



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

En-sessionsbehandling med ERP vid OCD – en klinisk experimentell utvärdering

Kristin Solli Gegner, Emma Grahn & Jon Havemose

Psykoterapeutexamensuppsats. 2021

Handledare: Jens Knutsson
Examinator: Per Johnsson

Abstract

In this experimental study, we investigated how one-session treatment with exposure and response prevention (in vivo) works for individuals diagnosed with OCD according to DSM-5. The effectiveness of the one-session treatment ERP was compared with a control group who received psychoeducation in the form of reading a text on cognitive theory and emotion theory. The baseline, which consisted of self-assessment forms BAI, Y-BOCS and OCI-R as well as ERP treatment-specific estimates, enabled inter- and intra-group comparisons before and after intervention. A total of 14 participants with obsessive-compulsive disorder were followed, of whom nine received one-session treatment ERP and five participants psychoeducation. No significant differences between ERP and the control group were found. Within group comparisons in the ERP-condition however, showed medium to large effects for both obsessive-compulsive symptoms and anxiety in most of the comparisons one and four weeks after treatment. Furthermore, we found that the participants' avoidance and their beliefs in negative assumptions about themselves, others or the future decreased after ERP. Finally, the participants' perception of the risks of anxiety-laden situations dropped significantly. Overall, results indicate that a single session with ERP, comprising 90 minutes, had a positive effect on OCD, a serious and difficult-to-treat condition. The results persisted at follow-up four weeks after the treatment intervention. The results are promising and warrants further research in larger samples, in the development of effective treatment methods and interventions for various psychiatric conditions such as OCD.

Keywords: OCD, ERP, one session treatment

Sammanfattning

I denna experimentella studie undersökte vi hur en-session-behandling med exponering och responsprevention (in vivo) fungerar för individer diagnostiserade med OCD enligt DSM-5. Effekten av en-sessionens-behandling med ERP jämfördes med en kontrollgrupp som fick psykoedukation i form av att läsa en text om kognitiv teori och emotionsteori. Baslinjemätningen, som bestod av självskattningsformulär BAI, Y-BOCS och OCI-R, samt i ERP-betingelsen specifika skalor, möjliggjorde jämförelser mellan och inom grupperna före och efter intervention. Totalt 14 deltagare med tvångssyndrom följdes, varav nio fick ERP-behandling och fem deltagare psykoedukation. Inga signifikanta skillnader mellan ERP och kontrollgruppen hittades. Inomgruppsjämförelser i ERP-betingelsen visade dock medelstora till stora effekter på tvångssymtom och ångest i merparten av jämförelserna en och fyra veckor efter behandling. Dessutom fann vi att deltagarnas undvikande och tro på negativa antaganden om sig själva, andra eller framtiden minskade efter ERP. Slutligen minskade deltagarnas uppfattning om riskerna med ångestladdade situationer signifikant. Sammantaget indikerar resultaten att en enda session med ERP, som omfattar 90 minuter, hade en positiv effekt på OCD, ett allvarligt och svårbehandlat tillstånd. Resultaten stod sig vid uppföljning fyra veckor efter behandlingsinterventionen. Resultaten är lovande och motiverar vidare forskning med större stickprov i utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder och interventioner för olika psykiatriska tillstånd såsom OCD.

Nyckelord: OCD, ERP, en-sessionsbehandling

Tack!

Vi skulle vilja tacka alla som varit med och bidragit till att göra denna studie möjlig. Tack till deltagarna som visat mod och intresse. Tack för den hjälp och lärdom vi har fått av våra handledare och kollegor i studiegruppen. Slutligen, tack till våra partners, vänner, familjer och barn som har stått ut med våra obekväma arbetstider. Er kärlek och ert stöd är ovärderligt. TACK!

Kristin Solli Gegner,
Emma Grahn & Jon Havemose

Inledning	1
OCD, definition, prevalens och förlopp.....	1
OCD utifrån modeller i kognitiv beteendeterapi	3
Behandling av OCD	4
Varför fungerar ERP?.....	4
Hur fungerar ERP?	5
En-sessionsbehandlingar för ångestsyndrom	8
Sammanfattning	8
Frågeställningar och hypoteser	9
Metod.....	10
Design	10
Deltagare	10
Behandlare	11
Behandlingsintervention, kontrollgrupp och mätinstrument	12
ERP	12
Edu.	12
Behandlingsspecifika ERP-skattningar (BS)	13
Skattningsskalor för tvångs- och ångestsymtom	13
Procedur	15
Statistisk metod	18
Resultat	18
Kontroll för normalfördelning	18
Kontroll för spontanförändring	18
ERP jämfört med Kontroll och effekten av ERP	19
Effekter av ERP på betingelsespecifika skalor	20
Diskussion	23
Syftet med studien och vad resultaten visar	23
Hypoteser och resultat	23
Kognitiv omstrukturering vid exponering?	26

Kliniska implikationer och reflektioner rörande vem behandlingen passar	27
OCD och “brief interventions”	29
Vad innebär vår studie för framtida psykoterapi?	30
Framtida forskning och utveckling av korta behandlingsinterventioner	31
Forskningsdesignens styrkor och svagheter	32
Rekryteringsprocessen och de utmaningar vi har haft i och med covid-19	35
Forskningsetiska övervägande	35
Sammanfattning	36
Referenser	37

Inledning

Alla människor har mer eller mindre behov av att känna kontroll. Vi kan hamna i att tro att det vi gör och tänker ligger till grund för det som händer oss eller andra. För de flesta av oss är detta problemfritt, vi verklighetstestar våra tankar och går vidare. Men för en grupp individer blir viljan och försöken att säkerställa att det vi gör och tänker inte skadar oss eller andra ett problem. De utvecklar tvångsbeteenden eller Obsessive Compulsive Disorder (OCD; tvångssyndrom). OCD är enligt Världshälsoorganisationen (WHO) rankad bland de tio mest funktionsnedsättande tillstånden (Murray & Lopez, 1996). Tvångssyndrom resulterar i lidande för den drabbade och dennes omgivning. En större svensk studie (med data från 36 788 patienter) indikerar ett samband mellan grad av OCD och ökad risk för suicidalitet samt också suicidförsök (Fernandes de la Cruz et al., 2016). Andra studier visar att det tar mellan 3,8 och 17 år från insjuknande till att individen söker vård (García-Soraino et al., 2014). Obehandlat är tillståndet OCD vanligtvis kroniskt, med växlande eller ökande intensitet (Ruscio et al., 2010). Som kliniker möter vi inom våra verksamheter idag ett behov av effektiv behandling för patienter med OCD. Våra resurser är knappa och väntetiden för psykoterapi vid en psykiatrisk öppenvårdsmottagning i Sverige kan enligt egen klinisk erfarenhet vara upp emot 1,5 år. Behovet av effektiva behandlingsmetoder vid OCD är därför högt efterfrågat.

OCD, definition, prevalens och förlopp

Individer som lider av tvångssyndrom är, enligt femte upplagan av Diagnostic and statistical manual of mental disorders (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013), upptagna av att hantera påträngande tankar, minnesbilder och osannolika farhågor. Den drabbade upprepar ritualer för att hen känner sig tvingad eller på kort sikt försöker neutralisera tvångstankar samt reglera ner oro och obehag. Tvångstankar och ritualer kräver tid och energi, vilket resulterar i olika grader av funktionsnedsättning och graden av sjukdomsinsikt hos den drabbade varierar. De flesta med OCD lever med både tvångstankar och tvångshandlingar, vilket Foa et al. bekräftade i en studie från 1995. Författarna fann att endast 2 % av individer med tvångssyndrom har enbart tvångstankar, 98 % har både och.

Undersökningar av ettårs- och livstidsprevalens vid OCD visar på att uppskattningsvis 1–3% av befolkningen insjuknar. Diagnosen tycks vara homogen i det att prevalens och symtom är liknande mellan länder och kulturer men det finns skillnader i hur man metodologiskt upptäcker drabbade individer (Flament et al., 1988; Fontenelle et al.,

2006; Kessler et al., 2005). Tvångssyndrom utvecklas oftast gradvis men kan även uppträda akut på grund av streptokockinfektion (PANDAS/PANS). Genetisk hereditet kan finnas i anamnesen (Fineberg et al., 2018).

OCD drabbar män och kvinnor i ungefär lika stor utsträckning. Debut sker vanligen i åldrarna 13 till 24 år (medelåldern är 19 år). I sällsynta fall kan yngre barn (två år) och vuxna (upp till 35 år) utveckla OCD (Rettew et al., 1992; Torresan et al., 2013). Män insjuknar normalt tidigare (från tio år) än kvinnor (20 till 24 år) men det finns skillnader i det symtomatiska uttrycket för OCD mellan könen, varför exakta åldrar för insjuknande är svåra att fastställa (Rasmussen & Eisen, 1990; Torresan et al., 2013). I en studie av Torresan et al. (2013) lyfter författarna fram att kvinnor riskerar insjuknande efter graviditet och förlossning, kanske på grund av att ansvarskänslan ökar och kvinnan är mer sårbar, både psykosocialt och biologiskt.

I en epidemiologisk studie undersökte Ruscio et al. (2010) sambandet mellan OCD-symptomatologi, poäng på The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS; Goodman et al., 1989), och viktiga förmågor i vardagen. I ett urval på 2073 individer fann man ett signifikant och positivt samband mellan allvarlighetsgrad och grad av svårighet att utföra bland annat hemsysslor, delta i sociala aktiviteter, arbetsförmåga och förmåga att upprätthålla goda relationer. Foa refererar till en Gallup-undersökning (1990, i Foa et al., 2012) i vilken amerikanska individer med OCD rapporterade förlust av vänner och bristande förmåga till intimitet med andra på grund av sina tvångsbeteenden. Enligt Torresan et al. (2013) lever män med OCD oftare som singlar (jämfört med kvinnor med OCD). Kvinnor är oftare gifta/sambor med barn, vilket kan bero på att de i högre grad uppvisar tvångsbeteenden som går att förena med familjelivet (till exempel renlighetstvång).

Upp till 90% av de som lever med OCD uppfyller kriterier för minst en ytterligare psykiatrisk diagnos, framförallt ångestsyndrom (49 % - 75,8 %) och stämningssyndrom (27% - 63,3 %) men också andra axel-1 diagnoser (Ruscio et al., 2010; Weissman et al., 1994) som till exempel ätstörning (Kasvikis et al., 1986; Bertrand et al., 2011), autism, ADHD, tics etcetera (Brown et al., 2001; Ruscio et al., 2010). Att leva med långvarigt tvångssyndrom kan resultera i depression (Bellodi et al., 1992; Diniz et al., 2004). Om individen lider av svår OCD kombinerad med svår depression visar forskning att tillstånden är mer svårbehandlade (Abramowitz & Foa, 2000). Huppert et al. (2009) fann att samsjuklighet i form av depression är den vanligaste bidragande orsaken till en försämrad hälsorelaterad livskvalitet. En studie av

Storch et al. (2008) visar att även beteendestörning och attention-deficit/hyperactive disorder (AD/HD) bland unga verkar ge sämre utfall på behandlingseffektivitet.

Sammanfattningsvis resulterar tvångssyndrom i en funktionsnedsättande sjukdomsbild (American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force, 2013; Ruscio et al., 2010). Tillståndet ter sig något olika mellan kvinnor och män, både när det kommer till utveckling och fenotyp. Drabbade rapporterar lidande, som ofta är kroniskt, med negativ påverkan på livskvalitet och med hög grad av samsjuklighet samt ökad suicidrisk (Fernandes de la Cruz et al., 2016; Huppert et al., 2009; Ruscio et al., 2010; Weissman et al., 1994).

OCD utifrån modeller i kognitiv beteendeterapi

Idag vet vi att tvångssyndrom beror på dels genetiska sårbarheter, dels miljöbetingade eller inlärdade orsaker (som tex. trauma och stress). Avsnittet nedan syftar till att gå igenom teoretiska modeller för inläring samt till att sammanställa en del av den forskning som undersöker genetiska faktorerens inverkan vid OCD.

Herbert O. Mowrer's tvåstegsmodell (1939; 1960) är baserad på inläringsteori som förklarar uppkomst och vidmakthållande av rädsla och undvikandebeteenden. En neutral händelse eller ett objekt paras ihop med rädsla, så kallad respondent betingning (Skinner, 1938). Vissa objekt vi fruktar är svåra eller omöjliga att undvika fysiskt varför vi försöker göra det psykiskt eller beteendemässigt med hjälp av ritualer. I och med att ångest reduceras eller att andra känslor tillkommer som en konsekvens av ritualerna, blir dessa förstärkta genom det vi kallar operant betingning som är en form av konsekvensinläring (Skinner, 1938).

Salkovskis (1985) har utvecklat en kognitiv inlärningsmodell för OCD. Utgångspunkten är att individen, under sin uppväxt, utvecklar mer eller mindre dysfunktionella grundantaganden (core beliefs: Beck, 1967) och övertygelser som väcker orimligt obehag (ångest, rädsla, äckel etcetera) via spontana och hastigt förbipasserande negativa tankar och tankefällor. Dessa är olika typer av systematiska förvrängningar och feltolkningar av inre och yttre intryck som ger ångest eller annat obehag, vilket individen på kort sikt reglerar ner med ritualer. Ritualerna drivs av en övertro på individens eget ansvar, värdet av kontroll och att osäkerhet är oacceptabelt. På lång sikt hämmar övertygelserna och ritualerna en mer adaptiv utveckling av förmågor som flexibel problemlösning, resonering och uppmärksamhet, och dessa påverkar i sin tur individens förmåga att reglera känslor och negativa tankar (Salkovskis, 1985).

Foa och Kozak (1986; 2006) bygger vidare på Lang's Bioinformational theory (1979) som beskriver emotioner i nätverk. Enkelt förklarar utvecklaren patologisk rädsla genom felaktig inläring som skapar ett dysfunktionellt informationsnätverk (i hjärnan), genom vilket individen upplever sin inre och yttre värld. Individer med ångestsyndrom tenderar att överdriva fara i situationer, de feltolkar betydelsen av rädslostimuli varpå deras reaktioner blir överdrivna i relation till de verkliga riskerna.

Idag finns etiologiskt stöd för OCD som en dimensionell diagnos, som utöver inläring, har en biologisk grund (Abramowitz et al., 2010). Maladaptiv känslereglering genom tvångstankar och ritualer beror bland annat på försvagningar i förbindelser mellan prefrontala cortex och dorsala delar av hjärnan som påverkar till exempel motorisk inhibering och förmågan till kognitiv samt beteendemässig flexibilitet (Fineberg et al., 2018). Vid OCD syns hyperaktivitet i looperna cortex-striatum- thalamus (CSTC) som är involverad när vi flexibelt riktar beteenden mot mål och belöning (Ruscio et al., 2008).

Sammanfattningsvis finns det olika modeller och teorier som förklarar uppkomst och vidmakthållande av symtom för OCD (Fineberg et al., 2018; Mowrer, 1939; 1960). I beskrivning av syndromet fokuserar nämnda KBT- teoretiker på brister och dysfunktion i såväl i tankar och känslor, som i overta beteenden och fysiologiska reaktioner (Foa & Kozak 1986; 2006; Salkovskis, 1985). Tydlig är även förklaringen om diagnosen som flerdimensionell med grund i individens inläring, genetik och biologi (Fineberg et al., 2018; Ruscio et al., 2008;).

Behandling av OCD

Exponering med responsprevention, ERP, har sedan 60-talet varit den behandlingsform med starkast forskningsstöd för symtomreduktion vid OCD (Meyer 1966; Olatunji et al., 2013). År 1996 undersökte Foa och Kozak effektiviteten av ERP vid OCD. 12 studier med 330 patienter jämfördes. 83 % av de patienter som genomfört och avslutat ERP-behandling uppvisade symtomreduktion. Franklin et al. (2000) fick ett liknande resultat i en studie med 110 patienter fyra år senare. I en artikel av Olatunji et al. (2013) jämför man ERP med andra behandlingsmetoder för tvångssyndrom. Resultatet ger ytterligare tyngd till att ERP är den mest effektiva behandlingsmetoden.

Varför fungerar ERP?

Exponering, som intervention, och dess effektivitet har sedan 80-talet förklarats med hjälp av Emotional Processing Theory (EPT; Foa & Kozak, 1986; Rauch & Foa, 2006), som

utgår ifrån att individen genom exponering habituerar, det vill säga erfar ångestreaktioner som avtar på grund av tillvänjning. Patienten utsätter sig här för ett fruktat stimuli (en situation eller ett objekt, tanke etcetera) som hen vanligtvis undviker, exempelvis smuts, och genom habituering avtar ångesten till en mer hanterbar nivå, vilket främjar nyinlärning, det vill säga en individs ”förmåga att ändra sitt beteende till följd av erfarenhet” (Eelen et al., 2001, s. 250).

En nyare teori om nyinlärning, Inhibitory learning theory, (ILT; Jacoby & Abramowitz, 2016), har under senare år använts som förklaringsmodell för de goda effekterna av ERP. Modellen grundar sig på att det förväntade, katastrofala uteblir, vilket leder till utsläckning eller inhibering av tidigare inlärd information. Genom en “övertäckningseffekt” (Expectancy violation: Rescorla & Wagner, 1972) upplever patienten en diskrepans mellan det hen tror ska hända och det som faktiskt inträffar (Craske et al., 2014). Enligt ILT ger övertäckningseffekten en kraftfull nyinlärning genom att patienten upplever oväntad förvåning eller intresse kring sin upplevelse samt en känsla av framgång till exempel att hen klarar av att stå ut med ångest och hantera den fruktade situationen med sina olika färdigheter (Craske et al., 2014). Craske et al. (2008; 2014) menar därför att det är effektivt att undvika kognitiv omstrukturering och markant habituering innan och under exponeringen. När individens tidigare sätt att begripa sin upplevelse skiljer sig från ny information eller nya intryck sker det en så kallad ackommodation, dvs. att man anpassar redan existerande kunskap med ny information (Piaget, 1971). Det nya man erfarit blir på så sätt begripligt och en kognitiv omstrukturering kan ske (Foa et al., 2006). Kognitiv omstrukturering (Clark et al., 1999) handlar om att kognitioner och tankeprocesser förändras och patienten kan på så sätt få mer hjälpsamma tankar och övertygelser om sig själv, andra och framtiden, vilket man eftersträvar som en positiv behandlingseffekt inom KBT (Beck, 1967; Clark et al., 1999). Genom det vi tänker och tolkar formas våra grundantaganden (Beck, 1967) vilket förklaras som en grundläggande inställning till oss själva, andra eller framtiden. Exempel på grundantaganden vid OCD kan vara “jag är smutsig, jag är trasig”, “andra är ansvarslösa” och “framtiden är osäker”.

Hur fungerar ERP?

Olika ERP-behandlingar kan skilja sig åt men grundprinciperna är de samma. Genom exponering får patienten möjlighet att närma sig och konfrontera obehagliga tankar, minnesbilder och impulser. Responspreventionen handlar om att vid förhöjd ångest undvika

användandet av säkerhetsbeteenden och ritualer (det vill säga det som ger en kortvarig känsla av säkerhet, exempelvis tillgång till en skyddande person, upprepande av en sifferkombination, lugnande psykofarmaka, att sitta eller stå i en viss ställning), för att istället öka flexibilitet och lära in adaptiva färdigheter för känsloreglering (Craske et al., 2014).

I en artikel av Gillihan et al. (2012) beskriver författarna vanliga fallgropar vid ERP-behandling för patienter med OCD och jämför ERP-behandling med cancerbehandling där det på samma sätt är viktigt att komma åt alla ”celler”, det vill säga vid OCD-behandling (ERP) alla former av ritualer och undvikande. Att lämna obehandlade områden är problematiskt eftersom det ökar risken för återfall. Maximal effekt av exponering kräver att man i toppen av ångesthierarkin involverar stimuli eller aktiviteter som personer utan OCD normalt sätt inte gör, till exempel att vid rengöringstvång äta från en toalettstol. Ett vanligt misstag vid exponering är att terapeuten brister i att uppmuntra patienten att fullt ut närma sig sina mest ångestväckande stimuli eller situationer. Som psykoterapeut är det lätt att bli påverkad av patientens kraftfulla ångest och undvikande. Andra vanliga misstag är att behandlaren ger patienten lugnande försäkringar, till exempel tillåter säkerhetsbeteenden eller utför ”fel sorts” exponering, in vivo istället för imaginär och vice versa. Exponering in vivo (Meyer, 1967) innebär konfrontation av det hotfulla, ångestväckande, i verkliga situationer medan med imaginär exponering (Foa et al., 1980) menas exponering av inre mentala bilder, ritualer, tankar och känslor. En utmaning i ERP-behandling är om patienten döljer sina ritualer under exponeringen, eftersom det kan påverka behandlingen negativt. Författarna betonar slutligen vikten av att i en komplett OCD-behandling involvera anhöriga, eftersom de utgör en så stor del av patientens vardag och kan vara en del av patientens problematik, exempelvis genom att ge försäkringar eller utföra handlingar som patienten undviker (Gillihan et al., 2012).

Forskningsläget rörande hur ofta och hur länge ERP ska genomföras för att vara effektiv är i dagsläget svårare att överblicka, då många olika och effektiva format har studerats. En studie av Foa et al. (1984) refererar till effektiva OCD-behandlingar som bestod av 15 tillfällen med 120 minuters-exponeringar (hembesök inkluderade) under tre veckor. En annan studie av Foa et al. (1992) visar på positivt behandlingsresultat efter dagliga sessioner i ungefär en månads tid. Abramowitz et al. (2003) såg lovande behandlingsresultat efter glesare sessioner. Abramowitz (1996) fann i tidigare nämnd metastudie ingen signifikant korrelation mellan effekt på OCD-symtom och antalet sessioner i behandlingarna, hur många veckor de pågick eller hur många sessioner som ingick per vecka. Det enda i behandlingens form som

hade ett samband med effektstorleken var längden på sessionerna. Enligt Rosa-Alcázar et al. (2008) och Olatunji et al. (2013) är det intensiteten i sessionen eller sessionerna som predicerar behandlingsutgång (symtomreduktion) inte antal veckor och antal sessioner patienten får ERP-behandling. Trots att ERP är en beforskad metod är kunskapsläget rörande hur genomförandet av ERP blir så effektivt som möjligt alltså fortfarande oklart.

Då tidigare forskning främst studerat hela behandlingar, som innehåller olika typer av beteendeexperiment och exponeringar, och ibland även andra inslag såsom psykoedukation och enklare kognitiva interventioner, finns det även oklarheter kring vilka behandlingskomponenter inom ERP som faktiskt bidrar till symtomreduktion. För att bidra till ökad klarhet i frågan, gjorde Abramowitz (1996) en omfattande metaanalys kring effektstorlek av olika typer av och innehåll i ERP-behandlingar. För symtomreduktion på sikt fann de att exponering med terapeut var att föredra framför exponering på egen hand. Medelvärde för eftermätningarnas effektstorlek (jämfört med förmätningarna) var för terapeutledd ERP 1.58 och för självkontrollerad ERP 0.81. Vid uppföljningarna var effektstorleken för terapeutledd ERP i genomsnitt 1.47 och vid självkontrollerad ERP 0.84. De fann vidare att effektiv och tydlig responsprevention (jämfört med ingen eller partiell responsprevention) ökar behandlingseffekten. Medelvärde för effektstorlekarna i studier med total responsprevention var 1.67 och i de med partiell responsprevention 1.11, vid uppföljning 1.46 respektive 1.09. Effektstorlekarna för de få studier som inte innehöll någon responsprevention presenterades inte i artikeln. Gällande ångestreduktion (för individer med OCD som fick behandling) såg Abramowitz et al. (1996) att kombinationen in vivo och imaginär exponering var mer effektiv jämfört med enbart in vivo. Medelvärde av effektstorlekarna (gällande skillnader mellan för- och eftermätning) för endast in vivo på generella ångestsymtom var 0.91 medan medelvärde för in vivo i kombination med imaginativ exponering var 2.76.

ERP ställer krav på både viss sjukdomsinsikt och hög motivation hos patienten då denne själv behöver exponera sig, både under och efter behandlingsperioden (Franklin & Foa, 2014). Motivationen är viktig då det kan ske en temporär ökning av symtom i början av behandlingen, vilket kan innebära ökat lidande för patienten under en tid (Foa et al., 2012). Som nämnt tidigare är ritualer i sig svåra att övervaka eftersom de kan ske i patientens inre värld eller på andra vis kamoufleras med eller mot patientens vilja (Craske et al., 2014). Foa et al. (2012) skriver att det sammantaget finns stöd för att ERP ger

symtomreduktion som håller sig över tid men flertalet individer har kvar restsymtom efter behandling som kan vara mer eller mindre funktionshindrande. Detta ställer krav på individen att ha en aktiv attityd till sina symtom och fortsätta exponera samt arbeta med responsprevention efter behandlingen.

Befintliga ERP-behandlingar är både känslomässigt intensiva och ställer krav på tid, ork, kreativitet, mod och engagemang (Craske et al., 2014; Gillihans et al., 2012). De tar också mycket tid i anspråk för de behandlare som erbjuder ERP. De studier som fastslagit effektivitet av ERP vid OCD har främst tittat på tidsintervall mellan och intensitet i sessionerna (Abramowitz, 1996; Olatunji et al., 2013; Rosa-Alcázar et al., 2008).

En-sessionsbehandlingar för ångestsyndrom

Lars-Göran Öst (1989) utvecklade under åttiotalet en manual för en-sessionsbehandling avseende specifik fobi. Behandlingen är en intensiv tretimmarsexponering in vivo och har i flera studier visat sig effektiv vid specifik fobi (Kimberly & Thomsson, 2008). Manualen kombinerar behandlingstekniker som exponering, beteendexperiment och modellering med kognitiv omstrukturering och förstärkning. Studier visar att en-sessionsbehandling vid specifik fobi har en direkt positiv effekt på ångestreaktionens fysiologi, kognitioner och beteenden (Kimberly och Thomsson, 2008). En-sessionsbehandling har även visat lovande resultat vid andra ångestillstånd (Abramowitz, 2013). Exempelvis fann Knutsson et al. (2019) att en session med exponering minskade symptom vid social ångest. Det finns dock oss veterligen idag ingen studie som undersöker effekten av en-sessionsbehandling vid tvångssyndrom.

Sammanfattning

Upp till tre procent av jordens befolkning lever med OCD (Flament et al., 1988; Fontenelle et al., 2006; Kessler et al., 2005) och tillståndet är ett av de tio mest funktionsnedsättande enligt WHO (Murray & Lopez, 1996). Även om forskningen vi går igenom ovan visar att ERP mot OCD är en effektiv behandling som står sig vid uppföljningar många år efter avslutad behandling, så lever många med kvardröjande symtom efter avslutad behandling och vi vet mindre om exakt vad som är effektivt i behandlingen eller hur länge den ska pågå för att vara så effektiv som möjligt. Som nämnts ovan är OCD ett svårbehandlat tillstånd av flera olika skäl: på grund av samsjuklighet, på grund av krav och motivation i den psykoterapeutiska situationen och på grund av det egna arbete som ligger på behandlare, patienten och anhöriga (Abramowitz & Foa, 2000; Craske et al., 2014; Gillihan et al.,

2012; Ruscio et al., 2010; Weissman et al., 1994). Studier som fastslagit effektivitet av ERP vid OCD har främst tittat på intensitet i mellan och tidsintervall mellan sessionerna (Abramowitz, 1996; Olatunji et al., 2013; Rosa-Alcázar et al., 2008). Det saknas idag därför kunskap om komprimerad ERP-behandling för OCD, till exempel under en session såsom vid specifika fobier, vilket ur ett ekonomiskt och etiskt perspektiv torde vara fördelaktigt att erbjuda patienten om det samtidigt har effekt, både som huvudintervention, som en del i en större behandling och som underhållsbehandling för de som lever med kvardröjande symtom.

Sammantaget gör kunskapsläget rörande behandling av OCD och dess tillkortakommanden oss intresserade av att undersöka om en-sessionbehandling med ERP har effekt mot OCD. Vi har utformat behandlingen med utgångspunkt i forskningsfynd kring maximering av effekten av exponering, framförallt enligt Craske et al. (2014). Ett syfte med vår studie blir således att ta reda på om en-sessionsbehandling med ERP kan ha en symptomlindrande effekt på patienters OCD och deras psykiska mående. Dessutom vill vi diskutera om en-sessionsbehandlingar kan vara ett sätt att komplettera och kanske även effektivisera dagens vård för de som lider av tvångssyndrom.

Frågeställningar och hypoteser

Utgångspunkten i följande studie är frågeställningen om en enda 90 minuter lång och intensiv session med ERP är effektiv för att minska symtom hos deltagare med diagnosen OCD, samt om behandlingen är mer effektiv än kontroll, i detta fall i form av icke-OCD-specifik psykoedukation. Vi ställer även frågan och undersöker om ERP, som en bieffekt, påverkar kognitioner relaterade till individens OCD, dels tankar om specifika ångestväckande situationer, dels mer generella och negativa grundantaganden. Med grund i tidigare forskning rörande ERP vid OCD (Abramowitz, 1996; Craske et al., 2014; Gillihan et al., 2012; Olatunji et al., 2013; Rosa-Alcázar et al., 2008) och en-sessionsbehandlingar mot andra ångestrelaterade syndrom (Abramowitz, 2013; Kimberly & Thomsson, 2008; Knutsson et al., 2019), ställde vi tre riktade hypoteser:

- 1) En-sessions ERP minskar OCD-symtom och effekten håller i sig fyra veckor senare.
- 2) En-sessions ERP minskar upplevd ångest och effekten håller i sig fyra veckor senare.

3) En-sessions ERP visar starkare effekt än icke-OCD-specifik psykoedukation gällande att minska symtom på OCD och ångest, och skillnaden håller i sig fyra veckor senare.

Metod

Denna experimentella studie är genomförd med formellt godkännande av Etikprövningsmyndigheten, EPN 2016/493. Studien är del av ett större forskningsprojekt, som utöver ERP och kontrollgrupp, även innefattat en grupp som erhållit behandlingsinterventionen *imagery rescripting* (ImRs, Hackman et al., 2000; Speckens et al., 2007). En aktiv kontrollgrupp användes med icke-OCD specifik psykoedukation (Edu). Rekrytering till denna studie är i skrivande stund fortfarande pågående. Tilldelning till respektive betingelse, ERP, ImRs och kontrollgrupp, har skett genom triplettrandomisering (förklaras närmare under avsnittet procedur nedan), men vår studie har endast undersökt en delmängd av insamlade data som rör ERP. Tillvägagångssätt och resultat för ImRs omfattas inte av denna uppsats.

Design

För att undersöka om en-sessionsbehandling med ERP har effekt på tvångssymtom och ångest samt om denna intervention är effektivare än icke-OCD-specifik psykoedukation, använde vi en experimentell design med randomisering till någon av betingelserna ERP och kontroll. Deltagarna fick i form av frågeformulär skatta mått på tvångssymtom och ångest vid två tillfällen innan intervention (M1 och M2) och två uppföljande tillfällen, efter en vecka (M4) och fyra veckor (M5) efter behandlingen. *Behandlingsspecifika skattningar* (BS; förklaras nedan) togs även direkt efter behandlingen (M3), vilket gav totalt vid fem mättillfällen för de som var i ERP-betingelsen. Deltagare i kontrollgruppen slumpades till att erbjudas antingen ERP eller ImRs efter fyra veckor uppföljningen och studiens avslutande och därför togs de behandlingsspecifika skattningar som hörde till den behandling de då skulle få.

Designen medger både mellangruppsjämförelser avseende de primära måtten och inom-gruppsjämförelser för ERP-betingelsen avseende både primära mått och behandlingsspecifika skattningar. Detaljerna kring Edu återfinns under avsnittet Material nedan.

Deltagare

Inklusionskriterier för studien var vuxna, 18 år och uppåt, som uppfyllde kriterier för OCD enligt DSM-5. I syfte att gruppen skulle vara så representativ som möjligt för de

patienter med OCD som återfinns inom hälso- och sjukvården, var samsjuklighet var inget exklusionskriterium, med undantag av vissa tillstånd. Dessa var svår depression, hög suicidrisk, allvarlig beroendeproblematik, pågående psykos, organiska störningar (hjärnskada med svåra symptom) och dokumenterad intellektuell funktionsnedsättning. Vidare var nyligen insatt eller ändrad psykofarmaka samt annan pågående psykoterapeutisk behandling exkluderande.

Efter randomisering och avhopp fullföljde totalt nio deltagare i ERP-gruppen och fem deltagare i kontrollgruppen behandlingsintervention och efterföljande mätningar. I ERP-gruppen var fem deltagare kvinnor och fyra män. I kontrollgruppen var fyra deltagare kvinnor och en man. Åldersvariansen för samtliga 14 deltagare var från 21 till 52 år, medelåldern var 33 år.

Deltagarna rapporterade att tvångssymtom startat under såväl barndom (tre deltagare), tonår/ung vuxen (tio deltagare) och sedan 1,5 år tillbaka (en deltagare). En av deltagare uppgav att ett trauma i vuxen ålder hade utlöst OCD.

Samsjukligheten varierade från enstaka tillstånd till en kombination av olika diagnoser. I ERP-gruppen hade tre av deltagarna borderline personlighetssyndrom, varav två i kombination med autism och en deltagare också i kombination med Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Två av deltagarna med borderline personlighetssyndrom hade också posttraumatiskt stressyndrom (PTSD). Utöver detta hade två av deltagarna depression, varav en också social ångest. Två av deltagarna hade diagnoserna generaliserat ångestsyndrom (GAD) och panikångest. En deltagare hade hälsoångest, panikångest, irritable bowel syndrom (IBS) och ängsligt personlighetssyndrom. En deltagare hade enbart OCD-diagnos.

I kontrollgruppen hade tre av deltagarna diagnosen GAD. En av deltagarna uppgav ångest och stress som samsjuklighet. Den femte deltagaren hade diagnos autism.

Behandlare

Vi var fem behandlare som utförde behandlingarna. Tre av oss är legitimerade psykologer och två socionomer. Alla fem har en grundläggande psykoterapeutisk utbildning i KBT och studerar sista terminen av sex på den legitimationsgrundande psykoterapeututbildningen. Inför studien och det terapeutiska arbetet fick vi en genomgång i behandlingsteknikerna ERP och ImRs. Våra mentorer var två legitimerade psykoterapeuter och handledare inom KBT med lång erfarenhet av ERP. Vi genomförde behandlingarna enligt

ett protokoll (bilaga 4) och vi spelade in alla behandlingarna. Handledarna kontrollerade vår metodologiska följsamhet genom att jämföra en provsession (för både ERP och Edu) med protokollen. Handledaren bedömde sessionerna utifrån följsamhet och på ett efterföljande uppföljningsmöte diskuterade vi avvikelser från metoden samt förslag för förbättring. Därefter påbörjade vi sessioner med studiens forskningsdeltagare.

Behandlingsintervention, kontrollgrupp och mätinstrument

ERP

ERP-interventionen genomfördes av behandlaren och deltagaren tillsammans under en session på sammanlagt 90 minuter. Exponeringen utgick från deltagarens individuella ångesthierarki, som är en lista över ångestprovocerande situationer, rangordnade i svårighetsgrad i samarbete med deltagaren direkt innan ERP. Deltagaren fick därutöver hjälp att formulera sina katastroftankar och föreställningar kopplade till situationerna innan ERP. Deltagaren fick redogöra för sina ritualer och säkerhetsbeteenden och hen fick instruktion att undvika användandet av dem, då de kan minska effekten av behandlingen. Sedan fick deltagaren välja en eller ett par fruktade situationer från listan, därefter direkt utsätta sig för dessa, utan att använda några tvångsritualer eller andra säkerhetsbeteenden. Vi utförde exponeringen på utvalda platser med lämplig rekvisita, exempelvis på mottagningens toalett, utomhus eller på behandlaren's mottagningsrum. Vi prioriterade varierande steg i obehag och överraskningseffekt framför full habituering av ångestreaktionen och alla terapeuter främjade nyinlärning både i form av att uppmuntra deltagaren att stå ut med variationer i ångest och genom att påverka exponeringarna så att de kunde maximera och erfara motsägelser till deltagarens tidigare kartlagda katastroftankar och föreställningar under ERP, allt i enlighet med riktlinjer från Craske et al. (2008; 2014). För att behandlaren skulle ha en referenspunkt under exponeringen och kunna förstärka överraskningseffekter använde vi oss av upprepade skattningar av ångest från 0–100, liknande en skala för subjektivt obehag (Subjective Units of Distress Scale, SUDS).

Edu.

Deltagarna i kontrollgruppen fick icke-OCD specifik psykoedukation under ca 60 minuter. Allt som allt, med frågeformulär och behandlingsspecifika skattningsskalor, tog besöket ca 90 minuter. Med behandlaren närvarande i rummet fick deltagarna läsa två kapitel omfattande 38 sidor text, vilken berörde kognitiv teori och emotionsteori på ett mer allmänt plan. Kapitlen är tagna från Anna Kåvers bok, "KBT i utveckling. En introduktion till

kognitiv beteendeterapi” (2006). Deltagarna fick läsa i 35–40 minuter, och fick därutöver en kortare paus. I syfte att deltagaren inte skulle få OCD-specifik psykoedukation fanns ingen möjlighet att ställa frågor om texterna.

Behandlingspecifika ERP-skattningar (BS)

Utöver nedan beskrivna frågeformulär använde vi skattningsskalor från en liknande studie av Knutsson et al. (2019) där man jämförde exponering med ImRs vid social fobi. Frågorna utgick också i denna studie från deltagarens individuella ångesthierarki. Skalorna var följande: Exponeringsångest (EÅ), graden av undvikande (Exponeringsundvikande, EU) samt styrkan i övertygelsen om de katastrofala konsekvenser som skulle följa av att möta tvångssituationerna utan ritualer (Exponeringsövertygelse, EÖ). Skalorna gick från 0 (ingen ångest alls/inte alls undvikande/inte alls övertygad) till 100 (extremt mycket ångest/utan undantag undvikande eller ritual/helt och hållet övertygad). Vi identifierade en central negativ föreställning som deltagaren hade om sig själv, andra eller framtiden utifrån den valda tvångstanken eller situationen. Deltagarens övertygelse om att denna föreställning stämde (Emotionell betydelse, EB) fick hen skatta från 0 (inte alls övertygad) till 100 (helt och hållet övertygad).

Skattningsskalor för tvångs- och ångestsymtom

Becks Anxiety Inventory (BAI: Beck, A. et al., 1988). BAI är ett självskattningsformulär utarbetat i avsikt att mäta ångestsymtom. Formuläret består av 21 vanliga symptom på ångest där ett värde mellan 0 och 3 indikerar symptomens svårighetsgrad, från 0 (inte alls, inga symptom) till 3 (mycket, har knappt stått ut). Resultat mellan 0–7 poäng indikerar ”minimal ångest”, 8–15 poäng ger ”mild ångest”, 16–25 poäng ”moderat ångest” och 26–63 poäng visar på ”svår ångest”. Formuläret anses mäta såväl fysiologiska som kognitiva symptom. Formuläret har god diskriminativ validitet, det skiljer ångest från depression (Beck et al., 1988). Test-retest reliabilitet är $r = 0.75$ (en vecka). Cronbachs alfa = 0.92 (Beck et al., 1988), det vill säga en hög intern konsistens. Klinisk norm för tvångssyndrom är 21.96 (SD=12.42; Beck et al., 1988).

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS: Goodman et al., 1989). Y-BOCS är en semistrukturerad intervju kombinerad med en självskattningsskala som kartlägger tvångstankar och/eller tvångshandlingar samt syndromets svårighetsgrad. Instrumentet är utvecklat i screeningssyfte och ska inte användas som enda underlag för en diagnos. Den semistrukturerade intervjudelen består av 64 items som räknas samman till en

”Y-BOCS symptomlista”. Symptomchecklistan skiljer mellan nuvarande och tidigare tvångshandlingar respektive -tankar. Självskattningsskalan består av tio items, som ger ett värde mellan 0 och 4, vilket indikerar grad av symtom. Högre värde betyder svårare symtom och maxpoäng för självskattningen är 40. Under sju poäng indikerar ”ingen/lägre grad” av OCD, 8–15 poäng ger ”mild grad” av OCD och 16 poäng är cut-off för en ”moderat OCD”. Vidare anger 24–31 poäng ”svår grad” av OCD, medan 32–40 poäng på ”allvarlig grad” av OCD (Goodman et al., 1989). En metaanalys av López-Pina et al., (2015) har beräknat genomsnittlig Cronbachs alpha till .87. Cronbachs alpha är .89 för totalskalan (Abramowitz & Deacon, 2006), vilket talar för en god intern konsistens.

The Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R: Foa et al., 2002). OCI-R är ett självskattningsformulär som mäter allvarlighetsgraden av tvångssyndrom och OCD. Instrumentet består av 18 olika påståenden där grad av bekymmer eller svårighet skattas på en skala från 0 (= inte alls) till 4 (=extremt mycket). Totalpoäng på skalan är 72, där över 21 poäng indikerar på OCD. Påståendena kan delas upp i sex olika problemområden och resultatet bildar delskalorna: ”washing”, ”checking”, ”ordering”, ”obsessing”, ”hoarding” och ”neutralizing”. Test-retest reliabilitet har god stabilitet; ”intraclass” korrelationskoefficienter från .81–.89. Cronbachs alfa på 0.81 till 0.93 indikerar mycket god reliabilitet (Foa et al., 2002).

Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S: Montgomery et al., 1979). För att kunna utesluta svår depression och hög suicidrisk använde vi frågeformuläret MADRS-S, vilket är självskattningsversionen av intervju MADRS. Instrumentet är framtaget för användning vid bedömning av depression eller depressiva symtom och för att följa förloppet vid depression. Instrumentet innehåller nio items som frågar efter symtomen sinnesstämning, oros känslor, sömn, matlust, koncentrationsförmåga, initiativförmåga, känslomässigt engagemang, pessimism och livslust. Varje fråga skattas enligt en sjugradig skala med fyra definierade och tre mellanliggande icke-definierade skalsteg. Frågorna kan ge mellan 0 och 6 poäng, där högre poäng indikerar högre grad av depression. Test-retest reliabilitet har visat $r =$ mellan 0.80 och 0.94 (okänt tidsintervall) och ICC på 0.78–0.88 har påvisats en vecka mellan skattningar (Fantino & Moore, 2009; Yee et al., 2015). Klinikeradministrerad MADRS visar en Cronbachs alfa på 0.59-0.91 på vuxna 18–70 år (Cunningham et al., 2011).

Mini internationell neuropsykiatrisk intervju (*M.I.N.I.; Sheehan et al., 1997*). Slutligen, i syfte att försäkra att patienten uppfyllde kriterierna för OCD, klargöra samsjuklighet och identifiera om patienten uppfyllde någon av uteslutningskriterierna använde vi utvalda delar av M.I.N.I. enligt DSM-5. Instrumentet är en kortfattad, strukturerad intervju som används i syfte att screena de 17 huvudsakliga psykiatriska störningar i enlighet med DSM-5 och ICD-10. Validerings- och tillförlitlighetsstudier har gjorts som jämför M.I.N.I med SCID-P och DSM-III-R och med CIDI (en strukturerad intervju som utvecklats av WHO). Resultaten visar på god och liknande tillförlitlighet och validitet som SCID-P men med en kortare administrationstid. Administrationstiden är av en erfaren kliniker beräknat på ungefär 15 minuter (Sheehan et al., 1997).

Procedur

På våra arbetsplatser och organisationer inom Region Skånes Vuxenpsykiatri samt vårdcentraler i Lund och Malmö blev ledningsgrupperna informerade om forskningsprojektet via mejl under hösten 2020. De hade där möjlighet att ställa frågor och samtyckta till att vi fick utföra vår studie. Mejlet beskrev projektet, studiens syfte samt informerade om att den var etikgranskad och godkänd (Se bilaga 1). Samtliga ledningsgrupper godkände projektet.

Efter ledningsgruppernas godkännande formulerade vi en *öppen intresseanmälan* (se bilaga 2) i form av en flyer, riktad till deltagare, det vill säga patienter inom organisationerna. Under vintern 2020 till våren 2021 satte vi upp flyern i väntrum på olika vårdcentraler och vuxenpsykiatriska öppenvårdsmottagningar i Skåne. Flyern innehöll en kort informativ text om studien, syfte och aktuella kontaktuppgifter. I texten framgick att vi ämnade undersöka två olika behandlingstekniker för OCD/tvångsproblematik i en en-sessionsbehandling och att deltagandet inte kunde betrakta denna som alternativ till en fullständig Kognitiv Beteendeterapi (KBT) mot OCD, samt att deltagandet var frivilligt och utan ersättning. Vidare informerade vi våra kollegor inom klinikerna om studien på arbetsplatsträffar, behandlingskonferenser, Facebook och via e-post. Våra kollegor, som på så sätt hade kännedom om patienter, ställde därefter en initial fråga till möjliga deltagare om intresse att delta i studien och bad om samtycke till att lämna ut kontaktuppgifter till oss. Deltagare rekryterades således dels genom att de tog kontakt efter att ha läst flyern, dels genom att de anmälde intresse via sin ordinarie behandlare (som ej var kopplad till studien i övrigt).

Vid anmäلت intresse kontaktade vi initialt varje deltagare via telefon och gjorde en första grovsällning avseende inklusions- och exklusionskriterier. Deltagaren fick även möjlighet att ställa frågor om studien och avanmäla sitt intresse. Om deltagaren uppfyllde kriterierna och önskade delta kallade vi till en första intervju, se Figur 1. Inför intervjun skickade vi in våra samt deltagarens initialer till vår handledare som, av sekretesskäl, tilldelade deltagaren en individuell deltagarkod, skapad vid randomisering till en av de tre betingelserna ERP, ImRs eller kontroll. Detta skedde löpande då tre deltagare fanns tillgängliga. Målet var att rekrytera 60 deltagare till studien, 20 deltagare till vardera betingelse, men av skäl, sannolikt relaterade till den pågående pandemin, vilka vi ämnar belysa i avsnittet Diskussion, gick rekryteringen långsammare än förväntat. Av tidsskäl lämnade vi rekryteringen i mars 2021, vilken fortfarande pågår inom det större forskningsprojektet, vid 33 deltagare för att inleda databearbetningen. Vi hade då elva deltagare i varje betingelse. Av dessa var det elva som av olika anledningar hoppade av studien; sex inom kontrollgrupp, två i ERP och tre i ImRs. Således var det totalt 22 deltagare som fullföljde behandling och alla mätningar, nio i ERP, åtta i ImRs och fem i kontrollgruppen. I föreliggande studie undersöker vi endast ERP och kontrollbetingelserna.

Figur 1
Överblick av procedur och mätfällena

T e l e f o n k o n t a k t	R a n d o m i s e r i n g	Fysisk träff 1*	Fysisk träff 2**			Uppföljning 1 och 2 ***	
		Mätfälle 1 (M1)	Mätfälle 2 (M2)	B e h a n d l i n g	Mätfälle 3 (M3)	Mätfälle 4 (M4)	Mätfälle 5 (M5)
		MADRS Y-BOCS OCI-R BAI EÅ EU EÖ EB	Y-BOCS OCI-R BAI EÅ EU EÖ EB		EÅ EU EÖ EB	Y-BOCS OCI-R BAI EÅ EU EÖ EB	Y-BOCS OCI-R BAI EÅ EU EÖ EB

*Intervju, SORK, val av situationer, skattningar etc.

** Fysisk träff 2 äger rum tre-tio dagar efter Fysisk träff 1

***M4 sker per telefon sju dagar efter Fysisk träff 2. M5 sker per telefon 4 veckor efter behandlingstillfället (fysisk träff 2)

Efter det första telefonsamtalet kallade vi deltagaren till en första fysisk träff, där vi genomförde en diagnostisk och klinisk intervju, bedömde deltagaren i relation till diagnoskriterier med M.I.N.I., säkerställde samtliga inklusions- och exklusionskriterier samt genomförde en första baslinjemätning (M1) med frågeformulären BAI, Y-BOCS, OCI-R och MADRS. Vidare fick deltagaren med hjälp av oss göra en beteendeanalys, så kallad SORK, avseende en utvald, individuell tvångssituation. Syftet var att kartlägga kortsiktiga och långsiktiga konsekvenser av deltagarens tvångstankar och/eller tvångshandlingar. Därefter informerade vi deltagarna om vilken behandlingsintervention hen hade randomiserats till. I anslutning till detta utförde vi en semistrukturerad intervju enligt manual (Bilaga 4), för ERP eller ImRs, med tillhörande behandlingsspecifika skattningar (BS), vilka för ERP-gruppen var EU, EÅ, EÖ och EB (M1). Deltagarna i kontrollgruppen fick skatta de skalor som hörde ihop med den behandling, ERP eller ImRs, som de randomiserats till att få efter sista mättillfället (M5). Baserad på informationen från intervjun utformade vi i ERP-betingelsen tillsammans med deltagaren en individuell ångesthierarki och hen fick välja en eller två ångestväckande situationer inför kommande exponeringssession. Utöver ett muntligt samtycke fick hen med sig skriftlig information om studien (se bilaga 1) inklusive en samtyckesblankett (se bilaga 3) att fylla i och ta med sig till kommande behandlingssession, tre till tio dagar senare.

Behandlingssessionen, den andra fysiska träffen, följde tre–tio dagar efter den första intervjun. Inför själva ERP- eller Edu-interventionen fick deltagarna också lämna sitt skriftliga samtycke. De ombads ställa eventuella frågor de hade om behandlingen eller om deltagande i studien. Vi gjorde en ljudupptagning av sessionerna för att möjliggöra kontroll av metodologisk följsamhet. Deltagarna fick återigen fylla i frågeformulären OCI-R, Y-BOCS och BAI samt skatta de betingelsespecifika skalorna: EU, EÅ, EÖ och EB (innan intervention, M2). Efter skattningarna erhöll deltagarna behandlingsintervention ERP eller kontrollintervention Edu enligt manual. Direkt efter, i anslutning till själva behandlingen, fick deltagarna ånyo skatta de behandlingsspecifika skattningarna EU, EÅ, EÖ och EB (M3). Innan deltagarna lämnade mottagningen fick de en debriefing avseende eventuell oro och ångest som behandlingsinterventionen hade medfört.

En första uppföljning (M4) ägde rum sju dagar efter behandlingssessionen och en andra fyra veckor efter (M5). Vid uppföljningarna fick deltagarna över telefon (eller i undantagsfall ett fysiskt möte) återigen skatta de behandlingsspecifika skattningarna EU, EÅ, EÖ och EB samt i anslutning till samtalet också fylla i frågeformulären, OCI-R, Y-BOCS och

BAI. Efter sista mättillfället (M5) fick de i kontrollgruppen den behandlingsintervention de tidigare randomiserats till medan kontakten med ERP-deltagarna avslutades.

Statistisk metod

Inledningsvis kontrollerade vi för antagande om normalfördelning i populationen genom kontroll av att skevheten var mindre än 1,96 x standardfelet samt Shapiro-Wilks test för normalitet. För att kontrollera så att inte en spontan förändring skett mellan förmätningarna (M1 och M2) gjorde vi parvisa t-test för båda betingelserna på alla tre skattningsformulär. I syfte att upptäcka eventuella skillnader mellan mättillfällena och betingelserna gjorde vi en tvåvägs-variationsanalys för upprepade mätningar (tvåvägs-ANOVA): 2 (ERP vs Kontroll) x 4 (M1, M2, M4 och M5) för vart och ett av utfallsmåtten. Vi genomförde därutöver en envägs ANOVA (för vart och ett av utfallsmåtten), för att undersöka om det fanns inomgruppskillnader för ERP-betingelsen mellan mättillfällena då deltagarna i kontrollbetingelsen inte var medräknade, vilken följdes upp med post-hoc parvisa t-test, för att undersöka mellan vilka mättillfällen skillnaderna låg och hur stora effektstorlekarna var. ERP-gruppens betingelsespecifika skattningar analyserade vi med parvisa t-test för att undersöka skillnader mellan mättillfällena.

Resultat

Kontroll för normalfördelning

Nollhypotesen om normalfördelning i populationen fick stöd för samtliga mättillfällen och samtliga skattningsformulär i båda betingelserna, med undantag för skattningen av BAI i kontrollgruppen vid mättillfälle 5. De betingelsespecifika skattningarna höll inte för normalitetstestning vid första mättillfällena, vilket kan bero på en takeffekt, till exempel att flera deltagare skattat maxnivå i exponeringsångest och exponeringsundvikande. När nivåerna efter behandling gått ner höll nollhypotesen om normalfördelning. Sammantaget antog vi att normalfördelning fanns i båda gruppernas populationer och att kontrollgruppens skattningar av BAI vid mättillfälle 5 ska tolkas restriktivt.

Kontroll för spontanförändring

Jämförelse med t-test mellan förmätningarna visade att det inte var någon signifikant skillnad mellan medelvärdena vid mättillfälle 1 och 2 (M1 och M2; ERP: BAI $t(8) = .152, p = .883$; YBOCS $t(8) = -1.571, p = .155$; OCI-R $t(8) = -.270, p = .794$ samt Kontroll: BAI $t(4) = .855, p = .441$; YBOCS $t(4) = .547, p = .614$; OCI-R $t(4) = -1.620, p = .180$). Resultatet visar

att ingen statistiskt signifikant förbättring eller försämring skedde mellan de två förmätningarna.

ERP jämfört med Kontroll och effekten av ERP

Ett lågt n-tal försvårade statistisk jämförelse, men vi valde att beräkna skillnader mellan ERP och Kontroll med ANOVA för varje skattningsformulär (BAI, YBOCS och OCI-R). Medelvärden och standardavvikelser i respektive betingelse vid de olika mättillfällena redovisas i Tabell 1.

Tabell 1

Medelvärden och standardavvikelser på tre utfallsmått vid fyra tillfällen för grupperna Exponering med responsprevention och Kontroll

Mått	Intervju (M1)		Innan intervention (M2)		1 veckas uppföljning (M4)		4 veckors uppföljning (M5)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
BAI								
Exponering	24.89	13.73	24.56	13.98	19.67	13.44	17.11***	13.00
Kontroll	26.80	9.78	22.60	7.86	19.80	10.62	20.20	6.26
YBOCS								
Exponering	19.67	5.07	20.89	5.16	17.33**	6.48	15.44***	7.43
Kontroll	20.20	6.61	19.40	3.85	17.60	5.03	18.20	4.44
OCI-R								
Exponering	28.33	16.87	28.67	17.66	24.33**	18.83	23.44*	20.36
Kontroll	21.80	8.11	26.40	13.58	20.40	11.93	21.60	11.59

Kommentar. M1 = mättillfälle 1, M2 = mättillfälle 2, M4 = mättillfälle 4, M5 = mättillfälle 5, BAI = Beck Anxiety Inventory, YBOCS = Yale Brown Obsessive Compulsive Scale, OCI-R = Obsessive Compulsive Inventory - Revised, Exponering = Exponering med responsprevention, Kontroll = Kontrollgrupp.

* $p < .05$ i jämförelse med M1, ** $p < .05$ i jämförelse med M2, *** $p < .05$ i jämförelse med både M1 och M2.

Resultaten visade inga signifikanta interaktionseffekter mellan mättillfälle och betingelse (ERP vs Kontroll), varför hypotesen att ERP skulle vara mer effektivt än Kontroll inte får stöd. Däremot fanns signifikanta effekter av mättillfälle enbart, det vill säga mellan

mättillfällena räknat över båda betingelserna (BAI, $F(1, 3) = 5.280$, $p = .004$, $\eta^2 = 0.31$; YBOCS, $F(1, 3) = 3.791$, $p = .018$, $\eta^2 = 0.24$; och för OCI-R $F(1, 3) = 5.256$, $p = .004$, $\eta^2 = 0.30$).

Vi gick vidare med att analysera effekten endast i ERP-betingelsen med parvisa t-test, de signifikanta skillnaderna går att utläsa i Tabell 1.

T-testen påvisade inga signifikanta skillnader i medelvärdena för BAI då förmätningarna M1 och M2 jämfördes med uppföljning efter en vecka (M4), även om en trend mot minskade medelvärden kunde observeras. Däremot visade de en signifikant sänkning med en stor effektstorlek då förmätningarna jämfördes med fyra veckors uppföljning (M5) (M1, $t(8) = 2.800$, $p = .023$; $d = 0.93$; respektive M2, $t(8) = 2.377$, $p = .045$, $d = 0.79$). BAI hade således inte minskat signifikant en vecka efter interventionen, även om det fanns en trend mot minskning, men måttet visade en signifikant minskning tre veckor senare.

För YBOCS visade parvisa t-test att tvångssymtomen sjunkit med stor effektstorlek mellan mätningen innan intervention (M2) och första uppföljande mätning (M4; $t(8) = 2.644$, $p = .030$, $d = 0.88$). Jämfört med mätningen vid intervjun en vecka innan intervention (M1) hade en signifikant minskning skett först vid fyra-veckors-uppföljningen (M5; $t(8) = 2.315$, $p = .049$, $d = 0.77$). Minskningen i tvångssymtom från innan intervention (M2) till första uppföljning (M4) stod sig vid uppföljning fyra veckor efter ERP (M5; $t(8) = 2.519$, $p = .036$, $d = 0.84$).

För tvångssymtom mätt med OCI-R visade t-testen en signifikant minskning, med stor effektstorlek då skattningarna precis innan ERP (M2) jämfördes med en vecka efter denna behandling (M4), ($t(8) = 2.425$, $p = .042$, $d = 0.81$). Enligt resultatet var det även en signifikant minskning av tvångssymtom med en stor effektstorlek från skattningen en vecka innan ERP (M1) till den vid fyra veckors uppföljning (M5; $t(8) = 2.441$, $p = .041$, $d = 0.81$).

Effekter av ERP på betingelsespecifika skalor

I syfte att jämföra skattningarna på de betingelsespecifika skalorna (EU, EÅ, EÖ, EB) för olika mätpunkter (M1-M5) i ERP-betingelsen använde vi envägs-ANOVA och post-hoc t-test för att undersöka skillnader mellan mättillfällena. Medelvärden och standardavvikelse visas i Tabell 2. Sfericitet kunde antas för samtliga mått utom för EÅ varför test för inomgruppseffekt gällande EÅ gjordes med Greenhouse-Geisser.

Test med ANOVA visade signifikanta skillnader mellan mättillfällena M1-M5 för EU, dvs. skattning av hur mycket deltagarna undvek att möta den tvångsväckande situationen utan ritualer eller säkerhetsbeteenden ($F(4) = 4.448, p = .006, \eta = 0.36$). Post-hoc parvisa t-test visade att skillnaden fanns mellan skattningarna vid M1 (en vecka innan ERP) och samtliga mätpunkter efter interventionen (M3, M4 och M5). Från intervju (M1) till direkt efter exponering med responsprevention (M3) hade undvikandet minskat och effektstorleken var stor ($t(8) = 2.950, p = .018, d = 0.98$). Förändringen höll i sig och effektstorlekarna var ännu större vid uppföljning efter en vecka (M4, $t(8) = 5.893, p < .001, d = 1.96$) och vid uppföljning fyra veckor efter behandlingen (M5; $t(8) = 3.826, p = .005, d = 1.28$). Inga signifikanta skillnader fanns mellan M2 och eftermätningarna (M3, M4 och M5) även om en trend till minskning kan ses visuellt i Tabell 2.

Tabell 2

Medelvärden och standardavvikelser på betingelsespecifika skalor vid samtliga fem mättillfällen för gruppen Exponering med responsprevention

Mått	Intervju (M1)		Innan intervention (M2)		Eftermätning (M3)		1 veckas uppföljning (M4)		4 veckors uppföljning (M5)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
EU	92.22	17.16	77.78	34.56	66.11*	26.31	50.56*	25.79	53.33*	25.37
EÅ	89.44	16.67	80.56	29.63	55.56***	25.79	45.56***	22.00	53.89*	20.12
EÖ	80.56	30.87	66.67	32.50	50.56***	28.33	43.33***	20.77	46.67*	18.03
EB	72.22	29.91	71.11	26.19	52.78**	23.60	50.56***	22.84	45.00***	24.11

Kommentar. M1 = mättillfälle 1, M2 = mättillfälle 2, M4 = mättillfälle 4, M5 = mättillfälle 5, EU = Exponeringsundvikande (0–100), EÅ = Exponeringsångest (0–100), EÖ = Exponeringsövertygelse (0–100), EB = Emotionell betydelse (0–100)

* $p < .05$ i jämförelse med M1. ** $p < .05$ i jämförelse med M2, *** $p < .05$ i jämförelse med både M1 och M2

Resultaten visade även signifikanta skillnader mellan mättillfällena avseende EÅ, det vill säga den ångestnivå som deltagarna trodde att exponering för den tvångsväckande situationen skulle väcka ($F(1,672) = 12.501, p = .001, \eta = 0.61$). Parvisa post-hoc jämförelser med t-test visade att ångesten (EÅ) skattad vid intervjun (M1) hade sjunkit signifikant till skattning direkt efter interventionen (M3, $t(8) = 5.707, p < .001; d = 1.90$), att den var fortsatt

lägre vid en veckas uppföljning (M4, $t(8) = 7.116, p < .001; d = 2.37$) samt vid fyra veckor efter interventionen (M5, $t(8) = 5.782, p < .001; d = 1.93$). Även jämfört med skattning precis innan interventionen (M2) var EÅ signifikant lägre direkt efter intervention (M3; $t(8) = 6.882, p < .001, d = 2.29$), samt vid uppföljning en vecka senare (M4, $t(8) = 4.786, p = .001, d = 1.60$). Skillnaden mellan M2 och den längre uppföljningen (M5) fyra veckor efter ERP var dock inte signifikant, även om tendens till signifikant sänkt skattning av ångest fanns.

För skattningarna på måttet (EÖ), dvs. deltagarnas övertygelse om att deras katastroftankar kring exponering stämmer, visade ANOVAN signifikanta skillnader mellan mättillfällena ($F(4) = 8.169, p < .001, \eta = 0.51$). T-test visade att minskningen mellan intervju en vecka innan ERP och eftermätning direkt efter interventionen (M3) var signifikant och effektstorleken stor ($t(8) = 3.928, p = .004, d = 1.31$). T-testen visade liknande signifikansnivåer och effektstorlekar vid jämförelse med mätning en vecka efter ERP-interventionen (M4, $t(8) = 3.946, p = .004, d = 1.32$) samt vid fyra veckors uppföljning (M5, $t(8) = 3.685, p = .006, d = 1.23$). Deltagarnas övertygelser om att något hemskt skulle hända om de exponerades och inte fick använda ritualer minskade alltså efter ERP och den minskningen höll i sig upp till fyra veckor efter interventionen.

Jämförs skattningen av styrkan i övertygelser rörande katastroftankar (EÖ) precis innan ERP (M2) med de två mätningarna efter interventionen kan man även där se en minskning då skattningen både direkt efter ERP (M3, $t(8) = 4.347, p = .002, d = 1.45$) och vid en veckas uppföljning (M4; $t(8) = 3.212, p = .012, d = 1.07$) var signifikant lägre med stora effektstorlekar. Minskningen var dock inte statistiskt signifikant vid uppföljningen efter fyra veckor (M5, $t(8) = 2.299, p = .051, d = 0.77$), även om den närmade sig signifikans.

Med envägs-ANOVA jämförde vi medelvärdena av deltagarnas skattning av styrkan i övertygelsen i sina negativa tankar om sig själva, andra eller framtiden (EB) vid de olika mättillfällena. Analysen visade att det fanns en signifikant skillnad mellan mätningarna ($F(4) = 4.743, p = .004, \eta = 0.37$). Uppföljande parvisa t-test visade att övertygelsen hade minskat signifikant, och att effektstorleken var stor, från intervjun (M1) till en veckas uppföljning (M4, $t(8) = 2.468, p = .039, d = 0.82$) samt att förändringen stod sig vid fyra veckors uppföljning ($t(8) = 2.800, p = .023, d = 0.93$). Övertygelsen sjönk även från mätningen innan ERP (M2) till mätningen direkt efter (M3, $t(8) = 3.773, p = .005, d = 1.26$)

samt till uppföljning efter en vecka ($M4, t(8) = 3.581, p = .007, d = 1.19$) och även till den sista uppföljningen efter fyra veckor ($M5, t(8) = 3.325, p = .010, d = 1.11$).

Diskussion

Syftet med studien och vad resultaten visar

I syfte att bidra till utvecklingen av effektiva behandlingsmetoder och interventioner för olika psykiatriska tillstånd ämnar vi undersöka hur en-sessionsbehandling med ERP (in vivo) fungerar för individer som uppfyller diagnosen OCD enligt DSM-5. Resultaten visar genomgående på både mindre tvångs- och ångestsymtom, men med ett lågt N-tal är det bara drygt hälften av dessa förändringar som är statistiskt signifikanta. Merparten av dessa visar dock stora effektstorlekar. Dessutom ser vi som ett resultat av ERP en signifikant minskning i individens undvikande och hur negativt hen tänker kring sig själv. De uppfattade riskerna med ångestladdade situationer sjönk även de signifikant. Sammantaget indikerar våra resultat att en enda session med ERP, omfattande 90 minuter, har en positiv effekt på en allvarlig och svårbehandlad problematik som tvång. Även om det finns ett starkt forskningsstöd för att ERP-behandlingar om 15 sessioner eller fler är effektiva för att minska OCD-symtom (Foa et al., 1984; 1992), och att en session-exponering kan vara effektivt mot social ångest (Knutsson, et al. 2019), så är kortare interventioner av den typ vi här undersöker obeprövade för OCD. Resultatet är således uppmuntrande.

Hypoteser och resultat

Vår tredje hypotes var att en session av ERP skulle ge större effekt än ett tillfälle med icke-OCD-specifik psykoedukation. ANOVAn som jämförde betingelserna visade dock inga skillnader och vi fick därmed inget stöd för vår hypotes men eftersom rekrytering av deltagare till projektet var svårare än förutspått, fick vi för lågt deltagarande för att genomföra denna jämförelse på ett tillförlitligt sätt. Färre deltagare i kontrollgruppen resulterade i icke homogena grupper, vilket ytterligare försvårar jämförelse. Lämna vi statistiken och endast visuellt jämför medelvärden i tabell 1 och 2, kan vi se att de sjunker till uppföljningen efter en vecka i båda betingelserna men för ERP-gruppen fortsätter medelvärdena i alla tre skattningsformulär att sjunka till den uppföljande skattningen fyra veckor efter intervention medan medelvärdena i kontrollbetingelsen istället ökar något under samma period. Det skulle kunna tala för att ERP har en mer varaktig effekt medan kontrollgruppens psykoedukation har en tillfällig eller slumpartad effekt. Det hade varit intressant att se om möjliga minskningen i

symtom vid den icke-OCD-specifika psykoedukationen går att fastställa i en studie med ett större antal deltagare och om någon skillnad mellan betingelserna visar sig statistiskt.

Vår första och andra hypotes var att ERP skulle ge upphov till mindre ångest och mindre tvångssymtom vilket vi mätt med skattningar på skalorna BAI, OCI-R och Y-BOCS. Vi trodde också med stöd i tidigare forskning om ERP (Abramowitz, 1996; Craske et al., 2014; Gillihan et al., 2012; Olatunji et al., 2013; Rosa-Alcázar et al., 2008), att effekten skulle hålla i sig fyra veckor efter behandlingen, då ERP vanligen har ihållande effekter enligt tidigare forskning. Här bekräftar resultaten i stora drag våra förväntningar, även om viss spretighet går att observera i skattningarna och även i resultaten, vilka vi diskuterar i mer detalj nedan.

Om vi tittar på resultaten i detalj kan vi inte konstatera någon säkerställd effekt på ångestsymtom mätt med BAI en vecka efter ERP jämfört med respektive förmätning, däremot finner vi en signifikant minskning vid fyra-veckors-uppföljningen. Det kan finnas flera förklaringar till detta oväntade resultat. Då vi hade en liten experimentgrupp kan det icke-signifikanta resultatet vid första eftermätningen förstås bero på slumpen. Med andra ord finns det kanske en skillnad som vi inte kan fastslå statistiskt, med hänsyn till risk för mätfel då det med lågt N, alltid finns en risk för typ II-fel. Till stöd för detta kan vi visuellt konstatera en trend mot tillfriskning också vid mätningen en vecka efter interventionen. Visserligen kan samma argument även gälla motsatsen: vårt låga N-tal kan göra att vi fastslår en förbättring på BAI vid fyra-veckors-uppföljningen trots att det egentligen inte finns en skillnad (med andra ord typ I-fel) i den tänkta populationen. Även effektstorlekarna var stora, så var förändring på BAI kanske i så stor i praktiken. Medelvärdena var från början och höll sig fortsatt inom nivån "moderat ångest" i den klassificering som hör BAI till, vilket skulle tala för en mindre relevant förändring kliniskt. Hypotesen att ångesten mätt med BAI skulle minska efter ERP får alltså stöd av resultatet vid fyra veckors uppföljning men inte veckan direkt efter ERP, även om det också då går att se en trend mot effekt.

Beträffande formuläret OCI-R, som mäter allvarlighetsgraden av OCD, ser vi en minskning med stor effektstorlek mellan intervjun och fyra-veckors-uppföljningen, samt mellan skattning innan intervention och en-veckas-uppföljningen, men inte mellan intervjun och en-veckas-uppföljningen eller mellan skattningen innan intervention och fyra-veckors-uppföljningen. Medelvärdena av deltagarnas skattningar sjönk 4–5 poäng från förskattningarna till de uppföljande efter ERP men kom inte under det rekommenderade

gränsvärdet för OCD. Det ter sig alltså som att en session ERP inte leder till tillfrisknande från OCD, även om en tydlig och positiv effekt finns. Kanske behövs fler eller längre sessioner för bättre effekt. De förändringar som går att fastslå statistiskt stärker dock vår hypotes om minskade OCD-symtom efter ERP, även i detta komprimerade format. Eftersom det finns en osäkerhet i resultatet, att inte alla minskningar är signifikanta, är vi försiktiga med att dra den slutsatsen.

Vad gäller tvångssymtom mätt med Y-BOCS har de minskat signifikant och med stor effektstorlek från mätningen innan intervention till uppföljningen en vecka senare och förändringen stod sig ytterligare tre veckor senare. Mätt från intervjun en vecka innan ERP-interventionen kan dock inte minskningen till en vecka efteråt bevisas statistiskt. Det kan den när vi jämför intervjun med uppföljningen fyra veckor efter ERP. Deltagarnas medelvärde hade då i allmänhet också sjunkit från en nivå av "moderat OCD" till "mild grad", vilket antyder att resultatet är både kliniskt och för deltagarna praktiskt användbart. Sammantaget visar resultaten på signifikanta och medelstora till stora minskningar av tvångssymtom mätt med Y-BOCS i tre av de fyra jämförelser vi gjort. Resultaten stödjer överlag om än inte genomgående hypotesen om att ERP i en-sessionsformat minskar tvångssymtom och att minskningen håller i sig upp till fyra veckor.

Resultaten från de betingelsespecifika skattningarna går i linje med de från skattningsformulären, dvs att ångest och tvångssymtom minskar, men förändringen är inte signifikant i alla jämförelser här heller. Ett av måtten är Exponeringsundvikande, som mäter i vilken grad deltagaren undviker den ångest- och tvångsväckande situation eller det stimuli som är målet för exponeringen och alltså bör minska av ERP. Så skedde också med stor effektstorlek utifrån jämförelse med intervjun, dvs. det första mättillfället, och effektstorleken var än större vid de uppföljande skattningarna. Detta är ett väntat resultat som stärker hypotesen om minskade tvångsbesvär efter ERP. Däremot var inte skillnaden signifikant vid jämförelse med skattning precis *innan* ERP vilket förvånar oss. Dock hade deltagarna då fått etablera en ångesthierarki precis, och kanske hade denna aktivitet och den mentala förberedelsen inför att exponera sig gjort att deltagarna redan innan själva behandlingen uppfattar sitt undvikande som lägre. Detta får stöd i att medelvärdet såg ut att sjunka något mellan M1 och M2, men denna skillnad var inte signifikant. Går vi till skattningen av hur hög ångest deltagarna tror att exponering skulle ge dem (EÅ), sjönk den signifikant efter behandlingen och stod sig en vecka senare oavsett vilken förmätning man jämför med. Från

intervjun var minskningen fortsatt signifikant även vid fyra veckors uppföljning. Då EÅ utgår från en specifik tvångsväckande situation eller ett stimuli, är generaliserbarheten av resultatet begränsad, men det stödjer åtminstone hypotes ett och två om minskade besvär av ångest och tvång efter en session med ERP.

Att symtomen minskade fick även visst, om än anekdotiskt stöd, i våra kliniska iakttagelser och deltagarnas spontana rapporter vid telefonuppföljningarna. Vid både en- och fyra veckors-uppföljningarna berättar flera av deltagarna att de trots hög ångest vågar utmana sig och möta tvångsrelaterade stimuli eller situationer i ångesthierarkin. De berättar att de gör saker som de undvikit i flera år. Exempelvis berättar en av deltagarna, vid den sista uppföljningen, att hen trots tidigare tvång kring att ta i blöta saker, nu med obehag kunnat torka upp utspillt vatten med papper. Hen har också för första gång på flera år, med subjektivt obehag (SUD) på 20 av 100, skalat en clementin, vilket hen inför exponeringssessionen skattade som SUD 100.

Kognitiv omstrukturering vid exponering?

Våra resultat ger visst stöd, om än svagt då vi inte kontrollerade för motsatsen, för Crasques et al. (2014) fynd om att exponering i sig leder till en kognitiv omstrukturering. En av de behandlingsspecifika skattningarna är Exponeringsövertygelse (EÖ), som är ett mått på hur övertygade deltagarna är om sanningshalten i sina katastrofala förutsägelser kring vad som kommer att ske ifall de närmar sig det tvångsväckande stimuli eller situationen utan någon form av ritual eller säkerhetsbeteende. Denna övertygelse minskade signifikant och med stor effektstorlek från både intervju och mätningen innan ERP till eftermätningen och höll i sig en vecka senare. Jämfört med intervjun finns stöd för minskning även vid uppföljningen efter fyra veckor. Således indikerar resultatet att deltagarnas tankar på det som brukar väcka tvång och riskerna med att inte använda sina tvångshandlingar, har förändrats i en mindre skrämmande riktning, eller med andra ord att en form av kognitiv omstrukturering har skett.

Inledningsvis identifierade vi också en central negativ föreställning som deltagarna hade om sig själva, andra eller framtiden – med andra ord ett grundantagande – utifrån den valda tvångstanken eller situationen. Deltagarnas tro på detta grundantagande (EB), tänkt att vara av stor emotionell betydelse, sjönk från skattning precis innan ERP till direkt efteråt och den minskade tron höll i sig vid båda uppföljningarna, genomgående med stora effektstorlekar. Resultaten pekar på att deltagarna börjat ifrågasätta och ändra sina negativa

antaganden om sig själva, andra och framtiden. Detta trots att vi inför behandlingssessionen inte aktivt ifrågasatt dessa eller diskuterat hur övertygelserna kan undersökas under exponeringen, vilket annars är det vanliga vid kognitiv omstrukturering och inför så kallade hypotestestande beteendeeexperiment. Vi tolkar det som att det har skett en kognitiv omstrukturering och att mekanismerna bakom detta kan vara, som nämnts i inledningen, nyinlärning enligt Mowrers tvåstegsmodell (1939:1960), ackommodation (Piaget, 1971) och Crasques et al. (2014) "övertäckningseffekt". Ett exempel från studien är en deltagare som efter exponeringen ändrat sitt centrala antagande från att "jag är en dålig, fruktansvärd människa som sprider bakterier till andra och gör dem illa" till antagandet "jag gör så gott jag kan". Deltagaren skattade att övertygelsen (EÖ) om att "sprida bakterier och skada andra" hade sjunkit från 100 till 60. Även om en tro på den negativa tanken kvarstår visar våra resultat hur exponeringen har effekt på kognitioner, och hjälper deltagaren att omvandla dessa till mer hjälpsamma antaganden. Det vi tror är mest betydelsefullt är emellertid att individen, trots vissa kvarstående kognitiva övertygelser samt ångestpåslag, genom exponeringen fått både en erfarenhet och en insikt om att hen kan göra meningsfulla aktiviteter och klara av att stå ut med kraftig ångest.

Sammanfattningsvis drar vi slutsatsen att en hjälpsam nyinlärning kan äga rum som ett resultat av en kort och intensiv exponering som sker utifrån principerna vi nyss gått igenom. Att patienten "lyckas", blir överraskad och kanske chockad över sin egen förmåga kan vara mekanismerna som bidrar till såväl minskade symtom på tvång och ångest som förändrade kognitioner relaterade till besvären. Allt som allt tyder resultaten och våra erfarenheter tillsammans med deltagarnas på att en-sessionsbehandling med ERP passar väl och fungerar som intervention för att minska besvären för patienter med OCD, om än inte bota dem. Det kvarstår att diskutera för vilka patienter den passar och kanske inte passar och under vilka omständigheter behandlingen kan tänkas fungera, samt vilka krav den ställer på patient och behandlare. Man bör även undersöka "doseffekter" i framtida forskning. Blir deltagarna symtomfria (dvs skattar under cut-off på symtomskalor) om de får flera eller ännu längre sessioner? Och i så fall, hur många eller långa ska de vara?

Kliniska implikationer och reflektioner rörande vem behandlingen passar

Inom primärvård och psykiatri träffar vi patienter både med och utan samsjuklighet, och oftast det förstnämnda. Förutom OCD-diagnos uppvisade samtliga av våra deltagare samsjuklighet. De flesta deltagare rapporterade depression och andra ångestsyndrom. Flera av

deltagarna i studien lever med samsjuklighet i form av neuropsykiatriska funktionshinder så som autism och ADHD, vissa även i kombination med borderline personlighetssyndrom. Vissa rapporterade skov av suicidalitet i anamnesen. Sammantaget är dessa tillstånd kombinerat med OCD allvarliga, komplexa och eventuellt kroniska. På så vis är våra deltagare i studien representativa för de patienter man möter inom den kliniska verkligheten så som psykiatrin, vilket bidrar till en högre extern validitet jämfört med studier med strängare exklusionskriterier för samsjuklighet.

Trots deltagarnas lidande och funktionella svårigheter valde vi att tro på deras förmågor att – med en behandlares stöd och uppmuntran och under kontrollerade omständigheter – stå ut med kraftig ångest under exponeringssessionen och att vi snabbt kunde gå från samtal till praktiska erfarenheter i behandlingen. Således strävade vi efter att behandla deltagarna som kompetenta och möjligtvis mindre sköra individer än de är vana vid inom psykiatrin. Tillsammans med deltagarna utmanade vi föreställningen om att OCD-problematikens allvarlighetsgrad och kroniskhet per automatik kräver långvariga och omfattande behandlingsinsatser. Våra positiva behandlingsresultat och lärdomar under studien, går i linje med våra kliniska erfarenheter av exempelvis individer med neuropsykiatrisk problematik i form av autism eller ADHD, vilka dels kan ha svårt för att tillgodogöra sig omfattande samtalsterapi, dels tycks kräva kortare interventioner med konkret och upplevelsebaserat avtryck.

Vår erfarenhet under studien var att en en-sessionsbehandling med ERP är tämligen svår, ren färdighetsmässigt, att genomföra, varför den kan vara svår att lära ut eller disseminera i vården. Som tidigare nämnts valde vi att genomföra exponeringarna utifrån Foa et al. (2006) och Crasques et al. (2008; 2014) fynd som talar för att variera exponering, intensifiera svårighetsgraden och utmana i sessionen. Detta ställde stora krav på initiativförmåga och flexibilitet hos terapeuten, som behövde god förtrogenhet med interventionen och hur den kan varieras för att åstadkomma önskade resultat. Samtidigt var vi noggranna med att undvika de vanliga “fallgropar” som identifierats av Gillian et al. (2012) som behandlaren lätt riskerar hamna i under exponeringen. Exempelvis instruerade vi patienten att vara transparent kring mentala ritualer och vi frågade kontinuerligt om sådana under exponeringen. Vi utmanade och uppmuntrade deltagaren att gå högre i ångesthierarkin än hen trodde sig klara. Detta kräver att man står ut med att klienten inledningsvis får starkt obehag och att man kan etablera en förtroendefull relation till sin klient på kort tid, så att de

kan berätta om sina inre upplevelser. Vi höll oss till principerna om att utforska rädslan och ritualerna och orientera psykoedukativt i metoden. Vi genomförde interventionen tillsammans med deltagaren och gav råd kring vidmakthållande av framgångarna efter vi avslutat behandlingen, såsom att deltagaren på egen hand skulle fortsätta utmana sig själv. Samtliga behandlare i studien har lång erfarenhet av psykoterapi, antingen inom psykiatri eller primärvård, och har många år av träning i kognitiv beteendeterapi bakom oss. Denna förkunskap påverkar rimligen förutsättningarna för att använda metoden på ett flexibelt och ändå metodtroget sätt, som beskrivits ovan, samt att möta upp deltagarens olika behov och farhågor under exponeringen.

OCD och “brief interventions”

Enligt vår personliga erfarenhet tycker vi oss se att det i vår yrkeskår och inom psykoterapeutisk tradition finns en etablerad princip att “skynda långsamt” i behandlingar. Det tycks finnas en allmän uppfattning, både hos behandlare och patient, att “det man lidit av länge också tar lång tid att behandla”. Detta speglar möjligen att en standardbehandling vid OCD ofta innebär 15–20 dubbelsessioner (Foa et al., 1984; 1992; Franklin & Foa, 2014). Det finns många tidskrävande moment i standardföröret vid kognitiv beteendeterapi; man börjar behandlingen med en bedömande och utforskande fas samt orientering i metoden. Därefter planerar och genomför behandlare och patient interventioner, utvärderar och arbetar med färdigheter för vidmakthållande (Person, 2008). Inlednings-, behandlings- och avslutningsfas sträcker sig enligt många manualer över flera sessioner (Barlow, 2014). Ett par exempel är Clarks modell (1986) för paniksyndrom och Martells et al. (2013) modell för beteendeaktivering vid depression. De flesta manualer för ERP fungerar på liknande sätt. Som tidigare nämnts i inledningen är upplägget för ERP att behandlare och patient jobbar intensivt, med långa och dagliga sessioner, i emellan en till tre månaders tid (Franklin & Foa, 2014).

Från att ha förklarat ERP utifrån EPT (Foa & Kozak 1986; 2006) som betonar habituering och nyinläring, till ILT (Jacoby & Abramowitz, 2016) som fokuserar på överraskningseffekt och utsläckning, kan det med våra och liknande positiva resultat från en-sessionersbehandlingar (Knutsson et al., 2019; Öst, 1989) vara dags att ifrågasätta behovet av enbart långa behandlingar som är normen idag. Under det senaste decenniet har intresset för kortare interventioner, “brief interventions”, ökat, framförallt vid behandling av tobak- och alkoholmissbruk (Matua Raki, 2012) men också inom andra delar av hälso- och sjukvård. I en metastudie av Catazano et al. (2020) lyfts goda resultat av “brief psychological intervention”

fram hos ungdomar med ångestsyndrom och långvarig psykisk ohälsa. Med tanke på att en en-sessionsbehandling i praktiken, tillsammans med alla förberedelser, tar längre tid än bara själva exponeringen, skulle en-sessionsbehandlingen för ERP också kunna vara en form för “brief intervention”. I vår studie gick det exempelvis mellan tre till tio dagar från första intervju-sessionen där vi gjorde en beteendeanalys (SORK) och skapade en ångesthierarki till själva exponeringssessionen. Det är möjligt att just dessa dagar mellan förberedelser och exponering också påverkar behandlingsutfallet. Även om forskningsläget inom området ännu är oklart finns det, som tidigare nämnt, lovande resultat av kortare interventioner, såsom en-sessionsexponering, även för svårare besvär (Abramowitz, 2013; Knutsson, 2019). Det är en utmaning för framtida forskning att klargöra för vem och under vilka omständigheter dessa kan förväntas fungera. Även om vår studie inkluderat en klinisk grupp med diagnosticerad OCD, är den för liten för att kunna göra trovärdiga analyser av eventuella moderatorer så som typ eller grad av samsjuklighet, och vi kunde heller inte göra en meningsfull jämförelse med kontrollbetingelsen.

Vad innebär vår studie för framtida psykoterapi?

Med stöd i de studier vi diskuterar ovan om kortare interventioner samt i våra egna resultat vill vi hävda att korttidsinterventioner och deras effekter på ångestsyndrom i allmänhet och OCD i synnerhet är ett ytterst lovande forskningsområde. Resultatet har en tydlig bäring på psykoterapeutisk behandling i kliniska sammanhang även om bara någon enstaka av våra deltagare fick så goda effekter att de inte längre uppfyllde kriterierna för OCD. Vi behöver dock veta mer om *hur* de fungerar som en avgränsad behandlingsinsats och *hur* de bäst kan integreras som del i en pågående psykoterapeutisk behandling. Vi har nämnt att de flesta med OCD också har någon samsjuklighet. Det kan innebära ett behov av samordning med andra planerade eller pågående insatser. Vilken plats en-sessionsbehandlingar ska ha eller hur de integreras med andra interventioner, vet vi fortfarande väldigt lite om.

Kortare interventioner är också intressanta eftersom det finns resursbrister inom psykiatrin. På våra psykiatriska mottagningar i Skåne är väntelistorna på KBT långa samtidigt som individer med tvångssyndrom upplever ett starkt lidande samt minskad livskvalitet (Huppert et al., 2009). I syfte att effektivisera och möta upp flera som väntar på behandling, kan man tänka sig en stegvis upptrappning av behandling, där en exponeringssession kommer tidigt efter kort väntetid och ger snabb och god lindring medan man sedan väntar på

ytterligare insatser. Vidare skulle kanske en en-sessions-ERP kunna fungera som exponeringsbooster, som “underhållsmedicinering” med vissa mellanrum.

Med god följsamhet i metoden avseende en-sessionsbehandlingar kan vi rimligen anta att våra patienter står ut med starka känslor, varav ångest, i syfte att på lång sikt nå en förbättring avseende OCD och psykisk hälsa. Samtidigt som vi under exponeringen tar patienternas svårigheter och lidande på allvar känner vi oss positiva till att behandla dem som kompetenta och mindre sköra. Det har sedan lång tid tillbaka funnits en kritik mot ”snabba fixar” inom psykoterapi. Kanske är det dags att utmana detta eftersom vi av klinisk erfarenhet sällan träffar patienter som söker långsam förändring när de är i ett psykiskt lidande. Vi ser här att det ligger ett stort ansvar på oss behandlare som ska genomföra känslomässigt intensiva interventioner som dessa, då de ställer krav på att behandlaren varsamt och modigt pushar patienten att självmant vilja och våga utmana sina största rädslor. Här förespråkar vi kunskap, handledning och mycket god följsamhet till metoden för ERP.

Framtida forskning och utveckling av korta behandlingsinterventioner

Vårt mål var inledningsvis att rekrytera minst 60 deltagare till denna studie. Vi fick endast 33 och av dessa hoppade elva av. Således hade vi för låg statistisk “power” med nio deltagare i ERP-betingelsen och endast 5 i kontrollgruppen, för att kunna jämföra med kontrollbetingelsen. Trots detta fanns en visuell trend till skillnader jämfört med kontroll i resultaten, och kanske hade fler deltagare givit stöd åt vår hypotes om att en-sessions-ERP vid OCD är en effektiv insats jämfört med en aktiv kontroll? Detta anser vi intressant och nödvändigt att undersöka vidare.

En annan möjlig brist var den korta uppföljningstiden på fyra veckor. Det är därför relevant att utvärdera om behandlingseffekten av en-sessionsbehandlingen håller sig över längre tid än så, gärna 6 månader eller längre. Och om och när effekten avtar, går det då att behandla på nytt med samma intervention igen med tanke på “övertäckningseffekten” och känslan av framgång, vilka vi som behandlare erfor som viktiga, och vi tänker kan bli lidande vid upprepade korttidsbehandlingar med ERP för patienter med OCD. Vi undrar också vad resultatet kan bli om vi genomför behandlingen kombinerad med någon slags färdighetsträning efteråt. Även om vi kanske stärkte vidmakthållande av framstegen genom uppmuntran till fortsatt träning i vår studie, fick deltagarna inte så mycket konkret hjälp att planera hur denna skulle gå till. En annan fråga vi har är om det finns det någon risk att man vid en-sessionsbehandlingar, enligt Gillihan et al. (2012), lämnar obehandlade “OCD-

områden” kvar, vilket i så fall kan vara problematisk och öka risken för återfall? Blir det en större effekt av ytterligare en eller två sessioner av liknande slag och efter hur många sessioner planar effekten i så fall ut? Andra forskningsfrågor rör vem behandlingen fungerar bäst för; det vill säga vilka egenskaper och funktionsvariationer finns hos de patienter som svarar bäst på korttidsbehandlingar? Genom att undersöka detta menar vi att det kan bli lättare att rikta olika behandlingar till rätt patienter med samma tillstånd.

Vår studie var inledningsvis tänkt att vara del i ett större projekt, i vilket vi ämnade undersöka två olika interventioner eller korttidsbehandlingar, ImRs och ERP, dels med varandra, dels med kontrollgrupp. Detta tror vi är ett viktigt steg mot att kunna utvärdera och jämföra olika interventioner för samma tillstånd, vilka senare eventuellt kan kombineras för maximal effekt. Denna utveckling uppfattar vi går i linje med dagens behandling av somatiska sjukdomar, där man inte har flera olika skolbildningar med stora skillnader för behandling av t.ex. benbrott, utan endast ”evidensbaserad ortopedi”. På samma sätt kan man kanske i framtiden se en evidensbaserad psykoterapi, där man testar vilka interventioner som är verksamma oavsett skolbildning såsom KBT eller PDT. En förutsättning för en sådan utveckling är att man undersöker interventioner, inte behandlingspaket, samt att man jämför interventioner med varandra.

Utöver nämnda frågor ovan ser vi ett behov av att undersöka vilka terapeutfärdigheter som krävs och utmanas i arbetet med de ofta kraftfulla och initiativkrävande exponeringar som vi genomförde under studien. Hur lär man sig bäst möta sådana utmaningar på utbildningsnivå? Vad behöver man som aktiv kliniker för att arbeta effektivt med en-sessions-exponering? Får psykoterapeuter den grundläggande kunskap och handledning vi kan tänkas behöva för att genomföra intensiva och utmanande korttidsbehandlingar?

Forskningsdesignens styrkor och svagheter

Avslutningsvis vill vi lyfta ytterligare några styrkor och svagheter med vår studie. En design med randomisering och användande av kontrollgrupp anses ha den högsta evidensgraden för att bevisa kausalitet i en enskild studie om psykoterapeutisk behandling. Vi har således en i grunden stark forskningsdesign. Detta till trots försvagades designen påtagligt av våra rekryteringssvårigheter, vilka resulterade i ett lågt N-tal, framförallt i kontrollgruppen. Under studiens gång har vi haft flera avhopp, inte minst från kontrollgruppen. En hypotes är att det kan ha ansetts mindre attraktivt att delta när man får vänta på sin behandlingssession. Någon patient blev upprörd över att bli erbjuden en enskild

behandlings-session när hen sedan flera månader stått på väntelista för en fullvärdig behandling KBT. Dock gjorde vi ingen systematisk bortfallsanalys, vilket kunde ha kastat ljus över hur det påverkade vårt urval av deltagare.

En annan möjlig nackdel med studien är att urvalet är gjort utifrån tillgång på deltagare på de mottagningar där vi arbetar och de vi rekryterat ifrån, inte utifrån hela populationen av patienter med OCD inom primärvård och psykiatri. Att urvalet kommer från skilda vårdnivåer kan både ses som en svaghet och en styrka. Nackdelen är en mer diversifierad deltagargrupp, vilket särskilt vid ett lågt n-tal kan leda till att grupperna i de olika betingelserna skiljer sig åt trots randomisering, men också att flera faktorer kommer in som kan påverka den interna validiteten. Fördelen, förutsatt att man lyckas rekrytera tillräckligt många deltagare så att skillnader mellan grupperna tas ut, är att resultaten kan generaliseras till en större population, det vill säga högre extern validitet. På så vis kan yrkesverksamma, både inom psykiatri och primärvården, ha nytta av resultaten då de kan ha implikationer för just deras patienter.

Vi gjorde två förmätningar, vilket ger möjlighet till kontroll för eventuell självförbättring, något som i studiens fall och i linje med tidigare forskning om spontanförbättring inte skedde. Det möjliggör också att se om förberedelsen av ERP med till exempel övergripande rational och etablering av en ångesthierarki har effekt i sig. Det fanns vissa trender i materialet som pekade på det, men de fick inget stöd statistiskt. Vi valde också att beräkna effekt utifrån *båda* förmätningarna, något som har till nackdel att resultatredovisningen blir mindre överskådlig eftersom effekt ibland visades vid jämförelse med den ena förmätningen men inte med den andra. Det vi vinner är istället en mer heltäckande analys av den data som vi samlat in. Detta var också viktigt för att se om intervjun och upprättandet av en hierarki påverkade symtom och ångest.

Avseende skattningsformulären gjorde vi inga omedelbara eftermätningar utan väntade till en vecka efter interventionen. En nackdel med detta är att andra saker kan ha kommit att påverka deltagarna under denna tid. Med den utformning som valda skattningsformulär har, t.ex. att man i BAI ska skatta vilka ångestsymtom man haft under den senaste veckan, skulle dock en direkt eftermätning bli missvisande för behandlingens effekt. Även om inte någon sådan tidsram ges i Y-BOCS så ingår att skatta aspekter av sitt tvång som hur ofta man har sina tvångstankar, hur lång tid tvångsritualerna tar och liknande aspekter som deltagaren direkt efter behandling inte har hunnit erfara om det förändrats eller inte. I

formuläret OCI-R uppmanas den som skattar att utgå från hur det varit senaste månaden varför vårt val av tid för första eftermätning, en vecka, ändå är tidigt tilltagen om man ska utesluta hur situationen var innan behandling. Risk finns för att vissa deltagare tar instruktionen bokstavligt och att andra läser in den kontext de skattar inom och därför utgår från tiden efter behandling även om detta inte påtalats av oss behandlare. Alternativ som att utesluta OCI-R, att bara använda det tidigast en månad efter intervention eller att verbalt förtydliga ett val av tidsram hade kunnat kontrollera för denna risk. Sammantaget finns det för samtliga formulär vi använt argument för att vänta med skattning dels för att deltagaren ska hinna uppleva eventuella effekter, dels för att skattningen ska gälla tiden efter interventionen och inte den innan. Saken är inte densamma vid en längre behandling där symptomreduktion antagligen förväntas en god tid innan avslutande session. För att mäta långsiktiga effekter hade en längre tid till uppföljning varit önskvärt. Initialt var tanken att följa upp efter tre månader men för att möjliggöra att inom studiens tidsram få med fler deltagare valde vi att korta tiden till den slutgiltiga och uppföljande skattningen.

En styrka i studien är att ansträngningarna för likvärdiga behandlingar i form av att behandlarna är på samma utbildningsnivå gällande psykoterapi, att behandlingen delvis följer ett protokoll och att kontroll gjorts för metodtrohet genom att handledare tittat och gett feedback på provfilmer inför studien. Vi planerade också de skulle kontrollera ett randomiserat urval av ljudinspelningar från behandlingarna, men även denna del fick utgå med hänsyn till tidsaspekten.

I syfte att mäta effekt av de olika behandlingsinterventionerna formulerades utöver frågeformulären subjektiva, behandlingsspecifika ”ERP-skattningar”. En invändning kring skattningarna är att dessa inte är utvärderade, de är subjektiva och ger möjligtvis inte en valid bild av behandlingseffekten. Det är möjligt att deltagarna kan ha uppfattat frågorna på olika sätt sinsemellan eller från gång till annan. Exempelvis hade en deltagare svårt att förstå frågor avseende sina övertygelser, EÖ, och resultaten kan ha blivit slumpmässiga i sammanhanget. Skolorna var även delvis nya för oss behandlare. Dessutom kan frågor avseende exempelvis grundantaganden varit mer naturliga att ställa för en ”kognitivt skolad terapeut”, än för den behandlare som har starka rötter i det beteendeterapeutiska paradigmet, vilka för vissa av oss innebar en utmaning.

Rekryteringsprocessen och de utmaningar vi har haft i och med covid-19

Avslutningsvis vill vi nämna att vi gjorde vår studie under våren 2021, då hela världen var drabbad av en pandemi (covid-19), vilket troligen har bidragit till svårigheter gällande dels rekrytering, då patienter kan vara tveksamma att träffa behandlare och ta sig till vårdinrättningar på grund av rädsla för smitta, dels total följsamhet till metoden ERP, eftersom vi blev berörda av restriktioner om symtomfrihet, fysiskt avstånd, användande av ansiktsmask etcetera. Allt eftersom rekryteringen fortlöpte märkte vi att det var svårt att få intresserade deltagare till studien. Detta trots att ett flertal flyers var uppsatta på olika ställen, att kollegor och mottagningar ideligen fått information på olika sätt vid upprepade tillfällen. Folkhälsomyndigheten (2020) fastslår ”ökad psykisk ohälsa varav oro, depression samt social isolering som coronapandemins potentiella effekter på folkhälsan”. Pandemin bedöms ha förvärrat patienters psykiska ohälsa, undvikandebeteenden, och därmed deras möjligheter och motivation till att delta i vårt forskningsprojekt. Vården har under pandemin fått omprioritera sina resurser och de flesta icke-nödvändiga aktiviteter i samhället har varit inställda under året 2020 och våren 2021. Sist men inte minst var symptomfrihet avseende förkylningstecken ett krav vid samtliga besök, vilket kan ha lett till att man som patient haft svårt att komma eller valt att inte utsätta sig för eventuell smitta.

Sheu et al. (2020) betonar vikten av att fortsätta bedriva effektiv ERP för denna patientgrupp trots covid-19. Författarna påpekar att det finns en risk att restriktionerna, till följd av pandemin och en strävan att modifiera ERP, kan leda till sämre behandlingskvalitet. Vi valde att genomföra och slutföra vår studie i en strävan att motverka detta, samt att bidra till forskningsområdet, skapa intresse för och bredda kunskapen kring effektiva behandlingar för individer som lider av OCD.

Forskningsetiska övervägande

Studien hade, som en del av ett större forskningsprojekt, gått igenom en etisk prövning år 2016 och var godkänd. Studien byggde på informerat samtycke, sekretess och randomiserat urval. Deltagarna informerades skriftligt om att eventuellt kortsiktigt obehag eller förhöjd ångest under själva behandlingssessionen kan förekomma, men riskerna för komplikationer vid deltagande bedömdes som minimala. Vid studiens uppstart hade vi en del funderingar kring deltagare och vem som skulle få ta del av våra behandlingsinterventioner. Dels för att det är inom klinisk verksamhet vi bäst trodde oss hitta personer med OCD, men också av etiska skäl som ”göra gott”-principen beslöt vi att rikta oss mot en klinisk patientgrupp i syfte

att kunna erbjuda vårdsökande patienter en intervention i väntan på annan behandling. En diskussion vi hade under studiens gång var ifall vi hade kunnat erbjuda patienter en fortsatt behandling direkt efter att de deltagit i studien. Med de knappa resurser som finns inom våra vårdinrättningar i dag såg vi här ett etiskt dilemma mellan att behandla aktuella deltagare kontra andra väntande patienter uppsatta på en väntelista för psykoterapi.

Sammanfattning

Syftet med denna experimentella studie är att undersöka om ERP, som en-sessions-intervention leder till en minskning av symtom för individer som lever med diagnostiserat tvångssyndrom. Korttidsbehandlingar innehållande exponering har visat sig effektiva vid andra tillstånd, specifik fobi (Öst, 1989; Kimberly & Thomsson, 2008) och social ångest (Knutsson et al., 2020). Våra positiva resultat styrker hypotesen att OCD med samsjuklighet går att behandla med en kort och kraftfull exponeringsintervention. Det finns fördelar med att behandla denna, i regel kraftigt funktionsnedsatta, patientgrupp som stark och kompetent samt att kunna erbjuda behandling snabbt och till fler än man kan med konventionella och längre OCD-behandlingar som kan uppgå till 15–20 sessioner. Samtidigt vill vi betona att en sessions-behandlingar sannolikt inte är tillräckliga för de flesta, samt att de inte är tänkta att ersätta annan behandlings utan komplettera den. Vi vill också betona vikten av följsamhet i metoden och handledning, samt att den sannolikt inte bör användas av oerfarna behandlare, då den är relativt svår att genomföra. Det finns alltså ett behov av att vidare undersöka om en-sessionsbehandlingar vid OCD och andra tillstånd ska vara ett alternativ för patienter inom primärvård och psykiatri och även vem som ska utföra dem och med vilka patientgrupper. Inte minst behöver vi veta mer om hur de kan kombineras med andra behandlingsinsatser.

Med detta sagt och om resultaten håller i en klinisk kontext och i större randomiserade studier, tycker vi oss se en både samhällelig och medmänsklig nytta med evidensbaserade korttidsbehandlingar. Det ligger i allas intresse - av humanitära, etiska och ekonomiska skäl att kunna erbjuda olika patientgrupper olika behandlingsalternativ och evidensbaserade kombinationer av dessa, för att minska lidande hos drabbade individer och människor i deras omgivning. Vår studie är ett bidrag i detta sammanhang.

Referenser

- Abramowitz, J. S. (2013). The practice of exposure therapy: Relevance of cognitive-behavioral theory and extinction theory. *Behavior Therapy*, *44*(4), 548–558. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.003>
- Abramowitz, J. S., & Deacon, B. J. (2006). Psychometric properties and construct validity of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised: Replication and extension with a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, *20*(8), 1016-1035. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.001>
- 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*(1), 180–198. <https://doi.org/10.1037/a0018260>
- Abramowitz, J.S., & Foa, E.B. (2000). Does comorbid major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy* *31*(4), 795-800. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(00\)80045-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(00)80045-3)
- Abramowitz, J. S., Foa, E.B., & Franklin, M.E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, *71*(2), 394-98. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.394>
- American Psychiatric Association. DSM-5 Tasc Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5th ed.)
- Barlow, David H. (Ed). (2014) *Clinical handbook of psychological disorders. A step-by-step treatment manual*. (5th ed). New York. Guilford Press. 784 s.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Causes and Treatment*. Philadelphia, PA: University of Pennsylvania Press.
- 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* (6), 893-897. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.56.6.893>

- Bellodi, L., Scuito, G., Diaferia, G., Ronchi, P., & Smeraldi E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 42 (2), 111-120. [https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0165-1781\(92\)90075-E](https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/0165-1781(92)90075-E).
- Bertrand, A., Bélanger, C., & O'Connor, K. (2011). Troubles de l'alimentation et trouble obsessionnel-compulsif: facteurs communs [Eating disorders (ED) and obsessive-compulsive disorders (OCD): common factors]. *Santé mentale au Québec*, 36(1), 149–179. <https://doi.org/10.7202/1005819ar>
- Brown, T., Campell, L., Lehman, C., Grisham, J., & Manchill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110 (4), 585-599. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>
- Catanzano, M., Bennett, S.D., Sanderson, C., Patel, M., Manzotti, G., Kerry, E., Coughtrey, A.E., Liang, H., Heyman, I., Shafran, R. (2020). Brief psychological interventions for psychiatric disorders in young people with long term physical health conditions: A systematic review and meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 136. 110187. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110187>
- Clark, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24 (4), 461-470. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(86\)90011-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(86)90011-2)
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: Wiley.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5–27. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003>
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10–23. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.04.006>
- Cunningham, J. L., Wernroth, L., von Knorring, L., Berglund, L., & Ekselius, L. (2011). Agreement between physicians' and patients' ratings on the Montgomery–Åsberg Depression Rating Scale. *Journal of affective disorders*, 135(1-3), 148-53. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.07.005>
- Diniz, J.B, Rosario-Campos, M.C, Shavitt, R.G., Curi, M., Hounie, A.G, Brotto, S.A., et al. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities

- in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(1), 22-27. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0104>
- Eelen P., Hermans D., & Baeyens F. (2001). Learning perspectives on anxiety disorders. In Griez, E.J.L., Faravelli, C., Nutt, D., & Zohar, J. (Eds), *Anxiety Disorders: An Introduction to Clinical Management and Research* (pp. 250). John Wiley & Sons, Ltd.
- 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(26). <https://doi.org/10.1186/1471-244x-9-26>
- Fernández de la Cruz, L., Rydell, M., Runeson B., D’Onofrio, B.M., Brander G., Rück C., Lichtenstein, P., Larsson, H., Mataix-Cols, D. (2016). Suicide in obsessive–compulsive disorder: a population-based study of 36 788 Swedish patients. *Molecular Psychiatry* 20(11), 1626-1632. <https://doi.org/10.1038/mp.2016.115>
- Fineberg, N. A., Apergis-Schoute, A. M., Vaghi, M. M., Banca, P., Gillan, C. M., Voon, V., Chamberlain, S. R., Cinosi, E., Reid, J., Shahper, S., Bullmore, E. T., Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (2018). Mapping Compulsivity in the DSM-5 Obsessive Compulsive and Related Disorders: Cognitive Domains, Neural Circuitry, and Treatment. *The international journal of neuropsychopharmacology*, 21(1), 42–58. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx088>
- Flament, M.F., Whitaker A., Rapoport, J.L., Davies M., Berg, C.Z., Kalikow, K., Sceery, W., Shaffer, D. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764-71. <https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. (Eds.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York, NY, US: Guilford Press.
- Foa, E. B., Huppert, J.D., Leiberg, S., Langner, R., Kichie, R., Hajcak, L., Salkovskis, P.M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485 – 496. <http://dx.doi.org/10.1037/1040-3590.14.4.485>

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1996). *Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder*. In M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (p. 285–309). American Psychiatric Association.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, *99*(1), 20-35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., et al. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder: Correction. *The American Journal of Psychiatry*, *152*(4), 654. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.654-a>
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Steketee, G., & McCarthy, P.R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *31*(3), 279-292. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.2044-8260.1992.tb00995.x>
- Foa, E.B., Stetekete, G., Grayson, G., Turner, R.M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, *15*(5), 450-472. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(84\)80049-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(84)80049-0)
- Foa, E.B., Steketee, G., Turner, R.M., & Fischer, S.C. (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, *18* (5), 449-455. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(80\)90010-8](https://doi.org/10.1016/0005-7967(80)90010-8)
- Foa, E.B, Yadin, E., Lichner T.K. (2012). *Exposure and Response (Ritual) Prevention for Obsessive Compulsive Disorder Therapist Guide* (2. uppl.). Oxford University Press.
- Folkhälsomyndigheten (2020). Covid-19-pandemins tänkbara konsekvenser på folkhälsan. Folkhälsoguiden. Artikelnummer 20084.
- Fontenelle, L.F., Mendlowicz, M.K., Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *30*(3), 327-37. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.001>
- Franklin, E.B. & Foa, E.B. (2014). Obsessive-Compulsive Disorder. In David H. Barlow (Eds), *Clinical Handbok of Psychological Disorders. A Step-by-Step Treatment Manual*. (5th ed). (pp. 155-205). The Guilford Press.
- Franklin, M.E., Kozak, M.J., Foa, E.B., Abramowitz, & J., & 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(4), 594-602. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.594>
- García-Soriano, G., Rufer, M., Delsignore, A., & Weidt, S. (2014). Factors associated with non-treatment or delayed treatment seeking in OCD sufferers: a review of the literature. *Psychiatry research*, 220(1-2), 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.009>
- Gillihan, S.J., Williams, M. T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E.B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 1 (4), 251–257. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.05.002>
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46 (11), 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(6), 601–610. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00161-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00161-8).
- Huppert, D.H., Simpson, H.B., Nissenson, K.J., Liebowitz, M.R., & Foa, E.B. (2009). Quality of Life and Functional Impairment in Obsessive-Compulsive Disorder: A comparison of patients with and without comorbidity, patients in remission, and healthy controls. *Depression & Anxiety*, 26(1), 39-45. <https://doi.org/10.1002/da.20506>
- Jacoby, R. & Abramowitz, J. S. (2016). Inhibitory learning approaches to exposure therapy: A critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 49, 28-40. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.001>
- Kasvikis, Y. G., Tsakiris, F., Marks, I. M., Basoglu, M., & Noshirvani, H. F. (1986). Past history of anorexia nervosa in women with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 5(6), 1069–1075. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198609\)5:6<1069::AID-EAT2260050610>3.0.CO;2-U](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198609)5:6<1069::AID-EAT2260050610>3.0.CO;2-U)
- Kessler, K.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E., (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 66(6), 593-602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Kimberly Z. & Thomson, D.E. (2008). One-Session Treatment of Specific Phobias: A Detailed Description and Review of Treatment Efficacy. *Behavior Therapy*, 39(3), 207–223. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2007.07.003>
- Knutsson, J., Nilsson, J-E., Eriksson, Å., Järild, L. (2019). Imagery rescripting and exposure in social anxiety: a randomized trial comparing treatment techniques. *Journal of contemporary psychotherapy*, 50, 233-240.
- Kåver, Anna (2006). *KBT i utveckling. En introduktion till kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och kultur.
- Lang, Peter J. (1979). A Bio-Informational Theory of Emotional Imagery. *Psychophysiology*, 16(6), 495-512. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x>
- López-Pina, J. A., Sánchez-Meca, J., López-López, J. A., Marín-Martínez, F., Núñez-Núñez, R. M., Rosa-Alcázar, Ferrer-Requena, J. (2015). The Yale–Brown obsessive compulsive scale: a reliability generalization meta-analysis. *Assessment*, 22(5), 619-628. <https://doi.org/10.1177/1073191114551954>
- Martell, C.R., Dimidjan, S. & Hemann-Dunne, R. (2013). *Beteendeaktivering vid depression: en handbok för terapeuter*. Lund: Studentlitteratur.
- Matua Raki. (2016). *Mental Health and Addiction Screening and Assessment*. New Zealand. Wellington: Matua Raki
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(4), 273-80. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90023-4)
- Montgomery, S., Åsberg, M., Jörnstedt, L., Thorén, P., Träskman, L., & McAuley, R. et al. (1978). Reliability of the CPRS between the disciplines of psychiatry, general practice, nursing and psychology in depressed patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 57(S271), 29-32. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1978.tb02358.x>
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46(6), 553–565. <https://doi.org/10.1037/h0054288>
- Mowrer, O. H. (1960). *Two-Factor Learning Theory: Versions One and Two*. In O. H. Mowrer, *Learning theory and behavior* (p. 63–91). John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10802-003> Bok. Database: APA PsycBooks

- Murphy, T. K., Patel, P. D., McGuire, J. F., Kennel, A., Mutch, P. J., Parker-Athill, E., C. Hanks C. E., Lewin. A. B., Storch, E. A., Toufexis, M. D., Dadlani, G. H., Rodriguez, C. A. (2014). Characterization of the pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome phenotype. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 25(1):14-25. Epub 2014 Oct 14.
- Murray, C.J.L., & Lopez, A.D. (Eds). (1996). *The Global Burden of Disease and Global Health Statistic. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. A summary.* World Health Organization. Howard University Press.
- Olatunji, B.O., Davis, M.L., Powers, M.B., & Smits, J.A.J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research* 47(1), 33-41.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.08.020>
- Person, J. (2008). *The case formulation approach to cognitive-behaviour therapy: Guides to individualized evidence-based treatment.* New York: Guilford. (273 s.).
- Piaget, J. (1971). *Biology and knowledge: An essay on the relations between organic regulations and cognitive processes.* Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 51(2, Suppl), 10–13. Database: APA PsycInfo
- Rauch, S., & Foa, E. (2006). Emotional Processing Theory (EPT) and Exposure Therapy for PTSD. *Journal of Contemporary Psychotherapy: On the Cutting Edge of Modern Developments in Psychotherapy*, 36(2), 61–65. <https://doi.org/10.1007/s10879-006-9008-y>
- Rescorla, R.A., & Wagner, A.R. (1972). A theory of Pavlovian Conditioning: variations of the effectiveness of reinforcement and non-reinforcement. In A.H. Black & W.F. Prokasy (eds.), *Classical conditioning II: Current resaearch and theory* (pp 69-99). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Rettew, D. C., Swedo, S. E., Leonard, H. L., Lenane, M. C., & Rapoport, J. L. (1992). Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1050–1056. <https://doi.org/10.1097/00004583-199211000-00009>

- Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. & Marin-Martínez, F (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310-1325. [10.1016/j.cpr.2008.07.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001).
- 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(1), 53-63. <http://doi.org/10.1038/mp.2008.94>.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571–583. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(85\)90105-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(85)90105-6)
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H, Amorim, P., Jamavs, J. Veiller, E., Hergueta, T., Baker, T., Dunbar, G.C. (1997). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *European Psychiatry* 12(5), 232-241. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83297-X](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X)
- Sheu, J.C., McKay D., Storch, E.A. (2020). COVID-19 and OCD: Potential impact of exposure and response prevention therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 76. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102314>
- Skinner, B.F. (1938). *The Behavior of Organisms: An Experimental Analysis*. B.F. Skinner Foundation, Cambridge.
- Storch, E.A., Merlo, L.J., Larson, M.J., Geffken, G.R., Lehmkuhl, H.D., Jacob, M.L., Murphy, T.K., & Goodman, W.K. (2008). Impact of Comorbidity on Cognitive-Behavioral Therapy Response in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 47(5), 583-592. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816774b1>
- Speckens, A. M., Hackmann, A. Ehlers, A., Cuthbert, B, (2007). Imagery special issue: intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 411-22. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.09.004>
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., & Rapoport, J. L. (1992). Childhood-onset obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15(4), 767–775.
- Torresan, R. C., Ramos-Cerqueira, A. T., Shavitt, R. G., do Rosário, M. C., de Mathis, M. A., Miguel, E. C., & Torres, A. R. (2013). Symptom dimensions, clinical course and

- comorbidity in men and women with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 209(2), 186–195. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.12.006>
- Weissman, M.M., Bland, R.C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.G., Lee, C.K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 55(3 suppl), 5-10. <http://hdl.handle.net/11858/00-001M-0000-000E-8499-1>
- Yee, A., Yassim, A. R. M., Loh, H. S., Ng, C. G., & Tan, K. A. (2015). Psychometric evaluation of the Malay version of the Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS-BM). *BMC psychiatry*, 15(1), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0587-6>
- Öst, L.G (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27(1), 1-7. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(89\)90113-7](https://doi.org/10.1016/0005-7967(89)90113-7)

Bilaga 1

KOGNITIVA OCH BETEENDETERAPEUTISKA METODER VID BEHANDLING AV TVÅNG/OCD

Information om projektet

Vi ställer förfrågan om deltagande i undersökningen till dig som lider av tvångsproblematik och som inte har någon pågående psykoterapeutisk behandling.

Bakgrund och syfte

För att komma tillrätta med besvärande rädsla förknippat med tankar och tvångsbeteenden kan behandling med Kognitiv Beteendeterapi (KBT) hjälpa. Den ges oftast i form av ett antal olika behandlingstekniker som erfarenhetsmässigt visat sig fungera men vi behöver veta mer om de enskilda teknikerna.

I denna studie är vi intresserade av att undersöka hur två sådana tekniker - visualisering samt exponering med responsprevention - fungerar, hur pass effektiva de är samt jämföra dessa med varandra. Båda har i tidigare studier visat sig vara effektiva mot ångestproblem.

Hur går undersökningen till?

Du kommer bli lottad till endera typ av intervention eller till en kontrollgrupp. Om du hamnar i kontrollgruppen får du en av behandlingsmetoderna ändå, men lite senare. Blir du lottad till den ena interventionen får du prata om sådana inre mentala bilder eller föreställningar som du kan ha i tvångssituationer som du tycker är jobbiga och där du blir orolig eller rädd. Du får då även beskriva minnesbilder från tidigare situationer som varit obehagliga. Du får visualisera, dvs föreställa dig och beskriva bilden i detalj och sedan pratar man om hur den skulle kunna ändras. Blir du lottad till den andra interventionen kommer du istället tillsammans med terapeuten att lista olika tankar eller handlingar som är svåra för dig och som väcker obehag. Du blir sedan ombedd att tänka på eller göra något från listan samt avstå från dina vanliga skyddshandlingar (med stöd av din terapeut) för att lindra eller få bort rädslan eller obehaget.

Undersökningen består av två träffar med cirka en vecka emellan samt två efterföljande mätningar som sker över telefon eller via dator. Första gången vill vi intervjua dig om dina problem, be dig fylla i ett par frågeformulär och göra några skattningar. En vecka senare kommer en till träff med liknande skattningar och då får du också genomföra själva behandlingsdelen. Du blir sedan ombedd att fylla i nya skattningar över nätet eller via telefon vid två tillfällen: en vecka efter behandlingsdelen och 1 månad efter den. De som varit i kontrollgrupp blir erbjudna någon av behandlingsinterventionerna efter den sista skattningen.

Nackdelar och fördelar?

Du kan uppleva en oro eller annat obehag när du utsätter dig för dina tvångsskapande tankar eller situationer eller när du visualiserar. Det senare eftersom du då också kommer att minnas oron eller rädslan som är förknippad med minnesbilderna. Vi ska göra allt för att din oro ska försvinna innan du lämnar oss. Fördelen är att du på sikt kan bli mindre orolig i tvångsrelaterade situationer. En annan fördel är att din medverkan kan bidra till att öka kunskapen om tvångsproblem och förbättra de behandlingar som erbjuds personer som lider av tvångsproblem.

Observera att denna enda terapisesession inte ska ses som en fullvärdig behandling för OCD!

Hantering av data och sekretess

Dina svar och dina resultat kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av dem. Du ska därför inte skriva ditt namn någonstans på några frågeformulär – varje frågeformulär har i stället ett

kodnummer för att göra det möjligt att koppla ihop samma persons svar på olika frågeformulär. Dina svar läggs upp i ett dataregister, och resultaten kommer att presenteras i en vetenskaplig artikel i form av statistiska data där du som enskild person ej kan identifieras. All bearbetning och förvaring av data kommer efter insamling att äga rum på dator eller annat medium utan anslutning till Internet. Ansvarig för dina personuppgifter är Lunds universitet.

Försäkring och ersättning

Ordinarie patientförsäkring gäller. Vi kan dessvärre inte ge dig ersättning för ditt deltagande.

Frivillighet

Du deltar helt frivilligt i undersökningen och kan när som helst, utan särskild förklaring, avbryta. Om du avbryter ditt deltagande kommer de uppgifter du lämnat att förstöras (avregistreras). Kontakta psykolog Jens Knutsson eller psykolog Jan-Erik Nilsson (se kontaktuppgifter nedan) för besked om du vill avsluta ditt deltagande.

Vid intresse kontakta någon av behandlarna nedan:

Socionom, kurator Charlotta Andersson
charlotta.andersson@skane.se

Leg kurator, socionom Peter Olsson
peter.b.olsson@skane.se

Leg psykolog Jon Andersson Havemose
jo2487an-s@student.lu.se

Leg psykolog Emma Grahn
emma.grahn@skane.se

Leg psykolog Kristin Gegner
kristin.gegner@skane.se

Ansvariga

Forskningshuvudman

Prefekt Robert Holmberg, Institutionen för Psykologi, Lunds Universitet;
tfn 046-222 00 00; e-post robert.holmberg@psy.lu.se

Ansvariga forskningsledare

Fil.dr. Leg Psykolog, Leg Psykoterapeut Jan-Erik Nilsson,
Kognio - centrum för KBT, Lund; tfn 070-2074352;
e-post jan-erik.nilsson@kognio.se

Fil.dr. Leg Psykolog. Leg Psykoterapeut Jens Knutsson,
Institutionen för psykologi, Lunds Universitet, tfn 076-8582413
jens.knutsson@gmail.com

Bilaga 2

VILL DU DELTA I EN STUDIE KRING OCD?

I samarbete med Institutionen för psykologi, Lunds Universitet 2020-2021

Hej!

**LIDER DU AV TVÅNG? DU HAR KANSKE DIAGNOSEN OCD?!
SE HIT!**

Du har den unika möjligheten att delta i en undersökning som innebär att Du under en terapiesession får testa en metod som används vid kognitiv beteendeterapi vid flera olika tillstånd (tvångssyndrom, social fobi m.fl.). Vi är intresserade av effekten och din upplevelse av din behandling!

Vi är psykologer och socionomer/kuratorer som går psykoterapeututbildning i KBT (steg II) på Lunds universitet. Deltagande i vår studie innebär att Du träffar någon av oss vid två tillfällen, varav det ena är själva terapiesessionen. Sedan görs uppföljande mätningar på distans två tillfällen. Observera att denna enda terapiesession inte är en fullvärdig behandling för OCD men att tidigare studier har visat att många fått god effekt av denna korta intervention.

Ditt deltagande är fullt frivilligt, Dina svar och annan data är anonyma! Deltagandet kostar som ordinarie vårdbesök och patientförsäkring gäller. Ett urval kommer att göras. Alla som anmäler intresse kommer att få besked om eventuellt deltagande.

Hoppas Du blir intresserad och vill delta! Anmäl Ditt intresse till en behandlare på Din mottagning eller direkt till oss som genomför studien, kontaktuppgifter finns nedan.

VÄL MÖTT!

Socionom, kurator
Charlotta Andersson
charlotta.andersson@skane.se

Leg psykolog
Jon Andersson Havemose
jo2487an-s@student.lu.se

Leg psykolog
Kristin Gegner
kristin.gegner@skane.se

Leg psykolog
Emma Grahn
emma.grahn@skane.se

Leg kurator Peter Olsson
0705-713738

DITT SAMTYCKE

INFORMATION OM PROJEKTET

Att delta i undersökningen innebär:

- att du under en terapiesession får testa en komponent (en metod) som används vid kognitiv beteendeterapi vid tvångssyndrom och ge dina synpunkter på hur du upplever detta
- att ljudupptagning sker under själva sessionen med syfte att ett begränsat antal behandlingar kommer att genomlysas av en bedömare inom projektet som kvalitetskontroll av behandlingen, Ljudupptagningarna förstörs efter studien är slutförd.
- att du besvarar några frågeformulär före och efter terapiesessionen
- att alla dina svar behandlas konfidentiellt, och att du därför inte ska skriva ditt namn någonstans på dessa frågeformulär – varje frågeformulär har i stället ett kodnummer för att göra det möjligt att koppla ihop samma persons svar på olika frågeformulär
- att dina svar på frågeformulären inte kommer att användas till något annat än statistiska analyser i vetenskapliga rapporter

Observera att denna enda terapiesession inte kan ses som en fullvärdig behandling för tvångssyndrom, även om positiva effekter påvisats för ångesttillstånd i tidigare studier.

Jag har fått muntlig och skriftlig information om studien, fått tillfälle att ställa frågor och fått dem besvarade.

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag när som helst, utan att ange något särskilt skäl, kan avbryta min medverkan, utan att detta får några negativa konsekvenser för mig eller påverkar tillgång till andra insatser eller behandlingar.

Jag samtycker till att medverka i undersökningen.

Datum _____

Namn _____

Namnförtydligande

Telefon: _____

Obs! En samtyckesblankett ska återsändas ifylld inom tre dagar från informationssamtalet med forskare, (Datum) och du behåller den andra samtyckesblanketten samt informationsbrevet själv.

Ansvariga forskningsledare:

Dr. Jens Knutsson
Fil. dr., Leg. Psykoterapeut och
Psykolog
Tel. 0768-582413
jens.knutsson@psy.lu.se
Institutionen för psykologi
Lunds Universitet

Dr. Jan-Erik Nilsson
Fil. dr.,
Leg. Psykoterapeut och Psykolog
Tel. 070-2074352
jan-erik.nilsson@kognio.se
Kognio - Centrum för KBT i Lund

Instruktioner till In-vivo exponering med responsprevention

Fysisk träff 1: Intervju

Jag vill prata med dig om det som händer i situationer där ditt tvång växer. Vid oro och ångest får man en blandning av tankar, impulser, föreställningar eller bilder som dyker upp i ens huvud. Dessa kan kännas ofrivilliga och svåra att hantera och brukar då kallas tvångstankar. *Så som du tidigare har beskrivit – exempel från deltagares historia.* För att lindra och minska obehag kan vi använda ritualer - tvångshandlingar. Dessa kan minska ångest och obehag i stunden. Men på sikt brukar tvångshandlingarna leda till att man känner sig hindrad i vardagen. *Det känner du igen – exempel från deltagarens historia.*

Det är också vanligt att man har en orealistisk och negativ föreställning om vad som kommer att hända om man INTE utför ritualer/tvångshandlingar - får stopp på tankarna. Vi ska tillsammans kartlägga situationer i vilka du får tvångstankar och gör tvångshandlingar. Sedan skattar vi hur mycket obehag de väcker på en skala, som utgår från din subjektiva upplevelse, där 0 = *inget obehag eller ångest* och 100 = *extremt mycket, outhärdlig ångest.* *Kolla att patienten är med...*

Du har fyllt i skattningsformulär här idag och angett vilka olika tvångstankar/bilder/impulser du har. Vi ska nu göra en ångesthierarki tillsammans utifrån dina problem.

Vilka mentala inre företeelser eller yttre situationer ger dig mest ångest?

Är det några du helt eller delvis undviker?

Börja med hierarkin. Hitta flera situationer/tankar med olika grad av SUD.

Som jag sa innan har man ofta så kallade ritualer/tvångshandlingar när man måste möta en jobbig tanke/situation, saker som man gör för att känna sig tryggare, också kallade säkerhetsbeteenden. Vet du om du gör något sådant i de situationer du nyss nämnde? *Gå igenom tvångshandlingarna i tur och ordning. V.b. nämn exempel: Det kan handla om att du kontrollerar saker, tvättar händerna ofta, upprepar ramsor, undviker situationer helt, eller ber andra försäkra dig om att ngt är rätt utfört eller inte är smutsigt eller liknande. .*

Hur mycket ångest skulle det ge dig att göra det som står i ångesthierarkin? 0= *ingen alls* till 100= *extremt mycket, outhärdligt (SUD, skatta på formulär EÅ)*

I vilken utsträckning undviker du att göra det som står i ångesthierarkin? (*hur mycket eller ofta du undviker situationen som skulle väcka obehaget eller i hur pass hög utsträckning du utför dina ritualer och handlingar och därmed undviker att möta situationen utan ritual*) 0 = *inte alls undvikande* till 100 = *utan undantag undvikande eller ritual (Skatta på formulär EU)*

Vilka situationer från listan vi gjort skulle du helst vilja klara av att bemästra? Om du skulle ...*(beskriv de situationer, tankar, föreställningar som personen får mest obehag av. Alternativt välj 1-2 av de företeelser som personen skattat högst på ångesthierarkin)* Vad skulle hända om du inte utförde tvångshandlingarna i dessa situationer? Vad är det värsta som skulle kunna hända *(mullvada vid behov och notera vilken tanken är)*? Hur pass övertygad är du om att det kommer hända? Skatta från 0 = *inte alls* till 100 = *helt och hållet* (skatta på formulär **EÖ**).

Om det värsta ovan skulle hända...

A) Vad skulle det säga om dig som person? *(Mullvada vid behov och notera personens negativa antagande om sig själv, andra eller framtiden, t.ex. kring ansvar på ett magiskt sätt, noggrannhet mm)*

B) Hur pass övertygad är du om att det påståendet stämmer? Skatta från 0 = *inte alls* till 100 = *helt och hållet* (Skatta på formulär **EB**)

Tillsammans med patienten bestäm och planera för 1-2 situationer som ska exponeras och hur. Ev. ge rational enligt nedanstående text.

Fysisk träff 2 behandling (inom tre till tio dagar från träff 1),

Samtycke samlas in, ska vara signerat av deltagaren

Skattning (Time 2)

1. Hur pass mycket ångest skulle det ge dig att göra det nu? (det utvalda från hierarkin, ny skattning av **EÅ**) (0 = *ingen alls*, 100 = *extremt mycket/outhärdligt*)

2. Hur pass mycket kommer du undvika den valda situationen nu tror du? (skatta ny **EU**, 0 = *inte alls undvikande* till 100 = *utan undantag undvikande eller ritual*)

3. Hur mycket tror du på katastroftanken, (nämna patientens tidigare förutsägelse) nu? (skatta **EÖ**, 0 = *inte alls* till 100 = *helt och hållet*)

4. Det som du tänkte om dig som person (eller andra eller framtiden, nämna patientens negativa antagande om sig själv), hur mycket tror du på det nu? (skatta ny **EB**, 0 = *inte alls* till 100 = *helt och hållet*)

Exponeringen

Då ska vi strax göra en Exponering med responsprevention. Det vi kommer att göra nu är att välja en eller två av dessa situationer (visa ångesthierarkin) och prova att genomföra och bemästra dem utan säkerhetsbeteenden *(ritualer, tvångshandlingar)*. Tidigare forskning och klinisk erfarenhet har visat att det hjälper att närma sig sina svårigheter på det här sättet. Jag kommer finnas med men det är du som ska utmana dig. Tanken är att vi kommer att testa och se om dina föreställningar stämmer eller om något annat inträffar. Efteråt funderar vi tillsammans kring vad som hände.

Jag kommer finnas med som ett stöd under hela övningen för att du lättare ska kunna utmana dig själv. Själva utmaningen är viktig för att övningen ska bli effektiv. Att inte gå på impulsen att utföra ritualer kan kännas svårt. Det är av vikt att vi pratar öppet om ifall du ritualiserar i huvudet eller på andra dolda vis. Är det något särskilt som du vill att jag ska göra

för att hjälpa dig när vi exponerar? Är det ok om jag pushar på lite om det blir svårt? Det är också viktigt att du försöker möta tankarna/situationen så som de/den är, försök att bara lägga märke till vad som händer med dig, vilka tankar, känslor och impulser som kommer. Det här kommer vara nyttigt på flera sätt, bl.a. genom att vi testar om det du tänker ska hända faktiskt händer. Än en gång, vi försöker att inte använda ritualer/säkerhetsbeteenden. *Benämnen de som klienten sagt längre upp. Exv...*

Genomför exponeringen.

Hjälp klienten med kognitiv omstrukturering i linje med Craske: Vad tänker du nu om de förutsägelser du gjorde inför exponeringen? Vad la du märke till? Blev det så som du trodde?

Efterskattning (Time 3)

1. Hur pass mycket ångest skulle det ge dig att göra det nu? (det utvalda från hierarkin, ny skattning av **EÅ**) (0 = *ingen alls*, 100 = *extremt mycket/outhärdligt*)
2. Hur pass mycket kommer du undvika den valda situationen nu tror du? (skatta ny **EU**, 0 = *inte alls undvikande* till 100 = *utan undantag undvikande eller ritual*)
3. Hur mycket tror du på katastroftanken, (nämnen patientens tidigare förutsägelse) nu? (skatta **EÖ**, 0 = *inte alls* till 100 = *helt och hållet*)
4. Det som du tänkte om dig som person (nämnen patientens negativa antagande om sig själv), hur mycket tror du på det nu? (skatta ny **EB**, 0 = *inte alls* till 100 = *helt och hållet*)

Manipulation check

1. Hur väl stämde övningssituationen överens med hur det brukar kännas och vara? (0-100, 0 = *inte alls* - 100 = *helt och hållet*)
2. Hur svårt var det att genomföra exponeringen? (0-100, 0 = *inte alls* till 100 = *extremt*)
3. Hur mycket ångest hade du under övningen? (0-100, 0 = *ingen alls* till 100 = *extremt mycket/outhärdlig*)
4. Hur stark var din impuls att utföra en ritual? (0-100, 0 = *ingen* till 100 = *extremt stark*).
5. I vilken grad gav du efter för impulserna och utförde dina ritualer? (0-100, 0 = *inte alls*, 100 = *helt och hållet*).

Lista med exempel på ångestsituationer

Situation	Rädsla (0-100)	Undvikande (0-100)
Gå på toaletten, sätta sig direkt på toasitsen		
Äta t ex kakor som terapeuten har framme i rummet		
Dricka ett glas vatten utan att räkna antal klunkar		
Gå på toaletten, tvätta händerna en gång, lämna rummet		
Använda kaffebryggare och lämna rummet		
Gå över övergångsställen eller på plattor utan att räkna eller undvika sträck		
Säga högt ett ord som man undviker, t ex "olycka" (utan att samtidigt tänka "lycka")		
Läsa högt från tidningen om någon som har dött.		
Använda sax eller kniv medan terapeuten har bindel för ögonen.		
Gå i en trappa utan att hoppa över vissa trappsteg		
Använda toaborsten efter ett toalettbesök på allmän toalett. Tvätta händerna en gång och lämna rummet.		

Ångesthierarki

Situation (bestäm hur och identifiera moderatorer)	Rädsla (0-100)	Undvikande (0-100)

Bilaga 5

Instruktioner till kontrollgrupp

Patienten har slumpmässigt blivit vald till att först ingå i kontrollgrupp och kommer senare att få en utav de två behandlingar som studien innehåller; "Imagery rescripting" (ImRs) eller "Exponering med responsprevention" (ERP), utifrån den intervju som tidigare genomförts och där tvångsproblemen kartlagts.

Tillvägagångssätt Fysisk träff 2

(Time 2)

(Pre-treatment)

- Samtyckesblanketten samlas in, om pat ej har den med får hen skriva under en ny

Baslinjemätning 2 (Pre-treatment)

- Google formulär: OCI och YBOCS-sista frågor 1-9 samt BAI
- Vid Imagery: Skattningar av IÅ, IV, IF, MÅ och EB (samma bild/image som vid Time 1; bilden måste aktiveras för att kunna skattas)
- Vid ERP: skattningar av EU, EÅ, EÖ och EB

Instruktion

"Då ska du strax få läsa två texter om kognitiv beteendeterapi. Du kommer att få läsa dom på egen hand i lugn och ro och vi tar en kort paus mellan dom. Tidigare forskning och klinisk erfarenhet har visat att egen läsning, också kallad biblioterapi är en bra hjälp för att senare ta till sig en behandling. Man kan ibland se att bara själva läsningen har en liten effekt på besvären. Sedan kommer vi att prata lite kort om hur du uppfattade texten, om den var svår, lätt eller kanske hjälpsam på något sätt."

DELTAGAREN LÄSER TEXTERNA (medan terapeuten sitter tyst i rummet, besvara eventuella frågor kortfattat efter genomläsningen)

- Läser kapitel 3.
- Paus 5-10 min
- Läser kapitel 4.

(Total tidsåtgång för läsning: uppskattad c:a 35-40 min)

(Post-treatment; Time 3)

Efterskattning tas direkt efter interventionen vid samma tillfälle (antingen ERP eller ImRs beroende på randomisering)

- Vid Imagery: Skattningar av IÅ, IV, MÅ och EB (samma bild/image som vid Time 1 och Time 2; bilden måste aktiveras för att kunna skattas)
- Vid ERP: EU Undvikande av exponering), EÅ (ångest inför exponering), EÖ (Övertygelse om att katastroftankar stämmer), EB (Encapsulated belief)

ERP:

1. Hur pass mycket ångest skulle det ge dig att göra det nu? (det utvalda från hierarkin, ny skattning av **EÅ**) (0 - ingen alls, 100 extremt mycket)
2. Hur pass mycket kommer du undvika den valda situationen nu tror du? (skatta ny **EU**)
3. Hur mycket tror du på katastroftanken, (näm patientens tidigare förutsägelse) nu? (skatta **EÖ**)

4. Det som du tänkte om dig som person (nämn patientens negativa antagande om sig själv), hur mycket tror du på det nu? (skatta ny **EB**)

ImRs:

Plocka fram din bild igen och skatta hur levande (verklig) den känns på en skala från:

0 = *inte alls* till 100 = *extremt verklig*

(skatta på formulär **IV**) "*image vividness*"

Hur pass mycket ångest/obehag har du när du har denna bild i huvudet?

Skatta skala: 0 = *ingen alls* till 100 = *extremt mycket/outhärdligt* (skatta på formulär **IÅ**) "*ångest kopplat till bilden*"

Hur ångestladdad/obehaglig är minnesbilden på en skala från:

0 = *inte alls* till 100 = *extremt jobbigt, outhärdligt*

(skatta på formulär **MÅ**) "*minnesångest, till första gången bilden kom*"

Hur pass övertygad är du att detta uttalande - om dig själv - är sant och stämmer med verkligheten?

0 = *inte alls* till 100 = *helt och hållet*

(skatta på formulär **EB**)

Manipulation check

Hur svår tyckte du text 1 var? att förstå (0-100, 0- *inte alls* - 100 - *extremt svår*)

Hur svår tyckte du text 2 var? att förstå (0-100, 0- *inte alls* - 100 - *extremt svår*)

Hur väl stämde det du läste i texterna med dina erfarenheter av hur det kan kännas och vara för dig att leva med tvångsproblem? (0-100, 0- *inte alls* - 100-*helt och hållet*)

Hur väl stämde det du läste i texterna med hur du uppfattar att människor fungerar? (0-100, 0- *inte alls* - 100-*helt och hållet*)

Hur mycket nytta av det du just läst tror du att du kommer att ha för att minska dina tvångsproblem innan du får din behandling lite längre fram? (från 0-*ingen alls* till 100- *extremt mycket*)

Hur mycket ångest hade du under läsningen? (0-100, 0- *ingen alls* - 100 - *extremt mycket*)