

Endringer i symptomer på tvangslidelse (OCD), skamfølelse og selvbilde ved gjennomgått kognitiv atferds terapeutisk behandling mot tvangslidelse.

OLE ANDERS BAKK

NICOLAY GAUSEL

Universitetet i Agder, 2017

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap
Institutt for psykososial helse





SAMMENBINDING

Endringer i symptomer på tvangslidelse (OCD), skamfølelse og selvbilde ved gjennomgått kognitiv atferds terapeutisk behandling mot tvangslidelse.



Sammendrag

I gjentatte studier er det funnet støtte for at kognitiv atferdsterapi og eksponering med responsprevensjon er en effektiv og virkningsfull metode for behandling av tvangslidelse (OCD). I denne undersøkelsen har totalt 45 deltakere som tidligere har vært i slik behandling mot tvangslidelse besvart påstander for å måle effekt av behandling vha. tradisjonelle måleinstrumenter for tvangslidelse, samt i tillegg påstander om skam og selvbilde. I denne sammenbindingen oppsummeres først karakteristika om tvangslidelse og videre beskrivelse av behandlingsmetoder mot dette innenfor kognitiv atferdsterapi, der det beskrives nærmere den utvikling som har foregått innen dette feltet. Videre beskrives sammenhenger mellom vurderinger eller *appraisals* av seg selv og den mening som tillegges tvangstanker og tvangshandlinger, og videre hvordan dette kan påvirke grad av skamfølelse og selvbildet. I metodedrøfting beskrives hypotesene og survey som metode. Deltakere, utvalg og etiske hensyn beskrives til slutt.

Om tvangslidelse

Tvangslidelse (*obsessive compulsive disorder* eller OCD) er en sammensatt lidelse med stor heterogenitet både med hensyn til tvangstanker og tvangshandlinger. Hovedtrekket ved lidelsen er tilbakevendende tvangstanker eller tvangshandlinger (Statens & World Health, 1999).

Tvangstanker: de vanligste tvangstankene omhandler redsel for å bli smittet eller å smitte andre med en farlig sykdom, at det kan oppstå brann eller innbrudd eller at andre ulykker kan inntreffe. Andre plages av tanker de opplever som upassende, ofte med seksuelt eller blasfemisk innhold. Andre plages av tanker om at de kan komme til å gjøre noe de ikke ønsker å gjøre, slik som å skade noen de er glad i. Tankene er *ikke* lystbetonte - det er ikke noe man ønsker å gjøre. Når tankene dukker opp medfører det intenst ubehag og redsel for at det kan være en reell risiko forbundet med tankene (Havnen, 2016; Statens & World Health, 1999).

Tvangshandlinger: for å dempe ubehaget eller for å sikre at de negative hendelsene ikke inntreffer, utføres tvangshandlinger. De vanligste tvangshandlingene er overdreven vasking eller hyppig sjekking av dører, vinduer eller elektriske apparater. Andre har tvangshandlinger knyttet til overdreven orden, symmetri eller gjentakelse. Mange utfører også mentale ritualer slik som å telle til bestemte tall, tenke på positive ord for å nøytralisere negative tanker. De fleste som er rammet av tvangslidelse (OCD) vil også utvikle omfattende unngåelse av situasjoner som vekker de ubehagelige tankene og følelsene. Det er også vanlig gjentatte ganger å be om forsikringer fra andre personer (Havnen, 2016; Statens & World Health, 1999).

Om tvangslidelse og behandling

De tre bølger innen kognitiv atferdsterapi

I denne artikkelen er det beskrevet hvordan behandling av tvangslidelse gjennomføres med kognitiv atferdsterapi eller eksponering med responsprevensjon. Det nevnes at det har vært en utvikling fra atferdsterapi, til kognitive prosedyrer, inklusive at man har med teori fra læringsteori og videre at man kan legge til elementer til behandling som er kalt den «tredje bølge» innenfor kognitiv atferdsterapi. Her nevnes kort hva man legger i begrepet «den tredje bølge».

Atferdsterapi og eksponering med responsprevensjon

I første «bølge» behandlet man angstlidelser og fobier basert på prinsippet om endring av atferd ved direkte erfaring (basert på klassisk og operant betinging) (S. C. Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006; Skinner, 1953). På slutten av 1960 tallet dokumenterte Meyer som den første hvordan eksponering med responsprevensjon kan anvendes mot tvangslidelse: atferdsterapi der pasienten ble eksponert for det han eller hun fryktet og samtidig unngikk å utføre tvangshandling (Meyer, 1966). Dette er fortsatt sentrale prinsipper i eksponering med responsprevensjon, som er den anbefalte behandlingsmetoden mot OCD (Abramowitz, 2006; Foa, Yadin, & Lichner, 2012).

I manualen som Foa og medarbeidere utarbeidet for å veilede behandlingen (Foa et al., 2012), anbefaler de man at man at man setter av 17 sesjoner med pasienten, med en frekvens på to sesjoner over et tidsrom på 8-9 uker. Hver sesjon bør vare i ca. 2 timer. De to dagene per uke bør spres mest mulig for at det skal være noe tid mellom dem. På dager uten sesjoner skal

SAMMENBINDING

pasienten gjøre relevante hjemmeoppgaver som består av eksponering med responsprevensjon. I tillegg skal det være en telefonisk sesjon på 15 til 30 minutter der behandler sjekker opp om det er noen utfordringer med gjennomføring av oppgaver, gi støtte på framgang, tilby oppmuntring og støtte.

De første to timer er satt av til anamnese eller sykehistorie kartlegging. Undervisning om lidelsen og behandlingen skal gjøres både for pasienten og pårørende. I denne fasen informeres pasienten om at eksponering med responsprevensjon er en metode som skal hjelpe ham eller henne til å konfrontere situasjoner eller ting som gir tvangstanker eller angst. Ubehaget vil forbigående øke før det går ned av seg selv, slik at han eller hun kan lære at angst eller ubehag virkelig vil gå ned av seg selv – uten at det utføres ritualer eller unngåelse for triggere. Det understrekes at behandlerens rolle er å bistå pasienten under eksponering slik at de bedre tolerer den angst eller ubehag som vil komme, og kan «stå i det» til angsten går ned.

Videre planlegges behandlingen, og «skreddersys» etter de innhentede opplysninger om hvilke utfordringer og vansker den enkelte pasient opplever med sin OCD. De resterende timer består av eksponering med responsprevensjon. Det er vanlig at pasienten velger stigende vanskelighetsgrad vurdert etter forventet subjektivt ubehag. I sesjon 8 bør pasienten gjennomføre det han eller hun synes er mest utfordrende, slik blir de resterende timer repetisjoner på dette samt at evt. gjenstående stimuli som ikke var inkludert i tidligere kartlegging blir gjenstand for eksponering.

Kognitiv atferdsterapi

På begynnelsen av 1970 tallet kom den andre «bølgen» i form av fokus på kognisjoner i tillegg til atferdsterapi, derav samlebegrepet kognitiv atferdsterapi. Aaron Becks teorier, som først tok for seg kognitiv atferds terapeutisk behandling av depresjon, ble her sentrale (A. T. Beck, 1976). Rasjonale bak var her å identifisere negative automatiske tanker, øve seg opp til å tenke mer hensiktsmessig og rasjonelt og dermed oppleve hendelser mer positivt. Vha. denne innfallsvinkelen skulle man dempe vonde følelser og bidra til mer hensiktsmessig atferd (A. T. Beck, 1976; J. S. Beck, 2006). I senere kognitive teorier om behandling av angstlidelser, herunder tvangslidelse, er kognitiv atferdsterapi med fokus på å diskutere og endre kognisjoner ved angstlidelser beskrevet (Abramowitz, 2006; Wells, 1997; Öst, Havnen, Hansen, & Kvale, 2015).

«Tredje bølge»

Det er flere ulike retninger som er klassifisert som den «tredje bølge», her nevnes aksept- og forpliktelsesterapi (*acceptance and commitment therapy* eller ACT) (S. Hayes & Smith, 2005). Hayes beskriver at ACT ikke har som mål å redusere ubehag, at pasienten heller bør ha som mål å akseptere ubehagelige tanker og følelser og betrakte dem som generelle, universelle og tidsmessig begrensede. Han understreker således at en kan støtte og utvikle funksjonell atferd og handling, selv om uønskede tanker og følelser er der (S. C. Hayes et al., 2006). Gjennom dette skal pasienten kunne lene seg mot symptomene og «omfavne» det han eller hun frykter. Dette er også vurdert som sentralt i nyere, intensiv (konsentrert) eksponeringsterapi mot tvangslidelse (Havnen, 2016; Kvale, 2013; Kvale & Hansen, 2013; Öst, Riise, Wergeland, Hansen, & Kvale, 2016). De beskriver at terapeutens

rolle blir å være trygt til stede i hva pasienten opplever og støtte han i det, være trygg og forutsigbar. Det er beskrevet at ACT er en anbefalt tilnærming for utvalg av klienter som eks. har samsykelighet med stemningslidelse (depresjon), viser lite motivasjon, ikke utfører oppgaver og behandling som anbefalt, eller er nølende til å gå inn i eksponeringsbehandlingen (Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert, & Craske, 2012).

Læringsteoretiske behandlingselementer

Framveksten av kognitive teorier og behandlingsmodeller har påvirket utviklingen av tilleggs prosedyrer som fokuserer spesifikt på kognitive aspekter av tvangslidelse. Så selv om eksponering med responsprevensjon er utviklet opprinnelig fra atferdsterapi inkluderer eksponeringsteoretiske behandlingsprotokoller også kognitive prosedyrer (Ponniah et al. 2012; Foa et al. 2012). Inhibitorisk læringsteori som grunnlag for å optimalisere den kognitive atferds terapeutiske behandlingen er også sentralt i den behandling som gis i dag (Havnen, 2016; Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014). Abramowitz (2006) beskriver at det er så mye overlapp mellom atferdsterapi og kognitiv terapi at man vanskelig kan definere eksponering med responsprevensjon som tilhørende den ene eller andre retningen. Abramowitz mener det er mest hensiktsmessig å fokusere på om manualen eller behandlingen retter seg mot atferd eller kognisjoner (Abramowitz, 2006).

Skamfølelse, vurderinger eller «*appraisals*» og tvangslidelse.

I artikkelen beskrives et klinisk eksempel der hun som hadde tvangslidelse rapporterte høy grad av skamfølelse. Tvangstanker med tanker om seksualitet, blasfemi, utøvelse av vold vil kunne føre til tvil om hva en selv og andre vil tenke om denne personen mht. moral (McCarty, Guzick, Swan, & McNamara, 2017; Weingarden & Renshaw, 2015; Weingarden, Renshaw, Wilhelm, Tangney, & Dimauro, 2016).

Det har vært vanlig siden 1970 tallet å legge til kognitiv terapi til tradisjonell atferdsterapi mot tvangslidelse (Abramowitz, 2006). Richard Lazarus (Lazarus, 1999) har parallelt med Becks kognitive teori beskrevet sin vurderings (*appraisal*) teori. Han viser til at, slik han forstår Beck, vil man i kognitiv terapi i et terapeutisk miljø ha mulighet for å oppleve de vonde følelsene og samtidig ta et skritt tilbake fra dem og se objektivt på denne opplevelsen, å kunne realitets teste kognisjonene som det viktigste ledd i en effektiv terapi. Han understreker at mennesker har behov for innsikt og kunnskap, men at kognitiv innsikt slik Beck beskriver det ikke er nok.

Lazarus beskriver i sin bok at forholdet mellom de ulike psykoterapeutiske retninger (atferdsterapi, kognitiv terapi, psykodynamisk terapi) har et preg av forsoning: Han beskriver at atferdsterapeutene har fokus på å få pasientene til å erfare mestring og erfare at de ikke er så utsatte og sårbare som de tror; at pasientene må holde opp med å unngå det de frykter og i stedet handle på en måte som gjør det mulig for dem å konfrontere frykten og lære av det. Atferdsterapeuter snakker normalt ikke om mening, skriver Lazarus (1999), men mener at man ved å kunne lære noe av konfrontasjon med det som oppleves truende vil pasienten oppdage at det man frykter ikke skjer eller at det ikke fører til så stor skade som man frykter.

Dette forstår jeg er i tråd med det atferds terapeutiske teorier og behandlingsmanualer beskriver (Abramowitz, 2006; Foa, Kozak, & House, 1986; Foa et al., 2012).

I en norsk avhandling om tema tanker, kognisjoner, appraisal og kognitiv terapi mot tvangslidelse (Solem, Håland, Vogel, Hansen, & Wells, 2009) viser forfatterne til ovennevnte appraisal eller kognitive vurderingsteorier der en ser på betydningen av subjektive tolkninger av intrusjoner (Clark & Purdon, 2016; Lazarus, 1999; Rachman, 1997; Salkovskis, 1985). Solem et al. (2009) mener at intrusjoner kan plasseres på en dimensjon mellom normale kognitive fenomener og at vurderinger delvis er utledet fra mer vedvarende underliggende antagelser og bestemmer hvorvidt intrusjoner blir en klinisk sykdom eller lidelse. De understreker at kognitiv atferdsterapi mot tvangslidelse har som premiss at vurderingen av tanker kan opprettholde tvangslidelsen. De viser til at et har vært gjort et skille mellom autogen og reaktiv obsesjon eller tvangstanke (Lee & Kwon, 2003). Såkalte autogene obsesjoner inkluderer typisk seksuelle, aggressive, obscøne eller umoralske tanker eller impulser, mens reaktive obsesjoner vanligvis inneholder bekymring for smitte, være ansvarlig for feil, ulykker og asymmetri.

En studie har vist at kognitiv terapi virket bedre for pasienter på autogene obsesjoner enn reaktive (Belloch, Cabedo, Carrió, & Larsson, 2010). Solem et al. (2009) peker på at de med sin studie kaster nytt lys over behandlings implikasjoner av tankeinnhold og nivå av vurderinger. De oppsummerer med sine funn at tankeinnhold knyttet til autogene eller reaktive klassifikasjoner ikke påvirket behandlingsrepons, men at de som fikk behandling lærte at problemet ikke er at de har negative tanker, men hvordan de reagerer på dem (at man får kontroll over tvangshandlinger og unngåelsen). De peker på at det er viktig å se på videre

studier der en vurderer viktigheten av subjektive tolkninger av intrusjoner i forståelsen av behandling av tvangslidelse (Solem et al., 2009).

Som nevnt over er det mange studier og videreutviklinger av kognitiv atferdsterapi mot tvangslidelse der det er drøftet nærmere elementer av kognitiv terapi. Det fokuseres på tanker, tolkninger, kognisjoner og vurderinger og hvordan man med dette kan håndtere følelser (Besiriglu et al., 2010; Havnen, 2016; McCarty et al., 2017; Solem et al., 2009; Weingarden et al., 2016). Studiene nevnt her viser til at det kan være sammenhenger mellom vurdering av seg selv og den mening det tillegges tankene og atferden (tvangstanker og tvangshandlinger), og videre at dette vil påvirke grad av skamfølelse og selvbildet.

Reduksjon av skamfølelse ved behandling mot tvangslidelse.

Lazarus (1999) har i sitt arbeid beskrevet at han kan forklare mye av det som skam «henger på» - nemlig vurderingene personen gjør seg av vedrørende obsesjoner, kompulsjoner og den situasjon og atferd han viser (inkl. evt. sosial tilbaketrekking og unnvikelse). Weingarden et al. (2016) har konkret drøftet betydningen av å supplere atferds terapeutisk behandling med det som innledningsvis er beskrevet som «tredje bølge» kognitiv atferdsterapi da de mener at det kan virke på skam relaterte kognisjoner og tilbaketrekking. De viser videre til det å kunne tilby psykoedukasjon om skam og hvordan de kan reagere på sin skamfølelse (eks. tilbaketrekking) kan hjelpe dem til å gjenkjenne og endre reaksjonsmønster som ikke er nyttige eller gode. De framhever også at det ved oppstart behandling selvsagt bør være fokus på hva som gir god kontaktetablering og øke pasientens opplevelse av aksept og forståelse, noe som kan lede til reduksjon i skamfølelse (Weingarden et al., 2016).

Skam og selvbilde, ulik respons avhengig av appraisals eller vurderinger.

Eksposering med responsprevensjon har som beskrevet mest fokus på atferdsintervensjoner. Resultatene i undersøkelsen jeg her har gjort viser at det er viktig å fokusere på andre elementer av kognitiv atferdsterapi, som skamfølelse, ødelagt selvbilde og relaterte kognisjoner til dette. Ved denne intervensjonen adresseres det Gausel og medarbeidere (Gausel, Vignoles, & Leach, 2016) og Lazarus (1999) påpeker, at det foreligger bestemte vurderinger om egne tanker og handlinger, og at man således opplever ledsagende følelser av skam om man tenker at det man opplever bryter moralske normer som er internaliserte.

Gausel et al. (2016) har laget en modell der de skiller mellom vurderinger eller *appraisals* (av selv defekt og at andre fordømmer en) og følelser (av å bli avvist, oppleve seg underlegen og skamfull). De mener gjennom presentasjon av sin modell hvordan skam noen ganger er knyttet til selv defensiv holdning og motivasjon, og noen ganger til motivasjon til å forbedre seg selv etter såkalte moralske feilgrep. De beskriver at unngåelse fra andre og tilbaketrekking fra «den sosiale scene» eller relasjoner er ment å skulle følge av skam der personen har et dårlig sosialt bilde av seg selv. Dette er fordi man tradisjonelt har tenkt at folk trekker seg tilbake for å forhindre ytterligere fordømmelse fra andre. Ens moral er også av betydning for hvordan mennesket ser på seg selv (Gausel et al., 2016). Således tenderer psykologisk teori til å anse skam som den emosjonelle erfaring av et ødelagt selv bilde, noe som blir gjenstand for undersøkelse i denne artikkelen da respondenter besvare på påstander relatert til dette tema.

I sin teori nyanserer de imidlertid bildet av denne todelingen, og viser til tre spesifikke *appraisal* eller vurderinger. Med det mener de at ved å se på kombinasjoner av følelser kan

spesifisere når og hvorfor erfaringer av moralsk feil leder til selv defensiv motivasjon eller prososial atferd. En moralsk feil kan enten vurderes at andre vil fordømme en eller at en lider av en selv defekt. Hvis selvet er vurdert til å være selv defekt, kan den enten bli sett på som global (og dermed ikke mulig å endre) eller spesifikk (potensielt mulig å endre). Disse vurderingene er de sentrale subjektive meninger som folk gir sine moralske feil. Forfatterne mener at disse vurderinger representerer distinkte tema: sosialt bilde og selv bilde (Gausel & Leach, 2011; Gausel et al., 2016).

I modellen viser Gausel al. (2016) til at en hendelse som utløser «en moralsk feil» kan gi vurdering av enten «de andre vil fordømme meg» eller «jeg er selv defekt». Følelser av avvisning eller underlegenhet følger vurdering at «de andre vil fordømme meg», men selv defekt kan deles inn i enten global eller spesifikk selv defekt: Global vil kunne lede til følelse av underlegenhet, mens spesifikk gir mer skamfølelse. Motivasjon for å bli bedre eller endre seg er mest sannsynlig følge av skam ved spesifikk vurdering av selv defekt, men global vurdering av seg selv som selv defekt med underlegenhet som følelse kan føre til motivasjon av selv forsvar; med muligheter for å gjemme seg, unngå, vise sinne eller eksternalisere skyld.

Denne studien anvender de påstander Gausel et al. (2016) har utarbeidet for å måle skamfølelse, selvbilde og sosiale selvbilde.

Metode

Kvantitativt design og metode

I denne undersøkelsen er det gjort bruk av spørreskjema med selv skår vurderinger som videre er plottet i statistikkprogrammet IBM SPSS 24 ® (*Statistical Package for the Social Sciences*). Hensikten med kvantitativ metode er å utvikle breddekunnskap, finne årsakssammenhenger. Ved utarbeidelse av hypoteser som bekrefte eller avkreftes ved hypotese testing kan kunnskap overføres til andre situasjoner og personer (Dalland, 2012; Grønmo, 2004). I denne undersøkelsen har jeg utformet en hypotese om at det er en effekt av kognitiv atferdsterapi mot tvangslidelse i form av reduksjon av symptomer. Videre undersøkes det om deltakerne rapporterer skamfølelse og ødelagt selvbilde, og om behandlingen også har hatt effekt på dette. Det vurderes også om de spørreskjema og påstander som ble brukt ga god intern reliabilitet målt ved Cronbach's alfa.

Scenariobasert design

Spørreundersøkelsen var utformet som survey, distribuert via e-post. Fordel med dette designet er at det sikrer anonymitet, da jeg kunne nå aktuelle respondenter på en treffsikker måte uten å bryte anonymitet. Det er også å forvente at de som har svart har god hukommelse for det de her har blitt spurt om, da dette antageligvis er eller har vært utfordringer i deres liv som de kan gjøre godt rede for.

Anonymitet gjør det anslagsvis lettere å svare autentisk (ikke evt. unnvike å svare eller underrapportere da man ikke ønsker å innrømme det). Ved dette designet kan man finne svar på hypotesene nevnt over om evt. effekt av behandling målt ved standardiserte måleinstrumenter, og samtidig sammenligne med tidligere gjennomførte studier innenfor det

samme fagfelt. Designet gir mulighet for å undersøke påvirkningen uavhengige variabler (behandling) har på avhengige (utfalls) variabler (symptomskår, angst, skam, selvbilde).

Designet her er et såkalt scenario basert design da alle som her ble intervjuet faktisk var i den situasjon at de hadde gjennomgått behandling (den var ferdig). Halvparten av deltakerne svarte slik de husket de hadde det rett etter behandling, den andre gruppen slik de husker det var før behandling (se vedlegg 1 og 2).

Begrensninger

Feilkilder her kan være flere (konfunderende variabler). Kan det være andre påvirkningsfaktorer som kan ha redusert rapporterte symptomer og skamfølelse? Historiske påvirkninger kan også være til stede, da det kan være slik at deltakeren har vært sammen med noen som rapporterer bedring, at man ønsker å være «lik» dem og dermed underrapporterer om det er symptomer igjen. Dette kan særlig være aktuelt da de som har deltatt i denne undersøkelsen er medlemmer i en organisasjon for nettopp andre mennesker med samme lidelse.

Videre er det usikkert hvor lenge etter en evt. behandling respondenten har svart. En såkalt modningseffekt kan da inntre (Cozby & Bates, 2015), da mennesker generelt endrer seg over tid. Det er beskrevet at symptomtrykk og «innhold» i OCD endrer seg over tid, uten at man ser en spontan remisjon av lidelsen. Dette kan derfor rapporteres som symptomlette etter behandling, men at det derfor kun er spontane variasjoner uavhengig av behandlingseffekt (Abramowitz, 2006; Havnen, 2016; Öst et al., 2015). Dette kan også metodisk beskrives som regresjon mot gjennomsnittet der avvikende observasjoner over tid gjerne vil tendere mot å vende tilbake i retning av det vanlige (gjennomsnittlige) selv uten intervensjon

(eng. *regression towards the mean*) (Cozby & Bates, 2015). En begrensning er også at det å bli spurt om endringer i seg selv vil kunne gi en såkalt test-effekt der deltakeren blir påvirket av hensikten til studiet (som er presentert i innledningen og invitasjonen til deltakelse) og dermed få han eller hun til å tilpasse svar etter dette.

Valg av dette design var hensiktsmessig grunnet tidsperspektiv for avhandlingen og studiet. I klassiske eksperimentelle design (randomiserte kontrollerte studier) ville det ha krevd at deltakerne var plassert i tilfeldige grupper, for så å bli utsatt for de uavhengige variabler (behandling) og en ville videre ha undersøkt effekt av dette på tvangslidelses symptomer og følelser målt ved OCI-R, DOCS samt spørsmål om skamfølelse og selvbilde. Det ville også krevd en kontrollgruppe for å se om det hadde vært evt. andre forklaringer på rapporterte endringer (Cozby & Bates, 2015). Utfordring med slike studier ville også skapt «falske» situasjoner som ikke nødvendigvis representerer virkelig livs situasjoner.

Ekstern validitet kan derfor faktisk være økt ved slikt kvasi eksperimentelt design som vi her har: Reaksjoner og rapport fra deltakerne kan faktisk være mer genuine da det ikke er kunstige forskningsomgivelser. De har fått avstand tidsmessig, geografisk og relasjonelt til terapeuten og kan derfor få fram bedre *trendene* mht. resultatene.

Etisk kan det også være fordeler med dette designet da en slipper å plassere behandlingstrengende mennesker i en kontrollgruppe som eks. ikke får anbefalt eller evidens basert behandling.

Deltakere

Populasjon og utvalg:

Jeg henvendte meg i denne anonyme spørreundersøkelsen til en brukerorganisasjon for mennesker som har eller har hatt tvangslidelse. Anonymt spørreskjema ble sendt ut som vedlegg i mail, sendt fra administrativ leder i organisasjonen. Vedlagt i e-post var selvpopprettelseslink til spørreskjema, sammen med informasjon om undersøkelsen og hensikt (se vedlegg 1 og 2 i artikkelen).

Totalt svart 45 mennesker på undersøkelsen (N = 22 på betingelsen før behandling og N = 23 på betingelsen etter behandling), noe som ga totalt antall respondenter på n = 45. Jeg vurderer at det her foreligger et veldig representativt utvalg, da det som etterspørres her er rettet til dem som har eller har hatt tvangslidelse, og som har gjennomgått behandlingen eksponering med responsprevensjon. Jeg vurderer at man kan generalisere ut fra det antall som har svart da det utgjør et representativt utvalg innenfor en spesifikk populasjon (Grønmo, 2004).

Begrensning:

Det kan være en begrensning i studien at det kan være et usikkerhetsmoment om de som svarte faktisk hadde fått kognitiv atferds terapeutiske behandling mot tvangslidelse eller annen terapi. Jeg har samtidig god grunn til å tro at de faktisk har mottatt denne formen for behandling, da den har vært rådende i mange år, samt at det er den behandlingsmetoden som trente behandlere i OCD team i landets Helseforetak har fått opplæring i (Havnen, 2016).

Survey

Survey eller spørreskjema er vanlige og viktige metoder for å studere atferd, for å se på sammenhenger mellom variabler og måter holdninger, atferd og symptomer endres over tid eller ved en intervensjon (eks. behandling) (Cozby & Bates, 2015). En antakelse som ligger under bruken av alle spørreskjema og intervju er menneskers vilje og evne til å svare etterrettelig og ærlig på spørsmåla. I denne studien oppnår man en selv rapportering om symptomer, oppfatninger, følelser, atferd og opplevelser. I denne studien ble spørreskjema distribuert via internett, som selvopprettelses linke i vedlegg til e-poster. En av fordelene er at det var lite ressurskrevende og kunne raskt distribueres til et større antall respondenter. De som mottok mailen kunne svare når det passer for seg, og bruke den tiden som trengs. Svært viktig var her også muligheten for at undersøkelsen på denne måten sikret anonymitet da denne funksjonen i Survey Xact® var aktivert.

I spørreundersøkelsen ble deltakerne bedt om å svare på såkalte «*rating scales*» eller likert skala. De har ofte den fordelen at det er lett å forstå. For den som skal behandle data er svara lette å kvantifisere og kan databehandles i statistikk program. Likert skala tvinger ikke deltageren til å ta stilling til et spesifikt emne, men tillater han eller hun til å svare på en grad av enighet, noe som gjør spørsmålsstillingen lettere for respondenten. Det må også antas at utvalget som tidligere har gjennomgått behandling kjenner de to spørreskjema DOCS (Abramowitz et al., 2010) og OCI-R (Foa et al., 2002) for måling av tvangslidelse symptomer fra behandlingen, da de er en del av den faste monitoreringen av behandlingen. Dette styrker indre reliabilitet og validitet ved denne undersøkelsen.

Begrensninger

Man kan også anta at deltakere som ikke er så familiære med bruk av internettløsninger (sammenlignet med spørreskjema i papirformat) unnlot å svare eller opplevde det vanskelig å besvare. Som det er nevnt i artikkelen henvendte enkelte respondenter seg til administrativ leder da de opplevde at de ikke kom inn igjen i linken for å fullføre spørreundersøkelsen, om de eks. hadde logget seg ut eller ikke fullført innen en viss tid. Det er ved bruk av spørreskjema og anonym undersøkelse umulig å oppklare evt. spørsmål til de utsagn og påstander som de skal ta stilling til. En generell usikkerhet ved selvrapporteringsverktøy kan være at rapportering er begrenset av såkalt selvsensur; det kan være slik at de underrapporterer pga. skam følelse for evt. å ha «for mye» symptomer.

I denne undersøkelsen bes respondentene besvare mange ulike spørsmål på skala fra 0-4; 0-4; 1-7) Det er et kjent fenomen at respondenter ved mange spørsmål eller påstander i dette formatet kan gi såkalt tilfeldig besvarelse, der han eller hun fyller ut tilfeldig (Cozby & Bates, 2015). Kritikk mot slik likert skala er at holdninger til en populasjon for et spesifikt emne eksisterer i virkeligheten på et stort, flerdimensjonalt kontinuum. Likert skala gir bare 5-7 valgmuligheter, så det feiler å kunne gi det eksakte svar hva respondenten føler. Svar kan også bli påvirket av tidligere spørsmål, eller vil konsentrere seg om en respons side (skåre det samme flere ganger, uavhengig av spørsmålsstillingen).

Design ved evt. videre studier:

Undersøkelsen kunne vært styrket om jeg i tillegg til kvantitativ studie anvendte kvalitative metoder for å utdype funn fra surveyundersøkelsen (såkalt *mixed methods*). Deltakere kunne da belyst opplevelser de hadde ved det å gjennomgå eksponering med responsprevensjon mot tvangslidelse. Det å kombinere slike metoder kunne da gi en dypere forståelse av tema da det vil kunne nyansere, utvide og forklare det generelle bildet av temaet som her er beskrevet.

Etikk og personvern.

Undersøkelsen er gjennomført som en anonym spørreundersøkelse. Datamaterialet består av opplysninger som ikke kan identifisere enkeltpersoner (ingen personopplysninger). Personene kan ikke identifiseres, hverken direkte, indirekte eller via e-post/IP-adresse eller koblingsnøkkel.

Jeg forsikret meg om at den nettbaserte løsningen Survey Xact ® var fullstendig anonym. Både veiledningsmanual til programmet og support tjeneste bekreftet at anonymitet er sikret, da heller ikke tjenesteleverandøren har tilgang til opplysninger om e-post/IP-adresse – det betyr at det ikke er mulig å avgjøre hvilke respondenter som har avgitt hvilket svar. I tillegg hadde jeg ikke noe kontakt med respondentene. Link til survey ble distribuert via e-post fra administrativ leder. Deltakerne ble informert om studiets hensikt, at det er frivillig å delta og at anonymitet er sikret. Dette ble beskrevet både i mail, og i selve spørreskjema i innledende del (se vedlegg 1 og 2).

Brukerorganisasjonens styre og administrativ leder ble informert om anonymitet spesifikt, via følgende tekst: «*Prosjektet i denne masteroppgaven er ikke underlagt*

SAMMENBINDING

godkjennelse hos/registrering ved Datatilsynet og er heller ikke meldepliktig til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste ettersom prosjektet ikke registrerer eller lagrer noen indirekte eller direkte personopplysninger om deltagerne og heller ingen koblingsnøkkel mellom de anonyme svarene og koblingen til datamaterialet. Prosjektet behandler deltagelse anonymt. Skulle det oppstår behov for ytterligere klargjøringer så ta gjerne kontakt med veileder professor Gausel ved UiA (nicolay.gausel@uia.no tlf: 92646345).»

Referanser

- Abramowitz, J. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder *Can. J. Psychiat.-Rev. Can. Psychiat.* (Vol. 51, pp. 407-416).
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., . . . 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. doi:10.1037/a0018260
- Arch, J. J., Wolitzky-Taylor, K. B., Eifert, G. H., & Craske, M. G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7-8), 469-478. doi:10.1016/j.brat.2012.04.007
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Beck, J. S. (2006). *Kognitiv terapi : teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk forlag.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., & Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 573-580. doi:10.1016/j.janxdis.2010.03.017
- Besiriglu, L., Akman, N., Selvi, Y., Aydin, A., Boysan, M., & Ozbebit, O. (2010). Mental health literacy concerning categories of obsessive-compulsive symptoms/Obsesif-

- kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sagligi bilgisi.(Research Article/Arastirma Makalesi)(Clinical report). *47(2)*, 133.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (2016). Still Cognitive After All These Years? Perspectives for a Cognitive Behavioural Theory of Obsessions and Where We Are 30 Years Later: A Commentary.(Report). *51(1)*, 14. doi:10.1111/ap.12200
- Cozby, P. C., & Bates, S. C. (2015). *Methods in behavioral research* (12th ed. ed.). Boston: McGraw-Hill Education.
- 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
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., . . . Haynes, S. N. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment*, *14(4)*, 485-496. doi:10.1037/1040-3590.14.4.485
- Foa, E. B., Kozak, M. J., & House, B. J. (1986). Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information. *Psychological Bulletin*, *99(1)*, 20-35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder : therapist guide* (2nd ed. ed.). Oxford: Oxford University Press.

- Gausel, N., & Leach, C. W. (2011). Concern for self-image and social image in the management of moral failure: Rethinking shame. *European Journal of Social Psychology, 41*(4), 468-478. doi:10.1002/ejsp.803
- Gausel, N., Vignoles, V., & Leach, C. (2016). Resolving the paradox of shame: Differentiating among specific appraisal-feeling combinations explains pro-social and self-defensive motivation. *Motivation and Emotion, 40*(1), 118-139.
doi:10.1007/s11031-015-9513-y
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforl.
- Havnen, A. (2016). *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and the Importance of Assessing Clinical Effectiveness*. (Doktorgradsavhandling) Universitetet i Bergen, Psykologisk fakultet. Bergen.
- Hayes, S., & Smith, S. (2005). *Get Out of Your Mind and Into Your Life : The New Acceptance and Commitment Therapy*: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes.(Author Abstract). *Behaviour Research and Therapy, 44*(1), 1.
- Kvale, G. (2013). *Hvordan sikre angstpasienter kunnskapsbasert behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- Kvale, G., & Hansen, B. (2013). *101 ting vi gjerne skulle visst da vi begynte å behandle pasienter med angstlidelser*. Oslo: Universitetsforl.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion : a new synthesis*. New York: Springer.

- Lee, H. J., & Kwon, S. M. (2003). Two different types of obsession: autogenous obsessions and reactive obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 41(1), 11-29.
doi:10.1016/S0005-7967(01)00101-2
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., & McNamara, J. P. H. (2017). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 64-70. doi:10.1016/j.jocrd.2016.12.006
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4(1), 273-280. doi:10.1016/0005-7967(66)90083-0
- Ponniah, K., Magiati, I., & Hollon, S. D. (2013). An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive–compulsive disorder in adults. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 207-218. doi:10.1016/j.jocrd.2013.02.005
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802. doi:10.1016/S0005-7967(97)00040-5
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23(5), 571-583. doi:10.1016/0005-7967(85)90105-6
- Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior (Book Review) (Vol. 17, pp. 233-233).
- Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive–compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 301-307. doi:10.1016/j.brat.2009.01.003

Statens, h., & World Health, O. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforl.

Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders, 171*, 74-84.

doi:10.1016/j.jad.2014.09.010

Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & Dimauro, J. (2016). Anxiety and Shame as Risk Factors for Depression, Suicidality, and Functional Impairment in Body Dysmorphic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 1*. doi:10.1097/NMD.0000000000000498

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*: Chichester: J. Wiley & Sons ; New York: J. Wiley & Sons.

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

Öst, L.-G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 43*, 58-69.

doi:10.1016/j.janxdis.2016.08.003

Vedlegg

Vedlegg 1: Spørreskjema før behandling

Kjære medlem!

Velkommen til denne spørreundersøkelsen!

Jeg er psykiatrisk sykepleier og behandler i OCD team. Som del av mastergrads eksamen psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder gjennomfører jeg en spørreundersøkelse blant medlemmer **som har gjennomgått behandling mot tvangslidelse (OCD) med metoden eksponering med responsprevensjon (ERP)**

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å se på om behandling for tvangslidelse med eksponering med responsprevensjon er en behandlingsmodell som fører til endringer i opplevde emosjoner og bedring i forbindelse med behandling for OCD.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamling består av dette spørreskjema som er sendt videre til deg av administrativ leder

Undersøkelsen er anonym. Alle som deltar er voksne (over 18 år).

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det innhentes ingen personopplysninger. Dine svar vil ikke kunne gjenkjennes som dine i avhandlingen.

BEHANDLING AV TVANGSLIDELSE OG ENDRINGER I SKAMFØLELSE OG SELVBILDE -
SAMMENBINDING

Prosjektet skal etter planen avsluttes 04 05 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien.

Veileder på prosjektet er professor Nicolay Gausel, Universitetet i Agder (UiA).

Du kan når som helst bruke knappene nedenfor for å navigere deg frem og tilbake i undersøkelsen.

Trykk på neste for å komme i gang.

Undersøkelsen vil ta ca 15 minutter å besvare.

Vi ønsker at du skal tenke tilbake på tiden før du fikk behandling mot OCD. Minn gjerne deg selv om når du mottok behandling (eks. årstall) og årstid - slik at det er lettere å hente om minner om den tida.

Når du nå besvarer alle spørsmål i undersøkelsen: svar slik det var for deg FØR du fikk behandling mot OCD.

SAMMENBINDING

(DOCS-SF) Første del av dette spørreskjemaet kartlegger ubehagelige og påtrengende tanker (tvangstanker). Vennligst kryss av ved alle temaene som passer for deg:

- (1) Påtrengende og ubehagelige tanker om bakterier og smitte
- (2) Påtrengende og ubehagelige tanker om å være ansvarlig for skader eller ulykker
- (3) Påtrengende og ubehagelige tanker om sex, vold, religion eller andre tabubelagte tema
- (4) Påtrengende og ubehagelige tanker om symmetri eller at ting "føles rett"
- (5) Andre påtrengende og ubehagelige tanker (spesifiser): _____

Ta utgangspunkt i temaene som passer for deg når du svarer på spørsmålene under:

Tidsbruk: i løpet av en vanlig dag, omtrent hvor stor del av tida var fylt med påtrengende og ubehagelige tanker (tvangstanker), eller gikk med til å utføre tvangshandlinger/ritualer (handlinger for å redusere ubehag eller forhindre negative konsekvenser)?

- (1) Ingenting (0)
- (2) 1
- (3) 2
- (4) 3
- (5) 4 Halvparten av tida
- (6) 5
- (7) 6
- (8) 7

SAMMENBINDING

- (9) 8 Hele tida

Unnvikelse: i hvilken grad unngikk du situasjoner for å forhindre at tvangstanker skulle oppstå eller unngå noe som økte behovet for å utføre tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ikke i det hele tatt
(2) 1
(3) 2
(4) 3
(5) 4 Moderat unngåelse
(6) 5
(7) 6
(8) 7
(9) 8 Ekstrem unngåelse av alt

Ubehag: hvor mye angst opplevde du dersom du opplevde påtrengende og ubehagelige (tvangstanker), men ble forhindrede fra å redusere ubehaget gjennom for eksempel tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ingen angst/ubehag
(2) 1
(3) 2
(4) 3

SAMMENBINDING

- (5) 4 Moderat angst/ubehag
- (6) 5
- (7) 6
- (8) 7
- (9) 8 Ekstrem angst/ubehag

Forstyrrelse: I hvilken grad ble dine daglige gjøremål (arbeid, skole, egenomsorg, sosialt liv) forstyrret av tvangstanker og overdrevne tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ikke noe vanskelig
- (3) 1
- (4) 2
- (5) 3
- (6) 4 Moderat vanskelig
- (7) 5
- (8) 6
- (9) 7
- (10) 8 Ekstremt vanskelig

SAMMENBINDING

Kontroll: hvis du forsøkte, hvor vanskelig var det for deg å ikke engasjere deg eller bry deg om påtrengende og ubehagelige tanker (tvangstanker) og å la være å utføre tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ikke noe vanskelig
- (2) 1
- (3) 2
- (4) 3
- (5) 4 Moderat vanskelig
- (6) 5
- (7) 6
- (8) 7
- (9) 8 Ekstremt vanskelig

(OCI-R). Følgende uttalelser referer til opplevelser som mange personer har i deres hverdag. Marker ved å velge ett tall som best beskriver HVOR MYE følgende opplevelser PLAGET eller BRYDDE deg.

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3. Mye	4. Ekstremt
1. Jeg sparte på så mange ting at de kom i veien.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
2. Jeg sjekket ting oftere enn nødvendig.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3. Mye	4. Ekstremt
3. Jeg ble opprørt dersom gjenstander ikke var plassert riktig.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
4. Jeg følte at jeg var nødt til å telle samtidig som jeg gjorde ting.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
5. Jeg syntes det var vanskelig å tå på en gjenstand når jeg visste at den hadde blitt tatt på av fremmede eller bestemte personer.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
6. Jeg opplevde det som vanskelig å kontrollere mine egne tanker	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
7. Jeg samlet på ting jeg ikke trengte	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
8. Jeg sjekket stadig dører, vinduer, skuffer o.l.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3. Mye	4. Ekstremt
9. Jeg ble opprørt dersom andre endret måten jeg hadde plassert gjenstander på.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
10. Jeg følte at jeg måtte repetere visse tall.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
11. Noen ganger måtte jeg vaske eller rengjøre meg selv ganske enkelt fordi jeg følte meg besmittet.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
12. Jeg ble opprørt av ubehagelige tanker som kom inn i sinnet mitt mot min vilje.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
13. Jeg unngikk å kaste ting fordi jeg var redd jeg kunne få bruk for dem senere.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
14. Jeg sjekket komfyr, vannkraner og lysbrytere om igjen flere ganger etter at jeg hadde tatt dem av.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3. Mye	4. Ekstremt
15. Jeg hadde behov for at ting var ordnet på en bestemt måte.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
16. Jeg følte at det fantes gode og dårlige tall.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
17. Jeg vasket hendene mine oftere og lengre enn nødvendig.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
18. Jeg fikk stadig vekk ekle tanker og hadde vansker med å bli kvitt dem.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Når du tenker på tvangstankene og -handlingene du har beskrevet over: Hvor mye følte du av det følgende FØR du mottok behandling?

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Jeg syntes det jeg gjorde/tenkte avslørte en moralsk feil hos meg.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Jeg syntes jeg var defekt på en eller annen måte.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg trodde jeg kunne bli isolert fra andre pga dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Andre ville kanskje ikke ha den samme respekten for meg pga. dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg kunne bli avvist av andre pga. dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg skjemtes når jeg tenkte på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg følte meg mindreverdig når jeg tenkte på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg følte meg sårbar når jeg tenkte på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg følte meg alene når jeg tenkte på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg følte meg annerledes pga. det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Jeg følte meg rar når jeg tenkte på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Det som plagde meg mht. tvangstanker og -handlinger var merkelig.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg skulle likt å glemme dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg ville være forsiktig med å dele informasjon om dette med andre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg tenkte jeg ville "sensurere" meg selv fra å snakke om dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg var sint på meg selv pga. dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg følte meg brydd over meg selv når jeg tenkte på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg følte meg brydd over de som visste om det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Jeg var irritert på de som visste om det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg følte meg trist når jeg tenkte på det som mine nærmeste opplevde	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg ville forsøke å reparere noe av den skaden jeg hadde forårsaket.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet så ville jeg gjærne fortalt mine nærmeste hvordan jeg følte det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg trodde jeg var årsaken for dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg tror jeg var ansvarlig for dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Takk for dine svar!

De er nå lagret.

Med vennlig hilsen Ole Anders Bakk, Universitetet i Agder

Vedlegg 2: Spørreskjema etter behandling.

Kjære medlem!

Velkommen til denne spørreundersøkelsen!

Jeg er psykiatrisk sykepleier og behandler i OCD team. Som del av mastergrads eksamen psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder gjennomfører jeg en spørreundersøkelse blant medlemmer **som har gjennomgått behandling mot tvangslidelse (OCD) med metoden eksponering med responsprevensjon (ERP).**

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å se på om behandling for tvangslidelse med eksponering med responsprevensjon er en behandlingsmodell som fører til endringer i opplevde emosjoner og bedring i forbindelse med behandling for OCD.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamling består av dette spørreskjema som er sendt videre til deg av administrativ leder

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det innhentes ingen personopplysninger. Dine svar vil ikke kunne gjenkjennes som dine i avhandlingen.

Undersøkelsen er anonym.

Alle som deltar er voksne (over 18 år).

Prosjektet skal etter planen avsluttes 04 05 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien.

BEHANDLING AV TVANGSLIDELSE OG ENDRINGER I SKAMFØLELSE OG SELVBILDE -
SAMMENBINDING

Veileder på prosjektet er professor Nicolay Gausel, Universitetet i Agder (UiA).

Du kan når som helst bruke knappene nedenfor for å navigere deg frem og tilbake i undersøkelsen.

Trykk på neste for å komme i gang.

Undersøkelsen vil ta ca 15 minutter å besvare.

Vi ønsker at du skal tenke tilbake på tiden etter du hadde fullført behandling mot OCD. Minn gjerne deg selv om når du avsluttet behandling (eks. årstall) og årstid - slik at det er lettere å hente fram minner om den tida.

Når du nå besvarer alle spørsmål i undersøkelsen: svar slik det var for deg ETTER du hadde fullført behandling mot OCD.

(DOCS-SF) Første del av dette spørreskjemaet kartlegger ubehagelige og påtrengende tanker (tvangstanker). Vennligst kryss av ved alle temaene som passer for deg:

- (1) Påtrengende og ubehagelige tanker om bakterier og smitte
- (2) Påtrengende og ubehagelige tanker om å være ansvarlig for skader eller ulykker
- (3) Påtrengende og ubehagelige tanker om sex, vold, religion eller andre tabubelagte tema
- (4) Påtrengende og ubehagelige tanker om symmetri eller at ting "føles rett"

SAMMENBINDING

- (5) Andre påtrengende og ubehagelige tanker (spesifiser): _____

Ta utgangspunkt i temaene som passer for deg når du svarer på spørsmålene under:

Tidsbruk: i løpet av en vanlig dag, omtrent hvor stor del av tida er fylt med påtrengende og ubehagelige tanker (tvangstanker), eller går med til å utføre tvangshandlinger/ritualer (handlinger for å redusere ubehag eller forhindre negative konsekvenser)?

- (1) Ingenting (0)
- (2) 1
- (3) 2
- (4) 3
- (5) 4 Halvparten av tida
- (6) 5
- (7) 6
- (8) 7
- (9) 8 Hele tida

SAMMENBINDING

Unnvikelse: i hvilken grad har du unngått situasjoner for å forhindre at tvangstanker oppstår eller unngått noe som øker behovet for å utføre tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ikke i det hele tatt
- (2) 1
- (3) 2
- (4) 3
- (5) 4 Moderat unnåelse
- (6) 5
- (7) 6
- (8) 7
- (9) 8 Ekstrem unnåelse av alt

Ubehag: hvor mye angst ville du oppleve dersom du opplevde påtrengende og ubehagelige (tvangstanker), men ble forhindre fra å redusere ubehaget gjennom for eksempel tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ingen angst/ubehag
- (2) 1
- (3) 2
- (4) 3
- (5) 4 Moderat angst/ubehag
- (6) 5
- (7) 6
- (8) 7

SAMMENBINDING

- (9) 8 Ekstrem angst/ubehag

Forstyrrelse: I hvilken grad har dine daglige gjøremål (arbeid, skole, egenomsorg, sosialt liv)

blitt forstyrret av tvangstanker og overdrevne tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ikke noe vanskelig
(3) 1
(4) 2
(5) 3
(6) 4 Moderat vanskelig
(7) 5
(8) 6
(9) 7
(10) 8 Ekstremt vanskelig

Kontroll: hvis du forsøker, hvor vanskelig er det for deg å ikke engasjere deg eller bry deg om

påtrengende og ubehagelige tanker (tvangstanker) og å la være å utføre

tvangshandlinger/ritualer?

- (1) 0 Ikke noe vanskelig
(2) 1
(3) 2
(4) 3

SAMMENBINDING

- (5) 4 Moderat vanskelig
- (6) 5
- (7) 6
- (8) 7
- (9) 8 Ekstremt vanskelig

(OCI-R). Følgende uttalelser referer til opplevelser som mange personer har i deres hverdag.

**Marker ved å velge ett tall som best beskriver HVOR MYE følgende opplevelser har
PLAGET eller BRYDD deg.**

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3.Mye	4. Ekstremt
1. Jeg har spart på så mange ting at de kommer veien.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
2. Jeg sjekker ting oftere enn nødvendig.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
3. Jeg blir opprørt dersom gjenstander ikke er plassert riktig.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
4. Jeg føler at jeg er nødt til å telle samtidig som jeg gjør ting.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3. Mye	4. Ekstremt
5. Jeg synes det er vanskelig å tå på en gjenstand når jeg vet at den har blitt tatt på av fremmede eller bestemte personer.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
6. Jeg opplever det som vanskelig å kontrollere mine egne tanker.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
7. Jeg samler på ting jeg ikke trenger.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
8. Jeg sjekker stadig dører, vinduer, skuffer o.l.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
9. Jeg blir opprørt dersom andre endrer måten jeg har plassert gjenstander på.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
10. Jeg føler at jeg må repetere visse tall.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
11. Noen ganger må jeg vaske eller rengjøre meg selv	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3. Mye	4. Ekstremt
ganske enkelt fordi jeg føler meg besmittet.					
12. Jeg er opprørt av ubehagelige tanker som kommer inn i sinnet mitt mot min vilje.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
13. Jeg unngår å kaste ting fordi jeg er redd jeg kan få bruk for dem senere.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
14. Jeg sjekker komfyr, vannkraner og lysbrytere om igjen flere ganger etter at jeg har tatt dem av.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
15. Jeg har behov for at ting er ordnet på en bestemt måte.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
16. Jeg føler at det finnes gode og dårlige tall.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	0 Ikke i det hele tatt	1 Litt	2 Moderat	3. Mye	4. Ekstremt
17. Jeg vasker hendene mine oftere og lengre enn nødvendig.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>
18. Jeg får stadig vekk ekle tanker og har vansker med å bli kvitt dem.	(1) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>

Når du tenker på tvangstankene og -handlingene du har beskrevet over: Hvor mye følte du av det følgende ETTER du ble ferdig med behandlingen?

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Jeg synes det jeg gjør/tenker avslører en moralsk feil hos meg.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg synes jeg er defekt på en eller annen måte.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg tror jeg kan bli isolert fra andre pga dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Andre ville kanskje ikke hatt den samme respekten for meg pga. dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg kan bli avvist av andre pga. dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg skjemmes når jeg tenker på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg mindreverdig når jeg tenker på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg sårbar når jeg tenker på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg alene når jeg tenker på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg annerledes pga. det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg rar når jeg tenker på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Det som plager meg mht. tvangstanker og -handlinger er merkelig.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Jeg skulle likt å glemme dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg vil være forsiktig med å dele informasjon om dette med andre	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg tenker jeg vil "sensurere" meg selv fra å snakke om dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg er sint på meg selv pga. dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg brydd over meg selv når jeg tenker på det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg brydd over de som vet om det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg er irritert på de som vet om det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg føler meg trist når jeg tenker på det som mine nærmeste opplever	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

SAMMENBINDING

	1. Ikke i det hele tatt	2.	3.	4.	5.	6.	7. Veldig mye
Jeg vil forsøke å reparere noe av den skaden jeg har forårsaket.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Hadde jeg kunnet så ville jeg gjerne fortalt mine nærmeste hvordan jeg føler det.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg tror jeg er årsaken for dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>
Jeg tror jeg er ansvarlig for dette.	(1) <input type="checkbox"/>	(2) <input type="checkbox"/>	(3) <input type="checkbox"/>	(4) <input type="checkbox"/>	(5) <input type="checkbox"/>	(6) <input type="checkbox"/>	(7) <input type="checkbox"/>

Takk for dine svar!

De er nå lagret.

Med vennlig hilsen Ole Anders Bakk, Universitetet i Agder.



ARTIKKEL

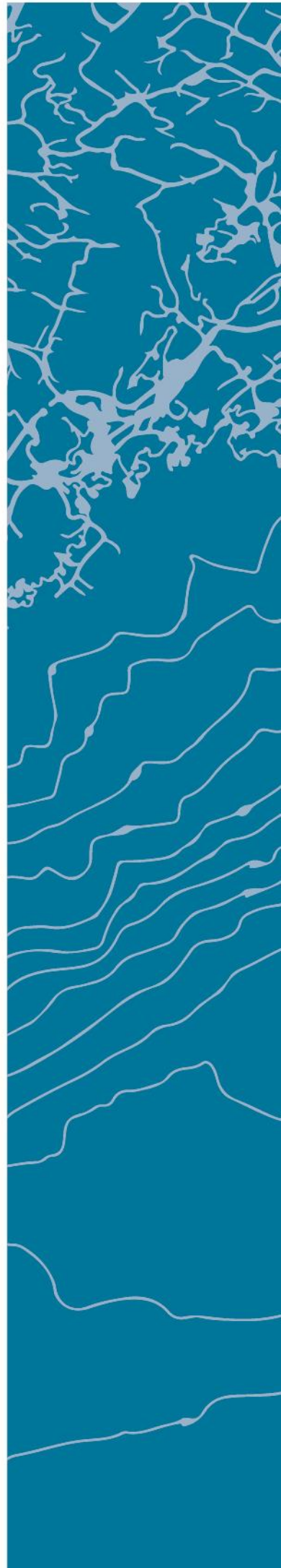
Endringer i symptomer på tvangslidelse (OCD), skamfølelse og selvbilde ved gjennomgått kognitiv atferds terapeutisk behandling mot tvangslidelse.

OLE ANDERS BAKK

NICOLAY GAUSEL

Universitetet i Agder, 2017

Fakultet for Helse- og idrettsvitenskap
Institutt for psykososial helse





Tidsskrift artikkelen kan sendes til: *Journal of Social & Clinical Psychology*

(artikkelen vil bli oversatt til engelsk ved evt. innsendelse).

<http://web.a.ebscohost.com/ehost/command/detail?sid=c8c5b9eb-5f53-4b4f-bbda->

[f6b0aff7027f%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWlvc3QtbGl2ZQ%3d](http://web.a.ebscohost.com/ehost/command/detail?sid=c8c5b9eb-5f53-4b4f-bbda-f6b0aff7027f%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWlvc3QtbGl2ZQ%3d)

[%3d#jid=10P&db=a9h](http://web.a.ebscohost.com/ehost/command/detail?sid=c8c5b9eb-5f53-4b4f-bbda-f6b0aff7027f%40sessionmgr4009&vid=0&hid=4212&bdata=JnNpdGU9ZWlvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#jid=10P&db=a9h)

Sammendrag

I gjentatte studier er det funnet støtte for at kognitiv atferdsterapi og eksponering med responsprevensjon er en effektiv og virkningsfull metode for behandling av tvangslidelse (OCD). Det er utarbeidet måleinstrumenter og strukturerte intervjumaler som skal måle effekt av behandlingen. Fokus er at den som mottar behandling skal oppnå endring i handlinger (slutte med tvangshandlinger) og oppnå reduksjon i angst og ubehag. Følelsen skam og hvordan lidelsen påvirker selvbildet har imidlertid ikke vært gjenstand for mye forskning, på tross av at det er kjent at skam er hyppig forekommende i tvangslidelser. I denne undersøkelsen har totalt 45 deltakere som tidligere har vært i slik behandling mot tvangslidelse besvart påstander for å måle effekt av behandling vha. tradisjonelle måleinstrumenter for tvangslidelse, samt i tillegg påstander om skam og selvbylde. Resultatet viser at behandlingen har en god effekt på skamfølelse og selvbylde.

Nøkkelord: Tvangslidelse, OCD, kognitiv atferdsterapi, eksponering med responsprevensjon, endringer, symptomer, skam, selvbylde.

Abstract

Repeated studies have proven that cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention is an efficacious treatment for obsessive compulsive disorder (OCD). There are several tools for measurements and interview templates due to monitor the effect of treatment. Goal for treatment is change in behavior (halt in compulsions) and a decrease in anxiety and discomfort. Suffering from OCD and the effect on shame and self-image has not been subject for much research previously, although the conceptual literature has recognized shame having a prominent role in OCD. In this survey 45 participants who former underwent this treatment reported changes in OCD related symptoms, shame and self-image related themes. The result reveals the treatment has a good effect on shame and self-image.

Key words: obsessive-compulsive disorder, OCD, cognitive behavioral therapy, exposure with response prevention, changes, symptoms, shame, self-image

Effekten av terapi mot tvangslidelse

Et naturlig mål for behandling av tvangslidelse (eng. *obsessive compulsive disorder* eller OCD) er endringer og reduksjon i symptomer på tvangslidelse (Foa, Yadin, & Lichner, 2012). Typiske obsesjoner eller tvangstanker er frykt for smitte, tanker om overdrevent ansvar (redsel for innbrudd, brann) eller upassende tanker med aggressivt eller seksuelt innhold (Abramowitz, 2006; Bates, Grönberg, & Sjøbu, 2012). Tvangstanker eller obsesjoner oppleves som jeg-fremmede (ego dystone), dvs. at de oppleves å være i konflikt med personens selvbilde (Statens & World Health, 1999).

Et klinisk eksempel kan her illustrere dette: en kvinne hadde i flere år hatt påtrengende og ubehagelige tanker om å kunne skade eller utøve vold mot sine nærmeste, inklusive sine små barn. Dette utløste stor grad av angst, ubehag og skamfølelse hos henne. Dette førte til et betydelig funksjonsfall for henne da hun beskrev en hverdag preget av unngåelse for situasjoner og hendelser som kunne trigge tankene, være på vakt for det å skulle være alene med sine barn eller andre hun tenkte hun kunne komme til å «angripe». Etter behandling mot tvangslidelse med metoden eksponering med responsprevensjon, rapporterte hun en tilfriskning der hun ikke lenger var plaget av tvangstankene i form av angst, ubehag og skamfølelse og at hun igjen kunne fungere godt som mor for sine barn. Dette eksemplet synliggjør at en utfordring for personer som sliter med tvangslidelse er mange negative emosjoner, deriblant angst og skamfølelse, og ubehagelige negative tanker og forestillinger om seg selv og egen funksjon (Bates et al., 2012; Foa et al., 2012; Statens & World Health, 1999; Weingarden & Renshaw, 2015; Weingarden, Renshaw, Wilhelm, Tangney, & Dimauro, 2016).

Det er utviklet mange skåringsverktøy og intervjumaler for å følge med på endring av symptomer før, under og etter behandling i form av fall i angst, ubehag, grad av tvangstanker og tvangshandlinger (Abramowitz & Deacon, 2006; Abramowitz et al., 2010; Foa et al., 2002;

Goodman et al., 1989; Hajcak, Huppert, Simons, & Foa, 2004). Det er kjent at det er mange ulike emosjoner som følger med det å slite med tvangslidelse (Besiriglu et al., 2010; Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger, & Leckman, 2008; Fergus, Valentiner, McGrath, & Jencius, 2010), blant annet skamfølelse (Weingarden & Renshaw, 2015). Det er imidlertid sammenlignet med annen forskning på temaet bare noen få studier som beskriver det fenomen at skamfølelse og opplevde vansker med selvbildet påvirkes av tvangslidelse (Weingarden & Renshaw, 2015; Weingarden et al., 2016). I denne studien ser jeg nærmere på forekomst av skamfølelse og ødelagt selvilde hos personer som tidligere har vært i behandling for tvangslidelse. Deltakerne er medlemmer av en interesseorganisasjon for pasienter med tvangslidelse, deres pårørende og andre interesserte. I tråd med tidligere studier antar jeg at skamfølelse sammen med en opplevelse av å ha et ødelagt selvilde (Gausel & Leach, 2011) skal bli mindre intenst som en følge av behandlingen (Fergus et al., 2010).

Om tvangslidelse og behandling

Hva er tvangslidelse?

Tvangslidelse er en relativt hyppig forekommende psykisk lidelse med en noe sprikende prevalens rate på mellom 0.5 % og 3 %. Det betyr at det i Norge er mellom 25 000 og 150 000 mennesker som har denne plagen. Det rammer i stor grad mennesker i starten av livet, og 50 % av de som har tvangslidelse som voksne fikk symptomer på lidelsen allerede som barn eller tenåring (Abramowitz, 2006).

Tvangslidelse er definert ved gjentatte tvangstanker (obsesjoner) og kompulsjoner (tvangshandlinger) som tar tid og forårsaker markerte forstyrrelser og funksjonsnedsettelse samt at det gir en høy risiko for kronisk utvikling da lidelsen sjelden eller aldri viser bedring uten behandling (Abramowitz, 2006; Havnen, 2016; Markarian et al., 2010; Torp et al., 2015; Öst, Havnen, Hansen, & Kvale, 2015). Tvangslidelse er beskrevet globalt som en av topp ti grunner til uførhet (Alan & Christopher, 1998). Det er beskrevet at det er en alvorlig lidelse

og gir ofte livslange konsekvenser for den som rammes, og for pårørende, dersom ikke riktig behandling gis (Abramowitz, 2006; Foa et al., 2012; García-Soriano, Rufer, Delsignore, & Weidt, 2014). Lidelsen er langt mer utbredt enn det de fleste er klare over, og kalles også for den skjulte lidelsen da mange unnlater å oppsøke hjelp for det og at grunnet skamfølelse er det mange som forsøker å skjule det for omgivelsene (Bates et al., 2012; Franklin & Foa, 1998; Weingarden & Renshaw, 2015). Behandlere kan også mangle kompetanse til å avdekke lidelsen og mangle kompetanse til å behandle den riktig (Havnen, 2016; Öst et al., 2015).

Hva er psykologisk behandling mot tvangslidelse?

Man har i snart et halvt århundre hatt kunnskap om at dette er en lidelse som lar seg behandle med psykologiske metoder. Første studie publisert om dette kom allerede i 1966 (Meyer, 1966). I en litteraturstudie der de gjennomgikk 45 randomiserte kontrollerte studier (RCT) og disse studiers effekt på tvangslidelse beskrives at eksponering med responsprevensjon er effektivt og spesifikt for behandling av tvangslidelse (Ponniah, Magiati, & Hollon, 2013). Andre forfattere viser til det samme (Abramowitz, 2006; Bates et al., 2012; Foa et al., 2012; Torp et al., 2015; Weingarden et al., 2016; Öst et al., 2015; Öst, Riise, Wergeland, Hansen, & Kvale, 2016). Abramowitz (2006) beskriver at den psykologiske behandlingen av tvangslidelse med eksponering med responsprevensjon er en av suksesshistoriene innenfor behandling av mentale lidelser.

Eksponering med responsprevensjon

Spesialiserte team for behandling av tvangslidelse (OCD team) i Norge er opplærte i eksponering med responsprevensjon som metode (Havnen, 2016). Behandlingsmetoden er beskrevet i Edna Foa og hennes kollegers manual (Foa et al., 2012). Basert på atferdsmessige behandlingsprinsipper har det i mange år vært fokus på eksponering med responsprevensjon, med den teoretiske forklaringsmodellen at om personen ved eksponering for det som trigger angst og ubehag kan unnlate å utføre ritualer eller tvangshandling, vil angsten eller ubehaget

naturlig avta gjennom habitueringsmekanismer, noe som igjen fører til fall i assosiasjonen mellom påtrengende tanker og kompulsjoner. Det understrekes at behandlerens rolle er å bistå pasienten under eksponering slik at de bedre tolerer den angst eller ubehag som vil komme, og kan «stå i det» (Bates et al., 2012; Foa et al., 2012).

Eksponering kan både være «in vivo» og forestillingsmessing. In vivo betyr i virkelige liv, det kan eks. være å ta på ting slik at man føler seg «skitten», for så å unngå å vaske seg etterpå. Imaginær eksponering er å se for seg i detalj skremmende scener der det man frykter utspiller seg, eks. ser for seg at en faktisk handler på det aggressive eller seksuelle tvangstankene. Responsprevensjon er svært viktig da det er en forutsetning for at vanen med å «nøytralisere» ubehaget forbundet med eksponering (med eks. tvangshandlinger eller unngåelse) brytes (Foa et al., 2012).

I avsluttende timer gjøres evaluering, ny symptomsjekk (med bl.a. Y-BOCS, DOCS og OCI-R (Abramowitz et al., 2010; Goodman et al., 1989; Wootton et al., 2015)). Det gjøres en oppsummering over hvor langt pasienten har kommet, ser gjerne på det som var kartlagt før behandlingen tok til, og diskuterer hva som er viktig å fokusere på etter endt behandling (fortsatt eksponering med responsprevensjon mot gjenstående ubehag, gjøre det samme med evt. andre tvangstanker eller tvangshandlinger som måtte oppstå).

Obsesjoner, vurderinger og skamfølelse

Som beskrevet er målet at den som gjennomfører behandling skal slutte med tvangshandlinger og så oppleve fall i *ubehag* (Foa et al., 2012). Gjennomgangen viser også at det er flere følelsesdomener enn angst og ikke definert ubehag som ledsager det å ha tvangslidelse. Skamfølelse som fenomen og utfordring ved tvangslidelse er beskrevet i noen studier (Belloch, Cabedo, Carrió, & Larsson, 2010; Fergus et al., 2010; Weingarden & Renshaw, 2015; Weingarden et al., 2016; Wetterneck, Singh, & Hart, 2014). Weingarden & Renshaw (2015) viser for eksempel til studier som påpeker at kognisjoner eller obsesjoner med

tema vold, sex og blasfemi kan trigge skamfølelse, noe den kliniske vignett i innledning også viser.

I en nyere undersøkelse (McCarty, Guzick, Swan, & McNamara, 2017) undersøkte de hvordan symptom innhold og tankeinnhold i tvangstanker påvirker lekfolks gjenkjennelse av dette som tvangslidelse eller ikke. Deres funn var forenlig med at om tvangstankene og tvangshandlingene *ikke* ble gjenkjent som tvangslidelse, indikerte dette høyere grad av stigma fra omgivelsene. Eks. vasking og sjekking ble lettere forstått som tvangslidelse, mens tanker med tema om seksualitet, blasfemi, utøvelse av vold mot de du er glad i sjelden ble forstått som tvangslidelse – noe som dermed medførte mer stigma. I tillegg er det sannsynliggjort i studier at personer med tvangslidelse ofte selv *tillegger* det å ha tanken den mening at det man tenker vil kunne skje, eller at det må være en spesiell grunn til at man tenker slik (Solem, Håland, Vogel, Hansen, & Wells, 2009).

Weingarden & Renshaw (2015) oppsummerer at mye av nåværende kunnskap om tema skamfølelse og tvangslidelse kommer fra anekdoter, kasusbeskrivelser og konseptuelle arbeider. De mener derfor at det er behov for å forske på hypoteser som sier noe om skamfølelsens rolle i terapi mot tvangslidelse. Flere forfattere beskriver at opplevd skamfølelse kan motivere til unngåelse og tilbaketrekking, som igjen kan lede til fall i funksjon og være en direkte behandlingsbarriere (García-Soriano et al., 2014; Herman & Jurist, 2013; Tangney & Dearing, 2002; Weingarden & Renshaw, 2015). Det vises til at det er noen indikasjoner for at symptombasert skam varierer med det obsesjonelle innholdet (Besiriglu et al., 2010) og at det er viktig for klinikere å klargjøre hvilke følelser pasienter har som respons på sine tvangslidelses symptomer, og å ta hensyn til det i behandlingen (Weingarden & Renshaw, 2015).

En litteraturstudie om behandling av tvangslidelse viser til at eksponering med responsprevensjon er en utfordrende behandling (Franklin & Foa, 1998). De viser til at det er

ofte sitert og beskrevet i studier at de som avstår eller faller ut av slik behandling er på ca. 25-30%, og at det derfor er viktig å undersøke hva som skal til for å optimalisere behandling slik at dette tallet reduseres. En nyere litteraturstudie beskriver imidlertid at i gjennomsnitt 15 % av de som påbegynte behandling, falt ut av behandlingen, noe som altså er mindre enn tidligere antatt (Öst et al. 2015).

Reduksjon av skamfølelse ved behandling mot tvangslidelse

Det er altså mye forskning som støtter effekten og *effectiveness* av eksponering med responsprevensjon og kognitiv terapi mot tvangslidelse for å redusere angst og ubehag (Havnen, 2016; Speer, 1992; Öst et al., 2015). Andre studier peker spesielt på at det er bra om framtidig forskning kan se på om eksponering med responsprevensjon kan redusere skam (Weingarden & Renshaw, 2015).

I en studie av Fergus et al. (2010) så man nærmere på om det ved eksponeringsbehandling ved ulike angstlidelser, herunder tvangslidelse, var endringer og fall i skam og skyld følelse. De beskrev at det var støtte i resultatene deres for at endringer i skam var signifikant relatert til endringer i tvangslidelses symptomer. Men de sier samtidig at de i sin studie ikke finner den spesifikke relasjonen mellom skam og tvangslidelse.

Dette antyder at skam endres i takt med andre symptomer forenlig med tvangslidelse, selv om det ikke er direkte nevnt eller problematisert i behandlingen. Som utdrag over fra Foa og medarbeideres manual for behandling av tvangslidelse viser, har de fokus på at eksponering med responsprevensjon skal ha som mål at pasienten skal oppnå fall i *angst og diffust ubehag* (Foa et al., 2012). Men ut fra de andre forskere har påpekt, er det relevant å utforske nærmere *hva* man legger i emosjonelt ubehag og hvilke følelser det er snakk om. Er det ubehag i form av angst, frykt, skamfølelse eller endringer i selvbilde?

Skamfølelse, vurderinger og påvirkning av følelser, motivasjon og atferd

Lazarus (1999) drøfter sammenhengen mellom skam og de vurderinger en person gjør seg vedrørende obsesjoner, kompulsjoner og den situasjon og atferd han eller hun viser og opplever (inkl. evt. sosial tilbaketrekking og unnvikelse).

Nyere sosialpsykologisk forskning har også utforsket skam og selvbilde som begrep knyttet til vurdering og kognisjoner. Gausel og medarbeidere (Gausel & Leach, 2011; Gausel, Vignoles & Leach, 2016) tar spesielt opp temaet skamfølelse og at det kan henge sammen med opplevelsen av det defekte selv. De understreker at dette henger sammen med opplevelse av at man bryter moralske normer som er internaliserte (atferd og tankenivå). De viser til at det ofte foreligger bestemte vurderinger om egne tanker og handlinger og at man opplever ledsagende følelser av skam. De viser til at en tradisjonelt har antatt at slike tanker om feil vil kunne ødelegge eller skade bildet mennesker har av seg selv (selvbildet). Det er antatt at denne vurderingen er assosiert med følelsen av skam.

De har laget en modell der de skiller mellom vurderinger eller *appraisals* (av selv defekt og at andre fordømmer en) og følelser (skamfull). De mener at man må se på personens *vurderinger* han eller hun gjør seg da det påvirker følelser, motivasjon og atferd. Det er beskrevet over at de som sliter med tvangslidelse kan tenke at det er noe feil med dem selv som har disse tankene og denne atferden.

Den behandling som er «*treatment of choice*» mot tvangslidelse i dag, er som nevnt eksponering med responsprevensjon der fokus og behandlingsmål er fall i ubehag (ikke nærmere angitt) og angst. Det er imidlertid flere følelser enn angst og ubehag som følelser som typisk er til stede ved tvangslidelse, nærmere bestemt følelsen av skam og den negative påvirkningen det har på selvbildet. Paradokset er som vi ser at skam endres selv om det ikke er nevnt eller problematisert. Dette er viktig å utforske videre ved å se på effekt eksponering med responsprevensjon mot tvangslidelse har på skamfølelse og selvbildet.

Studien

Denne studien undersøker om en opplevelse av ødelagt selvbilde og skamfølelse reduseres som en følge av behandling for tvangslidelse. Jeg henvendte meg med en anonym spørreundersøkelse rettet til personer som har deltatt i eksponering med responsprevensjon mot tvangslidelse.

Hypoteser

Jeg forventer i denne studien å finne at eksponering med responsprevensjon mot tvangslidelse har effekt i form av reduksjon av symptomer ved tvangslidelse: mindre tvangsatferd, angst og ikke nærmere spesifisert ubehag slik det er målt med såkalte standardiserte måleverktøy. Videre forventer jeg å finne en effekt av behandlingen på andre ubehagelig emosjoner (skamfølelse og selvbildet) som ikke er beskrevet med de måleverktøy som OCD team anvender.

Metode

Deltakere

Jeg henvendte meg i denne anonyme spørreundersøkelsen til en brukerorganisasjon for mennesker som har eller har hatt tvangslidelse. Anonymt spørreskjema ble sendt ut som vedlegg i mail fra administrativ leder i organisasjonen. Denne personen har kontaktinformasjon med bl.a. e-post i medlemsregisteret. Vedlagt i e-post var selvpopprettelses linke til spørreskjema, sammen med informasjon om undersøkelsen og dens hensikt (se vedlegg nr. 1). I informasjonen lå det ved beskrivelse av studiens hensikt og formål, at det var frivillig å delta, og spesifikt mer om anonymitet. Respondentene som fikk e-post ble bedt om å besvare undersøkelsen *kun* om de hadde gjennomgått slik behandling. Jeg hadde ingen direkte kommunikasjon med deltagerne i studien, all henvendelse gikk via administrativ leder som kommuniserte videre til deltakerne.

I den anonyme undersøkelsen anvendte jeg Survey Xact®, der funksjon og innstilling for anonym undersøkelse ble anvendt. Respondenter ble delt i to uavhengige grupper, der halvparten ble anmodet om å besvare undersøkelsen og tenke tilbake på tida slik det var for dem før de gjennomgikk behandling. Den andre halvparten skulle tenke tilbake på tida etter fullført behandling.

Spørreskjema og måleinstrumenter

DOCS og OCI-R. Spørreskjemaet som ble sendt ut hadde i sine to første deler to selv rapporteringsskjemaer.

Det første er DOCS (*dimensional obsessive-compulsive scale*) (Abramowitz et al., 2010). Dette er et skjema som er funnet nyttig for å vurdere alvorlighet av de fire mest rapporterte tema av obsesjoner og kompulsjoner: smitte og vasking, skade og sjekking, symmetri og orden og såkalte uakseptable/tabubelagte (seksuelle, religiøse og voldelige) intrusjoner eller tvangstanker. I tillegg måler DOCS pasientens opplevde grad av de fem tvangslidelses domener: tidsbruk, unngåelse, forstyrrelse, funksjons nedsettelse og evnen til å overse obsesjoner. Hvert av disse domener skåres på en 8 punkts likert skala, fra 0 (ingenting) til 8 (maksimalt). Det vises til at DOCS representerer en markert forbedring sammenlignet med de fleste andre tvangslidelses spesifikke måleskjema når det gjelder det å kunne vurdere de fem mest beskrevne tvangslidelses domener. Videre sier de at skjemaet kan vurdere obsesjoner og kompulsjoner som relaterte fenomener og tilby en vurdering av symptom alvorlighet, uavhengig av type obsesjoner og kompulsjoner (J. S. Abramowitz et al., 2010; Bloch et al., 2008; Overduin & Furnham, 2012).

Det andre skjema som ble distribuert var OCI-R (*Obsessive-Compulsive Inventory Revised*) (Abramowitz & Deacon, 2006; Foa et al., 2002). Dette er en kortere skala enn Y-Bocs (Goodman et al., 1989). OCI-R består av 18 spørsmål som måler graden av ubehag

knyttet til fenomener som er typisk relaterte til tvangslidelse: sjekking, mental nøytralisering, tvangstenkning, vasking og symmetri. I tillegg spørres man om samling eller *hoarding*.

Som tredje ledd i spørreskjemaet besvarte deltakerne deretter 24 påstander under overskriften: «*Når du tenker på tvangstankene og -handlingene du har beskrevet over: Hvor mye følte du av det følgende ETTER/FØR du ble ferdig med behandlingen?*» Disse 24 elementene er ledd i et større kartleggingsverktøy utarbeidet av Gausel og medarbeidere (Gausel et al., 2016). Av de 24 påstandene er det de følgende som er undersøkt nærmere i denne studien: påstand som måler skamfølelse, ved å skalere «*jeg skjemmes når jeg tenker på det*» fra 1 («*ikke i det hele tatt*») til 7 («*veldig mye*»). Etter samme skalering ble de bedt om å ta stilling til påstandene om selvbilde formulert slik: «*jeg synes det jeg gjør/tenker avslører en moralsk feil hos meg*» og «*jeg synes jeg er defekt på en eller annen måte*». Videre ble de bedt om å ta stilling til påstander som har til hensikt å måle det sosiale selvbildet: «*jeg tror jeg kan bli isolert fra andre pga. dette*» og «*andre vil kanskje ikke hatt den samme respekten for meg pga. dette*» (Gausel, Vignoles, & Leach, 2016).

Deltagere og utvalg

Grunnet lavt antall respondenter etter første utsendelse (totalt 14 svar etter to uker), anmodet jeg administrativ leder om å sende mail på nytt til aktuelle respondenter i organisasjonen. Antall respondenter økte da til $n = 12$ i betingelsen etter behandling og $n = 21$ før behandling (totalt $n = 33$). Tredje anmodning sendt 14 dager deretter ga det endelige antall. Hver gruppe var ved lukking av undersøkelsen svært like: *før behandling* $n = 22$ og *etter* $n = 23$, noe som ga totalt antall respondenter på $n = 45$ (fotnote 1).

Resultater

Måleinstrumenter

DOCS (*Dimensional obsessive-compulsive scale*)

Totalt sett var alfanivåene gode ($\alpha = .92$). De fem domener i DOCS er først *tidsbruk med utførelse av tvangstanker og tvangshandlinger* ($\alpha = .90$). Videre etterspørres *unnvikelse for situasjoner som kan trigge tvangstanker og tvangshandlinger* ($\alpha = .93$). Som tredje domene måles *ubehag forbundet med tvangstankene* ($\alpha = .91$). Fjerde domene er *forstyrrelser dette medfører i livet* ($\alpha = .89$). Til slutt grad av *mangel på opplevd kontroll overfor tvangstankene* ($\alpha = .89$).

OCI-R (*Obsessive Compulsive Inventory-revised*). Dette spørreskjema har totalt 18 spørsmål, ordnet i 6 kategorier. Resultatet viser at alfanivået var høyt på alle seks kategoriene ($\alpha = .89$). Symmetri ($\alpha = .94$) var målt med følgende påstander: «*jeg blir opprørt dersom gjenstander ikke er plassert riktig; jeg blir opprørt dersom andre endrer måten jeg har plassert gjenstander; jeg har behov for at ting er ordnet på en bestemt måte*». Vasking ($\alpha = .94$) måles med tre påstander: «*jeg synes det er vanskelig å ta på en gjenstand når jeg vet den har blitt tatt på av fremmede eller bestemte personer; noen ganger må jeg vaske meg eller rengjøre meg selv ganske enkelt fordi jeg føler meg besmittet; jeg vasker hendene mine oftere og lengre enn nødvendig*». Sparing ($\alpha = .88$) ble målt med disse tre påstandene: «*jeg har spart på så mange ting at de kommer i veien; jeg samler på ting jeg ikke trenger; jeg unngår å kaste ting fordi jeg kan få bruk for dem senere*». Sjekking ($\alpha = .92$) var målt med påstandene: «*jeg sjekker ting oftere enn nødvendig; jeg sjekker stadig dører, vinduer, skuffer o.l.; jeg sjekker komfyr, vannkraner og lysbrytere om igjen flere ganger etter at jeg har tatt dem av*». Mental nøytralisering ($\alpha = .84$) ble målt ved: «*jeg føler at jeg er nødt til å telle samtidig som jeg gjør ting; jeg føler at jeg må repetere visse tall; jeg føler at det finnes gode og dårlige tall*».

Tvangstenkning ($\alpha = .90$) ble målt ved påstandene: «*jeg opplever det som vanskelig å kontrollere mine egne tanker; jeg føler at jeg må repetere visse tall; jeg får stadig vekk ekle taner og har vansker med å bli kvitt dem*».

Skam og selvbilde. Får å måle opplevelsen av skam, valgte jeg som nevnt å benytte Gausel og medarbeidere sitt spørreskjema (Gausel et al., 2016): *Selv bilde og det sosiale selvbildet* ($\alpha = .89$) ble målt ved de fire påstandene: «*jeg synes det jeg gjør/tenker avslører en moralsk feil hos meg; jeg synes jeg er defekt på en eller annen måte; jeg tror jeg kan bli isolert fra andre pga. dette; andre vil kanskje ikke hatt den samme respekten for meg pga. dette*». Dette viser at alfanivåene var gode ved bruk av disse påstandene.

Følelse av *skam* ble målt med påstanden: «*jeg skjemmes når jeg tenker på det*». Gausel og medarbeidere (Gausel & Leach, 2011; Gausel et al., 2016) viser i sin forskning til at dette er relevant påstand for å måle dette domenet.

Korrelasjon mellom de ulike måleinstrumenter: Resultatet viser som forventet en signifikant korrelasjon (tabell 1, vedlegg) mellom DOCS og OCI-R, $r = .77, p < .001$. Det var også en signifikant korrelasjon mellom DOCS og selvbilde, $r = .40, p = .007$. Som forventet var det også en signifikant korrelasjon mellom DOCS og følt skam, $r = .66, p < .001$.

Det var en positiv og signifikant korrelasjon mellom OCI-R og et ødelagt selvbilde, $r = .37, p = .011$. Som forventet var det en positiv, signifikant korrelasjon mellom OCI-R og følt skam, $r = .57, p < .001$. Det var også en positiv korrelasjon mellom selvbilde og følt skam, $r = .53, p < .001$.

Behandlingseffekt på tvangslidelse målt med DOCS. Som forventet viste en ANOVA, $F(1, 43) = 27.98, p < .001, \eta_p^2 = .40$, at det var en signifikant reduksjon av DOCS fra før behandling ($M = 6.10, SD = 1.42$) til etter behandling ($M = 3.38, SD = 1.96$).

Behandlingseffekt på tvangslidelse målt med OCI-R. Som forventet viste en ANOVA, $F(1, 43) = 28.49, p < .001, \eta_p^2 = .40.$, at det var en signifikant reduksjon av OCI-R fra før behandling ($M = 1.93, SD = 0.70$) til etter behandling ($M = 0.91, SD = 0.57$).

Effekt av behandling mot tvangslidelse. En multivariat variansanalyse (MANOVA) avslørte en signifikant effekt av terapi målt ved parameterne DOCS og OCI-R: $F(2, 42) = 17.00, p < .001, \eta_p^2 = .45$. Dette forteller oss at det er signifikant behandlingsresultat på kjerneelementer ved tvangslidelse. Her er det altså en sterk forklaringsstyrke på effekten av behandlingen.

Effekt av terapi på selvbilde. Som forventet viste en ANOVA, $F(1, 43) = 11.93, p = .001, \eta_p^2 = .22$, at det var en signifikant reduksjon i tolkningen av selvbildet som en moralsk feil fra før ($M = 3.68, SD = 2.50$) til etter behandling ($M = 1.61, SD = 1.41$).

Effekt av terapi på skamfølelse. Som forventet viste en ANOVA, $F(1, 43) = 19.76, p < 0.01, \eta_p^2 = .32$ at det var en signifikant reduksjon i opplevelsen av skam hhv. før ($M = 5.45, SD = 1.41$) og etter behandling ($M = 3.00, SD = 2.20$).

Effekt av terapi på selvbilde og skamfølelse. Multivariat varians analyse viser en overordnet og signifikant effekt av behandlingen på selvbilde og skamfølelse: $F(2, 42) = 11.51, p < .001, \eta_p^2 = .35$. Her er det altså en sterk forklaringsstyrke på effekten av behandlingen.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke om eksponering med responsprevensjon har reduserende effekt på symptomer ved tvangslidelse som tvangshandlinger, unngåelse, angst og ikke nærmere spesifisert ubehag. Dette målte jeg med de standardiserte verktøyene DOCS og OCI-R. Videre ønsket jeg å undersøke om deltagerne rapporterer skamfølelse og ødelagt selvbilde, og om det er effekt av nevnte behandling på dette.

Studien viser at det er høy alfaverdi på de anvendte spørreskjemaer DOCS og OCI-R, slik at det er en god indre reliabilitet, noe som støtter tidligere forskning (Abramowitz, 2006; Abramowitz et al., 2010; Foa et al., 2002; Hajcak et al., 2004; Overduin & Furnham, 2012; Wootton et al., 2015). Ser vi spesifikt på DOCS totalskår ($\alpha = .92$) vurderes den høy. Det er beskrevet i tidligere studier at DOCS (J. S. Abramowitz et al., 2010) har en god indre konsistens koeffisient målt ved Cronbach's alfa (α). I nevnte studie ser vi at verdier for dette spørreskjema både på total skår og på hver av de fem subskår var innenfor godt til utmerket nivå (eks. $\alpha = .90$ totalskår). De framhever også at DOCS subskår har sterk assosiasjon med totalskår. Resultatet i denne studien er altså på linje med tidligere studier.

Ser vi spesifikt på OCI-R ($\alpha = .89$), er det også tilfredsstillende reliabilitet. Dette er i tråd med eks. det Foa et al. (2002) fant i sin studie ($\alpha = .93$). Det er utarbeidet konsensus om hva man anser som god skår og funksjon etter endt behandling mot tvangslidelse, og hvilke monitorerings verktøy som anvendes underveis i behandlingen. DOCS og OCI-R er to av disse. (Havnen, 2016; Overduin & Furnham, 2012). Denne studien støtter denne allerede etablerte konsensus.

Jeg fant også høy indre reliabilitet på måling av selvbilde ($\alpha = .89$). Dette funn støtter således at de påstander som her anvendes for kartlegging av selvbilde, er anbefalt brukt for dette formål (Gausel et al., 2016).

Studien viser videre at det er signifikant korrelasjon mellom målinger av symptomer på tvangslidelse, skam og selvbilde. Jeg kan ut fra dette trekke den slutning at er det mer symptomer på tvangslidelse, er det jevnt over mer rapportert skamfølelse og ødelagt selvbilde. Dette er også forenlig med tidligere forskning på dette (Besiriglu et al., 2010; Fergus et al., 2010; García-Soriano et al., 2014; Herman & Jurist, 2013; Weingarden et al., 2016).

Deltagerne rapporterer i denne undersøkelsen at de før behandlingen hadde jevnt over høye skårer på symptom kategoriene ved tvangslidelse målt med spørreskjemaet OCI-R:

Symptomrapportering på symmetri, vasking, sparing, sjekking, mental nøytralisering og tvangstenkning viser en signifikant reduksjon fra før til etter behandling. Også når det gjelder symptomrapportering målt med DOCS er resultatet forenlig med signifikant reduksjon av symptomer fra før versus etter gjennomgått behandling på domeneene tidsbruk, unnvikelse, ubehag, forstyrrelse og opplevelse av kontrolltap.

Studien viser således fall i symptomer på tvangslidelse (obsesjoner, kompulsjoner, unngåelse, ikke spesifisert ubehag og angst), noe som demonstrerer signifikant effekt av eksponering med responsprevensjon mot tvangslidelse. Dette er i tråd med min hypotese, og er videre i overensstemmelse med det store antall studier som allerede bekrefter dette (Abramowitz, 2006; Bates et al., 2012; Ponniah et al., 2013; Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa, & Marín-Martínez, 2008; Torp et al., 2015; Öst et al., 2015; Öst et al., 2016).

I tillegg demonstrerer undersøkelsen at det er signifikant sammenheng mellom å delta i behandlingen eksponering med responsprevensjon og effekten fall i negativt selvbilde og skamfølelse. Dette er i tråd med hypotesen, og støttes av tidligere litteratur (Besiriglu et al., 2010; Fergus et al., 2010; Weingarden & Renshaw, 2015; Weingarden et al., 2016).

Denne studien demonstrerer ut fra mine funn at det er relevant å måle grad av skamfølelse og negativt selvbilde da disse følelser og opplevelser korrelerer med grad av tvangslidelse, og at fall i disse følelser følger fall i øvrige tvangslidelses symptomer. Weingarden og Renshaw (2015) etterlyste flere studier på om eksponering med responsprevensjon kan redusere skamfølelse. Både denne studien og Fergus et al. (2010) støtter hypotesen om denne sammenhengen, og er derfor et bidrag i utforskning av dette.

Mulige begrensinger

Det er noen begrensninger i studien. Når det gjelder design og utvalg i undersøkelsen er de altså innhentet data anonymt, slik at jeg faktisk ikke vet om det er tidligere pasienter som har svart, eller andre som har fått tilgang til linken for survey. Slik oppsettet for anonym

besvarelse er, kan også samme link besvares flere ganger av samme person. Anonym undersøkelse har samtidig en styrke: nettopp det å ha mulighet til å uttale seg om tema som handler om skamfølelse og tabu på den måten kan øke sannsynlighet for at respondenten svarer i tråd med slik han eller hun faktisk opplever det.

En annen begrensning er at respondentene har svart på spørsmål om sine symptomer på tvangslidelse ved selvrapporingsskjema, i stedet for anvendelse av det som går for å være «gull standard» kliniske intervju for måling av tvangslidelse og endringer før versus etter behandling, nemlig Y-BOCS (Abramowitz, 2006; Havnen, 2016; Öst et al., 2015). Selvskår skjema som det i denne studien er anvendt gir samtidig noen fordeler, da det jo faktisk gjør at det kan anvendes i en anonym spørre undersøkelse (survey) som lett kan distribueres. Denne studien og litteratur (Havnen, 2016; Overduin & Furnham, 2012) demonstrerer samtidig at skår skjemaene OCI-R og DOCS er gode verktøy for monitorering av behandlingseffekt.

Til tross for disse begrensningene har vi et veldig representativt utvalg i denne studien da jeg har henvendt meg til personer som har personlig erfaring med tvangslidelse og behandling, noe som styrker den ytre validiteten. Studien viser sammen med tidligere forskning at det er god indre reliabilitet av de anvendte spørreskjema på måling av symptomer på tvangslidelse, skam og selvbilde.

Oppsummering

Som konklusjon demonstrerer studien at eksponering med responsprevensjon virker mot tvangslidelse i form av fall i symptomene angst, ubehag og tvangshandlinger. Studien viser videre at behandlingen også virker reduserende på opplevd skamfølelse og selvbilde. Disse funn er forenlige med den innledende kliniske vignett og de beskrivelser den personen ga vedrørende sin opplevde endring som følge av gjennomgått behandling. Undersøkelsen synliggjør det interessante fenomen at eksponering med responsprevensjon, som i sitt

rasjonale og fokus ikke adresserer skamfølelse og affeksjon av selvbildet spesifikt, også har en effekt på dette. Gausel et. al (2016) viser til at det er viktig å se på personers vurderinger av «selv defekt» da det påvirker følelser, motivasjon og atferd. Da deltakere i studien rapporterer fall i skamfølelse og defekt selvbilde, kan man anta at eksponering med responsprevensjon er med på å endre deltakernes egne *vurderinger* av symptomer og tanker de opplever ved tvangslidelse. Sammenhenger og mekanismer bak dette kan være gjenstand for videre studier.

Studier som omhandler effekt av behandling av tvangslidelse (Havnen, 2016; Speer, 1992, Öst et al., 2015) viser til at det er konsensus om hvor mye angst og ubehag symptomer, tvangshandlinger og funksjon som tilsier at man er respondent eller opplever *recovery* (ute av diagnosen). Det foreligger imidlertid lite empiri og ingen etablert konsensus for å si noe om grad av behandlingsrepons målt på skam og selvbilde (Weingarden & Renshaw, 2015). Dette er et paradoks da det er beskrevet at dette kan være en behandlingsbarriere eller grunn til at behandling avslås eller ikke oppsøkes (Franklin & Foa, 1998; Weingarden & Renshaw, 2015; Weingarden et al., 2016). Denne studien adresserer måter og kartleggingsspørsmål man kan bruke for å kartlegge skamfølelse og ødelagt selvbilde før behandling, under behandling og eventuelt *gjenværende* etter endt behandling (Gausel et al., 2016).

Videre studier kunne også sett nærmere på utforskning av sammenheng mellom vurderinger, symptomer på tvangslidelse, skamfølelse og selvbildet; særlig relatert til der det ikke oppnås gode behandlingsresultater og tilbud om behandling avslås, avbrytes eller ikke oppsøkes. Denne studien åpner som nevnt videre opp for nærmere undersøkelse for *hva* spesifikt i behandlingen det er som gjør at eksponering med responsprevensjon også har en signifikant og god, symptomreducerende effekt på skamfølelse og selvbildet – selv om dette ikke adresseres direkte i behandlingen.

Referanser

- Abramowitz, J. (2006). The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder *Can. J. Psychiat.-Rev. Can. Psychiat.* (Vol. 51, pp. 407-416).
- 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.
doi:10.1016/j.janxdis.2006.03.001
- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., Olatunji, B. O., Wheaton, M. G., Berman, N. C., Losardo, D., . . . 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. doi:10.1037/a0018260
- Alan, D. L., & Christopher, C. J. L. M. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241. doi:10.1038/3218
- Bates, S., Grönberg, A., & Sjøbu, A. (2012). *Om og om og om igjen : kunnskapsbasert behandling av pasienter med tvangslidelser : en veileder for behandlere*. Bergen: Fagbokforl.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., & Larsson, C. (2010). Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 573-580.
doi:10.1016/j.janxdis.2010.03.017
- Besiriglu, L., Akman, N., Selvi, Y., Aydin, A., Boysan, M., & Ozbebit, O. (2010). Mental health literacy concerning categories of obsessive-compulsive symptoms/Obsesif-kompulsif belirti kategorileri hakkında ruh sagligi bilgisi.(Research Article/Arastirma Makalesi)(Clinical report). 47(2), 133.

- Bloch, M., Landeros-Weisenberger, A., Rosario, M. C., Pittenger, C., & Leckman, J. (2008). Meta-Analysis of the Symptom Structure of Obsessive-Compulsive Disorder *Am. J. Psychiat.* (Vol. 165, pp. 1532-1542).
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., & Jencius, S. (2010). Shame- and guilt-proneness: Relationships with anxiety disorder symptoms in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(8), 811-815. doi:10.1016/j.janxdis.2010.06.002
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., . . . Haynes, S. N. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and Validation of a Short Version. *Psychological Assessment*, 14(4), 485-496. doi:10.1037/1040-3590.14.4.485
- Foa, E. B., Yadin, E., & Lichner, T. K. (2012). *Exposure and response (ritual) prevention for obsessive-compulsive disorder : therapist guide* (2nd ed. ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Franklin, M. E., & Foa, E. B. (1998). Cognitive-behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder. I P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 431-446). New York: Oxford University Press.
- 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. doi:10.1016/j.psychres.2014.07.009
- Gausel, N., & Leach, C. W. (2011). Concern for self-image and social image in the management of moral failure: Rethinking shame. *European Journal of Social Psychology*, 41(4), 468-478. doi:10.1002/ejsp.803
- Gausel, N., Vignoles, V., & Leach, C. (2016). Resolving the paradox of shame: Differentiating among specific appraisal-feeling combinations explains pro-social and self-defensive motivation. *Motivation and Emotion*, 40(1), 118-139. doi:10.1007/s11031-015-9513-y

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., . . . Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Archives Of General Psychiatry*, *46*(11), 1006-1011.
- Hajcak, G., Huppert, J. D., Simons, R. F., & Foa, E. B. (2004). Psychometric properties of the OCI-R in a college sample. *Behaviour Research and Therapy*, *42*(1), 115-123.
doi:10.1016/j.brat.2003.08.002
- Havnen, A. (2016). *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and the Importance of Assessing Clinical Effectiveness*. (Doktorgradsavhandling) Universitetet i Bergen, Psykologisk fakultet. Bergen.
- Herman, J. L., & Jurist, E. (2013). HELEN BLOCK LEWIS. *Psychoanalytic Psychology*, *30*(4), 528-534. doi:10.1037/a0034580
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion : a new synthesis*. New York: Springer.
- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., . . . McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, *30*(1), 78-88.
doi:10.1016/j.cpr.2009.09.005
- McCarty, R. J., Guzick, A. G., Swan, L. K., & McNamara, J. P. H. (2017). Stigma and recognition of different types of symptoms in OCD. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *12*, 64-70. doi:10.1016/j.jocrd.2016.12.006
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, *4*(1), 273-280. doi:10.1016/0005-7967(66)90083-0
- Overduin, M. K., & Furnham, A. (2012). Assessing obsessive-compulsive disorder (OCD): A review of self-report measures. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, *1*(4), 312-324. doi:10.1016/j.jocrd.2012.08.001

- Ponniah, K., Magiati, I., & Hollon, S. D. (2013). An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive–compulsive disorder in adults. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(2), 207-218. doi:10.1016/j.jocrd.2013.02.005
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive–compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310-1325. doi:10.1016/j.cpr.2008.07.001
- Solem, S., Håland, Å. T., Vogel, P. A., Hansen, B., & Wells, A. (2009). Change in metacognitions predicts outcome in obsessive–compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 301-307. doi:10.1016/j.brat.2009.01.003
- Speer, D. C. (1992). Clinically Significant Change: Jacobson and Truax (1991) Revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 402-408.
- Statens, h., & World Health, O. (1999). *ICD-10 : psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guildford.
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., . . . Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64, 15-23. doi:10.1016/j.brat.2014.11.005
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74-84. doi:10.1016/j.jad.2014.09.010
- Weingarden, H., Renshaw, K. D., Wilhelm, S., Tangney, J. P., & Dimauro, J. (2016). Anxiety and Shame as Risk Factors for Depression, Suicidality, and Functional Impairment in

Body Dysmorphic Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 1. doi:10.1097/NMD.0000000000000498

Wetterneck, C. T., Singh, S., & Hart, J. (2014). Shame proneness in symptom dimensions of obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(2), 177-190. doi:10.1521/bumc.2014.78.2.177

Wootton, B. M., Diefenbach, G. J., Bragdon, L. B., Steketee, G., Frost, R. O., Tolin, D. F., & Reynolds, C. R. (2015). A Contemporary Psychometric Evaluation of the Obsessive Compulsive Inventory—Revised (OCI-R). *Psychological Assessment*, 27(3), 874-882. doi:10.1037/pas0000075

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

Öst, L.-G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58-69. doi:10.1016/j.janxdis.2016.08.003

Fotnote

Administrativ leder gjorde meg oppmerksom på at noen respondenter henvendte seg til vedkommende da de hadde problemer med å komme tilbake til link for å aktivere spørreskjema om de brukte lang tid på å svare eller skulle gå inn igjen i programmet.

Opplysninger i SurveyXact® er forenlig med dette da i betingelsene *før* behandling og *etter* behandling hadde hhv. 6 og 14 besvart *noen* spørsmål og ikke fullført besvarelsen.

I informasjon til deltakerne ble det derfor lag til følgende tekst ved utsendelse av påminnelse om deltakelse i undersøkelsen:

*«Datainnsamling består av dette spørreskjema som er sendt videre til deg av administrativ leder **OBS! har du problemer med å logge deg inn i undersøkelsen vil NN være tilgjengelig for å hjelpe deg på telefon XX.»***

Tabell 1. *Korrelasjon mellom DOCS, OCI-R, selvbilde og skam*

	DOCS	OCI-R	Selvbilde	Skam
Docs-SF	1	.77**	.40**	.66*
OCI-R		1	.37*	.57**
Selvbilde			1	.53**
Skam				1

Note. ** Korrelasjon er signifikant på 0,01 nivå. * Korrelasjon er signifikant på 0,05 nivå.

Vedlegg 1. Informasjon til deltakerne i e-post og spørreskjema.

Kjære medlem!

Velkommen til denne spørreundersøkelsen!

*Jeg er psykiatrisk sykepleier og behandler i OCD team. Som del av mastergrads eksamen psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder gjennomfører jeg en spørreundersøkelse blant medlemmer av XXX som **har gjennomgått behandling mot tvangslidelse (OCD) med metoden eksponering med responsprevensjon (ERP)**. **Har du ikke gjennomført slik behandling mot OCD (tvangslidelse), lar du være å svare på denne spørreundersøkelsen.***

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å se på om behandling for tvangslidelse med eksponering med responsprevensjon er en behandlingsmodell som fører til endringer i opplevde emosjoner og bedring i forbindelse med behandling for OCD.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamling består av dette spørreskjema som er sendt videre til deg av administrativ leder ved XXX.

Hva skjer med informasjonen om deg?

*Undersøkelsen er **anonym**. Alle som deltar er voksne (over 18 år).*

Det innhentes ingen personopplysninger. Dine svar vil ikke kunne gjenkjennes som dine i avhandlingen.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 04 05 2017.

Frivillig deltakelse *Det er frivillig å delta i studien.*

Veileder på prosjektet er professor Nicolay Gausel, Universitetet i Agder (UiA).

Du kan når som helst bruke knappene nedenfor for å navigere deg frem og tilbake i

undersøkelsen.

Trykk på neste for å komme i gang.

Undersøkelsen vil ta ca 15 minutter å besvare.

Du åpner undersøkelsen ved å trykke på denne linken:

Vedlegg 2. Informasjon til deltakerne som innledning i spørreskjema:

Kjære medlem av XXX! Velkommen til denne spørreundersøkelsen!

*Jeg er psykiatrisk sykepleier og behandler i OCD team. Som del av mastergrads eksamen psykisk helsearbeid ved Universitetet i Agder gjennomfører jeg en spørreundersøkelse blant medlemmer som **har gjennomgått behandling mot tvangslidelse (OCD) med metoden eksponering med responsprevensjon (ERP).***

***Bakgrunn og formål:** Formålet med studien er å se på om behandling for tvangslidelse med eksponering med responsprevensjon er en behandlingsmodell som fører til endringer i opplevde emosjoner og bedring i forbindelse med behandling for OCD.*

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamling består av dette spørreskjema som er sendt videre til deg av administrativ leder ved XXX.

Undersøkelsen er anonym. Alle som deltar er voksne (over 18 år).

Hva skjer med informasjonen om deg?

Det innhentes ingen personopplysninger. Dine svar vil ikke kunne gjenkjennes som dine i avhandlingen. Prosjektet skal etter planen avsluttes 04 05 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien.

Vedlegg 3. Spesifikk informasjon om å ta stilling til betingelser før eller etter gjennomgått behandling:

Informasjon til deltakere som ble bedt om å besvare spørsmål og påstander under betingelsen før behandling:

Vi ønsker at du skal tenke tilbake på tiden før du fikk behandling mot OCD. Minn gjerne deg selv om når du mottok behandling (eks. årstall) og årstid - slik at det er lettere å hente fram minner om den tida. Når du nå besvarer alle spørsmålene i undersøkelsen: svar slik det var for deg FØR du fikk behandling mot OCD.

Informasjon til deltakere som ble bedt om å besvare spørsmål og påstander under betingelsen etter behandling:

Vi ønsker at du skal tenke tilbake på tiden etter du hadde fullført behandling mot OCD. Minn gjerne deg selv om når du avsluttet behandling (eks. årstall) og årstid - slik at det er lettere å hente fram minner om den tida. Når du nå besvarer alle spørsmål i undersøkelsen: svar slik det var for deg ETTER du hadde fullført behandling mot OCD.