

Behandling af obsessiv kompulsiv lidelse hos børn og unge

David R.M.A. Højgaard, Judith B. Nissen, Katja A. Hybel & Per Hove Thomsen

STATUSARTIKEL

Forskningsafsnittet,
Børne- og Ungdoms-
psykiatrisk Afdeling,
Psykiatrien, Aarhus
Universitetshospital

Ugeskr Læger
2019;181:V10180746

Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD) er kendetegnet ved tilstedeværelse af tvangstanker og tvangshandlinger. Tvangstanker er tanker, forestillinger eller billeder, som igen og igen vender tilbage i bevidstheden med deraf følgende ubehag. Det er almindeligt, at nogle børn og unge har begrænset indsigt i og forståelse af egne symptomer, men for at stille diagnosen kræves det, at patienten skal være klar over, at det er hans/hendes egne tanker eller impulser og ikke noget udefrapåført (psykose) [1]. Tvangshandlinger er gentagne handlinger, som patienten udfører ofte for at reducere det ubehag, som kommer fra tvangstanker [1]. OCD rammer 2-3% af alle børn og unge [2] og kan ubehandlet fortsætte ind i voksenalderen med alvorlige konsekvenser for den ramte, i form af nedsat livskvalitet [3] og et belastet familieliv [4].

Komorbiditet ses hyppigt hos børn og unge med OCD. I et svensk studie fra 2008 havde 47% andre psykiske lidelser, med ticlidelser som de hyppigste (27%), især drenge, mens ca. 40% havde mindst en komorbid angstlidelse og 25% en affektiv lidelse [5]. Der ses også en øget forekomst af psykiatriske lidelser hos familiemedlemmer af børn og unge med OCD [6].

PSYKOTERAPEUTISK BEHANDLING AF BØRN OG UNGE MED OCD

I de nationale kliniske retningslinjer anbefales kognitiv adfærdsterapi (KAT) som førstebehandling til børn og unge med mild, moderat og svær OCD [7]. KAT er en veldokumenteret behandlingsform til børn og unge med OCD [8] og bygger på teorier inden for adfærd- og kognitionspsykologien. KAT til OCD består typisk af 12-14 ugentlige sessioner med eksponering og respons-

hindring som kernen i behandlingen. Et eksempel på opbygningen af et KAT-program kan ses i **Tabel 1**.

VIDEREUDVIKLING AF KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI

I 2014 publicerede Freeman et al et review om evidensen for psykosocial behandling af OCD hos børn og unge [8]. I reviewet bekræftedes effekten af KAT for børn og unge med OCD. Siden har man i en del studier undersøgt, hvordan ændringer i eller tilføjelser til traditionel KAT kan forbedre behandlingen. I nogle af studierne undersøges også andre psykoterapeutiske behandlingsformer [10]. *Acceptance and commitment therapy* har vist sig at være en effektiv behandling for voksne, men da der kun findes et enkelt studie med børn og unge, bør denne terapiform betragtes som eksperimentel [10]. Dette er i overensstemmelse med anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer for behandling af OCD, hvor det kun anbefales at anvende tredjebølge-KAT frem for standard-KAT efter nøje overvejelser, da effekten er usikker [7]. *Attachment-based therapy* er en anden behandlingsform, som har begrænset evidens for OCD hos børn og unge, og på trods af lovende resultater i et enkelt studie bør denne behandlingsform også anses for eksperimentel [10]. Der vil i denne gennemgang derfor blive fokuseret på de studier, som har undersøgt effekten af KAT og specielt om ændringer af eller tilføjelser til KAT kan forbedre udbyttet af behandlingen.

Betydningen af familieinvolvering i kognitiv adfærdsterapi

I KAT af børn og unge med OCD er forældrene som regel involverede i behandlingen i en eller anden grad. Det har dog været uklart, hvor meget familieinvolvering der er optimal for at opnå den bedste behandlingseffekt. I et studie fra 2013, hvor man undersøgte graden af familieinvolvering hos 12-17-årige unge med OCD, fandt man ikke, at graden af forældreinvolvering havde nogen indflydelse på behandlingseffekten [11]. I studiet var der dog ikke inkluderet børn under 12 år. Det er derfor stadig uklart, hvilken grad af familieinvolvering der er optimal, og i den nationale kliniske retningslinje for behandling af OCD stilles manualiseret familiebasert KAT og manualiseret KAT lige, da der ikke er dokumenteret forskel på de to [7]. Tilføjelsen af

HOVEDBUDSKABER

- ▶ Kognitiv adfærdsterapi (KAT) bør være førstevalg til behandling af børn og unge med obsessiv-kompulsiv lidelse.
- ▶ KAT og medicin er lige effektive som supplement til de patienter, som ikke responderer på KAT som førstebe-
- handling, dog kan medicin være en fordel, hvis der er tale om komorbid ticlidelse.
- ▶ Der er evidens for, at effekten af KAT holder i længere tid efter afsluttet behandling, men der efterlyses flere studier på området.


TABEL 1

Eksempel på opbygningen af et kognitiv adfærdsterapi-behandlingsforløb [9].

Session nr.	Indhold	Forældretema
0	Udredning/evaluering	-
1	Kontaktetablering Psykoedukation om OCD og behandlingen	Fællestime med forældrene Forældrene som hjælpere
2	Eksternalisering af OCD Symptomliste, angsttermometer og symptomhierarki, hjemmeopgave	Fællestime med forældrene Forældrenes forventninger
3	Kognitiv træning, yderligere kortlægning af OCD, testeksponering	Udforske familiens holdning til OCD, drøfte belønninger
<i>Eksposering og responshindring</i>		
4	Værktøjskasse	Forældrenes rolle at reducere skyldfølelser og bebrejdelser
5	Kæmpe mod OCD	Familiens involvering i OCD
6	Få mere kontrol over OCD	Barnets eget ansvar for behandlingen
7	Repetition af psykoedukation om OCD og behandlingen	Fællestime med forældrene Repetition af forældrenes rolle
8	Særlige terapeutiske behov	Sekundærgevinster og andre hindringer
9	Fortsætte kampen mod OCD	Adskille OCD fra andre problemer
10		Sammenhold i og beskyttelse af familien
11	Evaluere behandlingsprocessen	Fællestime med forældrene Løse evt. problemer
12	Bestemme det videre fokus	Hvordan forældrene kan forebygge tilbagefald
13	Forebygge tilbagefald	Tiltag, hvis der skulle ske tilbagefald
14	Afslutningsceremoni Gennemgang af behandlingen	Fællestime med forældrene Plan for fremtiden

OCD = obsessiv-kompulsiv lidelse.

et *positive family interaction therapy*-modul har vist god effekt hos dårligt fungerende familier [11], og ligeledes har familietræning vist sig at være en effektiv tilføjelse til KAT til børn og unge med OCD og komorbide adfærdsforstyrrelser [11]. Forældrerettet KAT, uden direkte kontakt med barnet, har i et studie vist sig at være en effektiv behandling til yngre børn (5-7 år) med OCD, men før denne behandlingstype kan anbefales, må der foreligge større og metodisk stærkere studier [12].

Hvor kan kognitiv adfærdsterapi udføres?

OCD-klinikken, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Psykiatrien, Aarhus Universitetshospital, indgik i 2007 et samarbejde med 18 klinikker i Sverige og Norge. Formålet med samarbejdet var at undersøge effekten af KAT i almene børne- og ungdomspsykiatriske klinikker, udvikle en behandlingsmodel til børn og unge med OCD samt at afprøve en *stepped care*-model i tre trin. I alt blev 269 børn og unge inkluderet, hvilket gør studiet til det største OCD-behandlingsstudie til dato. I studiets første step fik alle deltagerne 14 sessioner med manualiseret KAT. Resultaterne viste, at 73% af alle deltagere, som fuldførte step 1-KAT (89,6%), responderede på behandlingen. Effekten blev målt med The Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) der betragtes som guldstandard. Skalaen

går fra 0 til 40, og en score under 16 blev i studiet betragtet som respons. Den gennemsnitlige symptomreduktion på CY-BOCS var 52,9%, og næsten halvdelen af patienterne blev tæt på symptomfrie (CY-BOCS < 10). Konklusionen fra denne del af studiet var, at KAT med god effekt kan bruges til børn og unge med OCD af alle sværhedsgrader i såvel almene børne- og ungdomspsykiatriske klinikker som specialiserede klinikker [13]. Behandlingsmanualen, som blev udviklet i forbindelse med Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS), er nu udgivet på dansk [9].

INTERNETBASERET KOGNITIV ADFÆRDSTERAPI SAMT INTENSIV- OG GRUPPEKOGNITIV ADFÆRDSTERAPI

I de seneste år er der sket en hurtig udvikling af internetbaseret KAT, og i omkring syv studier har man undersøgt denne behandlingsform til børn og unge med OCD [10]. I to studier har man påvist god effekt af KAT over for hhv. internet- og telefonterapi. Begge studier havde dog kun få patienter inkluderet, og denne form for behandling derfor fortsat vurderet som utilstrækkeligt dokumenteret [10]. I et nyligt publiceret RCT har man påvist effekt af internetbaseret behandling af unge med OCD over for en ventelistekontrolgruppe. Interventionen bestod af undervisningsmateriale, film og øvelser med en minimal behandlerkontakt. Behandlin-

Hyppig og ritualiseret håndvask ses ofte hos børn og unge med obsessiv kompulsiv lidelse.



gen var dog ikke lige så effektiv som traditionel KAT [14].

I tre nye studier har man afprøvet intensiv KAT, hvor behandlingen var koncentreret over få dage med mange timers eksponeringsøvelser pr. dag. Studierne varierede dog en del i deres metode, og i et af dem blandede man den intensive form med internetbaseret behandling. Det blev vurderet, at den intensive form er lovende, men der efterlyses flere bekræftende studier [10].

I et review fra 2014 blev gruppebehandling med KAT af børn og unge med OCD vurderet som værende muligvis effektiv [8]. Siden er der publiceret et studie, som viser en lovende effekt af intensiv gruppebehandling af børn og unge med OCD [15]. Der mangler dog flere studier på området, som kan styrke evidensen.

MEDICINSK BEHANDLING AF BØRN OG UNGE MED OBSESSIV-KOMPULSIV LIDELSE

Selektive serotoninoptagelseshæmmer (SSRI)-præparater har været anvendt i behandlingen af OCD hos børn og unge igennem de seneste ca. 30 år. I flere undersøgelser har SSRI-behandling en dokumenteret effekt over for placebo [16], dog med en moderat effektstørrelse. I de få studier, hvor effekten af SSRI og KAT er sammenlignet direkte, er KAT fundet at være SSRI overlegen. Kombinationen af SSRI-behandling og KAT versus KAT alene viser kun en lille ekstra effekt. En enkelt undersøgelse har vist, at nonresponder eller partielle respondere til SSRI-behandling kan profitere af supplerende KAT [17]. I step 2-NordLOTS blev de, der ikke responderede tilstrækkeligt på step 1-KAT, randomiseret til enten yderligere behandling med KAT (ti sessioner) eller sertralin [18], og resultaterne viste, at grupperne så ud til at profitere lige godt af enten fortsat KAT eller SSRI-behandling [17], dog med undtagelse af gruppen af børn, som havde komorbiditet i form af tics/Tourettes syndrom, idet de så ud til at profitere bedre af SSRI-behandling end af fortsat KAT [17].

Behandling af børn og unge med SSRI bør følge den nationale kliniske retningslinje [7], Børne- og

Ungdomspsykiatrisk Selskabs kliniske retningslinjer [19] samt Sundhedsstyrelsens vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser [20]. Behandlingen bør altid igangsættes efter grundig diagnostik ved en speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, mens vedligeholdelsesbehandlingen og opfølgningerne kan foregå hos alment praktiserende læger.

I Danmark er kun sertralin indregistreret til OCD-behandling af unge og børn fra seksårsalderen [21].

I den nationale kliniske retningslinje anbefales det, at man ikke anvender SSRI som supplement til behandling med KAT som førstevalgsbehandling til børn og unge med moderat til svær OCD, da der ikke er fundet tilstrækkelig dokumenteret effekt [7]. Derimod kan SSRI anvendes som tillægsbehandling ved fortsat svære tvangssymptomer trods terapeutisk intervention svarende til anbefalingen i den landsdækkende kliniske retningslinje [19]. Det anbefales, at man ved persisterende symptomer afprøver mindst to SSRI. Ved fortsat behandlingsresistens efter supplement med flere SSRI i minimum tre måneder kan der anvendes augmentationsbehandling [22].

SSRI har ofte først effekt på selve tvangssymptomerne efter 6-8 uger. Nogle børn og unge kan opleve effekt på associerede depressive symptomer, hvilket kan øge deres muligheder for at anvende de lærte KAT-strategier i forhold til OCD. Der anbefales sædvanligvis langsom udtrækning af den medikamentelle behandling efter et halvt års symptomfrihed eller symptomstabilitet [7]. Nogle børn og unge vil dog kunne have behov for medikamentel behandling over længere tid.

PRÆDIKTORER FOR BEHANDLINGSEFFEKT

Et nyligt publiceret review viser, at en højere alder ved behandlingsstart, svær grad af symptomer, dårlig generel funktion, høj komorbiditet og stor grad af familieinvolvering kan betyde en forringet behandlingseffekt af KAT [23]. NordLOTS, viste at højere alder, højere grad af internaliserende og eksternaliserende symptomer samt flere angst- og depressionssymptomer hang sammen med et ringere udbytte af KAT. Når prædiktorerne blev analyseret sammen, var det dog kun højere alder, som forblev en signifikant prædiktor for et ringere behandlingsudbytte [24]. Man fandt endvidere, at børn og unge med OCD og samtidige symptomer på tics havde samme gode effekt af KAT som alle andre [25], og at tilstedeværelse af symmetri- og hamstringssymptomer medførte en svagt reduceret effekt af KAT i forhold til det at have en anden type OCD-symptomer [26]. I et andet studie har man peget på, at patienter med en lettere forringet eksekutiv funktion kan få et bedre udbytte af KAT end dem med en bedre eksekutiv funktion [27].

LANGTIDSUDBYTTE AF BEHANDLING

Selv om effekten af KAT for børn og unge med OCD er veldokumenteret, har man kun i få studier fulgt patienterne i længere tid efter afsluttet behandling. I et review fra 2004, som indeholdt 16 studier, hvor børn og unge med OCD blev fulgt i 1-15,6 år, fandt man, at 41-60% af patienterne stadig havde OCD eller symptomer på OCD ved sidste målepunkt [28]. I et naturalistisk opfølgingsstudie fra 2015 fandt man, at 44 ud af 95 patienter (46%) ikke havde symptomer på OCD syv år efter afsluttet behandling [29]. I 2018 udkom det første af flere studier, som man har undersøgt, hvordan de patienter, som blev behandlet i NordLOTS, klarede sig efter afsluttet behandling. I et opfølgingsstudie, hvor man undersøgte de NordLOTS-patienter, som havde effekt af KAT som førstebehandling, responderede 91,6% fortsat på behandlingen (CY-BOCS < 16), og 78,1% var i klinisk remission (CY-BOCS ≤ 10) et år efter afsluttet behandling [30]. Resultater for 1-3 års opfølgning af alle deltagere i NordLOTS forventes at blive offentliggjort i løbet af 2019.

KONKLUSION

Baseret på den seneste forskning er der sket en væsentlig udvikling i vores viden om behandling af børn og unge med OCD. Evidensen viser, at KAT bør være førstebehandling til børn og unge med OCD, og at de, som ikke responderer på førstevalgsbehandling, bør gives yderligere behandling med KAT eller medicin. Visse undergrupper af patienter kan have brug for anden eller yderligere behandling. Nye variationer af KAT og nye leveringsmetoder er under udvikling. Der er kommet mere evidens for, at effekten af KAT holder i længere tid efter afsluttet behandling, men der efterlyses flere studier på området.

SUMMARY

David R.M.A. Højgaard, Judith B. Nissen, Katja A. Hybel & Per Hove Thomsen:

Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents

Ugeskr Læger 2019;181:V10180746

The knowledge of obsessive-compulsive disorder (OCD) and its treatment has advanced in the latest years and is summarised in this review. Child and adolescent OCD is a chronic condition, and if it is left untreated, it often continues into adulthood with debilitating effect on the quality of life. Cognitive-behavioural therapy (CBT) is the recommended first-line treatment for children and adolescents, and continued CBT or selective serotonin reuptake inhibitor treatment can be effectively given to non-responders to initial CBT. There is also emerging evidence supporting the long-term effect of CBT in this group of patients, and new variations of CBT are being investigated.

KORRESPONDANCE: David R.M.A. Højgaard. E-mail: davmar@rm.dk

ANTAGET: 26. marts 2019

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 3. juni 2019

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATURLISTE: Findes i artiklen publiceret på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines 5. udg., 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246208/1/9789241549165-V1-eng.pdf> (5. okt 2018).
- Heyman I, Fombonne E, Simmons H et al. Prevalence of pervasive developmental disorders in the British nationwide survey of child mental health. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:820-7.
- Weidle B, Ivarsson T, Thomsen PH et al. Quality of life in children with OCD before and after treatment. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2015;24:1061-74.
- Wu MS, McGuire JF, Martino C et al. A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clin Psychol Rev* March 2016;45:34-44.
- Ivarsson T, Melin K, Wallin L. Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:20-31.
- Nissen JB, Skarphedinsson G, Weidle B et al. Familial occurrence of tic disorder, anxiety and depression is associated with the clinical presentation of obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2016;9:59-65.
- National klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD). Sundhedsstyrelsen, 2016.
- Freeman J, Garcia A, Frank H et al. Evidence base update for psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2014;43:7-26.
- Thomsen PH, Weidle B, red. Behandling af børn og unge med OCD en praksismanual. Hans Reitzels Forlag, 2015.
- Freeman J, Benito K, Herren J et al. Evidence base update of psychosocial treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: evaluating, improving, and transporting what works. *J Clin Child Adolesc Psychol* 2018;47:669-98.
- Reynolds SA, Clark S, Smith H et al. Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. *J Consult Clin Psychol* 2013;81:1021-6.
- Rosa-Alcázar AI, Iniesta-Sepúlveda M, Storch EA et al. A preliminary study of cognitive-behavioral family-based treatment versus parent training for young children with obsessive-compulsive disorder. *J Affect Disord* 2017;208:265-271.
- Torp NC, Dahl K, Skarphedinsson G et al. Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behav Res Ther* 2015;64:15-23.
- Lenhard F, Andersson E, Mataix-Cols D et al. Therapist-guided, internet-delivered cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:10-19.e2.
- Riise EN, Kvale G, Øst LG et al. Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: an effectiveness study. *J Obsessive Compuls Relat Disord* 2016;11:13-21.
- Ivarsson T, Skarphedinsson G, Kornør H et al. The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Res* 2015;227:93-103.
- Skarphedinsson G, Weidle B, Thomsen PH et al. Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2014;24:591-602.
- Thomsen PH, Torp NC, Dahl K et al. The Nordic long-term OCD treatment study (NordLOTS): rationale, design, and methods. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2013;7:41.
- Nissen JB, Hybel KA, Moltke B et al. Landsdækkende klinisk retningslinje vedrørende udredning og behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) hos børn og unge. Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark, 2011.
- Retsinformation.dk. Vejledning om medikamentel behandling af børn og unge med psykiske lidelser. VEJ nr 9194 af 11/04/2013.
- Lægemiddelstyrelsen. Oversigtsnotat vedrørende SSRI. <https://laegemiddelstyrelsen.dk/da/udgivelser/2011/notat-om-behandling-med-antidepressiv-medicin-af-typen-ssri/> /media/11D0A85C7D374B B188EB47753C4D275F.ashx (10 okt 2018).

22. Mancuso E, Faro A, Joshi G et al. Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2010;20:299-308.
23. Turner C, O'Gorman B, Nair A et al. Moderators and predictors of response to cognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Psychiatry Res* 2018;261:50-60.
24. Torp NC, Dahl K, Skarphedinsson G et al. Predictors associated with improved cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2015;54:200-207.
25. Højgaard DRMA, Skarphedinsson G, Nissen JB et al. Pediatric obsessive-compulsive disorder with tic symptoms: clinical presentation and treatment outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2017;26:681-9.
26. Højgaard DRMA. Obsessive-compulsive symptom dimensions: association with comorbidity profiles and cognitive-behavioral therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2018;270:317-23.
27. Hybel KA, Mortensen EL, Lambek R et al. Executive function predicts cognitive-behavioral therapy response in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2017;99:11-8.
28. Stewart SE, Geller DA, Jenike M et al. Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2004;110:4-13.
29. Nissen JB, Nikolajsen KH, Thomsen PH. A 7 year follow-up of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an analysis of predictive factors in a clinical prospective study. *Eur J Psychiatry* 2014;28:183-93.
30. Højgaard DRMA, Hybel KA, Ivarsson T et al. One-year outcome for responders of cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017;56:940-7.e1.