

Når tanker bliver til tvang

Om tvangstanke og ritualer hos børn

Professor Per Hove Thomsen

Århus Universitetshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital

Obsessive-compulsive disorder (OCD) er karakteriseret ved tilstedeværelsen af generende, uvelkomne og påtrængende tvangstanke og tvangshandlinger. Tvangstanke vender tilbage i barnets hoved igen og igen og bliver af barnet opfattet som noget fremmed og uvelkomment, men samtidig som et klart produkt af egen tankegang. Der er således ikke tale om en hallucination eller tankeforstyrrelse, som man kan se ved psykotiske lidelser. Tvangshandlinger er påtvungne handlinger, som barnet føler, det skal udføre, ofte ud fra et bestemt mønster [1].

Såvel børn og unge som voksne kan lide af OCD. Op mod to tredjedele af de voksne med OCD rapporterer om debut af deres OCD-symptomer i barndommen eller den tidlige ungdom. OCD blandt børn og unge blev tidligere betragtet som sjældent forekommende, men i nyere epidemiologiske undersøgelser har man fundet, at 1-1,5% af alle børn og unge lider af OCD i en sådan grad, at de opfylder de diagnostiske kriterier. Man finder en slående ensartet prævalens i forskellige lande med forskellig kulturel baggrund.

Hvorledes stilles diagnosen?

Ifølge såvel International Classification of Diseases (ICD)-10 som Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM)-IV defineres OCD ved tilstedeværelsen af enten obsessioner eller kompulsioner [2]. Obsessioner er tilbagevendende, invaderende ideer, tanker, billeder eller impulser, som er jefremmede, og som af barnet eller den unge bliver opfattet som meningsløse eller modbydelige. Kompulsioner er gentagne handlinger, som udføres efter et bestemt mønster eller på en stereotyp måde. Handlingen er i sig selv ikke meningsfuld, men tjener til at afværge katastrofetænkning og angst. For at opfylde diagnoserne må obsessionerne og kompulsionerne være en kilde til belastning og interferere med barnets sociale funktion. Selv om diagnosekriterierne således lægger op til, at patienten selv anser symptomerne for at være overdrevne og indimellem bizarre og derved rationelt lægger afstand til dem, har børn oftest en ringere indsigt i deres symptomer og er ofte præget af mindre modstand mod symptomerne end voksne. Det kliniske billede er stort set ens på de forskellige aldersgrupper og på tværs af forskellige kulturer.

Klinisk billede

Det hyppigste OCD-symptom blandt børn og unge er angst for snavs og smitte og stærkt overdrevne vaskeritualer (**Figur 1**). Disse symptomer ses hos omkring halvdelen af patienterne. Børn med sådanne symptomer føler sig nødsaget til at vaske hænder eller tage brusebade i det uendelige, nogle op til over 100 gange om dagen. Denne angst for snavs og smitte kan resultere i tiltagende social isolation pga. undgåelsesadfærd, idet barnet undgår situationer, som udløser de ubehagelige tvangstanke. Tjekning er et andet hyppigt set symptom. Børn med dette symptom skal igen og igen kontrollere, at døre er lukkede, elinstallationer er slukkede eller ved talrige spørgsmål til deres forældre forsikre sig om, at de ikke har gjort noget galt.

Andre børn med OCD har gentagelsesritualer, hvor de skal gentage daglige handlinger igen og igen, oftest ud fra et bestemt tal, som får en udtalt magisk betydning. En del børn med OCD har såkaldte mentale ritualer. Disse er ikke synlige for omverdenen, men foregår inde i hovedet på barnet. De kan blandt andet bestå i, at barnet skal udføre indviklede regnestykker eller gentage bestemte remser eller navne på personer, som ikke må rammes af sygdom.

Differentialdiagnoser og komorbiditet

Normal udvikling

Som led i den normale udvikling hos de fleste børn ses forbigående ritualiseret adfærd. De fleste børn går igennem faser, hvor de skal udføre bestemte ritualer. Mange kender til fænomenet ikke at måtte træde på stregerne mellem fliserne. En del børn har udtalte ritualer ved aftenstid, f.eks. at tandbørstningen skal foregå på en bestemt måde, at sengelægningen skal følge et bestemt mønster, eller at forældrene skal sige bestemte ting til barnet om aftenen. Behovet for disse normale ritualer forsvinder for de fleste børn i otteårsalderen.

Andre psykiatriske sygdomme

OCD har en høj grad af komorbiditet til depression hos børn og unge. Hos en del patienter kan det være vanskeligt at af-

Angst for snavs og smitte
Angst for at noget frygteligt skal ske
Angst for sygdom
Angst for død
Behov for symmetri
Tanker om sex
Religiøse tanker
Angst for at forvolde sig selv eller andre skade

Figur 1. Mest almindelige tvangstanke hos både børn og voksne.

gøre, om OCD eller de depressive symptomer debuterede først. I forløbsundersøgelser finder man, at depressive episoder optræder hos over halvdelen af patienterne med OCD i voksenalderen. Forskellig respons på antidepressive midler med noradrenerg virkning samt andre biologiske fund tyder dog på forskelle i den underliggende patofysiologi. Spiseforstyrrelser og OCD ses ikke sjældent sammen hos piger. Angsttilstande såsom generaliseret angst, separationsangst og fobier optræder hyppigt. Tourettes syndrom ses ofte hos børn med OCD og grænsen mellem tics og tvangshandlinger kan hos nogle patienter være svær at trække.

Forløb

Der er fortsat et relativt begrænset antal efterundersøgelser med en tilstrækkelig lang followuptid. Et af de længste, mest systematisk designede studier beskrev forløbet for 54 børn og unge med OCD [3]. Followuptiden var dog kun 2-7 år, og alle børnene var i behandling med clomipramin ved indgangen i studiet. Ved followup opfyldte 43% stadig de diagnostiske kriterier for OCD, og 11% var helt symptomfrie. 70% af de unge var stadig i medikamentel behandling ved followup. Den længste efterundersøgelse til dato er dansk med en followuptid på 6-22 år [4]. Femoghalvtreds patienter blev fulgt, og omkring 50% af dem havde i voksenalderen stadig OCD, enten som en kronisk tilstand eller episodisk optrædende. Disse fund er senere blevet bekræftet i andre efterundersøgelser. I nogle af efterundersøgelserne har man fundet, at tilstedeværelse af tics eller Tourettes syndrom, dårlig effekt af medikamentel behandling og tilstedeværelse af psykisk sygdom hos en eller begge forældre var prædiktorer på et negativt forløb. Man har derimod ikke kunnet finde, at alder ved debut af OCD-symptomerne var relateret til et bestemt udfald.

Social funktion

I de udførte efterundersøgelser er det påvist, at mennesker med kronisk OCD har stærkt nedsat social funktion, og at de ofte udviser undgåelsesadfærd og social isolation. I en ny undersøgelse blandt medlemmer af den danske OCD-forening er der fundet stærkt påvirket livskvalitet og nedsat evne til at fungere optimalt som følge af tvangssymptomerne [5]. OCD er således i mange tilfælde en tilstand, som griber væsentligt ind i patientens livskvalitet og hans eller hendes evne til at etablere et tilfredsstillende privat og socialt liv samt opbygge en karriere.

Ætiologiske forhold

Den eksakte ætiologi bag OCD ikke er afklaret. OCD er en neuropsykiatrisk tilstand og ud fra en neuropsykologisk model repræsenterer obsessioner og kompulsioner instinktive adfærds- og tankemønstre, som OCD-patienten ikke kan undertrykke fra sin bevidsthed, men må reagere på. Kognitivt er patienten præget af et automatisk tankemønster med katastrofetænkning som det centrale.

Serotonin spiller en central rolle som neurotransmitter i de områder af hjernen, som er involveret ved OCD (thalamus, basalganglier og orbitofrontale cortex). For yderligere beskrivelse af ætiologiske forhold (herunder bl.a. genetiske og miljømæssige faktorer) henvises til mere detaljeret litteratur om emnet [6].

Behandlingsaspekter

Psykoedukation

Psykoedukation er et væsentligt led i behandlingen. Mange børn med OCD føler sig ganske alene og er pinligt berørt over deres uforståelige tvangstanker og tvangshandlinger. Mange forældre har brug for at vide mere om OCD, herunder at det ikke er deres skyld, at barnet har disse symptomer. Som led i psykoedukationen indgår også information om, hvilke muligheder for støtte, familien kan få, herunder fra Den Danske OCD-forening. Forældrene og de unge OCD-patienter informeres om serotoninens rolle ved OCD, om de mulige genetiske aspekter og ydre omstændigheders betydning (psykologisk eller fysisk stress). I denne fase er det endvidere vigtigt at diskutere, hvem i barnets miljø i øvrigt, som skal informeres om barnets OCD, herunder lærere, skolekammerater osv.

Psykoterapi

Kognitiv adfærdsterapi med eksponerings- og responsprævention er den mest effektive psykologiske behandlingsmetode af OCD [1, 7]. Ved eksponering konfronteres barnet med den tvangstankeudløsende situation (f.eks. at røre ved et beskidt dørhåndtag), ved responsprævention hjælpes barnet til at finde alternative handlinger, herunder at udsætte ritualen, at ændre ritualen eller at afkorte ritualen. Ved kognitiv terapi forsøger man at bevidstgøre barnet eller den unge om de automatiske tanker, som udløser katastrofetænkning, og man forsøger at ændre dette fastlåste tankemønster. De adfærdsterapeutiske øvelser aftales ved konsultationen, men skal som oftest udføres i hjemmet, hvorfor det er meget vigtigt, at forældrene er tæt involveret i udrednings- og behandlingsforløbet. Sammen med barnet og dets forældre opstilles der et hierarki over de væsentligste symptomer, og det er vigtigt her at sikre sig, at man ikke stiler for højt, således at terapien bliver en umulig og angstfyldt opgave for barnet, men at barnet hele tiden er med i den planlægning af behandlingen, som finder sted.

Resultatet af adfærdsterapi varierer fra barn til barn. Børn, som har mild til moderat OCD, ser ud til at profitere mest af den psykologiske behandling, især hvis motivationen for at gå imod symptomerne er høj.

Farmakoterapi

Behandling af OCD med serotonin-specifikke genoptagelses-hæmmere baseres på den hypotese, at OCD skyldes en dysregulering af serotonin i neurotransmittersystemet [1]. Selektive serotonin-genoptagelses-hæmmere (SSRI)-præparater er effek-

VIDENSKAB OG PRAKSIS | STATUSARTIKEL

Tabel 1. Psykofarmakologisk behandling.

Studium	Antal patienter	Behandling	Resultater	% forbedring
<i>Flament et al</i> , 1985, USA	19	Clomipramin 150 mg, 10 uger	Clomipramin bedre end placebo efter 3-5 uger	22-24
<i>Leonard et al</i> , 1989, USA	48	Clomipramin 150 mg, Desipramin 150 mg Cross-over, 10 uger	Clomipramin bedre end desipramin efter 3-5 uger	19-29
<i>DeVeough-Geiss et al</i> , 1992, USA	60	Clomipramin 75-200 mg 8 uger	Clomipramin bedre end placebo efter 3-8 uger	34-37
<i>March et al</i> , 1998, USA	187	Sertralin, indtil 200 mg 12 uger	Sertralin bedre end placebo efter to uger	21-28
<i>Riddle et al</i> , 2001, USA	120	Fluvoxamin 50-100 mg 10 uger	Fluvoxamin bedre end placebo	25-50
<i>Geller et al</i> , 2001, USA	103	Fluoxetin 20-60 mg 12 uger	Fluoxetin bedre end placebo efter fem uger	20-60
<i>Liebowitz et al</i> , 2002, USA	43	Fluoxetin 40-80 mg 12 uger	Fluoxetin bedre end placebo	25-50

tive i behandlingen af OCD hos såvel børn, unge og voksne, hvorimod andre antidepressiva med noradrenerg virkning ikke har effekt. Optimal dosis er ikke blevet bestemt for børn og unge. Mange patienter har brug for en dosis, som ligger højere end ved traditionel depressionsbehandling. Effekten indsætter ofte først efter adskillige uger, hvorfor det er vigtigt ikke at afbryde behandlingen for hurtigt ved manglende effekt, dvs. tidligst efter to måneders behandling. Den optimale varighed af behandlingen diskuteres fortsat. Fra mange sider anbefales det, at man ved effektiv behandling fortsætter denne i minimum 1-2 år, før en langsom udtrapning forsøges [8].

Generelt er effekten af medicin moderat, hvilket kan ses af Tabel 1. Der er kun i sjældne tilfælde tale om, at symptomerne forsvinder, oftest reduceres de med 25-50%. Det er således vigtigt, at den medikamentelle behandling ikke står alene, men at den følges op med effektiv kognitiv adfærdsterapi, hvor dette er muligt (Tabel 1).

Ved manglende effekt af behandlingen skal man først sikre sig kompliance, dvs. i hvilken grad principperne i den kognitive adfærdsterapi efterleves, og sikre sig, at barnet/den unge tager den udskrevne medicin.

Ca. tre fjerdedele har effekt af den kombinerede behandling af kognitiv adfærdsterapi og farmakoterapi. Den sidste fjerdedel har kun ringe eller ingen effekt af behandlingen. I disse tilfælde kan man overveje forskellige potenserende psykofarmaka [1], hvilket dog er en specialistopgave.

- Leonard HL, Swedo SE, Lenane M et al. A two to seven year follow-up study of 54 obsessive compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psych* 1993; 50:429-39.
- Thomsen PH. Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1994; 3:82-96.
- Sørensen CB, Kirkeby L, Thomsen PH. Quality of life with OCD. *Nord J Psychiatry* 2004; 58:231-6.
- Rosenberg DR, Keshavan MS. AE Bennett Research Award. Toward a neurodevelopmental model of obsessive-compulsive disorder. *Biol Psychiatry* 1998; 43:623-40.
- March J, Mulle K. OCD in children and adolescents. A cognitive-behavioral treatment manual. New York: The Guilford Press, 1998.
- March JS, Frances A, Carpenter D et al. Treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:1-72.

Korrespondance: Per Hove Thomsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Århus Universitetshospital, DK-8240 Risskov. E-mail: pht@buh.aaa.dk

Antaget: 11. august 2004

Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

- Per Hove Thomsen, ed. OCD hos børn og unge. København: Psykologisk Forlag, 2002.
- WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organisation, 1993.