

Forventningers rolle i behandling av OCD

Hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi
NTNU

Trondheim, vår 2015

Even Amdahl

Forord

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Stian Solem, som gjennom hele prosessen har bidratt med nyttige kommentarer, korreksjoner, og forslag til endringer underveis. Videre har gjennomgående raske tilbakemeldinger fra veileder bidratt til at undertegnede har klart å holde fokus på arbeidet med oppgaven selv i perioder hvor jeg følte lite fremdrift. En stor takk til Karina Høyen for støtte og oppmuntring underveis i prosessen. Jeg vil takke Torun Grøtte for verdifull korrekturlesing i slutfasen av skrivingen.

Undertegnede har utredet og fungert som behandler for flere av pasientene i utvalget i denne studien. Jeg vil rette en stor takk til tidligere kollegaer ved Spesialpost4 ved Østmarka, for muligheten til å være en del av denne flotte arbeidsplassen og for alt jeg fikk mulighet til å lære i perioden jeg var der.

Even Amdahl

Trondheim, 5. Mai, 2015.

Sammendrag

Denne studien tar for seg forventningers rolle i behandling av et utvalg på 115 personer som mottok intensiv inneliggende behandling med eksponering med responsprevensjon (ERP) for tvangslidelse (obsessive-compulsive disorder - OCD). Målet med studien var å undersøke hvorvidt intervensjoner gjennomført under et utredningsopphold bidro til å øke forventninger til muligheten for endring av angst ved behandlingsstart, og undersøke hvorvidt grad av forventninger kan predikere behandlingsutfall. Resultatene viser at deltagerne i studien opplevde en signifikant økning i forventninger fra før utredning til behandlingsstart. Videre fant man en liten men signifikant korrelasjon mellom forventninger til endring av angst ved behandlingsstart og behandlingsutfall. Regresjonsanalysene viste imidlertid at når man kontrollerte for symptomtrykk av OCD og depresjon ved behandlingsstart forklarte ikke grad av forventninger unik varians i symptomtrykk ved behandlingsslutt. Disse funnene gir støtte til tidligere forskning som viser at forventninger endrer seg over tid, potensielt som følge av introduksjon til ulike behandlingskomponenter. Resultatene antyder at forventninger til endring av angst er av en viss betydning for behandlingsutfall, men samtidig at det er behov for videre forskning for å øke vår forståelse av hvordan forventninger påvirker prosess og utfall av ERP for OCD, og hvilke intervensjoner som er av spesiell betydning for forventninger til endring av angst.

Innledning

I den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og relaterte helseproblemer (ICD-10, World Health Organization, 2008) beskrives hovedtrekket ved tvangslidelse (obsessive-compulsive disorder - OCD) av tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger. Tvangstanker er ideer, forestillinger eller impulser som dukker opp i pasientens bevissthet i stereotyp form, som fremstår som foruroligende og som pasienten prøver å motstå. Tvangshandlinger er stereotyp atferd som blir gjentatt gang på gang uten at personen opplever handlingene som behagelige eller nyttige. Tvangshandlingene gjennomføres i den hensikt å redusere angst/ubehag og-/eller hindre en objektivt usannsynlig hendelse fra å skje (Abramowitz, 1997).

Frem til 1980-tallet var det en generell oppfatning at tvangslidelse (OCD) var en sjelden lidelse med dårlige prognoser (Abramowitz, 1997). Epidemiologiske studier har siden pekt på en livstidsprevalens for OCD på mellom 2-3% (Karno, Golding, Sorenson, & Burnam, 1988; Millet et al., 2004; Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler, 2010), noe som indikerer at OCD har en utbredelse i befolkningen på linje med andre angstlidelser som eksempelvis panikklidelse, agorafobi med eller uten panikk, og generalisert angstlidelse (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012). OCD utvikles normalt gjennom et gradvis forløp, vanligvis vil debut inntreffe hos barn eller unge voksne (De Luca, Gershenson, Burroughs, Javaid, & Richter, 2011). Ubehandlet vil lidelsen kunne fremstå med et varierende symptomtrykk, men lidelsen blir ofte kronisk (Foa, Kozak & Lichner, 2012). En ubehandlet OCD vil kunne få store konsekvenser for en persons fungering på livsområder knyttet til arbeidsliv, studier, i mellommenneskelige forhold samt i gjennomføringen av dagligdagse aktiviteter (Foa et al., 2012). Ut i fra utbredelsen av OCD i befolkningen samt de personlige- og samfunnsmessige kostnadene knyttet til det å ha OCD, er utvikling og tilgang til effektive behandlingsmetoder av stor betydning for de som er rammet av denne lidelsen (Abramowitz,

1997). Kognitiv atferdsterapi (cognitive behavioural therapy – CBT) har gjennom flere tiår vist seg å være en veldokumentert behandlingsform for angstlidelser (Clark, 2013; Craske & Barlow, 2006; Hofmann & Smits, 2008). Kognitiv atferdsterapi bestående av eksponering med responsprevensjon (ERP) har vist seg å være en effektiv behandling for tvangslidelse (Foa et al., 2005). Resultater fra randomiserte kontrollerte studier viser at 77-86% av pasienter som gjennomfører ERP behandling oppnår klinisk signifikant bedring etter endt behandling (Mancebo, Eisen, Sibrava, Dyck, & Rasmussen, 2011).

På tross av at CBT har vist seg som en effektiv behandlingstilnærming for OCD, finnes det en andel av pasientene som ikke oppnår den ønskede bedringen. Dette inkluderer pasienter som avbryter behandlingen underveis samt en andel av pasienter som fullfører behandlingen, men som vil klassifiseres som non-respondenter (Taylor, Abramowitz, & McKay, 2012). I en gjennomgang av metaanalyser av behandling av angstlidelser viste Taylor et al. (2012) at en femtedel av pasientene avbrøt behandlingen underveis (drop-outs), og at en tredjedel av pasientene som fullførte behandlingen ble klassifisert som non-respondenter. En mer omfattende forståelse av hvordan kognitiv atferdsterapi (CBT) oppnår positive behandlings utfall er nødvendig for øke responsraten til denne behandlingsmetoden (Krebs et al., 2015).

Clark (2013) poengterer, i henhold til funnene av Taylor et al. (2012), at et av problemene knyttet til atferdsmessige intervensjoner, som for eksempel eksponeringsterapi, er andelen personer som er motvillige til eller avstår fra behandling som innebærer å måtte aktivt utsette seg for det man frykter mest. Årsaken til at enkelte ikke ønsker denne formen for behandling kan være mange. Clark (2013) peker på et sett med maladaptive antagelser som kan tenkes å bidra til pasienters motstand eller uvillighet til å gjennomføre eksponeringsbasert behandling. Blant annet peker Clark (2013) på pasientens *forventninger* til effekten eller konsekvensen av eksponering. For eksempel, forventninger til at eksponering vil føre til en

forverring av problemene som følge av at man utsetter seg for det man frykter. Eller forventninger knyttet til eksponering som behandlingsmetode, for eksempel at man tidligere har prøvd å utsette seg for det man frykter uten opplevelsen av at dette har hjulpet. Pasienters forventninger knyttet til endring har lenge blitt antatt å være en viktig non-spesifikk faktor i behandling på tvers av behandlingstilnærminger (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006).

Målet for denne oppgaven er å undersøke betydningen av pasienters forventninger for behandlingsutfall av ERP behandling for OCD. Det vil også bli undersøkt om hvorvidt pasienters forventninger endres som følge av intervensjoner gjennomført før behandling, intervensjoner rettet mot å motivere og sette pasienten i en posisjon hvor han/hun på informert grunnlag kan velge å motta eller avstå fra behandling.

Forventninger

Med utgangspunkt i sosialpsykologisk forskning gjennomført i etterkrigstiden, som viste hvordan forventninger bidrar til å forme menneskers motivasjon, persepsjon og handlinger, ble det i økende grad satt fokus på hvordan *forventninger* også påvirker det som skjer i psykoterapeutisk behandling (Constantino, Glass, Arnkoff, Ametrano, & Smith, 2011). Denne økte interessen for forventninger som fenomen i psykoterapi kommer blant annet til uttrykk i Franks (1973, i Constantino et al., 2011) hypotese om at pasienter kommer til behandling demoraliserte, og at en viktig faktor i suksessfull behandling er å generere håp og positive forventninger til endring. Constantino et al. (2011) definerer utfallsforventninger (outcome expectations) som pasientens prognostiske antagelser om sannsynlige konsekvenser av behandling. Disse antagelsene kan deles inn i tre kategorier; positive («jeg har tro på at jeg kan gjennomføre behandlingen og at jeg vil få det bedre»), negative («jeg kan ikke se for meg at jeg får det bedre, selv etter behandling») og ambivalente forventninger («jeg er usikker på om jeg vil få det bedre som følge av behandling, jeg har prøvd tidligere uten at det hjalp»).

Positive forventninger til mulighet for endring anses som et sentralt element knyttet til effektiv psykoterapi også i dag (Westra, Dozois & Marcus, 2007). En gjennomgang av 24 studier på psykoterapiforskning viste en liten men signifikant positiv assosiasjon mellom pasienters grad av forventninger og utfall av behandling, med en samlet vektet effektstørrelse på .24 (Cohens *d*) (Arnkoff, Glass, & Shapiro, 2002).

Forskning på betydningen av forventninger i behandling av tvangslidelse

Ved litteraturgjennomgang i forbindelse med denne studien fant man ikke review artikler som har omhandlet forbindelsen mellom forventninger og behandlingsutfall, hverken for angstlidelser generelt eller OCD. Det er derimot gjennomført en rekke enkeltstående studier på området. Studier har vist at pasienters grad av forventninger til endring predikerte behandlingsutfall ved kognitiv atferdsterapi for ulike angstlidelser slik som generalisert angstlidelse, sosial fobi, spesifikk fobi, samt i et utvalg med ulike angstlidelser (Brown et al., 2014; Chambless, Tran & Glass, 1997; Newman & Fisher, 2010; Price, Anderson, Henrich, & Rothbaum, 2008; Westra et al., 2007). Når det kommer til OCD, som i ICD-10 (World Health Organization, 2008) klassifiseres som en angstlidelse, viser forskning på sammenhengen mellom forventninger og behandlingsutfall derimot blandede resultater.

Lewin, Peris, Bergman, McCracken, og Piacentini (2011) undersøkte forventninger til behandling i en gruppe på 49 ungdommer som mottok eksponeringsbasert CBT for OCD. Som mål på forventninger ble deltagerne i forkant av behandlingen spurt om grad av tiltro til at gjennomføring av behandlingen ville hjelpe på OCD symptomene. Deltagerne besvarte dette spørsmålet på en syv-punkts Likert skala, hvor høyere skåre indikerte høyere grad av positive forventninger. Forskerne fant støtte for sin hypotese om at grad av positive forventninger knyttet til behandlingen var relatert til symptomtrykk etter behandling, uavhengig av symptomtrykk ved behandlingsstart eller tidligere behandlingsforsøk. I en nylig

publisert studie av Vorstenbosch og Laposa (2015) undersøkte forskerne forventninger hos 64 personer som deltok i 12 ukers gruppebehandling med CBT for OCD. Som mål på forventninger benyttet man Anxiety Change Expectancy Scale (ACES), utviklet av Dozois og Westra (2005), som er et selvrapporeringskjema bestående av 20 ledd som tar for seg forventninger til muligheten for å endre angst. Deltagerne i studien ble instruert til å fylle ut ACES før første time med gruppe-CBT, samt etter fjerde time. Studien viste at forventninger målt pre-behandling ikke predikerte behandlingsutfall hos deltagerne. Derimot viste det seg at endringer i forventninger fra pre-behandling til forventninger målt etter fjerde time, signifikant predikerte reduksjon i OCD-symptomer fra pre-behandling til behandlingsslutt. Andre studier viser derimot ikke en signifikant sammenheng mellom grad av forventninger og behandlingseffekt hos OCD pasienter som mottok henholdsvis kognitiv terapi (Steketee et al., 2011) og ERP behandling (Vogel, Hansen, Stiles, & Götestam, 2006).

Som påpekt av Vorstenbosch og Laposa (2015) kan en årsak til variable funn potensielt ligge i metodologiske ulikheter når det kommer til hvordan man måler forventninger. For det første målte Steketee et al. (2011) forventninger først etter seks uker med terapi. Da forskning viser at en betydelig andel av bedring skjer i en tidlig fase av behandlingen (Westra et al., 2007), vil det i denne studien være vanskelig å si hvorvidt forventninger hadde en direkte effekt på utfall av behandlingen eller om assosiasjonen mellom forventninger og utfall utøvde sin effekt gjennom tidlig symptomlette. Vogel et al. (2006) målte forventninger ved bruk av en tilpasset, one-item versjon av Credibility/Expectancy Questionnaire (CEQ) utviklet av Borkovec og Nau (1972). Deltagerne i studien ble, i etterkant av første time med presentasjon av rasjonale bak ERP, bedt om å rapportere grad av tiltro til at behandlingen ville hjelpe dem. Dette er potensielt problematisk da det kan tenkes at man først og fremst måler *forståelse av behandlingsrasjonale* uten at det tydelig kommer frem hvorvidt pasienten tror på egen evne til å gjennomføre en slik krevende

behandlingstilnærming. Det kan således stilles spørsmålstegn ved reliabiliteten og validiteten knyttet til bruken av one-item mål på forventninger, da forventninger som psykologisk fenomen kan innbefatte mer enn tiltro til en spesifikk behandlingstilnærming. I tillegg kan rapportering av forventninger, når disse etterspørres i etterkant av introduksjon til behandlingsrasjonale, påvirkes av potensielle feilkilder som ønske om å fremstå positiv ovenfor terapeuten eller fremstå som mer positiv til behandlingen enn hva man i realiteten er (Reese et al., 2013).

Et annet potensielt problem ved forskningen som tar for seg forbindelsen mellom forventninger og behandlingsutfall hos OCD pasienter, er at denne forbindelsen ofte behandles som en stabil faktor i et behandlingsforløp ved at man gjerne nøyer seg med å måle forventninger kun ved ett tidspunkt i forkant av eller i en tidlig fase av behandlingen (f.eks., Lewin et al., 2011; Steketee et al., 2011; Vogel et al., 2006). Ahmed og Westra (2009) fant en signifikant økning i forventninger etter presentasjon av behandlingsrasjonale for CBT for sosial fobi, noe som tyder på at forventninger kan endres som følge av å bli presentert for en behandlingskomponent. Videre støtte for et slikt syn fant man i en CBT studie som undersøkte effekten av gruppebehandling for depresjon (Tsai, Ogradniczuk, Sochting, & Mirmiran, 2014). I denne studien fant man ingen signifikant sammenheng mellom mål på forventninger pre-behandling og utfallsmål post-behandling, men derimot fant man en signifikant sammenheng mellom høyere grad av forventninger målt etter tredje time og mål på livskvalitet og interpersonlig fungering etter endt behandling. Tsai et al. (2014, s. 105) poengterer at “this is a hopeful finding, as we would imagine that early-treatment expectancies would be easier to influence than baseline expectancies via the introductory session content”. Ovennevnte funn tyder på at forventninger kan endres og potensielt formes som følge av en behandlingsprosess. Dette er i tråd med Constantino et al. (2011) som argumenterer for at forventninger ikke bare omhandler prognostiske antagelser pasienten har

med seg forut for behandling, men at det også dreier seg om antagelser som formes i løpet av den terapeutisk prosessen ut i fra de erfaringer pasienten gjør seg underveis.

Samlet sett antyder litteraturen at forventninger kan være en viktig faktor knyttet til utfall av psykoterapeutisk behandling og at forventninger potensielt kan formes som følge av en behandlingsprosess. Samtidig kan man si at forskningen som foreligger når det gjelder sammenhengen mellom forventninger og behandlingsutfall for OCD er preget av variable funn og ulike metodologiske fremgangsmåter. For det første, studier som ikke har funnet en signifikant sammenheng mellom forventninger og behandlingsutfall (f.eks., Steketee et al., 2011; Vogel et al., 2006), målte forventninger *etter* presentasjon av behandlingsrasjonale eller oppstart av behandling, noe som gjør det vanskelig å si noe om *baseline* nivå på forventninger hos deltagerne i disse studiene. For det andre, om man tenker seg at forventninger potensielt er gjenstand for endring også hos OCD pasienter, må det nødvendigvis benyttes gjentatte målinger for å undersøke hvordan forventninger påvirkes av ulike behandlingskomponenter. For det tredje, det kan tenkes at man ved bruk av singel-item mål på forventninger (f.eks., Vogel et al., 2006) ikke i tilstrekkelig grad fanger opp potensielt viktige aspekter ved forventninger som har betydning for utfall, for eksempel graden av tiltro til at man selv vil klare å gjennomføre krevende eksponeringer som ved ERP for OCD. I overensstemmelse med dette poengterer Dozois og Westra (2005) at tilgjengelige instrumenter i stor grad har målt forventninger til en eller flere spesifikke endringsstrategier, heller enn å måle forventninger knyttet til ens egen evne til å produsere endring.

Dozois og Westra (2005) utviklet ACES som et mål på grad av forventninger knyttet til *endring av angst*, og ikke som et mål på forventninger til en spesifikk behandlingstilnærming. ACES er konseptualisert som et tilstandsmål, da man tenker seg at forventninger knyttet til endring av angst varierer over tid som følge av påvirkning av ulike faktorer som symptomtrykk, behandlingshistorie, komorbiditet, tidligere endringsforsøk, osv.

I en studie av Dozois og Westra (2005) fant man at grad av forventninger, som målt ved ACES, predikerte behandlingsutfall ved CBT for generalisert angstlidelse. Videre viste Westra et al. (2007) at ACES skåre, målt pre-behandling, var assosiert med grad av etterlevelse til hjemmeoppgaver som videre var assosiert med tidlig symptomlette hos pasienter som mottok CBT for generalisert angstlidelse og panikk lidelse. Disse funnene gir støtte til antagelsen om at forventninger er en viktig faktor relatert både til prosess og utfall av psykoterapi (Westra et al., 2007).

Målet med denne studien

Forskning viser altså at ERP for OCD er en effektiv behandlingsform, men at det foreligger et behov for å øke responsraten for pasienter som mottar denne formen for behandling (Krebs et al., 2015). Samtidig har forskning vist at forventninger er en viktig faktor relatert til behandlingsutfall i psykoterapi, deriblant for en rekke ulike angstlidelser (f.eks., Brown et al., 2014; Chambless et al., 1997; Newman & Fisher, 2010; Price et al., 2008; Westra et al., 2007). Når det kommer til OCD viser forskningen på denne forbindelsen variable funn (f.eks., Lewin et al., 2011; Steketee et al., 2011; Vogel et al., 2006). Dette indikerer et behov for videre forskning som tar for seg forventningers rolle i OCD behandling ved bruk av psykometrisk solide mål på forventninger (f.eks., ACES). I tillegg, studier har også vist at forventninger kan endres underveis i en behandlingsprosess, og at slike endringer kan predikere symptomnivå ved behandlingsslutt (f.eks., Tsai et al., 2014; Vorstenbosch & Laposa, 2015). Tidligere studier har i all hovedsak målt forventninger *etter* at behandlingskomponenter er iverksatt (f.eks., Steketee et al., 2011; Vogel et al., 2006). For å måle eventuelle endringer i forventninger er det derfor behov for forskning som måler forventninger før og etter at behandlingsintervensjoner iverksettes. En slik studie vil kunne åpne for en drøfting av hvorvidt og eventuelt hvilke faktorer som potensielt bidrar til å øke

forventninger hos pasienter med OCD.

Formålet med denne studien er å undersøke forventningers rolle, som målt ved ACES, i behandling av en gruppe på 115 pasienter med OCD som fullførte et utredningsopphold etterfulgt av tre uker med intensiv inneliggende ERP behandling for OCD. Formålet med studien er todelt. For det først vil studien undersøke hvorvidt det skjer en endring i pasienters forventninger fra før utredning til oppstart av behandling, som følge av intervensjoner iverksatt under utredningsoppholdet. Disse intervensjonene er henholdsvis psykoedukasjon om angst og OCD, presentasjon av rasjonale bak ERP, utarbeidelse av behandlingsplan, prøveeksponeringer, og motiverende samtaler med behandlere- og personale. For det andre vil studien undersøke hvorvidt forventninger målt ved behandlingsstart kan predikere behandlingsutfall. Basert på tilgjengelig forskning presenteres derfor følgende hypoteser:

1. Intervensjoner gjennomført før behandling bidrar til å øke pasienters forventninger til muligheten for endring av angst.
2. Pasienters forventninger målt ved behandlingsstart er en signifikant prediktor for behandlingsutfall av ERP for OCD.

Metode

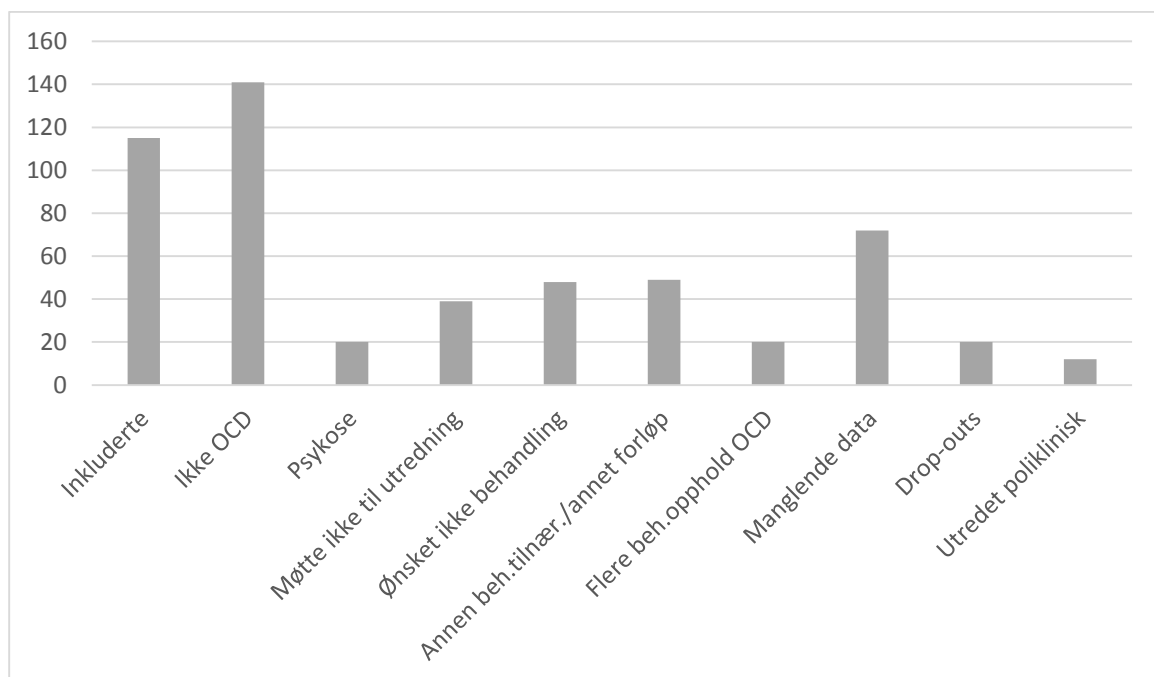
Deltagere

Utvalget i denne studien bestod av 115 personer som gjennomførte utredningsopphold og påfølgende behandlingsopphold ved Spesialpost 4, avd. Østmarka, St.Olavs Hospital i perioden fra april 2009 til juli 2014. Deltagerne i studien ble inkludert om de tilfredsstilte de diagnostiske kriteriene for OCD slik de fremkommer av DSM-IV, OCD ble vurdert som primærdiagnose, samt gjennomførte behandlingsforløp. Deltagerne ble ekskludert om de ikke tilfredsstilte kriteriene for OCD eller hvis OCD ikke ble ansett som pasientens primære

diagnose ($N=141$). Andre årsaker til eksklusjon var psykose ($N=20$); møtte ikke til utredningsopphold ($N=39$); ønsket ikke behandling ($N=48$); annen behandlingstilnærming eller annet behandlingsforløp ble gitt ($N=49$); pasienten har mottatt flere behandlingsopphold for OCD ($N=20$); manglende data ($N=72$); droppet ut av behandlingen ($N=20$); utredet poliklinisk ($N=12$). Totalt utgjør dette 115 inkluderte og 421 ekskluderte i studien. Figur 1 viser en oversikt over antallet inkluderte og ekskluderte deltagere i studien, fordelt på ni ulike eksklusjonskategorier.

Figur 1.

Oversikt over fordelingen mellom inkluderte og ekskluderte deltagere.



En oversikt over demografi og karakteristikk ved utvalget i studien er presentert i tabell 1.

Tabell 1.

Demografi og karakteristikk ved OCD utvalget, N = 115.

| Karakteristikk | |
|----------------------------------|-------------|
| Alder | 32.8 (11.0) |
| Kvinne | 67.8 % |
| Arbeid/student | 52.1 % |
| Ufør/attføring | 22.6 % |
| Gift/samboer | 33.9 % |
| SSRI | 53.0 % |
| Komorbid angstlidelse | 51.3 % |
| Komorbid affektiv lidelse | 39.2 % |
| Tidligere poliklinisk behandling | 98.3 % |
| Tidligere innleggelse | 25.2 % |

Merknad: SSRI = Selektiv Serotoninreopptakshemmer; Komorbid angstlidelse = panikklidelse, sosial fobi, generalisert angstlidelse, agorafobi, spesifikk fobi, post-traumatisk stress lidelse/akutt stresslidelse; Komorbid affektiv lidelse = depresjon, dystymi, mani/cyclothymi.

Måleinstrumenter

Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Self Report (Y-BOCS-SR, Rosenfeld, Dar, Anderson, Kobak, & Greist, 1992) ble benyttet til å måle grad av symptomtrykk på OCD. Y-BOCS trekkes frem som gullstandarden når det kommer til måling av symptomtrykk av tvangslidelse (Deacon & Abramowitz, 2005). Pearson korrelasjon mellom totalskåren på intervju- og selvrapporтерingsversjonen var .79 i et klinisk utvalg (Steketee, Frost, & Bogart, 1996). Disse forskerne fant også god test-retest reliabilitet samt alpha verdier på .89 i et ikke-klinisk utvalg og .78 i et utvalg med OCD pasienter. Samlet sett viser Y-BOCS-SR god reliabilitet og validitet og egner seg derfor godt som et mål på symptomtrykk på OCD (Grabill et al., 2008). Y-BOCS-SR består av 10 ledd hvor fem ledd omhandler tvangstanker og fem ledd omhandler tvangshandlinger. Respondentene vurderer fem ulike aspekter ved henholdsvis tvangstanker og tvangshandlinger. Disse omhandler tidsbruk, grad av forstyrrelse, ubehag, motstand og kontroll. Instrumentet benytter en fem-punkts Likert skala som går fra null («ingen symptomer») til fire («ekstreme symptomer»), med en maksimal skåre på 40. Cronbach's alpha for Y-BOCS-SR i denne studien var .83.

Beck Depression Inventory (BDI, Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) ble brukt til å måle tilstedeværelsen og grad av depressive symptomer hos deltagerne i studien. BDI er et selvrapporteringsinstrument bestående av 21 ledd, hvor man rangerer graden/tilstedeværelsen av ulike symptomer fra null til tre. Skårene summeres og en høyere totalskåre indikerer høyere grad av depresjonssymptomer. Forskning har vist at BDI både er et reliabelt og valid mål på tilstedeværelsen av depresjonssymptomer, både i kliniske og ikke-kliniske populasjoner (Beck, Steer & Garbin, 1988). Cronbach`s alpha for BDI i denne studien var .88.

Anxiety Change Expectancy Scale (ACES, Dozois & Westra, 2005) er et selvrapporteringsinstrument som omhandler en persons grad av forventninger til endring av angstsymptomer. ACES består av 20 ledd som vurderes ut ifra en fem-punkts Likert-skala, hvor én («sterkt uenig») og fem («sterkt enig»). En høyere totalskåre på de 20 leddene indikerer stor grad av tro på at endring relatert til angst er mulig. ACES har demonstrert god reliabilitet, med alpha verdier fra .89-.92, samt god konvergerende og divergerende validitet (Dozois & Westra, 2005). Cronbach`s alpha for ACES i denne studien var .90.

Prosedyre

Deltagerne i studien ble henvist for OCD til spesialpost 4, avd. Østmarka, St. Olavs Hospital. Døgnavdelingen mottok henvisninger fra hele landet, og deltagerne i studien har gjennomført utredning og behandling i tidsrommet april 2009 til juli 2014. Utredningsoppholdet hadde en varighet på tre eller fem dager, og behandlingsoppholdet hadde en varighet på tre uker. De ulike måletidspunktene i studien var før utredning, ved oppstart av behandlingen, etter behandling, samt tre måneder etter avsluttet behandlingsopphold. Datamaterialet ble fortløpende samlet og punchet inn i en database av ansatte ved avdelingen. Deltagerne som var tilknyttet døgnavdelingen frem til sommeren 2012 har levert kartleggingsskjema per papir.

Fra høsten 2012 tok døgnavdelingen i bruk elektronisk løsning for besvarelse av kartleggingsskjema («checkware»). Pasienter som ble henvist til spesialposten ble i første instans vurdert av et inntaksteam ut i fra informasjon oppgitt i henvisningen. Det ble gjennomført telefonscreeningssamtaler i de tilfeller der informasjon i henvisning var mangelfull eller på andre måter fremstod uklar. Der det ut i fra tilgjengelig informasjon tydet på pågående OCD problematikk, mottok pasienten tilbud om et utredningsopphold. Ved utredningsoppholdet ble Anxiety Disorder Interview Schedule (ADIS-IV, Di Nardo, Brown, & Barlow, 1994) brukt for å undersøke tilstedeværelsen av Akse-1 diagnose(r). ADIS-IV et semistrukturert intervju for bruk til utredning/kartlegging av pågående angstproblematikk basert på kriteriene slik de fremkommer i DSM-IV. I tillegg til å ta for seg de ulike angstlidelsene, innehar ADIS-IV også egne seksjoner som omhandler stemningslidelser, somatoforme lidelser, samt substansavhengighet. ADIS-IV har også screening spørsmål for psykosesymptomer og konverteringssymptomer, i tillegg til familiær historie av psykiske lidelser (Brown, Di Nardo, Lehman, & Campbell, 2001).

Pasienter vurdert som å innfri de diagnostiske kriteriene for OCD, og som ut i fra en samlet faglig vurdering ble antatt og kunne nyttiggjøre seg av behandlingstilbudet ved døgnavdelingen, ble tilbudt et tre-ukers behandlingsopphold. Den faglige vurderingen ble gjort med utgangspunkt i ulike faktorer. Disse faktorene inkluderte en differensialdiagnostisk vurdering, karakteristikker ved pasienten som villighet til å følge de daglige rutinene ved posten (generelle regler ved døgnavdelingen, møte til avtalt tid for samtaler, følge måltider, osv.), deltagelse på gruppeundervisninger, gjennomføring av prøveeksponeringer, og samtaler med pasienten vedrørende ønsker om/vilje til å gjennomføre behandlingen slik den ble forespeilet. For oversikt over inklusjons- og eksklusjonskriterier, se avsnitt om deltagere. Gjennomsnittlig ventetid mellom utredningsopphold og behandlingsopphold var tre måneder.

Utredning

Pasientene i studien gjennomførte i første omgang et tre- eller fem-dagers utredningsopphold. Målsetningen for utredningsoppholdet var, foruten en grundig differensialdiagnostisk vurdering, en vurdering av pasientens egnethet for et eventuelt behandlingsopphold. En viktig komponent under utredningsoppholdet var psykoedukasjon om angst og tvangslidelse samt introduksjon til rasjonale bak eksponering med responsprevensjon (ERP). Rasjonale som ble presentert for pasientene var basert på manualene utgitt av Foa og Kozak (1997) og Foa, Yadin og Lichner (2012). Dette foregikk både individuelt og ved gruppeundervisning. Utarbeidelse av individuell behandlingsplan var også en sentral komponent ved utredningen. Som en del av dette ble det utarbeidet et «triggerskjema» som dannet utgangspunktet for etableringen av et eksponeringshierarki. Som et ledd i å øke pasientens forståelse av behandlingsrasjonale samt som et mål på motivasjon for gjennomføring, ble det også gjennomført en eller flere «prøveeksponeringer» basert på pasientens idiosynkratiske eksponeringshierarki. For å øke sannsynligheten for at pasienten lærte seg korrekt gjennomførelse av eksponeringsøvelser helt fra begynnelsen av, og samtidig øke sjansene for å gi pasienten en tidlig opplevelse av mestring, ble disse «prøveeksponeringene» valgt ut i fra pasientens nedre del av eksponeringshierarkiet. Mot slutten av utredningsoppholdet ble det gjennomført «motivasjonssamtaler» for konkret å utforske pasientens motivasjon for et eventuelt opphold for behandling. Ved behov ble det under utredningsoppholdet etablert kontakt med lokalt behandlingsapparat, og-/eller gjennomført samtale med pårørende.

Behandling

Behandlingen fant sted på den psykiatriske døgnavdelingen. Behandlergruppen bestod av psykologspesialister, psykologer, psykiatriske sykepleiere samt psykologistudenter i praksis.

Behandlingen ble tilrettelagt og gjennomført gjennom samarbeid med miljøpersonalet på døgnavdelingen. Pasientene gjennomførte minimum tre eksponeringer daglig; en assistert, en delvis assistert, og en uassistert. Det ble i tillegg gjennomført samtaler med behandler og deltagelse på gruppeundervisning. Tidspunkt for eksponeringer varierte fra morgen til kveld (inkl. helg) avhengig av formålet med øvelsen (eksempelvis på kveldstid om OCD problematikken omhandlet låsing av dører/vinduer for natten). Assisterte og delvis assisterte eksponeringsøvelser ble gjennomført sammen behandler eller miljøpersonale som kjente pasienten godt. Varigheten på eksponeringsøvelser varierte. Som en del av behandlingsopplegget gjennomførte pasientene underveis en tre- til fire dagers «behandlingspermisjon» med det formål å trene på eksponeringsøvelser i hjemlige omgivelser. Ved behov hospiterte lokale hjelpere ved døgnavdelingen. Dette med tanke på å videreføre eksponeringstreningen etter behandling. Behandlingsplanen ble kontinuerlig monitorert med tanke på gjennomføring og fremdrift. Deltagerne som fullførte behandlingsoppholdet fikk tilbud om telefonoppfølging inntil tre uker i etterkant. I tillegg fikk deltagerne i studien tilbud om et tre-dagers oppfølgingsopphold ved døgnavdelingen etter tre måneder.

Oversikt over dataanalyser

Det ble brukt deskriptiv statistikk for å finne gjennomsnitt og standardavvik for sumskårene knyttet til de ulike spørreskjemaene benyttet i studien. En serie med parede t-tester ble benyttet for å signifikanteste forholdet mellom gjennomsnittskårene fra før-utredning til behandlingsstart, behandlingsstart til behandlingsslutt, og behandlingsslutt til oppfølging etter tre måneder. Effekt-størrelser ble kalkulert ved bruk av Cohens *d*. Korrelasjonsanalyser ble brukt for å undersøke sammenhenger mellom forventninger og de ulike symptommålene før utredningsoppholdet, ved behandlingsstart, ved behandlingsslutt og etter tre måneder. Fire

multiple regresjonsanalyser ble gjennomført for å undersøke hvor mye av den totale variasjonen i symptomer på OCD og depresjon ved behandlingsslutt som kunne forklares av forventninger knyttet til muligheten for endring av angst ved behandlingsstart. Y-BOCS-SR ved behandlingsslutt ble benyttet som den avhengige variabelen i de to første regresjonsanalysene, mens BDI ved behandlingsslutt ble benyttet som den avhengige variabelen i de to siste regresjonsanalysene.

Resultater

Deltagerne i studien opplevde en signifikant nedgang i symptomer på OCD og depresjon fra starten av behandlingen til avslutning, noe som indikerer at behandlingen har vært effektiv. Ved oppfølging etter tre måneder viser resultatene fortsatt symptombedring men med noe tilbakefall når man sammenligner med rett etter behandling. Tabell 2 viser gjennomsnitt og standardavvik på de ulike måleinstrumentene ved før utredning, ved behandlingsstart, ved behandlingsslutt, samt ved oppfølging etter tre måneder. Videre viser tabellen resultatene av ni parede t-tester, med signifikansnivå og effektstørrelser.

Tabell 2.

Gjennomsnitt og standardavvik for de ulike måleinstrumentene målt ved fire ulike tidspunkt, samt resultatene av ni parede t-tester med signifikansnivå og effektstørrelser.

| | Pre | Start | Post | 3mnd | Sign. (<i>d</i>) | | |
|-----------|-------------|-------------|------------|-------------|--------------------|-------------|-------------|
| | | | | | Pre-start | Start-post | Start-3mnd |
| ACES | 70.6 (12.1) | 74.3 (11.3) | 84.9 (9.0) | 81.3 (10.1) | .001 (.32) | .001 (1.04) | .001 (.65) |
| Y-BOCS-SR | 24.8 (5.1) | 23.6 (5.2) | 10.9 (5.5) | 14.5 (7.3) | .018 (.23) | .001 (2.37) | .001 (1.44) |
| BDI | 18.0 (9.3) | 15.5 (9.0) | 6.6 (6.7) | 10.5 (8.7) | .001 (.27) | .001 (1.12) | .001 (.56) |

Merknad: ACES = Anxiety Change Expectancy Scale; Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Self Report; BDI = Beck Depression Inventory.

Den første hypotesen var at intervensjoner gjennomført før behandling bidrar til å øke pasienters forventninger til endring av angst. For å undersøke dette ble det gjennomført en

paret t-test mellom ACES skårer før utredningsoppholdet og ACES skårer ved behandlingsstart. Resultatene av analysen viste at deltagerne i studien, i gjennomsnitt, opplevde en signifikant økning i forventninger til muligheten for endring av angst fra før utredning til oppstart av behandling.

Deltagerne i studien hadde en gjennomsnittlig økning på ACES på 3.76, med et standardavvik på 9.14, fra før utredningsoppholdet til behandlingsstart. Andelen av deltagerne i utvalget som opplevde en økning i forventninger i denne perioden var på 57.4%. 10.4% rapporterte ingen endring i forventninger, og 32.2% rapporterte en nedgang i forventninger.

Endring i forventninger og symptommål fra utredning til behandlingsstart.

Det ble gjennomført korrelasjonsanalyser for å se på endring i forventninger og symptomer fra før utredning til behandlingsstart. Resultatene viste at graden av korrelasjon mellom endring i forventninger og endring på symptommål var liten men signifikant, med $r = -.24$, $p < .05$ for Y-BOCS-SR, og $r = -.276$, $p < .01$ for BDI. Dette viser eksempelvis at en økning i forventninger var relatert til nedgang på symptommål som Y-BOCS-SR og BDI ved behandlingsstart.

Forholdet mellom forventninger og behandlingsutfall.

Tabell 4 viser korrelasjoner mellom forventninger og symptomtrykk.

Tabell 4.

Korrelasjoner mellom forventninger, OCD- og depresjonssymptomer før utredning, ved behandlingsstart og behandlingsslutt. N = 115.

| | Behandlingsstart | | Behandlingsslutt | |
|-----------------|------------------|--------|------------------|--------|
| | Y-BOCS-SR | BDI | Y-BOCS-SR | BDI |
| ACES pre | -.26* | -.33** | -.17 | -.28** |
| ACES start | -.27* | -.48** | -.23* | -.35** |
| Y-BOCS-SR pre | .50** | .10 | .23* | .25** |
| Y-BOCS-SR start | | .35** | .39** | .40** |
| BDI pre | .28** | .69** | .32** | .51** |
| BDI start | | | .36** | .62** |

Merknad: ACES = Anxiety Change Expectancy Scale; Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Self-Report; BDI = Beck Depression Inventory.

* $p < .05$, ** $p < .01$

Fra Tabell 4 fremkommer det ingen signifikant korrelasjon mellom grad av forventninger målt før utredning og symptomtrykk av OCD ved behandlingsslutt.

Forventninger er imidlertid signifikant relatert til depressive symptomer ved behandlingsslutt.

I overensstemmelse med denne studiens andre hypotese, viser resultatene en signifikant sammenheng mellom grad av forventninger ved behandlingsstart og symptomer på OCD og depresjon ved behandlingsslutt. Størrelsen på korrelasjonene indikerer at symptomtrykk ved behandlingsstart, i større grad enn forventninger ved behandlingsstart, er relatert til utfallet av behandlingen. Dette gjelder både for symptomtrykk av OCD og depresjon. I tillegg viser tabellen at forventninger er noe sterkere relatert til depressive symptomer enn symptomer på tvangslidelse.

Den andre hypotesen var at forventninger målt ved behandlingsstart er en signifikant prediktor for behandlingsutfall. Fire multippel regresjonsanalyser ble brukt for å undersøke videre hvor mye av variasjonen i OCD- og depresjonssymptomer ved behandlingsslutt som kan predikeres ut i fra forventninger til endring av angst ved behandlingsstart. Y-BOCS-SR ved behandlingsslutt ble brukt som avhengig variabel i de to første regresjonsanalysene, mens BDI ved behandlingsslutt ble brukt som avhengig variabel i de to siste regresjonsanalysene. Resultatene av regresjonsanalysene er presentert i Tabell 5.

Tabell 5.

Forventninger som prediktor for behandlingsutfall.

| Modell 1 | | Adj. R^2 | R^2 change | F change |
|----------------------------|-----------------|------------|--------------|-----------|
| Steg 1 | Y-BOCS-SR pre | .044 | .052 | 6.172* |
| Steg 2 | ACES start | .081 | .045 | 5.500* |
| Final step of the equation | | | | |
| | | β | t | sig. |
| | Y-BOCS-SR pre | .214 | 2.364 | .020 |
| | ACES start | -.212 | -2.345 | .021 |
| Modell 2 | | Adj. R^2 | R^2 change | F change |
| Steg 1 | Y-BOCS-SR start | .144 | .151 | 19.276*** |
| Steg 2 | ACES start | .153 | .017 | 2.194 |
| Final step of the equation | | | | |
| | | β | t | sig. |
| | Y-BOCS-SR start | .352 | 3.839 | .000 |
| | ACES start | -.136 | -1.481 | .142 |
| Modell 3 | | Adj. R^2 | R^2 change | F change |
| Steg 1 | BDI pre | .250 | .257 | 37.026*** |
| Steg 2 | ACES start | .281 | .037 | 5.567* |
| Final step of the equation | | | | |
| | | β | t | sig. |
| | BDI pre | .441 | 5.107 | .000 |
| | ACES start | -.204 | -2.359 | .020 |
| Modell 4 | | Adj. R^2 | R^2 change | F change |
| Steg 1 | BDI start | .382 | .388 | 67.779*** |
| Steg 2 | ACES start | .382 | .006 | .976 |
| Final step of the equation | | | | |
| | | β | t | sig. |
| | BDI start | .583 | 6.796 | .000 |
| | ACES start | -.085 | -.988 | .325 |

Merknad: Y-BOCS-SR = Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale – Self-Report; ACES = Anxiety Change Expectancy Scale; BDI = Beck Depression Inventory.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

I den første regresjonsanalysen ble Y-BOCS-SR skårer ved pre-behandling lagt til på steg 1, mens ACES skårer ved behandlingsstart ble lagt til på steg 2. Analysene viste at både symptomtrykk på OCD pre-behandling og grad av forventninger fremstod som signifikante prediktorer for behandlingsutfall. Både steg 1 og steg 2 forklarte signifikant varians i Y-BOCS-SR skårer ved behandlingsslutt. *Adjusted R²* for den totale modellen var .081, som betyr at 8.1% av variansen i OCD symptomer ved behandlingsslutt forklares av symptomtrykk av OCD- og grad av forventninger ved behandlingsstart.

I den andre regresjonsanalysen ble Y-BOCS-SR skårer ved behandlingsstart lagt til på steg 1, mens ACES skårer ved behandlingsstart ble lagt til på steg 2. Analysene viste at symptomtrykk av OCD ved behandlingsstart signifikant predikerte symptomtrykk ved behandlingsslutt. ACES ved behandlingsstart forklarte ikke signifikant varians utover dette når denne ble lagt til på steg 2. *Adjusted R²* endret seg fra .144 ved steg 1, til .153 ved steg 2. Denne endringen var ikke signifikant. Samlet viser dette at grad av forventninger ikke forklarte varians utover symptomtrykk av OCD ved behandlingsstart i modell 2.

I den tredje regresjonsanalysen ble BDI skårer ved pre-behandling lagt til på steg 1, mens ACES skårer ved behandlingsstart ble lagt til på steg 2. Analysene viste at både symptomtrykk av depresjon pre-behandling og forventninger til endring av angst ved behandlingsstart var signifikante prediktorer for symptomtrykk av depresjon ved behandlingsslutt. *Adjusted R²* for den totale modellen var .281, som tilsier at 28.1% av variansen i depresjonssymptomer ved behandlingsslutt forklares av symptomtrykk av depresjon pre-behandling og forventninger til endring av angst ved behandlingsstart.

I den fjerde regresjonsanalysen ble BDI skårer ved behandlingsstart lagt til på steg 1, mens ACES skårer ved behandlingsstart ble lagt til på steg 2. Analysene viste at symptomtrykk av depresjon ved behandlingsstart signifikant predikerte symptomtrykk av

depresjon ved behandlingsslutt. Endringen i *Adjusted R²* fra steg 1 til steg 2 var ikke signifikant, noe som betyr at forventninger til endring av angst ved behandlingsstart ikke forklarte unik varians på depresjonssymptomer ved behandlingsslutt i modell 4.

Samlet viser regresjonsanalysene at forventninger ved behandlingsstart er en signifikant prediktor for behandlingsutfall når man kontrollerer for symptomtrykk ved utredning, men ikke når man kontrollerer for symptomtrykk ved behandlingsstart. Dette gjelder både ved bruk av Y-BOCS-SR og BDI som symptomsmål.

Diskusjon

Denne studien ønsket å besvare to hypoteser relatert til forventningers betydning for utfall hos pasienter med OCD som gjennomførte tre ukers intensiv inneliggende behandling med ERP. For det første ønsket studien å besvare hypotesen om at det skjer en endring i pasienters forventninger fra utredning til behandlingsstart som følge av intervensjoner gjennomført under utredningsoppholdet. For det andre ønsket studien å besvare hypotesen om at grad av forventninger ved behandlingsstart, predikerer symptomnivå ved fullført behandlingsopphold.

Med henblikk på studiens første hypotese, viste resultatene at deltagerne i studien opplevde en signifikant økning i forventninger til mulighet for endring av angst fra utredningsoppholdet til behandlingsstart. Dette er i samsvar med annen forskning som har vist at forventninger ikke er et stabilt trekk, men at grad av forventninger kan endre seg gjennom et behandlingsforløp (f.eks., Ahmed & Westra, 2009; Tsai et al., 2014; Vorstenbosch & Laposa, 2015). Samtidig varierte utvalget mellom en økning, nedgang, og ingen endring i forventninger fra utredning til behandlingsstart. Det kan spekuleres i at utredningsoppholdet bidro til en økning av forventninger hos pasienter med lave forventninger i utgangspunktet, og en mer realistisk justering av forventninger for deltagerne som opplevde en nedgang. Det er nærliggende å tenke at en implisitt antagelse i forskningen på forbindelsen mellom

forventninger og behandlingsutfall, er at dess høyere grad av forventninger dess bedre med tanke på behandlingsutfall. Det kan imidlertid tenkes at høye forventninger ikke utelukkende bidrar positivt. Muligens kan urealistisk høye forventninger bli et problem når realiteten av behandlingsforløpet og hva det innebærer blir klart for pasienten dersom slike forventninger ikke adresseres tidlig i et behandlingsforløp. Relatert til dette fant Greer (1980) at en nedgang i forventninger til behandlingseffekt fra inntakssamtale til andre time var assosiert med høyere grad av velvære, bedre sosial tilpasning, og lavere nivå av angst ved behandlingsslutt. Pasienter med høye forventninger initialt opplevde en nedgang på mål på velvære og sosial tilpasning, samt på generelle utfallsmål etter behandling. I lys av disse funnene fremhever Greer (1980) muligheten for at høyere grad av forventninger bidrar til positivt behandlingsutfall først når eventuelle urealistiske forventninger er omarbeidet i en tidlig behandlingsfase. Constantino, Ametrano og Greenberg (2012, s. 559) argumenterer for at et spesifikt fokus på pasienters forventninger i en tidlig fase av behandlingen «helps patients to develop more efficiently a realistic and optimistic outlook on treatment, which could have important implications for retention and treatment engagement».

Det kan tenkes at intervensjoner gjennomført under utredningsoppholdet bidro til en slik justering i forventninger før behandlingsstart. Eksempelvis kan man tenke seg at utredningsoppholdet, hos pasienter med urealistisk høye forventninger i forkant, bidro til erkjennelsen av at behandlingsforløpet krever stor grad av innsats og utholdenhet om man skal oppnå bedring. Man kan tenke seg at utredningsoppholdet bidrar til en realitetsorientering knyttet til i hvor stor grad OCD påvirker aspekter ved ens liv og fungering, noe som kan bidra til en nedgang i forventninger da man oppdager hvor mye «arbeid» man står ovenfor i forhold til å bekjempe sine problemer. I motsatt ende, hos pasienter med lave forventninger i forkant av utredningsoppholdet, kan psykoedukasjon bidra til en forståelse av at ERP for OCD er en effektiv behandlingsmetode, og at vellykkede

prøveeksponeringer bidrar til en opplevelse av at dette er noe man evner å gjennomføre. Videre kan man tenke at forventninger til endring av angst påvirkes av det behandlere og miljøpersonell kommuniserer til pasientene under utredningsoppholdet, for eksempel formidling av håp og at endring er mulig, eller at pasienter i møte med andre mennesker med samme lidelse opplever at man ikke er alene om å ha OCD og at man sammen skal bekjempe sine problemer. I begge tilfeller, hos de som opplever en nedgang eller økning i forventninger, kan man anta at det skjer en justering i forventninger som begge bidrar til å forberede pasienten til kommende behandlingsopphold.

Nedgangen i forventninger hos en andel av deltagerne fra før utredningsoppholdet til behandlingsstart, ble potensielt påvirket av hvor behandlingen fant sted. Spesialpost 4 ved Østmarka er ofte en sted man søker seg til etter å ha prøvd poliklinisk behandling på hjemsted, noe som gjenspeiles ved at 98.3 % av deltagerne i studien oppgav å ha forsøkt poliklinisk behandling tidligere. Ved eksponering i mediene, blant annet gjennom tv-serien «psyk forandring», har spesialposten vist at den innehar kompetanse i behandling av OCD og formidlet at dette er en lidelse det er mulig å behandle. Man kan tenke at dette kan bidra til å forme pasienters forventninger i en positiv retning forut for kontakt med spesialposten, også i retning av urealistisk høye forventninger. Som nevnt ovenfor vil man kunne tenke seg at utredningsoppholdet bidro til en mer nøyaktig forståelse av hva OCD er og hva suksessfull behandling innebærer. Denne «korreksjonen» fra utredningsoppholdet kan dermed påvirke hvordan man svarer på ACES ved behandlingsstart. Med henblikk på denne studien kan det argumenteres for at ACES skårer ved behandlingsstart, i motsetning til ACES skårer før utredning, er et mer valid mål på forventninger da disse gir et mer realistisk bilde av deltageres forventninger til endring av angst som følge av intervensjoner gjennomført under utredningsoppholdet. Dette er i samsvar med studier som ikke fant en signifikant sammenheng mellom forventninger før behandling og behandlingsutfall, men som derimot

fant en sammenheng når forventninger ble målt i en tidlig fase *etter* oppstart (f.eks., Tsai et al., 2014; Vorstenbosch & Laposa, 2015).

En annen potensiell forklaring på hvorfor 32.2% av deltagerne i studien opplevde en nedgang eller ingen endring i forventninger mellom utrednings- og behandlingsoppholdet omfatter tidsaspektet mellom utredning og behandling, som i gjennomsnitt var på tre måneder. Dette relativt lange oppholdet kan bidra til at man glemmer noe av det man lærte/ble introdusert for under utredningsoppholdet. Det kan videre tenkes at pasienter forsøker å eksponere seg for lignende situasjoner som de prøveeksponeringene gjennomført ved utredning, men at mangel på korreksjon og veiledning i utførelsen ikke fører til ønskede resultater. Slik blir pasienten nødt til å leve med sin OCD relativt uforandret i lang tid før effektiv behandling påbegynnes, noe som så fører til nedgang eller ingen endring i forventninger når man kommer til behandlingsoppholdet.

Samlet sett, relatert til denne studiens første hypotese, viser denne studien overenstemmelse med det flere tidligere studier har vist (f.eks., Ahmed & Westra, 2009; Tsai et al., 2014; Vorstenbosch & Laposa, 2015), at forventninger ikke er en stabil faktor, men noe som kan endres, potensielt som en følge av introduksjon til ulike behandlingskomponenter som for eksempel psykoedukasjon. Tidligere studier har benyttet ulike tidspunkt for når i et behandlingsforløp forventninger er blitt målt. Det kan imidlertid argumenteres for at tidspunktet for *når* forventninger måles kan være av spesiell betydning.

Er grad av forventninger en prediktor for behandlingsutfall?

Med henblikk på studiens andre hypotese, at forventninger relatert til endring av angst ved behandlingsstart predikerer symptomtrykk av OCD og depresjon ved avslutning, var resultatene tvetydige. Korrelasjonsanalysene viste at grad av forventninger målt ved

behandlingsstart signifikant korrelerte med utfallsmål ved behandlingsslutt, målt ved Y-BOCS-SR og BDI. Regresjonsanalysene viste at når man kontrollerte for symptomtrykk av OCD ved utredningsoppholdet så forklarte forventninger en signifikant andel av variansen i OCD-symptomtrykk ved avslutning, men ikke når man kontrollerte for OCD-symptomtrykk ved behandlingsstart. Den samme trenden viste regresjonsanalysene som benyttet BDI som utfallsmål. Altså, at når man kontrollerte for symptomtrykk av depresjon ved utredningsoppholdet så forklarte forventninger en signifikant andel av variansen i depresjonsskåre ved behandlingsslutt, men ikke når man kontrollerte for depresjonsskåre ved behandlingsstart.

Tar man utgangspunkt i resultatene av de to regresjonsanalysene som benyttet Y-BOCS-SR som utfallsmål, kan det tenkes at Y-BOCS-SR målingene ved behandlingsstart er et mer reliabelt mål på symptomtrykk av OCD enn målinger i forkant av utredningsoppholdet. Som belyst tidligere innebar utredningsoppholdet intervensjoner som psykoedukasjon om angst og OCD og rasjonale bak ERP, samt utarbeidelse av individuell behandlingsplan. Dette kan tenkes å bidra til økt forståelse av den lidelsen de søker behandling for, eksempelvis økt forståelse av hva en tvangstanke er, eller forskjellen mellom tvangstanker og tvangshandlinger. En slik forståelse er ikke nødvendigvis på plass hos alle pasientene ved førstegangs besvarelse av selvrapporteringskjema før utredningsoppholdet.

Når det gjelder resultatene av regresjonsanalysene som benyttet BDI som utfallsmål kan man vanskelig forestille seg den samme problemstilling knyttet til reliabilitet i besvarelser, da besvarelse av BDI omhandler rapportering av ulike symptomer. Det forutsetter dermed ikke samme grad av forståelse for det underliggende konstruktet instrumentet er ment å måle, om man sammenligner med Y-BOCS-SR. Med tanke på det relativt lange tidsaspektet mellom utrednings- og behandlingsoppholdet kan det imidlertid tenkes at BDI skåre ved utredning er en mindre reliabel prediktor for utfall enn BDI ved behandlingsstart.

Samlet sett, relatert til studiens andre hypotese, peker resultatene i denne studien på ulike nyanser knyttet til betydningen av forventninger for utfall av behandling ved ERP for OCD. Resultatene viste en liten, men signifikant korrelasjon mellom forventninger knyttet til endring av angst og behandlingsutfall, på to ulike utfallsmål. På tross av variable funn i forskning på denne forbindelsen knyttet til OCD, samsvarer dette med lignende forskning gjort på en rekke andre angstlidelser (f.eks., Brown et al., 2014; Chambless et al., 1997; Newman & Fischer, 2010; Price et al., 2008; Westra et al., 2007). At korrelasjonen mellom forventninger og behandlingsutfall i denne studien er lav kan tolkes i positiv retning, da dette innebærer at også personer som i utgangspunktet kommer til behandling med lave forventninger til endring kan dra god nytte av behandling. Regresjonsanalysene peker imidlertid i retning av at symptomtrykk av OCD og depresjon ved behandlingsstart er en sterkere prediktor for symptomtrykk ved behandlingsslutt sammenlignet med forventninger. Det betyr at alvorlighetsgrad av OCD og depresjon når man kommer til behandling, i større grad predikerer utfall av behandling enn forventninger knytte til endring av angst.

Dette tilsier imidlertid ikke at forventninger til endring av angst ikke bør eller kan være et fokus i en behandlingstilnærming som ERP for OCD. Constantino et al. (2011) antyder muligheten for at forventninger ikke primært utøver en direkte påvirkning på behandlingsutfall, men heller utøver sin effekt indirekte gjennom å påvirke aspekter ved behandlingsforløpet som har betydning for at pasienter ikke dropper ut av behandling. Selv om forventninger til endring av angst i denne studien ikke fremstod som en signifikant prediktor for behandlingsutfall når man kontrollerte for symptomnivå ved behandlingsstart, kan det likevel tenkes at en tidlig økning i forventninger kan bidra til å skape håp og momentum til behandlingen som skal påbegynnes. Altså at man legger grunnlaget for muligheten til å dra nytte av ERP ved at man blir værende i behandling heller enn å droppe ut. Som nevnt innledningsvis fant Westra et al. (2007) at ACES skåre, målt pre-behandling, var

assosiert med grad av etterlevelse til hjemmeoppgaver som videre var assosiert med tidlig symptomlette hos pasienter som mottok CBT for generalisert angstlidelse og panikklidelse. Disse forskerne argumenterer for muligheten for at positive forventninger fungerer som et startskudd som fasiliterer deltagelse i behandling, som på sin side legger grunnlaget for muligheten for å oppnå et positivt behandlingsutfall. Relatert til dette viste analysene i denne studien at en endring i forventninger fra før utredning til behandlingsstart korrelerte negativt med symptomtrykk av OCD og depresjon ved behandlingsstart. Det er nærliggende å tro at dette bidrar til det Constantino et al. (2012) karakteriserte som «remoralisering», altså at endring er mulig og at behandling kan bidra til å effektivere en slik endring, også hos pasienter som skal påbegynne et behandlingsforløp med ERP for OCD. Dette vil i sin tur kunne bidra til økt etterlevelse til behandlingen.

Styrker ved studien

Det er flere styrker ved denne studien. Så vidt undertegnede er bekjent er dette den første studien som ser på forbindelsen mellom forventninger og behandlingsutfall av ERP for OCD ved bruk av et tidligere psykometrisk validert mål på forventninger til mulighet for endring av angst (ACES, Dozois & Westra, 2005), fremfor et singel-item mål på forventninger til en spesifikk behandlingstilnærming. Dette gjør det enklere å evaluere effekten av assosiasjonen mellom forventninger og behandlingsutfall på tvers av behandlingstilnærminger rettet mot angstlidelser. For det andre ble forventninger målt både før utredning og ved behandlingsstart, noe som gjør det mulig å se på eventuelle endringer i forventninger underveis. For det tredje ble datamaterialet i studien hentet fra en landsdekkende angstklinikk, noe som øker muligheten for generalisering til en klinisk setting. Størrelsen på utvalget bidrar også til økt generaliserbarhet knyttet til funnene.

Begrensninger ved studien

I denne studien ble det ikke foretatt målinger av forventninger *mellom* behandlingsstart og behandlingsslutt. Man kan dermed ikke si noe om når i forløpet endringer i forventninger finner sted, eller hva som eventuelt skjer i behandlingen som gir seg uttrykk i økte forventninger til endring av angst. Som tidligere beskrevet, viser forskning at en betydelig andel av bedring i symptomnivå skjer i en tidlig fase av behandling (Westra et al., 2007), noe som indikerer at dette er en spesielt viktig fase i et behandlingsforløp. I en behandlingstilnærming som ERP kan man tenke seg at det tar noe tid før pasienten lærer korrekt utførelse av metoden, slik at relativt få prøveeksponeringer gjennomført under utredningsoppholdet ikke er tilstrekkelig til å overbevise pasienten om at metoden vil være effektiv på sikt. I tillegg benyttes det i ofte en gradvis tilnærming til eksponeringssituasjoner, noe som betyr at de i utgangspunktet vanskeligste eksponeringene kommer noe senere i et behandlingsforløp. Det er nærliggende å tro at mestring av det man ser på som aller vanskeligst er en spesielt potent fasilitator av forventninger til endring av angst. For å besvare spørsmål vedrørende når i forløpet endringer i forventninger skjer, samt hvilke intervensjoner i behandling som vil være relevante for å skape en slik endring, trengs det forskning som benytter kontinuerlig måling av forventninger gjennom hele behandlingsforløpet.

En annen klar begrensning ved studien er at den utover en drøfting av tema, ikke kan fastslå hva eller hvilke komponenter som potensielt påvirker forventninger til endring av angst. Som tidligere beskrevet innebar utredningsoppholdet flere ulike komponenter, eksempelvis psykoedukasjon om angst og OCD, introduksjon til behandlingsrasjonale, utarbeidelse av behandlingsplan, osv. Hvorvidt og eventuelt i hvor stor grad disse behandlingskomponentene bidro til endring i forventninger, kan ikke fastslås ut i fra denne

studien. En annen relatert begrensning ved denne studien er mangelen på en kontrollgruppe. Dette gjør det vanskelig å trekke slutninger om hvorvidt endringer i forventninger eller symptomer er et resultat av behandlingen og dens komponenter, eller om det dreier seg om en naturlig endring over tid. Manglende målinger *rett etter* utredningsopphold representerer også en begrensning. Som beskrevet var det i gjennomsnitt tre måneders ventetid mellom utrednings- og behandlingsopphold. Man kan dermed ikke vite hvorvidt endringer i forventningsskåre fra før utredning til behandlingsstart kan forklares ved intervensjoner gjennomført under utredningsopphold eller om disse skyldes andre faktorer i pasientens liv i denne tre-måneders perioden.

En tredje begrensning i studien er at datamaterialet baserer seg på selvrapporteringsskjema. Som nevnt tidligere kan selvrapportering av OCD symptomer forut for psykoedukasjon være farget av en ufullstendig forståelse av lidelsen, og dermed gi seg utslag i hvordan man besvarer spørsmålene. Da 98.3% av deltagerne i studien rapporterte tidligere poliklinisk behandling, er det imidlertid nærliggende å tro at det foreligger en viss forståelse av hva OCD er og innebærer før man kommer til spesialposten. Et annet potensielt problem med selvrapportering i denne studien er overrapportering av OCD symptomer ved utredning. For mange av deltagerne vil det å søke seg til et inneliggende behandlingsopphold være «siste løsning», og man kan spekulere i om dette kan påvirke rapporteringen i retning av overrapportering fordi man tenker at dette øker sjansene for å motta tilbud om behandlingsopphold.

En fjerde begrensning er at denne studien ikke inkluderer målinger av deltagere som ble ekskludert på grunn av at de takket nei til behandling eller droppet ut underveis. Dette medfører at man ikke kan si noe om hvorvidt denne gruppen skiller seg fra deltagerne som fullførte behandlingsforløpet med hensyn til forventninger til endring av angst. Som nevnt innledningsvis peker Clark (2013) på et sett antagelser knyttet til forventninger som kan bidra

til å forklare hvorfor enkelte vegrer seg for eksponeringsbasert behandling. Hvorvidt slike negative forventninger gjenspeiler avgjørelsen om å droppe ut av eller å takke nei til behandling belyses ikke i denne studien.

Implikasjoner for fremtidig forskning

Denne studien fremhever flere aspekter ved forbindelsen mellom forventninger til endring av angst og behandlingsutfall som det vil være interessant å undersøke nærmere i fremtidig forskning. For det første ser man i denne studien at forventninger endrer seg over tid, og det drøftes hvorvidt intervensjoner gjennomført under utredningsoppholdet bidrar til denne observerte endringen. Kontrollerte studier trengs for å fastslå hvilke og i hvor stor grad ulike intervensjoner har betydning for de forventningsendringer som observeres i denne studien. En annen implikasjon for fremtidig forskning er at denne burde inkludere flere måletidspunkter. Forventninger bør måles *underveis* etter at behandling er påbegynt, da man i denne studien ser at forventninger samlet sett fortsetter å øke fra behandlingsstart til avslutning. Dette vil kunne bidra til økt forståelse av spesielt viktige faser av et behandlingsforløp, eller hvilke intervensjoner eller hendelser som er av særskilt betydning for forventninger til endring av angst. Det spekuleres her om forventninger ikke først og fremst har en direkte effekt for behandlingsutfall, men at forventnings-utfalls assosiasjonen medieres av andre variabler som har en mer direkte effekt på behandlingsutfall. Tar man i betraktning at en anseelig andel av pasienter avstår fra eller dropper ut av ERP, er det potensielt avgjørende å avdekke hvilke variabler som bidrar til at pasienter takker ja til eller blir værende i et behandlingsforløp med ERP, slik at man kan øke responsraten til denne behandlingstilnærmingen. Videre studier bør undersøke et større spekter av variabler i tillegg til behandlingsutfall, for å øke forståelsen av forventningers assosiasjon knyttet til positivt behandlingsutfall. Relatert til dette bør man i

fremtidige studier inkludere målinger av forventninger hos personer som takker nei til behandling eller som dropper ut. Man kan ikke, ut i fra denne studien, si noe om forventningsnivået hos deltagerne som ble ekskludert av disse årsakene. Det vil være interessant for fremtidig forskning å belyse forventningsnivået hos disse gruppene, og om forventninger kan bidra til å forklare hvorfor enkelte velger å droppe ut av behandling.

Konklusjon

Resultatene viser at deltagerne i studien opplevde en signifikant økning i forventninger fra før utredning til behandlingsstart. Videre fant man en liten men signifikant korrelasjon mellom forventninger til endring av angst ved behandlingsstart og symptommål av OCD og depresjon ved behandlingsslutt. Imidlertid viste regresjonsanalysene at grad av forventning ikke forklarte unik varians på symptommål av OCD og depresjon ved behandlingsslutt når man kontrollerte for symptomtrykk ved behandlingsstart. Disse funnene gir støtte til tidligere forskning som viser at forventninger endrer seg over tid, potensielt som følge av introduksjon til ulike behandlingskomponenter. Resultatene antyder at forventninger til endring av angst er av en viss betydning for behandlingsutfall. Samtidig peker denne studien på behov for fremtidig forskning for å øke vår forståelse av hvordan forventninger påvirker prosess og utfall av ERP for OCD, og hvilke intervensjoner som er av spesiell betydning for forventninger til endring av angst.

Referanseliste

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44-52. doi: 10.1037/0022-006X.65.1.44
- 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*, 1016-1035.
doi: 10.1016/j.janxdis.2006.03.001
- Ahmed, M., & Westra, H. A. (2009). Impact of a treatment rationale on expectancy and engagement in cognitive behavioral therapy for social anxiety. *Cognitive Therapy and Research, 33*, 314-322. doi: 10.1007/s10608-008-9182-1
- Arnkoff, D. B., Glass, C. R., & Shapiro, S. J. (2002). Expectations and preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 325-346). New York: Oxford University 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*, 893-897. doi: 10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100. doi: 10.1016/0272-7358(88)90050-5

- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3, 257-260. doi: 10.1016/0005-7916(72)90045-6
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of *DSM-IV* anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58. doi: 10.1037/0021-843X.110.1.49
- Brown, L. A., Wiley, J. F., Wolitzky-Taylor, K., Roy-Byrne, P., Sherbourne, C., Stein, M. B., Sullivan, G., Rose, R. D., Bystritsky, A., & Craske, M. G. (2014). Changes in self-efficacy and outcome expectancy as predictors of anxiety outcomes from the CALM study. *Depression and Anxiety*, 31, 678-689. doi: 10.1002/da.22256
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221-240. doi: 10.1016/S0887-6185(97)00008-X
- Clark, D. A. (2013). Collaborative empiricism: A cognitive response to exposure reluctance and low distress tolerance. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 445-454. doi: 10.1016/j.cbpra.2012.06.001
- Constantino, M. J., Ametrano, R. M., & Greenberg, R. P. (2012). Clinician interventions and participant characteristics that foster adaptive patient expectations for psychotherapy and psychotherapeutic change. *Psychotherapy*, 49, 557-569. doi: 10.1037/a0029440
- Constantino, M. J., Glass, C. R., Arnkoff, D. B., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work:*

- Evidence-based responsiveness* (2nd ed., s.354-376). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- 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. doi: 10.1016/j.brat.2014.04.006
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 573-585. doi: 10.1016/j.janxdis.2004.04.009
- De Luca, V., Gershenson, V., Burroughs, E., Javaid, N., & Richter, M. A. (2011). Age at onset in Canadian OCD patients: Mixture analysis and systematic comparison with other studies. *Journal of Affective Disorders*, 133, 300-304. doi: 10.1016/j.jad.2011.03.041
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX. Psychological Corporation.
- Dozois, D. J. A., & Westra, H. A. (2005). Development of the Anxiety Change Expectancy Scale (ACES) and validation in college, community, and clinical samples. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1655-1672. doi: 10.1016/j.brat.2004.12.001
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1997). *Mastery of obsessive-compulsive disorder: Client workbook*. New York: Graywind Publications.

- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davis, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., & Tu, X. (2005). Randomised, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 151-161.
doi: 10.1176/appi.ajp.162.1.151
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder: Therapist guide* (2ed.). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Fydrich, T., Dowdall, D., & Chambless, D. L. (1992). Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*, *6*, 55-61. doi: 10.1016/0887-6185(92)90026-4
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 1-17. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.01.012
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, *26*, 657-678. doi: 10.1016/j.cpr.2005.03.002
- Greer, F. L. (1980). Prognostic expectations and outcome of brief therapy. *Psychological Reports*, *46*, 973-974. doi: 10.2466/pr0.1980.46.3.973
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 621-632. doi: 10.4088/JCP.v69n0415

- Karno, M., Golding, J. M., Sorenson, S. B., & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, *45*, 1094-1099. doi: 10.1001/archpsyc.1988.01800360042006
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H-U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *21*, 169-184. doi: 10.1002/mpr.1359
- Krebs, G., Isomura, K., Lang, K., Jassi, A., Heyman, I., Diamond, H., Advani, J., Turner, C., & Mataix-Cols, D. (2015). How resistant is «treatment resistant» obsessive-compulsive disorder in youth? *British Journal of Clinical Psychology*, *54*, 63-75. doi: 10.1111/bjc.12061
- Lewin, A. B., Peris, T. S., Bergman, R. L., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2011). The role of treatment expectancy in youth receiving exposure-based CBT for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, *49*, 536-543. doi: 10.1016/j.brat.2011.06.001
- Mancebo, M. C., Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Dyck, I. R., & Rasmussen, S. A. (2011). Patient utilization of cognitive-behavioral therapy for OCD. *Behavior Therapy*, *42*, 399-412. doi: 10.1016/j.beth.2010.10.002
- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., Bourdel, M. C., Olie, J. P., Loo, H., & Hantouche, E. G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: Influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, *79*, 241-246. doi: 10.1016/S0165-0327(02)00351-8
- Newman, M. G., & Fisher, A. J. (2010). Expectancy/credibility change as a mediator of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: Mechanism of action or

- proxy for symptom change? *International Journal of Cognitive Therapy*, 3, 245-261.
doi: 10.1521/ijct.2010.3.3.245
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C. C., & Rothbaum, B. O. (2008). Greater expectations: Using hierarchical linear modeling to examine expectancy for treatment outcome as a predictor of treatment response. *Behavior Therapy*, 39, 398-405.
doi: 10.1016/j.beth.2007.12.002
- Reese, R. J., Gillaspay Jr., J. A., Owen, J. J., Flora, K. L., Cunningham, L. C., Archie, D., & Marsden, T. M. (2013). The influence of demand characteristics and social desirability on clients' ratings of the therapeutic alliance. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 696-709. doi: 10.1002/jclp.21946
- Rosenfeld, R., Dar, R., Anderson, D., Kobak, K. A., & Greist, J. H. (1992). A computer-administered version of the yale-brown obsessive-compulsive scale. *Psychological Assessment*, 4, 329-332. doi: 10.1037/1040-3590.4.3.329
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63. doi: 10.1038/mp.2008.94
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 675-684.
doi: 10.1016/0005-7967(96)00036-8
- Steketee, G., Siev, J., Fama, J. M., Keshaviah, A., Chosak, A., & Wilhelm, S. (2011). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28, 333-341.
doi: 10.1002/da.20785

- Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2012). Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 26*, 583-589.
doi: 10.1016/j.janxdis.2012.02.010
- Tsai, M., Ogrodniczuk, J. S., Sochting, I., & Mirmiran, J. (2014). Forecasting success: Patients` expectations for improvement and their relations to baseline, process and outcome variables in group cognitive-behavioural therapy for depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*, 97-107. doi: 10.1002/cpp.1831
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Götestam, G. K. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 37*, 247-255. doi: 10.1016/j.jbtep.2005.12.001
- Vorstenbosch, V., & Laposa, J. M. (2015). Treatment expectancy for anxiety change and response to cognitive behavioral therapy for OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 5*, 55-60. doi: 10.1016/j.jocrd.2015.02.003
- Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 363-373. doi: 10.1037/0022-006X.75.3.363
- World Health Organization (2008). *ICD-10, Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (13th ed.). Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

