörning/hyperaktivitet, inlärningsstörning, känslig tarm (IBS; *Irritable Bowel Syndrome*) eller psykotiska syndrom. Tabell 1 visar könsfördelning, ålder och samsjuklighet för deltagarna. Journalgenomgången visade också att de flesta deltagarna hade en historia av tidigare psykologiska behandlingar samt att de flesta också stod under någon form av medicinering (psykofarmaka) vid inskrivningen och fortsatte ta medicin under hela behandlingsperioden på OCD-Centret.

Alla deltagare i denna uppsats har gått med på att fylla i skattningsskalorna efter att informerat samtycke hämtats, och de är medvetna om att data sedan sammanställs i utvärderingssyfte. Alla deltagare är anonyma och all data är avidentifierad. Författarna till denna uppsats är båda anställda vid OCD-Centret och får därmed tillgång till all patientdata.

Tabell 1. *Deltagarnas könsfördelning, ålder och samsjuklighet (N = 63).*

Variabel	Antal deltagare (%)
Kön	
Kvinnor	33 (52)
Män	30 (48)
Ålder	
Medel (SD)	29 (8)
Min-Max	17-60
Samsjuklighet	
Ingen	21 (33)
Förstämningssyndrom	27 (43)
Ångeststörning	8 (13)
Personlighetsstörning	7 (11)
OCSD	14 (22)
Övrig	8 (13)

2.3 Material

2.3.1 Instrument

2.3.1.1 Yale-Brown Obsessive Compulsive Inventory Scale (Y-BOCS-S): Primärt utfallsmått

Y-BOCS är den mest använda skattningsskalan (så kallad "golden standard") inom forskningen kring tvångssyndrom och används för att bedöma förekomst och svårighetsgrad vad gäller tvångstankar och tvångshandlingar enligt Goodman m.fl. (1989a), vilket bekräftas av bland annat Abramowitz m.fl. (2009). Av denna anledning kommer Y-BOCS i denna uppsats att vara det primära utfallsmåttet. Skalan innehåller de två underskalorna *tvångshandlingar* och *tvångstankar* om totalt tio frågor, där varje fråga ger mellan 0 poäng (inga symtom) till 4 poäng (extrema symtom). Maxpoängen för Y-BOCS är alltså 40 poäng. Den totala Y-BOCS-poängen ska enligt Steketee (1999) tolkas enligt följande kategorisering: 0-7 poäng motsvarar "subklinisk nivå" av OCD, 8-15 poäng motsvarar "lindriga symtom", 16-23 poäng motsvarar "måttliga symtom", 24-31 poäng motsvarar "svåra symtom" samt 32-40 poäng motsvarar "extremt svåra symtom". Frågorna i Y-BOCS tar upp aspekter såsom personens förmåga att stå emot tvångssymtomen och hur mycket de påverkar den allmänna funktionsnivån. Y-BOCS innehåller också en relativt omfattande symtomchecklista över vanligt förekommande tvångstankar och tvångshandlingar, vilket ger bra information om flera aspekter av OCD t.ex. olika symtomdimensioner. Dessutom finns det tilläggsfrågor (utanför de 10 frågor som utför poängen på Y-BOCS) som ger ytterligare information om hur personen uppfattar rimligheten i symtomen och hur mycket undvikande som finns med i bilden (Steketee, Frost & Bogart, 1996). Det finns två versioner av Y-BOCS där den klinikeradministrerade benämns "Y-BOCS" och självskattningsversionen benämns "Y-BOCS-S". Det är självskattningsversionen Y-BOCS-S som används i denna uppsats. Goodman m.fl. (1989a) fann att Y-BOCS har en utmärkt interbedömarreliabilitet (.98) samt en mycket god intern konsistens (.89), mätt med Cronbachs alfa. Kim, Dysken och Kuskowski (1990) har undersökt test-retest-reliabiliteten för Y-BOCS och fann att den var utmärkt (.90). I en annan artikel av Goodman m.fl. (1989b) undersökte man validiteten för Y-BOCS och fann att den var konvergent med två utav tre andra skattningsskalor för att mäta OCD, vilket tyder på en god begreppsvaliditet. Steketee m.fl. (1996) har senare utvärderat Y-BOCS-S och funnit liknande goda resultat för både reliabilitet och validitet, t.ex. fann man en utmärkt test-retest-reliabilitet (.88) samt att den har en god kriterievaliditet och var känsligt för att finna personer med OCD.

2.3.1.2 *Compulsive Activity Checklist - Revised (CAC-R)*

CAC-R används för att få en bild av tvångsproblematiken, men ska inte användas som ensamt mätinstrument i en bedömning av OCD eller för att ställa diagnos. Poängförändringar i CAC-R ska alltså tolkas med försiktighet om det inte finns något annat instrument. CAC-R består av 28 frågor som kan ge mellan 0 till 3 poäng, vilket ger en maximal totalpoäng på 84. Högre poäng tyder på mer tvångsproblem. Ofta är det totalpoängen som anges för CAC-R, men denna poäng kan också delas in på två delskalor. CAC-R mäter nämligen två symtomdimensioner av OCD: *smitta* och *skada*. CAC-R har goda psykometriska egenskaper med en god test-retest-reliabilitet (.74) enligt Freund, Steketee och Foa (1987) samt en mycket bra intern konsistens (Cronbachs alfa .95; Steketee & Freund, 1993).

2.3.1.3 *Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S)*

MADRS-S används i klinisk bedömning för att diagnostisera depression och mäta depressionssymtom. Den anses vara känslig för förändringar i grad av depression och kan därför användas för att utvärdera behandling. MADRS-S innefattar nio stycken frågor som kan ge 0 till 6 poäng var, vilket ger den maximala poängen 54. En högre poäng innebär mer depressionssymtom. Frågorna besvaras utifrån hur det varit de tre senaste dygnet och tar upp områden såsom sömn, koncentrationsförmåga och sinnestämning. Hur totalpoängen på MADRS-S ska tolkas råder det olika uppfattningar om, men enligt Svanborg och Åsberg (1994) så finns det fyra kategorier där 0-6 poäng motsvarar "ingen depression", 7-19 poäng "mild depression", 20-34 poäng "medelsvår depression" och 35-54 poäng "svår depression". Skalan finns i två versioner där den klinikeradministrerade benämns "MADRS" och självskattningsversionen benämns "MADRS-S". Det är självskattningsversionen MADRS-S som används i denna studie. MADRS-S har en god reliabilitet (test-retest-reliabilitet mellan .80 till .94 och Cronbachs alfa mellan .82 till .90) enligt Svanborg och Åsberg (1994). Detta bekräftar också av Fantino och Moore (2009), som presenterar liknande siffror. Det föreligger en god samstämmighet mellan de två versionerna av MADRS (.80-.94) enligt Snaith, Harrop och Newby (1986). Svanborg och Åsberg (2001) har också undersökt samstämmigheten mellan MADRS-S och en annan mycket använd skattningsskala för depression, nämligen *Beck Depression Inventory (BDI)*, och fann god samstämmighet (.87). Detta tyder sammantaget på att MADRS-S har en bra begreppsvaliditet eftersom det uppvisar hög konvergens med andra instrument (MADRS och BDI) som avser att mäta depressionsgrad.

2.3.1.4 Beck Anxiety Inventory (BAI)

BAI är en av världens mest använda skattningsskalor och används för att mäta ångestsymtom hos olika patientgrupper. BAI är uppbyggd av 21 frågor som kan ge mellan 0 till 3 poäng beroende på hur ofta (“aldrig”, “ibland”, “ofta” eller “nästan hela tiden”) man har ett specifikt symtom. Maxpoängen på BAI är således 63 poäng, där en högre poäng tyder på mer ångestsymtom. Skalan har god diskriminativ validitet enligt Beck, Epstein, Brown och Steer (1988) då den är bra på att skilja mellan ångestsymtom och depressionssymtom; i detta fall jämfördes BAI mot BDI. BAI är således ett känsligt instrument för kroppsliga symtom på ångest, vilket bekräftas av Chapman, Williams, Mast och Woodruff-Borden (2009). Beck m.fl. (1988) har också visat att BAI har en god reliabilitet med en test-retest-reliabilitet på .75 och en intern konsistens (Cronbachs alfa) på .92. Fydrich, Dowdall och Chambless (1992) visar på liknande resultat, där bland annat Cronbachs alfa var .94.

2.3.1.5 Quality Of Life Inventory (QOLI)

QOLI är en skattningsskala för bedömning av subjektiv livstillfredsställelse inom 16 olika områden. Skalan baseras på en teori om att det finns en global livstillfredsställelse som är summan av tillfredsställelsen inom olika livsområden (Frisch, Cornell, Villanueva & Retzlaff, 1992). QOLI består av 16 frågepar (alltså totalt 32 frågor) där man i första frågan anger hur *viktigt* ett område är och i andra frågan hur *tillfredställd* man är med just detta område. De 16 frågeparen/livsområdena handlar exempelvis om hälsa, arbete, kärlek och fritid. För varje område anges en kort definition av t.ex. “hälsa”. Poängräkningen utgår från att man på en skala mellan 0 till 2 anger hur *viktigt* området är och sedan på en skala mellan -3 och 3 anger hur *tillfredställd* man är med det aktuella området. Poängen för varje livsområde består sedan av produkten av de två frågeparen, och de områden som får 0 i *viktighet* tas alltså inte med i vidare beräkning. Slutpoängen för QOLI fås via att addera de olika produkterna och sedan dividera detta med de antal livsområden som är med i beräkningen. Detta innebär att slutpoängen på QOLI kan variera mellan -6 och +6, där ett högt positivt värde innebär en hög livstillfredsställelse och tvärtom med negativa värden. QOLI har mycket bra psykometriska egenskaper med hög intern konsistens (Cronbachs alfa .77-.89), god test-retest-reliabilitet (.80-.91) samt god begreppsvaliditet eftersom det uppvisar hög konvergens med 7 andra skattningsskalor som mäter subjektiv välmående, enligt Frisch m.fl. (1992). Carlbring m.fl.

(2007) har visat på liknande siffror vad gäller reliabiliteten för QOLI, där Cronbachs alfa var .81 och test-retest-reliabilitet var .92.

2.3.2 Intervention

Grunden i all behandling på OCD-Centret är ERP. Intensiteten i denna behandling är hög då ERP utförs dagligen. Förutom ERP så innehåller även behandlingen på OCD-Centret andra interventioner och aktiviteter (exempelvis gemensamma utflykter). Behandlingen kan generellt beskrivas enligt följande faser:

2.3.2.1 Fas ett - Bedömningsfasen

Rutinerna på OCD-Centret går igenom för deltagaren, vilket handlar om allt från vilka tider som gäller för måltider, när olika möten hålls under veckan, vad deltagaren förväntas hjälpa till med i hushållet och vilka regler som gäller i övrigt. Tillsammans med terapeuten görs en beteendeanalys och en ångesthierarki kring den aktuella tvångsproblematiken. Registrering av tvångshandlingar, tvångstankar och ibland allmän daglig livsföring (ADL) görs av deltagaren. Personalen på OCD-Centret gör också observationer av deltagarens tvångshandlingar. Mål för behandlingen ställs upp för alla behandlingsfaser; både övergripande mål och mer närliggande beteendemål. Psykoedukation kring OCD via samtal, video och böcker förmedlas till deltagaren, bland annat kunskap om vanliga tankemönster gällande ansvar, risk och kontroll. Rational för ERP och kunskap om KBT ges också. Skattningsskalor fylls i av deltagaren (förmätningen). Meningsfulla aktiviteter såsom fysisk träning eller socialt umgänge planeras in. Eventuellt så genomför deltagaren provexponering, beteendexperiment eller beteendetest i denna fas. Kontakt mellan terapeut och anhöriga tas också för att klargöra de anhörigas roll i behandlingen, till exempel ska anhöriga inte ge deltagaren lugnande försäkringar under behandlingen och därmed bryta mot RP. Slutligen så ställs hålltider för vistelsen på OCD-Centret upp och en behandlingsöverenskommelse mellan terapeut och deltagare görs.

2.3.2.2 Fas två - ERP med personalstöd

I denna andra behandlingsfas så genomförs ERP huvudsakligen av deltagaren tillsammans med personal från OCD-Centret. En del ERP genomför deltagaren på egen hand enligt muntliga eller skriftliga instruktioner av terapeuten. Daglig ERP i naturlig miljö är alltså basen i behandlingen i denna fas. Andra behandlingsinterventioner såsom social färdighetsträning, imaginär exponering

(exponering i fantasin), medveten närvaro och ADL kombineras med ERP vid behov. Deltagaren ska på egen hand också genomföra meningsfulla aktiviteter och tillsammans med terapeuten planera för framtiden, med andra ord planera till exempel sysselsättning, socialt umgänge och andra fritidsaktiviteter framöver. Revidering av mål och beteendeanalys sker också i denna fas. Det är viktigt att deltagaren övar sina målbeteenden dagligen. En tidsplan för ERP med personal och sedan ERP mer på egen hand görs med terapeuten. Skattningsskalor fylls i av deltagaren.

2.3.2.3 Fas tre - ERP på egen hand och i hemmiljö

En del ERP kan utföras med personalstöd, men huvudsakligen sker EX och RP på egen hand för deltagaren via exempelvis skriftliga instruktioner. På egen hand ska också deltagaren genomföra meningsfulla aktiviteter och ERP flyttas successivt över till deltagarens hemmiljö. Detta via en tidsplan för behandlingen, som görs av terapeut och deltagare tillsammans, där ERP planeras för att utföras egen hand och på hemorten. Den konkreta planeringen för framtiden fortsätter alltså och förhoppningen är att deltagaren nu genomför relevanta EX i kombination med total RP samt har stöd från ett aktivt socialt nätverk i detta. Skattningsskalor fylls i av deltagaren. Revidering av mål och beteendeanalys genomförs också innan övergång till nästa fas. Arbetet med återfallsprevention kan påbörjas, det vill säga att terapeut tillsammans med deltagaren gör ett vidmakthållandeprogram som bland annat innehåller hur deltagaren ska hantera svåra situationer och vilka beteendestrategier som är att föredra då. Detta arbete fortsätter i nästa fas.

2.3.2.4 Fas fyra - Avslutning och återfallsprevention

Arbetet med återfallsprevention fortsätter eller påbörjas. I detta vidmakthållandeprogram är det viktigt att det finns en noggrann analys av olika risksituationer och en skriftlig återfallsplan med konkreta förslag hur deltagaren ska bete sig i dessa situationer. ERP-behandlingen fortsätter nu för deltagaren på egen hand och i hemmiljö med ett minimalt stöd från personalen på OCD-Centret. Utslussning kan ske i denna fas, vilket innebär att deltagaren till 50% eller 25% bor på OCD-Centret och övrig tid bor på hemorten för att fortsätta öva där. Eventuellt tas poliklinisk vårdkontakt upp på hemorten. Under denna tid på OCD-Centret finns det utslussningslägenheter där deltagaren kan bo och öva ERP och ADL självständigt. Deltagaren får alltså ett ökat eget ansvar för behandlingen i denna sista behandlingsfas. Skattningsskalor fylls i av deltagaren (eftermätningen). Slutligen planeras en behandlingsuppföljning in efter cirka tre och sex

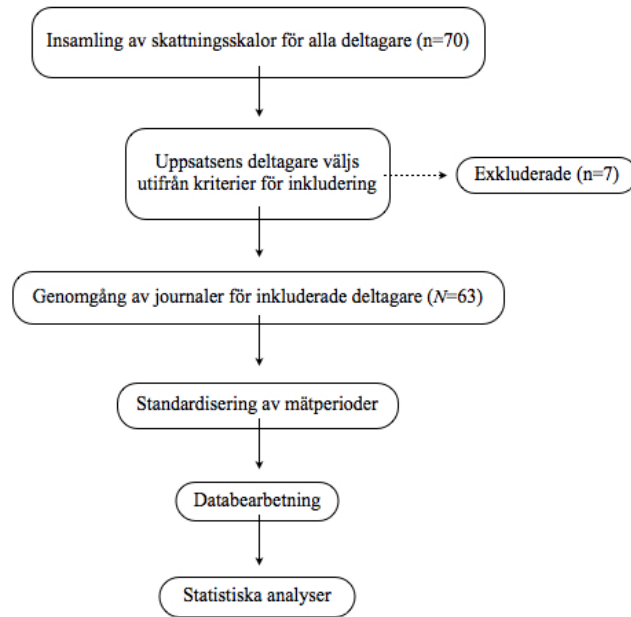
månader. Detta sker ofta via en telefonkontakt som terapeuten schemalägger tillsammans med deltagaren.

2.3.2.5 Övriga kännetecken för behandlingen och verksamheten som inte sorteras under faser

Andra kännetecken för behandlingen och verksamheten på OCD-Centret är bland annat att: den som är ansvarig för behandlingen på OCD-Centret sedan starten 2004 är en erfaren psykoterapeut inom OCD-fältet. Alla terapeuter är legitimerade psykologer med inriktning KBT, har grundläggande psykoterapeutisk utbildning i KBT eller annan liknande utbildning. Alla deltagare bor på OCD-Centret (under större delen av behandlingen), äter gemensamma måltider och delar hygienutrymmen. Deltagaren har regelbunden kontakt med OCD-Centrets psykiater. Gruppbehandling kring olika OCD-teman förekommer ibland. Det hålls också så kallade *nätverksmöten* för deltagaren (cirka var tredje månad under vistelsen), där uppdragsgivare, familjenätverk, personal från OCD-Centret och eventuellt en övertagande vårdkontakt deltar. Detta i syfte att beskriva hur vistelsen hitintills fungerat; vilka framsteg som gjorts, vad som varit svår och hur behandlingen ska gå vidare. Men också för att konsultera familjenätverket och övertagande vårdkontakt kring framtida behandlingsinterventioner och förhållningssätt som det föreslås i vidmakthållandeprogrammet. Med andra ord så klargörs i samband med detta rollen för anhöriga och framtida vårdkontakt i deltagarens tvångsproblematik.

2.4 Procedur

Alla deltagare på OCD-Centret fyller i skattningsskalor gällande tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse som en del av behandlingen. Rådata från dessa skattningsskalor samlas in av terapeuterna och överförs till behandlingshemmets databas. I denna uppsats har författarna gått igenom samtliga patientjournaler och skattningsskalor för personerna som varit på OCD-Centret. Dessa data har sedan strukturerats i ett kalkyleringsprogram. I figur 1 illustreras procedur och datainsamling för denna uppsats.



Figur 1. Grafisk översikt av datainsamling och procedur för denna uppsats.

2.4.1 Databearbetning

Databasen för skattningsskalor och samtliga patientjournaler på OCD-Centret har granskats. Det har också undersökts vid hur många mättillfällen deltagarna har fyllt i skattningsskalor samt hur många dagar i genomsnitt det är mellan de olika mättillfällena. Genomgången av skattningsskalorna visade att tidpunkten för ifyllnad av skattningsskalorna varierade mycket mellan olika deltagare, vilket gjorde det svårt att jämföra deltagarnas förändring på skattningsskalorna utefter tiden i behandlingen. Av denna anledning har mättillfällena i denna uppsats standardiserats i fyra olika mätperioder (denna standardisering beskrivs under rubriken *standardisering till mätperioder* nedan). Ifyllnaden av skattningsskalor faller inom ramen för själva behandlingstiden vid behandlingsstart och vid avslut, så med andra ord görs inga mätningar före behandlingens start eller som uppföljning efter behandlingens avslut. De deltagare som fullständigt fyllt i minst en skattningsskala vid två tillfällen eller mer på har inkluderats i denna uppsats. Resonemanget bakom detta är att data ska gå att jämföra mellan minst två mättillfällen för att det ska vara relevant.

Patientjournalerna hade lite olika innehåll men oftast fanns där utlåtande från bedömningsamtal med psykiater och behandlingsansvarig psykoterapeut, tidigare läkarjournal,

läkarintyg, intyg från bedömningsamtal, utlåtande från ansvarig terapeut samt tillhörande behandlingsjournal från tiden på OCD-Centret. Det har i de flesta fall varit tydligt vilken symtomdimension av OCD som deltagarna tillhört då kategoriseringen har gjorts utifrån den uppdelning som presenteras av Abramowitz (2006) och Abramowitz m.fl. (2010). Detta innebär att man kategoriserar utifrån det område som hos personen ger upphov till ångest, det vill säga själva tvångstanken. Då data i vissa fall saknats har den terapeut som haft personen i fråga rådfrågats för att hämta in aktuell information, till exempel om vilken symtomdimension som en deltagare primärt tillhört.

2.4.1.1 Standardisering till mätperioder

För att kunna använda "tid" i behandling som variabel har tiden mellan olika mättillfällen standardiserats till fyra mätperioder. Detta enligt en procedur där medianen har beräknats för varje mättillfälle för alla deltagare relativt tiden till startpunkten (alltså tid efter inskrivning på OCD-Centret). Mediantiden till första mätningen (efter startmätningen) var 71 dagar, till andra mätningen 141 dagar, till tredje mätningen 238 och slutligen 307 dagar till fjärde mätningen. För att separera mättillfällena till de fyra mätperioderna så har dessa medianer används till att skapa fyra tidsintervall, där det värde som ligger mitt emellan mättillfällenas medianer fungerar som en "avskiljare". Data för skattningsskalorna har därmed standardiserats och fördelats i fyra perioder utefter medianen på de fyra mättillfällena. Tidsstandardiseringen innebar att den första perioden efter startmätningen, som kallas "period två", sträcker sig mellan 0 till 106.5 dagar. Efter detta sträcker sig "period tre" (106.5-189.5 dagar), "period fyra" (189.5-272.5 dagar) samt "period fem" (272.5-390 dagar). Om två mättillfällen för en deltagare hamnar inom en och samma period efter standardisering så behålls det mätvärde som ligger närmast medianen.

Då det saknats data från deltagare på olika skattningsskalor och olika mättillfällen har metoden *last observation carried forward* (LOCF) använts. Emellertid har två versioner av data för skattningsskalorna sammanställts, en version med ursprunglig data och en version med LOCF, för att kunna jämföra uträkningarna. Om datauppsättningen som framställts via LOCF innehåller för många framflyttade värden relativt antalet originalvärden, så kommer inte LOCF-metoden att användas. Istället används då endast originalvärdena. Vad gäller för- och eftermätningar har originalmätningarna använts så att en "äkta" för- och eftermätning blir möjlig.

I mätningen vid "start" återfanns alla 63 deltagare. Efter tidsstandardiseringen fanns det 59 deltagare i den första perioden efter startmätningen som kallas "period två". Det fanns sedan 36

deltagare i “period tre”, 21 deltagare i “period fyra” samt 7 deltagare i “period fem”. Efter denna standardisering så gjordes av uppsatsförfattarna en överblick av samtliga data. Det var då märkbart att för mycket av data de senare mätperioderna hade flyttats fram via LOCF. Med andra ord blev data alltför bearbetad, eller icke-representativ för hur det faktiskt såg ut verkligheten, för att kunna användas. För många luckor hade fyllts i via LOCF så att de bearbetade siffrorna i princip översteg faktisk rådata. Detta skapade en större undersökningsgrupp av deltagare än vad som egentligen fanns tillgängligt, vilket skulle kunna äventyra de slutsatser som kan dras i denna uppsats. Den totala bedömningen blev att inte var någon poäng att använda och analysera variabeln “tid” i den tänkta bemärkelsen. Därmed uteslöts metoden att undersöka de standardiserade mätperioderna i de statistiska analyserna. Dock gjordes en deskriptiv bearbetning för att redovisa medelvärden vid de olika standardiserade mätperioderna och för att ge en överblick över datadistributionen. Denna bearbetning redovisas i resultatavsnittet (se figur 4 och 5 nedan).

Då mätperioderna inte kunde användas för analys i den tänkta bemärkelsen så har en *kovariansanalys* använts. Detta för att undersöka om placeringslängden hade någon avgörande betydelse för behandlingsutfallet på det primära utfallsmåttet (Y-BOCS-S). Det fanns en signifikant huvudeffekt för utfall mellan start och avslut ($F(1, 59) = 11.24, p < .001$). När placeringslängd lades in som kovariat så påverkade detta inte effekten för behandlingsutfallet mellan start och avslut ($F(1, 59) = 1.10, p = .298$). Detta tyder på att placeringslängden i sig inte hade någon avgörande betydelse för utfallet på Y-BOCS-S.

2.4.2 Operationalisering

2.4.2.1 Kön och ålder

För variabeln “kön” har data samlats in från patientjournaler och överförts till ett kalkyleringsprogram. Detsamma gäller variabeln “ålder” som har delats upp i de två kategorierna “yngre” och “äldre” för att underlätta analys, där kategorin “yngre” innehåller deltagare i åldrarna 17 till 29 år medan kategorin “äldre” innehåller deltagare i åldrarna 30-60 år. Denna uppdelning gjordes också utifrån att få någorlunda likstora grupper.

2.4.2.2 Symtomdimension av OCD

Gällande variabeln “symtomdimension av OCD” så utgår detta från den redan nämnda indelningen av OCD i fyra stycken dimensioner (*smitta, skada, ofullständighet* och *oacceptabla*

tankar) enligt Abramowitz (2006) och Abramowitz m.fl. (2010). Deltagarna kunde i verkligheten ha inslag av flera olika symtomdimensioner, men i samtliga fall gick det att härleda en huvudsaklig dimensionstillhörighet. I några enskilda fall var det svårt att avgöra denna härledning utifrån tillgängligt patientmaterial, men då genomfördes en intervju med den aktuella deltagarens terapeut som fick avgöra tillhörigheten.

2.4.2.3 Grad av OCD

För att mäta variabeln ”grad av OCD” används deltagarnas första skattning på Y-BOCS-S. Där gäller de fem nivåer som beskrivs av Steketee (1999): 0-7 poäng motsvarar subklinisk nivå av OCD, 8-15 poäng motsvarar lindriga symtom, 16-23 poäng motsvarar måttliga symtom, 24-31 poäng motsvarar svåra symtom samt 32-40 poäng motsvarar extremt svåra symtom. På detta sätt har poängen på den första Y-BOCS-S-skattningen delats in i de fem kategorier ”subklinisk”, ”lindrig”, ”måttlig”, ”svår” och ”extremt svår” grad av OCD.

2.4.2.4 Samsjuklighet

För att undersöka variabeln ”samsjuklighet” har samtliga patientjournaler, utlåtanden, bedömningssamtal och andra källor genomletats för att hitta aktuella diagnoser eller andra tecken på en rådande samsjuklighet. Då det inte tydligt framgick om det fanns i samsjuklighet i dessa källor så har ansvarig terapeut rådfrågats och en bedömning fastställts efter detta. Till skillnad från variabeln ”symtomdimension av OCD” kan deltagare ha olika former av samsjuklighet samtidigt. Alla diagnoser och komorbida tillstånd som fanns med i de olika informationskällorna har sedan sammanställts. Utifrån den aktuella förekomsten av olika former av samsjuklighet så bildades sex stycken deskriptiva kategorier: *förstämningssyndrom, ångeststörningar, personlighetsstörningar, OCSD, ”övriga”* samt *ingen samsjuklighet*. Då depression redan undersökts som en egen variabel och de övriga kategorierna hade få deltagare i varje så bestämdes det i slutändan att göra två större kategorier istället, nämligen om deltagaren ”har” samsjuklighet eller ”inte har” någon samsjuklighet till OCD. Dessa två var alltså de slutgiltiga kategorierna.

2.4.2.5 Depression

Variabeln ”depression” har operationaliserats till kategorierna ”har inte depression” och ”har depression”. Detta utifrån en procedur där avskiljningsvärdet för kategorin ”medelsvår depression” (motsvarade 20 poäng) på skattningsskalan MADRS-S har använts. Med andra ord

har gruppen “har inte depression” en poäng mellan 0-19 på MADRS-S (vilket inkluderar de två kategorierna “ingen depression” och “mild depression”) och “har depression” en poäng mellan 20 och 54 (vilket inkluderar de två kategorierna “medelsvår depression” och “svår depression”).

2.4.2.6 Tidig symtomreducering

Denna variabel har utgått ifrån att jämföra de deltagare som nått en klinisk förbättring mellan startmätningen och period två på Y-BOCS-S med de deltagare som inte nått en sådan förbättring. Dessa två grupper jämförs sedan på den totala förändringen i Y-BOCS-S sett över hela behandlingstiden. Med andra ord så jämförs förändring mellan “start” och “period två” mot “start” och “avslut”, där avslut kan ligga i period tre, fyra eller fem. De deltagare (22 stycken; 35%) som endast har fyllt i skattningsskalor vid två tillfällen, och således bara har en för- och eftermätning, har exkluderats från denna kategori. Detta eftersom det i denna grupp inte går att jämföra resultat för “tidig symtomreducering” som är oberoende den totala förändring på Y-BOCS-S, då dessa två resultat skulle vara identiska. En kategorisering har gjorts utifrån att en sänkning med 25% på Y-BOCS-S motsvarar en klinisk signifikant förbättring, vilket är den nivå som förespråkas av Goodman, McDougle, Barr, Aronson och Price (1993). De som har uppnått en klinisk signifikant förbättring har placerats i kategorin “stor” medan de övriga har placerats i kategorin “liten” tidig symtomreducering.

2.5 Statistiska analyser

2.5.1 Analysmetoder

För att analysera skillnader mellan hur deltagarna rapporterade tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livskvalitet utmed tiden i ERP-behandling, det vill säga förändring mellan “start” och “avslut”, så har *beroende t-test* använts.

ANOVA för upprepade mätningar har använts för att undersöka om förändringen i tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livskvalitet prediceras av personernas egenskaper (ålder, kön, typ av tvångsproblematik, grad av tvångsproblematik, förekomst av samsjuklighet och depressionsproblematik) samt av en tidig symtomreducering i tvångssymtom. Med andra ord undersöks interaktionseffekten mellan förändringen i symtom över tid och de olika kategorierna av personens egenskaper eller tidig symtomreducering. Om det saknas data vid

någon mätpunkt så utesluts den deltagaren från analysen i ANOVA (*listwise deletion*; Howitt & Cramer, 2011).

Inom psykologisk forskning finns det ett etablerat gränsvärde för bedömning av statistisk signifikans som ligger på $p < .05$ (Nelson, Rosenthal & Rosnow, 1986). Denna gräns har använts i denna uppsats för att bedöma statistisk signifikans. För resultat där värdet för statistisk signifikans ligger mellan $p < .05$ och $p < .10$ så har detta benämnts som "tendenser", vilket innebär att det inte är ett statistiskt signifikant resultat men ändå intressant inom ramen för uppsatsens syfte då det "nästan" är signifikant. Statistikprogrammet IBM SPSS Statistics 20.0 (SPSS Inc., Chicago, USA) och kalkyleringsprogrammet Microsoft Excel 2010 (Microsoft Corp., Seattle, USA) har använts för att utföra alla beräkningar i denna uppsats.

2.5.2 Effektstorlek

För att beräkna effektstorlekar i denna uppsats användes Cohens d . En effektstorlek på ≥ 0.2 ska betraktas som "liten", ≥ 0.5 som "måttlig" samt ≥ 0.8 som "stor" enligt definierade gränsvärden av Cohen (1988).

2.5.3 Klinisk signifikans

I denna uppsats definierades klinisk signifikant förbättring utifrån en sänkning av poängen i Y-BOCS-S med minst 25%. Denna definition anses vara ett standardmått för att mäta klinisk signifikant förbättring av OCD-symtom enligt Goodman m.fl. (1993). De kallar också denna grupp för "behandlingsrespondenter" (engelska: *treatment responders*); alltså den grupp som tydligt svarar på behandlingen av OCD. Denna gräns för klinisk signifikant förbättring används av flertalet andra studier såsom Boschen och Drummond (2012) och Stewart m.fl. (2005; 2006).

3. Resultat

3.1 Karakteristik för samtliga deltagare

3.1.1 Placeringslängd och ifyllnad av skattningsskalor

Placeringslängd varierade mellan 26 dagar och 390 dagar ($M = 167$, $SD = 89$). Deltagarna hade fyllt i skattningsskalorna från minimala två gånger (det vill säga en före- och eftermätning) till maximala fem gånger. Tjugotvå deltagare (35%) hade fyllt i skattningsskalor två gånger, 14 deltagare (22%) tre gånger, 20 deltagare (32%) fyra gånger samt 7 deltagare (11%) fem gånger. I genomsnitt fyllde deltagarna i skattningsskalorna vid drygt tre tillfällen ($M = 3.2$).

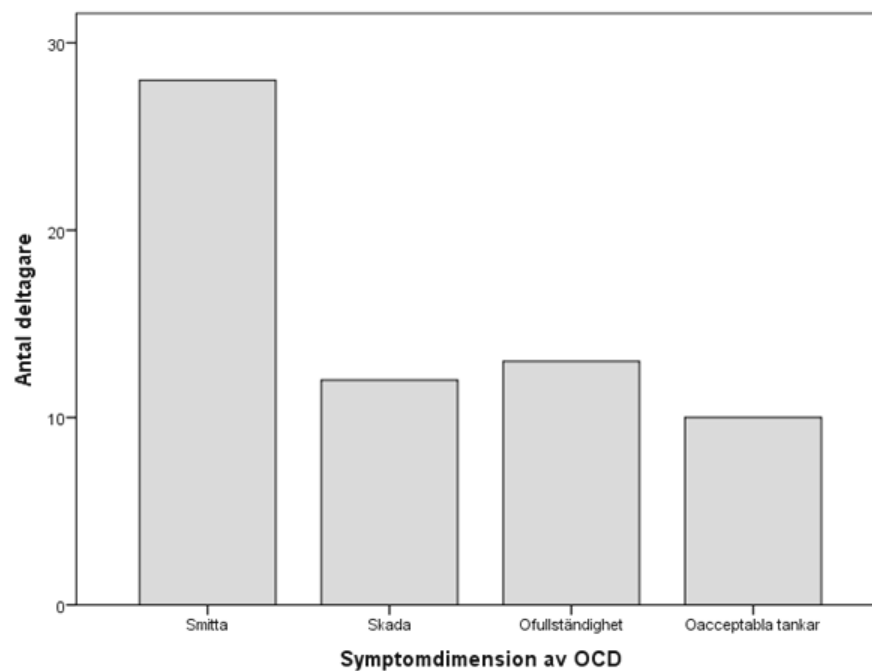
Alla deltagare har inte fyllt i alla skattningsskalor, vilket medför att antalet deltagare som redovisas för olika prediktorvariabler och för varje enskild skattningsskala kommer att variera.

3.1.2 Kön och ålder

Gruppen “yngre” (17-29 år) bestod av 38 stycken (60%) deltagare, medan gruppen “äldre” (30-60 år) bestod av 25 stycken (40%) deltagare.

3.1.3 Symtomdimension av OCD

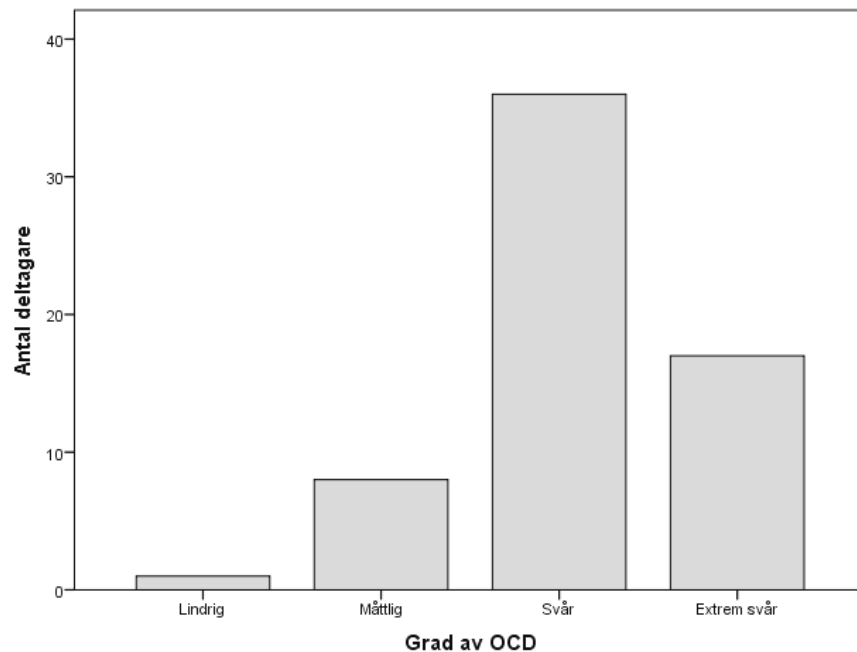
Det fanns 28 deltagare (44%) inom dimensionen *smitta*, 12 deltagare (19%) inom *skada*, 13 deltagare (21%) inom *ofullständighet* samt 10 deltagare (16%) inom dimensionen *oacceptabla tankar*. Detta illustreras i Figur 2. Av samtliga 63 deltagare var det 47 stycken (75%) som hade endast en dimension av OCD, medan 16 stycken (25%) hade två eller fler dimensioner samtidigt. Av dessa 16 deltagare var det i sin tur 15 stycken som hade två dimensioner samt endast en deltagare som hade tre samtida dimensioner av OCD.



Figur 2. Figuren illustrerar hur många deltagare det fanns inom de fyra olika kategorierna (smitta, skada, ofullständighet och oacceptabla tankar) inom “symtomdimension av OCD”.

3.1.4 Grad av OCD

I “extremt svår” återfanns 17 deltagare (27%), ”svår” 36 deltagare (58%) samt i “måttlig” 8 deltagare (13%). Det fanns endast en deltagare (2%) i “lindrig” och ingen deltagare i “subklinisk” grad av OCD. Detta illustreras i Figur 3. I genomsnitt för alla deltagare var “grad av OCD” på en nivå som motsvarar en “svår” grad ($M = 4.1$). Då det endast fanns en deltagare totalt i de två första grupperna (“subklinisk” och “lindrig”) så uteslöts dessa två i vidare analyser för att undersöka om grad av OCD kan predicera utfallet.



Figur 3. Figuren visar hur många deltagare det fanns i de fyra kategorierna för “grad av OCD” (“lindrig”, “måttlig”, “svår” och “extremt svår”). Den femte kategorin “subklinisk” grad av OCD redovisas inte då den inte hade någon deltagare.

3.1.5 Samsjuklighet och depression

Gruppen med “har” samsjuklighet bestod av 42 deltagare (67%), medan gruppen “har inte” samsjuklighet bestod av 21 deltagare (33%).

Kategorin “har depression” bestod av 31 deltagare (62%), medan “har inte depression” bestod av 19 deltagare (38%).

3.1.6 Tidig symtomreducering

I kategorin ”stor” symtomreducering fanns det 14 deltagare (34%) medan 27 deltagare (66%) återfanns i “liten”.

3.2 Frågeställning 1: Hur förändras personernas rapporterade tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse utmed tiden i ERP-behandling?

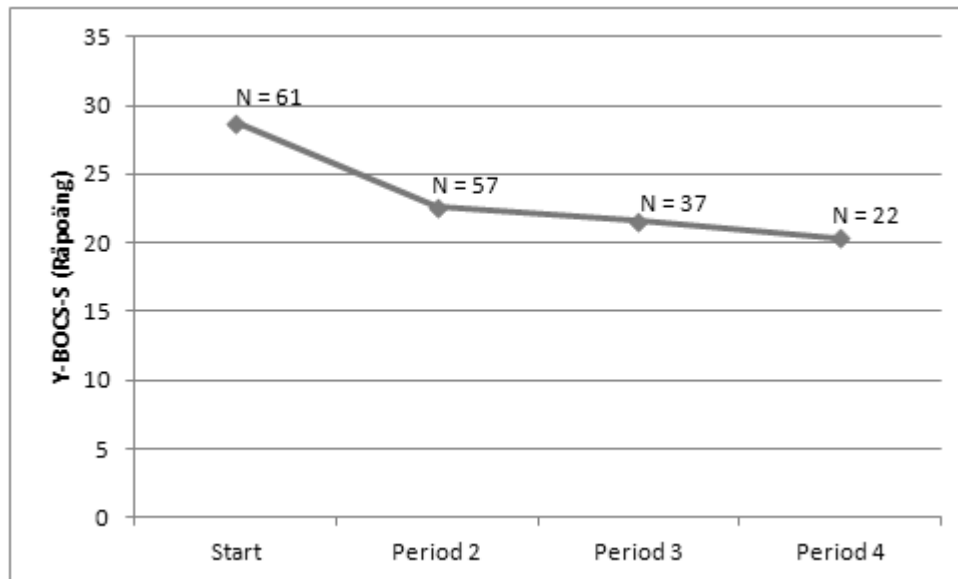
3.2.1 Y-BOCS-S: primärt utfallsmått

Det fanns en signifikant skillnad mellan "start" och "avslut" på Y-BOCS-S ($t(60) = 9.18$, $p < .001$) med en stor effektstorlek ($d = 1.58$). Vid start var medelpoängen på Y-BOCS-S 28.7 poäng ($SD = 5.1$) och vid avslut 18.7 poäng ($SD = 7.3$), vilket för alla deltagare innebär en sänkning med 10.0 poäng (34.8%) i genomsnitt. Detta visas i tabell 2. Det var 61 deltagare som fyllde i Y-BOCS-S och av dessa var det 38 deltagare (62%) som fick en klinisk signifikant förändring, medan 23 deltagare (38%) inte fick detta. Av de 61 deltagarna var det 53 stycken (87%) som fick en sänkning av poängen i Y-BOCS-S mellan start och avslut, medan 8 stycken (13%) av deltagare inte fick detta.

I tabell 2 redovisas resultaten för Y-BOCS-S och de övriga skattningsskalorna avseende förändring från start till avslut. I figur 4 visas resultaten för hur poängen på Y-BOCS-S förändras över de standardiserade mätperioderna för deltagarna. Detta för att ge en överblick av hur tvångssymtom förändras under tiden i behandling även om antalet deltagare varierar vid mätperioderna.

Tabell 2. Resultaten för beroende *t*-test gällande Y-BOCS-S, CAC-R, MADRS-S, BAI och QOLI avseende förändring från start till avslut. Medelvärden (standardavvikelser), förändring i råpoäng, procentuell förändring, *t*-värde, frihetsgrader (*df*), *p*-värde samt effektstorlek (*d*) redovisas.

	Y-BOCS-S	CAC-R	MADRS-S	BAI	QOLI
Medelpoäng Start (<i>SD</i>)	28.7 (5.1)	32.0 (14.9)	22.7 (9.5)	21.4 (10.7)	-0.60 (1.75)
Medelpoäng Avslut (<i>SD</i>)	18.7 (7.3)	17.3 (12.9)	14.6 (9.2)	14.7 (9.8)	0.48 (1.80)
Förändring	-10	-14.7	-8.1	-6.7	+1.08
Förändring (%)	34.8	45.9	35.7	31.3	20
t-värde	9.18	8.50	5.67	5.02	-5.16
df	60	61	49	59	52
p-värde	<.001	<.001	<.001	<.001	<.001
Effektstorlek	1.58	1.06	0.87	0.65	0.60



Figur 4. Medelpoängen på Y-BOCS-S för samtliga deltagare vid startmätningen och de standardiserade mätperioderna två till fyra. Då endast sju deltagare återfanns i period fem så har inte denna period tagits med.

3.2.2 Sekundära utfallsmått

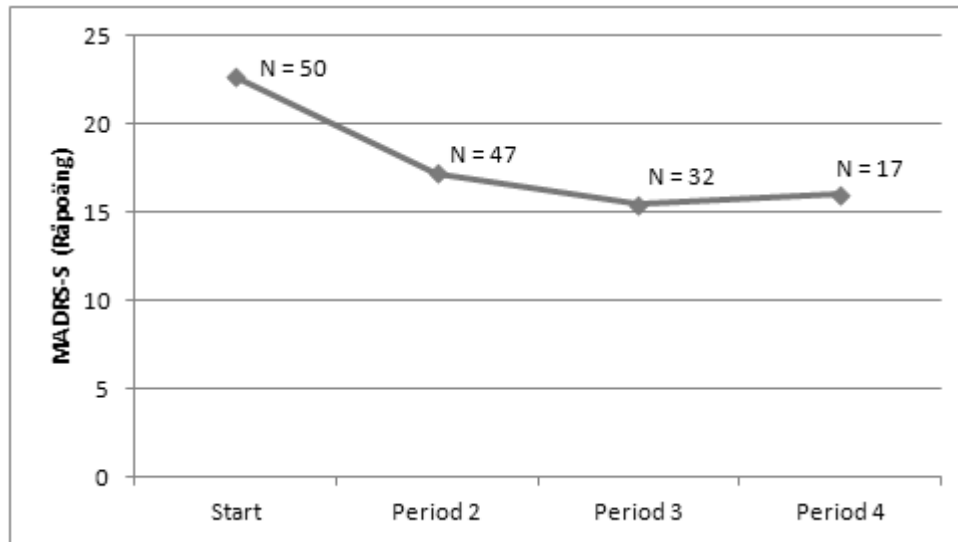
Det fanns en signifikant skillnad mellan “start” och “avslut” på CAC-R ($t(61) = 8.50, p < .001$) med en stor effektstorlek ($d = 1.06$). Vid start var medelpoängen på CAC-R 32.0 poäng ($SD = 14.9$) och vid avslut 17.3 poäng ($SD = 12.9$), vilket för alla deltagare innebär en sänkning med 14.7 poäng (45.9%) i genomsnitt. Resultaten återges i tabell 2. Det var 62 deltagare som fyllde i CAC-R och av dessa var det 55 stycken (89%) som fick en sänkning av poängen i CAC-R mellan start och avslut, medan 7 stycken (11%) av deltagare inte fick detta. Av dessa 7 deltagare var det 4 stycken som fick en ökning på CAC-R medan 3 stycken som inte hade någon förändring mellan “start” och “avslut”.

Även för MADRS-S fanns det en signifikant skillnad mellan “start” och “avslut” ($t(49) = 5.67, p < .001$) med en stor effektstorlek ($d = 0.87$). Vid start var medelpoängen på MADRS-S 22.7 poäng ($SD = 9.5$) och vid avslut 14.6 poäng ($SD = 9.2$), vilket för alla deltagare innebär en sänkning med 8.1 poäng (35.7%) i genomsnitt. Detta visas i tabell 2. Det var 50 deltagare som

fyllde i MADRS-S och av dessa var det 39 stycken (78%) som fick en sänkning av poängen i MADRS-S mellan “start” och “avslut”, medan 11 stycken (22%) av deltagare inte fick detta. Av dessa 11 deltagare var det 9 stycken som fick en ökning på MADRS-S medan 2 stycken som inte hade någon förändring. I figur 5 redovisas resultaten för MADRS-S för de standardiserade mättillfällena. Detta för att ge en överblick av hur depressionssymtom förändras under tiden i behandling även om antalet deltagare varierar vid mätperioderna.

Det fanns en signifikant skillnad mellan “start” och “avslut” på BAI ($t(59) = 5.02$, $p < .001$) med en måttlig effektstorlek ($d = 0.65$). Vid start var medelpoängen på BAI 21.4 poäng ($SD = 10.7$) och vid avslut 14.7 poäng ($SD = 9.8$), vilket för alla deltagare innebär en sänkning med 6.7 poäng (31.3%) i genomsnitt. Detta redogörs för i tabell 2. Det var 60 deltagare som fyllde i BAI och av dessa var det 42 stycken (70%) som fick en sänkning av poängen i BAI, medan 18 stycken (30%) av deltagare inte fick detta. Av dessa 18 deltagare var det 15 stycken som fick en ökning på BAI medan 3 stycken som inte hade någon förändring.

För QOLI fanns det också en signifikant skillnad mellan “start” och “avslut” ($t(52) = -5.16$, $p < .001$) med en måttlig effektstorlek ($d = 0.60$). Vid start var medelpoängen på QOLI -0.60 poäng ($SD = 1.75$) och vid avslut 0.48 poäng ($SD = 1.80$), vilket för alla deltagare innebär en ökning med 1.08 poäng (20%) i genomsnitt. Detta visas i tabell 2. Det var 53 deltagare som fyllde i QOLI och av dessa var det 43 stycken (81%) som fick en ökning av poängen i QOLI, medan 10 stycken (19%) av deltagare inte fick detta. Av dessa 10 deltagare var det 9 stycken som fick en sänkning på QOLI medan en deltagare inte hade någon förändring.

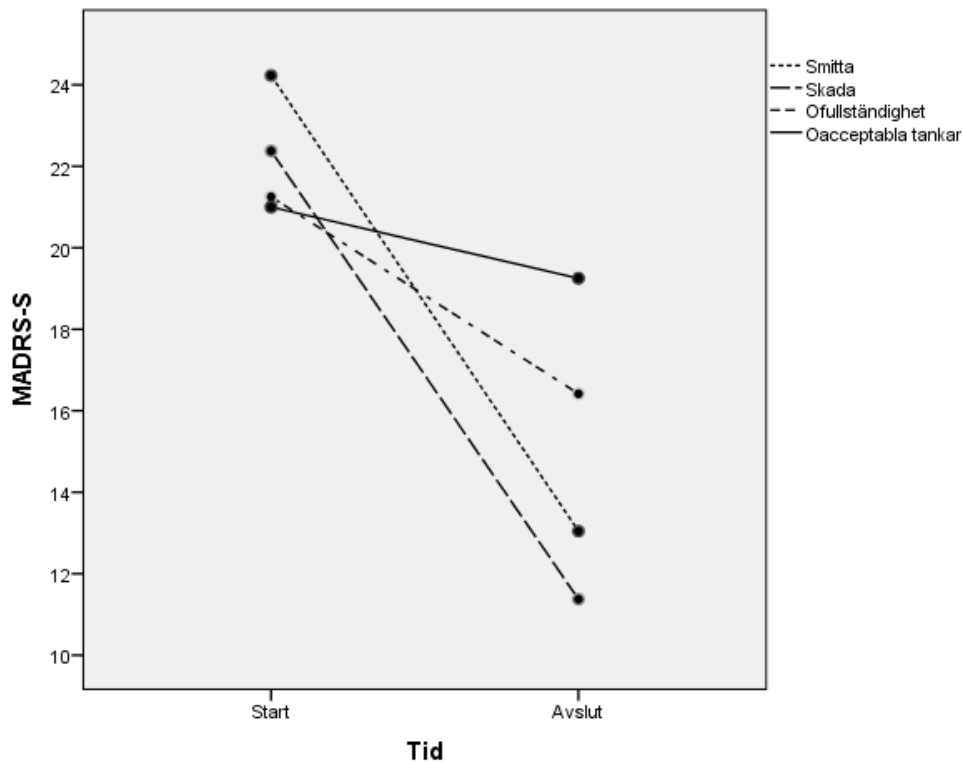


Figur 5. Denna figur illustrerar hur råpoängen på MADRS-S förändras för samtliga deltagare från startmätningen och över de standardiserade mätperioderna två till fyra. Då endast en deltagare återfanns i period fem så har inte denna period tagits med.

3.3 Frågeställning 2: Prediceras förändringen i tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse av kön, ålder, symtomdimension av tvångsproblematik, grad av tvångsproblematik, förekomst av samsjuklighet och depressionsproblematik?

3.3.1 Symtomdimension av OCD

Det fanns ingen signifikant interaktion mellan förändring på det primära utfallsmåttet Y-BOCS-S och "symtomdimension av OCD" (*smitta, skada, ofullständighet* och *oacceptabla tankar*), se tabell 3. Av de sekundära utfallsmåtten var det endast förändring på MADRS-S som visade en tendens till interaktion med symtomdimension av OCD ($F(3, 46) = 2.59, p=.064$). Detta åskådliggörs i figur 6 där *smitta* och *ofullständighet* tenderar att uppvisa en tydligare sänkning av depression i jämförelse med framför allt *oacceptabla tankar*.



Figur 6. Denna figur visar hur poängen på MADRS-S förändras mellan start och avslut för de fyra symtomdimensionerna av OCD (*smitta, skada, ofullständighet* och *oacceptabla tankar*).

3.3.2 Grad av OCD

Det fanns en signifikant interaktionseffekt mellan förändring på det primära utfallsmåttet Y-BOCS-S och variabeln “grad av OCD” ($F(2, 57) = 10.50, p < .001$). Av de fem kategorier av “grad av OCD” så togs tre med i beräkningarna (“måttlig”, “svår” och “extremt svår”). Gruppen med “måttlig” grad av OCD gick från medelpoängen 20.9 ($SD = 1.5$) till 17.8 ($SD = 5.1$), alltså en sänkning med 3.1 poäng (14.8%) för gruppen i genomsnitt. Gruppen med “svår” grad av OCD gick från medelpoängen 27.9 ($SD = 1.9$) till 19.2 ($SD = 7.1$), alltså en sänkning med 8.7 poäng (31.2%) för gruppen i genomsnitt. Gruppen med “extremt svår” grad av OCD gick från medelpoängen 34.9 ($SD = 2.3$) till 18.4 ($SD = 8.9$), alltså en sänkning med 16.5 poäng (47.3%) för gruppen i genomsnitt.

För de sekundära utfallsmåtten var det endast förändringen på CAC-R som hade en signifikant interaktionseffekt med variabeln “grad av OCD” ($F(2, 57) = 4.27, p = .019$). Av de fem kategorier av “grad av OCD” så togs tre med i beräkningarna (“måttlig”, “svår” och “extremt

svår”). Gruppen med “måttlig” grad av OCD gick från medelpoängen 20.1 ($SD = 10.3$) till 9.8 ($SD = 10.6$), alltså en sänkning med 10.3 poäng (51.2%) för gruppen i genomsnitt. Gruppen med “svår” grad av OCD gick från medelpoängen 30.4 ($SD = 12.6$) till 18.3 ($SD = 13.3$), alltså en sänkning med 12.1 poäng (39.8%) för gruppen i genomsnitt. Gruppen med “extremt svår” grad av OCD gick från medelpoängen 41.9 ($SD = 15.0$) till 19.3 ($SD = 13.0$), alltså en sänkning med 22.6 poäng (53.9%) för gruppen i genomsnitt.

I tabell 3 visas resultat för grad av OCD mot Y-BOCS-S, CAC-R, MADRS-S, BAI och QOLI.

3.3.3 Depression

Förändring på det primära utfallsmåttet Y-BOCS-S uppvisade ingen signifikant interaktion med variabeln depression (“har depression” och “har inte depression”), se tabell 3.

Vad gäller de sekundära utfallsmåtten så fanns det en signifikant interaktionseffekt mellan förändring på MADRS-S och variabeln “depression” ($F(1, 48) = 26.53, p < .001$). Gruppen som “har depression” gick från medelpoängen 28.9 ($SD = 5.8$) till 16.1 ($SD = 10.0$), alltså en sänkning med 12.8 poäng (44.3%) för gruppen i genomsnitt. Den andra gruppen “har inte depression” gick från medelpoängen 12.6 ($SD = 4.3$) till 12.2 ($SD = 7.2$), alltså en sänkning med 0.4 poäng (3.2%) för gruppen i genomsnitt.

Det fanns en signifikant interaktionseffekt mellan BAI och “depression” ($F(1, 47) = 6.28, p = .016$). Gruppen som “har depression” gick från medelpoängen 25.6 ($SD = 9.7$) till 15.5 ($SD = 10.1$), alltså en sänkning med 10.1 poäng (39.5%) för gruppen i genomsnitt. Den andra gruppen “har inte depression” gick från medelpoängen 15.7 ($SD = 9.0$) till 12.7 ($SD = 9.4$), alltså en sänkning med 3.0 poäng (19.1%) för gruppen i genomsnitt.

Mellan QOLI och variabeln “depression” fanns också en signifikant interaktionseffekt ($F(1, 48) = 4.61, p = .037$). Gruppen som “har depression” gick från medelpoängen -1.24 ($SD = 1.73$) till 0.17 ($SD = 2.00$), alltså en ökning med 1.41 poäng (30%) för gruppen i genomsnitt. Den andra gruppen “har inte depression” gick från medelpoängen 0.44 ($SD = 1.34$) till 0.92 ($SD = 1.44$), alltså en ökning med 0.48 poäng (7%) för gruppen i genomsnitt.

Inom ramen för att undersöka tendenser till interaktion så fanns det en sådan tendens mellan “depression” och CAC-R ($F(1, 47) = 3.41, p = .071$).

I tabell 3 visas resultat för “depression” mot det primära och de sekundära utfallsmåtten.

Tabell 3. Resultat för Y-BOCS-S, CAC-R, MADRS-S, BAI och QOLI mot symtomdimension, grad av OCD samt depression. F-värde för interaktionseffekter, frihetsgrader (df) samt p-värde (p) redovisas.

	Y-BOCS-S	CAC-R	MADRS-S	BAI	QOLI
Symtomdimension					
<i>F</i>	1.0	.69	2.59	.44	1.9
<i>df</i>	3, 57	3, 58	3, 46	3, 56	3, 49
<i>p</i>	.39	.56	.064	.72	.14
Grad av OCD					
<i>F</i>	10.50	4.27	.78	.78	.34
<i>df</i>	2, 57	2, 57	2, 45	2, 55	2, 48
<i>p</i>	<.001	.019	.48	.47	.71
Depression					
<i>F</i>	.98	3.41	26.53	6.28	4.61
<i>df</i>	1, 47	1, 47	1, 48	1, 47	1, 48
<i>p</i>	.33	.71	<.001	.016	.037

3.3.4 Icke-signifikanta resultat

För övriga variabler (”kön”, ”ålder” och ”samsjuklighet”) fanns ingen signifikant interaktion mellan de olika kategorierna avseende det primära eller de sekundära utfallsmåtten.

3.4 Frågeställning 3: Prediceras slutgiltiga förändringen i tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse av en tidig symtomreducering i tvångssymtom?

Variabeln ”tidig symtomreducering” (”stor” eller ”liten”) uppvisade en signifikant interaktionseffekt med förändring på det primära utfallsmåttet Y-BOCS-S ($F(1, 39) = 26.85$, $p < .001$). Gruppen med ”liten” tidig symtomreducering gick från en medelpoäng på 28.6 ($SD = 4.4$) till 21.6 ($SD = 6.1$), alltså en sänkning på 7 poäng (24.5%) för hela gruppen i genomsnitt. Den andra gruppen med ”stor” tidig symtomreducering gick från en medelpoäng på 30.9 ($SD = 4.8$) till 12.7 ($SD = 5.7$), vilket är en sänkning med 18.2 poäng (58.9%) för hela gruppen i genomsnitt.

För de sekundära utfallsmåtten fanns en signifikant interaktionseffekt mellan “tidig symtomreducering” och förändring i CAC-R ($F(1, 38) = 9.73, p=.003$). Gruppen med “liten” tidig symtomreducering gick från en medelpoäng på 31.9 ($SD = 12.4$) till 20.4 ($SD = 11.8$), alltså en sänkning med 11.5 poäng (36.1%) för hela gruppen i genomsnitt. Den andra gruppen med “stor” tidig symtomreducering gick från en medelpoäng på 37.7 ($SD = 18.1$) till 12.9 ($SD = 13.0$), vilket är en sänkning med 24.8 poäng (65.8%) för hela gruppen i genomsnitt.

Även för MADRS-S fanns det en signifikant interaktionseffekt med “tidig symtomreducering” ($F(1, 32) = 8.20, p=.007$). Gruppen med “liten” tidig symtomreducering gick från en medelpoäng på 21.7 ($SD = 9.3$) till 18.3 ($SD = 8.3$), alltså en sänkning med 3.4 poäng (15.7%) för hela gruppen i genomsnitt. Den andra gruppen med “stor” tidig symtomreducering gick från en medelpoäng på 21.9 ($SD = 7.4$) till 10.4 ($SD = 8.5$), vilket är en sänkning med 11.5 poäng (52.5%) för hela gruppen i genomsnitt.

Vad gäller tendenser till interaktion så fanns det en sådan tendens mellan “tidig symtomreducering” och förändring på BAI ($F(1, 38) = 3.28, p=.078$) samt även mellan “tidig symtomreducering” och QOLI ($F(1, 34) = 3.71, p=.062$).

I tabell 4 visas ”tidig symtomreducering” mot det primära och de sekundära utfallsmåtten.

Tabell 4. Resultat för Y-BOCS-S, CAC-R, MADRS-S, BAI och QOLI mot tidig symtomreducering. F-värde för interaktionseffekter, frihetsgrader (df), p-värde (p) redovisas.

	Y-BOCS-S	CAC-R	MADRS-S	BAI	QOLI
Tidig Symtomreducering					
<i>F</i>	26.8	9.7	8.2	3.3	3.7
<i>df</i>	1, 39	1, 38	1, 32	1, 38	1, 34
<i>p</i>	<.001	.003	.007	.078	.062

4. Diskussion

4.1 Resultatsammanfattning

Det fanns en signifikant skillnad mellan "start" och "avslut" för alla fem skattningsskalorna på en hög signifikansnivå ($p < .001$). Effektstorleken i dessa skillnader varierade mellan "stor" för Y-BOCS-S, CAC-R och MADRS-S samt "måttlig" för BAI och QOLI.

För prediktorvariablerna fanns det tendens till interaktion mellan "symtomdimension av OCD" och förändring av depressionssymtom. Det fanns en signifikant interaktionseffekt mellan "grad av OCD" och båda måtten för tvångssymtom. Detsamma fanns mellan "depression" och depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse och det fanns tendens till sådan interaktion med tvångssymtom (CAC-R).

Vad gäller "tidig symtomreducering" så fanns det en signifikant interaktionseffekt mellan denna prediktorvariabel och de båda måtten för tvångssymtom samt måttet för depressionssymtom. Det fanns en tendens till interaktion mellan ångestsymtom och livstillfredsställelse med tidig symtomreducering.

4.2 Resultatdiskussion

4.2.1 Frågeställning 1: Hur förändras personernas rapporterade tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse utmed tiden i ERP-behandling?

4.2.1.1 Primärt utfallsmått: Y-BOCS-S

I genomsnitt uppnådde deltagarna en stor sänkning på Y-BOCS-S och flertalet deltagare (62%) uppnådde en klinisk signifikant förbättring. Detta kan ställas i relation till andra studier gjorda i klinisk kontext och med samma kriterier för klinisk signifikant förbättring, där Stewart m.fl. (2006) fann att 49% av deltagarna fick en klinisk signifikant förändring och att Y-BOCS-poängen reducerades med 30% mellan för- och eftermätning. Denna studie är gjord i en IRT-miljö för personer med refraktär OCD. Boschen och Drummond (2012) såg att 61% av deltagarna fick en klinisk signifikant förbättring, medan Boschen, Drummond och Pillay (2008)

observerade att 52% av deltagarna fick en sådan förbättring. I båda dessa studier var effektstorleken ”stor”. Dessa resultat kan också sättas i relation till siffror från SBU (2005) som visar att 55% av personerna med OCD blir klart förbättrade med KBT-behandling i olika former. Resultaten i denna uppsats ligger alltså väl i linje med tidigare forskning för refraktär OCD inom en klinisk kontext, vilket stödjer antagandet om att det är behandlingen på OCD-Centret som medför förbättringen av tvångssymtomen.

Effektstorleken för skillnaderna mellan start och avslut för Y-BOCS-S var också mycket stor, den procentuella förändringen mellan dessa tidpunkter var tydlig och de allra flesta deltagarna (87%) fick också en sänkning av poängen på denna skala. Detta tyder på att det skett en tydlig förändring av poängen på det primära utfallsmåttet mellan start och avslut. Men det ska tilläggas att en inomgruppseffektstorlek alltid ska tolkas mer försiktigt än en mellangruppseffektstorlek. Eftersom denna uppsats inte har en experimentell design kan man dock inte exakt uttala sig om vad orsakar förändringen på Y-BOCS-S.

4.2.1.2 Sekundära utfallsmått

För de sekundära utfallsmåtten fanns i samtliga fall en signifikant förändring mellan start och avslut. Detta stärker resultatet för det primära utfallsmåttet. Effektstorlekarna var ”stora” eller ”måttliga” och de procentuella förändringarna för de olika symtomen var tydliga. Detta överensstämmer med det övergripande målet med behandlingen på OCD-Centret, nämligen att personen ska lägga mer tid på lustfyllda aktiviteter och minska tid till tvångshandlingar och/eller mentala ritualer. Detta eftersom de sekundära utfallsmåtten fångar flera olika symtomdimensioner, vilket kan anses höra ihop med hur mycket tid personen i fråga kan lägga på meningsfulla aktiviteter. Att majoriteten av deltagarna har uppnått en ökning i livstillfredsställelse är något positivt, där denna förbättring kan hänga samman med förbättringen i tvångssymtom. När en person utför mindre tvångshandlingar kan också personen få mer utrymme till andra aktiviteter, vilket kan tänkas bidra till ökad livstillfredsställelse. Å andra sidan kan minskade tvångssymtom leda till ett slags ”tomrum” i livet, vilket skulle kunna leda till oro eller missnöje. Detta verkar dock inte vara fallet med deltagarna i denna uppsats.

Förändringarna vad gäller depressionssymtom och ångestsymtom kan också hänga samman med sänkningen i tvångssymtom. För ångestsymtomen och tvångssymtomen så är dessa svåra att separera då ångestsymtom såklart är en del av OCD-problematiken. En ångestsymtomreducering är ofta också det som eftersträvas i en framgångsrik ERP-behandling.

Det går inte att uttala sig om vad som exakt orsakar förändring på de sekundära utfallsmåtten på grund av designen i denna uppsats.

4.2.2 Frågeställning 2: Prediceras förändringen i tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse av kön, ålder, symtomdimension av tvångsproblematik, grad av tvångsproblematik, förekomst av samsjuklighet och depressionsproblematik?

4.2.2.1 Symtomdimension av OCD

Denna prediktorvariabel hade tendens till interaktion med förändring av depressionssymtom. I detta fall var det dimensionen *oacceptabla tankar* som tydligast skiljde ut sig då de förändrade sig minst. *Smitta* och *ofullständighet* minskade mest på depressionssymtom.

Det fanns ingen signifikant interaktion mellan tvångssymtom och symtomdimension av OCD, vilket var ett överraskande resultat då tidigare studier har pekat på att utfall på Y-BOCS i behandling skiljer sig mellan olika symtomdimensioner. Framförallt har tidigare forskning (Ball m.fl., 1999; Mataix-Cols m.fl., 2002) visat att personer som har tvångshandlingar i form av rengöring och kontrollerande ofta svarar bättre på behandling jämfört med personer som har tvångshandlingar i form av mentala ritualer, religiöst- eller sexuellt tema.

Att symtomdimension av OCD inte uppvisade någon interaktion med tvångssymtom, närmare bestämt CAC-R, är intresseväckande då denna skattningsskala är konstruerad för att särskilja två olika dimensioner av OCD (*smitta* och *skada*). Detta kan möjligen komma av den valda indelningen i fyra OCD-dimensioner, som är en relativt ny indelning. Medan utformningen av CAC-R är äldre daterad och kanske därför inte helt överensstämmande med senare forskning kring dimensioner av OCD.

Det är anmärkningsvärt att resultaten för de olika symtomen inte skiljde sig oavsett vilken dimension av OCD som deltagaren hade. Speciellt när tendensresultaten för depressionssymtom och OCD-dimension stämmer överens med tidigare forskning för hur tvångssymtom och symtomdimension av OCD interagerar. Personer inom dimensionen *oacceptabla tankar* har möjligtvis en större påverkan av den totala "livssituationen". På så sätt att problembilden präglas av omfattande koverta skeenden, vilket gör problematiken mer svåråtkomligt både för den drabbade och för den ansvarige terapeuten. Hur exakt olika symtomdimensioner av OCD och depressionssymtom hänger samman kan inte fastställas inom ramen för denna uppsats.

Enligt forskning är symtomdimensionerna *smitta* och *skada* störst, vilket det också var i denna uppsats. På så sätt borde urvalet vara relativt representativt för en större undersökningsgrupp med OCD och således inte ha påverkat de observerade interaktionerna i denna uppsats.

4.2.2.2 Grad av OCD

Det fanns en interaktionseffekt mellan grad av OCD och förändring på de båda måtten för tvångssymtom. Att båda dessa mått (Y-BOCS-S och CAC-R) stämmer överens i detta avseende stärker såklart det prediktiva värdet för variabeln grad av OCD. Det sekundära utfallsmåttet CAC-R kan i detta fall betraktas som en uppbackning till resultatet för det primära utfallsmåttet Y-BOCS-S. Förändringen på Y-BOCS-S är dock inte en mätning som är helt oberoende från "grad av OCD" då båda dessa utgår från poängen på Y-BOCS-S. Hur detta påverkar resultatet i slutändan är oklart. Statistiska fenomen såsom "regression mot medelvärdet" kan också spela in här då en reduktion på Y-BOCS-S också kan bero på att samma deltagare fyllt i denna skattningsskala vid flera tillfällen, vilket enligt detta fenomen naturligt kommer ge en reduktion mot ett tänkt medelvärde för gruppen. Detta är dock inte att betrakta som särskilt troligt då tidigare forskning visat att OCD är en ångeststörning som inte går över av sig själv och att symtomen inte reduceras självmant (Franklin & Foa, 2011; Stewart m.fl., 2004; SBU, 2005).

Deltagarna hade en hög grad av OCD vid intag. De med en högre grad av OCD var överrepresenterade jämfört med undersökningsgruppen i stort. Oavsett initial grad av OCD så tyder resultaten i denna uppsats på att deltagarna i slutmätningen hamnar på en nivå som klassas som "måttlig". Samtliga tre grupper får en sänkning av tvångssymtomen, men den procentuella sänkning är större för de grupper som har en högre initial grad av OCD. Att det ser ut så kan komma av att deltagare med en initialt lägre grad av OCD inte har lika mycket förbättringsutrymme jämfört med de med en högre grad. Detta eftersom OCD är en ångeststörning som den drabbade sällan blir helt "botad" eller symptomfri ifrån (Abramowitz, 2006; Fisher & Wells, 2005).

Hög initial grad av OCD är någonting som tidigare KBT-forskning har visat predicerar ett sämre behandlingsutfall, medan låg grad i sin tur predicerar ett positivt behandlingsresultat (Franklin m.fl., 2000; Keijsers m.fl., 1994; Mataix-Cols m.fl., 2002; Piacentini m.fl., 2002). Dock påpekar en del forskare att personer med hög grad av OCD kanske skulle gynnas av en mer specialiserad behandlingsform än "vanligt" KBT-behandling (Drummond, 1993; Stewart m.fl.,

2005; Thornicroft m.fl., 1991). OCD-Centret erbjuder en sådan specialiserad behandlingsform, vilket säkerligen bidrar till utfallet i denna uppsats. Således kan denna behandlingsform vara att rekommendera till personer med refraktär OCD som inte förbättrats i tidigare behandling.

Analysen för grad av OCD mot depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse gav inte några signifikanta resultat. Gruppen med "måttlig" grad skiljer sig från de två andra grupperna då det gäller depressionssymtom, eftersom den initialt har en lägre grad av OCD och förändras lite från denna grad mellan för- och eftermätning. Dessa resultat är inte signifikanta, men ändå intressanta då de möjligtvis säger någonting om egenskaperna hos grupperna. Det kan vara så att "måttlig"-gruppen inte har ett lika stort utrymme för förändring som de andra två grupperna.

För grad av OCD mot livstillfredsställelse kan det vara så att deltagarna under behandlingens gång ändrar sina ståndpunkter om hur tillfreds de är med de olika livsområdena. När deltagaren förbättras utmed behandlingen så kan det öka kraven på livstillfredsställelse och därmed också förändra skattningarna på denna skala. Med andra ord kan deltagaren vara "mer missnöjd" efter behandlingen eftersom deltagaren ser annorlunda på tillvaron.

4.2.2.3 Depression

Prediktorvariabeln "depression" interagerade med förändring av depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse på ett signifikant sätt samt hade tendens till interaktion med förändring på ett av måtten för tvångssymtom (CAC-R). Att förändring av depressionssymtom uppvisade en interaktionseffekt med "depression" betyder att en förekomst av depression predicerade en större sänkning av depressionssymtomen. Detta mönster liknar det för tvångssymtom, alltså att en högre grad av OCD predicerar en större sänkning av symtomen.

Att förändringar i ångestsymtom hör ihop med prediktorvariabeln depression är ett intressant resultat, där de som "har depression" får en större symtomreducering av ångestsymtom. Det är oklart hur detta förhållande ser ut med tanke på att "depression" inte visade en signifikant interaktion med något av måtten på tvångssymptom. Det var främst för dessa två mått "depression" undersöktes, eftersom tidigare forskning pekat på att en högre grad av depression hänger samman med ett sämre behandlingsutfall för personer med OCD (Abramowitz m.fl., 2000; Buchanan m.fl., 1996; Franklin m.fl., 2000; Rufer m.fl., 2005; Steketee m.fl., 2001).

Eng, Coles, Heimberg och Safren (2005) har noterat att livstillfredsställelse korrelerar negativt med grad av depression, det vill säga att en längre grad av depression predicerar en ökning av livstillfredsställelse under behandling. Resultaten i denna uppsats går i linje med dessa fynd då depression interagerade på ett signifikant sätt med livstillfredsställelse enligt samma mönster.

4.2.3 Frågeställning 3: Prediceras slutgiltiga förändringen i tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom och livstillfredsställelse av en tidig symtomreducering i tvångssymtom?

Det fanns en interaktionseffekt mellan "tidig symtomreducering" och tvångssymtom samt depressionssymtom. Det fanns en tendens till interaktion till de två andra symtomen; ångestsymtom och livstillfredsställelse. Således var denna prediktorvariabel den som visade tydligast resultat för de olika symtomen, vilket är viktigt att notera. Det behövs mer forskning på hur viktigt en tidig symtomreducering är för behandling av OCD, men det finns dock en del forskning som visar att "tidig symtomreducering" är en viktig prediktor för ett bra behandlingsutfall i ERP-behandling (Drummond, 1993; Thornicroft m.fl., 1991; Willis m.fl., 1998). Det kan tänkas att de personer med en hög grad av OCD som får tidig symptomreducering i behandlingen upplever en belönande "snabbstartseffekt", som gör att de slutligen hamnar på samma nivå av tvångssymtom som de med lägre initial grad av OCD. Till denna effekt hör säkerligen faktorer såsom motivation och följsamhet i behandling. Detta har ju en stor betydelse för behandling av just OCD.

En möjlig förklaring till att tidig symtomreducering visade tydliga resultat till flera av symtomen kan vara kopplat till minskningen av tvångssymtomen, där minskningen av dessa symtom skulle kunna fungera som en mediator för reducering av övriga symtom.

Depressionssymtom och livstillfredsställelse är två variabler som kan tänkas hänga samman. Om en hög grad av depressionssymtom får stå för ett slags "generellt missnöje" med livssituationen och livstillfredsställelse får stå för motsatsen, så blir den logiska följderna att ökad livstillfredsställelse samtidigt minskar depressionssymtomen. En tidig symtomreducering kan alltså påverka båda dessa prediktorvariabler på detta sätt. Det är även här svårt att uttala sig om hur interaktionen ser ut, eller att peka på effekter kring vad det är som orsakar de olika symtomförändringarna. Det som kan sägas är att resultaten i denna uppsats utpekar tidig

symtomreducering som en viktig faktor bakom flera positiva följder. Tidigare forskning har också visat att tidig symtomreducering är en betydelsefull prediktorvariabel i till exempel depressionsbehandling (Tang m.fl., 2005).

4.2.4 Interventionen

Behandlingen på OCD-Centret har många gemensamma nämnare med de behandlingshem som beskrivits av Stewart m.fl. (2005) samt Osgood-Hynes m.fl. (2003). Det som är gemensamt är intensiviteten i behandlingen; dels antalet terapisesioner per vecka, dels möjligheten till stöd i exponeringsuppgifter dygnet runt samt att deltagarna befinner sig i en miljö som är mer lik sin egen hemmiljö än i öppenvårdsbehandling. För att vidare utforska vad det är i behandlingen på OCD-Centret som skiljer sig från "vanlig" ERP så har de olika behandlingsfaserna granskats lite närmare. Redan i *bedömningsfasen* upprättas en kontakt mellan terapeut och anhöriga för att klargöra de anhörigas roll i behandlingen. Funktionen med detta är bland annat att anhöriga inte ska ge deltagaren försäkringar. Kontakten med anhöriga vidhålls under hela behandlingstiden, vilket kan ses som en fördel med en behandling i en klinisk miljö. *ERP med behandlingsstöd* utgör fas två och tre och innebär en ökad intensivitet i behandlingen där följsamhet och motivation är viktigt. Dessa två faktorer ökar möjligheten till ett bra behandlingsutfall (Arkowitz m.fl., 2008; Foa, 2000; de Haan m.fl., 1997; Isenhardt, 1994; Miller & Rollnick, 1991). Sista fasen *avslutning och återfallsprevention* innebär ett närmande till deltagarens hemmiljö med fortsatt stöd i exponering.

Det är intressant att fundera kring vad det är i behandlingen vid OCD-Centret som är annorlunda jämfört mot annan ERP-behandling, alltså vilka "unika" behandlingsfaktorer som finns på OCD-Centret. Intensivitet och "hemlik" behandlingsmiljö är faktorer som tidigare nämnts vid andra behandlingshem, med liknande upplägg som OCD-Centret. Den kliniska miljön på OCD-Centret som är mer lik deltagarnas hemmiljö kan tänkas öka den externa validiteten, ekologiska validiteten och därmed möjligheten att generalisera resultaten. Även om det är en stor skillnad i att konstant befinna sig i en behandlingsmiljö jämfört med att vara hemma.

I tidigare studier av intensiva behandlingsformer på behandlingshem har man fått bättre resultat för personer med refraktär OCD jämfört med studier som är gjorda i öppenvårdsmiljö (Drummond, 1993; Thornicroft m.fl., 1991; Willis m.fl., 1998). Forskningen visar också, som

tidigare nämnts, att tidig symtomreducering har fungerat som prediktor i båda dessa behandlingskontexter. Detta är resultat som stämmer överens med resultaten i denna uppsats, som alltså delar många av de tänkbara verksamma behandlingsfaktorerna.

ERP-behandling som genomförs på OCD-Centret är framförallt utformad för att påverka och reducera tvångssymtom, men i denna behandling finns också inslag av generella KBT-metoder såsom beteendeaktivering, tillämpad avslappning, kognitiva tekniker och ångesthantering. Således är det rimligt att anta att även andra psykiska problembilder och symtom också gagnas av behandlingen. Dessa antaganden är återigen inte självklara eftersom det inte går att veta om förbättringen i symtomen kommer som ett resultat av själva behandlingen eller om det beror på andra faktorer. I detta sammanhang kan dock sägas att den uppmätta förbättringen som sker hos deltagarna faktiskt sker medan de är inskrivna på OCD-Centret, och då spontan förbättring av OCD är ovanligt så hänger en symtomförbättring mest troligen samman med själva behandlingen där. Om depressionssymtom är kopplade till en persons generella livssituation, vilken antas förbättras allteftersom tvångssymtomen avtar, så kanske förhållandet mellan tidig symtomreducering och depressionssymtom kommer som ett resultat av förbättringen av tvångssymtomen.

4.3 Metoddiskussion

4.3.1 Deltagare

Strävan i denna uppsats har varit att ha en så hög generaliserbarhet som möjligt. Deltagarna har som sagt inte valts av uppsatsförfattarna själva utan har placerats via landsting eller socialtjänst, men deltagarna kan anses vara ett urval med svår grad av OCD. Det är också den undersökningsgrupp som författarna vill uttala sig om. Att deltagarna i denna uppsats hade en så pass hög initial poäng på Y-BOCS-S kan dock medföra att denna uppsats resultat inte kan appliceras på en grupp som har en "subklinisk nivå" eller "lindriga symtom" av OCD. Hur en undersökningsgrupp med mildare OCD-symtom, jämfört med en grupp med svårare OCD-symtom, exakt skiljer sig åt är dock inte klarlagt. Deltagarnas varierande åldrar kan också anses vara en styrka och bidra till en bättre extern validitet. Vad gäller könsfördelningen så har tidigare studier (Geller, 2006; Weissman m.fl., 1994) visat att förekomsten av OCD är lika vanligt hos

vuxna kvinnor och män, vilket går i linje med hur det ser ut i denna uppsats. Detta kan tänkas öka generaliserbarheten av resultaten i denna uppsats till en större OCD-population.

En annan tänkbar styrka med denna uppsats är att alla deltagare oavsett samsjuklighet eller symtomdimension av OCD inkluderades i uppsatsen. Det var 21 deltagare som inte hade någon samsjuklighet, medan övriga 42 deltagare hade någon form av samsjuklighet inom kategorierna förstämningssyndrom, OCSD, ångeststörning, personlighetsstörning eller "övrig" samsjuklighet. Att just exkludera deltagare ur studier på grund av samsjuklighet är något som Rothwell (2005) uppmärksammar, då detta i stora delar av forskarvärlden försvagar den externa validiteten och sätter den enskilda kliniken i en svår situation. SBU (2005) har också noterat att flera studier inte inkluderar personer med tvångsproblem inom symtomdimensionen *oacceptabla tankar*. Detta minskar såklart generaliserbarheten av resultaten i dessa studier till en verklig klinisk vardag. I denna uppsats har *tvångsmässigt samlande* förekommit hos enstaka deltagare, men det har aldrig varit den primära symtomdimensionen och inte varit skäl för någon exkludering ur denna uppsats. De 7 deltagare som faktiskt exkluderats från uppsatsen, då de inte fyllt i skattningsskalor på ett tillfredsställande sätt, har inte undersökts närmare då de var relativt få och inte exkluderats av något annat skäl.

Journalgenomgången visade att de flesta deltagarna hade en historia av tidigare psykologiska behandlingar (troligen hänger detta samman med att de i genomsnitt hade en svår grad av OCD) samt att de flesta också stod under någon form av medicinering (vanligen psykofarmaka) vid inskrivningen och fortsatte med detta under hela behandlingsperioden på OCD-Centret. Justeringar av medicineringen gjordes av OCD-Centrets psykiater i samråd med den aktuella deltagaren. Medicineringens påverkan på resultatet i denna uppsats är okänt. Det är också ovisst hur många av deltagarna som faktiskt förändrat dosering av befintlig medicinering eller fått nya mediciner under behandlingens gång. Generellt så rekommenderas inte att man förändrar medicindoseringen eller byter medicinering under en ERP-behandling (Abramowitz, 2006) för att det då blir svårt att uttala sig om det är den psykologiska behandlingen eller förändrad medicinering som medför behandlingsresultaten. Att denna aspekt inte är "kontrollerad" för kan ses som en brist i föreliggande uppsats.

4.3.2 Material

De fem använda skattningsskalorna i denna uppsats har alla goda psykometriska egenskaper och vad gäller intern validitet så är det en styrka att samma mätinstrument har använts vid alla tillfällen, med andra ord så har inga byten av mått, skala eller enhet gjorts mellan de olika mättillfällena. Deltagarna fyller i skattningsskalorna på egen hand efter instruktioner av terapeuten, vilket kan tänkas påverka reliabiliteten då dessa instruktioner kan variera eller tolkas på olika sätt av den enskilda deltagaren.

Det har varit svårt att hitta studier som utvärderar den svenska versionen av Y-BOCS-S, vilket också kan ses som en eventuell brist i sammanhanget och ett uppslag för vidare forskning på området. Deacon och Abramowitz (2005) har också påvisat vissa psykometriska problem med Y-BOCS och att poängsättningen kan ge en underskattning av svårighetsgraden av symtomen. Hur detta hänger samman med resultaten i denna uppsats är svårt att uttala sig om.

Att deltagarna på OCD-Centret fyller i två skattningsskalor för tvångssymtom kan tänkas stärka de observerade förändringarna som gjorts för dessa symtom. CAC-R är främst konstruerad för att fånga in symtomdimensionerna *smitta* och *skada*, vilket då kan medföra att denna skala missar de två andra dimensionerna (*ofullständighet* och *oacceptabla tankar*) som utgjorde 37% av undersökningsgruppen i denna uppsats.

4.3.3 Procedur

Ambitionen var att i denna uppsats undersöka deltagarnas ifyllnad av samtliga skattningsskalor vid alla mättillfällen, alltså undersöka deltagarna vid upprepade mätningar vid fler tidpunkter än start och avslut. Tyvärr fanns det inte tillräckligt med underlag för att kunna använda sig av ett sådant förfarande och databearbetning. Variabeln "tidig symtomreducering" innefattar dock en sådan jämförelse mellan deltagarnas vid olika tidpunkter. Detta var möjligt att undersöka då flertalet av deltagarna ändå hade fyllt i skattningsskalor vid flera tillfällen. På detta sätt kunde Y-BOCS-S användas som underlag för att undersöka variabeln "tidig symtomreducering".

Under datainsamlingen så fanns det moment som hade sin grund i subjektiva bedömningsinsatser från uppsatsens författare. För att kategorisera deltagare i variablerna "symtomdimension av OCD" och "samsjuklighet" så gjordes en sådan bedömning. Detta förfarande gick till så att uppsatsens författare undersökte allt tillgängligt journalmaterial (terapeuters journaler, bedömningsamtal, nätverksmöten och läkarjournaler) och gjorde sedan en bedömning utifrån detta. Om det fanns tydliga aktuella diagnoser som visade på samsjuklighet

så användes detta, annars fick en tydlig och utförlig anamnes eller utlåtande från läkare och terapeuter utgöra grund för bedömning av om samsjuklighet fanns. I vissa fall kunde det i journalmaterialet förekomma uttalanden som antydde att det fanns en samsjuklighet, men att det räckte inte för att hamna i kategorin "har" på variabeln samsjuklighet. På samma sätt förekom det uttalanden som författarna bedömde vara tillräckliga för att för att en deltagare skulle kvala in i kategorin "har samsjuklighet". För variabeln "symtomdimension av OCD" vägledades den subjektiva bedömningen av den metod som Abramowitz (2006) utarbetat, vilket innebär en kategorisering till dimension utifrån det tvång som hos deltagaren väcker ångest. Även där användes uttalanden från terapeuter samt utdrag från journaler som underlag för kategorisering. Trots ambitionen att på ett så objektivt sätt som möjligt samla in journaldata så var det ofrånkomligt att även subjektiva aspekter kommer med i bedömningarna, vilket ska tas i beaktning vid tolkningar och diskussioner kring resultaten i denna uppsats.

4.3.4 Design

Designen i denna uppsats var longitudinell utvärdering med en klinisk engrupsdesign, där upprepade mätningar gjordes för de olika skattningsskalorna. Tanken var att ha flera mätpunkter under behandlingens gång för att kunna undersöka förändringens förlopp och process vid fler tillfällen. Denna ansats gick tyvärr inte att utreda då det fanns för lite data vid de olika standardiserade mätperioderna. Föreliggande uppsats saknar en experimentell design då det inte finns en randomiserad experiment- och kontrollgrupp. I ett experimentellt sammanhang är användandet av kontrollgrupp ett led i att säkerställa att det är förändringar i en oberoende variabel som faktiskt ger effekt på studiens beroendevariabel. Detta med kontroll för så kallade *confounding variables* som kan tänkas påverka denna relation. Med andra ord vill man att behandlingsresultatet inte ska bero på andra faktorer, och en experimentell design är en bra garant för detta. Å andra sidan, som Rothwell (2005) diskuterar, så har experimentella studiedesigner ofta problem med den externa validiteten. Studier utan kontrollgrupp har sina begränsningar men som bland annat Stewart m.fl. (2005) påpekar så behöver detta inte nödvändigtvis vara ett problem eftersom personer med OCD sällan spontanförbättras utan behandling. Det anses av denna anledning legitimt för studier inom OCD-området att sakna kontrollgrupp. Dessutom påpekar SBU (2005) att det varierar mycket vilket sorts kontrollgrupp olika studier har och att en väntelista inte är bra i detta sammanhang. Traditionella

kontrollgrupper i studier av andra ångeststörningar kan innebära att deltagarna exempelvis får tillämpa avspänningsövningar, andningstekniker och andra former av problemlösning eller ångesthantering, vilket inte har visat sig ha någon effekt vid tvångssyndrom (SBU, 2005). Detta överensstämmer också med att personer som har OCD inte förbättras av placebobehandling ("sockerpiller") i samma utsträckning som personer med andra ångeststörningar (Mavissakalian m.fl., 1990).

Utifrån detta är det därför mer troligt att resultaten i denna uppsats har genererats av den aktuella interventionen på OCD-Centret. Deltagarna har också i genomsnitt en svår grad av OCD och många har en lång historia av tvångsproblem och tidigare behandling, vilket gör spontan förbättring mindre trolig. Designen i denna uppsats gör det dock inte möjligt att tala om att behandlingsutfallet kommer som en "effekt" av interventionen, vilket endast experimentella studier kan. Renodlade samband mellan oberoende- och beroendevariabler finns inte heller. Denna uppsats har inte haft någon uppföljning av deltagarnas situation efter avslutad behandling, vilket kan ses som en brist om man vill uttala sig om hur till exempel symtomförändringar av OCD håller i sig på längre sikt. Utifrån denna uppsats får emellertid den externa validiteten anses vara god, vilket är viktigt för behandling på OCD-Centret och andra kliniska kontexter.

4.4 Framtida forskning

Då denna uppsats saknar kontrollgrupp vore det intressant att i kommande studier ha en sådan ansats för att undersöka ERP-behandling av OCD i en klinisk kontext, vilket skulle kunna vara på ett behandlingshem likt OCD-Centret eller annan form av IRT-behandling. Framförallt skulle en studie med experimentell design närmare kunna utforska effekter av behandlingen för de olika variablerna. Hur en sådan studie skulle lösa kontrollgruppsfrågan är oklart, så här finns utrymme att utpröva olika förfaranden. Whittal, Woody, McLean, Rachman och Robichaud (2010) har utvärderat KBT-behandling för *pure obsessions* i jämförelse mot *stress management training* (SMT) och väntelista. De fann att KBT och SMT hade likvärdiga resultat, medan väntelista inte uppvisade detta. Detta tillvägagångssätt vore intressant att replikera i vidare studier. Utifrån resultaten i denna uppsats vore det angeläget att jämföra IRT mot exempelvis "vanlig" ERP samt någon form av aktiv kontrollgrupp, exempelvis SMT, Internetförmiddad KBT eller en manualiserad pedagogisk intervention. I en experimentell studie vore det också passande att

använda upprepade mättillfällen för att kunna undersöka förändringar över tid samt använda flera olika instrument (såsom skattningsskalor, formulär till anhöriga och kliniska intervjuer) för att göra en ”bredare” bedömning, vilket Grabill m.fl. (2008) berör i deras studie.

I framtida forskning skulle det också vara intressant att närmare undersöka de mekanismer som kan tänkas ligga bakom variabler som “tidig symtomreducering” vilket är en faktor som, utifrån tidigare studier samt den aktuella uppsatsen, verkar ligga bakom en relativt stor del i behandlingsutfallet. I vidare forskning kring personer med OCD, som genomgår behandling i en klinisk kontext, är det centralt att titta närmare på deltagarnas egenskaper som exempelvis “symtomdimension av OCD”, “grad av OCD” samt “samsjuklighet”. Detta för att närmare kunna se hur dessa egenskaper påverkar behandlingsutfallet.

Denna uppsats har inte haft någon uppföljning av deltagarnas situation efter avslutad behandling, något som skulle vara önskvärt i kommande forskning. Det vore också bra för OCD-terapeuter i kliniska kontexter att ha forskningsstöd för att den ERP-behandling de utför har “effekt” efter avslutad behandling, samt att de behandlingsresultat som personer med OCD uppnår i behandlingen kan generaliseras vidare till den egna vardagen. Det är därtill viktigt att, i undersökningen av bakomliggande mediatorer för förändring i behandling, undersöka hur denna förändring kvarstår efter behandlingen. För detta krävs det mer studier med uppföljningsmätningar, och då med fördel studier som har upprepade mätningar även under behandlingsfasen. Det behövs fler studier på OCD i en klinisk kontext, som tidigare nämnts, men det kan i dessa sammanhang vara svårt att använda sig av en experimentell design.

SBU (2005) understryker också att det idag finns få experimentella studier av OCD, så det finns med andra ord en efterfrågan för att undersöka verksamma behandlingskomponenter med en sådan design. Detta går inte emot det faktum att det anses legitimt att inte ha kontrollgrupp i studiet av OCD, utan uppsatsförfattarna ser att det finns en poäng i att med olika studiedesigner och studiemetoder undersöka behandling av OCD närmare. På detta sätt har den föreliggande uppsatsen bidragit till området kring klinisk forskning av OCD och samtidigt, i och med uppsatsen resultat, lyft fram ett antal indikationer på vilka variabler som vore intressanta av forskare vidare på.

4.5 Slutsatser

Denna uppsats har visat att ERP-behandling i en klinisk kontext på OCD-Centret har medfört en sänkning av tvångssymtom, depressionssymtom, ångestsymtom samt en ökning av livstillfredsställelse för alla deltagare i genomsnitt. Då tidigare forskning har visat på att personer med svår grad av OCD har varit svåra att behandla inom öppenvården så kan behandling i en klinisk kontext, såsom på OCD-Centret, ge bättre behandlingsresultat. Behandlingsformatet möjliggör en högre intensivitet i behandlingen samt ett större stöd i ERP, vilket är utmärkande för denna behandling och skulle kunna öka motivation till behandling hos deltagarna. Dessa faktorer kan höra samman med att "tidig symtomreducering" varit en utmärkande variabel. Tvärtemot tidigare forskning så hänger en svårare "grad av OCD" samman med en större sänkning av tvångssymtom, vilket också skulle kunna förklaras av ovan nämnda behandlingsfaktorer. "Depression" och tvångssymtom uppvisade ingen signifikant interaktion, vilket är överraskande då tidigare forskning visar att hög grad av depression predicerar ett sämre behandlingsutfall. Tillgången på ERP-behandling i en klinisk kontext, likt den på OCD-Centret, är idag bristfällig i Sverige. Detta är beklagligt då det är en behandlingsform med en tänkbar hög extern validitet. Sammanfattningsvis framstår ERP-behandling i detta format som en behandlingsform som kan ge väsentlig symtomreduktion för personer med svår grad av OCD. Denna behandlingsform är värd att forska vidare på.

Referenser

- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and Treating Obsessive-Compulsive Disorder: A Cognitive Behavioural Approach*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Inc.
- 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. (2000). Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy, 31*, 795–800.
- 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. *Consulting and Clinical Psychology, 71*, 394-398.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2000). Effects of Comorbid Depression on Response to Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy, 31*, 517-528.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & Dibernardo, C. L. (2002). Treatment Compliance and Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Modification, 26*, 447-463.
- Abramowitz, J. S., Taylor, S., & McKay, D. (2009). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet, 374*, 491–499.
- Abramowitz, J. S., Wheaton, M.G., & Storch, E. A. (2008). The status of hoarding as a symptom of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 1026-1033.
- Ackerman, D. L., & Greenland, S. (2002). Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 22*, 309-317.
- Aderka, I. M., Nickerson, A., Böe, H. J., & Hofmann, S. G. (2011). Sudden gains during psychological treatments of anxiety and depression: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 93-101.
- Alonso, P., Menchon, J. M., Pifarre, J., Mataix-Cols, D., Torres, L., & Salgado, P. (2001). Long-term follow-up and predictors of clinical outcome in obsessive-compulsive patients treated with serotonin reuptake inhibitors and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*, 535–540.
- Alsobrook J. P., Leckman J. F., Goodman W. K., Rasmussen S. A., & Pauls D. L. (1999).

Segregation analysis of obsessive-compulsive disorder using symptom-based factor scores. *American Journal of Medical Genetics*, 88, 669-675.

American Psychiatric Association. (2002). *Mini-DSM IV: Diagnostiska kriterier enligt DSM IV-TR*. Danderyd: Pilgrim Press.

de Araujo, L. A., Ito, L. M., & Marks, I. M. (1996). Early compliance and other factors predicting outcome of exposure for obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 169, 747-752.

Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). *Motivational Interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press.

Ball, S. G., Baer, L., & Otto, M. W. (1999). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: a quantitative review. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 47-51.

Bates, S., & Grönberg, A. (2010). *Om och om och om igen. Att behandla tvångsproblem med KBT*. Stockholm: Natur och 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.

Boersma, K., den Hengst, S., Dekker, J., & Emmelkamp, P. M. (1976). Exposure and response prevention in the natural environment: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behavior Research and Therapy*, 14, 19-24.

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

Boschen, M. J., Drummond, L. M., & Pillay, A. (2008). Treatment of severe, treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a study of inpatient and community treatment. *CNS Spectrums*, 13, 1056-1065.

Buchanan, A.W., Meng, K. S., & Marks, I. M. (1996). What predicts improvement and compliance during behavioral treatment of obsessive compulsive disorder? *Anxiety*, 2, 22-27.

Carlbring, P., Brunt, S., Bohman, S., Richards, J. C., Öst, L.-G., & Andersson, G. (2007). Internet vs. Paper and Pencil Administration of Questionnaires Commonly Used in Panic/Agoraphobia research. *Computers in Human Behavior*, 23, 1421-1434.

Chapman, L. K., Williams, S. R., Mast, B. T., & Woodruff-Borden, J. (2009). A confirmatory factor analysis of the Beck Anxiety inventory in African American and European American young adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 387-392.

- Clerkin, E. M., Teachman, B. A., & Smith-Janik, S. B. (2008). Sudden gains in group cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 1244-1250.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Coles, M. E., Frost, R. O., Heimberg, R. G., & Steketee, G. (2003). Hoarding behaviors in a large college sample. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 179-194.
- Crits-Christoph, P., Connolly, M. B., Gallop, R., Barber, J. P., Tu, X., & Gladis, M. (2001). Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, *10*, 145-154.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Compulsive Scale: factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety disorders*, *19*, 573-585.
- Doane, L. S., Feeny, N. C., & Zoellner, L. A. (2010). A preliminary investigation of sudden gains in exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 550-560.
- Drummond, L. M. (1993). The treatment of severe, chronic, resistant obsessive-compulsive disorder: an evaluation of an in-patient programme using behavioural psychotherapy in combination with other treatments. *British Journal of Psychiatry*, *163*, 223-229.
- Emmelkamp, P. M., van Linden van den Heuvell, C., Rüphan, M., & Sanderman, R. (1989). Home-based treatment of obsessive-compulsive patients: intersession interval and therapist involvement. *Behavior Research and Therapy*, *27*, 89-93.
- Eng, W., Coles, M. E., Heimberg, R. G., & Safren, S. A. (2005). Domains of life satisfaction in social anxiety disorder: Relation to symptoms and response to cognitive-behavioral therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, *19*, 143-156.
- Fals-Stewart, W., Marks, A., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, *181*, 189-193.
- Fama, J., & Wilhelm, S. (2005). Formal Cognitive Therapy: A New Treatment for OCD. In J. S. Abramowitz, & A. C. Houts (Red.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder*. New York, NY: Springer.
- Fantino, B., & Moore, N. (2009). The self-reported Montgomery-Åsberg depression rating scale is a useful evaluative tool in major depressive disorder. *BMC Psychiatry*, *9*, 1-6.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behavior Research and*

- Therapy, 43*, 1543-1558.
- Foa, E. B. (2000). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*, 43-48.
- Foa, E. B., Franklin, M., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: how well do CBT and medications work in combination? *Biological Psychiatry, 51*, 989–997.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, B. H., & 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*, 151–161.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: immediate and long-term effects. *Behaviour Therapy, 15*, 450-472.
- Fontenelle, L., Marques, C., & Versiani, M. (2002). The effect of gender on the clinical features and therapeutic response in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 24*, 7-11.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J., Foa, E., Kozak, M., & Levitt, J. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 594–602.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2011). Treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Annual Review of Clinical Psychology, 7*, 229-243.
- Freund, B., Steketee, G. S., & Foa, E. B. (1987). Compulsive Activity Checklist (CAC): Psychometric analysis with obsessive-compulsive disorder. *Behavioral Assessment, 9*, 67-79.
- 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.
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 55–61.
- Geller, D. (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America, 29*, 353-370.
- Geller, J. (2002). Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians, and research assessors. *International Journal of Eating Disorders, 31*, 251-260.

- 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.
- 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.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K., Keely, M., Geffken, G., & Storch, E. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 1–17.
- de Haan, E., van Oppen, P., van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., & Van Dyck, R. (1997). Prediction of outcome and early vs. late improvement in OCD patients treated with cognitive behaviour therapy and pharmacotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 96*, 354–361.
- Hollander, E., Bienstock, C. A., Koran, L. M., Pallanti, S., Marazziti, D., Rasmussen, S. A., Ravizza, L., Benkelfat, C., Saxena, S., Greenberg, B. D., Sasson, Y., & Zohar, J. (2002). Refractory obsessive-compulsive disorder: state-of-the-art treatment. *The Journal of Clinical Psychiatry, 63*, 20-29.
- Hollander, E., Braun, A., & Simeon, D. (2008). Should OCD leave the anxiety disorders in DSM-V? The case for obsessive compulsive-related disorders. *Depression and Anxiety Journal, 25*, 317–329.
- Howitt, D., & Cramer, D. (2011). *Introduction to SPSS Statistics in Psychology - For versions 19 and earlier*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Isenhardt, C. E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behaviors, 19*, 463–475.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework assignments in cognitive and behavioral therapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*, 189-202.
- 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.
- Keijsers, G. R., Hoogduin, C. A., & Schaap C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the

- behavioural treatment of obsessive–compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, *65*, 781–786.
- Kelly, M. A., Roberts, J. E., & Ciesla, J. A. (2005). Sudden gains in cognitive behavioral treatment for depression: When do they occur and do they matter? *Behaviour Research and Therapy*, *43*, 703–714.
- Kim, S. W., Dysken, M. W., & Kuskowski, M. (1990). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: a reliability and validity study. *Psychiatry Research*, *34*, 99-106.
- Krupnick, J. L., Sosky, S. M., Simmens, S., & Moyern, J. (1996). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy and Pharmacotherapy Outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 532-539.
- Lax, T., Basoglu, M., & Marks, I. M. (1992). Expectancy and compliance as predictors of outcome in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural Psychotherapy*, *20*, 257-266.
- Leckman, J. F., Grice, D. E., Boardman, J., Zhang H., Vitale, A., Bondi, C., Alsobrook, J., Peterson, B. S., Cohen, D. J., Rasmussen, S. A., Goodman, W. K., McDougle, C. J., & Pauls, D. L. (1997) Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *154*, 911-917.
- Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *171*, 135–139.
- Lochner, C., Hemmings, S. M., Kinnear, C. J., Moolman-Smook, J. C., Corfield, V. A., Knowles, J. A., Niehaus, D. J., & Stein, D. J. (2004). Gender in obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic findings. *European Neuropsychopharmacology*, *14*, 105-113.
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, *248*, 72–77.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive–compulsive symptom dimensions as predictors of compliance with and response to behavior therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* *71*, 255–262.
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, *159*, 263–268.
- Mataix-Cols, D., Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 228–238.

- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Miyata, A., Iwasaki, Y., Fujimoto, K., Kasai, S., & Kojima, M. (2002). Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 266-272.
- Mavissakalian, M. R., Jones, B., & Olson, S. (1990). Absence of placebo response in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *178*, 268-270.
- McKay, D., Abramowitz, J. S., Calamari, J. E., Kyrios, M., Radomsky, A. S., Sookman, D., Taylor, S., & Wilhelm, S. (2004). A critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptoms versus mechanisms. *Clinical Psychology Review*, *24*, 283–313.
- Medicinskt kunskapscenter (2011). *Regionalt vårdprogram - ångestsyndrom*. Stockholm: Stockholms Läns Landsting.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press.
- National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE] (2005). *Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. Clinical guidelines 31*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Nelson, N., Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1986). Interpretation of significance levels and effect sizes by psychological researchers. *American Psychologist*, *41*, 1229–1301.
- Osgood-Hynes, D., Reimann, B., & Björgvinsson, T. (2003). Short-Term Residential Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, *3*, 413-435.
- Pelletier, L. G., Tuson, K. M., & Haddad, N. K. (1997). Client Motivation for Therapy Scale: A measure of intrinsic motivation, extrinsic motivation, and amotivation for therapy. *Journal of Personality Assessment*, *68*, 414–435.
- Penava, S. J., Otto, M. W., Maki, K. M., & Pollack, M. H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *36*, 665–673.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Jacobs, C., McCracken, J. T., & Kretchman, J. (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, *16*, 207–219.
- Pigott, T., & Seay, S. (1997). Pharmacotherapy of OCD. *International Review of Psychiatry*, *9*, 133–147.
- Rasmussen, S. A. (1996). The meta-analytic saga of serotonin reuptake inhibitors in an obsessive world. *CNS Spectrums*, *1*, 2-9.

- Ravindran, A. V. (1999). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, 24*, 10-12.
- Renaud, J., Brent, D. A., Baugher, M., Birmaher, B., Kolko, D. J., & Bridge, J. (1998). Rapid response to psychosocial treatment for adolescent depression: A two-year follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1184–1190.
- Rosqvist, J., Egan, D., Manzo, P., Baer, L., Jenike, M. A., & Willis, B. S. (2001). Home-based behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series with data. *Journal of Anxiety Disorders, 15*, 395-400.
- Rothwell, P. M. (2005). External validity of randomised controlled trials: “To whom do the results of this trial apply?”. *Lancet, 365*, 82-93.
- Rufer, M., Fricke, S., Moritz, S., Kloss, M., & Hand, I. (2006). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: Prediction of cognitive behavior therapy outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*, 440–446.
- Rufer, M., Hand, I., Alsleben, H., Braatz, A., Ortmann, J., & Katenkamp, B. (2005). Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: A 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. *Comprehensive Psychiatry, 47*, 394–398.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The Epidemiology of Obsessive-Compulsive Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry, 15*, 53-63.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. *Addictive Behaviors, 20*, 279-297.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Therapy and Research, 37*, 29-52.
- Salkovskis, P. M., Richards, C., & Forrester, E. (2000). Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems. In W. K. Goodman, M. V. Rudorfer, & J. D. Maser (Red.), *Obsessive-compulsive disorder: Contemporary issues in treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Skoog, G., & Skoog, I. (1999). A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*, 121–127.
- Snaith, R. P., Harrop, F. M., & Newby, D. A. (1986). Grade scores of the Montgomery-Åsberg Depression and Clinical Anxiety Scales. *British Journal of Psychiatry, 148*, 599-601.

- Statens beredning för medicinsk utvärdering. (2005). *Behandling av ångestsyndrom: En systematisk litteraturöversikt* (SBU-rapport, volym 2). Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *Lancet*, *360*, 397-405.
- Steketee, G. (1999). *Overcoming obsessive-compulsive disorder. Best practice for therapy series*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Steketee, G., Chambless, D. L., & Tran, G. Q. (2001). Effects of axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, *42*, 76-86.
- 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, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a metaanalysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 4-13.
- 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, E. S., Yen, C-H., Stack, D. E., & Jenike, M. A. (2006). Outcome predictors for severe obsessive-compulsive patients in intensive residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*, *40*, 511-519.
- Storch, E. A., Lewin, A. B., Farrell, L., Aldea, M. A., Reid, J., Geffken, G.R., & Murphy, T.K. (2010). Does cognitive-behavioral therapy response among adults with obsessive-compulsive disorder differ as a function of certain comorbidities? *Journal of Anxiety Disorders*, *24*, 547-552.
- Summerfeldt, L. J., Richter, M. A., Antony, M. M., & Swinson, R. P. (1999). Symptom structure in obsessive-compulsive disorder: a confirmatory factor-analytic study. *Behavior Research and Therapy*, *37*, 297-311.
- Svanborg, P., & Åsberg, M. (2001). A comparison between the Beck Depression Inventory (BDI) and the self-rating version of the Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS). *Journal of Affective Disorders*, *64*, 203-216.

- 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.
- Tallis, F. (1995). *Obsessive compulsive disorder: A cognitive and neuropsychological perspective*. New York: John Wiley.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 894-904.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 168-172.
- Thomsen, P. H., & Mikkelsen, H. U. (1995). Course of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: a prospective follow-up study of 23 Danish cases. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *34*, 1432–1440.
- Thornicroft, G., Colson, L., & Marks, I. (1991). An in-patient behavioural psychotherapy unit: description and audit. *British Journal of Psychiatry*, *158*, 362-367.
- Vansteenkiste, M., Soenens, B., & Vandereycken, W. (2005). Motivation to change in eating disorder patients: A conceptual clarification on the basis of Self- Determination Theory. *International Journal of Eating Disorders*, *37*, 207-219.
- Wadström, O. (2008). *Tvångsyndrom. Orsaker och behandling i beteendeterapeutiskt perspektiv*. Linköping: Psykologinsats.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H-G., Lee, C-K., Newman, S. C., Oakley-Browne, M. A., Rubio-Stipec, M., Wickramaratne, P. J., Wittchen, H-U., & Yeh, E-K. (1994). The Cross National Epidemiology of obsessive – compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *55*, 5–10.
- Westra, H. A., Dozois, D. J., & Marcus, M. (2007). Expectancy, Homework Compliance, and Initial Change in Cognitive–Behavioral Therapy for Anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 363–373.
- Whittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S., & Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: A randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, *48*, 295-303.
- Williams, G. C., Minicucci, D. S., Kouides, R. W., Levesque, C. S., Chirkov, V. I., Ryan, R. M., & Deci, E. M. (2006). Self-determination, smoking, diet and health. *Health Education Research*, *17*, 512–521.
- Willis, B. S., Rosqvist, J., Egan, D., Baney, D., & Manzo P. (1998). Inpatient and home-based

treatment of obsessive–compulsive disorder. In Jenike, M. A., Baer, L., & Minichiello, W. E (Red.), *Obsessive–compulsive disorders practical management*. St. Louis: Mosby Inc.

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

Öst, L-G. (red.) (2006). *Kognitiv beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur.