

# Psykologen som forsker og behandler

Kan en OCD-behandling i 1975 ha vært et tidlig eksempel på evidensbasert psykologisk praksis - før det fantes?

TEKST

**Atle Jordahl**

**Helge Jordahl**

PUBLISERT 31. mai 2024

EMNER

tvangslidelse

evidensbasert psykologisk praksis



Atle Jordahl og Helge Jordahl.

Bilder: privat

Diskusjonen om hvilken type psykoterapi eller psykologisk behandling som er best for spesifikke lidelser, har pågått i mange år. Vi har fulgt den gjennom den lange karrieren vår som psykologer, som startet da vi var ferdig utdannet i 1969 (HJ) og 1975 (AJ).

Nå for tiden preges fagfeltet av at psykologen ser på hva som skal til for at pasienten oppnår målene sine og er fornøyd med behandlingen. Det er da opp til terapeuten å finne frem til en metode som fungerer, og som gir de resultatene som pasienten ønsker. Dette synes vi ble godt illustrert av Høstmælingens artikkel «Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis» (2023) i Psykologtidsskriftet. Mange av formuleringene hans gir mening, blant annet at det er en forutsetning for virkning at pasienten forstår, aksepterer og opplever metoden som meningsfull med tanke på problemene sine. Dette gjelder ikke bare pasienten, men også terapeuten, som må oppleve metoden som meningsfylt for å kunne presentere den på en genuin måte. Høstmælingen skriver (s. 147): «Terapeutens evne til å gjøre rede for behandlingen på en overbevisende måte er derfor en sentral terapeutisk ferdighet.» Vi er enige med Høstmælingen (s. 144) om at: «Teoriene fungerer som et grunnlag for å forstå og tolke pasientens problemer, men ingen av dem kan påstås å være mer objektivt sanne enn andre. Det avgjørende er å finne frem til effektiv psykologisk praksis, gjennom å lære hva som virker for hvem.»

Formuleringene brakte frem et minne hos oss fra 50 år tilbake, om behandlingen av en pasient med uttalt tvangsatferd som var innlagt på en døgnpost i Bergen på 1970-tallet. Når vi tenker tilbake på behandlingen av denne pasienten, kjenner vi igjen mange av de momentene som blir nevnt av Høstmælingen om evidensbasert psykologisk praksis. Utfordringen vår var hvordan vi skulle tilby pasienten en effektiv behandlingsmetode som var i samsvar med hennes ønsker, og som ga mening både for henne og for oss som behandlere.

Den gangen leste vi en artikkel, «New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorders» (Marks, 1973). Artikkelen var en beskrivelse av status for behandling av OCD i 1973 og beskrev de nye metodene som var tatt i bruk, som eksponering og responsprevensjon. Den henviste også til at disse metodene i stor grad var utviklet av Meyer (1966). Etter at vi hadde gjennomgått artikkelen, begynte vi å reflektere over hvorfor eksponering og responsprevensjon kunne fungere i behandling av OCD. Er det noe teoretisk grunnlag som kan forklare at det å utsette pasienten for det som utløser tvangsatferd og hindrer hen å utføre ritualer, vil hjelpe? Vi kom da frem til at Mowrers teori om unngåelselæring (1951) var en plausibel forklaring på hvorfor metodene kunne fungere. Mowrers teori, også kalt to-faktor-teorien, kombinerer klassisk betingning og operant betingning. Vi ble også klar over eksperimenter om ekstinksjon av unngåelselæring. Vi syntes da at det var lett å forstå at en person som utførte tvangshandlinger gjorde det fordi hen var redd for hva som ville skje dersom ikke handlingene ble utført. Responsprevensjon førte til at vedkommende fikk oppleve

at ingen katastrofe skjedde dersom tvangshandlingene ble stoppet, og at angsten avtok. Dette forklarte vi pasientene.

Det vil ikke si at vi anså andre metoder enn de som er basert på læringsteori, som uriktige. Men som nevnt tidligere kan ingen teori påstås å være mer objektivt sanne enn andre. Det avgjørende er å finne frem til effektiv psykologisk praksis.

Vi ble også inspirert av de mange, særlig atferdsterapeuter, som ivret for at klinikerer skulle se hvert enkelt behandlingsforløp som et eksperiment. Dette gjorde at vi undersøkte nærmere med pasienten hvilke problemer hun særlig ønsket hjelp for. Som det kommer frem av kasuistikken nedenfor, anså hun vasketvungen som det mest plagsomme. Når vi reflekterer over dette kasuset nå, slår det oss at det å forklare pasienten bakgrunnen for behandlingsmetoden og inngå en avtale med henne om å prøve ut metoden var en viktig forutsetning for en god arbeidsallianse. Det var også viktig å undersøke om behandlingen virkelig hadde effekt, og om pasienten opplevde at den hadde betydning for livet hennes. Vi var opptatt av å måle effekten av tiltakene på en objektiv måte, slik at det skulle være lett å se om det hadde funnet sted en endring.

Etter hvert er vi blitt klar over at denne måten å arbeide på, hvor en på en systematisk og vitenskapelig måte tester ut om en behandlingsmetode har effekt, faller inn under scientist- practitioner-modellen (også kalt Boulder-modellen). «The scientist-practitioner model is founded on the ideology that trained professional psychologists should be knowledgeable in both research and clinical practice» (Jones & Mehr, 2007). Vi kjente ikke til Boulder-modellen den gangen, men det var likevel naturlig for oss å finne objektive metoder for å undersøke om pasienten hadde oppnådd ønskemålene sine gjennom behandlingen.

Vi tenker at denne kasuistikken også kan være et tidlig eksempel på evidensbasert psykologisk praksis (EBPP): «Integrering av den best tilgjengelige forskningen med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål.»

**«... det er en forutsetning for  
virkning at pasienten forstår,  
aksepterer og opplever  
metoden som meningsfull»**

### **En kasusbeskrivelse**

AJ var i praksis ved Neevengården sykehus og kom der i kontakt med pasienten. Samtidig gjennomgikk vi faglige artikler på psykologmøtene, blant annet om tvangslidelser. Vi kom da over Marks' 1973- artikkel. Dette førte til at AJ bestemte seg for å prøve modell-læring, eksponering og responsprevensjon og skrive en hovedoppgave om behandlingen (A. Jordahl, 1975). Jan Skjerve var veileder for hovedoppgaven. Da pasienten ble utskrevet fra en sengeavdeling, overtok HJ ansvaret for ettervernet.

Pasienten, som var en gift kvinne med to barn, rundt 40 år, fortalte at hun første gang ble syk seks–syv år før hun kom i kontakt med oss. Hun hadde hatt flere innleggelser, hvor hun ble behandlet både med store mengder nevroleptika og serier med ECT. Lobotomi ble også vurdert.

Ved innleggelsen i sykehuset var det i den første tiden umulig å få henne til å delta i avdelingens forskjellige aktiviteter, og hun utførte ingen av de oppgavene som pasientene på avdelingen hadde. Hun lå enten i sengen, sto og vasket seg, eller gikk rastløs frem og tilbake i korridorene. Hun ba om hjelp fra avdelingspersonalet til alle handlinger som kunne føre til støv eller skitt på hendene. Alle rutinemessige gjøremål, som å stå opp, gå til sengs, personlig stell og måltider, måtte foregå til nøyaktig samme tidspunkt hver dag. I løpet av dagen klaget pasienten mye over rastløshet, tvangstanker og depressive tanker.

Vi orienterte henne om bakgrunnen for behandlingen og hva den ville innebære. Personalet på avdelingen ble sterkt involvert, både når det gjaldt observasjoner og behandlingstiltak. Da vi satte i gang behandlingen i 1974, var den helt uvanlig i Norge, men vi valgte den både på grunnlag av artikkelen til Marks og fordi vi forsto og aksepterte det teoretiske grunnlaget for eksponering og responsprevensjon.

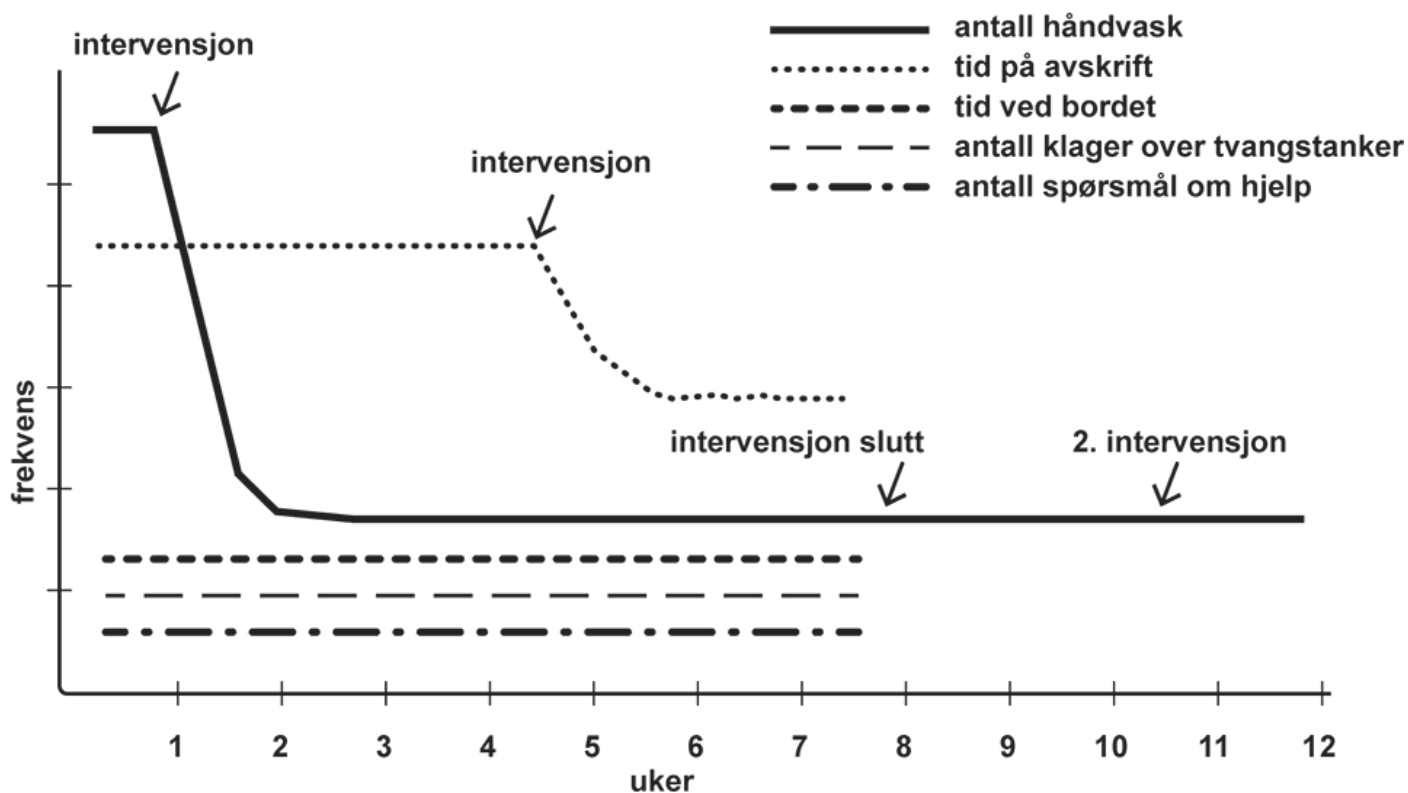
### **Fremgangsmåte / Design $N=1$**

Vi gjennomførte en behandling som vi evaluerte som en kasus-studie ( $N=1$ ) ( Kazdin, 1973; Leitenberg, 1973; Øst, 1973). Vi begrunnet dette ut fra at psykoterapi-forskningen i stor grad bygget på gruppedata, hvor en eksperimentgruppe blir sammenlignet med en kontrollgruppe. Med et slikt design, hvor konklusjoner trekkes på grunnlag av forskjeller i gruppegjennomsnitt, mister en mye informasjon om behandlingens effekt på det enkelte individ. En kasusstudie har sin styrke her og gir dessuten mulighet til å bruke individet som sin egen kontroll, noe som klart er å foretrekke.

Vi valgte et multiple baseline-design (se figur 1) og anvendte den aktuelle behandlingsteknikken på to typer atferd . Samtidig hadde vi flere andre atferdskategorier under observasjon.

### **Figur 1**

*Illustrasjon av behandlingsforløpet*



Figur 1 viser det multiple baseline-designet som ble brukt i undersøkelsen, med hypotetiske frekvenser av de forskjellige variablene (f.eks. håndvask, tid ved bordet, antall spørsmål om hjelp). Som det fremgår, ble intervensjonene på begge målatferdene det ble intervenert på (altså håndvask og tid på avskrift), avsluttet etter syv uker. Intervensjonen på håndvasking ble satt inn igjen for andre gang ved begynnelsen av den 11. uken. Etter den 12. uken ble pasienten utskrevet.

### Valg av målatferd

Selv om det var klart for alle at det var tvangsatferden som var det største problemet for pasienten ville vi gjerne vite fra henne hvilke problemer hun ønsket hjelp til.

Vi var opptatt av at behandlingen skulle ta utgangspunkt i de symptomene som var særlig plagsomme for pasienten. Opplysninger om dette ble innhentet gjennom en «target complaint»-liste (Battle et al., 1966), hvor pasienten rangerte plagene sine etter intensitet. Dette førte til følgende liste:

1. Vaske meg mindre (tåle mer urenhet)
2. Tvangstankene. Føler ikke at jeg gjør ting ordentlig
3. Rastløsheten
4. Er deprimert

Som det fremgår av tabell 1 nedenfor, ble dette («target complaint list») gjennomført før, under og etter behandlingen.

Det var viktig at målatferden skulle kunne operasjonaliseres. En må kunne avgrense de forskjellige målatferder, slik at de kan kvantifiseres og frekvensen uttrykkes tallmessig. Ettersom problemet til denne personen var at hun vasket seg hele dagen og ønsket å vaske seg mindre/sjeldnere var det naturlig å telle antall ganger hun vasket seg.

Atferdsobservasjonene måtte bygge på åtte timers «time sampling». Det vil si at atferdsobservasjonene blir gjort i bestemte tidsintervall i døgnet. Dette innebærer at de atferds- kategoriene en vil observere, må forekomme innenfor disse intervallene, noe som begrenser valg av variabler betydelig.

På bakgrunn av de ovennevnte forholdene konstruerte vi et observasjonsskjema hvor følgende atferdskategorier inngikk: antall håndvask, tid på morgenstell, tid ved bordet, klager om tvangstanker, spørsmål om hjelp og klager over fysiske plager. Alle disse atferdskategoriene ble imidlertid ikke inkludert i designet. Av kasusbeskrivelsen fremgår det at pasienten var plaget av at hun ikke ble ferdig med ting, men tok stadig opp igjen og korrigerste det hun tidligere hadde gjort. Dette ble det også intervenert på, men vil ikke bli beskrevet i detalj her.

## **Observasjonsmetode**

Som nevnt måtte atferdsobservasjonene bygge på «time sampling»-prinsippet. Vi valgte tre perioder hvor en ville forvente at atferdskategoriene ville forekomme. Som det går frem av observasjonsskjemaet ble tiden i forbindelse med morgenstell, frokost, middag og aftens valgt ut. I disse periodene ble pasienten fulgt av en pleier som gjorde notater. Pasienten var altså oppmerksom på at hun ble observert. Det var to faste pleiere, en fra hvert dagskift, som gjorde dette.

*Målatferder som det ble intervenert på.* Vi valgte å behandle to atferdsvariabler innenfor et multiple baseline-design. De to variablene som ble gjort til gjenstand for behandling, var:

1. Håndvaskingen, øke toleransen for skitt på hendene.
2. Det å fullføre en oppgave ved å kopiere en tekst skriftlig.

Av plasshensyn vil vi her kun beskrive behandlingsopplegget for håndvaskingen.

## **Behandling for håndvaskingen**

Før behandlingen startet, ble det inngått en skriftlig avtale med pasienten hvor hun forpliktet seg til å gjøre øvelsene som ble vist henne under behandlingen, og å holde de avtaler som ble gjort med hensyn til når hun skulle vaske seg i avdelingen. Hun ble, før hun skrev under avtalen, informert om hva øvelsene gikk ut på. Dersom hun ikke holdt sin del av avtalen, ville behandlingsopplegget opphøre. Etter tre dagers baseline-observasjoner ble daglige øvelser i å være i kontakt med skitt innledet. Terapeuten utførte øvelsene først, og pasienten gjentok deretter nøyaktig det terapeuten hadde gjort. Innholdet i øvelsene var å få skitt på hendene og utføre bestemte handlinger med skitne hender. Hendene ble skitnet til ved å gni sigarettaske utover fingre og håndflater,

stryke hendene under skosålene og over gulvet. Deretter skulle pasienten berøre klærne: Jakke, kåpe, hansker og skjerf ble tatt av og på. Selve øvelsen tok cirka 20 minutt. Etter at øvelsen var gjennomført, samtalte terapeuten og pasienten i omtrent like lang tid. Det ble da snakket om øvelsene som var gjennomgått, og ellers om løst og fast. Hensikten med samtalen etterpå var at pasienten skulle være rolig og ikke engstelig når hun forlot kontoret. Det å få skitt på hendene og deretter berøre klærne med dem var svært angstprovoserende for pasienten, og hun var engstelig når øvelsene var over. Pasienten forlot så kontoret uten å vaske seg og gikk på arbeidsstuen, hvor hun heller ikke kunne vaske seg. Hun fikk først vaske seg når hun kom tilbake til avdelingen før middag.

Samtidig som øvelsene pågikk, passet personalet på at pasienten ikke vasket seg utenom de avtalte tidene, som var ved morgen- og kveldsstell samt før og etter måltidene. Det ble aldri brukt makt for å avholde pasienten fra å vaske seg. Hvis hun gjorde tegn til å ville vaske seg mer enn avtalt, overtalte personalet henne til å la være og henviste til den inngåtte avtalen.

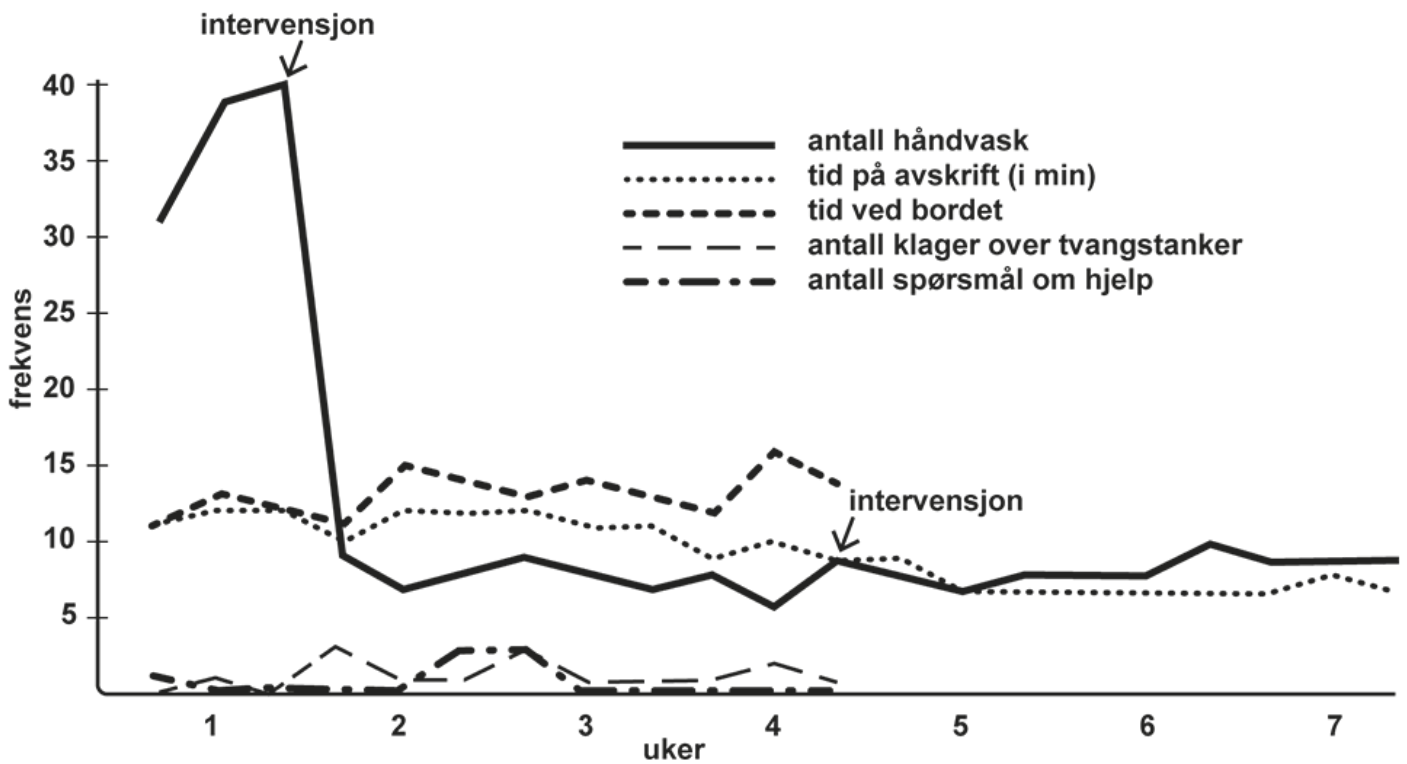
Etter at intervensjonene var avsluttet, holdt vi fortsatt frekvensen av håndvaskingen under observasjon i tre uker til. Intervensjonen på håndvaskingen ble deretter gjenopptatt i to uker, og pasienten ble så utskrevet. Grunnen til at øvelsene ble gjenopptatt, var å oppnå en overlæring, som kunne redusere risikoen for tilbakefall etter utskrivelsen.

## **Resultater**

Det vi ønsket å oppnå med undersøkelsen, var å se om den aktuelle behandlingsteknikken (*flooding*, responsprevensjon og modell-læring) førte til nedgang i frekvensen av tvangsatferden som var gjenstand for intervensjon. Som en ser av figur 2, fant det sted en drastisk nedgang i frekvensen av håndvaskingen etter at intervensjonen startet.

## **Figur 2**

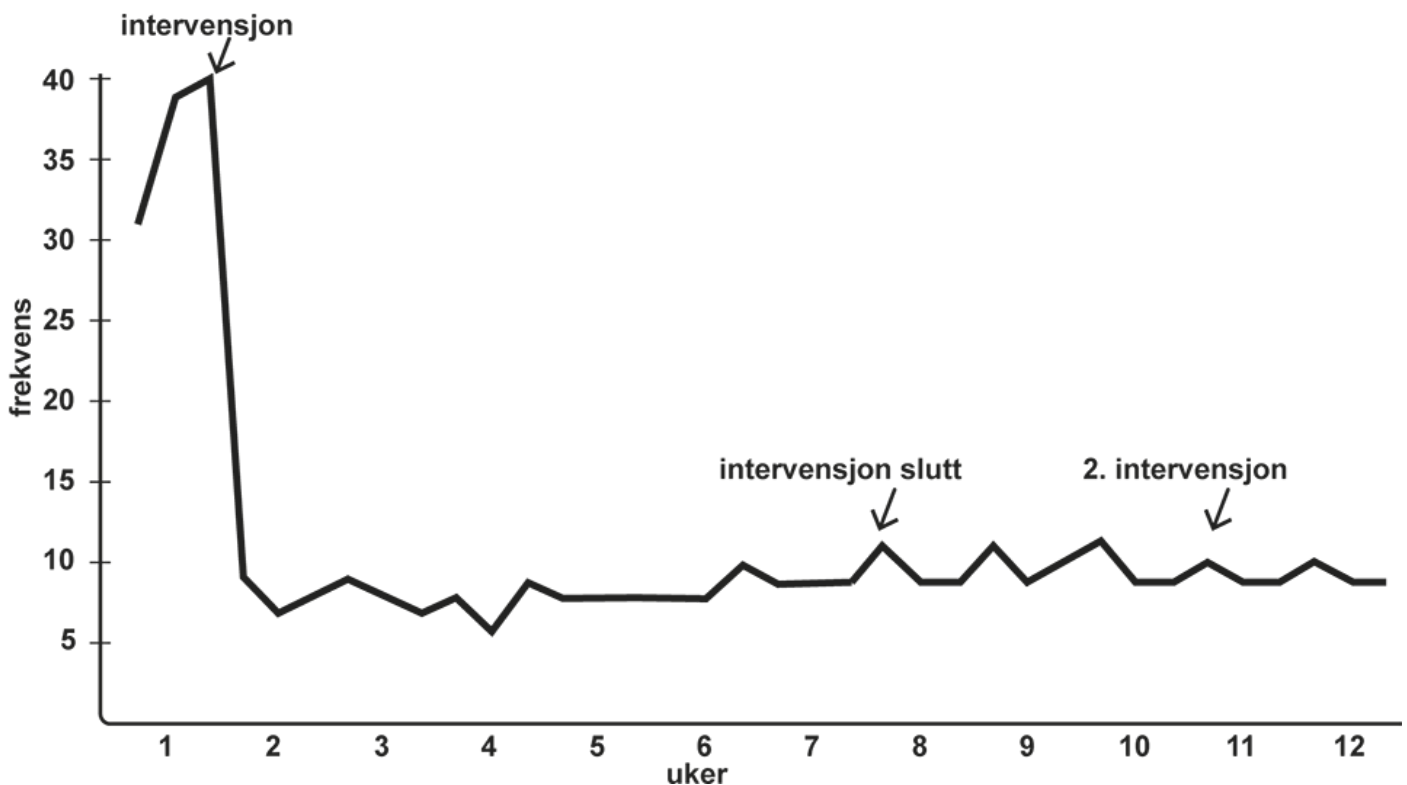
*Frekvens av de ulike målatferdene ilt. 7 uker*



Note. Figuren viser frekvensen av målatferdene i de syv første ukene av observasjonsperioden. Det fremgår at observasjoner på målatferdene det ikke ble intervensert på, bare ble foretatt i fire uker, i motsetning til fremstillingen i figur 1.

### Figur 3

Håndvaskfrekvens ilt. 12 uker



Note. Figur 3 viser frekvensen av håndvaskingen i hele observasjonsperioden.



Av figur 3 fremgår det at reduksjonen holdt seg etter at behandlingen av håndvaskingen var avsluttet, og var stabil frem til intervensjonen på håndvaskingen ble gjenopptatt. Etter dette og frem til utskrivning holdt vaskingen seg fortsatt stabil. Tid på å fullføre en oppgave, som var den andre målatferden som det ble intervensert på, ble også redusert etter at intervensjonen på denne atferden startet. Det fremgår av figur 2 at det ikke fant sted systematiske forandringer av de andre målatferdene som ble observert, og som ikke var gjenstand for intervensjon. På denne bakgrunnen hevdet vi at det var den aktuelle intervensjonsprosedyren som var årsaken til forandringene i de to nevnte målatferdene – håndvask og tid på å avslutte en oppgave. Hypotesen vår om at modell-læring, eksponering og responsprevensjon ville lede til reduksjon av tvangsatferd, ble altså bekreftet. Om det bare var disse tiltakene som var avgjørende, vil vi diskutere nedenfor.

**Tabell 1**

*Pasientens opplevelse av plagene*

		LITE	EN DEL	NOKSÅ MYE	MYE	SVÆRT MYE	KAN IKKE VÆRE VERRE
Hovedproblemer før behandling	1. Vaske meg mindre, tåle mer skitt						X
	2. Tvangstankene, må ta alt opp igjen						X
	3. Rastløsheten						X
	4. Er deprimert					X	
Hovedproblemer under behandling	1. Rastløsheten						X
	2. Tvangstankene					X	
	3. Vaskingen				X		
	4. Jeg er så nøye, tar alt opp igjen						X
Hovedproblemer etter behandling	1. Rastløsheten						X

	LITE	EN DEL	NOKSÅ MYE	MYE	SVÆRT MYE	KAN IKKE VÆRE VERRE
2. Tvangstankene, må telle alt			X			
3. Er deprimert			X			
4. Vaskingen			X			

*Note.* Tabell 1 viser pasientens oppfatning av plagene sine i rang og intensitet før, under og etter behandlingen. Pasientens egne uttrykk er gjengitt, og benevnelsene varierer noe fra gang til gang.

### Etterord om metode og resultater

Vi vil anføre at en viktig del av behandlingen var designet, hvor en beskriver en pasient og måler effekten av tiltakene på observerbar atferd, i dette tilfellet tvangsatferd. Vi mener single-case-designet er et godt alternativ til gruppedata som ofte anvendes ved psykoterapiforskning. I fra praksis-artikkelen «Når eksponeringsterapi for OCD ikke hjelper» henviser psykolog Gilad Beck (Beck, 2023) til undersøkelser hvor en har anvendt spørreskjemaet Y-BOCS for å undersøke effekten av eksponering og responsprevensjon. Han viser til at i en studie (Hansen et al., 2018) var det mellom 27 og 36 % av pasientene som ikke var i remisjon. Vi tror at det ville vært lettere å finne ut hvorfor noen ikke har nytte av tiltakene dersom en hadde valgt et kasuistisk design med  $N = 1$  og kunne monitorere effekten nøyaktig på hver enkelt pasient. En kan tenke seg at en slik observasjonsmåte vil kunne føre til at en må endre noe på gjennomføringen av tiltakene. For eksempel: Er eksponeringen nøyaktig nok? Må eksponeringen forlenges? Kan det være forhold i miljøet som fungerer som ytre forsterkere for tvangsatferden? Hvilken betydning har modell-læring?

### «Vi mener single-case designet er et godt alternativ til gruppedata»

Det vil også være diskusjon av hvordan effekten skal måles. Vi telte antall tvangshandlinger, mens i studien som Beck refererer til, brukte man et spørreskjema. Vår erfaring er at det er nyttig å følge den enkelte pasient nøye og justere standardprosedyren (eksponering og responsprevensjon) når virkningen ikke blir som ønsket.

Behandlingen vår pasient gjennomgikk, besto i hovedsak av modell-læring, eksponering og responsprevensjon, og behandlingen ga positiv effekt på de områdene som særlig plaget pasienten, altså tvangsvasking og det å kunne avslutte en arbeidsoppgave. Vi har likevel spurt oss om modell-læring, eksponering og responsprevensjon kan ta hele æren for behandlingseffekten. Pasienten var innlagt til behandling i cirka en måned, og i løpet av denne tiden lærte både vi som terapeuter og personalet pasienten å kjenne. Gjennom samtaler på kontoret og samvær i avdelingen ble det enklere å ha samtaler om hvordan hun opplevde sykdommen sin med flere anledninger til å svare på spørsmål knyttet til selve behandlingen og hvordan det hadde seg at plagene avtok.

## **Avslutning**

Vi var opptatt av flere forhold ved denne saken. Slik vi oppfattet pasienten, så vi tvangsatferden som det mest sentrale, og det var klart at det gjorde også pasienten. Spørsmålet var om det fantes noen spesifikke metoder for å behandle slik atferd. Det fant vi altså i Marks' 1973-artikkel. Og det var metoder som vi forsto og som ga mening for oss. Deretter gjaldt det å finne en metodikk som kunne dokumentere effekt av tiltakene, og som etter vårt syn var så konkret som mulig.

Saken må også sees i lys av tidsånden på 70-tallet. Som det heter i en mellomtittel i Psykologtidsskriftets jubileumsnummer om 1970-tallet: «Psykodynamisk teori mister hegemoni» (2023, s. 577). Behandling basert på sosial læringsteori og kommunikasjonsteori fikk økende innflytelse, blant annet med utgangspunkt i Sissel Reichelts artikkel: «Er psykoanalytisk egopsykologi en modell som har mistet sin relevans i moderne barne- og ungdomspsykiatri?» (1972). Det bør også legges til at det faglige miljøet på Neevengården sykehus på 70-tallet støttet opp om en slik faglig utvikling.

Behandlingen ble gjennomført som del av en hovedoppgave til embetseksamen i psykologi. En var derfor nøye på at metodikken skulle være så god og nøyaktig som mulig, både når det gjaldt måling av effekt og gjennomføring av behandlingen. Vi er i tvil om den samme systematikken vil la seg gjennomføre i vanlig klinisk praksis, blant annet på grunn av tidspress og faglig uenighet. Som nevnt var ikke Boulder-modellen aktuell for oss som referanseramme tidlig på 70-tallet, men vi synes absolutt systematikken i den er relevant i dag og bør kunne følges opp i større grad i praksis. Vi tror det vil føre til et bedre samarbeid mellom kliniker og pasient.

## **Takksigelse**

Takk til Lena Antonsen Stabell for teknisk hjelp med manus.

---

*Merknad.* Kasus er endret og anonymisert. Figurer er fra hovedoppgaven til A. Jordahl, 1975. Bakgrunnen for behandlingen var at forfatterne i 1974 var på Neevengården

sykehus (senere Sandviken), HJ som nylig ansatt psykolog ved Ettervernsavdelingen og AJ i praksis som psykologstudent.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 61, nummer 6, 2024, side 370-376*

#### TEKST

#### **Atle Jordahl**

KONTAKT: atlejordahl@gmail.no

#### **Helge Jordahl**

KONTAKT: helgejordahl@wemail.no

#### + Vis referanser

Battle, O.C., Imber, S.D., Hoenh-Saric, R., Stone, A.R., Nash, E.R. & Frank, J.B. (1966). Target complaint as criteria of improvement. *American Journal of Psychotherapy*, 20, 184-192.

Beck, G. (2023). Når eksponeringsterapi for OCD ikke hjelper. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(4), 227-231. <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2023/03/nar-eksponeringsterapi-ocd-ikke-hjelper>

Hansen, B., Hagen, K., Øst, L.G., Solem, S. & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting. 12 month follow-up. *Frontiers in Psychology*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00639>

Høstmælingen, A. (2023). Behandlingsmetoders rolle i evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3) 142-150. <https://doi.org/10.52734/z236YHd9>

Jones, J.L. & Mehr, S.L. (2007). Foundations and Assumptions of the Scientist-Practitioner Model. *American Behavioral Scientist*, 50(6), 766-771. <https://doi.org/10.1177/0002764206296454>

Jordahl, A. (1975). Atferdsterapeutisk behandling av tvangsadferd. En kasusstudie (Hovedoppgave til embetseksamen i psykologi, praktisk klinisk linje). Universitetet i Bergen.

Kazdin, A.E. (1973). Methodological and assessment considerations in evaluating reinforcement programs in applied settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6, 517-531. <https://doi.org/10.1901/jaba.1973.6-517>

Leitenberg, H. (1973). The use of single-case methodology in psychotherapy research. *Journal of Abnormal Psychology*, 82(1), 87-101. <https://doi.org/10.1037/h0034966>

Marks, I. (1973). New approaches to the treatment of obsessive-compulsive disorders. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 156(6), 420-426. <https://doi.org/10.1097/00005053-197306000-00007>

Meyer V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research & Therapy*, 4, 273-280. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(66\)90023-4](https://doi.org/10.1016/0005-7967(66)90023-4)

Mowrer, O.H. (1951). Two-factor learning theory: summary and comment. *Psychological Review*, 58(5), 350-354. <https://doi.org/10.1037/h0058956>

Redaksjonen. (2023). Metoder i vinden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(10), 576-588. <https://psykologtidsskriftet.no/jubileum-1973-2023/2023/10/metoder-i-vinden>

Reichelt, S. (1972). Er psykoanalytisk egopsykologi en modell som har mistet sin relevans i moderne barne- og ungdomspsykiatri?. *Nordisk Psykologi*, 24, 147-170.

Øst, L.G. (1973). Experimentelle designer vid N=1. En litteraturøversikt. *Beteendeterapi*, 77-95.

