

**Obsessiv- kompulsiv lidelse hos barn og unge og
behandling, med hovedvekt på
kognitiv atferdsterapi**

**5.årsoppgave, stadium IV. Profesjonsstudiet i medisin,
Universitetet i Tromsø**

Student: Ida Henriette Henningsen Fosseide, MK- 06

Veileder: Siv Kvernmo, professor, dr.med. IKM

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag.....	4
1.1 Bakgrunn.....	4
1.2 Metode og materiale.....	4
1.3 Resultat.....	4
2. Innledning.....	5
2.1 Valg av problemstilling.....	5
2.2 Beskrivelse av metode.....	5
3. Definisjoner.....	5
3.1 Tvangstanker.....	6
3.2 Tvangshandlinger.....	6
4. Epidemiologi.....	7
5. Klinisk bilde av OCD med vekt på pediatriske pasienter.....	8
5.1 Frykt for forurensning, smuss eller smitte.....	8
5.2 Frykt for at noen skal komme til skade.....	9
5.3 Behov for sjekking, kontrollering, forsikring og bekreftelse.....	10
5.4 Gjentakelsesritualer og omgjøringsritualer.....	10
5.5 Orden og symmetri.....	11
5.6 Mentale kompulsjoner.....	11
5.7 Hamstring.....	12
5.8 Magisk tenkning.....	12
5.9 Skam og hemmeligholdelse.....	13
6. Forløp og etiologi.....	13
7. Familiens rolle.....	17
8. Komorbiditet og differensialdiagnoser.....	18
8.1 Angstlidelser.....	19
8.2 Depresjon.....	19
8.3 Tourettes syndrom og tics.....	19
8.4 Adferdsproblemer.....	20
8.5 Psykose.....	20
8.6 Elektiv mutisme.....	21
8.7 Tvang hos personer med autisme.....	21

8.8 Tvang og ritualer som del av den normale utviklingen.....	21
9. Utredning og diagnostisering av barn og unge med OCD.....	22
9.1 Children´s Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS).....	23
9.2 Leyton Obsessional Inventory (LOI) Child version.....	24
9.3 Child OCD Impact Scale (COIS).....	24
10. Forskjeller mellom barn og voksne med OCD.....	25
11. Behandling ved hjelp av kognitiv atferdsterapi.....	26
11.1 Evidensbasert behandling.....	26
11.2 Hva er kognitiv atferdsterapi?.....	27
11.3 Hvordan brukes kognitiv atferdsterapi i behandlingen av OCD?.....	29
11.3.1Psykoedukasjon.....	29
11.3.2 Kognitiv trening.....	30
11.3.3 Eksponering og responsprevensjon (E/RP).....	30
11.3.4 Hjemmelekser.....	32
11.3.5 Familiens rolle i behandlingen.....	32
11.3.6 Utviklingsmessige hensyn.....	33
11.4 Faktorer som kan påvirke behandlingseffekten.....	35
12. Medikamentell behandling.....	35
13. Avslutning og oppsummering.....	37
14. Referanser.....	39

1. Sammendrag

1.1 Bakgrunn

Jeg har i denne oppgaven valgt å fordype meg i temaet tvangslidelse og behandling av pasienter med denne sykdommen, med hovedvekt på barn og unge. Dette er et tema som vi ikke har lært mye om på studiet, men som jeg synes er interessant. Gjennom arbeidet med oppgaven ønsket jeg å lære mer om hvordan en tvangslidelse arter seg og hvordan sykdommen kan behandles. Jeg håpet også å få en bedre forståelse for hvordan det er å leve med en psykisk sykdom.

1.2 Metode og materiale

Gjennom et litteraturstudium der jeg leste relevante artikler og fagbøker ønsket jeg å finne svar på problemstillingen.

1.3 Resultat

Tvangslidelse eller obsessiv- kompulsiv lidelse (OCD) er karakterisert av plagsomme tvangstanker og/eller tvangshandlinger. Det kliniske bildet kan variere mye fra pasient til pasient og hos samme pasient over tid. Rundt 2 prosent av barn og voksne har sykdommen, og hos mange debutterer sykdommen i barne- eller ungdomsårene. For dem som er rammet gir sykdommen ofte store problemer, både på skolen, på fritiden og i samvær med andre mennesker. Mange som lider av OCD har i tillegg til sykdommen også andre komorbide lidelser som angst, depresjon eller atferdsproblemer. Flere studier har vist at kognitiv adferdsterapi kan være effektiv i behandlingen av OCD både hos barn og voksne. Ikke alle pasienter er like gode kandidater for en slik behandling, men gjennom å tilrettelegge behandlingen slik at den passer til den enkelte pasients utviklingsnivå, kan man oppnå et godt og langvarig resultat hos mange barn og ungdommer. Fortsatt er mye uklart når det gjelder behandling av barn og unge med OCD. Foreløpig er det ikke forsket særlig mye på hvor godt effekten av de ulike behandlingene holder seg over tid. Man vet heller ikke mye om mulige behandlingsalternativer for de pasientene som responderer dårlig på både kognitiv terapi og SSRI. I en pågående studie kalt NordLOTS håper forskerne å finne svar på dette.

2. Innledning

2.1 Valg av problemstilling

Jeg har gjennom arbeidet med denne oppgaven ønsket å lære mer om hva en tvangslidelse er og hvordan lidelsen kan behandles ved hjelp av kognitiv atferdsterapi. Dette er et tema som vi ikke har hatt mye om på studiet, men som jeg synes virker interessant og som jeg derfor kunne tenke meg å lære mer om. I oppgaven har jeg valgt å legge hovedvekt på tvangslidelser hos barn og unge, men har også lest en del om hvordan sykdommen arter seg hos voksne for å kunne sammenlikne likheter og forskjeller mellom OCD hos pasienter i ulike aldersgrupper.

I oppgaven har jeg drøftet følgende problemstillinger:

- 1) Hva er en tvangslidelse, og hvordan arter denne sykdommen seg hos barn og unge?
- 2) Hvordan brukes kognitiv terapi i behandlingen av tvangslidelser hos barn og unge?

2.2 Beskrivelse av metode

Denne oppgaven er et litteraturstudium basert på publiserte artikler som omhandler tvangslidelser og ulike former for behandling av sykdommen. Artiklene er funnet gjennom søk i PubMed og Google Scholar. I tillegg til artikler har jeg også lest enkelte fagbøker om de samme temaene. Jeg har i oppgaven valgt å legge hovedvekt på tvangslidelser hos barn og unge, og har derfor først og fremst fokusert på artikler som har tatt for seg denne sykdommen hos pediatriske pasienter. Selv om jeg har konsentrert meg om behandling med kognitiv atferdsterapi, har jeg i tillegg sett litt på medikamentell behandling. Denne behandlingen brukes også en del, enten alene eller som et supplement til den kognitive atferdsterapien.

3. Definisjoner

Tvangslidelse kalles også obsessiv- kompulsiv lidelse eller OCD (fra engelsk obsessive-compulsive disorder). Denne betegnelsen brukes i de to diagnosesystemene, ICD-10 og DSM-IV. Sykdommen kjennetegnes ved tilbakevendende tvangstanker (obsesjoner) og/eller tvangshandlinger (kompulsjoner).^{1,2,3} OCD blir vanligvis sett på som en angstlidelse.⁴ Allikevel beskriver ikke alle med lidelsen angst- relaterte symptomer. Mange kan kjenne andre ubehagelige følelser som for eksempel avsky, ufullstendighet eller en følelse av at ”noe

er galt". For å stille en OCD- diagnose kreves det at symptomene skal gi uttalt ubehag, kreve mye tid eller forstyrre normale rutiner som skolegang, arbeid, sosiale aktiviteter og sosiale relasjoner.^{2,5} OCD - liknende symptomer kan også forekomme hos personer som ikke har en tvangslidelse. Innholdet i tvangstankene skal derfor heller ikke kunne relateres til en annen psykisk diagnose, for eksempel tvangstanker som omhandler mat hos en pasient med spiseforstyrrelse eller skyldfølelse og grubling hos en person med depresjon.²

3.1 Tvangstanker

Tvangstanker er plagsomme og ufrivillige tanker, innskytelser eller ideer som gang på gang dukker opp i pasientens bevissthet og forstyrrer den normale tankegangen. Det kan være enkle ord, fraser, rim eller ordspill som ofte har et ubehagelig innhold. Det kan også dreie seg om tankebilder, som gang på gang dukker opp i pasientens bevissthet.^{1,3} Disse tankebildene skiller seg klart fra synshallusinasjoner fordi pasienten selv vet at disse bildene egentlig mangler virkelighetsverdi.^{1,6} Tvangstankene følges vanligvis av ubehagelige følelser som angst, frykt, tvil eller avsky.² Selv om disse tankene dukker opp i pasientens bevissthet ufrivillig og ofte strider i mot pasientens følelser, erkjenner pasienten at det dreier seg om noe som er et produkt av hans eller hennes egen tankegang.¹ Voksne pasienter med OCD ser på et eller annet tidspunkt i sykdomsforløpet det ulogiske og irrasjonelle i tvangstankene sine. Dette er ikke nødvendigvis tilfellet hos barn, selv om mange barn også kan forstå at tvangstankene de plages av egentlig er ufornuftige.² Slik skiller tvangstanker seg klart fra vrangforestillinger, som kan ses hos psykotiske pasienter, og som har virkelighetsverdi for pasienten selv. Det er lettere å trekke et klart skille mellom OCD og vrangforestillinger når det gjelder voksne enn barn. Yngre barn med tvangstanker føler ofte at tankene kan ha et snev av virkelighetsverdi. De kan ta avstand fra tvangstankene sine, men på samme tid tvile på om det er en mulighet for at tankene er reelle.¹

3.2 Tvangshandlinger

Tvangshandlinger er gjentatte, målrettede handlinger som ofte utføres etter bestemte regler og med fastlåste ritualer. Det kan enten dreie seg om observerbare handlinger som for eksempel vasking, eller mentale ritualer som telling.² Ofte fungerer tvangshandlinger som et verktøy for å midlertidig nøytralisere eller dempe tvangstanker og de ubehagelige følelsene som følger med dem. Dette gjør at personer med OCD føler seg tvunget til å utføre handlingene.³ For eksempel kan overdrevne vaskeritualer være et middel for å minske tvangstanker omkring smuss, skitt og bakterier.¹ Hos mange er katastrofetanker knyttet til ritualene. De kan for

eksempel tenke at de selv, foreldre eller andre nære personer vil bli utsatt for forferdelige ting, oftest sykdom eller død, dersom ritualene ikke blir utført innenfor en bestemt tidsramme eller i riktig rekkefølge.^{1,3}

4. Epidemiologi

Når det gjelder tvangstanker er overgangen mellom det normale og det sykelige glidende. Selv om folk kan ha spesielle oppfatninger og ganske sære vaner trenger det ikke nødvendigvis å være unormalt eller plagsomt.³ 14- 29 prosent av befolkningen har i perioder subklinisk OCD, det vil si innslag av så lette tvangstanker og tvangshandlinger at de ikke er spesielt forstyrrende eller plagsomme, og som heller ikke har stor innvirkning på normal livsutfoldelse.^{3,6,7} Hos voksne er prevalensen av så alvorlige tvangssymptomer at det kan kalles en tvangslidelse på rundt 2 prosent.^{3,4,6} OCD har tidligere blitt sett på som en veldig sjelden tilstand hos barn og unge, men nyere epidemiologiske studier viser at pediatrik OCD er like vanlig som OCD hos voksne.^{1,7,8}

I en engelsk undersøkelse utført av Heyman et. al. (2001) der 10 438 barn og ungdommer i alderen 5-15 år deltok, ble det påvist OCD hos 0,25 prosent. De fant en eksponentiell økning i prevalensen av OCD med økende alder, fra en prevalens på 0,026 prosent i den yngste aldersgruppen (5-7 år) til en prevalens på 0,63 prosent i den eldste deltagende aldersgruppen (13-15 år).⁹ I andre undersøkelser, som har inkludert ungdommer opp til 18 år har forekomsten av OCD vært på 1-3 prosent.^{10, 11} Det tyder på at mesteparten av OCD- tilfellene hos barn og ungdom oppdages i aldersgruppen 16-18 år og bidrar til den høyere gjennomsnittelige prevalensen som er funnet i disse studiene.⁹

Det er uvanlig at tvangslidelser debuterer før 9-årsalderen, men OCD har blitt dokument hos pasienter så unge som 3 år.^{3,12, 13} Hos mellom en tredjedel og halvparten av voksne med OCD debuterte sykdommen i barne- eller ungdomsårene.^{3,4,8,14} I barneårene opptrer OCD hyppigere hos gutter enn jenter med en kjønnsratio fra 3:2^{12,13,14,15} til 2:1.⁴ Under og etter puberteten jevnes dette ut, slik at forekomsten av lidelsen hos voksne er likt fordelt mellom kjønnene.^{3,7,12}

5. Klinisk bilde av OCD med vekt på pediatriske pasienter

OCD hos barn og unge kan gi mange forskjellige symptomer, og lidelsen kan arte seg svært ulikt fra pasient til pasient.^{1,16,17,18} Det store flertallet av barn og unge som er rammet har en kombinasjon av både tvangstanker og tvangshandlinger,^{15,16,19} men det er også mulig å bare være plaget med en av delene.^{1,19,20} Isolerte tvangstanker eller tvangshandlinger sees oftest hos yngre barn.⁴ De fleste pasienter med OCD har flere ulike tvangstanker og tvangshandlinger på samme tid, men noen av dem er ofte mer slitsomme enn andre.^{1,3} De fleste barn og unge med OCD utvikler på et eller annet tidspunkt i sykdomsforløpet vaske- og sjekkeritualer. De som utviklet OCD som barn og fortsatt har tvangslidelsen i voksen alder, har ofte vært innom de fleste av de vanligste OCD- symptomene.² Det er ingen store forskjeller i forekomsten av de ulike symptomene hos gutter og jenter.¹

Til tross for at mange av de med tvangslidelser er klar over at tankene og/eller handlingene er overdrevne og egentlig unødvendige vet de ikke hvordan de skal bli kvitt problemet.² Pasientene har gjerne et sterkt ønske om å la være å tenke tankene eller å utføre handlingene. De føler samtidig at det er vanskelig eller nærmest umulig å undertrykke eller stoppe dem. Til slutt kan tvangstankene ta overhånd, og nærmest styre livet fullstendig. Enkelte av de som er rammet, klarer i perioder med psykisk overskudd å stå i mot impulser for tvangshandlinger, mens de i tyngre perioder gir etter for impulsene.^{3,7}

5.1 Frykt for forurensning, smuss eller smitte

En av de vanligste tvangstankene hos pediatriske pasienter er overdreven redsel for en eller annen type forurensning i form av smuss, skitt, blod, spytt, avføring, urin, bakterier, virus og/eller ”partikler”.^{1,2,13, 15,16,20} Selv om barnet forstår at denne frykten egentlig er ulogisk og ubegrunnet, klarer han eller hun ikke å kvitte seg med angsten. I mange tilfeller klarer barnet å slappe av hjemme, men når han eller hun befinner seg ute sammen med andre mennesker kommer redselen. Ofte ønsker derfor barnet å holde seg hjemme og gir avkall på flere og flere fritidsaktiviteter.^{1,5,21} Mange barn har bare noen bestemte områder i huset der de kan oppholde seg uten å få ubehagelige tanker om smitte, og i mange tilfeller ender barnets rom til slutt opp som det eneste stedet barnet kan være uten frykt for å bli smittet av noe.¹

Tvangstanker omkring bakterier, virus, ”partikler” og smitte er som oftest knyttet til overdrevne vaskeritualer,^{1,2,16,22} For eksempel kan barnet føle behov for å vaske hendene hvert 10. minutt, eller et bestemt antall ganger hver dag, noen barn vasker hendene opp til 100 ganger eller mer.¹ Barn med tvangsvasking kan føle et enormt behov for å vaske hendene etter at de har vært i kontakt med fremmede mennesker, rørt ved ting de anser som skitne eller befunnet seg på bestemte steder.^{1,2,11} De kan også ha unormalt høye krav til hvor ofte klær må vaskes¹⁶ eller føle behov for å dusje ofte og langvarig, for eksempel hver kveld før de legger seg for å unngå å ta med seg bakterier, virus eller ”partikler” til senga. Tvangsvaskingen kan foregå med så stor hyppighet at barnets hud blir tørr, øm og flassende.¹

5.2 Frykt for at noen skal komme til skade

Frykt for å forårsake sykdom eller død enten hos seg selv eller andre er også en av de vanligste tvangstankene hos barn og unge.^{2,11,13,16,20} Til tross for at disse tankene ofte kalles ”aggressive tvangstanker” rammer de gjerne snille og samvittighetsfulle mennesker. Pasienten kan være redd for å skade et annet menneske, enten direkte (for eksempel ved å stikke noen med kniv eller dytte vedkommende ut foran trikken)³ eller indirekte ved at et ritual ikke utføres riktig eller innenfor bestemte tidsrammer.¹ Tanker om å skade noen andre omhandler som oftest mennesker eller kjæledyr som barnet er veldig glad i, og mange av pasientene er overbeviste om at en person som tenker slike fryktelige tanker også kan være i stand til å utføre dem^{1,3,23,24} Selv om dette dreier seg om handlinger barnet absolutt ikke ønsker å utføre, klarer han eller hun ikke å holde opp med å tenke dem.³

Noen pasienter med OCD tror at det å tenke en negativ tanke øker sannsynligheten for at innholdet i tanken skal skje i virkeligheten. Hvis de for eksempel får en påtrengende tanke der noen de er glade i havner i en bilulykke, føler de at risikoen for at denne personen faktisk skal havne i en slik ulykke øker. Siden de mener at de selv har bidratt til å sette denne personen i fare, forsøker de ofte å minske faren for at den tenkte hendelsen skal skje. Dette kan gjøres enten gjennom å utføre bestemte ritualer eller ved å ”nøytralisere” tanken mentalt.^{23,25} Å ikke gjøre sitt ytterste for å forhindre skade på seg selv eller andre, for eksempel gjennom å utføre bestemte handlinger på riktig måte, blir det samme som å forårsake skade.^{6,14} Slike tanker oppleves veldig belastende og gir ofte svært stor skyldfølelse. Mange er heller ikke bare redde for å kunne komme til å utføre fryktelige handlinger i fremtiden, men også for at de allerede kan ha gjort noe forferdelig.^{3,14}

Tvangstanker som omhandler sykdom, død eller skade følges mange ganger av tilståelsesritualer, der pasientene tilstår ting de ikke har gjort.^{3,14} Dette er som oftest et forsøk på å lette på den store graden av skyldfølelse som de plages av.³ Pasienter med slike obsesjoner utvikler mange ganger også kontrollritualer,¹⁶ for eksempel må de ofte kontrollere at de enda ikke har utført de handlingene de har tanker om å gjøre.^{1,3,14}

5.3 Behov for sjekking, kontrollering, forsikring og bekreftelse

Mange barn og unge med OCD plages ofte av sterk tvil og kjenner et stort behov for gjentatt kontrollering.^{3,11,13,16} De er ofte overbevist om at en slik kontroll er nødvendig for å unngå at noe fryktelig skal skje med dem selv eller noen de er glade i, at de ikke har gjort en feil som kan skade andre eller for å unngå at noe annet forferdelig skal skje.^{3,26} Barnet kan for eksempel hele tiden føle et behov for å sjekke hvor i huset foreldrene befinner seg, at utgangsdøren virkelig er låst, at vinduer er lukket, at de ikke syklet på noen på vei fra skolen eller at de ikke har lest eller skrevet noe feil. Kort tid etter et sjekkeritual tviler de igjen på at de allerede har kontrollert virkelig stemmer, og føler derfor behov for å sjekke enda en gang for sikkerhets skyld.^{1,3,14} Mange av de med kontrollbehov føler angst eller uro før de får utført sjekkeritualene sine. De ubehagelige følelsene dempes midlertidig ved utførelse av ritualene. Andre opplever ikke ubehagelige følelser på forhånd, men kjenner angsten i ettertid dersom de hindres i å utføre sjekkeritualene.³

Noen pasienter kan også involvere andre i sjekkeritualene sine ved at de ber andre kontrollere ting for dem.^{1,3,7} Sjekkeritualene kan også være verbale ved at pasienten stiller spørsmål om det samme om igjen og om igjen. Spørsmålene kan blant annet dreie seg om pasienten har gjort noe galt, eller om det er en mulighet for at pasienten kan ha en fryktet sykdom. Selv kjenner pasienten egentlig svaret på disse spørsmålene, så de stilles ikke av nysgjerrighet men fordi han eller hun ønsker en bekreftelse fra andre på at alt er i orden.^{3,14}

5.4 Gjentagelsesritualer og omgjøringsritualer

Gjentagelsesritualer innebærer en trang til å utføre de samme handlingene på nytt og på nytt. Hvis ritualet ikke blir utført riktig kjennes ofte ubehag eller uro.⁷ Noen kan også ha katastrofetanker knyttet til utførelsen av ritualene og tenke at dersom alt ikke utføres riktig vil noe fryktelig skje. For eksempel kan noen være nødt til å slå av og på lyset flere ganger, gå frem og tilbake over dørterskelen til det kjennes ”riktig”, lese setninger på nytt og på nytt, spisse blyanten gjentatte ganger, eller skrive bokstaver flere ganger oppå hverandre.^{1,3}

En person med omgjørelsesritualer kjenner et behov for å gjøre bestemte ting på nytt igjen, bare i helt motsatt rekkefølge fra hvordan de den første gangen utførte handlingen.^{1,3} For eksempel kan pasienten være nødt til å stå opp fra senga på akkurat samme måte som han la seg på³ eller gå baklengs hvis han trækker på en strek eller noe annet som han egentlig ikke bør trække på, og på denne måten ”nøytralisere” sine skritt og gjøre handlingen ”ugjort”. Noen kan også ha et indre bilde av en rød tråd som markerer hvor de har gått, og føle behov for å forlate bygninger på nøyaktig samme måte som de kom inn for å sørge for at hele tråden blir ”nøstet opp igjen.”¹

5.5 Orden og symmetri

Rydding og behov for orden kan ses hos mange friske barn i perioder av oppveksten, men uttalt behov for symmetri og perfektion kan være et tegn på en tvangslidelse.^{1,3} Pasienten kjenner en trang til å ha ting på en bestemt måte. Barnet kan blant annet flytte rundt på møbler og få panikk dersom de ikke står på den måten barnet har bestemt,^{1,3} sortere gjenstander etter farge, eller henge seg opp i at skolissene må knytes helt likt på begge skoene.³ De kan også kjenne et behov for å utføre bestemte handlinger på en balansert og symmetrisk måte,¹⁴ hvis de for eksempel tar på den venstre armen, må de også berøre den høyre armen på samme plass.³ Pasienter med tvangstanker og tvangshandlinger som omhandler symmetri, beskriver ofte en følelse av uro enn angst dersom ting ikke er ordnet slik de vil ha det.^{3,14}

5.6 Mentale kompulsjoner

Mentale kompulsjoner er ikke synlige for andre, det dreier seg om tanker, forestillinger, bønner eller andre mentale ritualer. På lik linje med andre tvangshandlinger utføres de for å redusere de ubehagelige følelsene som følger med tvangstanker.^{1,3,13,14} Mentale tvangshandlinger er vanlige både hos voksne OCD- pasienter¹⁴ og hos barn med OCD.^{1,13,16} Pasienten kan for eksempel gjenta bestemte ord, setninger eller bønner for å nøytralisere tvangstankene.^{3,14} Et annet vanlige mentalt tvangssymptom er telling. Det kan være viktig å hele tiden telle opp til et bestemt tall, eller det kan være nødvendig å telle bestemte objekter. Barnet kan for eksempel kjenne behov for å telle antall hus, vinduer eller lyktestolper på vei til skolen. Det er ofte så viktig å telle nøyaktig at barnet må starte på nytt igjen hvis han eller hun kommer ut av tellingen.^{1,3} Noen barn er nødt til å utføre kompliserte regnestykker i hodet.²⁶ Også barn og unge med tvangssymptomer omkring orden og symmetri kan ha

mentale ritualer der de ordner og rydder møbler, tepper, bilder og liknende ved hjelp av indre bilder før de klarer å slappe av på nye steder.^{1,13}

5.7 Hamstring

Hamstring der pasienten tar vare på unyttige ting kan også være en del av en tvangslidelse hos barn og unge.^{17,27} Hamstringen likner ikke på en hobby, der den som samler har glede av samlingen. En som hamstrer tar vare på ting fordi han føler at han må gjøre det, ikke fordi han har lyst. En person med frimerkesamling som hobby, har vanligvis heller ikke problemer med å kvitte seg med noen av frimerkene for å bytte til seg andre.³ Personer med hamstring som del av en tvangslidelse vil vanligvis ha vansker med å kvitte seg med gjenstander, og er veldig engstelige for å miste eller rote bort eiendeler.^{24,27} Mange føler et sterkt ubehag hvis de er nødt til å kaste noe, fordi de kanskje kan få bruk for det en gang i fremtiden. Oftest er en uspesifikk uro forbundet med trangen til å samle, selv om enkelte kan ha konkrete tanker om at noe fryktelig kan skje dersom de må kvitte seg med det de samler på.³ Mange kjenner en overdreven følelsesmessig tilknytning til eiendelene sine.²⁴ Noen har til og med følelsen av at tingene har blitt en del av dem, og dersom det kastes kan det kjennes som om de mister en bit av "sjelen".³

Storch et. al (2007) sammenliknet to grupper med OCD- pasienter mellom 7 og 17 år. Den ene gruppa inneholdt pasienter med tvangsmessig hamstring som en del av tvangssymptomene, i den andre gruppa var det pasienter med andre OCD- symptomer. Det viste seg at pasientene med tvangsmessig hamstring sammenliknet med pasientene i den andre gruppa hadde dårligere innsikt i symptomene sine, flere tvangstanker som omhandlet magisk tenkning og flere tvangshandlinger som innebar ordning og arrangering. Pasientene med hamstring hadde også i større grad angst og aggresjon enn pasientene som ikke hamstret.²⁷

5.8 Magisk tenkning

Overtroiske tvangstanker er ikke uvanlige blant barn og unge.^{13,16,17} Barna kan for eksempel ha følelsen av at noen tall er lykketall, mens andre tall, som bringer ulykke må de holde seg unna. Tallet 4 går igjen hos personer med tvangstanker, og forekommer hyppigere enn tallene 3,7 og 9 som tradisjonelt sett har blitt sett på som mystiske, og som går igjen i eventyrene.³ Noen kan også ha bestemte ord eller farger som bringer lykke eller ulykke.^{1,13}

5.9 Skam og hemmeligholdelse

Barn og ungdommer med OCD forsøker mange ganger å skjule symptomene for andre. Fordi tvangstankene ofte er overdrevne og irrasjonelle synes mange barn at det er flaut å skulle fortelle om dem til noen.^{4,28,29} Mange er redde for å være sinnsyke, fordi de føler seg påtvunget tanker de egentlig ikke vil tenke og handlinger som de føler de må utføre uten å kunne forklare hvorfor det er så viktig.¹ Tvangstankene kan også ha et innhold som er så skremmende eller flaut at barnet av den grunn ikke ønsker å snakke med noen om problemene.^{1,3,26} Spesielt tenåringer er flinke til å holde symptomene sine hemmelige, selv for familien. En del barn som plages av tvangssymptomer hjemme, klarer å holde problemene sine skjult for kamerater og på skolen. Familien kan dermed få inntrykk av at barnet har kontroll over symptomene sine. Dette er også ofte tilfellet i begynnelsen av sykdomsutviklingen, men etter hvert klarer ikke barnet lenger å avgrense behovet for å utføre tvangshandlinger til bestemte arenaer.^{1,3} Etter hvert tar tvangssymptomene mer og mer tid. Dette går på bekostning av tiden som barnet før brukte på andre ting, som å være sammen med venner og familie, fritidsaktiviteter, lekser og søvn. Ofte vil derfor det første tegnet som merkes av familien være tilbaketrekning og isolasjon. I noen tilfeller er familien klar over barnets problemer, men får ikke lov av barnet til å snakke med andre om dem.¹ Mange barn og unge anstrenger seg veldig for å holde symptomene skjult og dette fører ofte til at foreldre underestimerer barnet eller ungdommens problemer. På grunn av hemmeligholdelse får mange ikke hjelp før etter flere år, eller først når OCD-symptomene har blitt så alvorlige at de ikke lenger makter å holde problemene skjult.^{29,30}

6. Forløp og etiologi

Ofte kommer plagene snikende. I begynnelsen er vanligvis symptomene milde og lite invalidiserende, men etter hvert blir tankene og impulsene mer og mer påtrengende.^{3,4} Det hender også at enkelte har et atypisk forløp der de blir rammet brått, uten en gradvis utvikling av symptomer. Tvangshandlingene forsterkes negativt over tid, fordi de reduserer ubehaget som følger med tvangstankene. Jo mer vellykket en tvangshandling er til å fjerne stress, jo viktigere blir det for pasienten å få utført tvangshandlingen når tvangstanken dukker opp igjen for å kvitte seg med ubehaget. For eksempel vil et barn med tvangstanker som omhandler smitte føle sterkt ubehag og behov for å vaske hendene etter å ha rørt ved et toalettsete.

Dersom pasienten vasker hendene vil den påfølgende reduksjonen i ubehag føre til forsterkning av vaskeritualet, slik at pasienten neste gang føler et enda sterkere behov for å vaske hendene etter å ha tatt i noe skittent.¹¹

Noen barn kan fortelle om en bestemt hendelse som utløste symptomene. Enkelte ganger kan denne utløsende årsaken være logisk knyttet til symptomene som barnet har utviklet, for eksempel at synet av noe skittent eller ekkelt har utløst vaskemani. Men de fleste gangene er det ikke lett å forstå sammenheng mellom den utløsende årsaken og symptomene til barnet. Noen barn har før sykdomsutbruddet opplevd flere belastende hendelser, for eksempel dødsfall i familien, skilsmisse, bytte av skole eller flytting og tap av omgangskrets.¹ I en studie av 72 barn og ungdommer mellom 5 og 18 år med OCD ble det påvist stressende situasjoner før sykdomsutbruddet hos 53 prosent.²² Hos mange er det ikke mulig å finne en bestemt utløsende faktor. De som har utviklet OCD vil i perioder med stress eller forandringer i livssituasjon imidlertid ofte oppleve en forverring av symptomene.^{1,7}

I en dansk studie fra 1994 ble 47 barn og unge med OCD fulgt opp 6-22 år etter at de for første gang var i kontakt med det psykiatriske helsevesenet.³¹ Tidlig i voksenalder kunne pasientene i denne studien deles inn i fire grupper i henhold til hvordan OCD symptomene deres hadde utviklet seg over tid. Personene i den første gruppa hadde ikke hatt noen OCD-symptomer siden deres første kontakt med helsevesenet (27,7 %). En annen gruppe inneholdt individer med subklinisk OCD (25,5 %). Personene i denne gruppa hadde fortsatt lette symptomer på OCD, men følte selv at de hadde full kontroll over tankene sine. Den tredje gruppa inneholdt personer med et svingende OCD-forløp (21,3 %). De hadde lange perioder med subkliniske symptomer eller til og med helt uten symptomer avbrutt av perioder med OCD, som oftest i tider med mye stress. I stressende perioder som å flytte hjemmefra, ha eksamen, begynne i en ny jobb eller liknende kunne OCD-symptomene hos disse personene bli veldig alvorlige. Mange i denne gruppa var i de friske periodene redde for at OCD-symptomene skulle vende tilbake for fullt dersom de ikke hele tiden jobbet aktivt med å undertrykke dem, de fikk dermed aldri sluppet helt av. Den siste gruppa inneholdt pasienter med et kronisk sykdomsforløp (25,5 %). De kunne fortelle om konstante, og mer eller mindre invalidiserende OCD-symptomer. Flere jenter enn gutter hadde et episodisk forløp av OCD, det var ellers ingen forskjeller mellom kjønnene. Denne studien tok ikke stilling til hvilken behandling pasientene hadde fått, og det er derfor ikke mulig å avgjøre effektiviteten av systematisk behandling ut fra denne studien.

Flere studier viser at rundt 60 prosent av barn eller unge som utvikler OCD har symptomer på OCD opp til 15 år etter at de fikk diagnosen. Av disse har 20 prosent subkliniske symptomer, mens 40 prosent fortsatt har alvorlige OCD symptomer.^{8,13} Siden mange av barna i disse studiene ikke mottok tilfredsstillende behandling i oppfølgingsperioden, kan imidlertid disse tallene gi et litt mer dystert bilde av OCD hos barn enn det som er tilfellet i dag.¹³

Innholdet i tvangstankene og tvangshandlingene kan endre seg over tid, allikevel forblir som regel det totale antallet symptomer konstant.¹³ I oppfølgingsperioden til den danske studien fra 1994 hadde mange av pasientene helt andre symptomer som voksne enn det de hadde hatt som barn og ungdommer. Personer med et episodisk forløp av OCD kunne hoppe fra en type tvangssymptomer til en helt annen type fra en sykdomsperiode til den neste. Pasienter med kronisk OCD opplevde også hyppige endringer i symptomene sine. Selv om det i denne studien ikke ble funnet noen symptomer som vedvarte fra barneårene til voksen alder, ble det lagt merke til at mange fortsatt hadde vaskeritualer som voksne uten at dette var statistisk signifikant.³¹

For barn og unge som er rammet av OCD, kan sykdommen ha stor innvirkning på skole, fritid og sosiale relasjoner.⁷ I en undersøkelse av 151 barn og unge med OCD fant Piacentini et. al. (2003) at nesten 90 prosent hadde minst et alvorlig problem på grunn av OCD.²¹ Valderhaug og Ivarsson undersøkte i 2005 et utvalg på 68 norske og svenske barn og ungdommer (8-17 år) med OCD. Mesteparten av disse pasientene hadde store problemer med å fungere normalt som følge av tvangssymptomer. Både foreldre og barn ble intervjuet, foreldrene rapporterte gjennomgående større problemer enn barna på omtrent alle områder. 70 prosent av foreldrene og 59 prosent av barna rapporterte svært nedsatt funksjon hjemme og i kontakt med andre familiemedlemmer. 42 prosent av foreldrene og 36 prosent av barna svarte at tvangslidelsen forårsaket store problemer i skolesituasjoner. En del barn og ungdommer hadde også problemer med å omgås venner (38 prosent i følge foreldre og 25 prosent i følge barna) og problemer med å dra til ulike plasser (34 prosent i følge foreldre og 25 prosent i følge barna). Jenter hadde flere problemer enn gutter, og ungdommer (13-17 år) mer problemer enn barn (8-12 år). De konkrete situasjonene som skapte flest problemer var i følge både foreldre og barn leggetid, konsentrasjonskrevende aktiviteter og opprettholdelse av sosiale relasjoner.⁵

Det fins mange ulike teorier om hvorfor OCD oppstår, men man vet enda ikke sikkert hva som er årsaken til at noen utvikler OCD. De fleste forskere mener at forhold i hjernen, i tillegg til psykologiske faktorer spiller en viktig rolle.³² PET- og SPECT- studier har vist forandringer i basalgangliene hos pasienter med tvangslidelser. Etter vellykket behandling med kognitiv atferdsterapi eller SSRI har disse forandringene normalisert seg.^{2,32,33} Siden mange pasienter med OCD har god effekt av behandling med SSRI, er det mulig at sykdommen henger sammen med for lite Serotonin i hjernen. Ved mangel på denne neurotransmittoren skjer det trolig forstyrrelser i både signaloverføring og inhibering av signaler i enkelte områder av hjernen. Dette kan føre til at rituelle tankemønstre ikke hemmes på samme måte som hos friske. Serotonin-teorien forklarer ikke hvorfor tvangssymptomer plutselig kan oppstå hos et friskt barn eller hvorfor enkelte som lider av OCD kan ha lange perioder der de omtrent er symptomfrie.¹

Studier som har inkludert slektninger til pasienter med OCD har vist at tvangssymptomer forekommer hyppigere blant foreldre til pasienter med OCD sammenliknet med foreldre til friske kontroller. Det er funnet tvangssymptomer hos ca 15 prosent av foreldre til pasienter med OCD.³ I slike studier kan det imidlertid være vanskelig å si om det er arv, miljø eller en kombinasjon som gjør at foreldre med tvangssymptomer får barn med OCD.³² Selv om det kan tenkes at barn arver etter foreldre og overtar deres tvangssymptomer, fins det mange eksempler på familier der en eller begge foreldre har tvangssymptomer som er helt ulike de tvangssymptomene barna deres har.¹ Resultater fra ulike studier på eneggede og toeggede tvillinger med OCD, tyder også på at genetikk spiller en rolle i utviklingen av sykdommen.³ Genetikk spiller sannsynligvis en større rolle hos de som får OCD som barn enn hos de som utvikler tvangslidelse som voksne.^{1,3}

Et atypisk forløp av sykdommen, der symptomene kommer brått, kan være forårsaket av pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). Det hender at personer plutselig utvikler tvangssymptomer noen måneder etter en gjennomgått infeksjon med streptokokker (GAS), og personer som allerede har OCD kan oppleve en brå forverring av symptomene sine. En pasient som rammes av Sydenhams chorea kan også få en markert økning av tvangssymptomer.³ Dette er en variant av reumatisk feber, der infeksjon med gruppe A streptokokker fører til en autoimmun reaksjon. Immunsystemet danner antistoffer mot streptokokkene, disse antistoffene angriper også noen av kroppens egne celler og dette fører til inflammasjon i basalgangliene i hjernen.³⁴ Pasienter

med Sydenhams chorea har ufrivillige ticsliknende bevegelser. Disse bevegelsene sitter oftest i overekstremiteter og ansikt, og kan enten være generaliserte eller lokalisert til en side av kroppen.^{2,34}

Hodetraumer, svulster i basalgangliene, encefalitt og meningitt kan i enkelte tilfeller også gi tvangssymptomer.^{3,32} Nyoppstått tvangslidelse hos en pasient over 40 år henger mange ganger sammen med somatisk sykdom eller skade.^{3,}

7. Familiens rolle

Familien spiller vanligvis en viktig rolle for barn, og jo yngre barnet er, jo viktigere er som oftest familien. På dette punktet er barn med OCD vesentlig forskjellige fra voksne med tvangslidelser. Avhengigheten som de fleste barn kjenner ovenfor sine ansvarpersoner, vanligvis foreldrene, gjør dem sårbare for faktorer som er utenfor barnets kontroll. Barnets psykiske helse påvirkes av foreldrenes psykiske og fysiske helse, samlivet mellom foreldrene og familiens øvrige funksjon. Disse faktorene har mye å si for hvor velfungerende barnet er, om barnet gjør framgang ved behandling og om barnet får tilbakefall av sykdommen eller ikke.¹²

Barnets sykdom virker også inn på familien som barnet lever i. Foreldre kan reagere på mange ulike måter på barnets tvangssymptom, fra å benekte eller sloss mot symptomene til å tilpasse seg til dem.^{4,35,36} Flere studier har vist at 70-75 prosent av foreldre til barn med OCD tilpasser seg til eller involverer seg i barnets ritualer.^{20,36,37} Jo yngre barnet er og jo mer alvorlige symptomer barnet eller ungdommen har, jo større er sannsynligheten for at foreldrene involverer seg aktivt i barnets tvangshandlinger.^{12,36} Mange ganger er familiemedlemmene involvert i tvangsritualene i håp om at deres deltagelse vil være med på å redusere angsten og ubehaget som barnet føler. Noen foreldre deltar i tvangsritualene i frykt for raseriet ungdommen uttrykker dersom han eller hun ikke får hjelp til å utføre de faste handlingene. Andre familier er kritiske til barnets symptomer og nekter å ha noe som helst med tvangshandlingene å gjøre.^{36,37,38}

Selv om det er godt ment fra foreldrenes side, vil deres deltagelse i barnets tvangsritualer ofte være med på å opprettholde symptomene. Verbal forsikring, å gi barnet tilgang på ting som trengs for å utføre tvangshandlingene (som rene håndduker og såpe ved vaskeritualer), aktiv deltagelse i ritualene (som å hjelpe barnet med å kontrollere) og unngåelse av situasjoner som fremkaller angst hos barnet er eksempler på hvordan foreldre kan involvere seg i barnets symptomer. Den midlertidige lettelsen av angsten som denne atferden gir, vil øke barnets ønske om å utføre de samme handlingene neste gang de ubehagelige tankene og følelsene dukker opp. Dette kan føre til en ”ond sirkel”, der barnet krever at familiemedlemmene involverer seg mer og mer i ritualene.^{20,36} Familiemedlemmer som forholder seg til barnets symptomer på en kritisk måte kan også, uten at de ønsker det være med på å øke hyppigheten og alvorligheten av barnets symptomer. Å forsøke å stanse et barn som utfører ritualer tvinger barnet til å konfrontere frykten på en ukontrollert og traumatisk måte. Dette kan gi økt angst og føre til at barnet isolerer seg for å kunne utføre ritualene sine i fred. Noen foreldre nekter å godta at barnet ikke kan kontrollere tvangshandlingene sine. Det oppstår ofte konflikter mellom foreldrene dersom en av dem velger å involvere seg i barnets ritualer mens den andre inntar en kritisk holdning til barnets symptomer.^{37,38,39}

Søsken av barn med OCD har ofte en kritisk holdning til tvangsritualene. Mobbing, sabotasje eller forsøk på ydmykelse er vanlige reaksjoner fra brødre eller søstre som skammer seg over tvangsritualene eller er sjalu på den ekstra oppmerksomheten det syke barnet får fra foreldrene.³⁸

8. Komorbiditet og differensialdiagnoser

Noen tilstander ses ofte sammen med OCD i barne- og ungdomsalderen, andre kan ha enkelte fellestrekk som minner om tvangslidelser og kan av og til gjøre diagnostisering av OCD vanskelig.² I studier som er gjort, er det rapportert at så mange som 77,8 til 80 prosent av barn og unge med OCD også har andre lidelser,^{7,16,20,22} og 50-59 prosent av disse har mer enn en komorbid lidelse.^{7,20} I en studie fra 2008, fant Ivarsson et. al at gutter med OCD oftere hadde komorbide tics og ADHD enn jenter, mens generalisert angstlidelse var vanligere blant jentene. De fant imidlertid ingen forskjell i antall komorbide diagnoser mellom jenter og gutter med OCD.⁴⁰

8.1 Angstlidelser

Angstlidelser er den vanligste komorbide lidelsen hos barn og unge med OCD, og har i studier blitt påvist hos så mange som 25-75 prosent.^{7,15,40} Vanlige angstlidelser som kan ses sammen med OCD inkluderer generalisert angstlidelse, panikkangst, separasjonsangst og spesifikke fobier.¹⁵ Separasjonsangst ses oftest hos yngre barn, men de aller yngste barna med OCD er generelt mindre plaget av andre angstlidelser enn det eldre barn og ungdommer er.²⁶

8.2 Depresjon

Depresjon opptrer sammen med OCD hos 10- 62 prosent,^{7,15} Hos mange opptrer de depressive symptomene etter utviklingen av OCD.^{7,26} Deprimerte pasienter kan også ha innslag av tvangssymptomer. Ofte kan det være vanskelig å avgjøre hva som kom først av tvangssymptomene eller depresjonen. Pasienter med en alvorlig depresjon vil mange ganger kunne anklage seg selv for å være ansvarlig for ulykker og katastrofer, på samme måte som barn med OCD kan gjøre. I motsetning til pasienter med depresjon, klarer imidlertid pasienter med OCD som oftest å se det ulogiske i disse tankene.¹

8.3 Tourettes syndrom og tics

Tvangssymptomer i større eller mindre grad forekommer hos 30 -80 prosent av barn med Tourettes syndrom.^{1,41,42} I tillegg ses ulike lidelser med tics hos 20-30 prosent av barn og unge med OCD.^{1,7,40} Tics er ufrivillige motoriske bevegelser i ansiktet, hals eller ekstremiteter. Tourettes syndrom er en kombinasjon av motoriske tics og vokale tics. Vokale tics er en spesiell form for tics, og omfatter lyder, snufsing, hosting, kremting, utrop eller artikulerte ord som kan være av en uanstendig karakter. Noen ganger kan det være vanskelig å skille tics fra tvangshandlinger, spesielt dersom det dreier seg om barn med OCD som bare har kompulsjoner og ingen obsesjoner. Tvangshandlinger er vanligvis mer kompliserte handlinger enn tics, som ofte bare består av en eller to sammenhengene ufrivillige motoriske bevegelser. Enkelte handlinger, som blinking og spyting forekommer noen ganger som tvangshandlinger hos personer med OCD, men kan også ses som tics hos andre pasienter. Det er derfor ikke alltid like enkelt å avgjøre hva som er tvangshandlinger og hva som er tics.^{1,7,42} Tvangssymptomer som å være nødt til å røre ved noe, tvangsmessig telling, blinking, stirring og behov for symmetri ses hyppigere hos barn med OCD og komorbid Tourettes syndrom enn hos barn med bare OCD.²⁶

8.4 Adferdsproblemer

Ulike atferdsproblemer er funnet hos 18-33 prosent av barn og unge med tvangslidelser.⁷ AD(H)D, Attention Deficit Disorder med eller uten hyperaktivitet kan allerede ses når barna er svært unge. Tilstanden er karakterisert av konsentrasjonsvansker og koordinasjonsvansker. Ofte er barnet også hyperaktivt og har lærevansker, for eksempel dysleksi. Barnet har problemer med å konsentrere seg om noe i lengre perioder, og blir lett forstyrret av uviktige sanseinntrykk som andre barn klarer å ignorere.¹ OCD kan noen ganger minne om ADHD dersom tvangstankene fører til at barnet blir ukonsentrert eller hvis barnet utvikler unngåelsesatferd og ritualer som gir inntrykk av at barnet er veldig impulsivt eller hyperaktivt. I motsetning til barn med ADHD har barn med OCD imidlertid mer meningsfulle handlinger, som dessuten er utløst av ubehagelige tanker eller fornemmelser.⁷

8.5 Psykose

Noen ganger kan en tvangslidelse bli feiltolket som en psykose fordi symptomene kan virke svært underlige og påfallende.^{3,26} Et viktig kjennetegn ved psykoser er en realitetsbrist der pasientens oppfatning av virkeligheten svikter. Psykotiske pasienter kan ha hallusinasjoner der de ser, hører, lukter eller hører noe som ikke eksisterer i virkeligheten. En pasient med hørselshallusinasjoner kan for eksempel høre stemmer som befaler at ulike handlinger skal utføres.⁶ Psykotiske pasienter kan også ha vrangforestillinger der de føler seg forfulgt, eller opplever at de har fått en viktig oppgave som må utføres. En psykotisk pasient vil ikke klare å se det ulogiske i disse tankene og ta avstand til dem slik en pasient med OCD gjør.¹ Pasienter med tvangslidelser har ofte stor innsikt i symptomene sine, vet at de egentlig er irrasjonelle og forsøker å avvise dem. En psykotisk pasient kan innbille seg at tankene blir styrt utenfra, at han eller hun kan kontrollere andres tanker eller at tankene blir stjålet. Dette skiller seg klart fra pasienter med OCD som oppfater tvangstankene som et uønsket produkt av sine egne tanker uten styring fra noen andre.^{1,6,26}

Ved alvorlige tvangssymptomer kan i pasientens innsikt i symptomene i noen tilfeller være begrenset, og da er det ikke alltid like lett å skille OCD fra en psykose.^{4,14,26} OCD kan allikevel ofte skilles fra psykose ved fravær av andre psykotiske symptomer som for eksempel hallusinasjoner.⁷ Spesielt hos yngre barn med OCD kan tankene ha en magisk karakter. Unge barn er ikke helt modne kognitivt og kan derfor ofte ha problemer med å ta avstand fra tvangstankene sine fordi de ikke nødvendigvis ser på tankene som rare og irrasjonelle.^{1,2,26} Hos unge barn kan det derfor mange ganger være vanskelig å skille tvangstanker fra

vrangforestillinger. Når barna blir eldre vil de imidlertid som oftest være i stand til å se det ulogiske i tvangstankene sine.¹

Mange som lider av OCD er redde for at de kan være i ferd med å bli gale, men det er ikke noe som tyder på at personer med tvangslidelser har økt risiko for psykoser enn andre.^{1,3,6,26} Allikevel kan starten på en schizofren lidelse være preget av tvangssymptomer, og personer som har utviklet schizofreni har økt risiko for å få tvangssymptomer.³

8.6 Elektiv mutisme

Ved elektiv mutisme lar barnet være å snakke i bestemte situasjoner selv om språkfunksjonen er normal. Denne tilstanden er sjelden og kan ses hos barn så unge som 3-4 år, selv om mange ikke oppsøker hjelp før barnet skal begynne på skolen. De fleste av barna med elektiv mutisme snakker normalt når de er hjemme, men vil ikke si et eneste ord når de er andre steder. Tilstanden kan ha store innvirkninger på både den faglige og den sosiale utviklingen til barnet. Mange barn med elektiv mutisme er sjenerte ovenfor fremmede og noen av dem har også tvangspregede handlinger som tvangsvasking og gjentakelsesritualer. Noen barn med elektiv mutisme opplever også talevegringen som et tvangssymptom, der de har tvangstanker om at noe fælt kan komme til å skje dersom de snakker i nærheten av fremmede mennesker.¹

8.7 Tvang hos personer med autisme

Tvangslidelse ses hyppigere hos personer med autisme enn i befolkningen for øvrig. Hos slike pasienter kan det være vanskelig å skille mellom hva som er tvangssymptomer og hva som er typisk atferd for autister og dermed ikke kan klassifiseres som OCD. Dette gjør diagnostikk av autister med mulig tvangslidelse til en utfordring. Et diagnostisk krav for å kunne stille diagnosen OCD er at pasienten skal ha innsikt i sine symptomer, og bare et fåtall av pasienter med autisme oppfyller dette. Gjentakelser eller stereotyp atferd ses i større eller mindre grad 75-95 prosent av pasienter med autisme, men bare noen få har en slik intensitet at de kan kalles tvangssymptomer.³

8.8 Tvang og ritualer som del av den normale utviklingen

I den normale utviklingen til friske barn forekommer det situasjoner som minner om de symptomene man kan se ved en tvangslidelse.⁴ De fleste barn går gjennom faser der det er viktig for dem å utføre bestemte ritualer.²⁶ Disse ritualene forekommer ofte i forbindelse med måltider eller når barnet skal legge seg, og oppfattes ofte som et ønske om kontroll og

mestring i forbindelse med barnets utvikling.^{3,7,43} Slik tvangspreget atferd kan også ses på som en gjentakelse av innlært kunnskap, der barnet øver på kunnskapen om igjen og om igjen slik at det etter mange nok repetisjoner blir automatisert.¹ I 2 til 3årsalderen forekommer slike ritualer hos de fleste barn.^{1,26,43} Mange kan ønske å få de samme sidene i en bok lest høyt hver kveld eller stille kosedyrene opp på en bestemt måte før de legger seg. Slike ritualer forsvinner imidlertid etter hvert som barnet blir eldre, og ses sjelden etter 8-årsalderen.^{1,26} Eldre barn kan for eksempel forsøke å unngå å tråkke på sprekkene mellom brosteiner. Selv om de fleste barna ser på dette som en lek, kan de ha en vag følelse av at et eller annet kommer til å hende dersom de skulle være uheldige å tråkke på en sprekk. I motsetning til et barn med OCD, klarer et barn uten tvangslidelse allikevel å tråkke på strekene når de blir lei av leken. De er med andre ord ikke styrt av en tvangstanke, de klarer å bryte handlingen uten problemer, og reagerer ikke med sterk angst og ubehag dersom de av en eller annen grunn hindres i å utføre handlingene.¹ Sammenliknet med ritualer som er en del av barnets naturlige utvikling, har OCD- symptomer lengre varighet, blir fulgt av ubehagelige følelser og har innvirkning på barnets normale aktiviteter som lek og skole.⁴⁴

9. Utredning og diagnostisering av barn og unge med OCD

Hvordan OCD manifesterer seg varierer veldig fra person til person. I tillegg er tilstanden ofte komplisert av en eller flere komorbide lidelser. Dette gir store utfordringer for den som skal behandle pasienten. En nøyaktig kartlegging av et barn med OCD helt nødvendig for å få oversikt over tilstanden og for å utelukke andre tilstander med liknende symptombylle.^{2,7} Fordi sykdom i sentralnervesystemet kan gi tvangssymptomer er det viktig med en klinisk undersøkelse. En nevrologisk undersøkelse bør utføres, og ved mistanke om hjernelidelse tas MR eller CT.^{33,45} Det kan også være aktuelt å teste om pasienten er smittet med streptokokker ved en brå symptomutvikling eller i andre situasjoner det er grunn til å mistenke at pasienten har en slik infeksjon.^{2,32}

Man bør få oversikt over både nåværende og tidligere OCD- symptomer. De aktuelle tvangstankene og tvangshandlingene som barnet plages av kartlegges med tanke på hva som utløser dem, om det finnes gjenstander, personer eller steder barnet unngår, hvor mye tid lidelsen opptar hver dag. Det kartlegges også i hvilke situasjoner lidelsen er til hinder for

barnet, barnets motivasjon til behandling og i hvilken grad barnet kjemper mot symptomene. Man må også vurdere barnets modenhet og temperament. Det er viktig å skape en trygg atmosfære der barnet føler seg forstått, og kan fortelle om sine symptomer uten å skjemmes. På denne måten skaper man også en behandlingsallianse der barnet har tillitt til behandleren og ønsker å samarbeide under den videre behandlingen.² Ofte kan man få mye informasjon fra familiemedlemmer, og noen ganger også lærere eller andre voksne som barnet har mye kontakt med.^{1,26}

Alle symptomkompleks med utløsende årsaker, påfølgende tvangstanke og tilhørende tvangshandling bør rangeres i et hierarki etter hvor vanskelig barnet synes det er å stå i mot de ulike impulsene og hvor mye frykt det skaper dersom barnet forhindres i å utføre ritualene. I utredningen av barn eller unge med OCD bør man også få klarhet i om familiemedlemmer på en eller annen måte er involvert i barnets ritualer. Dersom det er tilfelle, bør man også forsøke å danne seg et bilde av hvilken måte familien deltar og i hvor stor grad familiemedlemmer har tilpasset seg til barnets symptomer.³⁶ En nøyaktig oversikt over symptomene barnet har er viktig for å senere kunne evaluere behandlingsrespons og spesielle problemområder som krever ekstra oppmerksomhet.⁷ Det er også viktig å lete grundig etter eventuelle komorbide lidelser som mange ganger kan vanskeliggjøre behandlingen.^{2,13}

Det finnes flere kartleggingsverktøy som kan være til hjelp når man skal identifisere og måle graden av en tvangslidelse. De gir ofte et bedre grunnlag for å vurdere om pasienten virkelig har en tvangslidelse, i tillegg til at de gir god oversikt over hvilke problemer pasienten har. Noen av dem gir også informasjon om alvorlighetsgraden av lidelsen. Et av disse redskapene er Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, som finnes i en variant for voksne (Y-BOCS) og en for barn (CY-BOCS).^{1,3,7} Andre kartleggingsverktøy som ofte brukes er Leyton Obsessional Inventory (LOI) som også finnes i en voksenversjon og en som er utviklet spesielt for barn,² og Child OCD Impact Scale (COIS)

9.1 Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)

Dette er det mest brukte kartleggingsredskapet for tvangslidelser både i klinikken og i forbindelse med måling av behandlingsrespons ved forskning.^{1,7,26} CY-BOCS er et intervju-skjema som utfylles av behandleren på bakgrunn av barnets og foreldrenes opplysninger i tillegg til behandlerens egne kliniske vurderinger.^{13,36,46} Skjemaet er oversatt til norsk.³ Det dekker et stort antall tvangssymptomer og gir mulighet til å bedømme andre

faktorer som er viktige for å få et helhetsbilde av barnets lidelse. Ved hjelp av en vurderingsskala skal det kunne gi et bilde av lidelsens alvorlighetsgrad.^{3,5,47} I den første delen av CY-BOCS finnes en sjekklister som skal hjelpe til med å identifisere bestemte symptomer på en tvangslidelse. I del to blir pasientens symptomer kartlagt nærmere.^{7,13,36} Da beskrives både tiden som brukes på tvangslidelsen og den graden av forstyrrelse i dagliglivet som symptomene fører til. Hvor belastende barnet føler at tvangssymptomene er blir også tatt med i vurderingen. Jo større barnet føler at belastningen er og jo mer tid som går med til tvangssymptomer, jo mer alvorlig grad av OCD er det snakk om. Barnets forsøk på å bekjempe symptomene blir også vurdert.^{2,3,26} Forsøk på bekjempelse er ikke et mål for hvor stor kontroll barnet har over symptomene, men kan gi et inntrykk av barnets indre fornemmelse av avstanden til tvangstankene. Hvor stor kontroll barnet har over tvangstankene blir også registrert. Kontrollen går på om barnet klarer å undertrykke eller utsette tvangshandlinger til et tidspunkt som ”passer bedre” og om barnet kan lykkes med å undertrykke enkelte tvangstanker som dukker opp.¹ Svarene fra hvert spørsmål summeres til slutt. Separate verdier fra 0 til 20 gis for både obsesjoner og kompulsjoner. Disse legges deretter sammen og gir en total score fra 0 til 40.^{5,7,13} Klinisk cut-off er en score på 16.² Dette skjemaet har blitt benyttet i flere skandinaviske studier.^{5,16,28,40,48,49}

9.2 Leyton Obsessional Inventory (LOI) Child version

Dette spørreskjemaet inneholder 20 spørsmål som beskriver forskjellige tvangssymptomer.^{1,26} Dersom et av de aktuelle tvangssymptomene er til stede, skal man gradere hvor belastende symptomet er i hverdagen på en skala fra ingen belastning, 0 til svært belastende, 3. Man skal også svare på hvor stor motstand man forsøker å utøve mot de aktuelle symptomene når de dukker opp, fra ingen motstand, 0 til veldig mye motstand, 3. Deretter brukes svarene til å regne ut en samlet score som kan gi et bilde av hvor belastende og alvorlige eventuelle tvangssymptomer er.² Dette skjemaet fanger opp mange av de som virkelig har en tvangslidelse men også mange falske positive.³

9.3 Child OCD Impact Scale (COIS)

COIS er et kartleggingsverktøy som ser på OCD-relaterte forstyrrelser i hverdagen. Skjemaet består av 56 spørsmål og undersøker hvordan endringer i alvorlighetsgraden av tvangssymptomer virker inn på barnets psykososiale funksjon.³⁶ Skjemaet undersøker hvordan barnet har fungert i familien, på skolen og i sosiale situasjoner den siste måneden. I hvilken grad OCD påvirker barnet på de ulike områdene scores på en skala fra 0, ingen

påvirkning til 4, stor grad av påvirkning. En total score fås ved å summere scoren på disse tre områdene.^{5,7,21} Skjemaet finnes i en versjon for foreldre og en annen versjon beregnet på barnet. Dette kartleggingsverktøyet fungerer som et supplement til CY-BOCS og kan brukes for å måle behandlingsrespons.¹³

10. Forskjeller mellom barn og voksne med OCD

Innholdet i tvangstankene og tvangshandlingene hos voksne OCD- pasienter er veldig like de symptomene man kan se hos barn med OCD.^{1,31} Selv om de fleste symptomene forekommer hos både barn og voksne er det noen forskjeller i hvor hyppig de forekommer i de ulike aldersgruppene. Barn søker oftere enn voksne forsikring eller verbal bekreftelse ved at de for eksempel stiller foreldrene det samme spørsmålet gang på gang.^{7,12} I flere undersøkelser har seksuelle obsesjoner blitt påvist hyppigere blant voksne enn blant barn,^{50,51,52} også tanker omkring redsel for å utvikle alvorlig sykdom er vanligere hos voksne enn hos barn.⁵¹ Barn har hyppigere enn voksne aggressive obsesjoner (frykt for at de selv eller noen de er glade i skal komme til skade). Hamstring forekommer også oftere hos barn og ungdom enn hos voksne.⁵²

Flertallet av barn og voksne som lider av OCD har både obsesjoner og kompulsjoner, men barn skiller seg allikevel fra voksne ved at de oftere har tvangshandlinger i fravær av tvangstanker.²⁶ De beskriver da ofte at de får en uimotståelig trang til å utføre en bestemt handling, en ”tom” følelse eller en annen uklar fornemmelse.⁷ Etter at de har utført handlingen føles det ”riktig” en stund, før de på nytt får den samme ubehagelige følelsen som driver dem til å utføre handlingen om igjen. Hos voksne er det motsatt, de har oftere enn barn tvangstanker uten påfølgende tvangshandlinger.^{1,26} Barn har en tendens til å være mer åpne omkring tvangssymptomene sine enn det voksne er, og jo yngre barnet er, jo større er sannsynligheten for at barnet på en eller annen måte vil involvere familien i sine symptomer.^{26,37}

Som nevnt tidligere har unge barn ikke enda modnet helt kognitivt og vil av den grunn mange ganger ikke se på symptomene sine som merkelige og irrasjonelle slik voksne som oftest gjør. På grunn av dette vil noen barn heller ikke forsøke å kjempe mot symptomene sine i samme grad som eldre barn, ungdommer og voksne vanligvis gjør.^{26,51,52} Studier har imidlertid påvist

at så mange som 4- 6 % av voksne OCD- pasienter også mangler innsikt i sine symptomer og er overbeviste om at de bisarre tvangssymptomene er fornuftige.^{14,26}

I en undersøkelse fra 2006 av Farrell et. al. ble det funnet at barn med OCD var mindre engstelige enn ungdommer som igjen hadde mindre angst enn voksne OCD- pasienter. Barna hadde også mindre problemer med å fungere i sosiale situasjoner enn det de voksne hadde. De voksne som deltok i denne undersøkelsen hadde oftere panikkangst og depresjon enn det som ble funnet hos barn og ungdom, mens komorbide motoriske og vokale ticks forekom hyppigere blant barn og ungdom enn blant voksne.⁵¹ Barn som får OCD i ung alder (under 7 år) er oftere gutter og har oftere slektninger med OCD enn de som får OCD når de er eldre.^{7,12} Det er muligens en familiær trend assosiert med tidlig debut av OCD.⁵¹ De med tidlig debut av sykdommen har også oftere atferdsproblemer og lærevansker.¹²

11. Behandling ved hjelp av kognitiv atferdsterapi

11.1 Evidensbasert behandling

Resultater fra studier viser at kognitiv atferdsterapi (KAT) har god effekt i behandlingen av tvangslidelser hos pasienter i ulike aldersgrupper.^{3,7,11,53,54} Det har lenge vært klart at kognitiv atferdsterapi har langvarig effekt hos voksne med tvangslidelse. Selv om det noen ganger kan være nødvendig med behandlingstimer innimellom, holder vanligvis pasienter som har gjennomført vellykket behandling med kognitiv atferdsterapi seg friske også etter at behandlingen er avsluttet. Tilbakefall av sykdommen ses oftere ved seponering av medikamenter ved ren medikamentell behandling av OCD enn ved avsluttet kognitiv atferdsterapi.^{2,13} I senere år er det også gjort flere studier som viser at kognitiv terapi har god effekt på barn med tvangslidelser.^{2,12,13,55} De Haan et. al. (1998)⁵⁶ og Asbahr et. al (2005)⁵⁷ dokumenterte noe høyere respons på behandling, større reduksjon av symptomer og lengre varighet av behandlingen ved bruk av KAT enn behandling med medisin alene.

Valderhaug et. al publiserte i 2006 en studie med 28 norske OCD- pasienter mellom 8 og 17 år. Pasientene fikk 12 timer individuell og familiebasert kognitiv atferdsterapi.

Tvangssymptomene deres ble deretter evaluert 3 og 6 måneder etter behandling. Forfatterne fant en signifikant forbedring av symptomer, inkludert en 60,6 prosent reduksjon i CY-BOCS

score etter fullført behandling. Denne scoren ble videre redusert til 68,8 prosent 6 måneder senere.⁴⁹

En studie utført av Barrett et. al. (2005) inkluderte 77 barn og unge fra 7 til 17 år. Barna ble delt inn i tre grupper. Den ene gruppen fikk individuell kognitiv familiebasert atferdsterapi, den andre gruppa fikk samme behandling, men behandlingen ble gitt som gruppeterapi. Den siste delen av barna ble satt på venteliste, og fungerte som en kontrollgruppe. Forfatterne fant signifikant forbedring i tvangssymptomer både hos pasientene som mottok kognitiv atferdsterapi individuelt og i grupper. Behandlingsresultatet vedvarte også 3 og 6 måneder etter at behandlingen var avsluttet. Forskerne kunne ikke påvise noen endring i symptomer blant barna som var satt på venteliste.²⁰ 90 prosent av barna som i denne studien mottok aktiv behandling ble også fulgt opp 12 og 18 måneder etter avsluttet behandling. Ved oppfølgingen etter 12 måneder hadde 78 prosent ikke lenger noen OCD- diagnose. Etter 18 måneder var resultatet det samme.⁵⁸ Bortsett fra denne studien har det ikke blitt gjort så mange oppfølgingsstudier der man undersøker i hvor stor grad effekten av kognitiv atferdsterapi hos barn og unge opprettholdes en stund etter avsluttet behandling.

De gode resultatene som er funnet ved bruk av KAT i behandlingen av tvangslidelser i tillegg til bekymringer for bivirkninger og langtidseffekter i forbindelse med medikamentbruk hos barn har ført til at mange foretrekker å bruke KAT ved behandling av barn med OCD.^{3,7,59,60} Internasjonale ekspertguider og konsensusrapporter anbefaler KAT eller en kombinasjon av KAT og medikamenter for behandling av OCD hos barn og ungdom. KAT alene blir i disse rapportene anbefalt som behandling for barn som enda ikke har nådd puberteten, for ungdom med milde symptomer og for de som ikke tåler bivirkninger av medikamenter. For ungdommer med mer alvorlige symptomer og de som ikke oppnår tilstrekkelig bedring med KAT alene, blir en kombinasjon av KAT og medikamenter foretrukket.^{2,3,11,26}

11.2 Hva er kognitiv atferdsterapi?

Betegnelsen kognitiv atferdsterapi (KAT) brukes både om primære kognitive tilnærminger og om behandlinger som kombinerer kognitiv terapi med atferdsendrende tiltak.⁶¹ Kognitiv atferdsterapi foregår som et samarbeid mellom terapeuten og pasienten, og det viktigste er hvordan problemene arter seg i pasientens hverdag akkurat nå, ikke hvorfor pasienten har fått disse problemene.⁶²

I kognitiv terapi er man opptatt av pasientens kognisjoner. Det vil si tanker, meninger og levere regler. Man legger mer vekt på hva som er pasientens grunnholdninger enn hvorfor pasienten har fått nettopp disse holdningene. Det er svært vanskelig og ikke minst tidkrevende å finne ut hva som er årsakene til at en person har blitt akkurat den han eller hun er. Mange mener at enkelte grunnholdninger kan bli til av nokså alminnelige ting som skjer i hverdagen. Av en eller annen årsak fester noen hendelser seg hos oss og blir til forestillinger. Når vi først har fått en slik forestilling styrkes den lett fordi vi tolker våre opplevelser ut fra den. Hvis man for eksempel ser på seg selv som en ulykkesfugl, styrkes denne forestillingen for hver gang man har en negativ opplevelse. Situasjoner med hell og lykke er for en ulykkesfugl bare unntak som bekrefter regelen. Et viktig aspekt ved kognitiv terapi er at det ikke er nødvendig å vite nøyaktig hvordan man har blitt som man er for å kunne endre seg. Det viktigste er å vite hvem man er og hva som er problematisk med å være akkurat den man er.⁶³

Det er viktig å skille mellom følelser og kognisjoner. En følelse er en indre opplevelse som blir fulgt av flere fysiologiske reaksjoner. Eksempler på følelser er angst, sinne, tristhet, forvirring og glede. Forholdet mellom tanker, følelser og atferd er veldig viktig i kognitiv terapi. Vår kognisjon, eller måten vi tenker på i en bestemt situasjon vil påvirke hvilke følelser vi kjenner i den gitte situasjonen.⁶² Samme hendelse kan føre til ulike følelser og atferd, avhengig av hvilke holdninger man har. Et viktig synspunkt i den kognitive terapien er at psykologiske problemer i stor grad oppstår på grunn av hvordan vi tolker en hendelse, situasjon eller atferd. Dersom noe uventet hender er det de øyeblikkelige eller automatiske tankene våre som avgjør hvilke følelser vi føler.⁶³ Negative automatiske tanker ved angstlidelser kalles også katastrofetanker. Katastrofetanker fører til at nøytrale situasjoner eller hendelser som pasienten opplever tolkes på en urealistisk og negativ måte. OCD pasienten kan for eksempel være overbevist om at dersom han berører et dørhåndtak blir han smittet av en fryktelig bakterie. Videre kommer han til å smitte andre mennesker og være skyld i at de dør av en forferdelig sykdom.⁶⁰

Kognitiv terapi kan foregå enten individuelt, som familieterapi eller som gruppeterapi. Et viktig punkt i kognitiv terapi er at man ikke kan endre andre, men det er mulig å endre seg selv. Det legges dermed et stort ansvar på enkeltpersonen. Intervensjonen i kognitiv terapi gjøres først og fremst på det kognitive planet, ikke det følelsesmessige. Vanligvis kan man tolke en situasjon på flere ulike måter. Terapeutens oppgave er å hjelpe pasienten til å forstå at man kan velge ulike holdninger og ta stilling til betydningen av forskjellige måter og tenke

på. Det er opp til pasienten selv å velge hvilke holdninger han eller hun ønsker å ha.^{62,63}

Pasienten støttes i å takle sine problemer og får også hjelp til å forandre på uhensiktsmessige tankemønstre som er forbundet med problemene, og som noen ganger også kan ha bidratt til dem.⁶²

11.3 Hvordan brukes kognitiv atferdsterapi i behandling av OCD

Vellykket behandling av OCD med kognitiv terapi krever en nøye og systematisk kartlegging av sykdommen. Man må også avklare pasientens motivasjon og gjøre pasienten klar over at et godt resultat bare kan oppnås dersom han samarbeider med terapeuten og tåler det ubehaget som behandlingen medfører.⁶⁰ Den første tiden der man kartlegger sykdommen og forklarer fremgangsmåten i behandlingen bør det ikke være mer enn en uke mellom hver time. I denne perioden bygges det tillitt mellom pasient og behandler, samtidig som det er viktig å lære barnet og familien å se annerledes på sykdommen.² Mange ganger vil man se effekten av kognitiv atferdsterapi i løpet av de første ukene med behandling.²⁶

Den kognitive atferdsterapien som brukes ved behandling av OCD består vanligvis av både kognitive og atferdsendrende tilnærminger, som eksponering og responsprevensjon for å bearbeide de symptomene som pasienten har.² Det er utarbeidet flere manualer for behandling av OCD hos barn og voksne.³ Eksponering og responsprevensjon er ofte to av hovedkomponentene i behandlingen, mens kognitive tilnærminger og familieintervensjon brukes for å øke effekten og varigheten av behandlingen.^{11,61} Å ta kommandoen over OCD er det viktigste i behandlingen. Målet er å hjelpe barnet til å identifisere feilaktige tanker som utløses av tvangslidelsen. Dersom det lykkes vil barnet etter hvert være i stand til å overhøre disse feilaktige tankene.²

11.3.1 Psykoedukasjon

Før man starter behandlingen er det viktig å gjøre det klart at tvangslidelsen ikke er en del av barnet. Terapeuten må forklare at tvangssymptomene ikke bare uvaner eller noe barnet kan slutte med bare han eller hun "tar seg sammen". Foreldre plages ofte av skyldfølelse, så det er viktig å fortelle dem at OCD heller ikke er et resultat av dårlig oppdragelse. Familien må få vite at OCD er en slitsom sykdom som mest sannsynlig er forårsaket av mangel på en neurotransmitter (Serotonin).^{11,26} Det er verken barnets eller foreldrenes skyld at barnet har fått denne sykdommen. Det kan være nyttig å trekke paralleller til andre, mer kjente medisinske sykdommer som astma eller diabetes når man skal forklare dette.² Slik

normaliseres sykdommen og barnet som kanskje er flau over å ha så dumme tanker, eller er redd for om han eller hun holder på å bli gal blir beroliget.^{11,26} Det er viktig å skape en allianse der barnet, resten av familien og terapeuten har et felles mål, nemlig å hjelpe barnet med å bli kvitt tvangslidelsen.²

11.3.2 Kognitiv trening

Man bruker kognitive tilnærminger for å hjelpe barnet med å distansere seg fra tvangslidelsen, øke motivasjonen for behandling og gjøre barnet bedre i stand til å tåle angsten forbundet med vanskelige eksponeringsøvelser. Barnet bør øve på å gjenkjenne og identifisere de ulike kroppslige symptomene som oppstår i situasjoner som skaper angst.⁶⁰ I tillegg er det nyttig å bruke tid på å forstå hvordan tvangsritualene arter seg, og i hvilke situasjoner det er lett og vanskelig å stå imot dem.³ Barnet må også lære seg å gjenkjenne tvangstankene og forstå at de ikke er reelle.² Det viktigste er egentlig ikke selve tanken, men på hvilken måte man forholder seg til den. Hvis man klarer å se på tanken som kun en tanke, og ikke noe som kommer til å skje i virkeligheten, har man kommet langt på vei.⁶³ Barnet kan få i oppgave å estimere hvor sannsynlig det er at hendelsene de frykter virkelig skal inntreffe dersom de ikke utfører ritualene sine. For eksempel hvor stor sannsynligheten er for at de virkelig kommer til å bli syke og dø dersom de rører ved et dørhåndtak noen andre har tatt i før dem og de ikke vasker hendene sine umiddelbart etterpå. Videre kan man så spørre barnet hvorfor ingen andre blir syke og dør etter å ha tatt i dørhåndtak, de fleste tar jo i dørhåndtak flere ganger om dagen og er fortsatt friske.^{2,11}

Etter at barnet har identifisert og evaluert tvangstankene sine kan man be det om å forsøke og lage nye tanker som passer bedre med det man kan observere i virkeligheten.⁶¹ For eksempel ”mange personer har tatt i dette dørhåndtaket uten å bli syke” og ”vennene mine og foreldrene mine tar i dørhåndtak hver dag uten å bli syke”.¹¹ Deretter kan barnet ta i bruk de nye tankene i situasjoner der han eller hun opplever angst.⁶¹

11.3.3 Eksponering og responsprevensjon (E/RP)

Den mest effektive formen for atferdsterapi i behandlingen av OCD er eksponering og responsprevensjon.^{11,13} Eksponering innebærer at barnet utsetter seg for en situasjon, gjenstand eller tanke som han eller hun er redd for. Eksponeringstreningen blir først effektiv når den kombineres med responsprevensjon. Med responsprevensjon menes det at barnet ikke utfører tvangshandlingen som reduserer den angsten som ble utløst av eksponeringen.^{2,3,26,60}

For eksempel kan barnet bli bedt om å ta på et dørhåndtak og deretter forhindres i å utføre den påfølgende tvangshandlingen som i dette tilfellet kan være å vaske hendene.² Hvis barnet synes det er for vanskelig å ta på gjenstanden med hele hånden, kan terapeuten foreslå å starte med en finger, neste gang kan man prøve to fingre og etter en stund hele hånden.¹³

Poenget med eksponering og responsprevensjon er å bryte sirkelen som opprettholder tvangsimpulsene. Ved å ikke gi etter for impulsene til tvangsritualer som blir utløst når personen utsetter seg for en ubehagelig situasjon, svekkes tvangsimpulsene gradvis av seg selv. Dette kalles habituering. Etter hvert lærer pasienten at å utføre tvangsritualer ikke er den eneste måten å bli kvitt angst eller andre ubehagelige følelser på.^{2,11,13} I begynnelsen trenger man ikke å stanse helt med å utføre ritualene dersom det oppleves som alt for ubehagelig. I stedet kan man utføre tvangshandlingene langsommere enn vanlig, litt annerledes enn man normalt ville gjort, med kortere varighet enn normalt eller utsette dem en stund. Det er også viktig å gjøre det klart at personen har mulighet til å bryte av eksponeringen eller utføre ritualer dersom det er for vanskelig å stå imot impulsene. Å vite at det er tillatt å trekke seg fra oppgaven, fører ofte til at pasienten tåler mer ubehag ved treningen enn vedkommende hadde gjort dersom han eller hun hadde inntrykk av at det ikke var lov.³

Spesielt i behandlingen av barn og unge er det viktig at eksponeringen foregår gradvis med de minst angstutløsende situasjonene eller gjenstandene først. Gradvis eksponering der barnet selv har kontroll over hvilke behandlingsmål som skal velges, gir en mer forutsigbar og kontrollerbar behandling for engstelige barn. Dersom barnet selv får være med og velge rekkefølgen på problemene man skal jobbe med, øker også sannsynligheten for en vellykket behandling.^{2,26} Hvis terapeuten eller foreldrene forsøker å presse barnet til å utsette seg for en eksponering som skaper veldig stor frykt hos barnet svekkes barnets motivasjon til å utføre behandlingsoppgavene.²

Frykt- termometeret er et nyttig hjelpemiddel for å avklare hvilke eksponeringsmål det skal jobbes med først. Terapeuten forklarer barnet at det finnes ulike grader av frykt, og at man kan bruke frykt- termometeret med tall fra 0 til 10 for å beskrive om frykten er sterk eller svak. Sammen med terapeuten forsøker barnet deretter å rangere tvangssymptomene i et hierarki ut fra hvor lett barnet synes det er å motstå de ulike symptomene.^{2,11,13} Underveis i behandlingen bør frykt- termometeret oppdateres. Nye symptomer legges til og gamle symptomers plassering i hierarkiet revurderes. Også under eksponeringsoppgaver bør frykt-

termometeret brukes for å gradere det ubehaget barnet føler. Etter at barnet har utsatt seg for en eksponering spør terapeuten barnet cirka en gang i minuttet hvor på frykt- termometeret angsten som barnet kjenner befinner seg.² Etter hvert som angsten begynner å avta, kan tidsintervallene mellom hver gang barnet blir bedt om å gradere frykten økes. Frykten trenger ikke nødvendigvis å forsvinne helt, men det er viktig at barnet venter så lenge med å utføre ritualer at det merker at angsten synker betydelig.³ Helst bør scoren på frykt- termometeret synke ned til minst 50 prosent av den opprinnelige scoren eller mer før barnet får lov til å utføre ritualer.^{11,13}

Under timene kan det være nyttig at terapeuten hjelper til med gjennomføring av eksponering, for eksempel ved at han tar på en skitten gjenstand og deretter ber barnet å gjøre det samme. Man kan også ta i bruk imaginære eksponeringsøvelser der barnet ser for seg at han utsetter seg for noe ubehagelig og deretter unngår å utføre ritualer.¹¹ Dette kan være nyttig dersom barnet synes at den virkelige eksponeringen er for vanskelig å gjennomføre eller dersom det ikke er mulig å komme i kontakt med en gjenstand eller situasjon som barnet frykter på terapeutens kontor. Dersom det er mulig er det ofte også nyttig at terapeuten sammen med barnet besøker steder som utløser tvangssymptomer. Selv om eksponeringstreningen krever store anstrengelser fra barnet, er øvelsene ofte veldig belønnende når de lykkes, både fordi de gir en seier over tvangslidelsen og fordi de medfører en opplevelse av mestring.²

11.3.4 Hjemmelekser

De fleste eksponeringsøvelser blir først prøvd ut sammen med en terapeut under en behandlingstime, men for å nå målene satt for behandlingen er det nødvendig at barnet øver på eksponering så ofte som mulig i miljøet han eller hun oppholder seg til daglig.^{7,11} Barnet får i oppgave å utføre eksponeringsøvelser hver dag. Øvelsene som barnet skal utføre er som regel noe han eller hun har jobbet med i timen, men kan også være en annen oppgave som barnet føler seg i stand til å klare på egen hånd. Oppgaven som velges bør være en som barnet har stor sannsynlighet til å lykkes med, siden et mislykket forsøk ofte vil vanskeliggjøre fremtidige eksponeringsforsøk. Det er bedre å velge en oppgave som kanskje er for lett enn å velge noe som er for vanskelig.²

11.3.5 Familiens rolle i behandlingen

Ingen familier er like, derfor må behandlingen tilpasses den enkelte med hensyn til hvor stor grad familien deltar i symptomene. Flere studier har vist at det er viktig å involvere familien

ved behandling av OCD hos barn.¹¹ Effekten av eksponering og responsprevensjon samt opprettholdelse av behandlingsresultater øker når barna har foreldre som støtter dem.^{60,64}

Foreldre bør delta i den første behandlingstimen. Da kan terapeuten gi dem informasjon om OCD, svare på spørsmål de måtte ha og vie oppmerksomheten til bekymringer de plages med.² Terapeuten bør også i løpet av den første timen få klarhet i hvor involverte foreldrene er i barnets ritualer og om andre problemer innad i familien kan komme til å forstyrre behandlingen.^{11,61} Foreldrene må oppmuntres til å spille på lag med barnet og terapeuten i kampen mot tvangslidelsen. Det er viktig å forklare foreldrene at behandlingen må skje gradvis og i barnets tempo.¹¹ Foreldrene er ofte involverte i ulike ritualer, men å slutte brått å delta i disse vil ofte påføre barnet en veldig stor grad angst og stress. Det er derfor viktig at foreldrene sammen med barnet bestemmer hvordan de skal trekke seg ut av disse ritualene. Også her bør man starte nederst på symptomhierarkiet og bevege seg oppover etter hvert som man lykkes å slutte med de letteste ritualene.²

Foreldrene må også informeres om at familieproblemer ikke er årsaken til OCD, men at måten familien forholder seg til OCD- symptomene kan påvirke tvangslidelsen. Tvangssymptomene kan føre til mange problemer for familien,⁷ men å straffe barnet hjelper ikke og kan i verste fall gjøre tvangslidelsen verre.² Kritik fra familiemedlemmer kan i mange tilfeller forverre symptomene mens en forståelsesfull og støttende familie kan gi forbedring av behandlingsresultatet. Det er viktig at foreldre oppfordrer barnet og roser det ved hvert forsøk på å motstå ritualene, ikke bare de gangene når barnet lykkes.²

Om foreldrene skal delta i flere timer enn den første avgjøres ut fra barnets grad av modenhet, hvor alvorlige symptomer barnet har og hvor involverte foreldrene er i barnets ritualer.^{2,26} Terapeuten bør uansett fortelle foreldrene at de godt kan komme med spørsmål eller tilbakemeldinger på hvordan det går underveis i behandlingen. Det kan også være nyttig å ta seg tid til å snakke med foreldrene for å høre hvordan det går ved begynnelsen av og ved slutten av hver behandlingstime.²

11.3.6 Utviklingsmessige hensyn

Når man jobber med barn og unge må terapien tilpasses den enkelte pasients utviklingsnivå.^{2,60} I tiden fra man er barn til man blir voksen skjer det gradvis en kognitiv utvikling der man fra å tenke konkret etter hvert blir i stand til å forholde seg til mer abstrakte

tanker. Noe som kan komplisere den kognitive atferdsbehandlingen er at unge barn ikke enda har utviklet evnen til abstrakt tankegang, de vil for eksempel ofte vil ha problemer med å tenke på det å tenke. En måte å takle den manglende evnen til abstrakt tankegang er forsøk på å konkretisere de abstrakte aspektene forbundet med tvangslidelsen. Man kan for eksempel bruke tegneserier med ”tankebobler” for å gjøre det lettere for barna å forstå hva tvangstanker er, og for å hjelpe dem med å se sammenhengen mellom tvangstankene, ubehagelige følelser og ritualer eller unngåelsesatferd som utløses av tankene. For noen barn kan det også hjelpe å si tankene høyt.⁶¹ For små barn kan det være nyttig å gi tvangslidelsen et kallenavn. Da blir det ofte lettere for dem å se på OCD som en ”fiende” som skal bekjempes. De fleste ungdommer synes dette er barnslig og foretrekker å bruke det medisinske navnet på sykdommen.^{1,13,26} Terapeuten bør ellers også tilpasse språket og eksemplene som brukes, slik at det passer til det enkelte barnet eller ungdommens modenhetsnivå.^{2,7,60,61}

Unge barn har mange ganger vansker med å forstå og forholde seg til følelser. For å hjelpe barnet med å skille mellom ulike følelser kan det være nyttig å øve på forskjellen mellom følelsene ved å bruke tegninger og bilder av mennesker. Det kan også være nyttig å ta i bruk tegninger av kroppen slik at barnet kan merke av hvor i kroppen de kjenner noe når de er engstelige eller opplever andre ubehagelige følelser. På denne måten klarer barna lettere å knytte kroppslige fornemmelser til bestemte følelser.⁶¹

Barn klarer vanligvis ikke å opprettholde oppmerksomheten like lenge som voksne, og behandleren bør ta hensyn til dette. Evnen til å tåle eksponering varierer med alderen. Ungdommer tåler normalt større intensitet av eksponering enn det yngre barn gjør.² Eksponeringen kan noen ganger være vanskelig å utføre fordi en del barn har problemer med å beskrive bestemte tvangstanker. Noen barn klarer heller ikke å se sammenhengen mellom tvangstankene og de påfølgende tvangshandlingene.^{11,13} Selv om terapeuten tilrettelegger behandlingen, vil ofte barn som er 6 år og yngre ikke ha noe særlig nytte av kognitive tilnærminger på grunn av umodenhet. Behandling av så unge barn bør derfor i hovedsak bestå av atferdsendrende øvelser og belønning av ønsket atferd i tillegg til opplæring av foreldrene.⁶¹

Som nevnt tidligere oppfatter ikke alle barn symptomene sine like urealistiske og irrasjonelle som de fleste voksne gjør, dette kan være med på å minske motivasjonen for behandling. I tillegg er unge barn som regel mer nåtidsorienterte enn ungdom og voksne, dermed er det ikke alltid like lett å motivere dem til å utføre eksponeringsoppgaver som skaper angst med

henblikk på at det kan lette symptomene deres en gang i fremtiden.^{11,61} For at barnet skal klare å gjennomføre behandlingen er det viktig at foreldrene støtter og roser barnet ved alle forsøk på å stå i mot symptomene, ikke bare de forsøkene der barnet lykkes. Det kan også være nyttig å gi barnet små belønninger underveis, for eksempel utflukter, sosiale sammenkomster med venner, pizzakvelder med familien og liknende i behandlingen for å holde motivasjonen oppe.^{1,2,11,60}

11.4 Faktorer som kan påvirke behandlingseffekten

Selv om studier har vist god effekt av kognitiv atferdsterapi, virker ikke denne behandlingen like godt på alle pasienter. Det fins flere pasientgrupper det er vanskelig å behandle på denne måten. Pasienter med dårligere prognose er blant annet de som har personlighetsforstyrrelse med paranoide, schizoide eller borderlinetrekke i tillegg til tvangslidelsen.^{1,3} Komorbide tics kan også forstyrre behandlingen.² De med en avgrenset tvangslidelse har mye bedre effekt av behandlingen enn pasienter som gjennomgående har en tvangsmessig personlighet.³ Vansker med å ha sosiale relasjoner er også en faktor som indikerer dårligere effekt av kognitiv atferdsterapi.^{3,13} Et dårligere behandlingsresultat henger også sammen med høy CY-BOCS score, altså en alvorlig grad av tvangssymptomer.^{13,55}

Barn som er i stand til å vedgå at tvangssymptomene egentlig er irrasjonelle, ser på symptomene sine som forstyrrende og ønsker og bli kvitt dem er muligens bedre kandidater for behandling med kognitiv atferdsterapi. Manglende innsikt trenger allikevel ikke å gjøre behandling med kognitiv atferdsterapi misslykket.¹ I flere studier er det funnet dårligere resultater med kognitiv atferdsterapi hos pasienter som har tvangsmessig hamstring enn pasienter med andre typer tvangssymptomer.^{3,53}

12. Medikamentell behandling

Selektive seretonin reopptakshemmere (SSRI) som Sertralin, Fluoxetin og Paroxetin blir vanligvis brukt i behandlingen av pasienter med depresjon.⁶⁵ Studier utført av blant annet Riddle et. al. (2001)⁶⁶ og Liebowitz et. al. (2002)⁶⁷ har vist at SSRI også har effekt i behandlingen av OCD. Det er ikke påvist at pasienter med tvangslidelse har effekt av behandling med antidepressiva uten innvirkning på reopptaket av serotonin i hjernen. SSRI

fører til at tvangssymptomene blir mindre forstyrrende for pasienten, men på hvilken måte serotonin er involvert i patofysiologien rundt OCD er enda ikke helt klarlagt. Også trisykliske antidepressiva (TCA) har vist seg å ha effekt i behandlingen av OCD.²⁶ TCA er ikke selektive og virker gjennom å hemme reopptaket av både noradrenalin og serotonin i nerveterminalene. Resultatet er økning av monoaminer i synapsespaltene.^{65,68} Mange studier som er utført på barn for eksempel Leonard et. al. (1989)⁶⁹ og DeVeugh-Geiss et. al. (1992)⁷⁰ har brukt klomipramin, som er et TCA. TCA kan forårsake en rekke bivirkninger, de fleste oppstår på grunn av innvirkning på autonome kontroller. Bivirkningene inkluderer munntørrehet, uklart syn, forstoppelse, urinretensjon, postural hypotensjon og sedasjon. TCA har liten terapeutisk virkningsbredde, og overdose av TCA kan gi koma og hemmet respirasjon. Brå død på grunn av ventrikkelflimmer kan også forekomme ved intoksikasjon av TCA.^{26,65,68} Nyere medikamenter som SSRI har færre alvorlige bivirkninger enn TCA og er heller ikke toksiske ved overdose.⁶⁵

Den rapporterte effekten av SSRI ved behandling av OCD er lik for både voksne og barn.⁷ Bruk av medisin alene er sjelden like effektivt som medisin i kombinasjon med kognitiv atferdsterapi.²⁶ I kontrollerte studier har 50 til 65 prosent av pasientene vist seg å respondere på behandling med SSRI. Den gjennomsnittelige reduksjonen i tvangssymptomer som oppnås med medikamentell behandling er imidlertid bare på 20 til 50 prosent. Derfor opplever dessverre mange av de som responderer på medikamentene at de fortsatt har milde til moderate symptomer selv om de tar medisin.^{7,67} Fordi det tar tid før man merker om behandlingen virker, anbefales det at pasienten bruker medikamentet i 10 til 12 uker før man evaluerer effekten og eventuelt vurderer en annen type behandling.²⁶ Får man ikke effekt av et SSRI- preparat kan det være nyttig å prøve et annet.³ For å få effekt av SSRI hos pasienter med OCD må man ofte gi høyere doser enn det som er nødvendig ved behandling av depresjon.⁷¹

Fordi seponering av medikamenter ofte fører til tilbakefall, bør man ikke forsøke å seponere medisinen før barnet har vært symptomfri i minst 1 år. Seponeringen bør skje gradvis. Nedtrapping av medikamentet gjøres vanligvis med en 25 prosent reduksjon i doseringen over intervaller på to måneder. Dersom det er mulig anbefales det også oppfølgingstimet med kognitiv atferdsterapi i seponeringsperioden for å minske faren for tilbakefall.⁷

De vanligste bivirkningene av SSRI inkluderer kvalme, anoreksi, søvnforstyrrelser, agitasjon, hodepine og seksuelle forstyrrelser som tap av libido.^{7,65} Ofte er disse bivirkningene midlertidige og gir seg etter at man har brukt medikamentet en stund. De fleste barn og unge tolererer medikamentene godt,⁷ men det har vært bekymring rundt bruk av SSRI i aldersgruppen under 18 år på grunn av økt forekomst av selvmordstanker. I kombinasjon med monoamin oksidasehemmere (MAO) kan SSRI føre til serotonergt syndrom med tremor, hypertermi og i verste fall kardiovaskulært sjokk.⁶⁵

13. Avslutning og oppsummering

For pasienter med OCD kan sykdommen være svært slitsom og invalidiserende. Symptomene kan arte seg svært forskjellig fra pasient til pasient og hos samme pasient over tid. Mange voksne pasienter med OCD forteller at sykdommen startet i barne- eller ungdomsårene. Barn og unge med OCD og deres foresatte rapporterer problemer på mange ulike områder, både akademisk, sosialt og i forbindelse med fritidsaktiviteter. Familien som barnet eller den unge lever i blir ofte involvert i tvangsritualene. Enten ved at familiemedlemmer forsøker å tilrettelegge slik at barnet så lett som mulig kan utføre ritualene sine, gir den unge tilgang på gjenstander som er nødvendige for utførelsen av ritualer eller ved at de deltar aktivt i ritualer. De fleste familiemedlemmer hjelper til i håp om å minske det ubehaget som barnet eller ungdommen føler og dermed redusere tvangssymptomene, men i de fleste tilfeller fører familiemedlemmers involvering til at barnets symptomer eskalerer. Mange ganger oppstår det uenigheter mellom foreldrene om hvordan ritualene skal takles og friske søsken føler seg mange ganger oversett fordi foreldre bruker mye av sin energi på å hjelpe det syke barnet med å utføre ritualer.

Komorbiditet hos barn og ungdom med tvangslidelse er vanlig, og kan komplisere diagnostisering og behandlingen. De vanligste komorbide diagnosene er angstlidelser, depresjon, Tourettes syndrom og andre lidelser med tics samt atferdsproblemer. Det er utarbeidet flere kartleggingsverktøy spesielt beregnet på barn og unge som kan være til hjelp ved diagnostisering og måling av sykdommens alvorlighetsgrad. Flere av disse verktøyene kan også brukes underveis i behandlingen for å måle behandlingseffekt.

Studier har vist god effekt av behandling med kognitiv atferdsterapi hos både barn og voksne med OCD. Dessverre er det fortsatt ikke gjort så mange studier på barn med OCD. Selv om flere studier har vist at SSRI også gir god effekt ved behandling av OCD hos barn og ungdom, vet man fortsatt lite om hvor langvarig effekten av medikamentell behandling er, om det er mulig å seponere denne behandlingen etter en stund uten for stor risiko for tilbakefall og eventuelt når en slik seponering bør gjøres. Det er heller ingen som har undersøkt om de pasientene som responderer dårlig på kognitiv atferdsterapi også er blant de som responderer dårligst på behandling med SSRI, og om det finnes andre typer behandling som kan være aktuell for disse pasientene.

Det er fortsatt et stort behov for forskning som kan gi mer kunnskap om OCD hos barn og unge samt virksom behandling. I en pågående studie kalt NordLOTS⁴⁸ tar forskerne sikte på å inkludere minst 300 barn og unge med OCD fra Norge, Sverige og Danmark. Gjennom denne studien ønsker de å finne svar på mye av det som enda er uklart omkring behandling av OCD hos unge pasienter. Etter å ha funnet pasienter som responderer dårlig på kognitiv atferdsterapi gitt ukentlig over 14 uker, vil forskerne blant annet se på hva som har best effekt av en forlenget behandling med kognitiv atferdsterapi eller behandling med SSRI. De ønsker også å finne svar på om Aripiprazol, et anti-psykotisk legemiddel kan ha effekt hos pasienter med dårlig respons på både kognitiv atferdsterapi og SSRI. I tillegg vil deltagerne bli fulgt opp i 3 år for å se om behandlingsresultatene opprettholdes over tid, også etter at behandlingen er seponert.

14. Referanser

- ¹ Thomsen P. H. Når tanker bliver til tvang. Børn og unge med tvangssymptomer, Hans Reitzels Forlag a/s. 2.opplag 1997.
- ² March J. S., Mulle K. Tvangslidelser hos barn og unge. En kognitiv- atferdsterapeutisk behandlingsmanual, Gyldendal Norsk Forlag AS 2003. 1. utgave, 1. opplag.
- ³ Eknes J: Tvangslidelse – forståelse, diagnostisering og behandling, Universitetsforlaget 2004
- ⁴ Ivarsson T: Tvangssyndrom hos barn och ungdomar, ofte ett gissel för hela familjen., Läkartidningen, nr 6 1997
- ⁵ Valderhaug R, Ivarsson T. (2005) Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 14:164-173
- ⁶ Malt UF, Retterstøl N, Dahl AA: Lærebok i psykiatri. Gyldendal Norsk Forlag AS 2. utgave, 6. opplag 2009.
- ⁷ Piacentini J, Bergman R. L. (2000) Obsessive-Compulsive Disorder in Children. *The Psychiatric Clinics of North America*, volume 23, number 3
- ⁸ Stewart S. E., Geller D. A., Jenike M., Pauls D., Shaw D., Mullin B., Faraone S. V. (2004) Long term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 110:4-13
- ⁹ Heyman I, Fombonne E, Simmons H, Ford T, Meltzer H, Goodman R (2001) Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *The British Journal of Psychiatry* 179:324-329
- ¹⁰ Zohar A. (1999) The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescent. *Child and Adolescent Psychiatry* 8:445-460
- ¹¹ Piacentini J., Langley A. K. (2004) Cognitive-Behavioral Therapy for Children Who Have Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychol* Volume 60: 1181-1194
- ¹² Freeman J. B., Garcia A. M., Fucci C., Karitani M., Miller L, Leonard H. L. (2003) Family-Based Treatment of Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, Volume 13, Supplement 1
- ¹³ Piacentini J. C., March J. S., Franklin M.E. Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Obsessive-Compulsive Disorder. *Child and Adolescent Therapy, Cognitive Behavioral Procedures*. The Guilford press. Edited by Philip C. Kendall. 3. Edition, 2006
- ¹⁴ Attiullah N., Eisen J., Rasmussen S. A. (2000) Clinical Features of Obsessive-Compulsive Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*. Volume 32, number 3
- ¹⁵ Last C.G., Strauss C.C. (1989) Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood. *Journal of Anxiety Disorders*. 3:295-302
- ¹⁶ Ivarsson T, Valderhaug R (2006) Symptom patterns in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Behaviour Research and Therapy* 44:1105-1116
- ¹⁷ McKay D., Piacentini J., Greisberg S., Graae F., Jaffer M., Miller J (2006) The structure of childhood obsessions and compulsions: Dimensions in an outpatient sample. *Behaviour Research and Therapy* 44:137-146

-
- ¹⁸ Stewart S. E., Rosario M. C., Brown T. A., Carter A. S., Leckman J. F., Sukhodolsky D., Katsovitch L., King R., Geller D., Pauls D. L. (2007) Principal Components Analysis of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms in Children and Adolescents. *Biol Psychiatry* 61:285-291
- ¹⁹ Wever C., Rey J. M. (1997) Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 31:105-113
- ²⁰ Barrett P, Healy-Farrell L, March JS (2004) Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: A controlled trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 43:1
- ²¹ Piacentini J., Bergman L., Keller M., McCracken J. (2003) Functional Impairment in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. Volume 13, Supplement 1 61-69
- ²² Toro J., Cervera M., Osejo E., Salamero M (1992) Obsessive-Compulsive Disorder in Childhood and adolescence: a Clinical Study. *J. Child Psychol. Psychiat.* Vol.33, No.6 1025-1037
- ²³ Shafran R., Thordarson D. S., Rachman S. (1996) Thought-Action Fusion in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol 10, No 5, pp 379-391
- ²⁴ McKay D., Abramowitz J. S., Calamari J. E., Kyrios M., Radomsky A., Sookman D., Taylor S., Wilhelm S. (2004) A Critical evaluation of obsessive-compulsive disorder subtypes: Symptom versus mechanisms. *Clinical Psychology Review* 24:283-313
- ²⁵ Barrett P. M., Healy L. J. (2003) An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 41, 285-299
- ²⁶ Thomsen P. H. (1998) Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical guidelines. *European Child and Adolescent Psychiatry* 7:1-11
- ²⁷ Storch E. A., Lack C. W., Merlo L. J. Geffken G. R., Jacob M. L., Murphy T. K., Goodman W. K. (2007) Clinical features of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder and hoarding symptoms. *Comprehensive Psychiatry* 48, 313-318
- ²⁸ Ivarsson T., Larsson B (2008) The Obsessive-Compulsive Symptom (OCS) Scale of the Child Behavior Checklist: A comparison between Swedish children with Obsessive-Compulsive Disorder from a specialized unit, regular outpatients and a school sample. *Journal of Anxiety Disorders* 22:1172-1179
- ²⁹ Rapoport J. L., Inoff-Germain G., Weissman M. M., Greenwald S., Narrow W. E., Jensen P., Lahey B. B., Canino G. (2000) Childhood Obsessive-Compulsive Disorder in the NIMH MECA Study: Parent Versus Child Identification of Cases. *Journal of anxiety Disorders*. Volume 14, No 6
- ³⁰ Kramer T. L., Phillips S. D., Hargis M. B., Miller T. L., Burns B. J., Robbins J. M. (2004) Disagreement between parent and adolescent reports of functional impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 45:2 pp 248-259
- ³¹ Thomsen P. H. (1994) Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. A 6-22- Year Follow-up Study. Clinical Descriptions of the Course and Continuity of Obsessive-Compulsive Symptomatology. *European Child and Adolescent Psychiatry*. Vol. 3, Issue 2, pp. 82-96
- ³² Hansen E. S., Bolwig T. G. Når ritualene tager makten – en bog om OCD. 1. utgave, 1. opplag. Munksgaard Danmark 2002
- ³³ Gjerstad L., Skjeldal O. H., Helseth E. Nevrologi og nevrokirurgi, fra barn til voksen. 4. revidert utgave, 2007
- ³⁴ Harrison T. R., Resnick W. R., Wintrobe M. M., Thorn G. W., Adams R. D., Beeson P. B., Bennet, Jr. I. L., Braunwald E., Isselbacher K. J. m.fl. Harrison's Principles of Internal Medicine, 17th edition. McGraw-Hill Companies, Inc. 2008

-
- ³⁵ Calvocoressi L., Lewis B., Harris M., Trufan S. J., Goodman W. K., McDougle C. J., Price L. H. (1995) Family Accommodation in Obsessive-Compulsive Disorder. *The American Journal of Psychiatry* 3:152-153
- ³⁶ Storch E. A., Geffken G. R., Merlo L. J., Jacob M. L., Murphy T. K., Goodman W. K., Larson M. J., Fernandez M., Grabbill K. (2007) Family Accommodation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychology* Vol. 36, No 2, 207-216
- ³⁷ Cooper M. (1996) Obsessive-Compulsive Disorder: Effects on Family Members. *American Journal of Orthopsychiatry*. Volume 66 number 2
- ³⁸ Waters T. L., Barrett P. M. (2000) The Role of the Family in Childhood Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Child and Family Psychology Review*. Vol 3, no 3
- ³⁹ Barrett P., Shortt A., Healy L. (2002) Do parent and child behaviours differentiate families whose children have obsessive-compulsive disorder from other clinic and non-clinic families? *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 43:5 pp 597-607
- ⁴⁰ Ivarsson T., Melin K., Wallin L. (2008) Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD) *Eur Child and Adolesc psychiatry* 17:20-31
- ⁴¹ Leckman J. F., Walker D. E., Goodman W. K., Pauls D. L., Cohen D. J. (1994) "Just Right" Perceptions Associated With Compulsive Behavior in Tourette's Syndrome. *The American Journal of Psychiatry*, 151:5
- ⁴² George M. S., Timble M. R., Ring H. A., Robertson M. M. (1993) Obsessions in Obsessive-Compulsive Disorder with and Without Gilles de la Tourette's Syndrome. *American Journal of Psychiatry* 150:1
- ⁴³ Evans D.W., Leckman J.F., Carter A., Reznick J., Henshaw D., King R. A. Pauls D. (1997) Ritual, Habit, and Perfectionism: The Prevalence and Development of Compulsive-like Behavior in Normal Young Children. *Child Development* . Volume 68, Number 1. P 58-68
- ⁴⁴ Bolton D. (1996) Annotation: Developmental Issues in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. Volume 37, Number 2. Pp 131-137
- ⁴⁵ Hunskaar S. (red.) *Allmenntmedisin*. Gyldendal Norsk Forlag AS, 2. utgave 2003, 3. opplag 2006.
- ⁴⁶ McKay D., Piacentini J., Greisberg S., Graae F., Jaffer M., Miller J., Neziroglu F., Yaryura-Tobias J. A., (2003) The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Item Structure in an Outpatient Setting. *Psychological Assessment*. Vol 15, No 4, 578-581
- ⁴⁷ Goodman W. K., Price L. H., Rasmussen S. A., Mazure C., Fleischmann R. L., Hill c. L., Heninger G. R., Charney D. S. (1989) The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 46: 1006-1011
- ⁴⁸ Ivarsson T., Thomsen P. H., Dahl K., Valderhaug R., Weidle B., Nissen J. B., Englyst I., Christensen K., Torp N. C., Melin K. (2010) The Rationale and Some Features of the Nordic Long-Term OCD Treatment Study (NordLOTS) in Childhood and Adolescence. *Child Youth Care Forum* 39:91-99
- ⁴⁹ Valderhaug R., Larsson B., Gøtestam G., Piacentini J. (2006) An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy* 45, 577-589
- ⁵⁰ Geller D., Biederman J., Faraone S., Agranat A., Cradlock K. Hagermoser L. (2001) Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: Findings in children, adolescents and adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 189:471-477
- ⁵¹ Farrell L., Barrett P., Piacentini J. (2006) Obsessive-Compulsive Disorder Across the Developmental Trajectory: Clinical Correlates in Children, Adolescents and Adults. *Behaviour Change*, volume 23, number 2.

-
- ⁵² Geller D. A., Biederman J., Faraone S., Agranat A., Cradock K., Hagermoser L., Kim G., Franzier J., Coffey B.J. (2001) Developmental Aspects of Obsessive Compulsive Disorder: Findings in Children, Adolescents and Adults. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. Volume 189. No 7.
- ⁵³ Abramowitz J. S., Franklin M. E., Schwartz S. A., Furr J. M., (2003) Symptom presentation and Outcome of Cognitive behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 71, No 6 pp 1049-1057
- ⁵⁴ Warren R., Thomas J. C. (2001) Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders*. 15:277-285
- ⁵⁵ Piacentini J., Bergman R. L., Jacobs C., McCracken J. T., Kretchman J. (200) Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders* 16, 207-219
- ⁵⁶ De Haan E., Hoogduin K. A., Buitelaar J. K., Keijsers G. P. (1998) Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37:1022-1029
- ⁵⁷ Asbahr F. R., Castillo A. R., Ito L. M., Latorre M. D. R. D. D. O., Moreira M. N., Lotufo-Neto F (2005) Group Cognitive-Behavioral Therapy Versus Sertraline for the Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44:11
- ⁵⁸ Barrett P., Farrell L., Dadds M. Boulter N. (2005) Cognitive-Behavioral Family Treatment of Childhood Obsessive-Compulsive Disorder: Long Term Follow-up and Predictors of Outcome. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 44:10
- ⁵⁹ Gallant J. Storch E. A., Valderhaug R., Geffken G. R. (2007) School Psychologist's Views and Management of Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Canadian Journal of School Psychology*. Vol. 22, No 2 pp 105-118
- ⁶⁰ Mørch M. M., Rosenberg N. K. Kognitiv terapi Modeller og metoder. Hans Reitzels Forlag. 1. utgave, 2. opplag 2005
- ⁶¹ Piacentini J., Bergman L. R. (2001) Developmental Issues in Cognitive Therapy for Childhood Anxiety Disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 15, No. 3
- ⁶² Berge T., Repål A. Den indre samtalen Lær deg kognitiv terapi. Gyldendal Norsk Forlag AS. 3. utgave, 1. opplag 2010
- ⁶³ Wilhelmsen I. Sjef i eget liv – en bok om kognitiv terapi, Hertervig Forlag. 5. opplag 2008
- ⁶⁴ Knox L. S., Albano A. M., Barlow D. H. (1996) Parental involvement in the Treatment of Childhood Obsessive Compulsive Disorder: A Multiple-Baseline Examination Incorporating Parents. *Behavior Therapy*. 27, 93-115
- ⁶⁵ Rang H. P., Dale M. M., Ritter J. M., Flower R. J., Rang And Dale's Pharmacology. Churchill Livingstone Elsevier 5. Edition 2003
- ⁶⁶ Riddle M. A., Reeve E. A., Yaryura-Tobias J. A., Yang H. M., Claghorn J. L., Geffney G., Greist J. H., Holland D., McConville B. J., Pigott T., Walkup J. T. (2001) Fluvoxamine for Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder: A randomized, Controlled Multicenter Trial. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 40:2
- ⁶⁷ Liebowitz M. R., Turner S. M., Piacentini J., Beidel D. C., Carvit S. R., Davies S. O., Graae F., Jaffer M., Lin S., Sallee F. R., Schmidt A. B., Simpson H. B. (2002) Fluoxetine in Children and Adolescents With OCD: A Placebo-Controlled Trial. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 41:12
- ⁶⁸ Simonsen T. Aarbakke J. Illustrert farmakologi. Bind 2. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. 1998

⁶⁹ Leonard H. Swedo S., Rapoport J. L., Coby E. V., Lenane M. C., Cheslow D., Hamburger S. D. (1989) Treatment of obsessive compulsive disorder with clomipramine and desipramine in children and adolescents. Archives of general Psychiatry 46:1088-1092

⁷⁰ DeVeugh-Geiss J., Moroz G., Biederman J., Cantwell D., Fontaine R., Greist J. H., Reichler R., Katz R., Landau P. P. (1992) Clomipramine hydrochloride in childhood and adolescent obsessive-compulsive disorder – a multicenter trial. Journal of the American Academy of Child and Adolescent psychiatry 31:45-49

⁷¹ Stein D. J. (2002) Obsessive-compulsive disorder. The Lancet, 360:397-405