

# Tiltro og forventning som endringsfaktorer i CBT

*- en kvantitativ undersøkelse av 21 barn og unge  
med OCD*

Ragnhild Revhaug Haugerud



Hovedoppgave ved Psykologisk Institutt

UNIVERSITETET I OSLO

Vår 2012





© Ragnhild Revhaug Haugerud

2012

Tiltro og forventning som endringsfaktorer i CBT. En kvantitativ undersøkelse av 21 barn og unge med OCD

Forfatter: Ragnhild Revhaug Haugerud

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

## Sammendrag

**Forfatter:** Ragnhild Revhaug Haugerud

**Tittel:** Tiltro og forventning som endringsfaktorer i CBT. En kvantitativ undersøkelse av 21 barn og unge med OCD.

**Veileder:** Førsteamanuensis Svein Mossige

**Problemstilling og formål:** Forventning og tiltro til behandling har lenge vært ansett som betydningsfulle faktorer for vellykket resultat. Kanskje er det visse kjennetegn ved kognitiv atferdsterapi (CBT) for tvangslidelse (OCD) som gjør tiltro til en spesielt relevant endringsfaktor når det gjelder denne behandlingsformen. Med et overordnet formål om å belyse hvilke forutsetninger CBT for barn og unge med OCD fungerer optimalt under, ønskes det med denne studien å undersøke om økt tiltro til behandling fører til bedre utfall. Tiltro til behandling er interessant både fra foreldrenes, terapeutens og barnets eget perspektiv. Klientens handlinger i tråd med behandlingsprinsippene (compliance) ansees som en annen viktig endringsfaktor. Det er derfor i tillegg et formål med denne studien å undersøke om en eventuell effekt av tiltro er avhengig av compliance.

**Metode:** Deltagerne bestod av 21 barn og unge mellom 8 og 18 år, behandlet med 14 timers CBT med E/RP. Tiltro og compliance ble målt etter 2., 7. og 13. time, både hos barnet, foreldrene og terapeuten. Endringer i tvangssymptomer ble målt med CY-BOCS før, midtveis og mot slutten av behandlingen. Endringene ble analysert ved hjelp av korrelasjonelle analyser og ANOVA repeterte målingers design.

**Resultater:** Til støtte for hypotese I ble det funnet at barnets tiltro var forbundet med senere symptomendring, både når den ble målt tidlig og midtveis i behandlingen. Imidlertid var det bare sistnevnte som kunne forklare senere endring på en forventet måte. Sammenhengene viste seg, i motsetning til hva som ble forventet, ikke å medieres av compliance. Foreldrenes tiltro viste kun svake sammenhenger med tiltro og compliance. Terapeutens tiltro så først og fremst ut til å relatere seg til symptomendring på en retrospektiv måte.

**Konklusjon:** Resultatene kan tyde på at det er hensiktsmessig å øke barnets tiltro til behandling. Muligens forutsettes dette av en økt forståelse av rasjonalen. Selv om mye tyder på at tiltro i seg selv kan ha en selvoppfyllende virkning, ble det også gitt indikasjoner på at det å fremme barnets involvering og samarbeid tidlig i behandlingen bør være en prioritet i CBT for OCD.



## Forord

Mange har bidratt til denne oppgaven og de fortjener ros og takk. Først og fremst har førsteamanuensis Svein Mossige gitt meg grundig og engasjerende veiledning underveis i hele skriveprosessen. Medarbeidere i NordLOTS ga meg muligheten til å gjøre et delarbeid innen et svært spennende og omfattende forskningsprosjekt. Spesielt har Cand. Psychol. og doktorgradsstipendiat Nor Christian Torp i NordLOTS bidratt med engasjement gjennom samtaler og utforming av tema. Ph.D. Kitty Dahl i NordLOTS har hjulpet meg videre i arbeidet. Førsteamanuensis Pål Ulleberg ved psykologisk institutt og statistiker ved RBUP, Tore Wentzel-Larsen har hjulpet meg med den metodiske delen. Bibliotekar og kamerat Geir Nordanger har gitt meg kyndig opplæring i å håndtere referanseverktøy. Foreldrene mine, Liv Haugerud og Helge Revhaug har gitt meg gode innspill mot slutten av arbeidet. Råd og oppmuntring av medstudenter har også vært til stor hjelp. Til slutt synes jeg det er helt på sin plass å vie en tanke til alle som har bidratt til min faglige utvikling i løpet av det svært lærerike profesjonsstudiet i psykologi. Takk til dere alle!





## Innhold

Innedning.....	6
Teoretisk og empirisk bakgrunn.....	3
OCD hos barn og unge .....	3
Tiltro, forventninger og utfall til psykoterapi .....	4
Hvor står forskningen i dag? .....	7
Årsaker til sammenhengen mellom forventninger og symptomendring .....	11
Selvoppfyllende prosess .....	12
Compliance.....	13
Sosialkognitive teorier.....	15
Faktorer ved behandlingsprosessen .....	16
Tiltro og forventning før behandlingsstart.....	18
Oppsummering .....	18
Hensikten med studien.....	18
Metode.....	20
Deltagere.....	20
Prosedyrer .....	21
Mål.....	22
Behandling.....	23
Statistiske analyser .....	24
Resultater.....	25
Deskriptive resultater.....	25
Eksplorerende resultater .....	26
Variansanalyser av total symptomendring .....	29
Variansanalyser av tidlig symptomendring .....	31
Variansanalyser av sen symptomendring .....	32
Variansanalyser av endring i tiltro og compliance .....	35

Oppsummering av resultatene .....	35
Diskusjon.....	37
Tidlig tiltro og symptomendring .....	37
Senere tiltro og symptomendring .....	38
Forskjellen mellom tidlig og senere tiltro.....	38
Selvoppfyllende prosess .....	40
Compliance.....	41
Forskjeller mellom respondentgruppene .....	42
Tendens til høye nivåer av tiltro og compliance.....	44
Øvrige endringsfaktorer.....	45
Generelle begrensninger og videre muligheter.....	46
Sammenfattet tolkning av resultatene.....	47
Referanser.....	49
Vedlegg.....	57





## **Tiltro og forventning som endringsfaktorer i CBT**

### **- En kvantitativ undersøkelse av 21 barn og unge med OCD**

Selv om mye tyder på at kognitiv atferdsterapi (CBT) bør være førstevalget i behandling av OCD hos barn og unge (Watson & Rees, 2008), er det en betydelig andel som ikke får effekt av behandlingen (Barrett, Farrell, Pina, Peris, & Piacentini, 2008). Det er en oppgave for psykoterapiforskningen å finne ut grunnen til at CBT ikke virker godt nok for alle.

Forventning og tiltro til terapi kan være faktorer med betydning for utfallet og en nøkkel til å forstå terapeutisk endring (Duncan & Miller, 2000). Kanskje kan forventninger og tiltro være spesielt relevant ved OCD fordi behandlingen forbindes med en del ubehag for klienten (Vogel, Hansen, Stiles, & Götestam, 2006).

Ulike forventninger til forskjellige typer behandlinger ble tidlig antatt å ha en selvoppfyllende virkning på behandlingsresultat (Bl.a. Frank, Gliedman, Imber, Stone, & Nash, 1959). Kunnskap rundt dette førte først og fremst til at forventninger ble sett på som en konfunderende variabel som bør kontrolleres i forskningen (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011). I dag argumenteres det for hvor viktig det er at klientens perspektiv settes på dagsorden, noe som gjør forventninger og tiltro relevant (bl.a. Lambert, 1992). Til tross for økt fokus på brukervedvirkning, har klientens forventning og tiltro til behandlingen fått liten plass i terapiforskning med voksne og nærmest blitt ignorert i terapi med barn (Curry et al., 2006). Ifølge Duncan og Miller (2000) er klientens eget kart, det vil si hva klienten selv tror er hjelpsomt, den beste guiden til det terapeutiske landskap. Ved systematisk å registrere klientens forventninger og tiltro kan klientens prosess forstås bedre.

Forskningen som finnes på tiltro og forventningers betydning for behandlingsutfall tyder på at disse kan fasilitere psykoterapeutisk behandling generelt (Constantino et al., 2011) og CBT for OCD blant barn og unge (Lewin, Peris, Lindsey Bergman, McCracken, & Piacentini, 2011). Forventninger er ofte målt som en statisk prediktor før første time av behandlingen, men endring av forventninger utover i behandlingsforløpet er også antydnet som viktig for behandlingsutfallet (Newman & Fisher, 2010).

Forskere har stilt seg spørsmålet om hva som ligger til grunn for forventningers effekt på behandlingsutfall (Kazdin, 2005). En direkte påvirkning fremholdes av enkelte, der en sammenligningen kan forklares ut fra klassisk betingning og forventningsteori (Kirsch, 1999; Montgomery & Kirsch, 1997). Andre antar at nivå av compliance, altså om klienten handler i tråd med behandlingsprinsippene, er en viktig mediator i forholdet mellom forventninger og

utfall (Westra, Dozois, & Marcus, 2007). Dette går ut på at positive forventninger fører til mer involvering og engasjement i behandlingen, noe som i neste omgang fører til symptomendring. Kanskje avhenger de foreslåtte mekanismene av hvordan vi operasjonaliserer forventninger og tiltro og hva de baserer seg på i individet. Sosialkognitive teorier (bl.a. Bandura, 1977; Beck, 1976; Festinger, 1957) kan blant annet være med på å belyse hvordan forventninger oppstår og endrer seg individuelt i personen, og hvordan de kan påvirke utfallet.

Hensikten med denne studien er å undersøke hvorvidt forventninger og tiltro til behandling kan forklare behandlingsresultatet for unge mellom 7 og 18 år med OCD. Det finnes minst to argumenter for å fokusere på barn og unge som aldersgruppe og OCD som lidelse. For det første er det grunn til å tro at barn og unges forventninger ser annerledes ut og stiller i et annet lys enn det voksne og foreldrenes forventninger gjør (Lewin et al., 2011; Nock, Ferriter, & Holmberg, 2007; Nock & Kazdin, 2001). Dette fordi de som regel har ulik erfaringsmengde og kunnskap og at barns forventninger muligens lettere lar seg formes enn voksnes. For det andre stiller OCD-behandling typisk høye krav til klientens motivasjon til å ta i bruk prinsippene for endring fordi behandlingen innebærer at barnet utsetter seg for ubehagelige opplevelser (Vogel et al., 2006). Foreldrenes rolle kan dessuten være ekstra relevant i familier med OCD på grunn av symptomenes karakter og krav til tilpasning (Geffken, Storch, et al., 2006).

Som et pilotprosjekt og del av en behandlingsstudie som undersøker effekten av ulike behandlinger for barn og unge med OCD over tid, ønsker denne studien å se nærmere på forventning og tiltro til manualbasert CBT. I tillegg er det ønskelig å undersøke hvilken rolle compliance spiller i forholdet mellom tiltro og utfall. Et overordnet formål er å finne ut av for hvem og under hvilke forutsetninger terapi virker best (Ivarsson et al., 2010). I et større perspektiv kan studien muligens si noe om mulighetene barn går inn i terapi og dermed synliggjøre deres behov og forutsetninger bedre. Kunnskap om behandlingens effektivitet i den virkelige verden er nødvendig både for helseorganisasjoners planlegging og for den enkelte klinikers valg av behandling. I tillegg er dette viktig for den informerte klient og families deltagelse.

Studien vil først kort presentere hvordan OCD arter seg hos barn og unge. Deretter vil relevant teori og empiri for en sammenheng mellom tiltro og behandlingsresultat bringes inn, før det gis en mer utdypende hensikt med studien. Metode og resultater vil så presenteres før disse til slutt diskuteres i lys av tidligere presentert teori og empiri.

## Teoretisk og empirisk bakgrunn

### OCD hos barn og unge

**Fenomenologi.** Obsessive Compulsive Disorder (OCD), ofte kalt tvangslidelse på norsk, er en kronisk lidelse forbundet med mange ulike funksjonstap, både sosialt, arbeids- og utdanningsmessig (Barrett et al., 2008). Lidelsen kjennetegnes av ubehagelige tvangstanker eller impulser som gjentar seg og påfølgende ritualer, såkalte tvangshandlinger. Personer med OCD føler seg tvunget til å gjennomføre disse tvangshhandlingene fordi de reduserer ubehaget tvangstankene gir (Carr, 2006, s. 543). Tvangstankene kan beskrives som påtrengende tanker i form av setninger, ord, kommandoer eller sanger. Vanligvis omhandler de temaer som skitt og tilskitning; skadelige katastrofer; symmetri, orden og eksakthet; religiøs frykt; avsky mot kroppsvæsker; ulykke- eller lykketall; uakseptable aggressive innfall eller ideer; forbudte seksuelle tanker; eller behov for å fortelle, spørre og tilstå. Personer med OCD opplever disse tankene som uønskede og ubehagelige. Med tvangstanker følger også angst og andre affekter som tvil, avsky og depresjon. Vanlige angstreduserende tvangsritualer kan være vasking, gjentakelse av handlinger, sjekking, samt det å ta på, ordne, samle på ting, telle eller be.

OCD forbindes med like symptomer og omtrent like mye funksjonssvikt for barn som hos voksne. Imidlertid kan det være forskjeller i grad av innsikt i tvangssymptomenes irrasjonelle natur. Det å ha denne innsikten betyr at personen er klar over at tvangstankene og ritualene de fører til ikke gir logisk mening eller er sosialt akseptable (Lewin et al., 2010). Unge utvikler antagelig denne innsikten med alderen. På grunn av økende innsikt i det irrasjonelle ved tvangstankene, bruker eldre barn og ungdommer mye krefter på å kontrollere og hemmeligholde sine tvangshandlinger i offentligheten. Imidlertid legger de gjerne fra seg denne kontrollen hjemme, noe som kan føre til at foreldrene anser tvangstankene som under fullstendig frivillig kontroll og et uttrykk for trass eller uføyelighet (Carr, 2006, s. 543). I et utvalg av norske og svenske barn med OCD ble det funnet en betydelig forstyrrelse i daglig fungering, både praktisk, sosialt og utdanningsmessig (Valderhaug & Ivarsson, 2005).

**Prevalens.** Mye tyder på at lidelsen er underdiagnostisert hos barn og unge. En prevalensstudie viser at 1,9% av alle mennesker vil ha tvangslidelse i løpet av livet (Kessler et al., 2005). I Norge viser en studie på nærmere 10.000 barn mellom 7 og 9 år i Bergensområdet et prevalensestimert på 0,17 % når symptom mål er brukt som hovedkriterium (Heiervang et al., 2007). Imidlertid er det rapportert en tendens til at OCD ofte underdiagnostiseres og ikke gjenkjennes fordi symptomene holdes skjult og ofte kan være svært isolerte og

domenespesifikke (Geller, 2009). Selv om tilstanden er funnet helt ned til toårsalder er det vanlig at lidelsen oppstår i sen barndom eller ungdomsalder. I de fleste tilfeller finnes en komorbid lidelse, der de mest vanlige er Tourettes syndrom, angst og depresjon (Carr, 2006, s. 547). Andre komorbide tilstander inkluderer anorexi, bulimi, ADHD, utviklingsmessige forsinkelser, elimineringsproblemer og schizofreni.

**Klassifisering.** I DSM IV er tilstanden klassifisert under angstlidelser. I ICD-10 klassifiseres den separat fra angstlidelsene, men likevel innen den samme større kategori av angsttilstander som nevrotiske, stressrelaterte og somatoforme tilstander (Stein et al., 2010). Mye tyder imidlertid på at lidelsen har mer til felles med neurobiologiske lidelser, som Tourettes, autisme, hårnapping, neglebiting og ulike typer tics (Carr, 2006, s. 547). For det første har de det som fellestrekk at tilpasning hindres av repetitive handlinger. For det andre støtter genetisk evidens opp om at disse lidelsene antagelig faller inn under ett og samme kontinuum ved at det finnes en sameksistens av OCD og Tourettes syndrom innen familier der en av dem er diagnostisert (Grados et al., 2001; Rapoport & Swedo, 2008; Shafran, 2001). For det tredje tyder forskningen på sterke forbindelser i forekomst av ulike neurologiske svekkelser i basalgangliene, som Huntingtons chorea, Parkinson, Tourettes og OCD (Rapoport & Swedo, 2008). Eksempelvis viser neurologiske avbildningsteknikker at både hårnapping og tvangstanker opprettholdes av de samme strukturene i basalgangliene.

**Behandling.** Lidelsen har som regel et kronisk forløp når den forblir ubehandlet (Rufer, Grothausen, Maß, Peter, & Hand, 2005). Sammenfattet psykoterapiforskning støtter opp om virkningen av to ulike intervensjoner: Kognitiv atferdsterapi (CBT) med eksponering og responsprevensjon (E/RP), og psykofarmaka med SSRI (Barrett et al., 2008; Ginsburg, Kingery, Drake, & Grados, 2008). Med denne kombinasjonen er det vist at majoriteten vil få betydelig reduksjon av OCD symptomer. Mye tyder på at CBT med E/RP bør prioriteres foran psykofarmakologisk behandling (Watson & Rees, 2008), men det er usikkert hvilke indikatorer som taler for eller imot denne prioriteringen. For å optimalisere responsen retter nå forskningen blikket mot faktorer som forstyrrer behandlingsresponsen. Formålet er at eksisterende behandlingstilbud skal kunne skreddersys til å passe individuelle barne- og familiekarakteristikk (Ivarsson et al., 2010).

## **Tiltro, forventninger og utfall til psykoterapi**

**Definisjoner og begrepsavgrensninger.** Lave forventninger eller tiltro til behandlingen kan tenkes å være en slik forstyrrende faktor for behandlingsrespons.



Forventninger og tiltro, oversatt fra engelske expectations og credibility, kan sees på som relaterte, men distinkte begreper (Nock et al., 2007). I Kazdins definisjon er tiltro en persons evaluering av hvor troverdig, overtalende og logisk en gitt behandling er (Kazdin, 1979, s. 82). Forventninger til behandling er ifølge hans definisjon hvorvidt, på hvilken måte og hvor mye en klient tror han eller hun vil bedre seg gjennom å gå i behandling. Dette har av andre igjen blitt spesifisert som utfallsforventninger (Constantino et al., 2011) og kan nyanseres mellom dem klienten kommer med før påbegynt behandlingen og de som oppstår etterpå.

Tiltro og forventning er ofte målt med Credibility and Expectancy Questionnaire (CEQ) utviklet av blant andre Borkovec og Nau (1972). Denne gir en samleskåre av 6 spørsmål og det er også utviklet egne versjoner for foreldrenes forventning og tiltro. Det er antydning en distinksjon mellom tiltro til at behandlingen er valid og forventning om at behandlingen vil føre til bedring gjennom faktoranalyse av CEQ (Nock et al., 2007). Antagelig overlapper tiltro og forventning hverandre når de måles etter påbegynt behandling. Da har klienten gjerne fått informasjon om hva behandlingen går ut på og dannet seg et inntrykk av terapeuten.

Motivasjon er et annet relatert begrep relevant for tiltro og forventning til behandling. Det defineres som en drivkraft for bedring og kan antageligvis differensieres fra forventninger og tiltro. Likevel vil alle disse begrepene sannsynligvis påvirke hverandre (Constantino et al., 2011; Nock et al., 2007). Disse forholder seg alle til et mål i fremtiden og vil derfor spille en stor rolle i kognitiv atferdsterapi, som en målorientert terapi (Beck, 1995).

Håp er et begrep som i så måte også relaterer seg til forventning og tiltro fordi det handler om å se for seg fremtiden på en positiv måte og en forventning om å oppnå et mål. I en modell beskrives håp som en ferdighet til å nå ønskede mål og samtidig motivere seg selv til handling og tenkning, som kan sette i gang og gjøre en i stand til å holde ut på veien mot målet (Snyder et al., 2000). Siden dette er relevant for tiltro og forventninger til terapi, vil forskning relatert til håp være relevant videre i oppgaven.

I det følgende vil begrepene tiltro og forventning brukes noe om hverandre eller i kombinasjon. Dette fordi de overlapper og kan antas å ha noe grunnleggende til felles. I resultat- og diskusjonsdelen vil begrepet tiltro først og fremst benyttes fordi det fremstår som mest sentralt i datamaterialet. Deltagerne bes om å svare på spørsmålet: ”hvor stor *tiltro* har du til at kognitiv atferdsterapi vil være til hjelp?” Med bakgrunn i Kazdins definisjon er det likevel grunn til å tro at dette spørsmålet fanger opp elementer fra både forventninger og

tiltro. Det vil derfor i det følgende tidvis henvises til forskning der både forventninger og håp står mer sentralt enn tiltro.

**Historiske betraktninger.** Historisk har ulike typer forventninger og tiltro blitt betraktet som faktorer for vellykket behandling både av medisinsk og psykologisk art (Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou, & Kleijnen, 2001; Constantino et al., 2011). Frank var en av de som tidlig hevdet at det må mobiliseres et håp om forbedring i klienten for at psykoterapi skal være effektivt (Frank, 1961). Ifølge han kjennetegnes mennesker som kommer i terapi ved at de er demoraliserte. Terapeutens eneste oppgave er å gjenoppbygge deres håp og positive forventning. Frank la med dette føringer for antagelsen om at alle behandlingsmetoder som virker har faktorer felles med hverandre, som for eksempel terapeutisk allianse og forventninger. Disse har vært ansett som viktigere enn de spesifikke teknikkene i ulike terapeutiske tilnærminger (Lambert, 1992; Wampold, 2001). På tross av at det ble viet mindre forskerinteresse til forventninger enn andre fellesfaktorer, som terapeutisk allianse, oppdaget forskere tidlig at pasientene som hadde høy forventning og tiltro til behandlingen, fikk bedre effekt av den:

Our data strongly suggest that the client who is positively oriented to the counselor and the counseling experience and who anticipates that his experience in counseling will be a successful and gratifying one undergoes more change in personality structure than does the client who has reservations about the counseling experience (Lipkin, 1954, s. 1).

Andre oppdaget et kurvelineært forhold mellom forventninger og utfall, der de som hadde moderate forventninger fikk mer symptomlette enn de som enten forventet seg lite symptomlette *eller* mye og mer øyeblikkelig symptomlette (Goldstein, 1962). Oppmerksomheten forventningene fikk, førte først og fremst til at de ble behandlet som en konfunderende variabel det måtte kontrolleres for. Frem til 1975 ble dette gjort på grovt sett to ulike måter: Den ene var innføring av såkalte placebo-prosedyrer. Den andre var å sammenligne relativ effekt ved å manipulere deltagerens forventning innen en spesiell teknikk, ofte systematisk desensitivering (Lick & Bootzin, 1975). Når de ulike gruppene hadde lik tiltro og forventning, forsvant forskjellen i terapeutisk forbedring (Kazdin, 1979). Dermed ble ulikheter i tiltro og forventninger snarere enn forskjeller i metodisk prinsipp en plausibel rivaliserende forklaring for resultatene og det ble derfor satt et skarpt skille mellom forventningens virkning og metodenes mer essensielle virkning (Constantino et al., 2011).

Problemet med placebogruppene var at de så ut til å danne lavere forventninger til terapien og mindre troverdighet hos deltagerne enn i utgangspunktet mer virkningsfulle prosedyrer (Kazdin, 1979). Kontrollbetingelsene ble også funnet å være mindre troverdige enn behandlingsbetingelsen (Borkovec & Nau, 1972). Dermed klarte de ikke på en god nok måte å evaluere den eksperimentelle påvirkningen av forventnings-induserte instruksjoner. Lick og Bootzin (1975) anbefalte derfor å bruke mer overbevisende placebogrupeer.

Utviklingen av optimale kontrollgrupper medførte imidlertid store begrepsmessige, metodologiske, praktiske og etiske utfordringer (Kazdin, 1979). Blant annet ble det vanskelig å skille ut mekanismen bak placebovirkningen fra mekanismen bak den essensielle behandlingsevirkningen. Selv om mye tyder på at placeboeffekten er reell i medisinsk behandling, er det ikke sikkert implikasjonene av den like godt kan parallellføres med psykologisk behandling (Kirsch, 1999, 2005). Placeboeffekten i somatisk behandling kan avgrenses fra den rent fysiske virkningen av et kjemisk stoff. Å bruke placebobegrepet innenfor psykologien er antagelig problematisk fordi psykologisk behandling ikke kan skje utenom en modifisering av mentale prosesser. Slik sett står ikke placeboeffekten i noen motsetning til behandlingseffekten i psykologisk behandling. Den essensielle effekten kan snarere antas å medieres nettopp av forventninger. Av den grunn blir også bruken av begrepet nonspesifikk faktor uheldig og feilaktig; forventning bør heller anerkjennes som en legitim og aktiv psykologisk faktor (Kirsch, 2005). Nyere forskning har kanskje i større grad forlatt placeboparadigme med manipulasjon av forventning og rettet blikket mot mulige mekanismer i forholdet mellom forventninger og utfall (Kazdin, 2005).

### **Hvor står forskningen i dag?**

En metaundersøkelse av studier som har undersøkt forventningers rolle i ulike behandlinger konkluderer med at det er en tydelig sammenheng mellom forventninger og behandlingsresultat. De viser til en liten, men signifikant positiv effekt ( $d=0.24$ ). (Constantino et al., 2011). Denne konklusjonen gjelder generelt over et variert bilde av depresjons- og angsttilstander, uansett hvordan forventninger er operasjonalisert og om de er målt før eller etter behandlingsstart.

Enkeltstudier viser imidlertid noen sprik i resultatene og gir ikke entydige svar (Price, Anderson, Henrich, & Rothbaum, 2008). Eksempelvis har en funnet en heller svak forbindelse når det gjelder behandling av sosial fobi (Rapee, Gaston, & Abbott, 2009), mens positive assosiasjoner er rapportert i behandling med in vivo og virtuell eksponering for flyskrekk (Price & Anderson, 2011), samt frykt for å snakke høyt foran forsamlinger (Price et

al., 2008). Varigheten av forventningseffekt er imidlertid ikke alltid stabil, som sett i oppfølgingsundersøkelser 12 måneder senere.

I familierapi av barn med atferdsproblemer er det funnet at de som har tiltro til at behandlingen vil være hjelpsom, har et kortere behandlingsforløp, kjennetegnet av raskere fremgang (Nock et al., 2007). Dette er i tråd med at 60 til 70 % av forbedring er observert å finne sted under de fire første ukene av CBT for depresjon (Ilardi & Craighead, 1994). Westra et al. (2007) fant også en effekt av forventninger på tidlig symptomreduksjon i forløpet og identifiserte compliance som en medierende variabel i dette forholdet, noe som impliserer en mulig mekanisme mellom forventninger og utfall.

Det at vi ser forskjellige og noen ganger motstridende konklusjoner i spørsmålet om tiltro og forventninger forklarer behandlingsutfall, kan muligens forklares av begrensninger ved analysemetodene (Price et al., 2008). Alternativt kan det ha blitt brukt ulike operasjonaliseringer av forventninger. Forventninger som er oppstått etter terapien har kommet i gang er antageligvis kvalitativt forskjellig fra de man har før første møte med terapeuten (Lewin et al., 2011). For det første kan inntrykket og opplevelsen av terapeuten farge, og noen ganger forandre klientens forventninger om bedring og dermed konfundere effekten av klientens forventning før behandlingsoppstart. Terapeutisk allianse er blant annet funnet å predikere utfallet bedre enn forventninger (Vogel et al., 2006). For det andre kan også informasjon som klienten ikke hadde i utgangspunktet, som rasjonale bak behandlingsformen, påvirke forventningene (Ahmed & Westra, 2009). Dette gjør sammenligning av forventninger før og etter behandlingsoppstart problematisk (Newman & Fisher, 2010). I tillegg vil klienter være ulike i tidligere behandlingserfaringer, noe som gjør det ytterligere vanskelig å sammenligne resultater, uansett om forventninger er målt før eller etter behandlingsoppstart. Det er derfor en mulighet for at resultater fra studier på forventninger og utfall ikke kan sammenlignes på grunn av ulike operasjonaliseringer av begrepet, at de er målt på forskjellige tidspunkt og baserer seg på ulike erfaringer.

**Tiltro og forventninger hos barn og unge.** På tross av den potensielle verdien som prediktor for behandlingsutfall, foreligger det relativt lite forskning som undersøker behandlingsforventninger i barne- og ungdomspopulasjonen (Curry et al., 2006). Dette er kanskje oppsiktsvekkende gitt at den mest utbredte og empirisk funderte behandlingen for barn med psykiske lidelser anvender kognitive teknikker, som nettopp understreker rollen forventninger spiller i opprettholdelsen av problemet (Bakker, 2008).

En annen grunn til at det trengs mer forskning på dette feltet, er at voksne og barn antagelig skiller seg fra hverandre med hensyn til ulik erfaringsbakgrunn. Funn fra behandling med voksenpopulasjonen kan ikke uten videre generaliseres til barnepopulasjonen (Nock & Kazdin, 2001). Voksnes forventninger er sannsynligvis mer påvirket av for eksempel utdanning og tidligere behandlingserfaring; barnet kommer inn som mer naivt og nøytralt, og kanskje med mindre tydelige og sementerte forventninger (Lewin et al., 2011). Behandling av barn og unge gir derfor muligheten til å studere forventninger som kanskje i større grad lar seg påvirke, blant annet av terapeutens rasjonale. Av den grunn kan barns forventninger være verdt å vie større oppmerksomhet enn det hittil har blitt gjort innen behandlingsforskningen.

**Tiltro, forventninger og OCD-behandling.** Få studier har undersøkt sammenhengen mellom forventninger og utfall spesielt for OCD. Dette til tross for at OCD muligens står i en særstilling når det gjelder bruk av aktive eksponeringsøvelser og responsprevensjon og hvordan dette ansees som nødvendig for symptomendring (Kircanski, Peris, & Piacentini, 2011). Klienten må utsette seg for det som fremstår som det mest ubehagelige i hele verden for vedkommende og tåle angsten som dermed oppstår (Vogel et al., 2006). I tillegg brukes kognitive modifiseringsteknikker der klienten skal forestille seg konsekvensene av å ikke utføre tvangshandlingen og teste ut hvor sanne tvangstankene egentlig er. Dette er en behandlingsstrategi som assosieres med en del ubehag for klienter og den vil kanskje derfor kreve ekstra pågangsmot, motivasjon til endring og tiltro til at behandlingen virker.

Familiens forventninger på vegne av klienten kan også være spesielt relevant ved OCD. Gitt det ofte kroniske forløpet ved OCD, de uforutsigbare måtene symptomene kan svekke fungering på, og familiens manglende kontroll over lidelsenes forløp, har forventning og håp antagelig stor betydning for hvordan familiemedlemmer til OCD-klienter håndterer symptomene (Geffken, Storch, et al., 2006). Derfor kan forventninger og tiltro spille en spesielt sentral rolle for OCD.

Blant de få studiene som finnes på forventninger, tiltro og behandlingsutfall for OCD, er nullfunn imidlertid overrepresentert (Lax, Başo, & Marks, 1992; Steketee et al., 2011; Vogel et al., 2006). I en av disse studiene kunne ikke variasjon i forventninger etter instruksjon som talte enten for eller imot eksponering forklare senere variasjon i utfall (Lax et al., 1992). Lignende resultater sees i senere studier der verken motivasjon for bedring eller forventning pekte seg ut som prediktor for tvangssymptomer i etterkant av en behandlingsserie for henholdsvis 39 og 37 klienter med OCD (Steketee et al., 2011; Vogel et al., 2006). På tross av hypoteser om at egenskaper ved OCD-behandlingen nettopp gjør

forventninger og motivasjon ekstra relevant for utfallet, ser det derfor ut til at dette kan være mindre viktig for behandlingen av OCD hos voksne.

**Tiltro og forventninger hos barn og unge med OCD.** Selv om lidelsen antageligvis forløper på en fenomenologisk lik måte for både voksne og barn (Barrett et al., 2008), kan det tenkes at deres forventninger til behandling fungerer ulikt som prediktorer og spiller ulike roller for utfallet. Etter nåværende kjennskap er det kun én studie som har undersøkt forventningers betydning hos unge mennesker med tvangslidelse (Lewin et al., 2011). I denne ble høyere forventninger funnet å fasilitere CBT for OCD. Nærmere bestemt vises det til resultater der opp til en tredel av variansen i symptomskårer etter 14 terapitimer, kontrollert for tvangssymptomer før behandlingsoppstart, kan forklares av variasjon i forventninger. Høyere forventning hos både klienten og terapeuten før terapien startet ble også forbundet med lavere tilbakefall, bedre compliance og redusert funksjonsforstyrrelse. Dette tyder på at forventning kan være en viktig variabel for behandling av OCD hos barn og unge og muligens være med på å forklare hvorfor noen ikke får optimal effekt av behandlingen.

**Foreldrenes tiltro og forventninger.** Foreldrene antas å spille en stor rolle for barnets behandling fordi de som regel er ansvarlig både for initiativ, oppfølging og oppmøte på behandlingstimer (Nock et al., 2007; Nock & Kazdin, 2001). Foreldre til barn og unge med OCD spiller antagelig en spesielt sentral rolle fordi de gjerne involveres i kjernesymptomene på en mer omfattende måte enn ved andre angsttilstander. Familiemedlemmer tilpasser seg ofte og hjelper med å utføre tvangshandlinger eller modifierer de daglige rutinene i den hensikt å minimere barnets angst (Calvocoressi, Lewis, Harris, Trufan, & et al., 1995).

Geffken, Storch, et al. (2006) fant at familiens grad av håpefullhet var svært viktig i måten barnets tvangssymptomer ble håndtert på. Mer håp ble forbundet med mer problemfokuseret håndtering, utholdenhet, rasjonell planlegging og handling; mindre håp var mer forbundet med fornektende og problemunnavikende strategier preget av ønsketenkning.

Gitt at foreldrene avgjør såpass mye når det gjelder barnets behandling og at grad av håpefullhet predikerer håndteringsstrategier, vil det kanskje kunne forventes at foreldrenes forventninger før behandlingsstart relaterer seg til compliance og utfall. Lewin et al. (2011) fant imidlertid ikke holdepunkter for dette i sine resultater. Barnets forventninger og compliance var mer forbundet med behandlingsresultat enn det foreldrenes forventninger og compliance var. Kanskje kan dette likevel gi mening siden det er barnet som er hovedpersonen og opplever mest ubehag i forbindelse med eksponeringsterapi (Nock et al., 2007).

**Terapeutens tiltro og forventninger.** Terapeutens forventninger ser ut til å variere i forhold til alvorlighetsgrad, komorbiditet og funksjonsforstyrrelse hos barnet (Lewin et al., 2011). Terapeuten er en viktig formidler av behandlingsrasjonalen og mye tyder på at evne til å formidle egen tiltro til metoden og mobilisere håp i klienten er en forutsetning for vellykket behandling (Blasi et al., 2001). Derfor vil det være interessant å rette søkelyset mot terapeutens forventninger og hva denne variabelen har å si for utfallet.

**Tiltro og forventning tidlig og sent i behandlingsforløpet.** Det er uvisst om forventninger som oppstår underveis i terapien har en annen betydning enn de som registreres før den starter. Et positivt forhold mellom forventninger, compliance og utfall er vist når forventninger er undersøkt før behandlingsstart eller tidlig i behandlingen. Hos ungdom var compliance relatert til behandlingsutfall så tidlig som i tredje time (Lewin et al., 2011) og tidlig symptomreduksjon i CBT predikerte senere utfall samtidig som effekt av forventninger målt før behandlingen forsvant (Westra et al., 2007). Dette er i tråd med studier som tyder på at tidlig bedring ofte viser seg hos de som til slutt får et vellykket behandlingsresultat (Ilardi & Craighead, 1994; Nock et al., 2007).

Det er noe mer usikkert hvordan forventninger på senere tidspunkt i behandlingsforløpet påvirker utfallet og i hvilken grad de forblir stabile. En studie tyder på at forventninger endrer seg i løpet av behandlingen og at det kan være en spesiell periode omtrent halvveis i CBT der forventninger endrer seg mest (Newman & Fisher, 2010). Det absolutte nivået på tiltro og forventning i denne perioden forklarte 36 % av variasjonen i utfallet, noe som tyder på at disse fungerer som viktige utfallsvariabler også utover i behandlingsforløpet. I tillegg forklarte graden av denne endringen 38 % av variansen i forholdet mellom symptomnivå før og etter behandling av generalisert angstlidelse. Dette kan indikere at det vil være spesielt positivt om forventningene oppjusteres i løpet av behandling. Ut fra dette kan det være grunn til å tro at forventninger er formbare underveis og at forventninger som oppstår senere i behandlingsforløpet kan være minst like viktige som forventninger før behandlingsstart. Det vil i så fall ligge et stort terapeutiske potensial bare i det å endre forventningene (Newman & Fisher, 2010).

### **Årsaker til sammenhengen mellom forventninger og symptomendring**

Majoriteten av de resultatene som foreligger antyder først og fremst et korrelasjonelt forhold mellom forventninger og utfall, noe som betyr at hvorfor og hvordan de påvirker hverandre er uvisst. Det kan hende at påvirkningen går begge veier eller at en tredjevariabel både forårsaker høy forventning og bedre utfall (Nock et al., 2007). En innvending mot å ilette

sammenhengen mellom forventning og utfall for mye betydning, har vært at den sannsynligvis skyldes at forventninger fungerer som et speil på symptomstatus og at det er opplevelsen av bedring som fører til økte forventninger (Lick & Bootzin, 1975). Håpløshet, lav motivasjon og andre depressive symptomer er vanlig ved OCD (Peris et al., 2010) og kan i seg selv tenkes å gjøre tiltroen til behandling i utgangspunktet er lav. Siden både alvorlighetsgrad og lavere forventninger før behandlingsstart synes å kunne predikere utfall (Ginsburg et al., 2008), kan det tenkes at tiltro og forventning vil endre seg parallelt med bedring av tvangssymptomer.

Likevel taler både empiri og psykologiske teorier for at det kan være noe med forventninger og tiltro som fører til bedre utfall. Grad av endring i symptomer og grad av endring i forventninger og tiltro ble vist å forholde seg uavhengig av hverandre, noe som tyder på at symptomendring ikke automatisk fører med seg bedre forventninger og tiltro (Newman & Fisher, 2010). Foreldre og barn med alvorligere tvangssymptomer ser heller ikke ut til å ha dårligere forventninger før behandlingsstart enn de med mindre alvorlige tvangssymptomer (Lewin et al., 2011). Dette svekker hypotesen om at utfall og tiltro samvarierer kun fordi forventninger speiler opplevd symptomendring (Lick & Bootzin, 1975). Snarere tyder det på at tiltro og forventning best kan beskrives som egenskaper ved et individ eller en familie (Geffken, Storch, et al., 2006) og at endring i retning av mer tiltro og forventning til behandling kan være selve nøkkelen til endring i tvangssymptomer.

Dersom dette er tilfellet, er det mulig å tenke seg minst to ulike mekanismer for hvordan tiltro og forventning kan påvirke symptomendring. En direkte mekanisme vil innebære en tilsynelatende selvoppfyllende effekt av forventninger. En indirekte mekanisme vil på den andre siden innebære at forventninger fører til handlinger som i sin tur endrer symptomene, muligens fordi strategiene for å håndtere symptomene på tvang blir mer tilgjengelige. I tillegg kan sosialkognitive teorier, terapeutisk allianse og rasjonale kaste lys over hvordan forventningene oppstår, endrer seg og påvirker utfallet.

### **Selvoppfyllende prosess**

Forventninger og tiltro kan synes å forholde seg til utfallet på en nærmest selvoppfyllende måte (Kirsch, 1999). Tradisjonelt har dette blitt forstått gjennom en klassisk betingningsmodell. Som det ble observert hos Pavlov og hundene hans, skjer betinging når en i utgangspunktet nøytral stimulus, som bjelleklang, opptrer samtidig med en annen stimulus, som matlukt. Når matlukt på en forutsigbar måte alltid utløser en respons, som spyttsekresjon, blir den nøytrale stimulusen parett med responsen. Bjelleklang kan deretter i fravær av matlukt



komme til å utløse spyttsekresjon, noe som kan beskrives som en klassisk betingning, også kalt en betinget respons. Placeboeffekten i behandling er ofte tolket som en manifestering av denne modellen, som når smertelindring opprettholdes på tross av gradvis reduksjon i virkestoff over repeterte inntak av tabletter (Montgomery & Kirsch, 1997).

Imidlertid er det observert at når pasienter er gitt uriktig informasjon om at smertelindring vil avta etter hvert tablettinntak, blir den betingede responsen *økt* smerte (Montgomery & Kirsch, 1997). Dette til tross for en tidligere erfart kobling mellom smertetabletten, virkestoffet i den og smertelindringen. Kirsch (1999) argumenterer ut fra dette at verbal informasjon kan skape forventninger som er så sterke at de ikke bare reverserer effekten av læring, men også produserer en respons. En subjektiv opplevelse synes med andre ord å kunne oppstå som en øyeblikkelig konsekvens av dens forventning. Å forvente seg at en følelse vil oppstå av en forventet fremtidig hendelse, kan bringe frem en umiddelbar opplevelse som bekrefter denne følelsen. Eksempelvis kan vi bli reddet av å tro at en hendelse kommer til å føles skremmende, som en forestående tale som skal holdes foran en stor forsamling. Tristhet og savn oppstår gjerne som en øyeblikkelig konsekvens av et forventet tap. Hvis en klient forventer seg positive følelser som følge av en behandling, kan det følgelig umiddelbart føre til positive følelser. Ut fra en slik forklaringsmodell vil en forventning om synkende angstnivå ved å være med på eksponering, kunne ha som øyeblikkelig konsekvens å redusere angst (Kirsch, 2005).

### **Compliance**

En alternativ hypotese til at forventninger har en selvoppfyllende effekt, er at de fører til handlinger i tråd med behandlingsmetoden, som igjen gjør symptomendring mer sannsynlig (Kazdin, 2005; Lewin et al., 2011; Lick & Bootzin, 1975). Utgangspunktet for en slik hypotese er at gjennomføring av anbefalte oppgaver og treningsprosedyrer ansees som en spesifikk faktor i CBT (Hughes & Kendall, 2007). Compliance hevdes videre å være den viktigste forklaring på manglende effekt av CBT (Geffken, Keeley, Kellison, Storch, & Rodrigue, 2006). En metaundersøkelse finner en liten til moderat, men signifikant effektstørrelse for sammenhengen mellom compliance og utfall (Mausbach, Moore, Roesch, Cardenas, & Patterson, 2010).

Kanskje er compliance nøkkelen til å forstå sammenhengen mellom forventninger og utfall. En studie viser til positive forbindelser mellom forventninger før behandling, compliance, og utfall av CBT på ulike angstlidelser hos voksne (Westra et al., 2007). Forventninger predikerte nærmere bestemt tidlig symptomreduksjon, og compliance viste en

medierende effekt på forholdet mellom forventninger og utfall, da denne variabelen ble tatt inn i regresjonsmodellen. Dette ble tolket som at forventningene er viktige for at klienten skal involvere og engasjere seg i behandlingsprinsippene og at nettopp dette fører til en tidlig symptomreduksjon.

I behandlingen av ungdom og OCD er det også funnet at høyere forventninger til behandlingsutfall var relatert til høyere nivå av compliance. Ungdom som ikke forventet at behandlingen ville virke, hadde lavere involvering i eksponering og responsprevensjon, noe som dermed førte til verre utfall (Lewin et al., 2011). Dette ble tolket som at de som ikke hadde compliance gikk glipp av habituering fordi de ikke eksponerte seg i tilstrekkelig grad for angsten.

Et kognitivt grunnlag for å forstå forbindelsen mellom forventninger, compliance og symptomendring kan finnes i Folkman og Lazarus (1985) sin studie av problemfortolkninger. Når et problem ble fortolket som utfordrende førte det til bedre håndteringsstrategier, som problemløsning, rasjonell planlegging og handling, samt mer utholdenhet. Ble et problem tolket som truende, derimot, førte det til dårligere håndteringsstrategier, som ønsketenkning og fornektende strategier. Det å ha mer compliance kan på bakgrunn av dette være uttrykk for mer hensiktsmessig fortolkning av symptomer, som fører til bedre håndtering og muligens bedre compliance i behandlingen (Geffken, Storch, et al., 2006).

En studie viser resultater som imidlertid svekker en slik hypotese. De som forventet seg mer av behandlingen, hadde verken høyere compliance eller bedre effekt av den (Lax et al., 1992). Flere studier finner i tillegg begrenset støtte for positive forbindelser mellom compliance og utfall (Hughes & Kendall, 2007; Woods, Chambless, & Steketee, 2002). En studie fant til og med en tendens til at jo større kvalitet på hjemmeoppgaver, målt som subjektivt opplevd ubehag i eksponeringsøvelsene, jo *dårligere* behandlingsresultat (Woods et al., 2002). Dette er interessant gitt at klienter med OCD oppfordres til å oppleve angst gjennom å utsette seg for det de er mest redd for.

Noen peker på at compliance kan ha blitt målt som et for omfavnende begrep og at effekten av compliance blir tydeligere når det er tatt høyde for ulike typer av og kilder til compliance (Mausbach et al., 2010). Manglende differensiering og konkretisering av hvordan compliance-begrepet måles kan være grunnen til at resultater ikke gir et entydig svar på forholdet mellom forventning, compliance og utfall (Kazantzis, Deane, & Ronan, 2000; Mausbach et al., 2010). Eksempelvis tyder en studie på at det er en sterk sammenheng mellom

forventninger og compliance i eksponering, men ikke mellom forventninger og compliance i responsprevensjon (Abramowitz, Franklin, Zoellner, & Dibernardo, 2002).

**Foreldrenes compliance.** Foreldrenes håndteringsstrategier ser som nevnt ut til å bety mye for hvor kroniske barnets tvangsproblemer blir og kan relateres til grad av håpefullhet (Geffken, Storch, et al., 2006). Imidlertid er det funnet liten sammenheng i foreldrenes tiltro, compliance og utfall (Lewin et al., 2011). Muligens kan det forklares av at det finnes viktige distinksjoner mellom måter å ha compliance på og mellom forventninger og tiltro, som ikke alltid like enkelt lar seg fange opp i en del av de studiene som er gjennomført. Eksempelvis tyder resultater fra Nock et al. (2007) på at foreldrenes tiltro til behandlingen, altså om de tror metoden er virkningsfull, er mer forbundet til motivasjon, villighet og beredskap for endring. Forventninger til utfallet av behandlingen er på den andre siden mer forbundet med atferd i tråd med behandlingsprotokollen og evne til å lære nye ferdigheter. Alternativt kan manglende sammenheng i resultatene skyldes at foreldrenes forventning er en forutsetning for at barnet vil møte til psykoterapi i det hele tatt (Nock & Kazdin, 2001) og at foreldrenes forventninger og compliance i utgangspunktet ligger på et høyt nivå.

Selv om det antageligvis ikke er noen enkel sammenheng, støtter oppsummert empiri delvis opp om muligheten for at forventning og tiltro henger sammen med utfall gjennom compliance (Lewin et al., 2011; Westra et al., 2007).

### **Sosialkognitive teorier**

Skjemateori kan bidra til å belyse hvorfor forventningene er viktige for utfallet. Et positivt psykoterapiskjema vil i følge denne modellen føre til at klienten følger mer med på, prosesserer og husker bedre informasjon som bekrefter skjemaet enn informasjon som avkrefter skjemaet (Beck, 1976). En person med høye forventninger og tiltro til terapien vil ifølge teorien være mer oppmerksom på de positive sidene enn de negative og med dette forsterke både forventningene og opplevelsen av bedring.

Banduras velkjente begrep *self-efficacy* (Bandura, 1977) er også benyttet for å forstå hvordan forventninger fører til bedre compliance og deretter bedre utfall (Lewin et al., 2011; Westra et al., 2007). På norsk har begrepet flere oversettelser, men her velges det å bruke *mestringstillitt* etter Brumoen (2000) sin diskusjon av begrepet. Mestringstillitt beskrives som troen på at man skal greie å utføre en bestemt handling i fremtiden (Bandura, 1977). Begrepet er relatert til selvfølelse, men fokuserer mer snevert på det mestrende selvet eller tro på egen evne til å endre seg og tro på veien mot endring. Mer mestringstillitt gjør mestringfølelse i terapien mer tilgjengelig, noe Bandura anser som en nøkkel til måloppnåelse. En klient som i

utgangspunktet har høy mestringstillitt, vil antagelig ha lettere for å forvente seg mer positivt utfall av terapien og gjøre en større innsats, enn en klient med lav mestringstillitt. Derfor vil klientene med større mestringstillitt endre seg mer (Ahmed & Westra, 2009).

Festingers kognitive dissonansteori (Festinger, 1957) gir et teoretisk rammeverk for å hevde at compliance både fører til høyere tiltro og bedre utfall. Denne innebærer at forventningen ofte i fravær av andre begrunnelser bruker egne handlinger som rettesnor. Det å utføre oppgaver i tråd med behandlingsmetoden kan på denne måten føre til økte forventninger i seg selv. En slik teori vil i tillegg kunne forklare en endring i forventning fra lav til høy ved at en uoverensstemmelse mellom holdning og handling vil oppleves som ubehagelig eller ”dissonerende” for klienten. I følge teorien vil barnet gjennom deltagelse i behandlingen mer eller mindre bevisst slutte seg til at denne deltagelsen er meningsfull og at den vil føre til noe positivt (Newman & Fisher, 2010).

Alternativt kan handlinger justeres etter forventningen og det å *spørre* om tiltro og forventning gi en effekt i seg selv. Ved å be klienten om å ta stilling til hva de tror vil skje ved behandlingens slutt kan klienten komme til å føle besvarelsen som en forpliktelse til å innfri forventningene ved å legge ned den innsatsen som er nødvendig (Nock et al., 2007).

### **Faktorer ved behandlingsprosessen**

For at klienten skal ha positive forventninger, forutsettes det at terapeuten går god for de teknikker som benyttes og formidler evidens for deres virkning (Blasi et al., 2001). Dette er spesielt viktig fordi personer ofte kommer i terapi fordi de gjentatte ganger opplever at forsøk på symptomendring ikke fører frem. Ifølge Snyder et al. (2000) er en optimal intervensjon også nødt til å inkludere terapeutens formulering av det presenterte problem som et sett av klart definerte mål og en eksplisitt formulering av *tiltrovekkende* strategier for å oppnå dette målet. Dette blir svært viktig både for å skape en trygg allianse med klienten, og for at klienten skal forstå hvordan behandlingen er ment å virke.

**Terapeutisk allianse.** Shirk, Karver, og Brown (2011) understreker at allianse mellom klient og terapeut også er viktig i terapi for barn og ungdom. Allianse innebærer at de involverte er enige om de oppgaver som skal gjøres, enige om målene med dem, og at et emosjonelt bånd oppleves i mellom dem (Bordin, 1979). Det er ulike synspunkt med tanke på om betydningen av alliansen strekker seg til å være kurerende i seg selv eller begrenser seg til å legge til rette for de kurative elementene av behandlingen. Selv om en diskusjon av disse synspunktene vil være på sidelinjen av denne oppgaven, kan kvaliteten av kontakten mellom klient og terapeut være verdt å ha med seg i spørsmålet om hvordan forventninger påvirker

utfall. Forskning antyder nettopp at allianse kan mediere effekten forventninger før behandlingsstart har på utfall (Joyce, Ogrodniczuk, Piper, & McCallum, 2003). Terapeutisk allianse kan med andre ord være en av forutsetningene for optimal tiltro underveis i behandlingen.

**Rasjonalens betydning.** Selv om terapeutisk allianse sannsynligvis er nødvendig, er det kanskje ikke tilstrekkelig for at klientens tiltro skal vekkes. Mye tyder på at klienten også må forstå rasjonalen (Kazdin & Krouse, 1983). Abramowitz et al. (2002) viste at de voksne OCD-klientene som forbedret seg betydelig forstod behandlingsrasjonalen bedre og var mer pliktoppfylgende i timene og i hjemmearbeid med eksponeringsoppgaver, sammenlignet med klienter som ikke forbedret seg. Forklaringen på dette kan være at de som forstår rasjonalen innholdsmessig klart og tydelig, lettere forventer seg de kognitive endringene som oppstår ved E/RP, for eksempel avkrefte av fryktede konsekvenser av å ikke utføre bestemte handlinger. Kvaliteten på eksponeringsøvelsen blir i tillegg bedre når pasienten forstår hvordan disse øvelsene reduserer angst og lettere gjenkjenner og stopper opp ved subtile elementer i symptomatikken, som unngåelse og forsikringssøking. Dette er konsistent med funn om at det også blant voksne, som er behandlet for sosial angst, førte bedre kvalitet på rasjonalen til høyere forventninger, mer engasjement i eksponeringsoppgaver og bedre utfall (Ahmed & Westra, 2009).

**Rasjonalen ved CBT.** I kognitiv atferdsterapi med barn og unge basert på March og Mulle (1998) tas det sikte på at de involverte skal forstå OCD som en nevrobiologisk lidelse og eksternalisere problemet slik at det blir et tydelig avgrenset skille mellom barnet selv og sykdommen. Eksternaliseringen gjør det lettere å jobbe med hovedoppgaven, som er å kjempe mot OCD og prøve å "jage" den vekk fra barnets liv ved hjelp av E/RP. Angstsymptomene fremstilles gjerne som en feiljustert alarm som følge av en biologisk svikt i hjernen, parallelt til bukspyttkjertelens svikt i insulinproduksjon ved diabetes. Det blir også lagt vekk på å forklare hvordan angsten gradvis vil gå ned dersom barnet motstår å utføre ritualer og at høy angst ikke i seg selv er farlig, men noe som er nødvendig for å få bukt med OCD-ens krefter.

Barnets forståelse av rasjonalen vil avhenge av faktorer som at språket tilpasses barnets alder, hvilke tidligere erfaringer og forventninger det kommer med, generell intelligens, terapeutens formidlingsevne og innsikt i symptomenes irrasjonelle natur (Abramowitz et al., 2002). Sistnevnte utvikles antagelig med alderen siden langt færre yngre barn har innsikt enn eldre barn (Lewin et al., 2010). I behandling med voksne er manglende innsikt funnet å predikere dårligere compliance og behandlingsutfall (Alonso et al., 2008). Dette gir antagelig

mening ut fra at innsikt i det irrasjonelle ved symptomene gjør det lettere å forstå hvorfor OCD bør eksternaliseres som noe det ikke er verdt å la seg bestemme over.

### **Tiltro og forventning før behandlingsstart**

Samtidig som at mye tyder på at forventninger og tiltro lar seg forme underveis i forløpet, kan et visst nivå av tiltro i utgangspunktet være en forutsetning for senere endring. Ahmed og Westra (2009) fant at kvaliteten på rasjonalen for behandling av sosial angst bare kunne forklare variasjon i senere engasjering i eksponeringsoppgaver når klientens forventning om endring før behandlingsstart var på et moderat nivå. For de med lave eller høye forventninger kunne ikke introduksjon av rasjonale forklare senere engasjement. Dette ble tolket som at klienter med moderate forventninger kanskje drar mest nytte av en god rasjonale. De som mangler tiltro i utgangspunktet vil ikke like lett påvirkes til å engasjere seg, mens de som allerede har sterk tiltro i utgangspunktet vil engasjere seg uavhengig av rasjonalen. Det synes med andre ord som om at rasjonalen kan bety mest for de som allerede har et visst nivå av tiltro. Med dette til grunn kan det kanskje hevdes at forventninger før behandlingsstart til en viss grad vil være determinerende for utfallet.

### **Oppsummering**

Oppsummert kan det hevdes å være to ulike mekanismer for hvordan forventninger fører til bedre terapiutfall. På den ene siden kan sammenhengen skyldes en selvoppfyllende effekt der forventningen om at en hendelse vil føre til en følelse umiddelbart vekker denne følelsen. På den andre siden kan forventningen påvirke utfallet gjennom å føre til engasjering og innsats i behandlingen, som igjen fører til symptomendring. En mulighet er også at sammenhengen forårsakes av en kombinasjon av disse mekanismene. Alternativt kan ulike mekanismer og ulike premisser for forventningen gjøre seg gjeldende på ulike tidspunkt i behandlingsforløpet. Uavhengig av hvilken mekanisme som ligger til grunn, vil forventninger og tiltro antagelig basere seg på og endre seg som følge av individuelle og kognitive egenskaper, som psykoterapiskjema, fortolkning av symptomer, mestringstillitt, kognitiv dissonans, terapeutisk allianse og forståelse av rasjonalen. Selv om mye tyder på at utviklingen at forventningene underveis i behandlingsforløpet fortsetter å spille en rolle, kan et visst nivå av forventning og tiltro før behandlingsstart legge premissene for senere utfall.

### **Hensikten med studien**

Hensikten med studien er å undersøke tiltro og forventninger i en avgrenset klientgruppe, målt på ulike tidspunkt i terapiforløpet. Både barnets egne, foreldrenes og terapeutens forventninger

innhentes og undersøkes statistisk for sammenheng med behandlingsutfall. I tillegg undersøkes det hvilken rolle compliance spiller i forholdet mellom tiltro og behandlingsutfall.

Fokus på barne- og ungdomsalderen gir trolig muligheten til å studere forventninger som med større sannsynlighet baserer seg på mer kontrollerbare variabler, som rasjonaler og terapeutfaktorer. Dette i motsetning til voksnes forventninger, som mer sannsynlig er påvirket av informasjon fra utdanning, medier og tidligere erfaringer. Dessuten skiller forventningene til barnet seg fra voksnes ved at de neppe er like forutbestemt av å ha tatt valget om å gå i terapi selv. Siden OCD-behandling assosieres med mye ubehag for klienten er problemstillingen i tillegg kanskje ekstra relevant for OCD.

Resultatet vil forhåpentligvis gi mer kunnskap om hvilken rolle forventninger spiller i kognitiv atferdsterapi for OCD hos barn og unge. Det vil også si noe om i hvilken grad det er nyttig å systematisk kartlegge de involvertes tiltro til behandlingen, eventuelt å gjøre tiltak for å øke denne tidlig eller underveis i behandlingen.

**Hypoteser.** Med utgangspunkt i omtalt teori og empiri ønsker studien å undersøke sammenhengen mellom tiltro, compliance og endring i symptomer ved manualbasert CBT for barn og ungdom med OCD ved å stille følgende hypoteser:

**Hypotese I:** Høy grad av tiltro til behandlingen på 2. og 7. time forklarer senere symptomendring mellom baseline, 7. og 13. time.

**Hypotese II:** Forholdet mellom tiltro og symptomendring avhenger av hvor mye compliance barnet og foreldrene har i behandlingen.

## Metode

### Deltagere

Utvalget ble hentet fra deltagere i Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS). Dette er en longitudinell behandlingsstudie der behandlingen foregår på 19 ulike barne- og ungdomspsykiatriske enheter rundt i Skandinavia. Tjenesten som tilbys på enhetene er utredning og behandling for mentale lidelser gitt av leger, kliniske psykologer, sosionomer eller pedagoger. Alle deltagerne er i utgangspunktet henvist dit fra førstelinje helsetjeneste.

Utvalget baserte seg på inkluderte deltagere til NordLOTS-prosjektet fra en og samme poliklinikk sentralt på Østlandet. De som hadde gjennomført behandlingen og hadde ferdig datamateriale innen januar 2012 ble inkludert i analysene til denne pilotstudien. Utvalget bestod av 21 barn i alderen 9 til 18 år. De hadde fullført behandlingstrinn 1 i perioden januar 2009 til desember 2011. Gjennomsnittlig alder på deltagerne var 14,19 år med et standardavvik på 2,71 år. Det var 6 jenter og 15 gutter med en tendens mot at guttene var eldre enn jentene. Gjennomsnittsalder hos jentene var 13,33, SD 3,44. Hos guttene var gjennomsnittsalderen 14,53 og SD 2,42.

**Symptomstatus.** På baseline var gjennomsnittlig CY-BOCS-skåre 27,80 (SD =4,58, range 36-20). Deltagerne kan derfor klassifiseres som moderat til alvorlig forstyrret av OCD. Det var en signifikant tendens til at guttene hadde høyere symptomnivå enn jentene (Spearman's rho = -.517). Varighet av symptomer, basert på foreldrenes retrospektive rapport, var gjennomsnittlig 4,28 år, SD =3,60. Det var en sammenheng mellom å ha hatt symptomer i lengre tid og alvorlighetsgrad ved behandlingsstart (Pearson's r = -.623). Det var også en tendens til at eldre deltagere hadde hatt lengre symptomvarighet, men korrelasjonen var ikke signifikant (Pearson's r = .322). Minst 18 av deltagerne hadde *symptomer* på komorbide lidelser. To av dem manglet opplysninger om komorbiditet. Komorbide symptomer, enten nåværende eller tidligere, (antall deltagere i parentes) inkluderte symptomer på depresjon (10), Tourettes syndrom (2), spesifikk fobi (3), ADHD (2), separasjonsangst (4), sosial fobi (3), generalisert angstlidelse (6), tilpassningsforstyrrelse (2), forbigående tics (2), opposisjonell lidelse (1) og agorafobi (1). De fleste av de som hadde komorbide symptomer hadde disse innenfor flere diagnosegrupper. På det meste hadde noen 5 komorbide symptomgrupper.

**Bakgrunn.** Av deltagerne hadde 10 tidligere erfaring med psykiatrisk behandling. Av disse hadde 2 erfaring med CBT, 7 med familierapi, 3 leketerapi/klassisk psykoanalytisk terapi, og 3 annen samtalerapi. 8 av deltagerne hadde ingen tidligere behandlingserfaring og 2 manglet informasjon om dette. 6 deltagere hadde separert eller fraskilte foreldre, mens de



resterende hadde foreldre som bodde sammen. Alle var av skandinavisk opprinnelse, bortsett fra to barn som henholdsvis hadde en mor som kom fra et europeisk land utenfor Norge og en far med annen ikke-oppgitt etnisitet. En av deltagerne manglet slik informasjon.

**Deltagende terapeuter.** Det var tre ulike terapeuter i utvalget, to kvinner og en mann ansatt på den aktuelle poliklinikken. Alle var trent i utredning og behandling i tråd med retningslinjer i NordLOTS-studien.

### **Prosedyrer**

En henvisning til poliklinikken ble vurdert for deltagelse når en kliniker anså OCD som en mulig forklaring på klientens problemer. Potensielle deltagere fikk informasjon og svar på eventuelle spørsmål fra en NordLOTS- kliniker. Det var separate informasjonsskjemaer for de mellom 11 og 14 år og 14 og 17 år, i tillegg til egne informasjonsskjemaer for foreldre. Samtykkeskjema ble så utdelt og familien fikk tid til å bestemme seg for eventuell deltagelse. Samtykkeskjemaene måtte underskrives av foresatte. Klienten måtte også underskrive hvis hun eller han var over 11 år.

Potensielle deltagere gikk gjennom en omfattende utredningsprosedyre, blant annet anamnestisk intervju og spørreskjemaer. Enkelte av instrumentene, som CY-BOCS og CGAS, ble gjennomført av uavhengig terapeut, det vil si en annen terapeut enn den som senere eventuelt skulle gi CBT-behandling. Klienten ble inkludert for studien når det forelå OCD i samsvar med DSM-IV og når OCD var den primære diagnosen. OCD og andre diagnoser ble stadfestet på bakgrunn av utredning med en norsk versjon av Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL (Kaufman et al., 1997). Alvorlighetsgrad ble vurdert med CY-BOCS (Scahill et al., 1997). Barn og foreldre ble intervjuet separat.

Klienter ble ekskludert fra prosjektet dersom de enten ikke oppfylte DSM-IV-kriteriene for OCD, hadde en annen lidelse med høyere prioritet og/eller hadde en personlighetsforstyrrelse. I tillegg ble pasienten ekskludert når den hadde CY-BOCS-skåre på 15 eller lavere. Andre eksklusjonskriterier var behandling med enten SSRI eller CBT innen 6 måneder før behandlingsoppstart, risiko for graviditet, utilstrekkelig språkbeherskelse, alder yngre enn 7 år, eller eldre enn 18 år. Klienter med mental retardasjon (IQ under 70) eller en form for autistisk syndrom ble også ekskludert.

Etter fullført intervju, vurderte klinikerne barnets overordnede funksjonsforstyrrelse ved hjelp av Clinical Global Assessment Scale (CGAS) (Shaffer et al., 1983) og OCD sin spesifikke alvorlighetsgrad ved hjelp av Clinical Global Impression (CGI). Alle deltagere som

oppfylte inklusjonskriteriene og ingen eksklusjonskriterier, og som samtykket til deltagelse, gikk til behandlingstrinn 1, som besto av 14 timers kognitiv atferdsterapi. CY-BOCS ble igjen gjennomført av uavhengig kliniker ved 7. og 13. time.

## Mål

**Tvangssymptomer.** Klientens tvangssymptomer ble målt med Children's Yale – Brown Obsessive Compulsive Disorder Scale (CY-BOCS) (Scahill et al., 1997). Dette er en 10-item semistrukturert mål på tvangstankers og tvangshandlingers alvorlighetsgrad vurdert fra den siste uken på en fempunkt Likertskala. Målet er en modifisert versjon av tilsvarende mål for voksnes tvangssymptomer (Y-BOCS). En totalskåre deriveres ved å summere 10 elementer. Intervjuet gir separate skårer for tvangstanken og tvangshandlingens alvorlighetsgrad med skårer fra 0 til 20 på hver skala, noe som til sammen gir en totalskåre fra 0 til 40 (Goodman et al., 1989). Målet vurderes av terapeuten, med integrerte data fra klienten og foreldrene. Det har en god dokumentert inter-rater reliabilitet og intern konsistens (Goodman et al., 1989; Scahill et al., 1997; Storch et al., 2004)

**Tiltro.** Tiltro ble målt på et enkelt spørreskjema med ett spørsmål: "Hvor stor tiltro har du til at kognitiv atferdsterapi vil være til hjelp for deg/barnet ditt/klienten?" Spørsmålet ble besvart på en likertskala med 5 nivåer fra *ingen* til *svært stor* tiltro. Besvarelsene ble innhentet på 3 ulike tidspunkt i løpet av behandlingen, det vil si etter 2., 7. og 13. time. Barnet, foreldrene og terapeuten besvarte hvert sitt skjema i etterkant av timene og la det i en konvolutt for lukket oppbevaring i klientens perm. Tiltro-skårer fra mor og far ble slått sammen til en gjennomsnittlig foreldreskåre. Der hvor bare en av foreldrenes skåre var angitt, ble denne brukt som foreldreskåre.

**Compliance.** Compliance, definert som samarbeidsvilje og -evne i forhold til behandlingen, ble skåret av terapeuten og atskilt for klient, far og mor. Det ble målt globalt med ett enkelt element på en likertskala med 5 nivåer, fra *ingen compliance* til *svært stor compliance*. Compliance ble også innhentet etter 2. 7. og 13. time. Terapeuten ble bedt om å bygge vurderingen på om de møtte til avtaler, var delaktige i timene, deltok i eksponeringsøvelser og gjennomførte hjemmeoppgaver. Terapeuten ga en skåre hver for mor og far. Disse skårene ble også her slått sammen til en gjennomsnittlig foreldreskåre. Der hvor bare en av foreldrenes skåre var angitt, ble denne brukt som foreldreskåre.

## **Behandling**

Behandling bestod av 14 ukentlige timer basert på behandlingsmanual utarbeidet av March og Mulle (1998) og familiedel av Piacentini, Langley, Roblek, Chang og Bergman (2003). Denne er utviklet og tilpasset til bruk i NordLOTS av Dahl & Weidle (2008). Fem av timene er i sin helhet satt av til at foreldrene skal være med. I de resterende er foreldrene med de siste 30 minuttene av timen. Behandlingsmanualen skisserer hver time i fire til seks hovedtema/-mål og beskriver deretter hver time steg for steg og måten temaene tas opp på. Det blir vektlagt at manualen bør sees på som en guide som kan brukes på en fleksibel måte, der hensynet til barnets alder og modningsnivå, i tillegg til individuelle variasjoner i problemer og tema, bør veie tungt.

Hovedingrediensen i behandlingen er eksponering og ritualprevensjon (E/RP). Kognitive intervensjoner, psykoedukasjon og atferdsmessige belønninger brukes for å hjelpe barnet å takle angsten under E/RP-øvelsene og motivere barnet til å jobbe med sine symptomer. Hjemmeoppgave diskuteres til slutt og gis til neste time. Familieintervensjonen baserer seg også på CBT og integreres i barnets terapi. I familiedelen er familiens rolle i symptomene et viktig tema. Samtidig vektlegger manualen barnets ansvar for å gjøre oppgavene til neste time selv. I utvalget var det imidlertid avvik, da ikke alle foreldrene var med inn i timene, særlig hos de eldre ungdommene. Det var flere av ungdommene som uttrykte at de ønsket å jobbe med problemene selv.

Første time legger opp til kontaktetablering, psykoedukasjon om OCD og å gi en rasjonale for behandlingsopplegget. Andre time vektlegger eksternaliseringen av OCD, noe som blant annet betyr at den får et kallenavn og fremstilles som noe som skal "settes på plass". Det lages en symptomliste og brukes en kartmetafor. "Kartet" er en oversikt over de områdene barnet har kontroll over, de områdene OCD har kontroll over og overgangssonene i mellom. Overgangssonene blir utgangspunktet for at barnet skal tilvenne seg eksponeringsoppgaver. I de videre timene legges det vekt på kognitiv trening og innsikt i symptomenes irrasjonelle natur. Det benyttes følelsetermometer med subjektive enheter av ubehag fra 0 til 10. Det at barnet skal få en belønning når det utsetter seg for angst blir viktig i behandlingen. Utover i timene velges passende og stadig mer krevende eksponeringsoppgaver fra symptomhierarkiet, i takt med gradvis økende kontroll over OCD. I de siste timene vektlegger manualen hvordan det går an å forebygge tilbakefall og hvordan E/RP kan vedlikeholdes. Den siste timen er holdt av til en avslutningsseremoni der barnets suksess

feires. Noen av deltagerne i utvalget avlyste en eller flere av timene mellom 7. og 14. time på grunn av rask fremgang og god kontroll over OCD-symptomer.

### **Statistiske analyser**

Statistiske analyser ble utført ved hjelp av PASW 18.0 for Windows. Først ble det gjort eksplorerende undersøkelser av sammenhengen mellom symptomreduksjon og bakgrunnsvariabler, tiltro og compliance. Med symptomreduksjon menes differanse mellom CY-BOCS-skåre på baseline og 13. time (total symptomreduksjon), baseline og 7. time (tidlig symptomreduksjon), og 7. og 13. time (sen symptomreduksjon). I tillegg ble det sjekket for mulige sammenhenger mellom tiltro og compliance på de ulike tidspunkt. Eksplorerende undersøkelser ble foretatt ved hjelp av Pearsons produkt moment korrelasjonsanalyse for kontinuerlige variabler (alder og symptomvarighet og symptomreduksjon) og Spearmans rho korrelasjonsanalyse for kategoriske variabler (kjønn, tiltro, compliance og symptomreduksjon).

Endring i CY-BOCS-skåre over tid ble så evaluert ved bruk av ANOVA repeterte målingers design (baseline, 7. og 13. time). Parvise sammenligninger ble foretatt ved hjelp av Bonferronis justering av konfidensintervall. Separate analyser ble gjort for total endring (fra baseline til 13. time), tidlig endring (fra baseline til 7. time) og sen endring (fra 7. time til 13. time). For å teste hypotese I ble det kontrollert for barnets, foreldrenes og terapeutens tiltro i hver sin omgang. Dette ble gjort både for tiltro etter 2. og 7. time.

For å teste hypotese II ble compliance deretter lagt til i modellene. Av hensynet til å begrense antall variabler, ble det foretatt flere separate analyser. Til slutt ble endringer i tiltro og compliance evaluert ved bruk av ANOVA repeterte målingers design (2., 7., og 13. time). Post-hoc test med Bonferronis justering av konfidensintervall ble også her utført. Alle alfanivåer ble satt til 0.05.

Resultatene presenteres med deskriptive data for tiltro, compliance og CY-BOCS-skårer først. Deretter blir de korrelasjonelle funnene presentert. Til slutt presenteres resultatene fra ANOVA repeterte målingers design.

## Resultater

### Deskriptive resultater

Deskriptive resultater er presentert i tabell 1.

Tabell 1: Deskriptiv statistikk for tiltro, compliance og symptomnivå					
		N	Range	Gjennomsnitt	Standardavvik
<b>Tiltro</b>	<b>Barn</b>				
	2. time	21	5-3	4.1429	.79282
	7. time	21	5-3	4.1905	.67964
	13. time	21	5-3	4.3333	.57735
	<b>Foreldre</b>				
	2. time	21	5-3	4.5476	.52213
	7. time	21	5-3	4.3333	.57735
	13. time	21	5-2	4.5476	.74001
	<b>Terapeut</b>				
	2. time	21	5-3	3.8095	.67964
	7. time	21	5-3	3.7143	.71714
	13. time	21	5-3	4.2381	.53896
<b>Compliance</b>	<b>Barn</b>				
	2. time	21	5-3	3.8571	.72703
	7. time	21	5-3	3.5714	.59761
	13. time	21	5-3	4.0476	.66904
	<b>Foreldre</b>				
	2. time	21	5-3	4.3810	.56800
	7. time	21	5-3	4.3095	.46033
	13. time	21	5-3	4.4048	.51524
	<b>CY-BOCS</b>				
Baseline	21	36-20	27.81	4.58	
7. time	21	30-0	18.10	6.80	
13. time	21	27-0	9.14	7.56	

Barnets tiltro varierte fra *moderat* til *svært stor* på alle tidspunkt. Ingen rapporterte om *ingen* eller *liten* tiltro. Barnets compliance varierte også fra *moderat* til *svært stor* på alle tidspunkt. Foreldrenes sammenlagte tiltro varierte fra *moderat* til *svært stor* etter 2. og 7. time og fra *liten* til *svært stor* etter 13. time. Foreldrenes compliance varierte fra *moderat* til *svært stor* etter 2. og 13. time og fra *stor* til *svært stor* etter 7. time. Terapeutens tiltro varierte også fra *moderat* til *svært stor* på alle tidspunkt. Gjennomsnittlig CY-BOCS-skåre var høyest på baseline og lavest etter 13. time, noe som tyder på at behandlingen har hatt en positiv effekt.

## Eksplorerende resultater

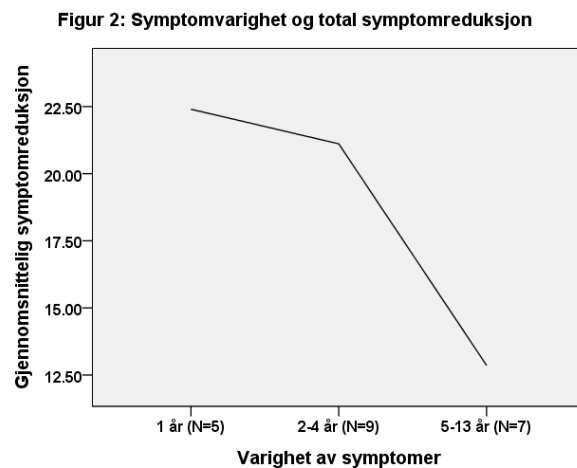
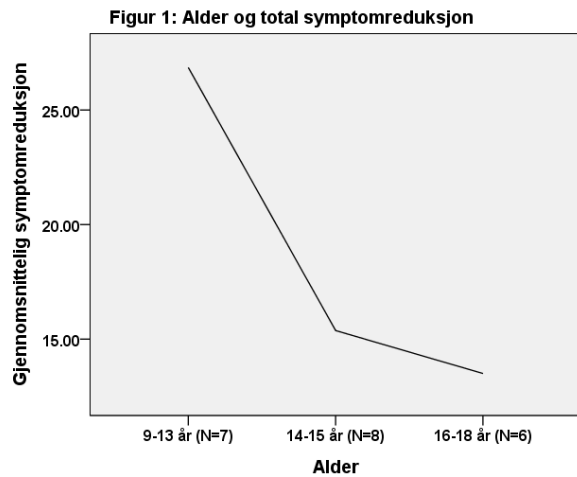
**Bakgrunnsvariabler og symptomreduksjon.** Korrelasjoner er presentert i tabell 2.

		Bakgrunnsvariabler			Symptomreduksjon		
		Kjønn	Varighet	Alder	Total	Tidlig	Sen
<b>Bakgrunns- Variabler</b>	<i>Kjønn</i>						
	Symptomvarighet	-.018					
	Alder	.134	.322				
<b>Symptom- reduksjon</b>	Total	-.288	-.453*	-.580**			
	Tidlig	-.193	-.497*	-.529*	.657**		
	Sen	-.131	.003	-.120	.499*	-.325	

\*Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå (tohalet)

\*\* Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå (tohalet)

NB. Kjønn og symptomreduksjon er analysert med Spearmans rho korrelasjonsanalyse

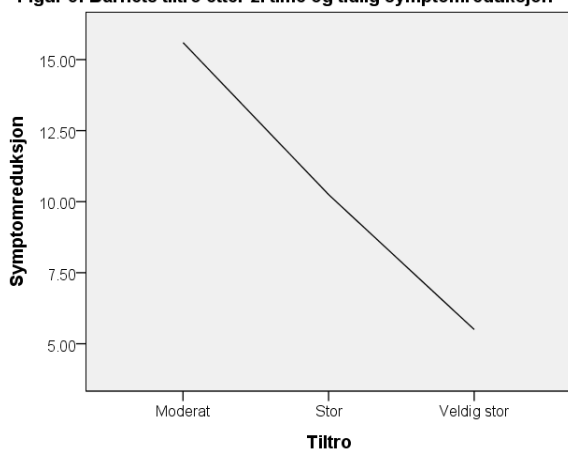


Barnets alder korrelerte signifikant og negativt med total og tidlig symptomreduksjon. Grafen i figur 1 viser hvordan den yngre aldersgruppen hadde mer symptomreduksjon enn den eldre aldersgruppen. Varighet av symptomer var også signifikant og negativt korrelert med tidlig og total symptomreduksjon. Grafen i figur 2 viser hvordan de som har hatt symptomene over flere år har mindre symptomreduksjon enn de som har hatt symptomene over færre år. Kjønn relaterte seg ikke sterkt til symptomreduksjon.

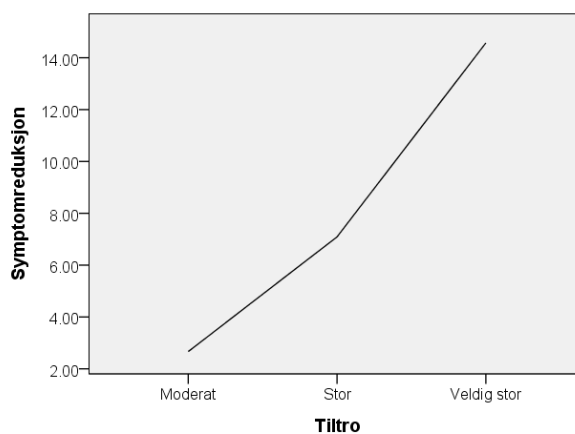
**Tiltro og symptomreduksjon.** Korrelasjoner er presentert i tabell 3.

		Symptomreduksjon		
		Total	Tidlig	Sen
<b>Tiltro</b>	Total			
	Tidlig	.654**		
	Sen	.515*	-.205	
Barn	2. time	-.282	-.439*	.223
	7. time	.318	-.092	.630**
	13. time	.328	.130	.419
Foreldre	2. time	-.210	-.377	-.089
	7. time	-.023	-.112	.076
	13. time	.270	-.016	.318
Terapeut	2. time	.214	.367	-.201
	7. time	.440*	.427	.036
	13. time	.559.**	.192	.292

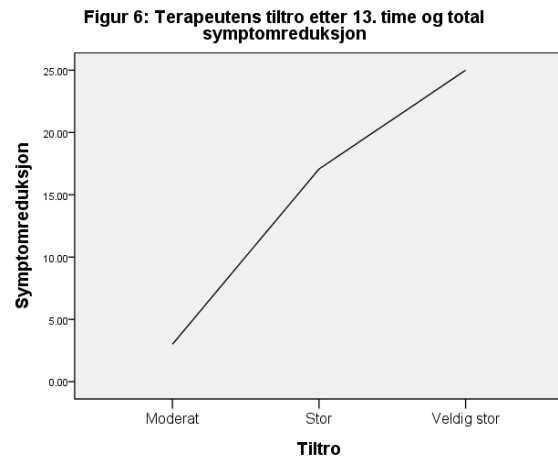
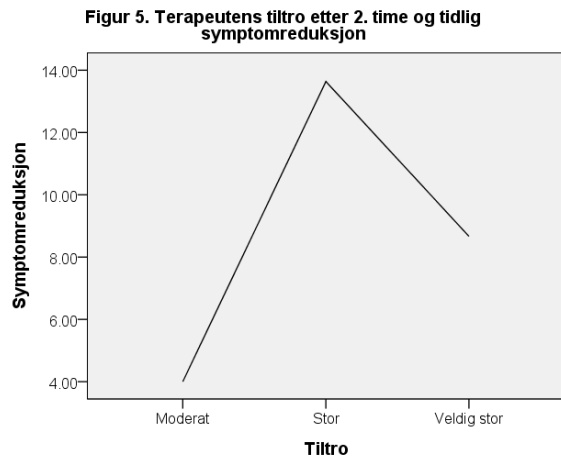
Figur 3: Barnets tiltro etter 2. time og tidlig symptomreduksjon



Figur 4: Barnets tiltro etter 7. time og sen symptomreduksjon



Tidlig symptomreduksjon korrelerte signifikant med *lavere* tiltro hos barnet etter 2. time. Forholdet er presentert i figur 3. Dette står i kontrast til en forventet positiv sammenheng mellom tiltro og symptomreduksjon i hypotese I. Sen symptomreduksjon var derimot signifikant forbundet med *høyere* tiltro hos barnet etter 7. time, noe som stemmer overens med det som var forventet ut fra hypotese I. Forholdet er presentert i figur 4.



Terapeutens tiltro etter 2. time korrelerte moderat og positivt, men ikke signifikant med tidlig tiltro. Det er imidlertid verdt å merke seg at gjennomsnittlig tiltro etter 2. time antyder et kurvelineært forhold til tidlig symptomreduksjon som sett av grafen i figur 5. Terapeutens tiltro etter 7. og 13. time viste en positiv og signifikant korrelasjon med total symptomreduksjon, noe som stemmer overens med hypotese I. Dette tyder samtidig på at allerede opplevd progresjon kan ha påvirket terapeutens tiltro. Foreldrenes tiltro viste kun svake og ikke-signifikante sammenhenger med symptomreduksjon, noe som ikke støtter opp om hypotese I.

**Compliance og symptomreduksjon.** Korrelasjoner er presentert i tabell 4.

		Symptomreduksjon		
		Total	Tidlig	Sen
<b>Compliance</b>				
Barnet	2. time	-.006	.044	-.098
	7. time	.250	.400	-.132
	13. time	.271	.121	.053
Foreldrene	2. time	.057	.035	-.047
	7. time	-.425	-.243	-.310
	13. time	.081	.133	-.251

Compliance viste ingen sterke sammenhenger med symptomreduksjon, verken når det gjaldt barnet eller foreldrene. Ut fra hypotese II ville det forventes at compliance i større grad var relatert til symptomreduksjon. Derfor støtter ikke disse resultatene opp om hypotese II.



**Tiltro og compliance.** Korrelasjoner er presentert i tabell 5.

		Tabell 5: Spearmans rho korrelasjoner mellom tiltro og compliance								
		Tiltro								
		Barn			Foreldre			Terapeut		
Compliance		2.	7.	13.	2.	7.	13.	2.	7.	13.
	Barn	2.	.402	.459*	.130	-.175	-.601**	-.421	.221	-.039
7.		.026	.179	.253	-.402	-.341	-.048	.164	.331	.020
13.		.089	.247	.460*	-.230	-.372	.252	.238	-.086	.509*
Foreldre	2.	-.177	.019	-.210	.026	.291	-.120	-.224	.158	.342
	7.	-.177	-.368	-.130	.304	.454*	.326	.100	.036	-.140
	13.	-.448*	-.271	.007	.146	-.148	.012	.291	.246	.161

Barnets compliance etter 2. time korrelerte signifikant og positivt med tiltro etter 7. time. Dette tyder på at tiltro og compliance kan være forbundet over tid hos barnet.

Terapeutens tiltro etter 13. time korrelerte med compliance hos barnet etter 13. time, noe som indikerer en slags forbindelse mellom terapeutens vurdering av innsats hos barnet og egen tiltro. Foreldrenes tiltro og compliance etter 7. time var positivt og signifikant korrelert med hverandre. Disse tre resultatene kan gi noe støtte til hypotese II siden et eventuelt forhold mellom tiltro og symptomendring ble forventet å være avhengig av nivå på compliance.

Et kanskje noe mer overraskende funn er den negative korrelasjonen mellom barnets tiltro etter 2. time og foreldrenes compliance etter 7. time. Muligens tyder dette funnet på at det ikke trenger å være samsvar mellom de ulike respondentenes tiltro og compliance og at de kan være i ”utakt” på dette tidspunktet i forløpet.

### Variansanalyser av total symptomendring

Endring av symptomer over de tre måletidspunktene ble først undersøkt. Resultatet er presentert i tabell 6.

Tabell 6: Symptomendring mellom baseline, 7. og 13. time				
	Wilks Lambda	F (2,19)	P	Partial Eta Squared
Tid	.168	47,03	.000	.832

Det var en signifikant endring av tvangssymptomer over de tre måletidspunktene, noe som tyder på at behandlingen har gitt en positiv effekt. Parvise sammenligninger ved bruk av Bonferronis justering av konfidensintervall indikerer at gjennomsnittelig symptomskåre ved baseline er signifikant forskjellig fra 7. time og 13. time og at baseline er signifikant forskjellig fra 13. time.

Det ble så gjort separate analyser for kontroll av barnets, foreldrenes og terapeutens tiltro etter 2. time. Resultatet er presentert i tabell 7.

	<b>Barn</b>				<b>Foreldre</b>				<b>Terapeut</b>			
	Wilks Lambda	F (2,17)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (2,17)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (2,16)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.565	6.93	<b>.006</b>	.435	.795	2.33	.126	.205	.879	1.24	.314	.121
<b>Tiltro 2. time</b>	.745	3.08	.071	.255	.934	.638	.540	.066	.882	1.20	.324	.118

**Barnets tiltro.** I motsetning til hva som var forventet viste ikke tiltro etter 2. time en signifikant interaksjon mellom effekten av tid og symptomskårer. En relativt lav p-verdi indikerer imidlertid at tiltro kan være med på å forklare noe av den totale symptomendringen. Det var fremdeles en signifikant hovedeffekt av tid.

**Foreldrenes tiltro.** Foreldrenes tiltro etter 2. time viste heller ingen signifikant interaksjonseffekt, noe som står i motsetning til hva som ble forventet. I denne modellen var det ikke lenger en signifikant hovedeffekt av tid.

**Terapeutens tiltro.** Terapeutens tiltro etter 2. kunne heller ikke forklare symptomendring signifikant. Hovedeffekten, altså signifikant endring i symptomskårer over tid, forsvant når terapeutens tiltro ble kontrollert for.

**Compliance.** For å teste hypotese II ble compliance tatt med i modellen i en ny analyse. *Barnets* compliance etter 2. time ble tatt med i analysen av barnets tiltro og *foreldrenes* compliance etter 2. time ble tatt med i analysen av foreldrenes tiltro. I analysen av terapeutens tiltro, ble det besluttet å prioritere barnets compliance. Foreldrens compliance ble da utelatt av hensynet til å begrense antall prediktorer i modellen. Resultatet er presentert i tabell 8.

**Tabell 8: Symptomendring mellom baseline, 7. og 13. time, tiltro og compliance**

	Barn				Foreldre				Terapeut			
	Wilks Lambda	F (2,17)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (2,17)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (2,17)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.727	3.19	.066	.273	.891	1.04	.376	.109	.908	.862	.440	.092
<b>Tiltro 2. time</b>	.681	3.98	<b>.038</b>	.319	.934	.599	.561	.066	.881	1.143	.342	.119
<b>Compliance 2. time</b>	.910	.836	.450	.090	.961	.343	.714	.039	.995	.042	.959	.005

Compliance viste da ingen signifikant interaksjonseffekt mellom effekten av tid og symptomendring. Resultatet støtter derfor ikke opp om hypotese II. Imidlertid kan barnets tiltro forklare total symptomendring når det kontrolleres for compliance i modellen. Interaksjonseffekten er imidlertid vanskelig å tolke da det er en svak og negativ korrelasjon mellom total symptomreduksjon og tiltro etter 2. time (se tabell 3). Derfor er det usikkert om dette funnet støtter hypotese I.

### Variansanalyser av tidlig symptomendring

Det ble gjort separate analyser for kontroll av barnets, foreldrenes og terapeutens tiltro etter 2. time. Resultatene er presentert i tabell 9.

**Tabell 9: Symptomendring mellom baseline og 7. time og tiltro**

	Barn				Foreldre				Terapeut			
	Wilks Lambda	F (1,19)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,19)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,19)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.588	13.31	<b>.002</b>	.412	.881	2.56	.126	.119	.984	.318	.580	.016
<b>Tiltro 2. time</b>	.748	6.40	<b>.020</b>	.252	.952	.965	.338	.048	.719	6.63	.129	.117

**Barnets tiltro.** Til støtte for hypotese I, viste barnets tiltro etter 2. time en signifikant interaksjonseffekt mellom tid og endring i symptomer. Det var også en signifikant hovedeffekt av tid, altså signifikant forskjell mellom symptomskåre på baseline og 7. time. Det er imidlertid vanskelig å tolke denne effekten da korrelasjonen mellom barnets tiltro etter 2. time og tidlig symptomreduksjon er negativ (se tabell 3 og figur 3).

**Foreldrenes tiltro.** Tiltro viste ingen interaksjonseffekt mellom effekten av tid og symptomendring, noe som ikke støtter opp om hypotese I. Hovedeffekten av tid forsvant når foreldrenes tiltro ble tatt med i modellen.

**Terapeutens tiltro.** Heller ikke terapeutens tiltro viste noen signifikant interaksjonseffekt mellom effekten av tid og symptomnedring. Det var heller ingen signifikant hovedeffekt av tid.

**Compliance.** For å teste hypotese II ble compliance tatt med i modellen i en ny analyse. Også her ble *barnets* compliance etter 2. time tatt med i analysen av barnets tiltro og *foreldrenes* compliance etter 2. time tatt med i analysen av foreldrenes tiltro. I analysen av terapeutens tiltro, ble det også her besluttet å prioritere barnets compliance. Foreldrenes compliance ble også da utelatt av hensynet til å begrense antall variabler i modellen. Resultatet er presentert i tabell 10 .

**Tabell 10: Symptomendring mellom baseline og 7. time, tiltro og compliance**

	Barn				Foreldre				Terapeut			
	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>P</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.762	5.61	<b>.029</b>	.238	.977	.429	.521	.023	.994	.101	.775	.006
<b>Tiltro</b>	.687	8.18	<b>.010</b>	.313	.952	.912	.352	.048	.882	2.41	.138	.118
<b>Compliance</b>	.918	1.61	.221	.082	.967	.605	.447	.033	.003	.050	.825	.003

I motsetning til hva som ble forventet ut fra hypotese II, viste compliance ingen signifikant interaksjonseffekt i forholdet mellom tid og symptomskårer. Barnets tiltro viste imidlertid fortsatt en signifikant interaksjonseffekt mellom tid og symptomskårer. Compliance medierte altså ikke forholdet mellom tiltro og tidlig symptomendring.

### Variansanalyser av sen symptomendring

Det ble gjort separate analyser for kontroll av barnets, foreldrenes og terapeutens tiltro etter 2. og 7. time. Resultatene er presentert i tabell 11.

**Tabell 11: Symptomendring mellom 7. og 13. time**

	Barn				Foreldre				Terapeut				
	Wilks Lambda	F (1,19)	<i>P</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,19)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	
<b>Tid</b>	.790	5.06	<b>.037</b>	.210	.993	.14	.710	.007	.933	1.37	.256	.067	
<b>Tiltro</b>	<b>7. time</b>	.615	11.88	<b>.003</b>	.385	.993	.141	.712	.007	.999	.010	.921	.001

**Barnets tiltro.** I samsvar med hypotese I, viste resultatet en signifikant interaksjonseffekt av tiltro etter 7. time. Det var i tillegg en hovedeffekt av tid.

**Foreldrenes tiltro.** I motsetning til hva som ble forventet ut fra hypotese I, viste resultatet ingen interaksjonseffekt av tiltro på 7. time. Det var heller ingen signifikant hovedeffekt, altså ingen signifikant endring i symptomskårer i foreldrenes analyse av tiltro

**Terapeutens tiltro.** Resultatet viste ingen signifikant interaksjonseffekt av terapeutens tiltro etter 7. time, og gir dermed lite støtte for hypotese I. Det var heller ingen signifikant symptomendring i terapeutens analyse av tiltro.

**Compliance.** For å teste hypotese II, ble compliance tatt med i en ny modell. Her ble barnets compliance etter 7. time tatt med i barnets analyse og foreldrenes compliance etter 7. time i foreldrenes analyse. I terapeutens analyse ble også denne gangen barnets compliance etter 7. time prioritert. Resultatet er presentert i tabell 12.

**Tabell 12: Symptomendring mellom 7. og 13. time, tiltro og compliance**

	Barn				Foreldre				Terapeut			
	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.973	.492	.492	.027	.877	2.52	.130	.123	.885	2.34	.144	.115
<b>Tiltro, 7. time</b>	.566	13.81	<b>.002</b>	.434	.925	1.46	.242	.075	.998	.033	.875	.002
<b>Compliance, 7. time</b>	.874	2.60	.124	.126	.828	3.74	.069	.172	.949	.970	.338	.051

**Tidligere compliance.** Det var også ønskelig å undersøke hvilken rolle tidligere compliance kunne spille for en senere forbindelse mellom tiltro og symptomendring. Derfor ble compliance etter 2. time lagt inn i modellen og analysert separat for barnet, foreldrene og terapeut. Resultatet er presentert i tabell 13.

**Tabell 13: Symptomendring mellom 7. og 13. time, tiltro og compliance**

	Barn				Foreldre				Terapeut			
	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.912	1.73	.204	.088	.971	.538	.473	.029	.948	2.34	.334	.052
<b>Tiltro, 7. time</b>	.463	20.88	<b>.000</b>	.537	.983	.309	.585	.017	1.00	.009	.926	.000
<b>Compliance, 2. time</b>	.749	6.02	<b>.025</b>	.251	.972	.514	.483	.028	.996	.067	.799	.004

Resultatet viste at tidligere compliance hos barnet interagerer i forholdet mellom tid og symptomendring. Interaksjonseffekten av tiltro etter 7. time holdt seg imidlertid signifikant.

Dette indikerer derfor ikke at effekten av tiltro medieres av compliance, slik det ble forventet ut fra hypotese II. Likevel viser resultatet at tidlig compliance kan spille en rolle i symptomendring.

**Tidligere tiltro.** For å undersøke om tidlig tiltro kunne spille en rolle for sammenhengen mellom tiltro og symptomendring på et senere tidspunkt, ble tiltro etter 2. time lagt inn i modellen og separat analysert for hver av respondentgruppene. Resultatet er presentert i tabell 14.

	<b>Barn</b>				<b>Foreldre</b>				<b>Terapeut</b>			
	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.860	2.93	.104	.140	.975	.460	.506	.025	.967	.605	.447	.033
<b>Tiltro, 7. time</b>	.631	10.52	<b>.005</b>	.369	.995	.099	.757	.005	.976	.442	.515	.024
<b>Tiltro, 2. time</b>	.917	1.63	.219	.083	.896	2.093	.165	.104	.873	2.61	.123	.127

Resultatet viste da at tidligere tiltro etter 2. time ikke interagererte i forholdet mellom tid og symptomendring. Interaksjonseffekten av barnets tiltro etter 7. time var fortsatt signifikant.

**Tidlig symptomreduksjon.** Med den hensikt å kontrollere for at tidligere symptomreduksjon kunne ha påvirket en sammenheng mellom senere tiltro og symptomendring, ble det testet for symptomreduksjon, altså differanse mellom CY-BOCS-skåre mellom baseline og 7. time. Dette ble også gjort separat for klientens, foreldrenes og terapeutens tiltro. Resultatet er presentert i tabell 15.

	<b>Barn</b>				<b>Foreldre</b>				<b>Terapeut</b>			
	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (1,18)	<i>p</i>	Partial Eta Squared
<b>Tid</b>	.844	3.34	.084	.156	.986	.258	.618	.014	.915	1.67	.213	.085
<b>Tiltro 7. time</b>	.630	10.58	<b>.004</b>	.370	.989	.201	.659	.011	.999	.023	.881	.001
<b>Tidlig symptomreduksjon</b>	.978	.409	.531	.022	.993	.122	.731	.007	.980	.377	.547	.020

Resultatet viste da at barnets tiltro fortsatt viste en signifikant interaksjonseffekt mellom effekten av tid og symptomendring. Tidlig symptomreduksjon kunne ikke signifikant forklare hvorfor noen fikk mer symptomendring senere i denne modellen.

## Variansanalyser av endring i tiltro og compliance

Det ble til slutt undersøkt om det var forskjell i de ulike respondentenes tiltro og compliance over tid. Resultatet er presentert i tabell 16.

**Tabell 16: Endring i tiltro og compliance mellom 2.,7., og 13. time**

Tid	Tiltro				Compliance			
	Wilks Lambda	F (2,19)	P	Partial Eta Squared	Wilks Lambda	F (2,19)	P	Partial Eta Squared
<b>Barn</b>	.950	.496	.616	.050	.659	4.91	<b>.019</b>	.341
<b>Foreldre</b>	.816	2.139	.145	.184	.964	.358	.703	.036
<b>Terapeut</b>	.659	4.93	<b>.019</b>	.341				

**Tiltro.** Resultatet viste en tendens til økning i barnets tiltro over de tre måletidspunkt, men denne endringen var ikke signifikant. Det var en tendens til at foreldrene hadde lavest tiltro etter 7. time, men tiltroen endret seg ikke signifikant over de tre tidspunktene. Når det gjaldt terapeutens tiltro, var det en signifikant endring i tiltro over tid. Det var en økning i terapeutens tiltro fra 7. til 13. time og denne viste seg ved hjelp av Bonferronis justering av konfidensintervall å være signifikant.

**Compliance.** Det var en signifikant endring i barnets compliance over tid. Post-hoc test med Bonferronis justering av konfidensintervall viste at det kun var signifikant forskjell mellom barnets compliance etter 7. og 13. time. Foreldrene hadde ingen signifikant endring i compliance over tid.

### Oppsummering av resultatene

I tråd med tidligere forskning (Lewin et al., 2011; Westra et al., 2007), ble det forventet en positiv sammenheng mellom tiltro, compliance og symptomendring. Dette ble undersøkt gjennom korrelasjonelle analyser og ANOVA repeterte målingers design. Resultatet kom an på hvilken respondent det gjaldt, tidspunktet tiltro og compliance ble målt på og tidsrommene endring i symptomskåre ble målt over.

Hypotese I ble delvis støttet. Barnets tiltro etter 7. time forklarte senere symptomendring. Denne effekten viste seg robust når det ble kontrollert for compliance, tidligere tiltro og tidligere symptomreduksjon. Korrelasjonen mellom barnets tiltro etter 7.

time og sen symptomreduksjon var positiv og signifikant, noe som støtter hypotese I. Barnets tiltro etter 2. time kunne signifikant forklare tidlig og total symptomendring, men ikke på en forventet måte. Som sett av en negativ korrelasjon mellom tiltro og symptomreduksjon, så de med *moderat* tiltro ut til å få mer symptomendring tidlig i forløpet enn de med *svært stor* tiltro. Noe av det samme ble observert hos terapeuten. Her var *stor* tiltro i begynnelsen av behandlingen mer forbundet med tidlig symptomendring enn både *moderat* og *veldig stor* tiltro. Foreldrenes tiltro var kun svakt forbundet med symptomendring. I motsetning til det som ble forventet kunne ikke symptomendring signifikant forklares av verken foreldrenes eller terapeutens tiltro.

Hypotese II ble ikke støttet. Compliance ble forventet å spille en medierende rolle der hvor tiltro interagerer i behandlingseffekten, men dette resultatet uteble. Barnets compliance tidlig i forløpet kunne imidlertid forklare senere symptomendring og det var noen spredte, positive sammenhenger mellom compliance og tiltro. Disse tyder på at barnets compliance tidlig i forløpet kan ha betydning for senere tiltro, at foreldrenes tiltro og compliance henger sammen midtveis i forløpet og at terapeutens vurdering av compliance antagelig bidrar til hvor stor tiltro terapeuten har på slutten av forløpet.

Eventuelle forskjeller i tiltro og compliance ble utforsket for å vurdere om de er påvirkbare og kan endres underveis i behandlingsforløpet. Generelt endret tiltro og compliance seg lite i den første halvdel av behandlingen. For øvrig ble tvangssymptomene signifikant redusert over de tre måletidspunktene, noe som impliserer en positiv effekt av behandlingen. Alder og symptomvarighet var for øvrig negativt og signifikant forbundet med total og tidlig symptomreduksjon.



## Diskusjon

I det følgende vil betydningen av resultatene diskuteres. Først vil effekten av tidlig tiltro (etter 2. time) drøftes, både når det gjelder den tidlige symptomendringen og den totale symptomendringen. Så vil effekten av senere tiltro (etter 7. time) på sen symptomendring drøftes. Deretter kommer diskusjonen inn på forskjellen mellom ulike effekter av tiltro mellom tidlig og sen symptomendring og mellom de ulike respondentgruppene. Dette for å belyse eventuelle forutsetninger for tiltro, som rasjonale og sosialkognitive egenskaper og mekanismer for symptomendring, som selvpoppfyllende prosess og compliance.

### Tidlig tiltro og symptomendring

Barnets tiltro etter 2. time viste seg å kunne forklare *tidlig* symptomendring signifikant (se tabell 9). Det ble også antydning en tendens til at barnets tidlige tiltro kunne forklare hvorfor noen *totalt* fikk bedre utfall enn andre (se tabell 7 og 8). Imidlertid kan interaksjonseffektene være vanskelige å tolke på grunn av at tidlig tiltro korrelerer negativt med både total og tidlig symptomreduksjon (se tabell 3). Ved nærmere observasjon kan det se ut som de med *moderat* tiltro får mer symptomendring enn de med *stor* eller *svært stor* tiltro (se tabell 3 og figur 4). Disse funnene står dermed i kontrast til hypotese I og stemmer lite overens med hovedfunn fra tidligere forskning (Lewin et al., 2011). Derimot kan resultatet tyde på at det å ha høyest tiltro ikke nødvendigvis innebærer det beste utfallet. Noe av det samme antydes i forholdet mellom terapeutens tiltro etter 2. time og tidlig symptomendring (se tabell 3). Terapeuter med *stor* tiltro hadde mer symptomreduksjon hos sine klienter enn både de med *svært stor* og de med *moderat* tiltro (se figur 5), men de ulike nivåene kunne ikke forklare tidlig symptomendring signifikant (se tabell 9).

**Kurvelineær hypotese.** Det er utfordrende å tolke disse resultatene ut fra empirien som foreligger på forholdet mellom forventninger og utfall. Det at ikke alle nivåene av tiltro var representert i datamaterialet, det vil si at ingen hadde *ingen* eller *liten* tiltro, gjør det usikkert om forholdet mellom tiltro og symptomendring er lineært. Det er fortsatt mulig at lav tiltro ville ført til dårligere utfall. En mulighet er derfor at resultatet viser deler av et ikke-lineært forhold. Effektene av tidlig tiltro på tidlig symptomendring hos barn kan representere et kurvelineært forhold der tiltro i begge ender av skalaen er lite gunstig for behandlingsresultatet. Denne tolkningen plukker i så fall opp tråden fra tidligere forskning der kurvelineære resultater mellom forventning og utfall viste at både de som trodde på en umiddelbar symptomlette og de som ikke trodde på noen symptomlette i det hele tatt, hadde

mindre endring enn de som la seg på et mer moderat forventningsnivå (Goldstein, 1962). Det å moderere forventningene vil i en slik hypotese kanskje være et uttrykk for en mer realistisk innstilling som virker gunstig på utholdenhet og involvering i behandlingen (Tinsley, Bowman, & Barich, 1993). CBT for OCD spesielt er en behandlingsform som assosieres med mye ubehag for pasienten (Vogel et al., 2006), noe som kanskje kan gjøre en slik tolkning spesielt relevant.

Det er likevel usikkert om resultatene fra barnets tiltro etter 2. time kan tolkes på denne måten. Det er funnet lite støtte for en kurvelineær hypotese i senere forskning (Evans, Smith, Halar, & Kiolet, 1985). Resultatene kan dessuten bare delvis underbygge denne tolkningen da de to laveste nivåene av tiltro ikke var representert. Likevel, en hypotese om at mer moderate forventninger representerer noe positivt for klienten, kan være en mulig innfallsvinkel gitt at *moderat* og *stor tiltro* var sterkere forbundet med symptomreduksjon enn *svært stor tiltro*.

### **Senere tiltro og symptomendring**

Resultatene viste et ganske annet bilde av sammenhengen mellom barnets tiltro etter 7. time og senere symptomendring (se tabell 11). Senere tiltro hos barnet var signifikant forbundet med senere symptomendring på den måten at de som hadde *svært stor* tiltro hadde større sannsynlighet for mer symptomendring enn de med *stor* eller *moderat* tiltro (se tabell 3 og figur 4). Jo større tiltro barnet hadde midtveis i behandlingen, jo større sannsynlighet var det altså for å få mer symptomendring i siste del av den.

Interaksjonseffekten av tiltro etter 7. time fortsatte å være signifikant når det ble kontrollert for tidligere tiltro, noe som kan bety at barnet ikke har basert sin tiltro på hukommelse for tidligere vurderinger av den (se tabell 14). Den fortsatte også å være signifikant når det ble kontrollert for tidligere symptomendring, noe som kan tyde på at det å ha tiltro på ett tidspunkt fører til mer symptomendring på et senere tidspunkt (se tabell 15). Med dette svekkes antageligvis en forklaring som går ut på at allerede opplevd bedring både fører til senere bedring og senere tiltro, diskutert innledningsvis (Lick & Bootzin, 1975). Dette vil være på linje med funn der endring av forventninger og tiltro forholdt seg uavhengig av symptomendring (Newman & Fisher, 2010).

### **Forskjellen mellom tidlig og senere tiltro**

I første halvdel av behandlingen var det størst sannsynlighet for å oppnå symptomendring når barnet hadde *moderat* tiltro etter 2. time. I andre halvdel var det størst sannsynlighet for å

oppnå symptomendring når barnet hadde *svært stor* tiltro etter 7. time (se figur 3 og 4). En mulig forklaring på at den forventede effekten først vises midtveis i forløpet kunne innebære at barnet da sikrere forutser hvordan behandlingen vil ende. Imidlertid er det lite som tilsier at barnet baserte tiltro etter 7. time på allerede opplevd symptomendring, noe som antagelig svekker en forklaring om at erfaring fra gjennomførte behandlingstimer kan forklare dette.

**Terapeutisk allianse og rasjonalens betydning.** En mer sannsynlig forklaring innebærer at økt terapeutisk allianse og økt forståelse av rasjonalen har ført til forbindelsen mellom tiltro og symptomendring etter 7. time. Dette kan støtte seg på resultater som indikerer at terapeutens evne til å formidle positiv informasjon og håp om bedring er et fellestrekk ved vellykkede behandlinger (Blasi et al., 2001). Formidling av håp blir et ledd i å danne en trygg allianse med klienten, noe som antagelig er en forutsetning for tiltro, men sannsynligvis ikke tilstrekkelig. Mye tyder på at klienten i tillegg må forstå rasjonalen for at optimale forventninger skal mobiliseres (Abramowitz et al., 2002). Gitt at terapeutisk allianse har en tendens til å vokse utover i forløpet (Kendall et al., 2009) og at forståelse av rasjonalen kan ta tid å etablere, kan det hende at senere tiltro i større grad enn tidlig tiltro reflekterer en god allianse og forståelse av rasjonalen. Til støtte for denne antagelsen fant Newman og Fisher (2010) at grad av endring i forventninger og tiltro i løpet av en midtperiode av behandlingen kunne predikere senere utfall. Denne endringen sammenfalt imidlertid ikke med symptomendring og var antagelig mer forbundet med økt kontaktetablering og forståelse av rasjonalen.

På grunnlag av dette kan det altså tenkes at de som hadde mer tiltro og bedre utfall kjennetegnes av at de forstod rasjonalen bedre. Selv om barnets tiltro endret seg lite, er det mulig at sen tiltro i større grad baseres på forståelse enn det tidlig tiltro gjør. Det kan i tillegg være slik at de med *moderat* til *stor* tiltro før behandlingsoppstart hadde større sannsynlighet for å dra nytte av rasjonalen, som diskutert i forskning presentert innledningsvis (Ahmed & Westra, 2009).

Det kan bare spekuleres i betydningen av terapeutisk allianse og forståelse av rasjonalen siden ingen av dem er operasjonalisert i denne studien. Tiltro ble dessuten kun målt etter at rasjonalen hadde blitt introdusert. Det kan heller ikke utelukkes at barnet kan ha forutsett utfallet ut fra andre terapierfaringer enn akkurat de som handlet om bedring. Likevel er det sannsynlig at forståelsen av rasjonalen har økt utover i forløpet, i hvert fall for enkelte,

og at denne utviklingen kan ha spilt en rolle for tiltro og senere endring (Newman & Fisher, 2010).

### **Selvopplyllende prosess**

Selv om det kan være grunn til å tro at terapeutisk allianse og forståelse av rasjonalen kan legge grunnlaget for tiltro midtveis i behandlingen, er det uvisst hva som er mekanismen mellom tiltro og symptomendring. Det er mulig at en selvopplyllende prosess kan forklare hvorfor mer tiltro gir bedre behandlingsresultat (Kirsch, 2005). Det å forvente seg at E/RP vil føre til bedre evne til å motstå press for tvangshandlinger, kan ifølge en slik modell ha ført til en umiddelbar opplevelse av at tvangstankene ikke var så påtrengende lenger.

**Sosialkognitive teorier.** Å anta at en forventning om bedring vil kunne hjelpe i endringsprosessen ligger for øvrig nært opp til premissene for CBT, da dette er en terapiform som legger opp til forventningsendring per se og ser på tankefeil og forvridde forventninger som en opprettholdende faktor i mange psykiske problemer (Bakker, 2008). For eksempel vil en endring av forventningen om at noe fælt vil skje dersom pasienten ikke utfører tvangshandlinger innebære et skritt mot bedring av OCD. Dette rimer med det som tidlig ble hevdet å være terapeutens viktigste oppgave, nemlig å mobilisere håp og forventning om bedring i klientens sinn (Frank, 1961). Det å endre tankemønster slik at klienten virkelig tror det vil få det bedre kan på denne måten være selve nøkkelen til symptomendring i CBT for OCD, og derfor et mål i seg selv.

Større tiltro ved 7. time kan samtidig ha hatt mer mestringstillitt enn de andre og derfor endret seg mer i positiv retning. Dette vil være i tråd med Banduras teori, som postulerer at de som har endret seg mest har en mestringstillitt som gjør dem i stand til å ta steg i retning av endring og håndtere motgang (Bandura, 1977).

En annen innfallsvinkel til å forstå hvorfor de som midtveis hadde størst tiltro også hadde mest symptomendring er å finne i Becks skjemateori (Beck, 1976). Ifølge denne har de med et positivt psykoterapiskjema fulgt med på og prosessert tegn på at terapien virker mer effektivt enn tegn på at terapien ikke virker. Dette kan betraktes som en selektiv kognisjon som bidrar til å opprettholde en positiv tiltro samtidig med en opplevelse av bedring. Det at barnets tiltro endret seg relativt lite underveis i terapien, kan muligens støtte en slik tolkning og tyde på at tiltroen baseres på kognitive skjema.

## **Compliance**

En alternativ forklaring til at større tiltro fører direkte til symptomendring, kan være at tiltro fører til bedre compliance, som i sin tur fører til symptomendring. Hypotese II forventet at de som hadde mer tiltro også hadde mer samarbeidsvilje og –evne i behandlingen og derfor fikk mer nytte av den (Westra et al., 2007). Denne antagelsen virket rimelig gitt at compliance ansees som en såkalt spesifikk faktor og en teknisk komponent i nesten alle former for CBT (Geffken, Keeley, et al., 2006; Hughes & Kendall, 2007). Den støttet seg også på funn som tyder på at familier med mer håp om endring, har mer hensiktsmessige fortolkninger av symptomer og derfor bedre strategier for å håndtere symptomene (Geffken, Storch, et al., 2006).

**Liten forbindelse mellom compliance og symptomendring.** Resultatene ga riktignok ikke entydig støtte for at mer compliance betydde bedre utfall. Det var kun svake forbindelser mellom compliance og symptomreduksjon (se tabell 4) og terapeuten vurderte ikke de som hadde større tiltro til å ha mer compliance enn de som hadde mindre tiltro (se tabell 5). Resultatene fra variansanalysene viste dessuten at barnets tiltro forklarte symptomendring uavhengig av hvor mye compliance det hadde på samme tidspunkt (se tabell 8, 10, 12 og 13), noe som tyder på at tiltroen interagerer i symptomendring uavhengig av compliance. En mulig tolkning er derfor at aktiv involvering og engasjement ikke nødvendigvis er en forutsetning for optimalt utfall. Dette vil i så fall være på linje med en del andre resultater, der andre faktorer enn compliance antas å spille en større rolle for utfallet (Hughes & Kendall, 2007; Lax et al., 1992; Woods et al., 2002).

**Mulige sammenhenger mellom tiltro, compliance og utfall.** Noen av resultatene tyder imidlertid på at compliance kan ha en indirekte betydning for symptomendring. Compliance etter 2. time kunne signifikant forklare unik varians i symptomendring i siste halvdel av behandlingsforløpet (se tabell 13). Korrelasjoner tyder også på at compliance kan være forbundet med tiltro og dermed også ha betydning for behandlingsresultatet (se tabell 5). Barnets compliance etter 2. time var positivt og signifikant korrelert med tiltro etter 7. time. Kanskje antyder dette at tidlig compliance kan spille en indirekte rolle for utfallet ved å henge sammen med senere tiltro, eventuelt føre til mer tiltro.

Festingers kognitive dissonansteori kan eventuelt belyse denne antagelsen fordi den sier noe om hvordan tiltro og forventninger retter seg etter handlinger for å skape konsonans i tilfeller der disse ikke stemmer overens i utgangspunktet (Festinger, 1957).

Samtidig er det mulig at opplevd symptomendring kan ha ført til mer compliance. Både barna og foreldrene la ned økende grad av innsats i løpet av den siste halvdel av behandlingsforløpet. Selv om forskjellen i compliance mellom 7. og 13. time kun var signifikant for barnet, vil det være rimelig å anta at opplevelse av bedring også kan motivere klienten og foreldrene til å engasjere seg i behandlingen. Til sammen kan tiltro og compliance derfor ha ulike samspillmønstre på ulike tidspunkt i behandlingen. Resultatene taler uansett for at det fortsatt bør være en prioritet å fremme barnets involvering og engasjement tidlig i behandlingen. Dette har også tidligere forskning argumentert for (Westra et al., 2007).

**Metodiske svakheter ved compliance.** Det at det ikke ble vist noen medierende effekt av compliance, kan kanskje skyldes metodiske problemer og måten begrepet er målt på. For det første kan manglende differensiering og konkretisering av begrepet ha vært et problem (Kazantzis et al., 2000; Mausbach et al., 2010). Tidligere er mål på compliance blitt kritisert for å være for omfattende, og for ofte å omhandle flere ulike atferder, til og med noen som kan være lite gunstige i behandlingen (Abramowitz et al., 2002; Woods et al., 2002). Compliance kan også i denne studien ha målt et omfattende sett av variabler som på ulike måter relaterer seg til behandlingsresultatet.

Det kan for det andre være et problem at compliance ikke er vurdert av en uavhengig observatør. Compliance kan eksempelvis være blandet med terapeutens forventninger eller vurdering av klientens progresjon (Woods et al., 2002). Inter-rater reliabiliteten på compliance er dessuten uvisst. Derfor kan det tenkes at målene ikke er objektive nok og at terapeuten kan ha vektlagt ulike ting i vurderingen av compliance. Engasjement og aktivitet i timene til forskjell fra *mellom* timene kan eksempelvis være ulikt vektlagt mellom terapeutene (Kazantzis et al., 2000).

En annen begrensning med datamaterialet i dette utvalget var blant annet at ingen hadde *liten* eller *ingen* compliance; alle ble vurdert til å ha enten *moderat*, *stor* eller *svært stor* compliance. Dette gjør at resultatet ikke kan si noe sikkert om betydningen av compliance. Resultatene gir ingen indikasjoner på hvordan det går med klienter som har *ingen* eller *liten* compliance i behandlingen. Til tross for usikre momenter er det likevel enkelte holdepunkter for å si at compliance kan spille en rolle i utviklingen av tiltro tidlig i forløpet og at det er en tendens til at vellykkede behandlinger kjennetegnes av økt compliance i utover i forløpet.

### **Forskjeller mellom respondentgruppene**

Det var kun barnets tiltro som på en signifikant måte kunne kobles til senere symptomendring. Terapeutens tiltro relaterte seg i større grad til tidligere symptomendring (se tabell 3). Tiltro

kan altså se ut til å henge sammen med symptomendring på ulike måter avhengig av hvem sin tiltro som måles. Kanskje trenger barnet mer bevis for sin tiltro, mens terapeuten allerede har dette og baserer sin tiltro i større grad på barnets symptomstatus og symptomendring.

**Ulike sammenhenger mellom tiltro og symptomendring.** Det resultatet som på den mest tydelige måten var i samsvar med hypotese I, var sammenhengen mellom barnets tiltro etter 7. time og senere symptomendring (se tabell 11). Dette stemmer noe overens med tidligere funn der ungdommens forventninger kunne predikere utfall sterkere enn foreldres og terapeutens forventninger kunne (Lewin et al., 2011). Gitt at det meste av endringen foregår i klienten selv, står kanskje klientens tiltro i en mer direkte sammenheng med symptomendring enn det de andre involverte tiltro gjør.

**Foreldrenes tiltro.** Foreldrene skilte seg ut som den eneste av respondentgruppene uten signifikante sammenhenger mellom tiltro og utfall. Dette kan kanskje virke overraskende med tanke på at de er viktige deltagere i barnets behandling og rammene rundt den (Nock et al., 2007). Tidligere forskning har riktignok heller ikke funnet en tydelig sammenheng mellom foreldrenes forventninger før behandlingsstart og senere behandlingsutfall (Lewin et al., 2011). Til sammen kan det derfor synes som om foreldrenes tiltro har lite å si for symptomendring hos barnet.

Alternativt kan forhold ved utvalget ha ført til en at en eventuell effekt av foreldrenes tiltro ikke kom frem. For det første var foreldrene i dette utvalget i varierende grad involvert i behandlingen. Noen av de eldste barna valgte å involvere egne foreldre mindre enn det behandlingsmanualen la føringer for. Manglende tilstedeværelse kan derfor redusere betydningen av foreldrenes tiltro. Det kan for det andre også ha vært problematisk å slå sammen foreldrenes skåre til en gjennomsnittsskåre. Sammenslåingen kan ha underestimert variasjonen ved effekten av såkalt regresjon til gjennomsnittet (Hsu, 1989).

**Barnets og foreldrenes tiltro som stabile egenskaper.** Barnets og foreldrenes gjennomsnittlig tiltro endret seg lite i løpet av behandlingen og skilte seg med det fra terapeutens tiltro, som endret seg signifikant mellom 7. og 13. time. Selv om det er en mulighet for at det finnes små og viktige endringer i tiltro fra time til time, kan stabilitet i tiltro antyde at forventning best lar seg beskrive som en person- eller familiebasert egenskap, som i liten grad påvirkes av symptomstatus eller lidelsens alvorlighetsgrad. Dette står i motsetning til et syn på forventninger som en speiling av virkeligheten (Lick & Bootzin, 1975). En slik tolkning kan være i tråd med Geffken, Storch, et al. (2006) sine funn presentert

innledningsvis, som går ut på at alvorlighetsgrad ved OCD-symptomer ikke kan forklare hvorfor noen har mer håp for endring.

**Terapeutens tiltro som formet av symptomenes status.** Sammenhengen mellom tiltro og utfall kan likevel se annerledes ut for terapeuten. Resultatene tyder på at variasjon i terapeutens tiltro baserer seg på opplevd progresjon i behandlingen og i større grad speiler opplevd endring (Lick & Bootzin, 1975). For det første var terapeuten den eneste som hadde en signifikant økning i gjennomsnittlig tiltro. Dette ble observert parallelt med at sluttresultatet av behandlingen hos de aller fleste var positivt. Hele 17 av de 21 deltagerne nådde kriteriet for vellykket respons på behandling, det vil si CY-BOCS-skåre på 15 eller mindre. For det andre var terapeuten den eneste som hadde en signifikant korrelasjon mellom tiltro etter 13. time og total symptomreduksjon (se tabell 3), et funn som kanskje støtter en slik antagelse siden tiltro ble målt etter at endringen hadde funnet sted.

På linje med disse funnene, viser tidligere forskning at terapeutens forventninger er nærmere forbundet med alvorlighetsgrad før behandlingsstart enn ungdommens og foreldrenes forventninger (Lewin et al., 2011). De vil sannsynligvis ha høy tiltro til behandlingen som metode, men varierende tiltro til hver enkelt klients nytte av den. Terapeutens tiltro til metoden kan derfor fortsatt spille en stor betydning for utfallet, men det er vanskelig å se for seg at denne vil variere mye i utgangspunktet. Eventuelle endringer i terapeutens tiltro vil antageligvis ha en tendens til å følge klientens progresjon i behandlingsforløpet.

### **Tendens til høye nivåer av tiltro og compliance**

Resultatene viste at barn og foreldre i gjennomsnitt hadde stor tiltro til at terapien ville være til hjelp for dem. Terapeutene hadde oftere *moderat* tiltro, men ingen av dem hadde *liten* eller *ingen* tiltro. Terapeuten vurderte også alle deltagerne til å ha enten *moderat*, *stor* eller *svært stor* compliance. Dette tyder på at unge OCD-pasienter, deres foreldre og terapeut har en tendens til å ha tiltro til behandlingen. Det tyder også på at barnet og foreldrene har en tendens til å være engasjerte i behandlingen.

Det er antagelig ikke overraskende at nivået på tiltro og compliance ligger såpass høyt. For at familier i det hele tatt skal søke om hjelp i psykisk helsevern kan et visst nivå være en forutsetning. Særlig for foreldrene, som typisk har investert innsats og ofte tatt initiativet til å få hjelp, vil liten eller ingen tiltro kanskje virke usannsynlig (Nock & Kazdin, 2001).

En annen mulig forklaring er at de involverte har vært relativt like når det gjelder individuelle kognitive egenskaper, som mestringstillitt og psykoterapiskjema og at de fleste har hatt en hensiktsmessig fortolkning av barnets symptomer. Ut fra kognitive dissonansteori



vil det også være lite sannsynlig at deltagerne, etter allerede å ha samtykket og møtt opp på timer, ville rapportert om lite tiltro (Festinger, 1957). En mulig ”dissonans” mellom innsats og forventninger vil ut fra teorien kunne føre til et behov om å utjevne denne ved å oppjustere forventningene.

Til slutt er det kanskje heller ikke overraskende at terapeuten, som formidler av både behandling og rasjonale har et visst nivå av tiltro i utgangspunktet til behandlingen som metode (Lewin et al., 2011).

### **Øvrige endringsfaktorer**

Det var en signifikant endring av tvangssymptomer, noe som tyder på at behandlingen har vært effektiv i å redusere klientens tvangssymptomer. De korrelasjonelle analysene antydte imidlertid at alder og symptomvarighet kunne ha betydning for utfallet.

**Alder.** Korrelasjonsanalysen viste at alder var signifikant og negativt forbundet med tidlig og total symptomreduksjon (se tabell 2 og figur 1). De eldste klientene hadde altså mindre symptomreduksjon enn de yngste. Det er særlig forskjell mellom de i aldersgruppen 9 til 13 år og 14 til 15 år. Dette går i mot majoriteten av tidligere resultater der det er funnet at CBT fungerer like godt over alle aldersgrupper (Ginsburg et al., 2008). Det går også imot en forventning om at økt innsikt i symptomenes irrasjonelle natur med alderen øker sjansen for vellykket terapi (Lewin et al., 2010). En forklaring kan imidlertid være at det er vanskeligere å få tak i ungdommens tvangstanker da disse oftere er forbundet med skam. Depresjon er vanligere i tenårene enn yngre alder (Kessler et al., 2005), noe som kan bidra til et mer omfattende symptombylle hos ungdommer enn hos yngre barn.

**Symptomvarighet.** Symptomvarighet var også signifikant relatert til symptomreduksjon. De som hadde hatt symptomvarighet i 4 år eller mindre hadde en tendens til mer bedring enn de som hadde hatt symptomene mellom 5 og 13 år (se tabell 2 og figur 2). Resultatet stemmer antageligvis overens med funn om at de med lengre varighet i oppfølgingsundersøkelser etter behandling har mer vedvarende symptomer på OCD (Stewart et al., 2004). Dette kan også gi mening ettersom håp og håndteringsstrategier synes å relatere seg til hvor lenge familien har slitt med problemet (Geffken, Storch, et al., 2006). Varighet av symptomer ble imidlertid målt på bakgrunn av foreldrenes retrospektive rapport, noe som også kan være en metodisk svakhet ved studien, siden vi ikke kan være sikre på hverken reliabilitet eller validitet av denne rapporten.

## **Generelle begrensninger og videre muligheter**

Selv om det i seg selv var et positivt funn med signifikant reduksjon av pasientens tvangssymptomer, kan det ha vært en ulempe for hensikten med denne studien fordi det førte til begrenset variasjonen i utfallet. Dersom det hadde vært større variasjon i utfallet kunne det kanskje også vært mer variasjon i tiltro og compliance. En for snever rekkevidde av skårer (restricted range) kan altså være med på å forklare manglende effekt av tiltro på total symptomendring .

I tillegg til begrensninger allerede nevnt, kan liten utvalgsstørrelse ha vært et problem i de statistiske analysene i denne studien. Av hensyn til Cohen (1977) sin anbefaling om å begrense prediktorer til en for hver tiende deltager, ble det prioritert å unngå for mange variabler i en og samme modell, og heller utføre flere separate analyser. Dette kan ha ført til at en eventuell samvariasjon med andre sentrale variabler for symptomendring ble oversett. Et større utvalg kunne ha medført et annerledes resultat.

En annen begrensning med denne studien kan være at reliabiliteten og validiteten av målene på tiltro og compliance laget for bruk i NordLOTS, er usikker. Dette kan for eksempel innebære at deltagerne har besvart spørsmålet om tiltro ut fra tendensen til å svare på en sosialt akseptabel måte, et fenomen kalt sosial ønskelighet (O'Leary & Turkewitz, 1978). Alternativt kan de reflektere andre forventningsrelaterte begreper, som håp eller motivasjon om bedring bedre enn pasientens forventninger og tiltro til behandlingen i seg selv. Målene på tiltro og compliance var dessuten på et ikke-kontinuerlig målenivå. I tillegg ser de ut til å være skjevfordelte. Disse svakhetene gjør de lite egnet til bruk av parametriske tester, som ANOVA repeterte målingers design. Det ble likevel valgt å belyse endring i disse variablene ved denne metoden.

En tredje begrensning kan være at utvalget er hentet fra kun en behandlingsenhet. Dette kan riktignok være positivt for intern validitet i og med at rammebetingelsene holdes så konstante som mulig. Imidlertid er det ikke sikkert at resultatene lar seg generalisere til de andre behandlingsenhetene involvert i NordLOTS eller behandlingsenheter ellers. Det vil i fremtiden være interessant å undersøke hvorvidt det er forskjell i klientenes tiltro mellom de ulike behandlingsenhetene.

Siden det til tross for begrenset utvalgsstørrelse, rekkevidde av skårer og lite avanserte mål på tiltro og compliance, ble funnet en signifikant effekt av tiltro målt i midten av forløpet, kunne det vært interessant å undersøke dette nærmere i et større utvalg. Det ville også vært interessant å bruke et mer etablert mål, som CEQ for å være sikrere på validiteten av

målingen. Det kunne i tillegg være interessant å undersøke tiltro både før og etter rasjonale ble introdusert, for å få vite noe om den har samme virkning på barn som hos voksne. Det vil til slutt være ønskelig å ha mer differensierte og konkretiserte mål på compliance.

### **Sammenfattet tolkning av resultatene**

Denne studien har kommet frem til at det kan være flere ulike typer forbindelser mellom tiltro, compliance og utfall. Verken barnets, foreldrenes eller terapeuten tiltro kunne forklare det totale utfallet av behandlingen på en forventet måte. Barnets tiltro midtveis i behandling kunne imidlertid på en positiv måte forklarer hvem som bedrer seg mer enn andre, et funn som kan tolkes inn i en hypotese om at jo høyere forventninger, jo bedre behandlingsresultat. Dette føyer seg dermed inn i rekken av flere studier som finner positive forbindelser mellom tiltro og utfall både for psykoterapi generelt (Constantino et al., 2011) og CBT for OCD hos barn og unge spesielt (Lewin et al., 2011). Samtidig representerer funn om at *veldig stor* tiltro tidlig i forløpet var forbundet med mindre symptomendring hos barnet og delvis kanskje også hos terapeuten, muligens et ikke – lineært forhold mellom tiltro og symptomendring, et forhold som også tidligere er beskrevet i behandlingslitteraturen (Goldstein, 1962).

Det er usikkert hva som er mekanismen bak disse resultatene, men en tydelig ulik effekt mellom tidlig og senere tiltro hos klienten kan tyde på at forståelse av rasjonale kan være en av forutsetningene for at tiltro skal kunne påvirke symptomendring positivt. Muligens har de med veldig stor tiltro ved 7. time hatt mer mestringstillitt, mer positive psykoterapiskjema og mer hensiktsmessige fortolkninger av symptomene enn de andre, men resultatet sier ikke noe om hvorvidt de har bedret seg fordi de aktivt involverte og engasjerte seg i behandlingsprinsippene. Siden compliance ikke så ut til å interagere i forholdet mellom tiltro og symptomendring, er det kanskje mest sannsynlig slik at forventninger har en selvoppfyllende effekt på utfall.

Compliance tidlig i forløpet ser imidlertid ut til å bidra til symptomendring i siste halvdel. Noe tyder også på at compliance kan legge føringer for senere tiltro og derav spille en indirekte effekt for utfallet. Samtidig kan en opplevelse av bedring føre til en økning av compliance senere i forløpet. Derfor kan det å fremme involvering og engasjering i behandlingen være en viktig prioritet i CBT med barn og unge (Westra et al., 2007).

Studien har også antydnet at tiltro kan være en relativ stabil egenskap ved individet eller familien, da gjennomsnittlig tiltro så ut til å endre seg lite hos disse. Hos terapeuten derimot,

er det antydnet at bedre tiltro er forbundet med bedre utfall først og fremst fordi terapeuten baserer sin tiltro på opplevd symptomstatus eller -endring.

Metodiske begrensninger kan samtidig svekke generaliserbarheten av funnene og det vil være ønskelig med større utvalg og bruk av mer etablerte og differensierte mål i fremtiden. Uansett hvilke mekanismer som ligger bak, tyder resultatene på at tiltro også er en betydningsfull variabel i psykoterapi med barn og unge og at det kan være hensiktsmessig å ta grep for å optimalisere barnets tiltro til behandlingen, både ved at temaet bringes til overflaten og at terapeuten tar sikte på å formidle håp og gi en rasjonale tilpasset barnets innsiktsnivå og forståelse.

**Konklusjon.** Til tross for svakheter i denne studien ser det ut til at barnet oppnår et bedre behandlingsresultat når tiltroen midtveis i forløpet er høyt. Barnets tiltro tidlig i forløpet ser samtidig ut til å ha betydning for tidlig utfall, men på en noe uventet måte. Terapeutens tiltro ser ut til å være forskjellig fra barnets ved at det er mer basert på symptomstatus og -endring. Disse sammenhengene ser, i motsetning til forventningene, ikke ut til å være avhengige av compliance. Resultatet antydnet imidlertid at tidlig compliance i seg selv kan være viktig for både senere utfall og senere tiltro. Derfor kan det være hensiktsmessig å fremme samarbeidsvilje og -evne tidlig i behandlingsforløpet. Det knyttes mer usikkerhet til foreldrenes tiltro og resultatene talte ikke for at denne kunne forklare senere symptomendring. Studien har likevel støttet antagelsen om at tiltro kan være av betydning for kognitiv atferdsterapi hos barn og unge med OCD. Derfor vil det sannsynligvis være hensiktsmessig å registrere disse underveis i behandlingen i fremtiden, som et middel for å oppnå både en mer virkningsfull og brukerorientert behandling.

## Referanser

- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Zoellner, L. A., & Dibernardo, C. L. (2002). Treatment Compliance and Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Modification*, 26(4), 447-463.
- Ahmed, M., & Westra, H. (2009). Impact of a Treatment Rationale on Expectancy and Engagement in Cognitive Behavioral Therapy for Social Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 314-322.
- Alonso, P., Menchón, J. M., Segalàs, C., Jaurrieta, N., Jiménez-Murcia, S., Cardoner, N., . . . Vallejo, J. (2008). Clinical implications of insight assessment in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(3), 305-312.
- Bakker, G. M. (2008). Problem-maintaining circles: Case illustrations of formulations that truly guide therapy. *Clinical Psychologist*, 12(1), 30-39.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 131-155.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*: Oxford, England: International Universities Press.
- Blasi, Z. D., Harkness, E., Ernst, E., Georgiou, A., & Kleijnen, J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 357(9258), 757-762.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252-260.
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 3(4), 257-260.
- Brumoen, H. (2000). *Bygging av mestringsstillit: en metodebok om mestring av rusproblemer*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, S. J., & et al. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(3), 441-443.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology: A contextual approach (2nd ed.)*: New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group.

- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (rev. ed.)*: Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 184-192.
- Curry, J., Rohde, P., Simons, A., Silva, S., Vitiello, B., Kratochvil, C., . . . March, J. (2006). Predictors and Moderators of Acute Outcome in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1427-1439.
- Dahl, K. & Weidle, B. (2008). *NordLOTS pasientperm trinn 1 CBT*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør, Norge.
- Duncan, B. L., & Miller, S. D. (2000). The Client's Theory of Change: Consulting the Client in the Integrative Process. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*(2), 169-187.
- Evans, R. L., Smith, K. M., Halar, E. M., & Kiolet, C. L. (1985). Effect of expectation and level of adjustment on treatment outcome. *Psychological Reports, 57*(3), 936-938.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*: Stanford University Press.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology, 48*(1), 150-170.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. Baltimore: Hopkins.
- Frank, J. D., Gliedman, L. H., Imber, S. D., Stone, A. R., & Nash, E. H. (1959). Patient's expectations and relearning as factors determining improvement in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 115*(11), 961-968.
- Geffken, G. R., Keeley, M. L., Kellison, I., Storch, E. A., & Rodrigue, J. R. (2006). Parental adherence to child psychologists' recommendations from psychological testing. *Professional Psychology: Research and Practice, 37*(5), 499-505.
- Geffken, G. R., Storch, E. A., Duke, D. C., Monaco, L., Lewin, A. B., & Goodman, W. K. (2006). Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 20*(5), 614-629.
- Geller, D. A. (2009). Obsessive-Compulsive Disorder. I M. K. Dulcan (red.), *Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry* (s. 349-363): American Psychiatric Pub.

- Ginsburg, G. S., Kingery, J. N., Drake, K. L., & Grados, M. A. (2008). Predictors of Treatment Response in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 868-878.
- Goldstein, A. P. (1962). *Therapist-patient expectancies in psychotherapy*. Oxford: Pergamon Press.
- 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. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Grados, M. A., Riddle, M. A., Samuels, J. F., Liang, K.-Y., Hoehn-Saric, R., Bienvenu, O. J., . . . Nestadt, G. (2001). The familial phenotype of obsessive-compulsive disorder in relation to tic disorders: the Hopkins OCD family study. *Biological Psychiatry*, 50(8), 559-565.
- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., . . . Gillberg, C. (2007). Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(4), 438-447.
- Hsu, L. M. (1989). Reliable changes in psychotherapy: Taking into account regression toward the mean. *Behavioral Assessment*, 11(4), 459-467.
- Hughes, A. A., & Kendall, P. C. (2007). Prediction of Cognitive Behavior Treatment Outcome for Children with Anxiety Disorders: Therapeutic Relationship and Homework Compliance. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(04), 487-494.
- Ilardi, S. S., & Craighead, W. E. (1994). The Role of Nonspecific Factors in Cognitive-Behavior Therapy for Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 1(2), 138-155.
- Ivarsson, T., Thomsen, P., Dahl, K., Valderhaug, R., Weidle, B., Nissen, J., . . . Melin, K. (2010). The Rationale and Some Features of the Nordic Long-Term OCD Treatment Study (NordLOTS) in Childhood and Adolescence. *Child and Youth Care Forum*, 39(2), 91-99.
- Joyce, A. S., Ogradniczuk, J. S., Piper, W. E., & McCallum, M. (2003). The alliance as mediator of expectancy effects in short-term individual therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 672-679.

- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(7), 980-988.
- Kazantzis, N., Deane, F. P., & Ronan, K. R. (2000). Homework Assignments in Cognitive and Behavioral Therapy: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 7*(2), 189-202.
- Kazdin, A. E. (1979). Therapy outcome questions requiring control of credibility and treatment-generated expectancies. *Behavior Therapy, 10*(1), 81-93.
- Kazdin, A. E. (2005). Treatment Outcomes, Common Factors, and Continued Neglect of Mechanisms of Change. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(2), 184-188.
- Kazdin, A. E., & Krouse, R. (1983). The impact of variations in treatment rationales on expectancies for therapeutic change. *Behavior Therapy, 14*(5), 657-671.
- Kendall, P. C., Comer, J. S., Marker, C. D., Creed, T. A., Puliafico, A. C., Hughes, A. A., . . . Hudson, J. (2009). In-session exposure tasks and therapeutic alliance across the treatment of childhood anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(3), 517-525.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry, 62*(6), 593-602.
- Kircanski, K., Peris, T. S., & Piacentini, J. C. (2011). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 239-254.
- Kirsch, I. (1999). Specifying Nonspecifics: Psychological Mechanisms of Placebo Effects. I A. Harrington (red.), *The placebo effect: an interdisciplinary exploration* (s. 166-187): Harvard University Press.
- Kirsch, I. (2005). Placebo psychotherapy: Synonym or oxymoron? *Journal of Clinical Psychology, 61*(7), 791-803.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists *Handbook of psychotherapy integration*. (s. 94-129): New York, NY, US: Basic Books.



- Lax, T., Baço, M., & Marks, I. M. (1992). Expectancy and Compliance as Predictors of Outcome in Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 20(03), 257-266.
- Lewin, A. B., Bergman, R. L., Peris, T. S., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2010). Correlates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(5), 603-611.
- Lewin, A. B., Peris, T. S., Lindsey Bergman, R., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2011). The role of treatment expectancy in youth receiving exposure-based CBT for obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(9), 536-543.
- Lick, J., & Bootzin, R. (1975). Expectancy factors in the treatment of fear: Methodological and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, 82(6), 917-931.
- Lipkin, S. (1954). Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. *Psychological Monographs: General and Applied*, 68(1), 1-30.
- March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: a cognitive-behavioral treatment manual*: Guilford Press.
- Mausbach, B., Moore, R., Roesch, S., Cardenas, V., & Patterson, T. (2010). The Relationship Between Homework Compliance and Therapy Outcomes: An Updated Meta-Analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 34(5), 429-438.
- Montgomery, G. H., & Kirsch, I. (1997). Classical conditioning and the placebo effect. *PAIN*, 72(1-2), 107-113.
- Newman, M. G., & Fisher, A. J. (2010). Expectancy/Credibility Change as a Mediator of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Mechanism of Action or Proxy for Symptom Change? *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(3), 245-261.
- Nock, M., Ferriter, C., & Holmberg, E. (2007). Parent Beliefs about Treatment Credibility and Effectiveness: Assessment and Relation to Subsequent Treatment Participation. *Journal of Child and Family Studies*, 16(1), 27-38.
- Nock, M., & Kazdin, A. (2001). Parent Expectancies for Child Therapy: Assessment and Relation to Participation in Treatment. *Journal of Child and Family Studies*, 10(2), 155-180.
- O'Leary, K. D., & Turkewitz, H. (1978). Methodological errors in marital and child treatment research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(4), 747-758.

- Peris, T. S., Bergman, R. L., Asarnow, J. R., Langley, A., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2010). Clinical and Cognitive Correlates of Depressive Symptoms Among Youth with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(5), 616-626.
- Piacentini, J., Langley, A., Roblek, T., Chang, S., & Bergman, R. (2003). *Multimodal CBT treatment for childhood OCD: A combined individual child and family treatment manual* (3rd revision).
- Price, M., Anderson, P., Henrich, C. C., & Rothbaum, B. O. (2008). Greater Expectations: Using Hierarchical Linear Modeling to Examine Expectancy for Treatment Outcome as a Predictor of Treatment Response. *Behavior Therapy, 39*(4), 398-405.
- Price, M., & Anderson, P. L. (2011). Outcome expectancy as a predictor of treatment response in cognitive behavioral therapy for public speaking fears within social anxiety disorder. *Psychotherapy*, No Pagination Specified.
- Rapee, R. M., Gaston, J. E., & Abbott, M. J. (2009). Testing the efficacy of theoretically derived improvements in the treatment of social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(2), 317-327.
- Rapoport, J., & Swedo, S. (2008). Obsessive compulsive disorder. I M. Rutter (red.), *Rutter's child and adolescent psychiatry* (s. 571-592). Oxford: Blackwell Publ.
- Rufer, M., Grothusen, A., Maß, R., Peter, H., & Hand, I. (2005). Temporal stability of symptom dimensions in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders, 88*(1), 99-102.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., . . . Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and Validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(6), 844-852.
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry, 40*(11), 1228-1231.
- Shafran, R. (2001). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Mental Health, 6*(2), 50-58.
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 17-24.

- Snyder, C. R., Ilardi, S. S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L., & Simpson, S. (2000). The Role of Hope in Cognitive-Behavior Therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), 747-762.
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., . . . Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 27(6), 495-506.
- Steketee, G., Siev, J., Fama, J. M., Keshaviah, A., Chosak, A., & Wilhelm, S. (2011). Predictors of treatment outcome in modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 28(4), 333-341.
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Pauls, D., Shaw, D., Mullin, B., & Faraone, S. V. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110(1), 4-13.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., . . . Goodman, W. K. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, 129(1), 91-98.
- Tinsley, H. E., Bowman, S. L., & Barich, A. W. (1993). Counseling psychologists' perceptions of the occurrence and effects of unrealistic expectations about counseling and psychotherapy among their clients. *Journal of Counseling Psychology*, 40(1), 46-52.
- Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(3), 164-173.
- Vogel, P. A., Hansen, B., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2006). Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(3), 247-255.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*: L. Erlbaum Associates.
- Watson, H. J., & Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 489-498.

- Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(3), 363-373.
- Woods, C. M., Chambless, D. L., & Steketee, G. (2002). Homework Compliance and Behavior Therapy Outcome for Panic with Agoraphobia and Obsessive Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy, 31*(2), 88-95.

# Barnet/ungdommens forventninger og tiltro til behandlingen

Fylles ut av barnet/ungdommen etter 2. time, 7. time og 13. Time

Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS)

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Behandler: \_\_\_\_\_

**Hvor stor tiltro har du til at kognitiv adferdsterapi vil være til hjelp for deg?**

**Barn/ ungdom**

<b>Svært stor tiltro</b>	
<b>Stor tiltro</b>	
<b>Moderat tiltro</b>	
<b>Liten tiltro</b>	
<b>Ingen tiltro</b>	

Sett ett kryss og legg skjemaet i lukket konvolutt som leveres til terapeuten for oppbevaring i pasientpermen.

# Foreldrenes forventninger og tiltro til behandlingen

Fylles ut av mor og/eller far etter 2. time 7. time og 13. time

Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS)

Navn (barnet): \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Behandler: \_\_\_\_\_

**Hvor stor tiltro har du til at kognitiv adferdsterapi vil være til hjelp for ditt barn?**

	Mor	Far
<b>Svært stor tiltro</b>		
<b>Stor tiltro</b>		
<b>Moderat tiltro</b>		
<b>Liten tiltro</b>		
<b>Ingen tiltro</b>		

Sett ett kryss hver og legg skjemaet i lukket konvolutt som leveres til terapeuten for oppbevaring i pasientpermen.

# Terapeutens forventninger og tiltro til behandlingen

Fylles ut av terapeuten etter 2. time 7. time og 13. time

Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS)

Navn: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Behandler: \_\_\_\_\_

**Hvor stor tiltro har du til at kognitiv adferdsterapi vil være til hjelp for dette barnet/ungdommen?**

## Terapeut

<b>Svært stor tiltro</b>	
<b>Stor tiltro</b>	
<b>Moderat tiltro</b>	
<b>Liten tiltro</b>	
<b>Ingen tiltro</b>	

# Evaluering av “compliance

Fylles ut av kliniker ved 2. time, 7. time og 13. time

## Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS)

Navn (barnet): \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Behandler: \_\_\_\_\_

	Barn/ungdom	Mor	Far
Svært stor <i>compliance</i> :			
Stor <i>compliance</i> :			
Moderat <i>compliance</i> :			
Liten <i>compliance</i>			
Ingen <i>compliance</i>			

Samarbeidsvilje og evne i forhold til behandlingen skåres globalt atskilt for barn / ungdom og far og mor.



# **Informasjon til barn og ungdom**

## **Spørsmål om å delta i undersøkelse**

### **Nordisk Behandlingsstudie av barn og ungdom med tvangslidelse (NordLOTS)**

#### **Bakgrunn og hensikt**

NordLOTS er en nordisk studie hvor klinikker for barn og unges psykiske helse i Norge, Sverige og Danmark tilbyr samme type behandling til barn og ungdom som har en tvangslidelse (OCD).

De fleste barn og ungdom i alderen 7 -17 år som har fått diagnosen OCD kan delta i studien.

Vi gjør denne studien fordi vi ønsker å finne ut hva som er best mulig behandling for barn og ungdom med OCD og for å lære mer om hvilken behandling som er til hjelp for det enkelte barn/ungdom.

#### **Hva skjer i prosjektet?**

Behandlingen som gis kalles kognitiv atferds terapi med vekt på eksponering med respons prevensjon. Dette er en behandling som innebærer at en lærer å håndtere tvangstanker uten å måtte gjøre tvangshandlinger. Eksponering vil si at en gradvis utsetter seg selv for situasjoner som gjør en urolig eller engstelig og responsprevensjon betyr rett og slett å ikke gjøre tvangshandlinger i slike situasjoner.

Barn og ungdom som deltar i prosjektet vil møte behandleren sin en gang i uken i 14 uker. Hver behandling vil vare i ca. 11/2 time. Vi vil undersøke om de som har deltatt i studien er blitt bedre. Dette vil skje på fastlagte tidspunkter i løpet av behandlingen og etter at behandlingen er avsluttet.

De som ikke er blitt bra nok etter 14 møter vil fortsette behandlingen enten ved at de får flere timer med kognitiv atferdsterapi eller ved at de får en medisin som inneholder stoffet Sertralin. Sertralin er et legemiddel som etter noen uker kan føre til at tvangsproblemene minker slik at man lettere kan stå imot dem. Hvilken behandling hver enkelt vil få, skjer ved tilfeldig uttrekning. Det er derfor like stor sjanse for å bli trukket til den ene eller den andre behandlingsformen.

De barna/ungdommene som behandles med medisin vil starte med en lav dose som langsomt økes over 16 uker. Medisinen kan ha bivirkninger. Disse er som oftest forbigående. De vanligste bivirkningene er; trøtthet, menstruasjon forstyrrelser, munntørhet, kvalme, magesmerter, løs avføring, svette og søvnvansker. Barn/ungdommer som får medisiner vil treffe legen som har ansvar for dem etter 2, 5, 8, 12 og 16 uker. Etter dette vil du treffe legen hver 3 måned.

De som fortsetter med kognitiv atferdsterapi vil treffe behandleren sin 10 ganger i løpet av 16 uker. Uansett behandlingsform vil alle barna/ungdommene bli undersøkt på fastlagte tidspunkter under og etter behandlingen for å finne ut om de er blitt bedre. Dette vil skje etter 12, 24 og 36 måneder.

Alle som deltar i undersøkelsen vil måtte svare på en rekke spørsmål om psykiske problemer, spesielt tvangsproblemene og hvordan disse kan virke inn på familien. Flere av spørreskjemaene skal fylles ut flere ganger både under og etter behandlingen for at vi skal kunne finne ut om behandlingen har lyktes og om bedringen varer også etter at behandlingen en over.

For å være sikker på at behandlingen gjøres på riktig måte vil vi ta lyd- eller videoopptak av timene som barna/ungdommene har med sin behandler

Vi ønsker å ta en genetisk prøve for å undersøke ulike arvestoffer som kan ha sammenheng med OCD og som påvirker hjernens utvikling og fungering. Til dette trenger vi en spyttprøve fra deg og fra dine foreldre. Prøvene vil bli analysert og oppbevart ved Psykiatrisk Center for Psykiatrisk Grunnforskning, Psykiatrisk Hospital i Risskov, Danmark og ved Seksjon for Farmakologi, Institusjon for nevrovitenskap og fysiologi ved Gøteborg Universitet. Prøvene merkes med en kode slik at laboratoriet ikke vet hvem du eller dine slektninger er.

### **Risiko som forskningen kan medføre**

Kognitiv atferdsterapi har liten risiko og er en behandling som har vist seg i tidligere undersøkelser å være til hjelp for mange barn/ungdommer med OCD.

Sertralin er en medisin som har vært prøvd ut tidligere og som er godkjent til bruk for barn og ungdom med OCD. Hver pasient følges opp av lege som blant annet finner ut hva som må gjøres dersom en får bivirkninger av medisinen. Jenter som er seksuelt aktive må bruke sikker prevensjon under behandling med Sertralin. Om en er gravid eller ammer kan en ikke delta i den delen av studien hvor en kan få medisiner. Bruk av andre legemidler (herunder også naturmidler og helsekostpreparater) må informeres og godkjennes av behandlende lege. Dette for at vi skal kunne vurdere virkninger og bivirkninger av behandlingen.

Alle barna/ungdommene som deltar i studien vil bli grundig undersøkt og få behandling av personer som har erfaring i å hjelpe barn og unge med tvangslidelser. Alle som deltar vil bli fulgt opp i 3 år.

### **Taushetsplikt**

Alle du snakker med i studien har taushetsplikt etter Forvaltningsloven § 13 og Helsepersonellovens § 21. Informasjon om deg vil bli sendt elektronisk til Regionsenter for barn- og ungdomspsykiatri (R-BUP). Informasjonen vil bli oppbevart i en sikker database hvor kun ledelsen i prosjektet har mulighet for å knytte opplysningene til en bestemt person. Prosjektet avsluttes i 2014. Opplysningene vil bli lagret i 15 år etter dette. Etter lagringsperioden vil alle data bli anonymisert, det vil si at listen med navn på personer som har deltatt i prosjektet blir ødelagt.

### **Frivillighet**

Deltagelse i prosjektet er frivillig. Du kan på ethvert tidspunkt trekke deg fra undersøkelser og behandling i prosjektet.

Du kan også delta i studien, men takke nei til genetiske prøver.

Hvis du velger å trekke seg fra studiet vil de opplysningene som er allerede er innhentet inngå i undersøkelsen, men ingen ytterligere informasjon vil bli innhentet.

Ungdommer som fyller 18 år i den perioden de deltar i prosjektet vil bli bedt om å undertegne nytt samtykke etter 18 års dagen.

### **Forskningsleder og ansvarlig for opplysninger**

Tord Ivarsson MD, Ph.D., RBUP, Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri, (Helse Øst og Sør)

## Kontaktpersoner i de forskjellige regioner:

### Helse Øst & Sør:

Tord Ivarsson M.D., Ph.D.

Adresse: RBUP Gullhaug Torg 4B, 0484 Oslo  
Telefon: +46 702386953, +47 22586032  
e-post: tord.ivarsson@r-bup.no

Kitty Dahl Ph.D., RBUP, Gullhaug Torg 4B, 0484 Oslo

Adresse: RBUP Gullhaug Torg 4B, 0484 Oslo  
Telefon: +47 22586035  
e-post: kitty.dahl@r-bup.no

Bente Storm Haugland.Ph.D., RBUP, Gullhaug Torg 4B, 0484 Oslo

Adresse: RBUP Gullhaug Torg 4B, 0484 Oslo  
Telefon: +47 22586039  
e-post: bente.haugland@r-bup.no

### Helse Midt Norge:

Robert Valderhaug Ph.D.,

Adresse: BUP Poliklinikk, Ålesund sykehus, 6023 Ålesund  
Telefon: +47 91557323  
e-post: robert.valderhaug@ntnu.no

Bernhard Weidle M.D., Ph.D.,

Adresse: BUP-Klinikk Trondheim, P.b.6810 Elgseter, 7433 Trondheim  
Telefon: +47 91884638  
e-post: b-weidle@online.no

Lokal klinikk/behandler: Navn: \_\_\_\_\_

Kan kontaktes på: Telefon: \_\_\_\_\_ e-post: \_\_\_\_\_

## **Samtykkeerklæring for barn over 11 år**

for

**deltagelse i nordisk behandlingsstudie av barn og ungdommer med  
tvangslidelse**

**“Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS)”**

**Jeg har blitt muntlig informert om studien og har også fått skriftlig informasjon, og jeg  
samtykker til å delta i studien.**

Navn: \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

Navn: \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

(Signert, behandler i studien, dato)

## **Informasjon til deltagere som har fylt 18 år i løpet av studien**

Alle deltagere i NordLOTS studiet som har fylt 18 år må lese gjennom dette informasjonsskrivet for deretter å skrive under et nytt samtykke for videre deltagelse i studien

### **Nordisk behandlingsstudie av barn og ungdommer med tvangslidelse (NordLOTS)**

#### **Bakgrunn og hensikt med studien**

NordLOTS er en nordisk studie hvor klinikker for barn og unges psykiske helse i Norge, Sverige og Danmark vil tilby samme behandling av barn og ungdom med tvangslidelser (OCD).

Vi har lagt opp til et trinnvis behandlingsopplegg, hvor du først blir tilbudt kognitiv atferds terapi ("cognitiv behavior therapy": CBT) i form av eksponeringsterapi med respons prevensjon i tråd med internasjonale anbefalte retningslinjer. Hvis denne behandlingen ikke har god nok effekt vil du bli tilbudt utvidet CBT behandling eller medisinerings.

Studien vil forhåpentligvis bidra til at vi kan tilby best mulig behandling for barn og ungdom med OCD, slik at vi kan tilby en mer målrettet og individuelt tilpasset behandling.

Alle barn og ungdom i alder 7 -17 år som har fått diagnosen OCD kan delta i undersøkelsen, med mindre de har en tilleggslidelse som gjør evaluering og behandling vanskelig.

#### **Målet med forskningsprosjektet**

Ved å gjøre denne studien ønsker vi:

- 1) å gi best mulig behandling til barn og ungdom med OCD,
- 2) å vurdere hvilken behandling som bør anbefales for pasienter som ikke blir tilstrekkelig bra med CBT behandling alene,
- 3) å vurdere om noen pasienter har bedre nytte av en spesiell behandlingsform fremfor en annen.

#### **Hva skjer i prosjektet?**

Vi har lagt opp til et trinnvis behandlingsopplegg, hvor alle først blir tilbudt CBT med vekt på eksponering og respons prevensjon. Eksponeringsterapi med respons prevensjon er en psykologisk behandling som innebærer at pasientene lærer å håndtere tvangstanker uten å måtte gjøre tvangshandlinger. Eksponering, vil si frivillig å utsette seg selv for angstproduserende situasjoner. Responsprevensjon betyr rett og slett å ikke gjøre en tvangshandling i en vanskelig situasjon. Behandlingen vil skje en gang i uken og vare i ca 1 ½ time.

Behandlingsresultatet for pasientene som blir bra etter 14 timer CBT behandling vil bli evaluert etter 6, 12, 24 og 36 måneder.

Hvis du ikke blir tilstrekkelig bra etter CBT behandlingene, vil du bli tilfeldig trukket ut til enten utvidet behandling med CBT eller til å få et medikament som inneholder Sertralin. Det er like stor sannsynlighet for å bli trukket til den ene eller den andre behandlingsformen. Vi vet imidlertid ikke hvilken av disse behandlingsformene som har best effekt på denne gruppen pasienter.

Sertralin er et legemiddel som etter noen uker kan føre til at tvangsproblemene minker slik at man lettere kan stå imot dem. Sertralin stimulerer Serotonin (en signalsubstans i hjernen). Behandlingen starter ved en lav dose, som langsomt økes over 16 uker ut fra klinisk virkning og eventuelle bivirkninger. De vanligste og oftest forbigående bivirkningene er; trøtthet, menstruasjon forstyrrelser, munntørrhet, kvalme, brekninger, magesmerter, løs avføring, svette og søvnevansker. Ytterligere

informasjon om eventuelle bivirkninger kan fås fra behandlende lege i studien. I forbindelse med medisineringen avtales oppfølgingsvisitter etter 2, 5, 8, 12 og 16 uker. Hver visitt vil vare i ca 15-20 min. Deretter vil du bli fulgt opp regelmessig minst hver tredje måned.

For de pasienter som ikke får medisineringsmen utvidet CBT behandling vil behandlingen foregå også over 16 uker og omfatter ytterligere 10 treningstimer. Ved begge behandlingsforløp vil effekten bli evaluert etter 12, 24 og 36 måneder.

I studien vil vi benytte intervjuer og spørreskjemaer rettet mot ulike psykiske problemer, spesielt tvangsproblemer. Flere av spørreskjemaene skal fylles ut flere ganger under behandlingen og i oppfølgingsperioden for å kunne vurdere behandlingseffekten over tid for hver pasient. Vi ønsker med dette å redusere sjansene for tilbakefall etter avsluttet behandling.

Vi vil ta lyd eller videoopptak av terapitimer for å sikre at behandlingen utføres på riktig måte.

Vi vil ta en genetisk prøve for å undersøke ulike arvestoffer som kan ha sammenheng med OCD. Til dette trenger vi en spyttprøve fra deg og dine foreldre. Prøvene vil bli analysert ved Psykiatrisk Center for Psykiatrisk Grunnforskning, Psykiatrisk Hospital i Riskov, Danmark. Spyttprøvene vil bli lagret under en kode slik at laboratoriet ikke vet hvem du eller dine slektninger er (se avsnittet om taushetsplikt).

### **Fordeler og risiko som forskningen kan medføre**

Kognitiv atferdsterapi medfører minimal risiko og har vist god effekt i flere behandlingsstudier.

Sertralin er en vel utprøvd medisin som er godkjent til bruk hos barn og ungdom med OCD. Hver pasient følges opp og eventuelle bivirkninger registreres og vurderes nøye. Pasienter (og pårørende) bør være oppmerksomme på klinisk forverring og uvanlig endring i oppførsel. Spesielt hos pasienter som også er deprimerte skal man være oppmerksom på selvmordsrelatert adferd eller selvmordstanker. Hvis noen av disse endringene oppstår, oppfordres dere til å ta kontakt med medisinsk hjelp omgående.

Jenter som er seksuelt aktive må bruke sikker prevensjon under behandling med Sertralin. Gravide og ammende kan ikke delta i den del av studien der medisineringsmen kan bli aktuelt.

Bruk av andre legemidler (herunder også naturmidler og helsekostpreparater) mens du deltar i studien må godkjennes av behandlende lege dersom pasienten skal delta i studien. Dette for at vi skal kunne vurdere virkninger og bivirkninger av behandlingen.

Alle pasientene i studien vil få en grundig utredning og behandling av erfarne terapeuter. Pasientene vil bli fulgt opp over 3 år.

### **Taushetsplikt**

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og alle som skal ha tilgang på de innsamlede data er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Dataene skal aidentifiseres, dvs. at kun prosjektledelsen har en nøkkel som kan koble opplysningene til en bestemt person. Aidentifiserte data fra utredning og behandlingen fra BUP klinikker i Norge, Sverige og Danmark vil sendes elektronisk til Regionsentret for barn- og ungdomspsykiatri (R.BUP). Informasjonen vil lagres i en sikker database på R-BUP med et kodennummer uten noen identitetsopplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere hver enkelt pasient i resultatene av studien når disse publiseres.

Dersom du ønsker det kan du få utlevert innsamlet informasjon. Man må i så fall henvende seg skriftlig til den personopplysningsansvarlige.

Alle data/registrerte opplysninger i prosjektet vil være aidentifisert. Tidsrammen for avslutning av studien er anslått til 2014. Koblingsnøkkelen vil slettes og alle data vil bli anonymisert 15 år etter at sluttrapporten foreligger.

Vi gjør oppmerksom på at statlige kontrollmyndigheter vil ha mulighet til å sjekke at opplysninger gitt i studien stemmer overens med opplysninger i din journal. Dette for å kontrollere studiens kvalitet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I tillegg vil det også være en uavhengig forsker /lege som vil ha tilgang til data i studien som en kontroll for at studien gjennomføres etter planen og at pasientene får tilfredsstillende behandling.

### **Frivillighet**

All deltagelse i prosjektet er frivillig. Alle deltakere kan på ethvert tidspunkt trekke seg fra undersøkelser og behandling i prosjektet. Velger du å trekke seg fra studien vil klinikken vurdere videre behandling.

Man kan også delta i studien, men takke nei til genetiske prøver.

Dersom du velger å trekke deg fra studiet vil de opplysningene som er allerede er innhentet inngå som studiedata, men ingen ytterligere informasjon vil bli innhentet.

Til slutt vil vi informere om at du er i studiet forsikret mot skade som skyldes deltagelse i studien etter reglene i Lov om produktansvar (legemiddelforsikring).

### **Finansiering**

Prosjektet finansieres gjennom offentlige helsesystemer og forskningsinstitusjoner. Prosjektet har ingen finansiell støtte fra farmasøytisk industri eller andre kommersielle aktører.

### **Etisk vurdering**

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Øst og Sør samt av de tilsvarende etiske komiteer i Danmark og Sverige.

### **Forskningsleder og ansvarlig for opplysninger**

Tord Ivarsson MD, Ph.D., RBUP, Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri (Helse Øst og Sør).

## Samtykkeerklæring

for

**Deltagelse i nordisk behandlingsstudie av barn og ungdommer med  
tvangslidelse**

**“Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS)”**

Jeg/vi har blitt muntlig informert om studien og har også fått skriftlig informasjon, og samtykker i å delta i studien.

Undertegnes av deltakere i forskningsprosjektet.

\_\_\_\_\_

Pasientens navn

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

Navn: \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

(Signert, behandler i studien)

\_\_\_\_\_

Dato



## Informasjon til foreldre/foresatte.

### Forespørsel om å delta i en vitenskapelig undersøkelse for barn og unge med tvangslidelse.

#### Nordisk behandlingsstudie av barn og ungdommer med tvangslidelse (NordLOTS)

##### **Bakgrunn og hensikt med studien**

NordLOTS er en nordisk studie hvor klinikker for barn og unges psykiske helse i Norge, Sverige og Danmark vil tilby samme behandling av barn og ungdom med tvangslidelser (OCD).

Vi har lagt opp til et trinnvis behandlingsopplegg, hvor pasienten først blir tilbudt kognitiv atferds terapi ("*cognitiv behavior therapy*": CBT) i form av eksponeringsterapi med respons prevensjon i tråd med internasjonale anbefalte retningslinjer. Hvis denne behandlingen ikke har god nok effekt vil pasienten bli tilbudt utvidet CBT behandling eller medisinerings.

Studien vil forhåpentligvis bidra til at vi kan tilby best mulig behandling for barn og ungdom med OCD, slik at hvert barn får en mer målrettet og individuelt tilpasset behandling.

Alle barn og ungdom i alder 7 -17 år som har fått diagnosen OCD kan delta i undersøkelsen, med mindre de har en tilleggslidelse som gjør evaluering og behandling vanskelig.

Hvis pasienten fyller 18 år mens han/hun deltar i prosjektet, vil man innhente nytt informert samtykke fra pasienten selv.

##### **Målet med forskningsprosjektet**

Ved å gjøre denne studien ønsker vi:

- 1) å gi best mulig behandling til barn og ungdom med OCD,
- 2) å vurdere hvilken behandling som bør anbefales for pasienter som ikke blir tilstrekkelig bra med CBT behandling alene,
- 3) å vurdere om noen pasienter har bedre nytte av en spesiell behandlingsform fremfor en annen.

##### **Hva skjer i prosjektet?**

Vi har lagt opp til et trinnvis behandlingsopplegg, hvor pasienten først blir tilbudt CBT med vekt på eksponering og respons prevensjon. Eksponeringsterapi med respons prevensjon er en psykologisk behandling som innebærer at barnet lærer å håndtere tvangstanker uten å måtte gjøre tvangshandlinger. Eksponering, vil si frivillig å utsette seg selv for angstproduserende situasjoner. Responsprevensjon betyr rett og slett å ikke gjøre en tvangshandling i en vanskelig situasjon. Behandlingen vil skje en gang i uken og vare i 1 ½ time.

Behandlingsresultatet for pasientene som blir bra etter 14 timer CBT behandling vil bli evaluert etter 6, 12, 24 og 36 måneder.

Hvis barnet ikke blir tilstrekkelig bra etter CBT behandlingen, vil han/hun bli tilfeldig trukket ut til enten utvidet behandling med CBT eller til å få et medikament som inneholder Sertralin. Det er like stor sannsynlighet for å bli trukket til den ene eller den andre behandlingsformen. Vi vet imidlertid ikke hvilken av disse behandlingsformene som har best effekt på denne gruppen pasienter.

Sertralin er et legemiddel som etter noen uker kan føre til at tvangsproblemene minker slik at man lettere kan stå imot dem. Sertralin stimulerer Serotonin (en signalsubstans i hjernen). Behandlingen starter ved en lav dose, som langsomt økes over 16 uker ut fra klinisk virkning og eventuelle

bivirkninger. De vanligste og oftest forbigående bivirkningene er; trøtthet, menstruasjon forstyrrelser, munntørrehet, kvalme, brekninger, magesmerter, løs avføring, svette og søvnvansker. Ytterligere informasjon om eventuelle bivirkninger kan fås fra behandlende lege i studien. I forbindelse med medisineringen avtales oppfølgingsvisitter etter 2, 5, 8, 12 og 16 uker. Hver visitt vil vare i ca 15-20 min. Deretter vil pasienten følges opp av lege regelmessig minst hver tredje måned.

For de pasienter som ikke får medisineringsmen utvidet CBT behandling vil behandlingen også foregå over 16 uker og omfatte ytterligere 10 treningstimer. Behandlingsresultatet for pasientene som blir medisineret og for pasientene som får utvidet CBT behandling vil bli evaluert etter 12, 24 og 36 måneder.

I studien vil vi benytte intervjuer og spørreskjemaer rettet mot ulike psykiske problemer, spesielt tvangsproblemer. Flere av spørreskjemaene skal fylles ut flere ganger under behandlingen og i oppfølgingsperioden for å kunne vurdere behandlingseffekten over tid for hver pasient. Vi ønsker med dette å redusere sjansene for tilbakefall etter avsluttet behandling.

Vi vil ta lyd eller videoopptak av terapitimene for å sikre at behandlingen utføres på riktig måte.

Vi vil ta en genetisk prøve for å undersøke ulike arvestoffer som kan ha sammenheng med OCD. Til dette trenger vi en spyttprøve fra barnet/ungdom og foreldrene. Prøvene vil bli analysert ved Psykiatrisk Center for Psykiatrisk Grunnforskning, Psykiatrisk Hospital i Riskov, Danmark. Spyttprøvene vil bli lagret under en kode slik at laboratoriet ikke vet hvem du eller dine slektninger er (se avsnittet om taushetsplikt).

#### **Fordeler og risiko som forskningen kan medføre**

Kognitiv atferdsterapi medfører minimal risiko og har vist god effekt i flere behandlingsstudier.

Sertralin er en vel utprøvd medisin som er godkjent til bruk hos barn og ungdom med OCD. Hver pasient følges opp og eventuelle bivirkninger registreres og vurderes nøye. Pasienter (og pårørende) bør være oppmerksomme på klinisk forverring og uvanlig endring i oppførsel. Spesielt hos pasienter som også er deprimerede skal man være oppmerksom på selvmordsrelatert adferd eller selvmordstanker. Hvis noen av disse endringene oppstår, oppfordres dere til å ta kontakt med medisinsk hjelp omgående.

Jenter som er seksuelt aktive må bruke sikker prevensjon under behandling med Sertralin. Gravide og ammende kan ikke delta i den del av studien der medisineringsmen kan bli aktuelt. Bruk av andre legemidler (herunder også naturmidler og helsekostpreparater) mens de deltar i studien må godkjennes av behandlende lege dersom pasienten skal delta i studien. Dette for at vi skal kunne vurdere virkninger og bivirkninger av behandlingen.

Alle pasientene i studien vil få en grundig utredning og behandling av erfarne terapeuter. Pasientene vil bli fulgt opp over 3 år.

#### **Taushetsplikt**

Alle data vil bli behandlet konfidensielt og alle som skal ha tilgang på de innsamlede data er underlagt taushetsplikt i henhold til Forvaltningslovens § 13 og Helsepersonellovens § 21. Dataene skal aidentifiseres, dvs. at kun prosjektledelsen har en nøkkel som kan koble opplysningene til en bestemt person. Aidentifiserte data fra utredning og behandlingen fra BUP klinikker i Norge, Sverige og Danmark vil sendes elektronisk til Regionsentret for barn- og ungdomspsykiatri (R.BUP). Informasjonen vil lagres i en sikker database på R-BUP med et kodennummer uten noen identitetsopplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere hver enkelt pasient i resultatene av studien når disse publiseres.

Dersom pasienten/foresatte ønsker det kan de få utlevert de innsamlede informasjonene. Man må i så fall henvende seg skriftlig til den personopplysningsansvarlige.

Alle data/registrerte opplysninger i prosjektet vil være avidentifisert. Tidsrammen for avslutning av studien er anslått til 2014. Koblingsnøkkelen vil slettes og alle data vil bli anonymisert 15 år etter at sluttrapporten foreligger.

Vi gjør oppmerksom på at statlige kontrollmyndigheter vil ha mulighet til å sjekke at opplysninger gitt i studien stemmer overens med opplysninger i din journal. Dette for å kontrollere studiens kvalitet. Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. I tillegg vil det også være en uavhengig forsker /lege som vil ha tilgang til data i studien som en kontroll for at studien gjennomføres etter planen og at pasientene får tilfredsstillende behandling.

#### **Frivillighet**

All deltagelse i prosjektet er frivillig. Alle deltakere kan på ethvert tidspunkt trekke seg fra undersøkelser og behandling i prosjektet. Velger pasienten å trekke seg fra studien vil klinikken vurdere videre behandling.

Man kan også delta i studien, men takke nei til genetiske prøver.

Dersom pasienten velger å trekke seg fra studiet vil de opplysningene som er allerede er innhentet inngå som studiedata, men ingen ytterligere informasjon vil bli innhentet.

Til slutt vil vi informere om at pasientene i studiet er forsikret mot skade som skyldes deltagelse i studien etter reglene i Lov om produktansvar (legemiddelforsikring).

#### **Finansiering**

Prosjektet finansieres gjennom offentlige helsesystemer og forskningsinstitusjoner. Prosjektet har ingen finansiell støtte fra farmasøytisk industri eller andre kommersielle aktører.

#### **Etisk vurdering**

Prosjektet er vurdert av Regional komité for medisinsk forskningsetikk, Region Øst og Sør samt av de tilsvarende etiske komiteer i Danmark og Sverige.

#### **Forskningsleder og ansvarlig for opplysninger**

Tord Ivarsson MD, Ph.D., RBUP, Regionsenter for Barne- og ungdomspsykiatri (Helse Øst og Sør).

## Samtykkeerklæring

for

**Deltagelse i nordisk behandlingsstudie av barn og ungdommer med  
tvangslidelse**

**“Nordic Longterm OCD Treatment Study (NordLOTS)”**

Jeg/vi har blitt muntlig informert om studien og har også fått skriftlig informasjon, og samtykker i å delta i studien.

Undertegnes av deltakere i forskningsprosjektet eller hans/hennes foresatte hos barn/ungdom under 18 år. Hvis barnet har to foresatte skal begge undertegne.

\_\_\_\_\_

Barnets/ungdommens navn

\_\_\_\_\_

Personnummer

\_\_\_\_\_

Foreldrenes/foresattes underskrift

\_\_\_\_\_

Dato

\_\_\_\_\_

Foreldrenes/foresattes underskrift

\_\_\_\_\_

Dato

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien.

Navn: \_\_\_\_\_

Signatur \_\_\_\_\_

(Signert, behandler i studien)

\_\_\_\_\_

Dato

