

Sidsel Bjørnholk

En kritisk psykologisk undersøgelse af OCD-gruppebehandling

Resumé: *OCD er en alvorlig lidelse med vidtrækkende konsekvenser, hvorfor behovet for motiverende behandling er stort. Kognitiv adfærdsterapeutisk gruppebehandling (G-CBT) benyttes ofte i behandlingen af OCD. Imidlertid har få studier fokuseret på deltagernes subjektive perspektiver. For at råde bod på dette – og for at finde måder, hvorpå nuværende praksis evt. kan forbedres – udførte jeg i 2011 en kritisk psykologisk undersøgelse i forbindelse med mit speciale. Undersøgelsen udforskede, hvordan OCD-ramte voksne forholdt sig til G-CBT. Formålet var at undersøge, hvordan modsætninger relateret til behandlingen kunne hhv. fremme og begrænse deltagernes motivation for forandring.*

I denne artikel identificeres og analyseres 9 modsætningspar på baggrund af 3 kvalitative interviews med OCD-ramte voksne. I forlængelse heraf bliver det diskuteret, hvilke forandringer, der kan implementeres mhp. at støtte deltagerne i at udvide deres handlemuligheder – bl.a. bliver det foreslået, at deltagere skal have indflydelse på den terapeutiske dagsorden, at succes bør tilfalde deltagerne, mens nederlag skal deles, samt at individuel terapi skal tilbydes som supplement. Endelig bliver det pointeret, at mere gennemgribende ændringer er nødvendige, fx på arbejdsmarkedet, dersom OCD-ramte mennesker skal opleve reelle forbedringer.

Nøgleord: Kognitiv adfærdsterapeutisk OCD-gruppebehandling, kritisk psykologisk undersøgelse, subjektive perspektiver, kvalitative interviews, modsætningspar, motivation for forandring.

Introduktion

I dagens Danmark, der er kendetegnet af økonomisk krise og politiske vinde, der sætter lighedstegn mellem økonomisk ansvarlighed og reduktion i offentlige udgifter, bliver gruppebehandling af psykiske lidelser næsten pr. automatik den foretrukne behandlingsform frem for en mere resursekrævende individuel terapi. I forlængelse heraf forekommer en psykologisk undersøgelse af de terapeutiske potentialer ved den gruppebaserede terapiform relevant – ikke så meget pga. samfundsøkonomien som af hensyn til de berørte parter.

I 2011 udførte jeg – i samarbejde med tre medforskere, der var personligt berørt af belastningerne ved angst og OCD – en kritisk psykologisk pilotundersøgelse af kognitiv adfærdsterapeutisk OCD-gruppebehandling (G-CBT). Hensigten var at udforske muligheder og begrænsninger forbundet med denne behandlingsform med henblik på at udpege evt. hensigtsmæssige praksisændringer. Helt præcist ønskede jeg at undersøge, hvordan modsætninger relateret til G-CBT kunne hhv.

fremme og hæmme motivation¹ for forandring hos voksne mennesker med OCD. Jeg valgte at fokusere på modsætninger, forstået som konfliktuerende kontraster, idet at jeg – i lighed med flere kritiske psykologer – vurderer vekselvirkningen ml. forskellige modsætningspar for afgørende i enhver udvikling (jf. fx Holzkamp, 1991; 2005; Dreier, 2008).

Undersøgelsen forekom relevant af flere grunde, hvoraf de vigtigste var:

- Størstedelen af forskningen på OCD-området har været kendetegnet ved anvendelsen af eksperimentelle, kvantitative undersøgelsesmetoder med fokus på symptomændringer, målt i effektstørrelser før og efter behandlingsforløbet². Derimod er de enkelte deltageres subjektive oplevelser og perspektiver i en vis udstrækning blevet overhørt, hvilket er problematisk, set fra en kritisk psykologisk vinkel.
- OCD er en pinefuld og omkostningsfuld

lidelse, der i væsentlig grad kan begrænse de berørtes daglige udfoldelse og livsmuligheder (Sørensen et al., 2004), hvorfor der er et stort behov for kontinuerlig praksisudvikling og motiverende behandling, der fremmer den enkeltes forandringsparathed.

- Sundhedsstyrelsen (2007) anbefaler, at personer med diagnosen OCD som første behandling så vidt muligt tilbydes kognitiv adfærdsterapi (CBT), alene eller i kombination med medicinsk behandling, og i en tid med lange ventelister og et begrænset antal CBT-uddannede terapeuter (Søgaard et al., 2008) er det sandsynligt, at gruppebehandlingen i stadig højere grad vil vinde indpas. Faktisk anvendes G-CBT³ allerede nu til angstlidelser på flere offentlige hospitaler i DK (Fenger et al., 2007)⁴.

Den kritiske psykologi – et relevant perspektiv

Den kritiske psykologi⁵ blev udviklet i opposition til traditionel, borgerlig psykologi, som blev kritiseret for bl.a. at objektgøre mennesker (Holzkamp, 1979; Holzkamp-Osterkamp,

1 Begrebet motivation skal i denne sammenhæng ikke betragtes som et individuelt fænomen (som i traditionel forskning) men i kritisk psykologisk forstand som *“den bevidste adfærdsmæssige rettedhed mod erkendte betydningsfulde mål, dvs. den fremtidige sikring og udvikling af almen behovstilfredsstillelse”* (Holzkamp-Osterkamps, 1990, s. 29). For at opnå en sådan almen behovstilfredsstillelse må individet aktivt søge at udvide og udbygge sine samfundsmæssige livsbetingelser. Behandlingsmotivationen vil da i høj grad afhænge af, i hvilken udstrækning behandlingsaktiviteterne resulterer i en styrket evne til at beherske egne livsbetingelser og hermed en forøgelse af positive emotioner, ligesom en forhindring af negative emotioner og oplevelser af kontroltab vil styrke motivationen. For en grundig indføring i begrebet, jf. Holzkamp Osterkamp (1990).

2 Således peger klassiske effektstudier på CBT som en effektiv behandlingsform i fht OCD-ramte, idet den tilsyneladende reducerer antallet af tvangssymptomer og forbedrer livskvaliteten (Diefenbach et al., 2007). Helt så mange og gode resultater er ikke opnået for G-CBT. De foreløbige resultater fra undersøgelser, der har sammenlignet individuel CBT med G-CBT, peger på, at G-CBT fører til symptomreduktion om end den individuelle behandling i reglen viser sig mere effektiv (O'Connor et al:2005; Jaurieta et al:2008; Belloch et al:2010; Cabedo et al:2010).

3 Gruppeterapien er kendetegnet ved, at 1-2 terapeuter varetager behandlingsopgaven for et helt hold, bestående af 6-8 patienter (Jørgensen et al., 2010). Der er således tale om en tidsbesparende, kortvarig behandling, som typisk foregår en gang om ugen over en periode på ca. 12-16 uger med sessioner af 2-3 timers varighed.

4 Mine egne erfaringer med behandlingen stammer fra et praktikforløb på en angstklinik, hvor jeg bl.a. deltog i gruppesessioner.

5 Med 'den kritiske psykologi' hentyder jeg her fortrinsvist til den dansk-tyske tradition, repræsenteret ved bl.a. Klaus Holzkamp og Ole Dreier. Her anlægges et dialektisk, subjektvidenskabeligt perspektiv, hvor individet forstås som et samfundsmæssigt væsen, hvis emotioner, kognition og adfærd er udviklet i samspillet med konkrete sociale relationer, kontekster og samfundsmæssige livsbetingelser (Hunich & Mørck). Subjektets deltagelse i praksis vægtes tungt, idet subjektet forstås som aktivt handlende og i stand til at deltage i at forandre og udvikle livsbetingelserne. I modsætning til andre kritisk psykologiske traditioner er fokus i højere grad på den samfundsmæssige, sociale og materielle side af praksis (Mørck, 2006) og i mindre grad på de diskursive aspekter, som bl.a. fremhæves i amerikanske og canadiske retninger (Fox et al., 2009).

1979). I modsætning hertil fremhæver den kritiske psykologi mennesket som et aktivt, handlende subjekt, der både former og bliver formet af sine livsbetingelser (Dreier, 1979). Mao. er det tanken, at mennesket indgår i et dialektisk samspil med sine omgivelser og således også er medskaber af sine betingelser. Den enkelte person handler altid i forhold til de objektive betingelser, der foreligger indenfor en bestemt handlesammenhæng⁶, og personens handlegrunde og evner udvikles ikke i et tomrum men i samspil med omgivelserne. Eksisterende betingelser betragtes ikke som givne og uforanderlige ydre rammer, men som strukturer, der kan ændres og udvides, og som har betydning for de mennesker, der lever i dem og for deres muligheder (Markard et al., 2004).

Dette menneskesyn forekommer relevant i relation til personer med OCD og deres gruppedeltagelse, idet patienter alt for let kan blive behandlet som passive tolkningsobjekter, hvorimod deres egne handlegrunde og perspektiver let overses. Ved at undersøge deltagernes faktiske perspektiver, bliver deres position som aktive, intentionelle subjekter i en vis udstrækning befæstet. Samtidig betyder opmærksomheden på personens samspil med livsbetingelserne en reduktion af risikoen for, at den enkelte udpeges som årsag til – og indirekte bebrejdes for – sine problemer. I hvert fald bliver det lettere at begribe, at forhindringerne og barriererne ikke kun er noget, der findes i den enkeltes hoved, men også er noget, der udvikles i samspillet med familie, sociale, økonomiske og kulturelle strukturer. I forlængelse heraf bliver det relevant at se nærmere på gruppebehandlingens betingelser og disses betydning for deltagerne samt undersøge personernes handlegrunde i forhold til disse betingelser. Ifølge Dreier (2004) må den enkel-

tes handlegrunde begribes ud fra oplevelsen af handlemuligheder i den pågældende situation, ud fra personens behov og interesser samt ud fra dennes evne til at forfølge egne interesser i situationen. Mao. må gruppedeltagernes handlegrunde ses i forhold til de handlemuligheder, de kan få øje på i gruppeterapisituationen.

Hvor traditionel psykologisk forskning har som mål at nå frem til abstrakte generaliseringer (Markard et al., 2004), retter den kritiske psykologi fokus mod den konkrete praksis for at studere, hvordan subjektet oplever og forholder sig til verden. Opmærksomheden er på problematiske aspekter ved praksis, idet *“den kritiske interesse er en interesse i at overvinde eksisterende problemer og mangler”* (Dreier, 2004, s. 16). I overensstemmelse hermed rettede jeg fokus mod gruppeterapiens problematiske elementer, mens de mere uproblematiske dele umiddelbart blev tildelt mindre plads, idet undersøgelsen sigtede mod at åbne op for nye, udvidende handlemuligheder. Hermed søgte jeg at sikre, at det, der blev undersøgt, var relevant for de implicerede parter og kunne få praktiske konsekvenser.

Kendskab til OCD er en forudsætning for at kunne diskutere behandlingen, men det ligger udenfor denne artikels genstandsfelt at gå dybere ind i lidelsens specifikke karakteristika⁷. I stedet skal jeg kort redegøre for min metode, hvorpå jeg vil fremlægge de modsætningspar, der blev fremanalysert, samt diskutere hvordan disse kan fremme / begrænse den enkelte gruppedeltagers motivation for forandring. På baggrund heraf vil det blive overvejet, hvordan handlemulighederne i praksis kan søges udvidet.

Metoden

Jeg indhentede empiri vha. kvalitative interviews med voksne mennesker, der pga. OCD

6 Dvs. en lokaliseret, tidsligt afgrænset, social sammenhæng, hvor mennesket befinder sig, og hvor dets handlinger finder sted (Dreier, 2004, s. 25).

7 For en grundig indføring i OCD og førende kognitive teorier herom, jf. fx Clark & Beck, 2010.

havde deltaget i G-CBT⁸. Dette valg var begrundet i flere forhold: For det første var hensigten at opsamle tidligere gruppedeltagers erfaringer og perspektiver på behandlingen, hvorfor genstandsadækvatheden forekom god. Mao. lod metoden til at kunne begribe det felt, der skulle undersøges, idet jeg ønskede relevante førstehåndsbeskrivelser af såvel lidelse som behandling, herunder indblik i samspillet ml. fordele og ulemper ved behandlingen og den enkelte deltagers motivation og forandringsparathed. Jeg var således interesseret i at undersøge et rimeligt komplekst problemområde, hvilket den kvalitative metode, ifølge Mørch (1989), er særlig velegnet til.

Endvidere harmonerede den kvalitative undersøgelsesform med min interesse for deltagerens perspektiver, oplevelser og handlinger, hvilket også stemmer overens med den kritiske psykologis understregning af behovet for en subjektvidenskabelig tilgang. Hermed menes en tilgang, hvor *“psykiske fænomener analyseres i ‘første person’ ud fra hvert subjekts eget ståsted og perspektiv, dvs. ud fra den måde det erfarer og forholder sig til sin verden på”* (Dreier, 2004, s. 70).

At give personer i ikke-magfulde positioner mulighed for at fremføre deres synspunkter, er desuden blevet fremhævet som en af den kritiske psykologis vigtigste opgaver (Holzkamp, 1991) – og eftersom personer,

der har deltaget i behandling, både er ramt af en lidelse, og er i risiko for at blive objektgjort som ansigtsløse “patienter” – må de siges at befinde sig i en ikke-magfuld position, i hvert fald i denne sammenhæng. Således søgte jeg at arbejde på vegne af disse personer i overensstemmelse med, hvad de faktisk stræber efter, hvilket ifølge Holzkamp, netop er formålet med kritiske psykologiske undersøgelser. Som han selv skriver: *“subject-scientific theories and procedures are not “about” people, but rather “for” people”* (1991, s. 77). Således fandt jeg det relevant at give mennesker, hvis synspunkter i en vis udstrækning er blevet overhørt, mulighed for at komme til orde, hvilket det kvalitative interview forekom velegnet til.

Mere specifikt valgte jeg det individuelle interview frem for gruppeinterviewet. Dette skyldtes primært en vurdering af, at det var for svært at tale om problemer og begrænsninger ved en gruppe, når deltagerne igen befandt sig i en gruppesammenhæng. Med andre ord: Når genstandsfeltet var gruppebehandling, risikerede man i gruppeinterviewet at gentage evt. problemer fra gruppeprocesserne i terapien.

Derudover fastsatte jeg, i forlængelse af mit undersøgelsesspørgsmål, to overordnede kriterier for deltagelse i undersøgelsen: Interviewpersonerne – eller medforskerne⁹ måtte nødvendigvis 1) være over 18 år og 2) have deltaget i G-CBT. pga. OCD

Rekrutteringen af medforskere skete dels via en repræsentant fra OCD- Foreningen og dels via en kontaktperson for OCD-selvhjælpsgrupperne. Hermed blev i alt 4 personer rekrutteret: 2 mænd og 2 kvinder. Den ene mand sprang dog fra i sidste øjeblik. Ét interview blev udført ansigt til ansigt på en café efter

8 Denne metode er et almindeligt værktøj i kritisk psykologisk forskning, men jeg ville gerne have lavet et ‘praksisportræt’, der er udviklet af kritiske psykologer med det specifikke formål at udforske og overvinde påtrængende praksisproblemer (Forchhammer, 2001). Med praksisportrættet udforskes praksis fra et subjektstandpunkt (Markard et al., 2004) på ét bestemt sted, hvilket ville muliggøre en analyse af de specifikke betingelsers betydning for deltagerens forhold til deres konkrete gruppebehandling. Samtidig er praksisportrættet dog et temmelig omfattende undersøgelsesredskab (Koch & Jensen, 1999), hvorfor jeg vurderede, at det let kunne blive for uoverskueligt og tidskrævende for medforskerne at deltage, og da det desuden viste sig vanskeligt at få adgang til feltet, måtte jeg opgive ideen.

9 De mennesker, der medvirker i interviewene, vil herefter blive betegnet ‘medforskere’ – et kritisk psykologisk begreb, som indikerer, at deltagerne selv tager stilling til og ser deres interesse i undersøgelsen, samt at vi udforsker feltet sammen (Jensen, 2005).

medforskerens valg, mens de to andre blev lavet over telefonen.

Interviewproceduren var enkel: Inden interviewet modtog samtlige medforskere en kort introduktion, hvor de blev oplyst om projektets formål og gav deres informerede samtykke til at medvirke. Jeg forklarede, at jeg var interesseret i deres perspektiv på behandlingen, og jeg understregede vigtigheden af at være oprigtig og ikke holde sig tilbage – ligesom jeg pointerede, at jeg personligt mente, at der var fordele og ulemper ved al behandling. Endvidere fremhævede jeg, at de ikke var forpligtet til at besvare mine spørgsmål, hvorpå jeg spurgte, om de selv havde nogen spørgsmål.

Alle medforskere blev oplyst om, at samtalerne blev optaget på bånd, hvorpå de blev tilbudt en kopi af det transskriberede materiale, som de efterfølgende kunne læse og evt. anfægte eller uddybe.

I overensstemmelse med princippet om interviewpersoners ret til fortrolighed blev medforskernes identitet maskeret og anonymiseret, og information, der kunne bringe anonymiteten i fare, blev fjernet.

I selve interviewsituationen søgte jeg at reagere på den tilgængelige feedback og tilpasse min forståelse herefter. Mao. søgte jeg at *'reflektere i handling'* (Schön, 2001), hvormed intersubjektiviteten i nogen grad blev afstemt i praksis, og der i højere grad blev tale om et egentligt kooperativt fællesskab (jf. Dammeyer, 2006).

Min interviewguide var inspireret af praksisportrættet, der er en punktvis og forholdsvis struktureret undersøgelsesform (Koch & Jensen, 1999). Således spurgte jeg ind til såvel individuelle handlegrunde og konkrete erfaringer med G-CBT som til objektive handlemuligheder og praktiske betingelser for behandlingen. Ikke desto mindre valgte jeg det mundtlige interview samt en mere semistruktureret interviewguide, hvilket bl.a. skyldtes, at det hermed

blev lettere at sikre, at evt. uforudsete pointer blev forfulgt og uddybet, idet den semistrukturerede samtale muliggør fleksible reaktioner, hvor man kan fravige planen og i stedet spørge ind til "det nye". Således kunne problematikker, som jeg ikke havde forudset, blive taget op. Som Jesper Dammeyer (2006) siger, forudsætter en reel intersubjektivtvalidering, at forskningen rent faktisk håndteres som et fællesskab, hvorfor det er nødvendigt, at forskeren ikke gennemstrukturerer og planlægger hele processen på forhånd men derimod forholder sig åbent og udforskende til praksis, så medforskernes bidrag kan forfølges. Hvis intervieweren derimod er for styrende i sine forsøg på at holde dagsordenen, kan det forhindre nye perspektiver og indsigter i at udfolde sig.

I forlængelse heraf stillede jeg forholdsvis åbne spørgsmål indenfor følgende specifikke emner, udvalgt efter deres relevans for problemformuleringen:

- Gruppebehandlingens konkrete vilkår
- Kendetegn ved personens OCD
- Ændringer som følge af gruppebehandlingen
- Den sociale interaktion i gruppen
- Fordele og ulemper ved behandlingen
- Indflydelse på behandlingen
- Opgaver i gruppen og i dagligdagen¹⁰
- Behandlingens brugbarhed i andre kontekster
- Inddragelse af pårørende

Disse kategorier blev først og fremmest valgt på baggrund af mit kritisk psykologiske udgangspunkt samt mine egne faglige erfaringer fra samtaler med personer med OCD.

Da jeg ikke var interesseret i blot at afdække mine medforskere individuelle tolkninger, isoleret fra aktuelle livsbetingelser og –mu-

¹⁰ Et centralt redskab i G-CBT er tildelingen af opgaver i og udenfor terapien. Det kan både være kognitive opgaver (fx registrering af tanker) og adfærdssrettede arbejder (fx adfærdseksperimenter) (Rosenberg, 2008).

ligheder, tilstræbte jeg at medinddrage de betingelser, gruppedeltagerne arbejdede med og under – betingelser, som var med til at forme deres handlegrunde indenfor de handlesammenhænge, de indgik i, herunder behandlings-sammenhængen.

Jeg foretog en kondensering af data i modsætningspar, og det kritiske perspektiv var i høj grad vejledende for udvælgelsen heraf. Bearbejdningen af datamaterialet var dog også i en vis udstrækning inspireret af en fænomenologisk tilgang – dvs. en tilgang, hvor *“man lader datamaterialet træde frem, og man lader kategorierne udspringe af datamaterialet”* (Rydahl, 2009, s. 183). Eftersom jeg havde bestemte problematikker for øje, var der imidlertid ingen lunde tale om en ‘ren’ fænomenologisk tilgang. Fx var visse kategorier (bl.a. indflydelse) fastlagt på forhånd, qua mit teoretiske fokus og min interviewguide, ligesom det, i forlængelse af min problemformulering, var bestemt på forhånd, at fokus skulle være på *modsætninger* knyttet til gruppebehandlingen.

En ulempe ved på forhånd at vælge fokus kan dog være, at det mulige udfaldsrum for de indkommende data indsnævres (Jensen, 2005). Hermed opstår bl.a. risiko for, at relevante reaktioner på medforskernes udmeldinger udebliver, hvilket er problematisk, da det kan svække den intersubjektive relation og dermed forringe undersøgelsens kvalitet (Holzkamp, 1991). Ved at foretage en systematisk kritisk analyse og gennemgang af medforskernes bidrag – og ved i høj grad at lade det afhænge af medforskernes specifikke beskrivelser, hvordan de overordnede kategorier blev udfyldt med underoverskrifter og indhold – søgte jeg at imødegå dette potentielle problem.

Modsætninger relateret til deltagelse i G-CBT Især 9 modsætningspar, der lod til at indgå i et gensidigt samspil med deltagerens motivation og forandringsparathed, forekom betydningsfulde. Mit teoretiske udgangspunkt var især vejledende for udvælgelsen af de før-

ste modsætninger, mens beslutningen om at inddrage de sidste i højere grad blev truffet i forlængelse af medforskernes bidrag og interesser.

Således var det første modsætningspar, der kom i fokus **“universalitet vs. individualisering”**. Dette var styret af den kritiske psykologiske pointe om, at *“mainstream psychology serves the interests of capitalist/bourgeois society by individualising problems and instigating the personal work on the self as a solution to psychological problems”* (Mørck og Huniche, 2006, s. 3). Evt. terapeutiske individualiseringstendenser forekom vigtige at holde øje med – en idé, som blev styrket af medforskernes mange udsagn desangående. Samtidig blev oplevelsen af at være i samme båd af medforskerne beskrevet som afgørende for forandringsparatheden, hvorved modsætningsparret blev tydeligt.

“Støtte i terapien vs. støtte i dagligdagen” blev endnu et modsætningspar. Igen var mit teoretiske udgangspunkt vejledende for fokus, idet jeg specifikt spurgte til den enkelte deltagers muligheder for opbakning i og udenfor terapien ud fra en antagelse om, at de objektive handlemuligheder er forskellige for forskellige mennesker med implikationer for handleevnen og forandringsparatheden. Havde medforskerne intet haft at sige herom, ville jeg have opgivet at forfølge emnet, men det var ikke tilfældet.

Derudover blev modsætningsparret **“fremmedbestemt dagsorden vs. medindflydelse”** udpeget. Allerede i udformningen af min interviewguide vurderede jeg, at grad af indflydelse på terapien var et vigtigt emne i forbindelse med G-CBT, idet indflydelse i en situation har betydning for engagement og motivation (Dreier, 1991). Omvendt kan fremmedbestemte processer, hvor behandlere eller andre fastlægger dagsordenen, forringe den enkeltes motivation for at deltage. Som Dreier påpeger: *“Difficulties in therapy, such as lack of motivation, stagnation, resistance, and relapse, are*

especially likely to occur, when clients' needs and interests are not met" (idem, s. 196). I forlængelse heraf – og fordi G-CBT er en forholdsvis struktureret behandlingsform med et på forhånd fastlagt psykoedukations-materiale – forekom det oplagt at udforske modsætninger vedr. indflydelse nærmere.

Kritisk psykologiske overvejelser var også vejledende for udvælgelsen af modsætningsparret **“fordelagtige og ufordelagtige sammenligninger”**. Jeg spurgte ind til medforskernes oplevelse af fremskridt ud fra en formodning om, at de øvrige deltagers succesoplevelser kunne påvirke den enkeltes motivation og omvendt. Formodningen var baseret på det kritisk psykologiske grundsyn, at mennesker udgør hinandens betingelser, idet alle handler og deltager i den struktur, de er del af, og således har en andel i den samlede sociale praksis (Dreier, 2008). Med dette i baghovedet foretog jeg en gennemgang af datamaterialet og fandt, at sammenligninger med andre indgik i et samspil med den enkeltes tro på forandring.

Yderligere blev **“konflikter som et problem eller et potentiale”** udvalgt som en relevant modsætning – primært, fordi det fra en kritisk psykologisk vinkel kun er ved at anerkende konflikters eksistens (herunder modstridende mål og interesser) at man kan gøre sig håb om at overvinde dem (Dreier, 2004).

“Ændringer indenfor og udenfor det terapeutiske rum” var endnu et modsætningspar, der blev udvalgt fra et kritisk psykologisk princip om, at ændringer ikke udelukkende finder sted i det terapeutiske rum, hvorpå indsigterne “bare” overføres til og anvendes i hverdagslivet.

Desuden blev **“modsætninger i terapien mht. psykoedukation til pårørende”** udpeget ud fra et kognitivt, adfærdsterapeutisk perspektiv: Jeg spurgte konsekvent medforskerne, hvorvidt deres pårørende havde deltaget i et pårørendemøde. Grunden var, at familimedlemmer – set i et CBT-perspektiv – kan

medvirke til opretholdelsen af OCD, enten ved at tilgodese den OCD-ramtes krav eller ved helt at modsætte sig dem (Clark & Beck, 2010). Begge dele kan angiveligt have skadelige konsekvenser for den OCD-ramte, idet førstnævnte strategi opretholder symptomer og den anden øger ubehag med risiko for depression (idem.). Mao. er det muligt, at pårørende uforvarende medvirker til at begrænse mulighederne for – og troen på – forandring.

Endvidere fremstod **“modsætninger mht. opgaver”** som væsentlige, idet en gennemgang af medforskernes udtalelser vedrørende adfærdseksperimenter og eksponering i og udenfor terapien afslørede, at opgavernes karakter syntes at have betydning for motivationen.

Endelig blev **“lukket vs. åbenhed i behandlingsgruppen”** udvalgt som det sidste modsætningspar. Dette skete primært, fordi det, efter en gennemgang af data, fremgik, at deltagerne manglende lyst til at indvie behandlingsgruppen i personlige problemer var et potentielt problem, hvorimod åbenhed lod til at udvide deltagerne handlemuligheder.

Resultater

Modsætningen ml. universalitet og individualisering havde betydning for samtlige medforskernes motivation og forandringsparathed:

På den ene side bidrog oplevelsen af universalitet, dvs. af at have lidelsesfæller og af at være i samme båd (Yalom & Leszcz, 2005), til en normalisering af den enkeltes oplevelser, hvorved det blev lettere for vedkommende at fortælle åbent om symptomer og bekymringer. Dette er yderst relevant, eftersom skamfølelse og lav selvtilid er hyppigt rapporterede ledsagesymptomer til OCD og en del af grunden til, at der typisk går flere år fra symptomdebut til diagnosticering (Clark & Beck, 2010).

Når deltagerne kunne genkende egne problemer i andres beskrivelser og identificerede sig hermed, blev troen på forandring som en reel mulighed styrket.

Omvendt havde det en demotiverende virk-

ning, hvis en deltager oplevede at være helt alene med sin specifikke OCD og ikke kunne identificere sig med de øvrige gruppedeltageres vanskeligheder. Hvis man som den eneste levede med fx en lammende angst for sygdom og smitte, kunne det være svært at identificere sig med angst for at træde på streger eller vedvarende tælletrang. Udover manglende fællesskabsfølelse og universalitet var følgen mere ensomhed og en understregning af OCD'ens heterogene karakter og individuelle belastning.

En terapeutisk markering af den enkeltes personlige ansvar for udbyttet af behandlingen kunne yderligere underbygge individualiseringen, ligesom tildelingen af personligt ansvar for egne fremskridt kunne føre til massive selvbebrejdelser, hvis det ikke gik så godt. Fokus på egen betydning i helbredelsesprocessen er til en vis grad i god overensstemmelse med den kritiske psykologis opgør med eksisterende tendenser til at betragte aktivt handlende subjekter som passive ofre for omstændighederne: Som Holzkamp siger, er mennesker ikke passive "private" individer, udleveret til forholdene, men derimod "*bevidste skabere af deres samfundsmæssige livsomstændigheder*" (1979, s. 138). Tilgangen rummer imidlertid sin egen modsætning, nemlig risikoen for at alt ansvaret for problemerne (symptomerne) helt overlades til det enkelte individ. Hermed fjernes fokus fra de sociale betingelser, der bidrager til problemerne, og det ignoreres, at forståelsen og evalueringen af problemerne og deres konsekvenser altid er knyttet til kulturelle, sociale og historiske omstændigheder. Mao. rettes opmærksomheden her mod individet isoleret fra konteksten, hvorved det bliver op til den enkelte at ændre sig. Ifølge Tod Sloan (2009, s. 59), som tilhører den kritisk psykologiske retning i USA, har sådanne individualistiske perspektiver, hvor problemer defineres som private anliggender, en tendens til at føre til bebrejdelser af den enkelte. Hermed reduceres dennes muligheder for at råde over egne betingelser (jf. Dreier, 2004) og der

opstår risiko for, at en i forvejen udsat person får det endnu dårligere. Således kan det individorienterede perspektiv medføre en fralægelse af det samfundsmæssige ansvar for såvel problemernes opståen som deres løsning. For OCD-ramte, hvor personlig overansvarlighed er et hyppigt forekommende karaktertræk (Salkovskis & Forrester, 2002) må risikoen for, at et positivt "eget ansvar" slår om i negative selvbebrejdelser, antages at være ekstra stor. Individualiseringen af ansvar var imidlertid ikke udelukkende begrænsende for den enkeltes handleevne: Dersom den enkelte reelt havde succesoplevelser og tilskrev disse egen indsats, var det motiverende at opleve sig selv som et subjekt med ansvar for egen bedring.

Endvidere var det betydningsfuldt, hvorvidt og i hvilken udstrækning deltagerne oplevede at have indflydelse på behandlingens udformning og opgaver. Tildeling af medindflydelse fremmede medforskernes oplevelse af at være handlekraftige subjekter, hvorimod det havde negative konsekvenser for motivationen, hvis deltagerne var tvunget til at underkaste sig behandlernes dagsorden, og deltagerbidrag blev udelukket, idet den enkelte hermed stod konfronteret med den paradoksale opgave: at skulle opnå selvstændighed vha. fremmedbestemthed (jf. Dreier, 1991;2004). Faktisk indebar manglende indflydelse en øget risiko for resignerede eller såkaldt *restriktive forholdemåder*, der er kendetegnet ved, at betingelserne betragtes som uforanderlige, også når de er i konflikt med den enkeltes personlige mål, interesser og behov (Jartoft, 1996). Mao. forholder man sig her accepterende og umiddelbart i fht. de på forhånd udstukne betingelser indenfor handlesammenhængen (Tolman, 1991). Dette er problematisk, da den enkelte hermed afskæres fra at forandre og overskride praksis, idet muligheden af, at tingene kunne gøres anderledes, end ikke overvejes (Dreier, 2004).

Også ufordelagtige sammenligninger med de andre gruppedeltagere kunne have en demotiverende effekt: Når fokus blev rettet mod andres fremskridt sammenholdt med egne nederlag, blev tilliden til forandring svækket. Ligeledes blev troen på forandring reduceret, når den enkelte brugte en tidligere succes som sammenligningsgrundlag for aktuelle nederlagsoplevelser. For den OCD-ramte er risikoen for oplevelser af at fejle desværre stor – ikke mindst, fordi symptomreduktion ikke er en lineær aftagende funktion af behandlingstiden – og fordi behandlingsforløb generelt er kendetegnet ved symptom-udsving og mindre tilbagemald.

Omvendt kunne fordelagtige sammenligninger motivere den enkelte til at udmærke sig og skille sig positivt ud fra gruppen: Ved at sammenholde egen succesfuld indsats med andres mangler kunne den enkelte blive motiveret for yderligere fremskridt og forandring. Imidlertid indebærer denne type sammenligninger en risiko for tolkende, personaliserende tænkemåder, idet den enkelte her forfølger egne særinteresser på bekostning af fælles interesser og mål (Jartoft, 1996) og mulighederne for gruppeidentifikation og gensidig læring bliver begrænsede.

Også modsætninger mht. konflikthåndtering kunne indvirke på gruppedeltagernes motivation og forandringsparathed. Den herskende konfliktstrategi på medforskeres respektive OCD-hold lod til at være undgåelse, hvilket indebar, at umiddelbart kontroversielle synspunkter og gensidigt kritiske vurderinger ikke blev udforsket og anerkendt som relevante. I og med relevansen blev defineret af terapeuterne, blev det ulige magtforhold ml. terapeut og deltager tydeligt.

Ifølge de kognitive adfærdsterapeuter Whittall og McLean (2002) er en særlig fordel ved gruppebehandling ellers netop, at deltagerne kan bruges til at udpege uhensigtsmæssig adfærd hos hinanden (fx undgåelsesadfærd), hvilket kan *“help therapists avoid a power*

differential and potential argument with the patient” (idem., 429). Tanken er mao., at gruppen skal tjene til at opbløde det asymmetriske magtforhold ml. terapeut og gruppedeltager, idet terapeuten ikke er den eneste, der kan udfordre deltagerens uhensigtsmæssige tanker og formodninger.

Fra en kritisk psykologisk vinkel må tiltag, der sigter mod at udligne ulige magtforhold ved at overdrage magt til subjekter i udsatte positioner generelt betragtes som positive (jf. Fox et al., 2009). At terapeuten ikke behøver demonstrere sin magt, er imidlertid ikke ensbetydende med, at magtligheden reelt er reduceret – og når Whittall og McLean foreslår at deltagerne skal *bruges*, mener de rimeligvis af terapeuten, hvorved forholdet ikke bliver mere balanceret men tværtimod mere instrumentelt. Instrumentelle relationer er kendetegnet ved, at andre bliver instrumenter for realiseringen af egne interesser og mål (Jartoft, 1996). Hermed sker en objektgørelse af andre, og fordi parterne i relationen hver især forfølger egne særinteresser, søger de *“at sikre sig mod og ikke med hinanden”* (idem., s. 191). Mao. konkurrerer de indbyrdes frem for at stræbe efter fælles mål, og eftersom det ikke er lyst men snarere indre eller ydre tvang, der kendetegner relationen, bliver det nødvendigt at regulere forholdet, hvis det skal opretholdes. Det kan ske på forskellig vis – og en måde går ud på at den ene part giver afkald på sine særinteresser, fordi den anden part har magten, og den første part er forhindret i at forlade forholdet.

Overført til G-CBT, hvor deltagerne ofte kan føle sig presset til at indgå i den terapeutiske relation pga. besværlige og pinefulde symptomer (eller pga. krav fra nærtstående, jf. Clark, 2004), kan en deltager således blive tvunget til at indordne sig under terapeutens dagsorden og fx opgive at få indflydelse på behandlingsaktiviteterne. Instrumentelle relationer kan således begrænse handlemuligheder og Kooperation og dermed indirekte hæmme motivation for forandring.

Endvidere lader Whittal og McLean's udmelding til at være baseret på en antagelse om, at enhver uenighed eller konflikt i terapien er et onde, som for så vidt muligt skal undgås eller nedtones. Samarbejde om behandling er ellers et afgørende behandlingsprincip indenfor CBT, dels fordi oplevelsen af indflydelse og ansvar kan fremme den enkeltes motivation for forandring (Clark, 2004; Purdon, 2007) – og dels fordi et overordnet sigte med behandlingen er, at den OCD-ramte bliver sin egen terapeut, hvilket kun er muligt, hvis denne indvies i overvejelserne og har indflydelse på behandlingen (Beck, 2006).

For at opnå en egentlig samarbejdsrelation, vil det derfor være relevant at anlægge en konfliktstrategi, som i overensstemmelse med den kritiske psykologi anerkender konflikterne og behandler kritiske udmeldinger som et naturligt led i den enkeltes forsøg på at udvide egne handlemuligheder. Mao. synes det formålstjenstligt at håndtere modsætninger og divergerende udmeldinger i deltagergruppen som potentielt udviklende frem for som uønskede bidrag.

Ifølge den kritiske psykologi er der et dialektisk samspil mellem livet indenfor og udenfor det terapeutiske rum og således også mellem ændringer i og udenfor terapien. Når gruppedeltagelsen rakte udover terapien og bidrog til en udvidelse af handlemuligheder i andre sammenhænge – fx når det i dagligdagen blev muligt at håndtere forskellige hverdags-opgaver uden at følge skrappe OCD-regler, havde det en markant motiverende virkning og virkede positivt tilbage på terapien.

Omvendt kunne deltagelsen i G-CBT i nogle tilfælde være så anstrengende og energikrævende, at det begrænsede handlemulighederne i andre situationer, med negative implikationer for motivationen til følge.

Hændelser udenfor det terapeutiske rum kunne også både virke opmuntrende og nedslående – fx kunne en traumatisk oplevelse

have en positiv effekt i og med, den kunne illustrere en nyvunden evne til at håndtere problemer, mens andre oplevelser, fx problemer på arbejdspladsen, kunne virke demotiverende og svække tilliden både til terapien og til eget forandringspotentiale.

Udfordring af tvangstanker og gradvis eksponering spillede en central rolle for deltagerens OCD-behandling og udgjorde en del af deres "hjemmearbejde". Dette hjemmearbejde var mere overkommeligt for deltagerne, når de udover støtten i terapien også oplevede social støtte og opbakning i handlesammenhænge udenfor det terapeutiske rum.

Når mulighederne for at opnå støtte fra omgivelserne derimod var begrænsede, blev chancerne for at klare hjemmearbejdet dårligere, og den enkeltes tro på, at OCD'en var til at overvinde, blev mindre.

I situationer, hvor det sociale netværk er beskedent eller ikke-eksisterende kunne terapigruppen tænkes at udgøre den nødvendige opbakning, men ifølge mine medforskeres erfaringer blev grupperne desværre ikke brugt til at yde gensidig støtte udenfor det terapeutiske rum.

Generelt fremstod interaktionen med nærtstående som en væsentlig motivationsfaktor. Alle mine medforskere gav udtryk for, at pårørendemøder var et relevant supplement til terapien, idet OCD'en udgjorde en belastning i forhold til de nære relationer. I forlængelse heraf var information til pårørende om lidelsen og dens konsekvenser efterspurgt – som en deltager sagde: "*der er meget brug for, at de pårørende får noget viden – altså, om hvordan de skal tackle det.*" Mere specifikt var hun interesseret i, at hendes pårørende fik indblik i årsagerne til hendes reaktioner samt konkrete handleanvisninger i fht. hvornår de skulle gribe ind, og hvornår de skulle lade hende være.

Ingen af mine medforskere oplevede dog en ændret adfærd hos deres pårørende som følge af psykoedukationen, hvilket angiveligt hang

sammen med tilbuddenes konkrete udformning: Der var tale om meget kortvarige forløb, hvor OCD-ramte og pårørende var til stede samtidig, til trods for at deres mål med deltagelsen kunne være direkte modsatrettede¹¹.

Alt i alt er det dog sandsynligt, at psyko-
 dukation til pårørende ved at opøve mere hen-
 sigtsmæssige reaktioner på de OCD-ramte og
 deres tvangssymptomer indirekte kan fremme
 disses motivation og forandringsparathed.

Når der i terapien blev taget udgangspunkt i
 problemer, der begrænsede deltagernes daglige
 livsførelse og sociale liv her og nu, fremstod
 opgaverne som meningsfulde og relevante.
 Afsæt i aktuelle problemer fremmede mao. del-
 tagernes motivation for forandring. Fx bestod
 en væsentlig hjemmeopgave for en deltager i at
 udfordre tvangsmæssige ritualer vedr. vaske-
 tøj. Netop disse ritualer fyldte meget i hendes
 hverdag, idet hun havde obsessioner om, at der
 ville ske hendes børn noget ondt, med mindre
 hun sørgede for at sortere og vaske tøjet efter
 bestemte, strikse regler. Kvindens familie blev
 i høj grad påvirket heraf – bl.a. var hendes børn
 flove over, at badeværelsesgulvet altid flød
 med tøj som følge af det ineffektive vaskeri.
 Dette var en belastning, der begrænsede hendes
 daglige livsførelse her og nu, og som influerede
 hendes familiemæssige interaktioner og rela-
 tioner i negativ retning, hvorfor det gav god
 mening at udfordre disse ritualer.

Derimod virkede det direkte hæmmende på be-
 handlings-motivationen, når opgaverne hver-
 ken forekom realistiske eller var relevante for
 deltagernes hverdagsliv, idet formålet med at
 udføre dem hermed fortonede sig. Fx nævnte
 en deltager en situation, hvor han skulle tage
 sin kærestes bøger og trampe på dem for her-

med at udfordre sin frygt for at ødelægge an-
 dres ting. Opgaven forekom imidlertid både
 kunstig (kæresten gav lov til det) og uved-
 kommende, fordi den på ingen måde lignede
 de virkelige situationer i dagligdagen, som
 han frygtede. Som Dreier (1999) påpeger, er
 en forudsætning for læring netop, at det lærte
 opleves brugbart og meningsfuldt i andre si-
 tuationer end selve læringsituationen – dvs.
 udenfor det terapeutiske rum.

Endelig udgjorde lukkethed vs. åbenhed i te-
 rapien en modsætning med relevans for moti-
 vation og forandringsparathed: Trangen til at
 beskytte sig selv og sit privatliv kunne hæmme
 tilbøjeligheden til at delagtiggøre en hel gruppe
 i de personlige problemer og føre til, at vigtige
 symptomer blev skjult. Hermed blev handle-
 mulighederne i og udenfor terapien indsnævret
 og risikoen for, at pinagtige problematikker
 forblev ubehandlede, øgedes – utvivlsomt med
 negative konsekvenser for motivationen. Så-
 ledes fortalte en deltager om begrænset lyst
 til at indvie sin behandlingsgruppe i belast-
 ningerne ved de seksuelle dysfunktioner, som
 fulgte med brugen af SSRI-præparater¹² – til
 trods for, at disse udgjorde en stor udfordring
 i hans hverdag.

Omvendt kunne gruppen også fremme
 åbenheden (og hermed også forandringspa-
 ratheden og chancen for succes), idet andre
 deltageres afsløringer kunne åbne op for op-
 levelsen af universalitet og gøre det legitimt at
 afsløre egne mere pinlige problemer og fore-
 stillinger. Problemerkernes art sammenholdt med
 den konkrete gruppesammensætning syntes
 her afgørende for, om åbenheden blev størst
 i dialogen med en enkelt terapeut eller i sam-
 spillet med en gruppe medpatienter.

11 fx kunne den OCD-ramte og en evt. partner have væ-
 sensforskellige mål med deltagelsen i et pårørendear-
 rangement, idet den OCD-ramte kunne håbe på større
 forståelse fra partnerens side, og partneren kunne have
 behov for opbakning til en mere kravstillende adfærd.

12 dvs. medicin, der selektivt hæmmer genoptaget af sig-
 nalstoffet serotonin ind i nervecellerne.

Diskussion – praksisimplikationer

Det forekommer afgørende, at behandling til enhver tid tager individets handlegrunde, som rettet mod dets livsbetingelser, i betragtning. Hermed kan den enkelte begribes som en aktiv medskaber af egne omstændigheder frem for som et passivt objekt, der ikke *agerer* men kun *reagerer* på omverdens- hændelserne. Det sidste er ofte tilfældet indenfor traditionelle psykologiske retninger, hvor angsttilstande accepteres *“uden erkendelse og kritik af de forhold hvorigennem de produceres”* (Holzkamp-Osterkamp, 1990, s. 38) – med det resultat, at kun den individuelle forarbejdning af spændinger mv. tematiseres. Det skal dog nævnes, at mange fremtrædende kognitive adfærdsterapeuter anerkender, at ikke alle problemer skyldes fejltænkning, og det pointeres, at objektive betingelser kan hæmme den enkeltes udfoldelsesmuligheder (fx Beck, 2009). I så fald rettes opmærksomheden mod problemløsningsstrategier, men behandlingen vil også her sigte mod ændringer af den enkelte, så denne kan lære at håndtere de objektive udfordringer bedre. Ifølge Holzkamp-Osterkamp kan psykiske problemer imidlertid *“ikke overvindes gennem terapeutiske aktiviteter, i hvilke (...) der kun efterstræbes individuelle hhv. psykiske forandringer af det enkelte menneske og dets sociale forhold indenfor rammerne af de borgerlige privatforhold”* (1990, s. 40). Det er mao. ikke tilstrækkeligt, at den enkelte OCD-ramte ændrer ‘psykisk’ indstilling: Hvis vedkommende skal finde vej ud af de tvangsmæssige problemer, må han/hun igennem samarbejde med andre opnå virkelig indflydelse på og kontrol over egne livsbetingelser.

I forlængelse heraf forekommer det relevant med mere gennemgribende tiltag, såsom implementering af ændringer på arbejdsmarkedet. Travlhed, stress og bestandig omorganisering vil ofte forværre tvangssymptomer, hvilket gør det svært for OCD-ramte at blive i arbejde grundet aktuelle (ofte ufleksible!) krav om effektivitet, omstillingsparathed og fleksibili-

tet¹³. Følgelig kunne et relevant tiltag være at stille krav om mere rummelige arbejdspladser. Konkret kunne det være en idé, at noget af behandlingen fandt sted på den OCD-ramtes arbejdsplads, i den udstrækning det var her symptomerne gjorde sig gældende. En anden mulighed kunne være at give OCD-ramte øget mulighed for “skånejobs”, hvorved færre rimeligvis ville ende med en uønsket pension.

Sådanne jobs kan dog være forbundet med en vis stigmatisering, hvilket bl.a. kan hænge sammen med, at folk ikke altid vælger dem, men derimod tvinges ud i dem efter arbejdsprøvning. Frivillighed må således være en forudsætning, hvis jobbene skal bidrage til øget indflydelse over egne livsbetingelser for OCD-ramte. Overordnet er det centralt at undersøge, hvad OCD-ramte selv mener, der skal til for at forbedre mulighederne på arbejdsmarkedet, så de ikke blot skal indordne sig.

I det hele taget forekommer det hensigtsmæssigt at undersøge deltageres personlige mål og ønsker – både fordi de ofte i sig selv er modsigelsesfyldte grundet uløste konflikter, og fordi de ikke nødvendigvis er sammenfaldende med terapeutens. Det er afgørende, at evt. uenigheder og konflikter i terapien ikke behandles som en trussel, der skal undgås eller undertrykkes, eftersom deltagerne i så fald tvinges til at indrette sig efter de foreliggende betingelser og forhindres i at udvide deres potentialer til at arbejde med relevante konflikter. Hvis deltagerne får lov til at sætte spørgsmålstejn ved behandlerens autoritet eller rammerne for terapien, får de erfaringer med, at afhængighedsforhold kan overvindes (Holzkamp-Osterkamp, 1979, s. 297). Ved at betragte uenighed og uoverensstemmelse som et naturligt led i terapideltagelsen og den en-

13 Risikoen for social marginalisering og heraf afledte økonomiske problemer er således øget, og situationen bliver ikke bedre af, at tvangssymptomerne i sig selv kan være bekostelige (fx hvis den OCD-ramte føler, at hendes/hans tøj er blevet smittet med dårlige tanker og derfor hele tiden må udskiftes).

keltas forsøg på råde over egne betingelser – og ved at håndtere divergerende udmeldinger som bidrag, der kan medvirke til at udvikle praksis – vil chancerne for en mere anerkendende subjekt-subjekt relation blive forbedret, hvilket rimeligvis vil have en motiverende effekt. Hermed kan konflikter medvirke til en udvidelse af den enkeltes handleevne og tro på forandring samt føre til forbedring af praksis (jf. Dreier, 2004, s. 105).

I forlængelse heraf skal et G-CBT-tilbud løbende lægge op til diskussioner af behandlingen og dens begrænsninger. Det kan samtidig have den gunstige effekt, at risikoen for, at deltagerne tager betingelserne for givet og betragter dem som uforanderlige, reduceres, hvorved der skabes grobund for overvejelser over, hvad der med fordel kunne gøres anderledes. Eller sagt med termer hentet fra den kritiske psykologi: Der vil blive skabt mulighedsrum for, at den restriktive handleevne kan erstattes af en udvidende (jf. Holzkamp, 2005).

Når det gælder deltagernes motivation for forandring, forekommer indflydelse på behandlingen i det hele taget afgørende. Uden indflydelse vil deltagerne blive placeret i den paradoksale situation både at skulle udvikle evnen til *selvstændigt* at håndtere og udfordre symptomer/problemer og samtidig skulle underkaste sig behandlerens kontrol og dagsorden (jf. Dreier, 2004). Følgelig forekommer det vigtigt, at terapeuten ikke tilrettelægger hele dagsordenen på forhånd men sørger for at indarbejde en vis fleksibilitet i strukturen, så deltagerne kan være med til at bestemme terapiens indhold og fokus. Terapien skal ikke blot skabe forestillinger om indflydelsesmuligheder vha. med-bestemmelse i underordnede spørgsmål for hermed at sikre, at overordnede betingelser accepteres, sådan som det ofte er tilfældet indenfor den traditionelle psykologi (Holzkamp- Osterkamp, 1979, s. 280) – men derimod søge at etablere en regulær samarbejdsrelation, hvor terapeut og deltagere an-

erkendes som intentionelle subjekter. Hermed vil det rimeligvis også blive mere nærliggende i terapien at medtænke forskelle i deltagernes livsomstændigheder, mål, midler og interesser. Desuden vil chancerne for, at læringen opleves som personligt betydningsfuld, angiveligt blive større, når der kan tages højde for den enkeltes *“rettethed mod at blive bedre i stand til noget i andre situationer end den umiddelbare læringssituation”* (Dreier, 1999, s. 97).

Indflydelse på terapien kombineret med oplevelser af fællesskab og universalitet kan yderligere fremme den enkeltes motivation for forandring. Dette stemmer overens med resultater fra en dansk undersøgelse, hvor 24 OCD-ramte under en gruppesession blev spurgt om deres oplevelser med deres aktuelle G-CBT-forløb.

“The main points from the patients were the following: It was a great relief to experience that other people were “as crazy as one self” (Fenger et al., 2007, s. 341). Selvom deltagernes udsagn kan skyldes fx gruppeeffekter eller ønsket om at behage behandleren, lod det til, at deltagerne fandt det opmuntrende, at de ikke var alene med deres problemer – og de oplyste, at andres historier gjorde det lettere at fortælle åbent om egne symptomer. I forlængelse heraf forekommer det afgørende, at G-CBT tilstræber at fremme åbenhed og gruppeidentifikation. Ifølge Holzkamp-Osterkamp (1979) er en fordel ved gruppeterapien netop, at oplevelser af vanskeligheder som en individuel skæbne, kan nedtones, når den enkelte gør sig erfaringer med andres problemer. Samtidig understreger hun dog, at selvom dette kan medføre en vis lettelse, sikrer det ikke, at personen målrettet vil arbejde for at bekæmpe lidelsen (idem., s. 321). Mao. er universalitetsoplevelser og gruppeidentifikation på ingen måde tilstrækkelige til at fremme den enkeltes motivation for forandring – men de giver deltagerne mulighed for at vedgå sig egne behov og omsætte dem aktivt, hvorfor de er værd at fremme. Imidlertid peger mine analyser på,

at symptomheterogeniteten, som kendetegner OCD (Taylor et al., 2007), kan forhindre disse oplevelser. Et oplagt tiltag forekommer derfor at være, at OCD-ramte personer, hvis symptomer i høj grad divergerer, ikke placeres i samme gruppe. Set i et kognitivt perspektiv kan for stor ensartethed imidlertid også være problematisk, idet deltageres evne til at opdage u hensigtsmæssig tænkning hos hinanden forringes, hvis alle umiddelbart deler samme fejlslutninger og således mangler afstand til problemet. Også fra en kritisk psykologisk vinkel kan det være problematisk at indrette gruppen efter symptomhomogenitet. For det første fordi forskellighed og uoverensstemmelser kan være en kilde til vækst og udvikling, men især fordi der sker en tilsøring af deltageres uens betingelser, når alle tilsyneladende har de samme ensartede tvangssymptomer. En løsning kunne være en gruppesammensætning med en passende kombination af ensartethed og variation i symptomer. Det forekommer således relevant at sikre, at der i grupperne altid er mindst to personer med nogenlunde tilsvarende tvangsproblematik. Hermed vil man øge chancerne for motiverende identifikations- og universalitetsoplevelser og samtidig sikre, at ingen deltager lades alene i stikken med symptomer, hvis lige på ingen måde kan genfindes i gruppen.

Ligesom gruppebehandling kan skabe betingelser for universalitetsoplevelser, kan den også danne basis for individualisering af deltageres problemer. Hvis det i terapien understreges, at behandlingssucces primært er et spørgsmål om personlig viljestyrke og kampånd, bliver ansvaret for behandlingsudbyttet placeret hos den enkelte. Manglende fremskridt bliver hermed den enkeltes egen skyld, idet problemerne attribueres til personlige egenskaber (fx ringe selvkontrol), hvorimod situationelle faktorer og betingelser ignoreres (fx ringe muligheder for social støtte). Eller som Holzkamp-Osterkamp udtrykker det "omtolkede objektive udviklingshindringer til

subjektive udviklingsbegrænsninger" (1985, s. 146, ref. i Dreier, 2004, s. 98). Således sker der en skyldspåleggelse, der indebærer, at deltagere, der ikke gennemfører forløbet med et godt resultat, står tilbage som "tabere" i dobbelt forstand: Deres OCD er uændret, og de får selv skylden, uanset hvilke ulige betingelser, de hver især har at kæmpe med.

En praksisimplikation kan være at sejre i terapien godt må tilfalde den enkelte, idet han/hun hermed bekræftes i at være et aktivt handlende subjekt, der har vundet kampen over OCD'en, hvorimod nederlag altid skal deles – med terapeuten, gruppen og ikke mindst de objektive udviklingsbetingelser, som skal afdækkes og analyseres. Det væsentlige er, at deltagerne netop ikke gøres yderligere ansvarlige for deres lidelse – en fremgangsmåde, der ifølge Holzkamp-Osterkamp vil øge chancerne for "*en fornyet subjektiv udviklings-tilskyndelse*" (1979, s. 327). Konkret kunne behandleren fx bidrage til en eksternalisering af problemet ved at understrege, at det var opgaven, der var for svær; ikke den enkelte, der var for dårlig til at løse den¹⁴.

Dog kan det være et problem, at behandlingsstederne i kampen om bevillinger kan have en interesse i netop at fremstille sejrene som stedets fortjeneste og nederlagene som de OCD-ramtes egen skyld – og hermed kan en pointe, som Ole Dreier har fremført (i anden sammenhæng) også være relevant her: "*Appellen til klientens individuelle anstrengelsesberedskab fremføres i en form, der i tilfælde af fiasko frikender programmet og behandleren*" (2004, s. 99). I en tid med nedskæringer, og hvor de enkelte behandlingssteder ofte må kæmpe om resurserne, må denne risiko formodes at være større – rimeligvis især i privat regi som følge af den fri konkurrence, men

14 Behandleren skal selvsagt ikke påtage sig hele ansvaret, da terapien i så fald ikke anerkender deltageres personlige "agency", hvorved chancen for, at de lærer at udvide deres handlemuligheder i relation til deres symptomer reduceres (Dreier, 2008, s. 144).

i stigende grad også indenfor det offentlige, hvor der skal kæmpes om fortsatte bevillinger, andel i SATS- puljemidler mv. Mao. kan de aktuelle samfundsmæssige betingelser fremme tendensen til individualisering af problemerne og bebrejdelse af den enkelte – noget, som er blevet kaldt “*blame-the-victim politics*” (Fox et al., 2009, s. 7). Formålet hermed er at fjerne fokus fra urimelige samfundsforhold, der bidrager til udviklingen af psykiske problemer, samt at dæmpe de røster, der taler for gennemgribende, sociale ændringer. Når deltagerne tildeles skyld for problemerne kan det mao. siges at afspejle “*den borgerlige ideologi om privat individuel frihed og selvansvarlighed, under fornægtelse af den samtidige objektive afhængighed*” (Dreier, 2008, s. 146).

På det nære og mere konkrete plan pegede analyserne på det motiverende i opgaver, der tager afsæt i obsessioner og kompulsioner, som på negativ vis interfererer med den enkeltes daglige livsførelse og samspil med andre. Den begrænsede mængde tid, der er til rådighed til hver enkelt deltager i et G-CBT- forløb, kan imidlertid få den utilsigtede konsekvens, at hjemmeopgaver og adfærdseksperimenter tilpasses efter gruppen som helhed og justeres ud fra et abstrakt deltager-gennemsnit, hvorefter opgaverne for den enkelte kan fremstå uvedkommende og derfor ikke-motiverende. Følgelig er det nødvendigt at afsætte god tid til udformning af personligt relevante opgaver. Hermed opstår dog risiko for kedsomhed blandt de øvrige deltagere, og gruppeformatet kan i nogle tilfælde forekomme uegnet, da mulighederne for at imødekomme samtlige deltageres interesser og behov er begrænsede.

En oplagt praksis-justering kunne være at supplere gruppebehandlingen med individuelle samtaler – dels fordi disse kan tjene til at forbedre mulighederne for relevante og meningsfulde opgaver, skræddersyet til den enkeltes aktuelle behov og konkrete problemer, og dels

fordi afdækkende individuelle samtaler kan bidrage til en udvidelse af mulighedsrummet for deltagere, som indenfor gruppesammenhængen tilbageholder information, bl.a. pga. blufærdighed og/eller af frygt for social stemping. Alternativt kunne indføres længerevarende G-CBT-forløb, hvor gruppedeltagerne får tid til at udvikle gensidig tillid og gradvist får oparbejdet den tryghed, der er nødvendig for at tage mere private og følsomme problematikker op. I hvert fald synes det hensigtsmæssigt også at operere med forløb, der rækker udover de typiske 10-20 sessioner, som Sundhedsstyrelsen i dag finder tilstrækkelige.

Hensyn til deltagernes individuelle symptomer og særlige obsessioner og kompulsioner er imidlertid ikke den eneste praksisimplikation i relation til gruppesammensætningen, som kan udledes af min undersøgelse. Også mere almene karakteristika, som intet har med deltagernes OCD at gøre, er værd at medtænke, når en velfungerende gruppe skal dannes. Det synes således formålstjenligt (trods evt. praktiske vanskeligheder) også at tage hensyn til fx deltagernes køn, alder og uddannelsesniveau. Det er i hvert fald vigtigt at sikre, at ingen føler sig alene i gruppen (fx aldersmæssigt) eller oplever at være den eneste, som mangler forudsætningerne for at skulle forholde sig abstrakt til egne tanker og tankemønstre. Nogen OCD-ramte finder det svært med den megen refleksion (Clark, 2004), og G-CBT’s anvendelse af forskellige kognitive teknikker kan have en vis social slagside – fx kan selve ideen om, at man kan have uhensigtsmæssige tanker om tanker være vanskelig at begribe for en mere praktisk orienteret gruppedeltager.

I overensstemmelse med den kritiske psykologis pointering af, at det enkelte subjekt ikke kan betragtes som isoleret fra de kontekster, hvori det indgår (Mørck, 2006), pegede mine analyser på, at deltagernes livsomstændigheder og deltagelse i og på tværs af forskel-

lige handlesammenhænge indgår i et samspil med den enkeltes motivation for forandring. Følgelig må der i behandlingen anlægges et helhedssyn på subjektet, og i den forbindelse kan pårørendeinddragelse være et skridt i den rigtige retning, idet familie og venners betydning for den enkeltes (oplevelser af) handlemuligheder hermed anerkendes. Behovet for inddragelse af pårørende eller nærtstående i terapien understreges af, at mange OCD-ramte har forstyrrede forhold til deres nærmeste pga. deres tvangssymptomer (Thomsen, 2010). Det forekommer imidlertid afgørende, at der bliver afsat både tid og resurser til arrangementerne, da det ellers risikeres, at der blot bliver tale om en pseudo-foranstaltning i den forstand, at behandlernes interesse for de pårørendes perspektiver kun er tilsyneladende, mens de reelle muligheder for udbytterig deltagelse er begrænsede.

Meget tyder faktisk på, at det snævre fokus på undervisningsaspektet med fordel kunne opgives. I stedet ville interpersonelle problemer lettere kunne udforskes og håndteres, hvis der igangsættes familiesamtaler i hjemmet eller dér, hvor konflikterne opstår.

Endelig pegede mine analyser på, at gruppeopbakning og -støtte under udførelsen af opgaver potentielt kan motivere for forandring – og dét særligt for OCD-ramte deltagere, for hvem det sociale netværk udenfor terapien er beskedent. Af praktiske grunde kan det imidlertid være svært for deltagerne at hjælpe hinanden med hjemmearbejde (i eget hjem), hvorfor et alternativ kunne være at udføre relevante adfærds eksperimenter i behandlingsregi men udenfor behandlingsstedet – fx i bussen, i forretninger eller lign¹⁵. Hermed kan deltagere modtage hjælp til at gennemføre opgaverne, hvorved chancerne for positive oplevelser øges. Således

kan forskellige dele af deltageres hverdagsliv blive inddraget og udforsket, og da det er i dagliglivet de fleste problemer opstår (Dreier, 2008), burde det blive lettere (for terapeut) at opnå et helhedssyn. Hertil kan naturligvis indvendes, at en udgligning af forskellene ml. terapi og hverdag åbner mulighed for bedre at kunne kontrollere deltageres adfærd, men formålet med forslaget er selvsagt ikke at få magt over deltagerne men at lette lidelserne og støtte den enkelte i at få magt over eget liv.

Alle forslag og konklusioner må ses i lyset af undersøgelsens kvalitet. I kritisk psykologisk sammenhæng giver de traditionelle positivistiske videnskabskriterier validitet, reliabilitet og generaliserbarhed ikke uden videre mening. Derimod kan subjektvidenskabelig forskning, ifølge Holzkamp (2005), blive almengjort ud fra et enkelt tilfælde: Hvis man afdækker forholdet ml. handlemuligheder og begrænsninger i en specifik samfundsmæssig sammenhæng – dvs. afdækker et bestemt mulighedsrum – kan dette almenføres, når andre i en lignende situation bliver klar over, at de har et tilsvarende mulighedsrum og drager handlekonsekvenserne heraf (Jensen, 2005). Formålet med kritisk psykologisk forskning er således at øge forandringspotentialet for de mennesker, der deltager i forskningen samt for mennesker med tilsvarende betingelser og muligheder (Holzkamp, 1991). Gennem samarbejde med medforskerne og analyser af de konkrete tilfælde, har jeg søgt at udpege almene træk ved G-CBT-praksis samt bestemme de dertil knyttede typiske mulighedsrum og relevante (be)handlekonsekvenser.

Undersøgelsens kvalitet kan imidlertid have lidt under, at mine medforskere ikke blev medinddraget i hele undersøgelsesprocessen men hovedsagligt indgik i en samarbejdsrelation op til og under interviewfasen. Desuden hændte det, at jeg, trods bestræbelser på det modsatte, indimellem fokuserede på den enkeltes handlinger og handlegrunde – og i mindre grad

15 Visse behandlingssteder opererer allerede med en sådan praksis, bl.a. Team for Angst og OCD, Psykiatrisk Center København.

medtænkte omverdens- betingelserne og disses betydning i samspillet.

Ligeledes kan det være problematisk, at to interviews blev udført over telefonen, idet kontakten og den gensidige forståelse forringes, når interviewer og medforsker er afskåret fra at bruge og iagttage kropssprog. På den anden side gjorde anonymiteten det formentlig lettere at medvirke, ligesom den "distancerede" interviewform åbnede op for personlige afsløringer, som en mere direkte kontakt kunne have forhindret¹⁶.

Afsluttende

Generelt kan man sige, at angst, OCD og ritualiseret adfærd er ekstremt styrende for den OCD-ramtes liv og livsmuligheder. Alene pga. belastningen for den enkelte og dennes pårørende er det afgørende at udvikle en effektiv og lindrende behandling. At OCD for samfundet som helhed også kan være belastende og en bekostelig affære – både pga. sygefravær, udgifter til overførselsindkomster og dyre behandlinger – er i denne sammenhæng mindre afgørende, om end det naturligvis også af samfundsøkonomiske grunde vil være fornuftigt at finde virkningsfulde behandlingsmetoder. I denne sammenhæng kan man med fordel underkaste den eksisterende økonomitænkning en nøjere granskning. Eksempelvis er det værd at undersøge, om gruppeterapi pr. automatik er billigere end individuel behandling. Resursepildet relateret til fejlslagne/afbrudte G-CBT-forløb, hvorefter den OCD-ramte som oftest tilbydes samme behandling en gang til, må i hvert fald være betydeligt. Måske kunne supplerende individuel behandling over tid faktisk reducere udgifterne? Mine handleanvisninger kan måske umiddelbart forekomme bekostelige, men spørgsmålet er, om de i realiteten tjener sig selv ind ved bl.a. at reducere recidiv, nedsætte medicinforbrug, forhindre

social marginalisering og lette en forbliven på tilbagevenden til arbejdsmarkedet?

Tak til Jesper Dammeyer for gode råd og opbakning.

Litteratur

- Beck, J. (2006). *Kognitiv Terapi: Teori, udøvelse og refleksion*. København: Akademisk Forlag.
- Beck, J. (2009). *Udfordringer i kognitiv terapi – Hvad gør man, når standardmetoderne ikke virker?* København: Akademisk Forlag.
- Belloch, A., Cabedo, E., Carrió, C., Fernández-Alvarez, H., García, F. & Larsson, C. (2011). Group versus individual cognitive treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in non-OCD symptoms and cognitions at post-treatment and one-year follow-up. In *Psychiatry Research*. 187:1-2, p. 174-179.
- Bjørnholk, S. (2011). *En kvalitativ, kritisk psykologisk undersøgelse af kognitiv adfærdsterapeutisk OCD-gruppebehandling*. København: Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
- Cabedo, E., Belloch, A., Carrió, C., Larsson, C., Fernández-Alvarez & Garcia, F. (2010). Group Versus Individual Cognitive Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder: Changes in Severity at Post-Treatment and One-Year Follow-up. In *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 38:2, p. 227-232.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2010). *Cognitive Therapy of Anxiety Disorders, Science and Practice*. New York: The Guilford Press.
- Dammeyer, J. (2006). "Når praksis tages alvorligt – Metodologiske overvejelser om relationen mellem kvalitet og forskningspraksis. I *Nordiske Udkast*. 34:2, s. 39-54.
- de Silva, P. & Rachman, S. (1999). *Tvangstanker og tvangshandlinger – Fakta om obsessive-kompulsive tilstande*. København Ø: Dansk Psykolog Forlag.
- Diefenbach, G. J., Abramowitz, J. S., Norberg, M. M. & Tolin, D. F. (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for

16 For en mere detaljeret beskrivelse af undersøgelsens muligheder og begrænsninger, jf. Bjørnholk, 2011.

- obsessive-compulsive disorder. In *Behaviour Research and Therapy*. 45:12, p. 3060-3068.
- Dreier, O. (1999). Læring som ændring af personlig deltagelse i sociale kontekster. I Nielsen, K. & Kvale, S. *Mesterlære – læring som social praksis*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 76-99.
- Dreier, O. (2004). *Psykosocial behandling – En teori om et praksisområde*. København Ø: Dansk Psykologisk Forlag.
- Dreier, O. (2008). *Psychotherapy in Everyday Life*. USA: Cambridge University Press.
- Fenger, M. M., Mortensen, E. L., Rasmussen, J. & Lau, M. (2007). Group therapy with OCD – development and outcome of diagnosis specific treatment of patients with OCD in groups. In *Nordic Psychology*. 59:4, p. 332-346.
- Forchhammer, H. B. (2001). Interviewet som handlesammenhæng. I *Nordiske Udkast*. 29:1, s. 23-32.
- Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin, S. (2009). Critical Psychology for Social Justice: Concerns and Dilemmas. In Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin, S.: *Critical Psychology – An Introduction*. Los Angeles: SAGE Publications, p. 3-19.
- Holz kamp, K. (1979). Kan der være en kritisk psykologi inden for rammerne af den marxistiske teori? I Dreier, O.: *Den kritiske psykologi*. København: Bibliotek Rhodos, s. 123-157.
- Holz kamp, K. (1991). Experience of Self and Scientific Objectivity. In Tolman, C. W. & Maiers, W. *Critical Psychology – Contributions to an Historical Science of the Subject*. New York: Cambridge University Press, p. 65-80.
- Holz kamp, K (2005). Mennesket som subjekt for videnskabelig metodik. I *Nordiske Udkast*. 33:2, s. 5-33.
- Holz kamp-Osterkamp, U. (1979). Erkendelse, emotionalitet, handleevne. I Dreier, O. *Den kritiske psykologi*. København: Bibliotek Rhodos, s. 237-340.
- Holz kamp-Osterkamp, U. (1990). De nødvendige fælles udviklingsformer. I *Forum*. 6/7, s. 23-41.
- Jartoft, V. (1996). Kritisk psykologi. I Højholt, C. & Witt, G. *Skolelivets Socialpsykologi, Nyere socialpsykologiske teorier og perspektiver*. København Ø: Unge Pædagoger, s. 181-208.
- Jaurrieta, N., Jimenez-Murcia, S., Mencho, J. M., del Pino Alonso, M., Segalas, C., Álvarez Moya, E. M., Labad, J., Graneros, R., Vallejo, J. (2008). Individual versus group cognitive behavioral treatment for Obsessive compulsive disorder: A controlled pilot study. In *Psychotherapy Research*. 18:5, p. 604-614.
- Jensen, T. B. (2005). Praksisportrættet – Om at indsamle og anvende skriftlige kvalitative data i en forskningsproces. I Jensen, T. B. & Christensen, G. *Psykologiske og pædagogiske metoder - kvalitative og kvantitative forskningsmetoder i praksis*. Frederiksberg C: Roskilde Universitetsforlag, s. 95-122.
- Jørgensen, C. R., Kjølbye, M. & Møhl, B. (2010). Psykoterapi. I Simonsen, E. & Møhl, B. (2010). *Grundbog i psykiatri*. København K: Hans Reitzels Forlag, s. 595-626.
- Koch, I. & Jensen, T. B. (1999). *Anonym rådgivning af børn og unge – om telefonrådgivning, opfølgende socialt arbejde og åbne rådgivninger*. København K: Socialministeriet.
- Kvale, S. (2001). *Interview – En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Markard, M., Holz kamp, K. & Dreier, O. (2004). Praksisportræt – en guide til analyse af psykologpraksis. I *Nordiske Udkast*. 32:2, s. 5-22.
- Mørch, S. (1989). Forskning i kvalitet eller kvalitativ forskning?. I *Nordisk Psykologi*. 41:3, s. 204-221.
- Mørck, L. L. (2006). *Grænsefællesskaber – Læring og overskridelse af marginalisering*. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag.
- Mørck, Line Lerche & Huniche, Lotte (2006): “Critical Psychology in a Danish Context”, in *Annual Review of Critical Psychology*. 5, p. 1-19.
- O’Connor, K., Freeston, D., Gareau, D., Dufour, M. J., Careau, Y., Aardema, F. & Todorov, C. (2005). Group Versus Individual Treatment in Obsessions without Compulsions. In *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 12:2, p. 87-96.
- Purdon, C. (2007). Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. In Antony, M. M., Purdon, C. & Summerfeldt, L. J. *Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder – fundamentals and beyond*. Washington, DC.: American Psychological Association, p. 111-145.

- Rydahl, M. B. (2009). At lytte. I Berliner, P. *Kvalitativ metode i praksis – viden om smukke og forunderlige ting*. København K: Frydenlund, s. 170-195.
- Salkovskis, P. M. & Forrester, E. (2002). Responsibility. In Frost, R. O. & Steketee, G. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions – Theory, Assessment, and Treatment*. The Netherlands: Elsevier Science Ltd, p. 45-61.
- Sica, C., McKay, D., Chiri, L. R. & Ghisi, M. (2010). *Cognitive-Behavioral and Neuropsychological Models of Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Nova Science Publishers, Inc.
- Schön, D. (2001). *Den reflekterende praktiker. Hvordan professionelle tænker, når de arbejder*. Århus: Forlaget Klim.
- Sloan, T. (2009). Theories of Personality. In Fox, D., Prilleltensky, I. & Austin, S. *Critical Psychology – an introduction*. Los Angeles: SAGE Publications, p. 57-74.
- Sundhedsstyrelsen (2007). *Referenceprogram for angstlidelser hos voksne*. Elektronisk udgave kan downloades fra www.sst.dk
- Søgaard, J., Bech, P., Albæk, J. & Ankjær-Jensen, A. (2008). Angst og samfundsøkonomi. I Gerlach, J. *Angstbogen – angstens symptomer, årsager og behandling*. København: Psykiatrifondens Forlag, s. 261-277.
- Sørensen, C. B., Kirkeby, L. & Thomsen, P. H. (2004). Quality of life with OCD. A self-reported survey among members of the Danish OCD Association. In *Nord J Psychiatry*. 58, p. 231-236.
- Taylor, S., Abramowitz, J. S. & McKay, D. (2007). Cognitive-Behavioural Models of Obsessive-Compulsive Disorder. In Antony, M. M., Purdon, C. & Summerfeldt, L. *Psychological Treatment of Obsessive-compulsive disorder – fundamentals and beyond*. US: American Psychological Association, p. 9-29.
- Thomsen, P. H. (2010). OCD – Obsessiv-kompulsiv tilstand. I Simonsen, E. & Møhl, B. *Grundbog i psykiatri*. København K: Hans Reitzels Forlag, s. 383-398.
- Tolman, C. W. (1991). Critical Psychology: An Overview. In Tolman, C. W. & Maiers, W. *Critical Psychology – Contributions to an Historical Science of the Subject*. New York: Cambridge University Press, p. 1-22.
- Whittal, M. L. & McLean, P. D. (2002). Group Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive Compulsive Disorder. In Frost, R. O. & Steketee, G. *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions – theory, assessment, and treatment*. UK: Elsevier Science Ltd., p. 417-433.
- Yalom, I. D. & Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, New York: Basic Books.
- Østergaard, T., Poulsen, R., Wissing, G., Albertsen, M., Oehlers, J. & Lassen, N. (2008). Angst og arbejdsliv. I Gerlach, J. *Angstbogen – angstens symptomer, årsager og behandling*. København: Psykiatrifondens Forlag, s. 249-260.