



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykologexamensuppsats
Höstterminen 2009

Kognitiv beteendeterapi med familjestöd
för barn och ungdomar med tvångssyndrom

- en behandlingsstudie

Josefin Ekenberg & Yrsa Petersson

Handledare:
Hans Bengtsson

Abstract

The study aimed to investigate if a cognitive behavioral therapy with family support, specifically designed for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder (OCD) undergoing assessment and treatment at a psychiatric clinic in Lund, Sweden, was effective in reducing symptoms. There was also analysis into whether family accommodation, co-morbidity, medication, time on waiting list, age and sex, influenced the treatment result and if new psychiatric symptoms appeared post-treatment. The participants were 45 children and adolescents (21 boys and 24 girls) aged between 8-18 years. OCD-symptoms and family accommodation were measured before and after treatment and at a one year follow-up with Swedish versions of *the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive scale (CY-BOCS)* and *the Family Accommodation Scale for Obsessive-Compulsive Disorder (FAS)*. The treatment proved to be effective with a mean symptom reduction at 49 % post-treatment and a large effect size (Cohen's $d = 1.65$). At follow-up the symptoms had decreased further. Neither family accommodation, co-morbidity, medication, time on waiting list, age nor sex influenced the results significantly. Children and adolescents presenting more symptoms before treatment were also given more sessions. Thirteen of the children and adolescents were under further psychiatric care after the treatment because of new diagnoses or other psychiatric problems, the most frequent of which were depression, thoughts of suicide and/or anxiety disorders. The results point towards the conclusion that the treatment is beneficial for children and adolescents with OCD, indicating its viability as a form of therapy within this area.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, OCD, children, adolescents, CY-BOCS, FAS, cognitive-behavioral therapy, treatment, family accommodation.

Sammanfattning

Studien syftade till att undersöka om en speciellt utformad kognitiv beteendeterapi med familjestöd, som konstruerats för barn och ungdomar med tvångssyndrom inom barn- och ungdomspsykiatri i Lund, effektivt minskade barnens symtom. Dessutom undersöktes hur följande variabler påverkade behandlingen: föräldraanpassning, komorbiditet, medicinering, väntetid, ålder och kön, samt om deltagarna sökte för annan psykiatrisk problematik efter behandling. I studien deltog 45 barn och ungdomar (21 pojkar, 24 flickor) i åldrarna 8-18 år. Före behandling, efter behandling och vid ett års uppföljning mättes symtom med *the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive scale* (CY-BOCS), samt familjens anpassning med *Familjeanpassningsskala för barn och ungdomar med tvångssyndrom* (FAS). Behandlingen visade sig vara effektiv. Medelvärde för symtomminskningen var 49 % efter behandling och effektstorleken var stor ($d = 1.65$). Symtomen minskade ytterligare vid uppföljning. Familjeanpassning, komorbiditet, medicinering, väntetid, ålder och kön påverkade inte behandlingsutfallet på en statistiskt signifikant nivå. Mer symtom i inledningen hade samband med fler sessioner. Tretton barn och ungdomar kontaktade psykiatri efter behandling och en del av dem fick nya diagnoser. Mest förekommande var att de sökte på grund av depression, suicidtankar och/eller ångest. Slutsatsen kan dras att behandlingen hjälper barn och ungdomar med tvångssyndrom och att dessa bör få tillgång till behandlingen.

Nyckelord: Tvångssyndrom, OCD, barn, ungdomar, CY-BOCS, FAS, kognitiv beteendeterapi, behandling, familjeanpassning.

Tack till vår handledare Hans Bengtsson för hjälp med statistik och värdefulla synpunkter som ökat läsbarheten och kvalitén på arbetet. Tack till Lars Gustle som föreslog att projektet kunde bli en examensuppsats och tack till Åsa Javenius och Liza Wihlborg på OCD-teamet för data och information om behandlingen och teamet.

Innehåll

Inledning.....	7
<i>Tvångssyndrom/OCD</i>	8
<i>Tvångstankar</i>	9
<i>Tvångshandlingar</i>	9
<i>Påverkan på övriga livsområden</i>	10
<i>Tvångssyndromets epidemiologi: prevalens och incidens</i>	10
<i>Prognos</i>	11
<i>Komorbiditet</i>	11
<i>Undergrupper</i>	12
<i>Etiologi</i>	13
<i>Biologiska hypoteser</i>	13
<i>Beteendeteori</i>	14
<i>Kognitiv beteendeteori</i>	15
<i>Kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn och ungdomar med tvångssyndrom</i>	15
<i>Familjeanpassning vid tvångssyndrom</i>	17
<i>Behandlingseffekt av kognitiv beteendeterapi för barn och ungdomar</i>	18
<i>Långtidseffekt</i>	19
<i>Familjeanpassning</i>	19
<i>Antal behandlingstillfällen</i>	20
<i>Medicinering i kombination med terapi</i>	20
<i>Ålder och kön</i>	22
<i>Typ av symtom</i>	22
<i>Komorbiditet</i>	22
<i>Syfte</i>	23
<i>Hypoteser</i>	23
Metod	24
<i>OCD-teamet</i>	24
<i>Undersökningsgrupp</i>	25
<i>Material</i>	25
<i>The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale</i>	25
<i>Familjeanpassningsskala för barn och ungdomar med tvångssyndrom</i>	27

<i>Procedur</i>	27
<i>Behandlingsmetod</i>	28
Resultat.....	28
<i>Statistisk bearbetning</i>	28
<i>Symtomskattning</i>	29
<i>Familjeanpassning</i>	30
<i>Mängd symptom och antal sessioner</i>	31
<i>Medicinering i kombination med terapi</i>	31
<i>Ålder</i>	31
<i>Kön</i>	31
<i>Väntetid</i>	32
<i>Tvångstankar och tvångshandlingar</i>	32
<i>Komorbiditet</i>	33
<i>Typ av tvångstankar och tvångshandlingar</i>	33
<i>Kontakt med psykiatri efter avslutad behandling</i>	34
Diskussion.....	35
<i>Studiens fördelar och begränsningar</i>	39
<i>Slutsats</i>	42
<i>Framtida studier</i>	42
Referenser.....	43
Bilaga: typer tvångstankar och tvångshandlingar.....	47

Inledning

Tvångssyndrom är rankat av World Health Organization [WHO](2005) bland de 10 ledande orsakerna till globalt handikapp. Tvångssyndrom är med tanke på dess prevalens och dess personliga kostnader för de drabbade (när det gäller exempelvis familjeförhållanden, socialt, akademiskt och yrkesliv) ett betydande allmänt hälsoproblem. Det är nödvändigt att försöka identifiera effektiva interventioner för tvångssyndrom i barnsjukvården eftersom uppkomst av tvångssyndrom i barndomen predicerar morbiditeten hos vuxna (Abramowitz, Whiteside, & Deacon, 2005). Syftet med denna studie är precis detta, att undersöka om behandlingen som ges till barn och ungdomar med tvångssyndrom på barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Lund är en effektiv intervention för att minska symtom vid tvångssyndrom.

Tvångsmässiga beteenden kan de flesta känna igen från barndomen, såsom ritualer som ger trygghet, exempelvis vid läggning till att sova vill många som barn ha det gjort på ett speciellt sätt med läsning eller ramsa. Barn kan även ha föreställningar om att det blir obehagliga konsekvenser av att gå på vissa brunnar eller streck på gatan. Detta är naturliga och övergående perioder i utvecklingen som vanligtvis passerar utan att störa barnet eller omgivningen, och dessa normala ritualer börjar avta vid sju årsåldern (Pelling, 2000). Vid åtta eller nio årsåldern får barnet ofta som hobby att samla och ställa saker i ordning (Carr, 2006). Detta ”normala” tvångsmässiga beteende skiljer sig från tvångssyndromet bland annat därför att det inte innebär lidande för barnet, det tar inte överdrivet mycket tid eller begränsar vardagen genom att det hindrar barnet från att göra sina dagliga aktiviteter såsom att komma i tid till skola eller umgås med kamrater (Barton & Heyman, 2009).

Den engelska beteckningen för tvångssyndrom är *obsessive-compulsive disorder* och ofta används dess förkortning OCD. Numera förkortas diagnosen ofta OCD också på svenska (Broberg, Almqvist & Tjus, 2003), och enligt Pelling (2000) föredrar patienter och anhöriga ofta benämningen OCD. I denna studie kommer de båda begreppen användas men framför allt används den svenska benämningen tvångssyndrom.

Uppsatsen redogör först för aktuell kunskap och forskning om tvångssyndrom hos barn och ungdomar, för att sedan beskriva den studie som har gjorts. Studien är en statistisk utvärdering av den behandling som bedrivs av en speciell arbetsgrupp som kallas OCD-teamet på BUP i Lund. Behandlingen är en *kognitiv beteendeterapi* med familjestöd, vilket även kommer att beskrivas närmre. Utöver detta redogörs det för vilka tvångstankar och tvångshandlingar som förekom hos dessa barn och ungdomar, samt om de sökte psykiatrisk vård för annan psykiatrisk problematik efter behandling.

Tvångssyndrom/OCD

Tvångssyndrom består av tvångstankar och tvångshandlingar. Enligt Bejerot (2002) lider de flesta människor med tvångssyndrom av både tvångstankar och tvångshandlingar och har ofta olika tvångstankar och tvångshandlingar som skiftar under åren med syndromet. Enligt Carr (2006) finns tvångstankar och tvångshandlingar tillsammans i ungefär 60 % av fallen, och i dessa fall lindrar tvångshandlingen ångesten som är associerad med tvångstanken. Det kan dock vara svårt att dra en gräns mellan tvångstanken och tvångshandlingen, då en obehaglig känsla av att vara tvungen att göra något kan leda till ritualer som innefattar handlingar ena stunden för att sedan bara utspela sig i tankarna (Pelling, 2000). I resterande 40 % av fallen finns tvångshandlingar utan tvångstankar (Carr, 2006).

I American Psychiatric Associations (2002) fjärde och reviderade diagnostiska och statistiska manual av mentala störningar: *DSM-IV-TR* (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition. Text Revision.), förtecknas tvångssyndrom som en ångeststörning, och enligt denna är de diagnostiska kriterierna för tvångssyndrom följande:

A. Tvångstankar eller tvångshandlingar enligt följande:

Tvångstankar som definieras av (1),(2),(3), och (4):

- (1) återkommande och ihållande tankar, impulser eller fantasier som under någon period upplevts som påträngande och meningslösa och som ger uttalad ångest eller lidande
- (2) tankarna, impulserna eller fantasierna kan inte förstås som enbart en överdriven oro inför verkliga problem
- (3) försök att ignorera eller undertrycka tankarna, impulserna eller fantasierna, eller motverka dem med andra tankar eller handlingar
- (4) insikt om att de tvångsmässiga tankarna, impulserna eller fantasierna härrör från det egna själslivet (och inte kommer utifrån som vid tankepå sättning)

Tvångshandlingar som definieras av (1) och (2):

- (1) upprepade konkreta handlingar (t ex tvätta händerna, ställa i ordning, kontrollera) eller mentala handlingar (t ex bedja, räkna, upprepa något ord i det tysta), som personen känner sig tvingad att utföra till följd av någon tvångstanke, eller i enlighet med regler som strikt måste följas
- (2) dessa konkreta eller mentala handlingar utförs i syfte att förhindra eller reducera lidande eller förhindra att någon fruktad händelse eller situation inträffar; emellertid har dessa konkreta eller mentala handlingar inte något egentligt samband med det som de syftar till att neutralisera eller förhindra eller är i sammanhanget betydligt överdrivna

B. Någon gång under sjukdomsförloppet har personen haft insikt om att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga. **Obs:** Detta gäller inte barn.

C. Tvångstankarna eller tvångshandlingarna orsakar ett påtagligt lidande, är tidskrävande (tar mer än en timme om dagen) eller stör i betydande grad dagliga rutiner, yrkesliv (eller studier) eller vanliga sociala aktiviteter eller relationer.

D. Om någon annan axel I-störning finns med i bilden är innehållet i tvångstankarna eller tvångshandlingarna inte enbart begränsad till denna (t ex fixering vid mat vid ätstörningar, hårplockning vid trichotillomani, fixering vid utseendet vid dysmorfofobi, upptagenhet av droger vid drogberoende, övertygelse om att lida av allvarlig sjukdom vid hypokondri, upptagenhet av sexuella impulser eller fantasier vid sexuell avvikelser eller ältande av skuld känslor vid egentlig depression).

E. Störningen beror inte på direkta fysiologiska effekter av någon substans (t ex missbruksdrog, medicinering) eller någon somatisk sjukdom/skada.

Specificera om:

bristande insikt: personen inser mestadels inte under den pågående sjukdomsepisoden att tvångstankarna eller tvångshandlingarna är överdrivna eller orimliga. (ss.159-160)

Enligt Pelling (2000) kan barn och ungdomar ha tvångssyndrom i många år innan diagnosen ställs, och en av anledningarna till detta kan vara att barnen och ungdomarna inte gärna vill avslöja tankar och handlingar som inte kan kontrolleras eller förstås. En annan anledning är att vissa föräldrar skuldbelastar sig själva för barnets lidande och hoppas att om de själva kan göra barnet tryggt och lugnt så ska symtomen försvinna. Det kan även vara så att det inte har känts igen som tvångssyndrom eller att familjen inte är medveten om att det går att få hjälp (Barton & Heyman, 2009).

Tvångstankar. De vanligaste tvångstankarna handlar om: rädsla för smitta, rädsla för att skada någon annan, rädsla för att skada sig själv, rädsla för skadliga katastrofer såsom bränder, sjukdom eller död, behov av symmetri, ordning och exakthet, sexuella och religiösa tvångstankar, att äcklas för kroppsutsöndringar såsom urin och saliv, lyckotal och oturstal, rädsla för oacceptabelt beteende, oacceptabla aggressiva begär eller idéer, behov av att berättas, fråga eller erkänna, och rädsla för att begå misstag. (Barton & Heyman, 2009; Carr, 2006). Tvångstankarna åtföljs ofta av känslor av ångest, tvivel, äckel och depression (Carr, 2006).

Tvångshandlingar. Vanliga ångest reducerande tvångshandlingar/ritualer är: att städa, att repetera en handling, att tvätta händerna, att kontrollera saker (till exempel kontroll av lås eller av att inte ha gjort fel), att ställa saker i ordning och arrangera, att beröra saker på speciellt sätt, att samla saker, att fråga efter försäkran, att be och att utföra mentala ritualer såsom

att räkna, att upprepa ord tyst och att neutralisera tankar genom att upprepa fraser eller ramsor i tanken (Barton & Heyman, 2009; Carr, 2006). Många personer med tvångssyndrom har insikt och är medvetna om att deras påträngande idéer och relaterade ritualer inte är socialt accepterade eller förnuftiga. Därför försöker personerna med stor ansträngning kontrollera sina tvångshandlingar bland allmänheten och hålla dem hemliga. Vål hemma ges denna kontroll upp, vilket familjemedlemmar kan tolka som att tvångshandlingarna är helt under frivillig kontroll och ett uttryck för olydnad (Carr, 2006).

Påverkan på övriga livsområden

Tvångssyndrom påverkar individer på olika sätt, till exempel kan överdrivna tvättningsritualer leda till ständiga förseningar, medan rädsla för smitta kan hindra besök till allmänna platser eller restauranger. När barn och ungdomar insjuknar i tvångssyndrom kan det innebära ett större problem än för vuxna eftersom sjukdomen kan leda till förlust av viktiga erfarenheter under uppväxten. Erfarenheter som kan vara viktiga för att bygga upp identitet och självkänsla och för att lyckas socialt och med utbildning (Stewart et al., 2004). Nära 90 % av barn och ungdomar med tvångssyndrom uppger att sjukdomen påverkar fungerandet hemma, socialt eller i skolan (Piacentini, Bergman, Keller & McCracken, 2003; Valderhaug & Ivarsson, 2005). Det som anses mest problematiskt är aktiviteter relaterade till att gå och lägga sig, att göra uppgifter som kräver koncentration (Piacentini et al., 2003) och att skapa nya eller behålla gamla sociala relationer (Valderhaug & Ivarsson, 2005). Till exempel kan räkneritualer och tvångstankar skapa svårigheter att koncentrera sig och att fokusera på samtal (Piacentini et al., 2003).

I långtidsuppföljningar av barn med tvångssyndrom undersöks sällan psykosociala konsekvenser av sjukdomen. I studier där det gjorts har forskare funnit att barn med tvångssyndrom i mindre utsträckning som vuxna lever tillsammans med någon eller är gifta. Det finns också höga nivåer av sociala problem, isolering och arbetslöshet (Stewart et al., 2004).

Tvångssyndromets epidemiologi: prevalens och incidens

Begreppet *prevalens* syftar på det antal fall som vid en viss given tidpunkt har sjukdomstillståndet i fråga, antingen avses antalet fall vid en viss tidpunkt eller under en given period (nya och gamla). *Incidens* avser det antal nya fall av ett visst sjukdomstillstånd som uppstår i en definierad population inom en viss specificerad tidsperiod.

Tvångssyndrom hos barn och ungdomar är vanligast strax före och under puberteten, men kan förekomma ned till två årsåldern (Pelling, 2000). Enligt Gillberg (2000) diagnostice-ras tvångstillstånd sällan innan puberteten, men svåra tvångstillstånd kan uppkomma redan vid sex- till sju årsåldern. Det finns olika epidemiologiska uppgifter för tvångssyndrom, och en möjlig förklaring kan vara att olika epidemiologiska studier har undersökt olika populatio-ner. Enligt Carr (2006) bekräftar de flesta epidemiologiska studier att ungefär 1 % av barn och ungdomar har tvångssyndrom. Heyman et al., (2001) undersökte prevalensen av tvångssyn-drom hos barn och ungdomar i åldrarna 5-15 år i Storbritannien, och fann att den sammanlag-da prevalensen var 0.25 %, alltså ungefär 2,5 barn per 1000. Forskarna fann att prevalensen ökade exceptionellt med stigande ålder. Prevalensen har funnits vara högre bland äldre barn och tonåringar: 6,3 promille i de yngre tonåren och sedan ser incidensen ut att sjunka något (Broberg, Almqvist, & Tjus, 2003). Enligt Bejerot (2002) lider ett eller två barn av hundra av tvångssyndrom och det är vanligare bland pojkar än flickor. Barton och Heyman (2009) fann dock att incidensen för tvångssyndrom var densamma för pojkar och flickor.

Prognos

Tvångssyndromet kan vara kroniskt och kontinuerligt eller episodiskt. Ungefär en av tre blir symtomfria som vuxna (Carr, 2006; Gillberg, 2000), en tredjedel har fortfarande lindriga sym-tom och resten förblir svårt handikappade av tvång och social fobi (Gillberg, 2000). Hos en tiondel utvecklas tvångssyndromet med tiden bara till det sämre (Carr, 2006).

En av de första litteraturoversikter (Stewart et al., 2004) som gjorts på tvångssyndrom hos barn och ungdomar fann att efter en uppföljningstid på i medel 5,7 år hade 60 % av pati-enterna någon typ av kvarvarande symtom. Detta innebär att cirka 40 % blev helt symtomfria, alltså en högre siffra än tidigare angivet. Det har dock varit problematiskt att göra långtids-uppföljningar när det gäller barn med tvångssyndrom. Exempelvis har diagnostiseringen för-ändrats.

Komorbiditet

I upp till 40 % av fallen av tvångssyndrom finns en komorbiditet (Storch et al., 2008a). Det vanligaste är en tics störning (bland annat Tourettes syndrom), ångest och depression. Andra komorbida tillstånd är till exempel anorexia nervosa, bulimia nervosa, *ADHD* (Attention De-ficit Hyperactivity Disorder), försenad utveckling, eliminationsproblem samt schizofreni

(Carr, 2006). Enligt Bejerot (2002) så har mellan en tredjedel och hälften av barn med tvångssyndrom också tics (ofrivilliga muskelsammandragningar, såsom upprepade blinkningar).

Det är de mest allvarligt drabbade av tvångssyndrom som oftare även har tics, autistiska drag och utagerande beteende (Bejerot, 2002). I svåra fall av tvångssyndrom skulle det kunna finnas någon biologisk gemensam störning som bidragande faktor. Det har bland annat visat sig finnas ett samband mellan autismspektrumstörning och svårt tvångsmässigt beteende, samt mellan Tourettes syndrom (muskulära och vokala tics) och tvångstankar, och dessutom mellan anorexia nervosa och tvångsmässigt beteende. Vid alla dessa tillstånd spelar biologisk dysfunktion i centrala nervsystemet en viktig roll (Gillberg, 2000). Att dra av hårstrån, trichotillomani, har även etologiska likheter med tvångsmässigt rengöringsbeteende förknippade med fall av tvångssyndrom där tvångstankar om smitta är centrala (Carr, 2006).

Undergrupper

Även om de diagnostiska manualerna beskriver tvångssyndrom som en homogen nosologisk enhet så finns det en mängd olika studier som visar att tvångssyndrom är en heterogen störning. Flera studier har försökt att identifiera mer homogena undergrupper hos barn och ungdomar med tvångssyndrom, och för att påvisa heterogeniteten har både kategoriska och dimensionella angreppssätt använts (Stewart et al., 2007).

Nestadt et al. (2009) undersökte relationen mellan tvångssyndrom och komorbida tillstånd för att identifiera subgrupper. Forskarna antog att tvångssyndrom är ett etiologiskt heterogent tillstånd för att många patienter har andra psykiatriska syndrom. För att undersöka detta utfördes en klusteranalys som var baserad på förekomsten av åtta komorbida psykiatriska tillstånd hos 706 individer med tvångssyndrom: generaliserat ångestsyndrom, egentlig depression, panikstörning, separationsångest, tics, mani, somatoforma syndrom och grooming störningar. Resultatet var att tvångssyndrom kunde klassificeras i tre klasser baserat på komorbiditet: 1) en tvångssyndromsklass där egentlig depression var den mest frekventa ytterligare störningen, 2) en tvångssyndromsklass som var relaterad till tics och där tics var påfallande och affektiva syndrom var sällsynta, och 3) en tvångssyndromsklass där affektiva syndrom och panikstörning var högt förekommande. I den tics-relaterade klassen fanns det flest män. I den affektivt-relaterade klassen fanns det flest kvinnor och även många som var i ung ålder vid uppkomsten av tvångssyndromet.

Stewart et al. (2007) undersökte livstidsförekomsten av de tvångstankar och tvångshandlingar som finns beskrivna i de 13 symptomkategorierna i *the Yale–Brown Obsessive*

Compulsive Scale (Y-BOCS) och *the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)*, hos 231 barn och ungdomar med tvångssyndrom. Forskarna fann att tvångssyndrom hos barn och ungdomar är en multidimensionell störning, och de dimensioner av symptom som hittades var i huvudsak samstämmiga med de som har beskrivits i liknade studier med vuxna. Stewart et al. antog att det finns en ganska jämn samvariation av tvångssymtom genom utvecklingen. De fann fyra faktorer som förklarade 59.8% av symptomvariansen och dessa var karakteriserade av: 1) symmetri, ordnande, upprepande och kontrollerande; 2) smitta, städning, aggressivitet och somatik; 3) samlande; och 4) sexuella och religiösa symptom.

Etiologi

Det finns både flera biologiska och flera psykologiska hypoteser som försöker förklara tvångssyndromets uppkomst och vidmakthållande. Det behöver inte vara så att endast en teori är sann, och olika teorier behöver inte tala mot varandra. Enligt Bejerot (2002) är tvångssyndrom inte en enhetlig sjukdom utan troligen uttryck för flera olika tillstånd som uppstår genom olika mekanismer. Exempelvis är det möjligt att störningar i hjärnan leder till psykologiska symptom som i sig kan förstärkas eller försvagas i interaktion med inre biologiska och yttre miljöfaktorer. Enligt Bejerot talar allt för att tvångssyndrom beror på ett samspel mellan miljöfaktorer och de biologiska och personlighetsmässiga förutsättningar en person har.

Då behandlingen i denna studie baseras på hur tvångssyndrom förklaras biologiskt, och enligt kognitiv beteendeteori, kommer endast dessa teorier att redogöras för (se exempelvis Bejerot (2002) eller Carr (2006) för fler hypoteser och teorier).

Biologiska hypoteser. Den genetiska hypotesen är att barnet ärver en predisposition till tvångssyndrom och att barnet utvecklar syndromet om det utsätts för en viss miljö, som bland annat kan innebära att föräldrarna har en speciell uppfostransstil, att barnet utsätts för livshändelser som skapar stress, eller att barnet drabbas av infektioner (Carr, 2006). Det är dock aldrig omgivningens beteende, oavsett hur bristfälligt det är, som åstadkommer ett tvångssyndrom (Bejerot, 2002).

Det finns även en hypotes om att symptomen vid tvångssyndrom inträffar på grund av för snabb återupptagning av serotonin (signalsubstans i hjärnan) eller alltför låg nivå av serotonin. Detta kan lösas med hjälp av psykofarmaka som hindrar återupptagningen av serotonin (Carr, 2006). Pannloben och basala ganglierna är områden i hjärnan som tros vara involverade vid tvångssyndrom och dessa områden är kraftigt innerverade av serotonininnceller och

dopaminnevceller. Serotonin och dopamin är några av de signalsubstanser i hjärnan som styr människans beteende. Serotoninsystemet påverkar bland annat motorik, kroppshållning, vaksamhet, försiktighet, impulsivitet, aggressionsbenägenhet, stämningsläge och socialt beteende. Det finns inga bevis för att tvångssyndrom orsakas av en störning i serotoninsystemet, men tvångssyndrom lindras av läkemedel som primärt påverkar serotoninsystemet (Bejerot, 2002).

Dopamin förmedlar upplevelse av lust och belöning, samt är nödvändigt för att kunna röra sig. Det är vanligen tics och Tourettes syndrom som associeras med tvångssyndrom och dopamin, och det finns en nära koppling mellan dessa tillstånd och tvångssymtom. Dopaminblockerande läkemedel har visat sig lindra symtomen vid Tourettes syndrom (Bejerot, 2002). I en studie fann forskare att genom att lägga till ett dopaminblockerande läkemedel vid behandlingen av tvångssyndrom ökade effekten av serotoninupptagningshämmande läkemedel, oberoende av om tics förekom eller ej (McDougle, Epperson, Pelton, Wasyluk, & Price, 2000).

Beteendeteori. Beteendeterapi bygger på inlärningsteori och enligt denna är tvångstankar och tvångshandlingar inlärdas beteendesvar (*betingade responser*) på ångestskapande händelser. En person med tvångssyndrom har eventuellt från början upplevt något som farligt vilket har väckt ångest och obehag. Personen reagerar då med kroppsliga förnimmelser såsom hjärtklappning, ökad andning och illamående. När personen är i denna situation försöker hon eller han därmed undvika den (Bejerot, 2002). Beteenden som reducerar ångest är ofta konstruktiva beteenden som hjälper oss att undvika fara, eller obehag. Till exempel kan en mamma som är orolig för sitt barn välja att vaccinera mot olika sjukdomar, vilket minskar oron och förbättrar barnets framtidsutsikter. Förmågan att se framåt och förutspå potentiella traumatiska eller farliga händelser är välutvecklad hos människan. Det är en stor evolutionsmässig fördel, men det leder också till en del skrockfulla och religiösa beteenden. Ett exempel är då någon som ser en svart katt gå över vägen spottar tre gånger över axeln. Även i dessa fall följer ångestlättning på beteendet, trots att det inte direkt kan knytas till konsekvenser i verkligheten (Mowrer, 1939). Om en person inte kan undvika situationen så kan personen alltså försöka minska sin ångest genom att utveckla ett tvångsmässigt beteende i form av trygghetsskapande ritualer (Bejerot, 2002). Ritualerna vidmakthålls på grund av att personen *undviker* att uppleva den ångestladdade situationen utan att samtidigt utföra ritualerna, därmed förstärks beteendet då personen upplever att ritualen tar bort ångesten, vilket i behavioristiska termer kallas *negativ förstärkning* (Carr, 2006).

Kognitiv beteendeteori. Enligt kognitiv beteendeteori kan tvångsproblematik uppstå som en konsekvens av den specifika mening eller signifikans som en person ger förekomsten och/eller innehållet av normala påträngande tankar. De normala påträngande tankarna som triggas vid utsättning för specifika stimuli är missbedömda så att barnet eller ungdomen till exempelvis upplever sig vara ansvarig för att skada sig själv eller andra om inte specifika aktiviteter eller ritualer tvångsmässigt utförs. Dessa aktiviteter och ritualer minskar barnets upplevelse av ångest och obehag, och följden blir att barnet sannolikt fortsätter med beteendet i framtida situationer (Salkovski, Forrester & Richards, 1998).

Enligt Carr (2006) tror barn och ungdomar som är sårbara för att utveckla tvångssyndrom att påträngande och moraliskt oacceptabla tvångsmässiga tankar automatiskt kommer att innebära att de kommer att göra något omoraliskt. Barnen och ungdomarna tror även att de är lika ansvariga för att ha dessa tankar som om handlingarna utfördes, vilket brukar kallas *thought-action fusion*. Det finns också en övertygelse hos barnen och ungdomarna att de borde kunna kontrollera påträngande omoraliska tvångsmässiga tankar och impulser, samt att de själva är klandervärda för att ha tankar som kan leda till handlingar som skadar andra. Barn och ungdomar med tvångssyndrom har låg tilltro till sin egen förmåga och tvivlar på sina handlingars effektivitet överlag. Speciellt tvivlas på effektiviteten av deras tvångsmässiga ångestreducerande ritualer, vilket också ökar sannolikheten för att barnen och ungdomarna upprepar dem för att minska sitt obehag (Carr, 2006).

Kognitiv beteendeterapi (KBT) för barn och ungdomar med tvångssyndrom

Efter en grundlig bedömning av barnens symtom och svårigheter brukar behandling av tvångssyndrom med kognitiv beteendeterapi börja med *psykoedukation*. Psykoedukation innebär här att terapeuterna förklarar hur tvångssyndrom brukar se ut, prevalensen och grunderna bakom *exponering med responsprevention* (ERP). En del i psykoedukation är att förklara att terapin inte främst kommer att fokusera på tvångsföreställningarna i sig, utan med hur barnet agerar på dem. Teorin bakom terapin innebär att tvångstankarna inte går att kontrollera, men att tvångshandlingar och undvikande kan kontrolleras (Franklin, March & Garcia, 2007).

Tanken med exponering med responsprevention utifrån beteendeteori (vilket nämnts ovan) är att om barnet inte utför beteendet kommer ångesten att minska och tvångsbeteendet blir inte längre nödvändigt. Med tiden kommer även de utlösande tvångstankarna att minska (Franklin et al., 2007).

Vissa använder sig av en biologisk förklaringsmodell (se ovan) under psykoedukation. Ett sätt att konkretisera för barn och föräldrar är att förklara att nervsystemet fungerar fel på två sätt. Dels gör det att barnet upplever mer rädsla och stress än normalt i situationer där barnet inte borde känna stress. Dels gör det att barnet måste utföra handlingar för att minska rädslan. Ju mer handlingar barnet utför, ju starkare blir tvångssyndromet. Genom att använda en sådan förklaringsmodell kan terapeuten hjälpa barnet att *externalisera* symtomen, det vill säga att göra sjukdomen till något som ligger utanför barnets kontroll, som barnet och vuxna i omgivningen kan hjälpas åt att bekämpa. Barnet kan också få ge sjukdomen ett smeknamn och på så sätt görs beteendet till en yttre fiende istället för ett icke önskvärt beteende som individen är fullt ansvarig för. Efter att gjort sjukdomen till en yttre fiende krävs det ett expertteam för att besegra den. Expertteamet består då av barnet, föräldrarna och terapeuten som alla har olika delar att tillföra behandlingen. Familjen är experter på hur tvångssyndromet fungerar i just deras familj och terapeuten på hur det generellt brukar fungera och behandlas (Carr, 2006).

Andra viktiga steg i behandlingen är att kartlägga symtomen, att göra en lista över situationer som i nuläget är svåra för barnet att hantera utan tvångsbeteende, samt att rangordna situationerna efter svårighetsgrad. Det vill säga en *beteendeanalys*. Därefter börjar *beteendeträningen* genom att barnet får öva på de lättaste situationerna utan att ägna sig åt handlingar som ger ångestlätnad. Successivt arbetar barnet och familjen sig nedåt i listan mot svårare situationer (Carr, 2006; Franklin et al., 2007). Om barnet får skatta sin ångest under exponeringen kan det tydliggöra att ju fler gånger barnet klarar av en svår situation utan att den fruktade konsekvensen sker, ju mindre kommer ångesten att bli (Carr, 2006).

För att hantera ångesten kan barnet få lära sig andnings- och avslappningstekniker. Det kan även få lära sig att använda tekniker från kognitiv terapi. Till exempel kan familjen ha med sig några stenciler med budskap som hjälper barnet att inte ta tvångstankarna på allvar (Carr, 2006). Med äldre barn kan en bild av en framtid utan tvångshandlingar vara tillräcklig motivation för att ta sig igenom de för barnet svåra och ångestväckande situationerna. För yngre barn kan det krävas andra belöningar som inte ligger för långt fram i tiden, som till exempel utflykter med familjen (Franklin et al., 2007).

Mot slutet av behandlingen är det viktigt att repetera den kunskap om tvångssyndrom och om hur det hanteras, som barnet och föräldrarna har fått med sig. Arbetet fokuserar på att barnet och familjen ska lämna behandlingen med tilltro till sin egen förmåga att hantera sjukdomen (Franklin et al., 2007). Familjen, barnet och terapeuten identifierar även situationer där

barnet skulle kunna återfalla och lägger upp handlingsplan för hur familjen kan hantera detta (Carr, 2006).

Sessioner med föräldrarna syftar till att hjälpa dem att stötta barnet i beteendeträningen. Föräldrarna får hjälp med att använda sig av uppmuntran och belöningsystem och med att undvika att kritisera och bestraffa. Om fler än de närmsta familjemedlemmarna är involverade i anpassningsbeteenden är det viktigt att även inkludera dem i behandlingen (Carr, 2006).

Familjeanpassning vid tvångssyndrom

Att ha ett barn med tvångssyndrom påverkar familjen. I majoriteten av de drabbade familjerna sker en anpassning till tvångssyndromet (Peris et al., 2008). Det som i de här fallen menas med anpassning är att familjen på olika sätt deltar i tvångshandlingarna. De tre vanligaste typerna av anpassning är: försäkringar, att hjälpa barnet att undvika och att delta i ritualer. Att ge försäkringar innebär att föräldern i en situation där barnet känner oro, som hänger ihop med tvångstankar, kan lugna barnet och försäkra att rädslan är ogrundad. Att hjälpa barnet att undvika innebär att föräldern ser till att barnet slipper situationer, människor eller platser som på grund av tvångstankarna ger ångest. Föräldern kan också låta bli att säga saker som skulle kunna utlösa symtom. Att delta i ritualer innebär i vissa fall att barnet vill att en anhörig ska se på när ritualerna utförs. I andra fall kan barnet behöva assistans av en vuxen för att kunna utföra dem (Peris et al., 2008).

Andra sätt att anpassa familjelivet efter barnets tvång är att ändra scheman och rutiner efter den extra tid som tvångssyndromet tar, eller att börja ställa lägre krav. Barnet kan exempelvis få slippa att packa sin skolväska, eller att städa sitt rum eftersom det utlöser tvångshandlingar och tvångstankar (Calvoressi et al., 1995).

Anledningarna till anpassningen varierar. Eftersom tvångshandlingarna ofta är tidskrävande skulle föräldrarna kunna anpassa sig för att underlätta sin vardag. Samtidigt är sambandet mellan hur mycket anpassning som sker i familjen och hur mycket längre tid det tar för den med tvångssyndrom om familjen inte anpassar sig svagt, i alla fall när det gäller vuxna. Ett starkare samband finns med hur stark ångest, eller ilska, som patienterna reagerar med om de inte blir hjälpta. Det förekommer fall där anhöriga blir utskälda eller slagna när inte anpassning sker (Calvoressi et al., 1995).

När det gäller barn har forskare funnit att ångest och depression hos anhöriga har samband med hur mycket den anhöriga förändrat sitt vardagsliv efter sjukdomen och med patientens reaktioner då den anhöriga vägrat att assistera vid tvångshandlingar (Amir, Fresh-

man & Foa, 2000). Även oro och stress finns i större utsträckning i de familjer där det finns mest symtom och mest familjeanpassning (Storch et al., 2009). Det kan bero på att familjeanpassningen ökar upplevelsen av att barnet behöver tas om hand. Dessutom kan familjeanpassning öka konflikter med barnet och bli en påminnelse om barnets sjukdomstillstånd. Men eftersom de flesta studier som gjorts är korrelationsstudier är det svårt att säga om anpassningen sker på grund av mycket belastning och oro, eller om den i sig skapar stress (Peris et al., 2008).

En av grundtankarna bakom kognitiv beteendeterapi för tvångssyndrom, vilket nämnts ovan, är att patienten i längden minskar sin ångest genom att utsätta sig för den situation patienten är rädd för, utan att ta till någon ångestreducerande handling (Carr, 2006; Franklin et al., 2007). Utifrån detta resonemang skulle en familj som deltar i tvångshandlingar, vilket hjälper patienten att undvika sin ogrundade ångest, kunna hjälpa till att upprätthålla symtomen. Kanske leder det även till en upptrappning. Samtidigt är sambandet mellan familjeanpassning och symtom hos barn något osäkert. Då föräldrar skattar barnens svårigheter finns ett positivt samband med familjeanpassning, men när barnen själva skattar sina svårigheter finns inget signifikant samband. Det skulle kunna bero på att barnen upplever sina svårigheter som mindre på grund av familjens anpassning. Barnet slipper att uppleva ångest eftersom det inte utsätts för svåra situationer. Om någon annan gör det arbete barnet själv inte klarar av påminns det inte om det dåliga måendet. När familjeanpassningen minskar under behandling kan barnet därför uppleva sig som mer sjukt, innan barnet blir bättre (Merlo, Lehmkuhl, Geffken & Storch, 2009).

Behandlingseffekt av kognitiv beteendeterapi för barn och ungdomar

Kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering och responsprevention är den mest välstuderade psykologiska behandlingen för tvångssyndrom. Forskning stödjer effekten av psykofarmaka och psykoterapi som behandling för tvångssyndrom hos barn och ungdomar. Medicinering är den vanligaste behandlingen eftersom den är mest tillgänglig, och mest förekommande är så kallade *SRI* (serotonin reuptake inhibitors) som till exempel fluoxetine (Abramowitz, Whiteside, & Deacon, 2005).

Även Socialstyrelsen (2009) rekommenderar bland annat kognitiv beteendeterapi (KBT) med betoning på beteendeinterventioner, som en åtgärd mot tvångssyndrom hos barn och ungdomar. Om första behandlingen med KBT inte gett effekt rekommenderas medicinering. Vid svåra eller terapistresistenta tillstånd bör medicinering ges i kombination med KBT.

Abramowitz et al (2005) var de första att göra en metaanalys över behandlingar för tvångssyndrom hos barn och ungdomar. Deras analys visade att KBT är en effektiv behandling för att reducera symtom av tvångssyndrom hos barn och ungdomar. Samtidigt finns det betydligt mindre forskning på barn och ungdomar än på vuxna och majoriteten av de studier som gjorts är icke randomiserade och utan kontrollgrupp (Bolton & Perrin, 2008). Speciellt när det gäller barn under sju år saknas studier nästan helt. Andra områden som inte är särskilt välutforskade är skillnaden mellan medicinering och terapi, samt vilken effekt det ger att involvera familjen (Freeman et al., 2007).

I de fall där forskare har använt sig av randomisering och kontrollgrupp har det resulterat i stora effektstorlekar (Barret et al., 2004 refererad i Freeman et al., 2007; Bolton & Perrin, 2008; March et al., 2004). I icke-randomiserade studier utan kontrollgrupp svarar cirka tre av fyra barn och ungdomar som får kognitiv beteendeterapi väl på behandlingen (Piacentini, Bergman, Jacobs, McCracken & Kretchman, 2002; Storch et al., 2008b), eller uppfyller inte längre diagnoskriterierna efter behandling (Barrett, Farrell, Dadds & Boulter, 2005). Forskare har även sett stora effektstorlekar när populationerna jämförts före och efter behandling (Benazon, Ager & Rosenberg, 2002; Bolton & Perrin, 2008; Himle, Fisher, Van Etten, Janeck & Hanna, 2003; Storch et al., 2007; Valderhaug, Larsson, Göttestam & Piacentini, 2007). En översikt över de nämnda studierna kan ses i tabell 1 (s. 21).

Långtidseffekt. Effekten av kognitiv beteendeterapi verkar hålla i sig för majoriteten av barn och ungdomar med tvångssyndrom upp till 12 månader (Barrett et al., 2005) och då det sker återfall verkar det ske inom en 3 månaders period (Valderhaug et al., 2007), samt inte senare än efter 12 månader (Barrett, et al., 2005).

Ett problem är att det gjorts få studier med längre uppföljningstider än så. Dessutom har diagnostiseringen och behandlingen av tvångssyndrom förändrats mycket under de senaste åren vilket gör att det kan vara svårt att göra uppföljningar. I en metaanalys som beskriver studier med uppföljningstid från 1 till 15,6 år var cirka 40 % helt symtomfria vid uppföljningen. Patienter som behandlats i slutenvård hade sämre resultat än patienter som behandlats i öppenvård (Stewart et al., 2004).

Familjeanpassning. Målet för KBT vid tvångssyndrom är att barnet ska lära sig att hantera ångestväckande situationer utan att behöva utföra tvångshandlingar. Det innebär att om familjen hjälper barnet att undvika ångestväckande situationer skulle det kunna påverka behandlingen. Så har visat sig vara fallet: under KBT-behandling där föräldrar har fått hjälp

att stötta barnet vid exponering och minska sin anpassning har forskare sett en tydlig minskning av familjeanpassningen efter behandling och ett signifikant samband med symtomminskning (Merlo et al., 2009). Forskarna har också sett att föräldrar till barn som inte svarar på behandling upplever större belastning relaterat till familjeanpassning. Det skulle kunna bero antingen på att föräldrarna anpassar sig mer och därmed försvårar behandling, eller på att barn som inte svarar på behandling har mer symtom, som kräver mer anpassning (Storch et al., 2008c).

Antal behandlingstillfällen. Piacentini et al. (2002) använde sig av en flexibel manual och anpassade antalet sessioner efter klienten. Antalet sessioner korrelerade signifikant med depression i inledningen till terapin; högre grad av depression innebar fler sessioner. Författarna använde sig av flera mätinstrument och mätte bland annat symtom, men inga andra variabler än depression korrelerade med antalet sessioner.

Medicinering i kombination med terapi. Forskare har, vilket nämnts ovan, i randomiserade studier funnit att en kombination av medicinering och kognitiv beteendeterapi är mer effektivt än enbart kognitiv beteendeterapi (March et al., 2004). Vissa studier pekar på att enbart kognitiv beteendeterapi ger bättre effekt än enbart SRI medicinering (March et al., 2004), medan andra inte visar några skillnader i effekt (Abramowitz et al., 2005). Kognitiv beteendeterapi ger dock färre kvarvarande symtom än SRI (Abramowitz et al., 2005).

Samtidigt finns få studier där barn randomiserats till olika grupper. Majoriteten av de studier som undersöker medicineringens samverkan med terapi är utan kontrollgrupp där några barn medicinerat redan i inledningen till studien och samtliga barn fått terapi (Freeman et al., 2007). I dessa (exempelvis Piacentini et al., 2002; Storch et al., 2007) har forskarna inte funnit någon signifikant skillnad mellan grupperna. Det skulle i de fallen kunna bero på att barn och ungdomar som fått medicinering haft mer symtom från början, men symtomen har med hjälp av medicineringen minskat innan studien påbörjats. Det gör att den totala behandlingseffekten ser mindre ut (Storch et al., 2007). Se tabell 1 för en överblick.

När barnen inte har randomiserats till olika grupper, utan några har medicinerats i inledningen till terapin, kan det få konsekvenser för resultaten eftersom grupperna inte blir jämförbara. Till exempel får yngre barn i mindre utsträckning medicin vilket gör att gruppen med barn som medicinerar och gruppen med barn som inte medicinerar kan skilja sig åt med avseende på ålder (Freeman et al., 2007).

Tabell 1.

Behandlingsstudier baserade på KBT för tvångssyndrom hos barn och ungdomar

Studie	Antal	Ålder	Design	Behandlingsform	Samtida behandling	Resultat efter behandling
Barrett, et al. (2004), refererat i Valderhaug, et al. (2007)	77	7-17	Randomiserat till tre grupper:	KBT enskilt KBT i grupp Väntelista	-	<i>Symtomminskning M:</i> Effektstorlek före jämfört med efter: 65 % 61 % Ingen minskning 2.76 (beräknad i Freeman et al., 2007)
Barrett, et al. (2005)	48	8-19	Utan kontrollgrupp	KBT	-	Ett år senare uppfyllde 78 % inte diagnoskriterierna för tvångssyndrom
Benazon, Ager och Rosenberg (2002)	16	8-17	Utan kontrollgrupp	KBT	-	Effektstorlek : 1.65
Bolton och Perrin (2008)	20	8-17	Randomiserat till behandling eller väntelista	Beteende terapi	-	Effektstorlek: 1.23 mot kontroll 2.11 mot före behandling
Himle et al. (2003)	19	12-17	Utan kontrollgrupp	KBT i grupp	68 % medicinerade	Effektstorlek: 0.78 (Beräknad av Freeman et al., 2007)
March, et al. (2004) <i>The pediatric OCD study</i>	112	7-17	Randomiserat till fyra grupper:	KBT Medicin KBT & medicin Placebo		Effektstorlek η^2 : 0.97 0.67 1.4 46 % 30 % 53 % 15 %
Martin & Thienemann (2005)	14	8-14	Utan kontrollgrupp	KBT	64 % medicinerade	<i>Symtomminskning M (CY-BOCS):</i> 24.75%.
Piacentini, et al. (2002)	42	5-17	Utan kontrollgrupp	KBT	52 % medicinerade	79 % svarat bra på behandling
Storch, et al. (2007)	40	7-17	Randomiserat till två grupper:	KBT KBT intensiv	60 % medicinerade	Effektstorlek: 1.73 2.62
Storch, et al. (2008b)	92	7-19	Utan kontrollgrupp	KBT	64 % medicinerade	76 % svarade väl/mycket väl på behandlingen
Valderhaug, et al. (2007)	28	7-17	Utan kontrollgrupp	KBT	8 % medicinerade	Effektstorlek : 3.49

Med effektstorlek menas Cohens *d* (Cohen, 1992), när inget annat anges.

Ålder och kön. För att kunna delta i kognitiv beteendeterapi krävs det att det finns en förmåga att reflektera över sina egna tankar, fundera över hur dessa tankar påverkar beteende och känslor, samt att kunna utföra obehagliga eller svåra handlingar utifrån insikt om att det kommer att leda till ett bättre mående i framtiden. Det är förmågor som utvecklas med åldern. Alltså skulle ålder kunna vara en faktor som påverkar behandlingsresultatet (Martin & Thienemann, 2005). Det motsägs av flera studier (Barrett et al., 2005; Piacentini et al., 2002; Valderhaug et al., 2007) som har undersökt om ålder påverkar behandlingsutfallet, men funnit att det inte har någon signifikant påverkan. Kanske beror det på terapeuter som skickligt anpassar sig efter klientens ålder. Samma studier har även undersökt könsskillnader och inte funnit några signifikanta sådana.

Typ av symtom. När det gäller hur typen av symtom påverkar behandlingsresultatet har forskare funnit att om tvångstankar är det dominerande symtomet, påverkas behandlingen negativt (Piacentini et al., 2002), men även mer symtom överhuvudtaget, är svårare att behandla (Barrett et al., 2005; Storch et al., 2008c) och leder i större utsträckning till återfall inom 12 månader (Barrett et al., 2005).

Storch et al. (2008b) fann att symtomdimension inte spelar någon större roll, men att det finns en tendens till att patienter med aggressiva tvångstankar och kontrolleringstvång svarar bättre på behandling.

Storch et al. (2008c) fann dessutom att upprepningstvång finns i större utsträckning hos barn som inte svarat på behandling än hos barn som svarat på behandling. Det kan bero på att upprepningstvång kan finnas i många olika situationer, vilket gör att målet för behandlingen blir mer diffust och riktar sig mot flera olika beteenden.

Komorbiditet. Komorbiditet och dess påverkan på behandlingsresultat hos barn och unga är ett relativt outforskat område. Storch et al. (2008a) delade upp barn och ungdomar med komorbiditet i två olika grupper; en grupp med ångeststörningar och en med komorbiditet av annan typ. Forskarna fann då att gruppen med ångeststörningar i kombination med tvångssyndrom upplevde mer ångest, men de hade inte mer symtom på tvångssyndrom. Gruppen med andra typer av komorbiditet hade signifikant mer tvångshandlingar, vilket skulle kunna tolkas som att en ytterligare sjukdom skapar stress i vardagen vilken barnen försöker hantera genom tvångshandlingar. Samma grupp svarade även sämre på behandling. Alltså rekommenderar författarna att sjukvården först behandlar en eventuell komorbiditet, när det inte gäller en ångeststörning, och därefter behandlar tvångssyndromet. När den komorbida

sjukdomen är en ångeststörning rekommenderas kognitiv terapi för tvångssyndrom eftersom de färdigheter terapin ger kan överföras även på det övriga ångestsyndromet (Storch et al., 2008a).

Ett intressant resultat är att barn med depression i inledningen av behandlingen i större utsträckning svarar på behandling. En förklaring skulle kunna vara att de barn som är deprimerade får medicinering, vilken kan ha effekt även på tvångssyndromet (Storch et al., 2008b).

Syfte

Studien syftar till att undersöka om OCD-teamets behandling effektivt minskar barnen och ungdomarnas tvångssymtom. Dessutom undersöks hur några olika variabler (väntetid, antal behandlingstillfällen, komorbiditet, medicinering, ålder och kön) påverkar behandlingsresultatet, samt om familjestödet gett resultat genom en minskad familjeanpassning och om familjeanpassningen har samband med symtomminskningen. Slutligen granskas vilka tvångstankar och tvångshandlingar som är mest förekommande, samt om det uppkommer andra diagnoser eller annan psykiatrisk problematik efter behandling.

Hypoteser

Kognitiv beteendeterapi har tidigare visats ha god effekt på tvångssyndrom hos barn och ungdomar, både direkt efter avslutad behandling och vid uppföljning på ett år (se tabell 1 för studier). Utifrån dessa forskningsresultat formuleras följande tre hypoteser:

- 1. Behandlingen kommer att ha signifikant minskat barnens och ungdomarnas symtom.*
- 2. Effektstorleken beräknat på en jämförelse före och efter behandling kommer att vara stor.*
- 3. Symtomen kommer att ha minskat ytterligare ett år efter behandling och skillnaden kommer att vara signifikant.*

Det finns få studier gjorda på familjeanpassning och terapieresultat. Familjeanpassning har visat sig ha samband med symtom då anhöriga skattar anpassningen, men inte när barnen gör det. Det har också visat sig ha samband med symtomminskning under behandling (Merlo et al., 2009). Utifrån dessa forskningsresultat formuleras hypotes 4, 5 a och 5 b:

- 4. Familjeanpassningen kommer att ha minskat signifikant efter behandling.*
- 5a. Familjeanpassningen kommer att ha signifikant positivt samband med symtom över tid.*
- 5b. Reduktion i familjeanpassning kommer att predicera symtomreduktion.*

Forskare har inte tidigare funnit något samband mellan antal sessioner och mängden symtom (Piacentini et al., 2002), men det är likväl relevant att undersöka om fler symtom innebär fler sessioner. Eftersom inget samband tidigare hittats kan följande antas:

6. Mängden symtom i inledningen kommer inte att ha signifikant samband med antalet sessioner.

I randomiserade studier har forskare funnit att kognitiv beteendeterapi i kombination med medicinering är mer effektivt än enbart KBT (March et al., 2004). I studier utan randomisering har forskningen inte funnit någon skillnad (exempelvis Piacentini et al., 2002; Storch et al., 2007). Eftersom denna studie är utan kontrollgrupp formuleras följande hypotes:

7. Det kommer inte att finnas någon signifikant skillnad i minskning av symtom mellan de barn och ungdomar som medicinerar och de barn och ungdomar som enbart får terapi.

Ålder och kön har i tidigare studier inte funnits påverka resultaten (Barrett et al., 2005; Piacentini et al., 2002; Valderhaug et al., 2007).

8. Ålder kommer inte att ha signifikant samband med minskning av symtom.

9. Kön kommer inte att ha signifikant samband med minskning av symtom.

Utöver dessa hypoteser granskas explorativt huruvida väntetiden påverkar behandlingsresultatet, om behandlingen har effekt på såväl tvångshandlingar som tvångstankar, samt om barn och ungdomar med komorbiditet skiljer sig från dem utan.

Metod

OCD-teamet

OCD-teamet började som ett projekt på barn- och ungdomspsykiatri (BUP) i Lund år 1999. Syftet med projektet var att ha ett specialiserat team som arbetade med tvångssyndrom. Teamet består idag av en psykolog och en kurator som främst arbetar med familjen, och två skötare och en sjuksköterska som har hand om behandlingen med barnen och ungdomarna. Psykologen är utbildad familjeterapeut och handledare, och kuratorn har grundläggande psykoterapiutbildning med inriktning familjeterapi. Sjuksköterskan har grundläggande psykoterapiutbildning i KBT och skötarna har gått en KBT-kurs under ett år. Teamet har fått handledning av en psykolog som är specialist på KBT under flera år. För tillfället saknar teamet en läkare och får använda sig av olika läkare om det behövs medicinering. Under de tre år som studien har genomförts har teamet bestått av samma medlemmar och alla har jobbat i teamet i minst

fem år. Mätinstrument och tillvägagångssätt för att mäta minskning av symtom och familjeanpassning valdes av personal inom OCD-teamet. Efter sista mättillfället inbjöds författarna till att slutföra studien. I samråd med OCD-teamet formulerades ytterligare hypoteser och frågeställningar samt tillvägagångssätt för att besvara dessa.

Undersökningsgrupp

I studien deltog 45 barn och ungdomar (21 pojkar, 24 flickor) i åldrarna 8-18 år ($M = 13,60$; $SD = 2,67$). Barnen och ungdomarna hade på olika sätt remitterats till OCD-teamet, exempelvis från barn- och ungdomspsykiatri i olika städer i Skåne, från skolhälsovården eller via självremisser. Deltagarna var samtliga patienter som teamet haft under den senaste treårsperioden, som fick den speciellt konstruerade behandlingen, samt godkände till att vara med i studien. Alla patienter uppfyllde kriterierna i DSM-IV för diagnosen tvångssyndrom. Åtta av patienterna medicinerades vid behandlingens slut, och sex av patienterna hade någon form av komorbiditet: två hade ätstörningsdiagnos, en depression, en depression i kombination med annan ångeststörning, en ADHD samt tics och en Aspergers syndrom.

Fem av de 45 deltagarna fullföljde inte behandlingen, alltså föll dessa deltagare bort från studien. Deltagarna som föll bort skilde sig inte signifikant från övriga gruppen när det gällde ålder, symtom vid mätning ett, familjeanpassning vid mätning ett, eller medicineringsenligt beräkning med t-test för beroende stickprov. Bortfallet bestod av tre flickor och två pojkar, alltså skilde sig inte könsfördelningen från den övriga gruppen. Av de fem deltagare som avbröt behandlingen hade endast en ytterligare diagnos.

Material

The Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. OCD-teamet använde en översatt version (Tord Ivarsson, läkare på OCD-mottagningen i Göteborg) av CY-BOCS (Scahill et al., 1997) för att diagnosticera och kartlägga patientens problematik. CY-BOCS är generellt ansedd som "gold standard" vid bedömning av tvångssyndrom på barn- och ungdomspsykiatriska kliniker (Gallant et al., 2008). CY-BOCS är en skala som är till för att bedöma svårighetsgraden av tvångssymtom hos barn och ungdomar i åldrarna 6-17 år. Skalan är uppbyggd så att barnet eller ungdomen kan få ett totalpoäng mellan 0-40, och den är uppdelad mellan tvångstankar (0-20 poäng) och tvångshandlingar (0-20 poäng). För att få diagnosen tvångssyndrom utifrån CY-BOCS finns det en generell gränsdragning vid 20 poäng, men be-

roende på ungdomens bedömda svårighet och lidande av sina tvångstankar och/eller handlingar, kan även ett lägre totalpoäng innebära att ungdomen får behandling. Beroende på barnets ålder görs CY-BOCS antingen endast med barnet eller tillsammans med föräldrar. En kliniker eller tränad intervjuare genomför CY-BOCS med halvstrukturerad intervjuteknik. Bedömningen baseras generellt sett på barnets och föräldrarnas uppgifter, men den avgörande bedömningen baseras på intervjuarens kliniska omdöme. CY-BOCS är uppdelad i symtomchecklistor, symtomlistor och bedömning av svårighetsgrad, för tvångshandlingar respektive tvångstankar. På symtomlistan rangordnas de fyra värsta tvångshandlingarna och tvångstankarna, samt undvikandebeteende. Svårighetsgrad mäts efter tidsåtgång, hinder, obehag, motstånd och förmågan att kontrollera.

CY-BOCS har utvärderats i en mängd olika studier. Scahill et al. (1997) fann en god inre överensstämmelse för totalpoängen i CY-BOCS ($\alpha = .87$). Forskarna fann en samstämmighet mellan skattarna för delskalorna tvångstankar respektive tvångshandlingar, och totalpoängen som var god till utmärkt ($r = .66 - .91$). CY-BOCSpoängen visade starkare associationer med ett mått av tvångstänkande än med mått av generell ångest och depression, vilket ger stöd för konvergent och divergent validitet. Scahill et al. (1997) drog slutsatsen att CY-BOCS ger reliabla och valida subskalor och totalpoäng.

Storch et al. (2004) fann god inre överensstämmelse för CY-BOCS resultat på svårighetsgrad av tvångstankar och tvångshandlingar ($\alpha = .80$ och $.82$), och den totala poängsumman ($\alpha = .90$). Test-återtest stabilitet var god för totalpoängen och delskalorna. Dessutom hade CY-BOCS resultat starka korrelationer med kliniskt skattade mått av tvångstankar och tvångshandlingar. Forskarna fann även tillfredställande divergent validitet då CY-BOCS resultat var måttligt relaterat till mått av depression, aggressivt beteende och ADHD symptom, och resultaten var inte signifikant relaterade till kliniska uppskattningar av tics eller självrapporter om generell ångest. Storch et al. kom till slutsatsen att CY-BOCS har reliabilitet och validitet som instrument för bedömning av tvångstankar och tvångshandlingar i barndomen.

Gallant et al. (2008) fann även att CY-BOCS har god begreppsvaliditet och god konvergent validitet; fem CY-BOCS-SC (symtom checklistor) symtomdimensioner var måttligt till högt korrelerade med begreppsmässigt liknande item på ADIS-IV-P (Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Parent Version). Gallant et al. (2008) fann även god diskriminerande validitet; att CY-BOCS-SC symtomdimensioner är relativt oberoende av andra samtida sjukdomar som ofta ses med tvångssyndrom.

Familjeanpassningsskala för barn och ungdomar med tvångssyndrom. Familjeanpassningsskala för tvångssyndrom (FAS) (Calvocoressi et al., 1999) är en semistrukturerad intervju i två delar. Intervjun utförs med en förälder, eller båda. Första delen mäter vilken typ av symptom, med avseende på tvångshandlingar och tvångstankar, barnet uppvisar. Utifrån första delen gör intervjuaren en lista över symptomen. Efter symptomlistan anpassas den andra delen som mäter 12 olika typer av anpassningsbeteenden hos familjen. De 12 olika typerna av anpassningsbeteende graderas på en skala på 1-4 efter hur ofta anpassningsbeteendet sker, eller hur omfattade anpassningen blivit. Totalsumman sträcker sig alltså från 0 till 48.

FAS är i nuläget det enda mätinstrument som mäter hur familjemedlemmar anpassar sig till patienter med tvångssyndrom (Grabill et al., 2008). Den amerikanska versionen av FAS för vuxna uppvisar god inre överensstämmelse ($\alpha = .82$), samt god till utmärkt interbedömarreliabilitet ($r = .75 - .99$; Calvocoressi et al., 1999). Testet korrelerar signifikant med andra mått, som mäter sjukdomens svårighetsgrad, familjens fungerande och upplevd belastning hos familjemedlemmarna. Däremot korrelerar det inte med stress på grund av finansiell belastning eller den belastning som normalt uppstår när anhöriga behöver ta hand om en sjuk familjemedlem. Alltså finns stöd för konvergent och divergent validitet (Calvocoressi et al., 1999).

OCD-teamet i Lund har använt sig av en version som bearbetats och översatts av Kenneth Nilsson och Gabriella Ejeskog (1998) på institutionen för neurovetenskap på Uppsala universitet.

Procedur

Deltagarna testades före behandling, direkt efter behandling, samt cirka ett år efter behandling. CY-BOCS och FAS administrerades av behandlarna vid alla tre tillfällen. Vid första mätningen svarade 43 patienter på CY-BOCS och 44 föräldrar svarade på FAS. Efter genomförd behandling svarade 40 patienter på CY-BOCS och 41 föräldrar svarade på FAS. Vid ett års uppföljning svarade 32 patienter på CY-BOCS och 32 föräldrar svarade på FAS.

Efter att samtliga uppföljningar gjorts undersöktes det utifrån barnens och ungdomarnas journaler vilka typer av tvångstankar och tvångshandlingar som förekommit, samt om det uppkom några andra diagnoser eller annan psykiatrisk problematik efter behandling och fram till november 2009. Eftersom gruppen bestod av få personer var det inte möjligt att genomföra en klusteranalys för att statistiskt undersöka huruvida det fanns olika symptomgrupper. I stället

gjordes en beskrivning av gruppen med avseende på vilka symtom som förekommit enligt CY-BOCS skattningarna.

Behandlingsmetod. Behandlingsmetoden följde en planering som OCD-teamet lagt upp utifrån kognitiv beteendeterapeutisk teori om tvångssyndrom. Metoden överensstämde med den beskrivning av kognitiv beteendeterapi som getts ovan, med undantag av att behandlarna endast i undantagsfall lärde ut andnings- och avslappningsövningar, samt i mindre utsträckning gjorde skillnad på tvångshandlingar och tvångstankar i inledningen av terapin.

Behandlingsplanen bestod av 12 tillfällen, som var indelade i tre moduler. I den första modulen träffade teamet patienten i hemmet fyra gånger för beteendeanalys, målformulering och beteendeträning, samt en gång i hemmet för föräldrastöd. Efter detta hade teamet, patienten och familjen ett familjesamtal på mottagningen. I andra modulen hade teamet beteendeträning med patienten fyra gånger och en gång föräldrastöd i hemmet, och efter det kom patienten och föräldrarna till mottagningen för gemensamt familjesamtal. Slutligen i tredje modulen så hade teamet i patientens hem beteendeträning och individuell utvärdering under fyra tillfällen och vid ett tillfälle föräldrastöd. Till sist fick patienten och föräldrarna komma till mottagningen för gemensam utvärdering. Teamet träffade barnet eller ungdomen i sitt hem ungefär två gånger per vecka till att börja med och sedan glesare, och hela behandlingen tog i genomsnitt 3 månader.

I vissa fall behövde patienten färre än 12 tillfällen, ibland fler. Behandlingen utvärderades i sin helhet, vilket innebar att även dessa extra behandlingstillfällen ingick i uträkningen. Om barnen och ungdomarna fortfarande led av sina tvångstankar och/eller tvångshandlingar efter andra mättillfället, och uttryckte behov av ytterligare behandling kunde detta erbjudas.

Resultat

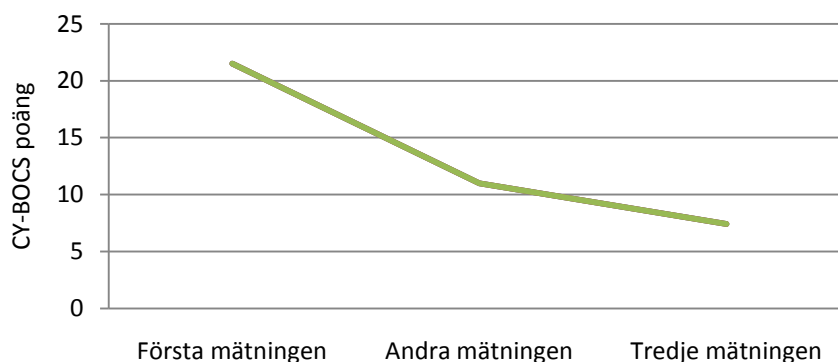
Statistisk bearbetning

I de fall där data signifikant avvek från normalfördelning (vilket bryter mot en av grundförutsättningarna för parametriska test) användes även icke-parametriska tester (Wilcoxon signed rank test och Friedman test). Resultatet av dessa var att samma skillnader var signifikanta när det gällde minskning av familjeanpassning och minskning av symtom, såväl tvångstankar som tvångshandlingar, samt totala CY-BOCSpoängen. Eftersom parametriska tester anses vara robusta när det gäller avvikelser från grundförutsättningarna (Ho, 2006) och några av analy-

serna inte gick att göra med icke-parametriska test, till exempel tvåvägs variansanalys för beroende stickprov, redovisas resultaten av de parametriska testen nedan.

Symtomskattning. För att testa hypotesen att behandlingen signifikant minskade barnen och ungdomarnas symtom (hypotes 1) utfördes envägs variansanalys för beroende mätningar, vilken visade en signifikant skillnad mellan de tre mätningarna och η^2 (ett mått på effektstorlek) var hög ($F(2, 62) = 83.15, p = .00, \eta^2 = .73$). En statistiskt signifikant medelvärdeskillnad kunde fastställas för den första och den andra mätningen av symtom med CY-BOCS med t-test för beroende stickprov ($t(39) = 10.04, p = .00$), vilket betyder att symtomen minskade signifikant från den första mätningen till den andra. Effektstorleken beräknat med Cohens d (Cohen, 1992) på en jämförelse mellan första och andra mätningen (hypotes 2) med CY-BOCS, var stor ($d = 1.65$).

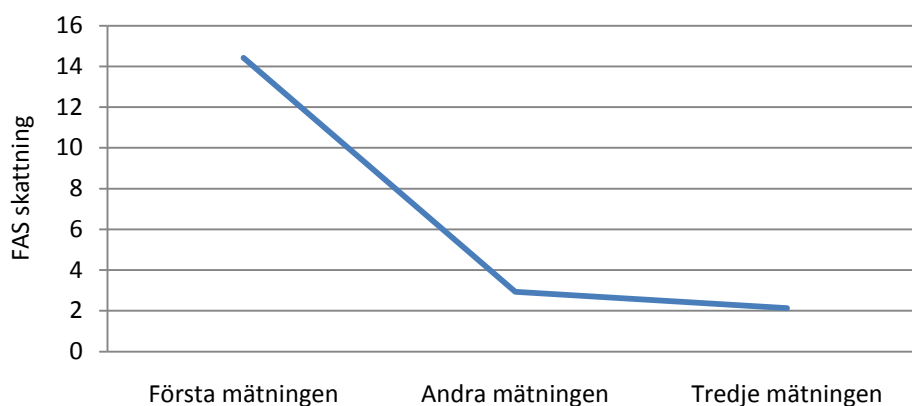
För att undersöka om symtomen minskat ytterligare vid uppföljning ett år efter behandling (hypotes 3) genomfördes ett t-test för andra och tredje mätningen. Det visade att symtomen hade minskat signifikant ($t(31) = 2.53, p = .02$). I figur 1 illustreras hur CY-BOCSpoängen minskade över tid.



Figur 1. Medelvärden för CY-BOCSpoängen över de tre mätningarna (N=31)

Även symtomminskningens medelvärde i procent visade att behandlingen var effektiv. Mellan första och andra mätningen var den 49 % (variationsvidd: 31 % ökning till 100 % minskning) och mellan första och tredje mätningen var den 77 % (variationsvidd: 17 % - 100 %). Fyra patienter var helt symtomfria vid andra mättillfället och vid tredje mättillfället var ytterligare fem helt symtomfria. Det var 11 patienter som hade ett totalt CY-BOCSpoäng mellan 0-2 efter den tredje mätningen.

Familjeanpassning. Graden av familjeanpassning analyserades med envägs variansanalys för beroende stickprov för att undersöka om familjeanpassningen signifikant minskat efter behandling (hypotes 4). Det fanns en signifikant skillnad över de tre mättillfällena ($F(2, 63) = 57.40, p = .00, \eta^2 = .65$). Skillnaden var statistiskt signifikant från första mätningen till andra mätningen ($t(40) = 8.36, p = .00$), enligt beräkning med t-test för beroende stickprov. Grad av familjeanpassning var signifikant lägre vid den andra mätningen. Den andra mätningen skiljde dock inte sig signifikant från den tredje ($t(31) = .82, p = .42$); alltså hade grad av familjeanpassning inte sjunkit signifikant mellan andra och tredje mätningen (se figur 2).



Figur 2. Medelvärden för FAS under de tre mätningarna ($N=32$)

För att undersöka om familjeanpassningen hade signifikant positivt samband med symtom över tid (hypotes 5a) gjordes korrelationsberäkningar. Vid första mätningen korrelerade FAS signifikant med CYBOCS ($r = .31, p = .04$). Vid andra mätningen fanns inget signifikant samband mellan FAS och CYBOCS ($r = .17, p = .28$). Vid uppföljningen fanns återigen ett signifikant samband ($r = .45, p = .01$).

Dessutom gjordes en regressionsanalys för att se om reduktion i familjeanpassning predicerade symtomreduktion (hypotes 5b). Det testades för om FAS vid första och andra mättillfället kunde predicera mängden symtom mätt med CY-BOCS vid andra mättillfället, när symtom vid första mättillfället kontrollerats för. Det visade sig att så inte var fallet. Varken FAS resultaten vid första ($p = .97$) eller andra ($p = .34$) mättillfället kunde signifikant predicera symtomreduktion.

Mängd symtom och antal sessioner. Totala antalet sessioner varierade mellan 5 och 44 gånger ($M = 16.51$, $SD = .90$). Hypotes 6; att mängden symtom i inledningen inte kommer att ha signifikant samband med antalet sessioner, testades genom korrelationsberäkningar. CY-BOCS vid första mätningen hade signifikant positivt samband med totala antalet sessioner ($r = .503$, $p < .01$), antalet sessioner mellan första och andra mätningen ($r = .44$, $p < .01$), samt mellan andra och tredje mätningen ($r = .41$, $p < .01$).

Även FAS vid första mätningen hade signifikant positivt samband med totala antalet sessioner ($r = .32$, $p = .04$) och antalet sessioner mellan första och andra mätningen ($r = .42$, $p < .01$), men inte med antalet sessioner mellan andra och tredje mätningen ($r = .16$, $p = .31$). En partiell korrelation där FAS vid första mättillfället korrelerades med antalet sessioner och CY-BOCS vid första mättillfället kontrollerades för gav inget signifikant samband ($r = .19$, $p = .25$).

Medicinering i kombination med terapi. En tvåvägs variansanalys för beroende mätningar (3×2) genomfördes för att undersöka om det fanns någon skillnad i minskning av symtom mellan de patienter som medicinerade och de patienter som enbart fick terapi (hypotes 7). Variansanalysen visade ingen signifikant interaktionseffekt mellan medicinering och terapi över de tre mättillfällena ($F(2, 60) = .50$, $p = .61$). Däremot fanns signifikant mer symtom i gruppen som medicinerade ($F(1, 30) = 9.45$, $p = .00$).

Ålder. För att testa om ålder hade signifikant samband med minskning av symtom (hypotes 8) genomfördes en variansanalys för beroende mätningar med ålder som kovariat. Variansanalysen visade ingen signifikant åldersskillnad över de tre mätningarna med CY-BOCS ($F(2, 60) = .43$, $p = .65$).

Kön. För att testa om kön hade något signifikant samband med minskning av symtom (hypotes 9) genomfördes en tvåvägs variansanalys för beroende mätningar (3×2). Den visade en tendens till interaktionseffekt mellan kön och minskning av CY-BOCSpoäng ($F(2, 58) = 3.03$, $p = .06$). Flickorna hade något högre medelvärdespoäng på CY-BOCS vid andra mättillfället, vilket kan ses i tabell 2.

Tabell 2.

*CY-BOCS*poäng över de tre mättillfällena fördelat på kön.

CY-BOCS	Kön	<u>M</u>	SD
Mättillfälle 1	Pojkar	20,19	5,82
	Flickor	22,88	6,41
Mättillfälle 2	Pojkar	8,06	6,25
	Flickor	13,69	6,97
Mättillfälle 3	Pojkar	7,44	6,51
	Flickor	7,63	7,18

Antalet sessioner före andra mätningen ($t(40) = -.15, p = .88$), respektive efter andra mätningen skilde sig inte signifikant mellan könen ($t(40) = .83, p = .41$) beräknat med t-test för oberoende stickprov. Medelvärden för totala antalet sessioner var väldigt lika (flickor: $M = 15.43, SD = 6.04$; pojkar: $M = 16.74, SD = 9.72$).

Väntetid. Väntetid mellan remissdatum och bedömning var 1-23 veckor ($M = 4.80; SD = 3.81$) och mellan bedömning och behandling 1-35 veckor ($M = 8.18; SD = 5.44$). Det fanns inget signifikant samband mellan väntetid och symtom efter behandling när symtomskattning vid det första mättillfället kontrollerats för, varken när det gällde väntetid mellan remiss och bedömning ($r = -.03, p = .85$) eller när det gällde väntetid mellan bedömning och behandling ($r = -.19, p = .24$).

Tvångstankar och tvångshandlingar. Envägs variansanalys för beroende mätningar för tvångstankar visade en signifikant skillnad mellan mättillfällena ($F(2, 62) = 61.26, p = .00$). T-test för tvångstankar visade på signifikant skillnad mellan första mättillfället och andra mättillfället ($t(39) = 8.17, p = .00$), samt mellan andra och tredje mättillfället ($t(31) = 2.61, p = .01$).

Envägs variansanalys för beroende mätningar för tvångshandlingar visade signifikant skillnad mellan mättillfällena ($F(2, 62) = 80.82, p = .00$). T-test för tvångshandlingar visade på signifikant skillnad mellan första och andra mättillfället ($t(39) = 10.28, p = .00$), samt andra och tredje mättillfället ($t(31) = 2.39, p = .02$). För medelvärden över de tre mättillfällena se tabell 3.

Tabell 3.

Tvångstankar och tvångshandlingar över de tre mättillfällena

CY-BOCS		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>
Mättillfälle 1	Tvångstankar	10,36	3,11	44
	Tvångshandlingar	10,75	3,34	44
Mättillfälle 2	Tvångstankar	5,55	3,57	40
	Tvångshandlingar	5,25	3,41	40
Mättillfälle 3	Tvångstankar	3,67	3,57	33
	Tvångshandlingar	3,64	3,45	33

Komorbiditet. Tvåvägs variansanalys för beroende mätningar (3x2) visade att de barn och ungdomar som hade någon form av komorbiditet inte skilde sig signifikant från de barn och ungdomar som inte hade någon form av komorbiditet över de tre mättillfällena med CY-BOCS ($F(2, 60) = 1.16, p = .32$). T-test visade att barnen och ungdomarna med komorbiditet inte heller signifikant skilde sig från den övriga gruppen med avseende på symtom vid första mättillfället ($t(42) = .85, p = .40$), varken när det gällde enbart tvångstankar ($t(42) = .73, p = .47$), eller enbart tvångshandlingar ($t(42) = .85, p = .40$).

Typ av tvångstankar och tvångshandlingar

De mest förekommande tvångstankarna och tvångshandlingarna enligt barnens och ungdomarnas CY-BOCS skattningar kan översiktligt ses i tabell 4, och en mer omfattande tabell finns som bilaga.

De dominerande tvångstankarna i gruppen var: tankar om smitta, aggressiva tvångstankar och tankar om symmetri och ordning. Ungefär 73 % av undersökningsgruppen hade tankar som gick under rubriken *övriga tvångstankar*, och mest förekommande var *en obehaglig känsla av att det inte känns rätt när ritualer inte genomförs på ett visst sätt* (57 %).

De dominerande tvångshandlingarna var: rengöringshandlingar, kontrolleringstvång, upprepningsritualer, mentala ritualer och arrangeringstvång. En stor del av barnen utförde *övriga tvångshandlingar*, och av dessa bestod större delen av behov av att knacka, vidröra eller gnida (34 %), samt av behov av att upprepa tills det känns precis rätt (32 %).

Tabell 4.

Typ av symtom i inledningen av terapin

Typ av symtom		Andel	
Tvångstankar	Övriga tvångstankar	73 %	
	Aggressiva tvångstankar	73 %	
	Tvångstankar rörande smitta	61 %	
	Symmetri och ordning	50 %	
	Magiska/vidskepliga tvångstankar	39 %	
	Tvångstankar rörande samlande/sparande	36 %	
	Religiösa tvångstankar (skrupulositet)	32 %	
	Sexuella tvångstankar	20 %	
	Kroppsliga tvångstankar	20 %	
	Sensorisk överkänslighet	25 %	
	Tvångshandlingar	Övriga tvångshandlingar	77 %
		Tvätt/rengöringshandlingar	70 %
Kontrolleringstvång		59 %	
Mentala ritualer		59 %	
Upprepningsritualer		57 %	
Arrangeringstvång		55 %	
Räknetvång		34 %	
Magiska lekar		30 %	
Spara/samla		23 %	
Ritualer som involverar andra		18 %	

Kontakt med psykiatrin efter avslutad behandling

Granskning av barnen och ungdomarnas journaler under hösten 2009 visade att tretton av dem hade etablerat nya kontakter inom psykiatrin efter avslutad behandling på OCD-teamet. Mest förekommande var att barnen och ungdomarna sökte på grund av depression, suicidtankar och/eller ångest. Nedan följer en tabell över de diagnoser eller problemområde som fanns dokumenterade efter behandling. Notera att ett barn eller en ungdom efter behandling kan ha fått flera ytterligare diagnoser, alltså ha hög samsjuklighet, så samma individ kan förekomma flera gånger i tabellen. Endast en individ sökte hjälp primärt för sina återkommande besvär av tvång. Fler ungdomar hade fortfarande kvar tvångssyndrom som diagnos men det var inte anledningen till att ungdomarna sökte psykiatrisk vård igen.

Tabell 5.

Psykiatrisk problematik efter behandling

Psykiatrisk problematik	Antal
Depression	8
Suicidtankar	4
Ångest	4
ADHD/koncentrationssvårigheter	3
Ätstörning	3
Panik-/ångestattack	2
Misstänkt autismspektrumstörning	2
Återkommande besvär av tvångssyndrom	1
Psykosmisstanke	1
Missbruksproblematik	1
Låg självkänsla	1
Sömnsvårigheter	1

Diskussion

Den statistiska analysen visar en statistiskt signifikant symtomreduktion över de tre mättillfällena. Slutsatsen kan dras att behandlingen är effektiv för minskning av tvångstankar och tvångshandlingar samt att resultatet håller i sig upp till ett år efter behandling, vilket bekräftar hypotes 1 och 3. Effektstorleken beräknat på en jämförelse före och efter behandling, är stor, och detta bekräftar även den andra hypotesen. Behandlingseffekten är jämförbar med den som setts i tidigare studier både när det gäller effektstorlek (Benazon et al., 2002; Bolton & Perrin, 2008; Himle et al., 2003; Storch et al., 2007; Valderhaug et al., 2007) och medelvärde av symtomminskningen (March et al., 2004; Martin & Thienemann, 2005; Valderhaug et al., 2007).

Den fjärde hypotesen (*familjeanpassningen kommer att ha minskat signifikant efter behandling*) bekräftas då behandlingen minskade familjeanpassningen signifikant från den första mätningen till den andra. Familjeanpassningen fortsatte att vara låg mellan andra och tredje mätningen. I likhet med tidigare studie (Merlo et al., 2009) visar den statistiska analysen att föräldrastöd har en god effekt för att minska familjeanpassning.

I början av behandlingen hade familjeanpassningen signifikant samband med symtom; mer symtom hade samband med mer anpassning, vilket delvis ger stöd för hypotes 5a (*att familjeanpassningen kommer att ha signifikant positivt samband med symtom över tid*). Korrelationen säger dock inte om det är familjeanpassningen som påverkar symtomen eller tvärt-

om. Vid andra mättillfället finns det ingen signifikant korrelation mellan familjeanpassning och symtom, då symtomen inte minskar lika fort som familjeanpassningen. Vid uppföljning finns återigen ett signifikant samband mellan symtom och familjeanpassning. Dessa resultat visar att innan behandlingen har familjen anpassat sig till barnets symtom, men efter familjestödet under behandlingen minskar föräldrarna sin anpassning, fast barnens och ungdomarnas symtom sjunker inte lika fort. Vid uppföljningen har familjen hittat en ny balans där symtomen ligger i nivå med den nya lägre anpassningsgraden. Resultatet från denna studie skiljer sig alltså till viss del från den tidigare studien av Merlo et al. (2009) eftersom det efter behandling inte finns något samband mellan symtom och familjeanpassning. Det tycks rimligt att tro att det kan vara lättare för föräldrarna att minska sin anpassning till tvångssyndromet, än för barnen och ungdomarna att ge upp sina tvångshandlingar. Kanske är det därför symtomen och familjeanpassningen minskar i olika takt. Eftersom regressionsanalysen visar att familjeanpassningen inte kan predicera symtom efter behandling går det inte att säga att en stor eller liten minskning av familjeanpassning påverkar symtomen. Hypotes 5b (*att reduktion i familjeanpassning kommer att predicera symtomreduktion*) finns det därmed inget statistiskt stöd för. Det innebär också att uppsatsen inte ger stöd för den teori som presenteras av Merlo et al. (2009) som går ut på att familjeanpassning försvårar behandling.

Det finns heller inget statistiskt stöd för den sjätte hypotesen (*mängden symtom i inledningen kommer inte att ha signifikant samband med antalet sessioner*), då de barn och ungdomar som hade mest symtom fick fler sessioner. Resultatet avviker alltså från den tidigare studien av Piacentini et al. (2002). Slutsatsen kan dras att ett visst antal sessioner inte räcker för alla, utan att symtombilden måste tas med i beräkningarna när behandlarna bestämmer hur många sessioner den enskilde patienten behöver.

Även familjeanpassning har samband med antalet sessioner mellan första och andra mätningen, men inte mellan andra och tredje mätningen. Att familjeanpassningen har samband med antalet sessioner säger egentligen inte något om att familjer med högre anpassning behöver fler sessioner. Det är snarare så att mängden symtom påverkar både antalet sessioner och familjeanpassningen vid första mätningen. Vilket också visar sig när mängden symtom kontrolleras för och sambandet mellan familjeanpassning och antalet sessioner inte längre är signifikant.

Barn och ungdomar som medicinerar under terapin får inte signifikant större symtomminskning än barn och ungdomar som inte medicineras, vilket ger stöd för den sjunde hypotesen (*det kommer inte att finnas någon signifikant skillnad i minskning av symtom mellan barn och ungdomar som medicinerar och barn och ungdomar som enbart får terapi*). Re-

sultatet är också i överensstämmelse med tidigare icke randomiserade studier (exempelvis Piacentini et al., 2002; Storch et al., 2007). Samtidigt har barn och ungdomar som får medicin mer symtom. Vilket är i enlighet med socialstyrelsens rekommendationer (2009) om att medicinering i kombination med terapi ska ges vid svåra tillstånd. Några av barnen påbörjade medicinering innan terapin, några påbörjade medicinering under terapin och några under uppföljningen. Det gör det svårt att dra slutsatser om terapins effekt i relation till terapi i kombination med medicinering. Eftersom barnen inte slumpmässigt fördelats mellan gruppen som medicinerar och gruppen som enbart får terapi kan det även finnas andra skillnader mellan grupperna som påverkat resultatet.

Den åttonde hypotesen (*ålder kommer inte att ha signifikant samband med minskning av symtom*) bekräftas eftersom det inte finns någon signifikant åldersskillnad när det gäller behandlingsresultatet. Det är överensstämmande med tidigare studier på området (Barrett et al., 2005; Piacentini et al., 2002; Valderhaug et al., 2007). Eftersom det är rimligt att tänka sig att behandlingen behöver anpassas utifrån barnens och ungdomarnas mognadsnivå tyder det på en god anpassningsförmåga hos behandlarna. Då behandlarna i denna studie har lång erfarenhet inom barn- och ungdomspsykiatri är det möjligt att det är en viktig faktor som har påverkat behandlingen positivt och att behandlare utan denna erfarenhet skulle kunna få andra resultat.

Det finns ingen signifikant skillnad mellan könen när det gäller behandlingsresultat, vilket bekräftar den nionde hypotesen (*kön kommer inte att ha signifikant samband med minskning av symtom*). Tidigare forskning har visat samma resultat (Barrett et al., 2005; Piacentini et al., 2002; Valderhaug et al., 2007). I denna studie finns det när det gäller könskillnader en tendens till att pojkarnas symtom minskade snabbare än flickornas, men vid uppföljning ligger symtomen på samma nivå. Då pojkar och flickor i genomsnitt fick samma antal behandlingstillfällen kan denna skillnad inte förklaras utifrån att flickorna fått mindre behandling vid andra mättillfället. Utifrån resultaten är det rimligt att tänka sig att om OCD-teamet enbart skulle erbjuda det behandlingspaket som ges mellan första och andra mätningen skulle det innebära att flickorna skulle skatta mer symtom vid avslutad behandling än pojkarna. Att det finns en tendens till att flickorna har högre poäng på CY-BOCS vid andra mätningen kan bero på olika saker. Möjligen krävs det fler sessioner för flickorna än för pojkarna för att symtomen ska minska. Samtidigt skilde sig inte antalet sessioner totalt mellan flickor och pojkar vilket innebär att flickorna inte behöver mer behandling totalt. Den kliniska erfarenheten säger att barn och ungdomar efter behandling skattar mer symtom på grund av en ökad medvetenhet om sitt beteende och tvångssyndrom generellt. En spekulering är att detta

gällde för flickorna mer än för pojkarna. Samtidigt visar den statistiska analysen bara en tendens till könsskillnad och resultatet kan alltså sannolikt ha uppkommit av slumpen.

Det finns inget signifikant samband mellan väntetid och symtom efter behandling varken när det gäller väntetid mellan remiss och bedömning eller när det gäller väntetid mellan bedömning och behandling. Även om väntetiden i sig inte ökar tvångssymtomen så handlar det om barn och ungdomar där tvångssyndrom kan vara ett hinder för den normala utvecklingen, till exempel hindra dem från att gå i skolan och utveckla vänskapsrelationer. I längden innebär det att barnen och ungdomarna går miste om erfarenheter som är viktiga för utvecklingen och för barnens och ungdomarnas välbefinnande och självkänsla (Piacentini et al., 2003; Stewart et al., 2004; Valderhaug & Ivarsson, 2005). Därför är det viktigt att minimera väntetiden så mycket som möjligt.

Både för tvångstankar och tvångshandlingar finns det en signifikant behandlingseffekt, dessutom finns det en signifikant skillnad mellan första mättillfället och andra mättillfället, samt mellan andra och tredje mättillfället. Alltså är behandlingen effektiv för både tvångstankar och tvångshandlingar, även om behandlingen främst inriktar sig på förändring av tvångshandlingarna. Vilket stödjer kognitiv beteendeterapeutisk teori om behandling av tvångssyndrom. Det vill säga att om barnet inte utför beteendet så minskar ångesten vilket leder till att tvångsbeteendet inte längre är nödvändigt och med tiden minskar även de utlösande tvångstankarna (Franklin et al., 2007).

Barn och ungdomar som har någon form av komorbiditet skiljer sig inte signifikant från barn och ungdomar som inte har det över de tre mättillfällena med CY-BOCS varken när det gäller hela skalan eller när det gäller enbart tvångshandlingar eller enbart tvångstankar. Barn och ungdomar med komorbiditet verkar alltså svara lika bra på behandlingen som barn och ungdomar utan. Det är dock svårt att generalisera resultatet då endast ett fåtal av barnen och ungdomarna som deltar över alla tre mättillfällena har dokumenterad komorbiditet. Det hade varit intressant att se på hur olika typer av komorbiditet påverkar behandlingsresultatet och symtombilden i likhet med Storch et al. (2008a), något som dock inte varit möjligt i denna studie på grund av det lilla antalet barn och ungdomar med komorbiditet och den stora spridningen på diagnoser i studien. Det är också anmärkningsvärt att så få av deltagarna har någon form av komorbiditet. Det skulle kunna bero på att många av barnen och ungdomarna inte har haft kontakt med psykiatrin förut och därför har inte några andra psykiatriska tillstånd upptäckts eller diagnostiserats. En del av barnen och ungdomarna fick dock fler psykiatriska diagnoser efter behandlingen när de sökte vård igen, vilket talar för att det i realiteten fanns högre komorbiditet än som fanns dokumenterad under behandlingstiden.

De dominerande tvångstankarna som fanns hos dessa barn och ungdomar var bland annat tankar om smitta, aggressiva tvångstankar och tankar om symmetri och ordning. De dominerande tvångshandlingarna var rengöringshandlingar, kontrolleringstvång, upprepningsritualer, mentala ritualer och arrangeringstvång. Utöver dessa fanns en obehaglig känsla av att det inte känns rätt när ritualer inte genomförs på ett visst sätt hos 57 %. Det är intressant eftersom forskare i tidigare studier har funnit en tendens till att patienter med aggressiva tvångstankar och kontrolleringstvång svarar bättre på behandling (Storch et al., 2008b), men att upprepningsstvång finns i stor utsträckning i grupper som inte svarar på behandling (Storch et al., 2008c). Kanske hade en grupp med andra typer av tvångssymtom svarat annorlunda på behandlingen.

Tretton av de fyrtiofem barn och ungdomar som genomgick behandlingen sökte i efterhand sig till psykiatrin och fick ytterligare diagnos eller diagnoser. För några av dessa barn och ungdomar skapade kanske frånvaron av tvångshandlingar och tvångstankar utrymme för svåra tankar och känslor som det inte har funnits plats för tidigare. Några av dem har kanske gått miste om livserfarenheter och vänskapsband på grund av den tidsåtgång och det utanförskap som tvångssyndrom kan innebära (Stewart et al., 2004), vilket skulle kunna ligga till grund för en sorgereaktion och kanske även depression. Möjligen har tvångssyndromet för vissa barn och ungdomar varit ett sätt att hantera ångest och stress relaterat till en problematisk livssituation. När tvångssyndromet behandlats, men omgivningsfaktorerna och svårigheten att hantera dem finns kvar skapas nya symtom. Andra barn har kanske haft en komorbiditet som upptäckts först efter påbörjad behandling.

Studiens fördelar och begränsningar

En av fördelarna med studien är att den gjorts inom en barn- och ungdomspsykiatrisk klinik och inte på ett universitet. Det är en fördel eftersom den ger ett mått på hur kognitiv beteendeterapi mot tvångssyndrom fungerar i praktiken. En skillnad mellan studier som gjorts i forskningsmiljö och studier som görs på en vanlig klinik är att det inte finns bortvalskriterier. Det medför att det i den här studien till exempel finns komorbiditet hos deltagarna. Det innebär också att organisationen och behandlarna påverkas av faktorer som kanske inte i samma utsträckning finns i en forskningsmiljö, exempelvis läkarbrist och besparingskrav. Behandlarna hade inte heller möjligheten att utvärdera hur deras behandlingsmetod hade fungerat om de varit strikta med att ge alla patienter lika många sessioner, det vill säga de tänkta 12 sessionerna. Deras behandling har därmed endast kunnat utvärderas som en behandling med flexibel

tidsrymd och antal sessioner. Något annat hade inte varit etiskt försvarbart eftersom barnen och ungdomarna primärt var patienter inom sjukvården och endast sekundärt fungerade som deltagare i en studie. Att ge alla barn och ungdomar ett bestämt antal sessioner fungerade inte i praktiken, utan symtombilden togs med i beräkningarna när behandlarna bestämde antal sessioner som behövdes.

Samtidigt finns det begränsningar med kvasiexperimentella studier. Det finns till exempel ingen kontrollgrupp, vilket innebär att det inte finns någon garanti för att det inte är något annat än terapin som orsakat förändringen i gruppen. Vad som talar mot att resultaten skulle ha uppkommit av andra orsaker är att forskare i tidigare studier funnit mycket liten förändring i kontrollgrupper (se tabell 1). I placebogrunder har tidigare studier exempelvis visat på en medelsymtomminskning på 15 % (March et al., 2004) och i ytterligare studier så har ingen minskning funnits i grupper som står på väntelista (Barrett, et al. (2004), refererat i Valderhaug, et al. (2007)), att jämföra med 49 % i denna studie.

Urvalet är inte slumpvis valt ur en större population, utan istället används samtliga som sökt behandling under en viss period. Kanske fanns det specifika egenskaper hos de individer som behandlades under tidsperioden som undersöks, vilket skulle kunna påverka generaliserbarheten. Det skulle kunna finnas svårigheter med att generalisera resultaten utanför klinikens upptagningsområde, samtidigt kommer barnen och ungdomarna från olika orter vilket ökar generaliserbarheten.

Det kan ha funnits både fördelar och nackdelar med att samma behandlare utfört både för- och eftermätningar för de enskilda patienterna. En fördel är att resultaten inte påverkats av att olika personer skattat på olika sätt, samtidigt som en behandlare skulle kunna ha en tendens att skatta något högre, eller lägre vid samtliga tillfällen, vilket skulle kunna påverka resultaten. Det kan också ha påverkat resultaten att behandlarna själva utförde mätningarna, eftersom behandlarna skapade en relation med barnen och ungdomarna. Denna relation kan ha inneburit att det fanns en arbetsallians där barnen och ungdomarna kunde uttrycka sig öppet, men det kan även ha inneburit att barnen och ungdomarna ville göra behandlarna nöjda genom att säga att symtomen minskat. Det är även möjligt att barnen och ungdomarna efter en tid blev mer medvetna om sin problematik och blev mer hjälpsökande och mer motiverade till förändring.

I studien används enbart två utfallsmått. Det skulle kunna vara intressant att se på behandlingsresultatet även utifrån andra perspektiv än minskning av symtom på tvångssyndrom och familjeanpassning. Studien visar till exempel inte om barnen och ungdomarna upplever andra symtom i anslutning till mättillfällena, som till exempel ångest eller depression som inte

är anknuten till tvångssyndromet. Det går därför inte att se om de färdigheter som barnen och ungdomarna lär sig i terapin även går att tillämpa på övrig ångest, vilket hävdats i tidigare studier (Storch et al., 2008a). Det går inte heller att se hur nöjda patienterna är med behandlingen och hur de upplever terapin och behandlarna.

Att använda sig av översatta intervjuguider kan innebära ett problem eftersom mätinstrumentet flyttas från den kultur och det sammanhang det är konstruerat i. Det finns också en risk att viktiga nyanser i språket inte följer med i översättningen och att det därmed inte längre är samma instrument. I den här studien används emellertid intervjuguider som till stor del är symtomchecklistor vilka följer de diagnoskriterier som etablerats av det internationella forskarsamhället (American Psychiatric Association, 2002). Det innebär att det är rimligt att anta att intervjuguiderna inte förändrats i översättningen på ett sätt som påverkar möjligheten att dra slutsatser av resultaten och jämföra dem med tidigare studier. Att intervjuerna dessutom utförs av erfarna kliniker innebär att barnens och ungdomarnas symtom troligen täcks av på ett tillfredsställande sätt.

Det kan ses som en nackdel med studien att behandlingen utvärderas som en helhet eftersom det innebär att det inte går att urskilja om det är någon enskild del som gett mer eller mindre effekt. Samtidigt handlar behandlingsarbete ofta om samverkande faktorer där det är svårt att urskilja särskilda metoders effektivitet. Det är möjligt att metoderna är mer effektiva tillsammans än som separata faktorer.

Att studien har få deltagare påverkar möjligheten att dra slutsatser av de statistiska resultaten. Ett litet antal deltagare gör att sannolikheten för att det statistiskt inte syns någon signifikant skillnad ökar. Samtidigt har denna studie fått signifikanta resultat trots det lilla antalet deltagare, vilket stärker slutsatsen att behandlingen har en god effekt.

Det är möjligt att behandlingen är ännu effektivare än vad den statistiska utvärderingen visar då en del barn och ungdomar fick mer behandling efter det andra mättillfället, men av olika anledningar inte kom till uppföljningstillfället ett år senare. En del barn och ungdomar kom inte till tredje mättillfället just för att dessa barn och ungdomar inte längre hade besvär med sina tvång. Därför finns inte dessa positiva utvecklingar med i resultatet. Kanske kan det också vara så att en minskad familjeanpassning (Merlo et al., 2009, se ovan), samt en ökad kunskap om tvångssyndrom gör att barnen blir mer medvetna om sina symtom, vilket gör att barnen ser mer symtom vid andra mättillfället än vid första och därmed skattar fler symtom, trots att symtomen i realiteten inte har ökat.

Slutsats

Liksom tidigare studier om kognitiv beteendeterapi med familjestöd har visat är den här typen av terapi effektiv vid behandling av tvångssyndrom hos barn och ungdomar. Medelvärde för symtomminskningen är 49 % efter behandling och effektstorleken är stor ($d = 1.65$). Symtomen minskar ytterligare vid uppföljning. Föräldraanpassning, komorbiditet, medicinering, väntetid, ålder och kön påverkar inte signifikant behandlingsutfallet. Barn och ungdomar med mer symptom i inledningen har behov av fler sessioner. Tretton barn och ungdomar har eller har haft kontakt med psykiatri efter behandlingen och en del av dem har fått nya diagnoser. Mest förekommande är att de söker på grund av depression, suicidtankar och/eller ångest, vilket stämmer överens med studier kring komorbiditet (se exempelvis Storch et al., 2008a). Det är rimligt att dra slutsatsen att behandlingen är effektiv för barn och ungdomar med tvångssyndrom och att dessa barn och ungdomar bör få tillgång till behandlingen, samtidigt som det är en grupp med mycket komorbiditet, som även kan behöva andra typer av behandling.

Framtida studier

Även då denna studies primära syfte var att utreda om behandlingen minskade mängden tvångssymtom så vore det intressant att i framtida studier ha med fler mätinstrument för att mäta andra aspekter av barnen och ungdomarnas välbefinnande, till exempelvis ångest eller salutogena faktorer i barnens och ungdomarnas liv. Det skulle då vara intressant att se på det som Antonovsky (2005) kallar för KASAM. Det vill säga upplevelsen av begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet i vardagen. Kanske hade man även kunnat komplettera med intervjuer för att undersöka familjernas upplevelse av behandlingen. På så vis hade en bredare bild av hur behandlingen påverkar patienternas hälsa och eventuella förbättringar av terapin kunnat nås om studien skulle replikeras.

I denna studie kan det fastställas vilka som är de mest förekommande tvångstankarna och tvångshandlingar, men då det inte finns tillräckligt med deltagare för att se hur vissa typer av symptom svarar på behandling, är detta något som skulle kunna undersökas vidare (se exempelvis Storch et al., 2008b).

Med en mer experimentell design hade det vidare kunnat undersökas vilka delar av behandlingen som är mest effektiva eller om det är interaktionen av de olika behandlingsteknikerna som ger effekt.

Referenser

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 36*(1), 55-63.
- American Psychiatric Association. (2002). *MINI-D IV diagnosiska kriterier enligt DSM-IV-TR* (J. Herlofson & M. Landqvist, Övers.). Sverige, Danderyd: Pilgrim press.
- Amir, N., Freshman, M., & Foa, E. B. (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders, 14*, 209-217.
- Antonovsky, A. (2005). *Hälsans mysterium* (M. Elfstadius, Övers.). Stockholm: Natur och Kultur. (Originalarbete publicerat 1987).
- 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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(10), 1005-1014.
- Barton, R., & Heyman, I. (2009). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health, 19*(2), 67-72.
- Bejerot, S. (2002). *Tvångssyndrom/OCD. Nycklar på bordet*. Stockholm: Cura Bokförlag.
- Benazon, N. R., Ager, J., & Rosenberg, D. R. (2002). Cognitive behavior therapy in treatment-naïve children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *Behavior Research and Therapy, 40*, 529-539.
- Bolton, D., & Perrin, S. (2008). Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*, 11-22.
- Broberg, A., Almqvist, K., & Tjus, T. (2003). *Klinisk barnpsykologi – Utveckling på avvägar*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Calvocoressi, L., Lewis, B., Harris, M., Trufan, B. S., Goodman, W. K., McDougale, C. J., et al. (1995). Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 441-443.
- Calvocoressi, L., Mazure, C., Stanislav, K., Skolnick, J., Fisk, D., Vegso, S., et al. (1999). Reliability and validity of the family accommodation scale for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 636-642.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology* (2nd ed.). East Sussex: Routledge.

- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Franklin, M. E., March, J. S., & Garcia, A. (2007). Treating obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. J. Summerfeldt, (Eds.), *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond*. (pp. 253-266). Washington: American Psychological Association.
- Freeman, J. B., Choate-Summers, M. L., Moore, P. S., Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Leonard, H. L., et al. (2007). Cognitive behavioral treatment for young children with obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, *61*, 337-343.
- Gallant, J., Storch, E. A., Merlo, L. J., Ricketts, E. D., Geffken, G. R., Goodman, W. K., et al. (2008). Convergent and discriminant validity of the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Symptom Checklist. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(8), 1369-1376.
- Gillberg, C. (2000). Emotionella störningar. I C. Gillberg & L. Hellgren (Red.), *Barn- och ungdomspsykiatri* (s.129-138). Stockholm: Natur och Kultur.
- Grabill, K., Merlo, L. J., Duke, D., Harford, K., Keeley, M. L., Geffken, G. R., et al. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*, 1-17.
- 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. *British Journal of Psychiatry*, *179*(4), 324-329.
- Himle, J. A., Fischer, D. J., Van Etten, M. L., Janeck, A. S., & Hanna, G. L. (2003). Group behavioral therapy for adolescents with tic-related and non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, *17*, 73-77.
- Ho, R. (2006). *Handbook of univariate and multivariate data analysis and interpretation with SPSS*. Boca Raton: Chapman & Hall/CRC.
- March, J. S., Foa, E., Gammon, P., Chrisman, A., Curry, J., Fitzgerald, D., et al. (2004). Cognitive-behavior therapy, Sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The pediatric OCD treatment study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA*, *292*(16), 1969-1976.
- Martin, J. L., & Thienemann, M. (2005). Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: a pilot study. *Child Psychiatry and Human Development*, *36*(1), 113-127.
- McDougle, C. J., Epperson, C. N., Pelton, G. H., Wasyluk, S., & Price, L. H. (2000). A double-blind, placebo-controlled study of risperidone addition in serotonin reuptake inhibi-

- tor-refractory obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57(8), 794-801.
- Merlo, L. J., Lehmkuhl, H. D., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2009). Decreased family accommodation associated with improved therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 355-360.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Nestadt, G., Di, C. Z., Riddle, M. A., Grados, M. A., Greenberg, B. D., Fyer, et al. (2009). Obsessive-compulsive disorder: subclassification based on co-morbidity. *Psychological medicine*, 39(9), 1491-1501.
- Pelling, H. (2000). Tics, Tourettes syndrom och tvångssyndrom. I C. Gillberg, & L. Hellgren (Red.), *Barn- och ungdomspsykiatri* (pp.216-222). Stockholm: Natur och Kultur.
- Peris, T. S., Bergman, R. L., Langley, A., Chang, S., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2008). Correlates of accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder: parent, child and family characteristics. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1173-1181.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Jacobs, C., McCracken, J. T., & Kretchman, J. (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Anxiety Disorders*, 16, 207-219.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(1), 61-69.
- Salkovski, P., Forrester, E., & Richards, C. (1998). Cognitive behavioural approach to understanding obsessional thinking. *British Journal of Psychiatry*, 173 (Suppl. 35), 53-63.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., et al. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852.
- Socialstyrelsen. (februari 2009). *Nationella riktlinjer för depressionssjukdom och ångestsyndrom - beslutsstöd för prioriteringar, preliminärversion*. Hämtad från http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/8509/2009-126-85_200912685.pdf
- Stewart, S. E., Geller, D. A., Jenike, M., Paul, D., Shaw, D., Mullin, B., et al. (2004). Long-term outcome of pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110, 4-13.

- Stewart, S.E., Rosario, M.C., Brown, T.A., Carter, A.S., Leckman, J.F., Sukhodolsky, D., et al. (2007). Principal components analysis of obsessive-compulsive disorder symptoms in children and adolescents, *Biological Psychiatry*, *61*(3), 285-291.
- Storch, E. A., Geffken, G. R., Merlo, L. J., Mann, G., Duke, D., Munson, M., et al. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(4), 469-478.
- Storch, E. A., Larson, M. J., Merlo, L. J., Keeley, M. L., Jacob, M. L., Geffken, G. R., et al. (2008a). Comorbidity of pediatric obsessive-compulsive disorder and anxiety disorders: impact on symptom severity and impairment. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *30*, 111-120.
- Storch, E. A., Lehmkuhl, H., Pence Jr., S. L., Geffken, G. R., Ricketts, E., Storch, J. F., et al. (2009). Parental experiences of having a child with obsessive-compulsive disorder: associations with clinical characteristics and caregiver adjustment. *Journal of Child and Family Studies*, *18*, 249–258.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Bloss, C. S., Geffken, G. R., Jacob, M. L., et al. (2008b). Symptom dimensions and cognitive-behavioural therapy outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*, 67–75.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., et al. (2008c). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *49*, 35–42.
- Storch, E. A., Murphy, T. K., Geffken, G. R., Soto, O., Sajid, M., Allen, P., et al. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, *129* (1), 91-98.
- Valderhaug, R., & Ivarsson, T. (2005). Functional impairment in clinical samples of Norwegian and Swedish children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *14*, 164-173.
- Valderhaug, R., Larsson, B., Götestam, K. G., & Piacentini, J. (2007). An open 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.
- World Health Organization (2005). *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions, Report from the WHO European Ministerial Conference*. Helsingfors: World Health Organization Regional Office for Europe, 1–182.

Bilaga: typer av tvångstankar och tvångshandlingar

Typ av tvångstanke	Andel
Tvångstankar rörande smitta:	61 %
Oro för smuts, bakterier och vissa sjukdomar	43 %
Oro eller äckel för kroppsavfall eller utsöndringar	30 %
Överdriven oro för miljögifter	5 %
Överdriven oro för hushållsartiklar (ex rengöringsmedel)	14 %
Överdriven oro för smitta av att ha rört djur/insekter	16 %
Störs av kladdiga ämnen eller rester	27 %
Oro för att bli sjuk pga. föroreningar/smitta	16 %
Oro för att andra kommer att bli sjuka genom att barnet eller ungdomen själv sprider föroreningar ellersmitta	20 %
Annat: oro för smuts i form av en speciell människa	5 %
Aggressiva tvångstankar:	73 %
Rädd för att skada sig själv	23 %
Rädd för att råka skada andra eller att andra oavsiktligt ska bli skadade	41 %
Rädd att själv bli skadad	16 %
Våldsamma eller hemska inre bilder	27 %
Rädd att kasta ur sig något oanständigt eller förolämpande/kränkande	18 %
Rädd att göra något generande eller göra bort sig	14 %
Rädd att göra något p.g.a. en oönskad impuls	18 %
Rädd att stjäla saker	16 %
Rädd för att något annat förskräckligt ska inträffa inklusive att vara ansvarig för detta	25 %
Sexuella tvångstankar:	20 %
Förbjudna eller obehagliga/upprörande sexuella tankar, bilder, infall.	9 %
Orealistiska tankar om graviditet	5 %
Tankar om sexuell läggning	11 %
Sexuellt beteende mot andra	7 %
Tvångstankar rörande samlande/sparande:	36 %
Rädd att kasta bort oviktiga saker p.g.a. oro att behöva dem i framtiden, impuls att ta upp/samla ”skräp”	36 %
Magiska/vidskepliga tvångstankar:	39 %
Lyckotal/oturstal, färger, ord	27 %
Oro att förvandlas (överta andras egenskaper)	16 %
Kroppsliga tvångstankar:	20 %
Överdriven oro för sjukdom	7 %
Överdriven oro för någon del av kroppen eller någonting i utseendet	16 %
Religiösa tvångstankar (skrupulositet):	32 %
Överdriven oro eller ängslan över att göra fel mot något religiöst fenomen, ha hädis- ka tankar, säga hädiska saker eller tro att straffas för detta	9 %
Överdriven oro om rätt, orätt och moral	27 %
Symmetri och ordning:	50 %
Behov av symmetri och exakthet	45 %
Ordning och rangordning	32 %
Övriga tvångstankar:	73 %
Behov av att veta eller komma ihåg	7 %
Rädd för att säga vissa saker/ord	14 %
Rädd för att inte säga precis det rätta	16 %
Påträngande ljud, ord, musik, sånger eller siffror som barnet eller ungdomen hör och	7 %

inte kan bli kvitt	
Obehaglig känsla av att det inte känns rätt, känns ofullständigt eller tomhetskänsla när ritualer inte görs på visst sätt (känns rätt)	57 %
Påträngande (icke-våldsam) föreställning (ex snöre bakom sig)	14 %
Annat: berätta i detalj för att inte bli missförstådd, måste alltid läsa allting, känner sig förföljd	7 %
Sensorisk överkänslighet för:	25 %
Ljus	5 %
Ljud	9 %
Lukter	5 %
Känselfinnet (ex sömningar på kläder)	11 %
Mat (ex äter bara begränsade saker)	5 %
Perseveration (dvs. måste göra saker ”nu”, kan inte växla uppmärksamheten till andra ämnen, ”fastnar”)	7 %

Typ av tvångshandling	Procent
Tvätt/rengöringshandlingar:	70 %
Överdriven eller ritualiserad handtvätt	55 %
Ritualiserad eller överdriven dusch, badning, tandborstning, kamning/sminkning eller toalettrutin	48 %
Ritualiserad eller överdriven rengöring av olika artiklar	39 %
Andra åtgärder för att undvika kontakt med smitta, som att använda foten för att öppna dörren	16 %
Kontrolleringstvång	59 %
Kontroll av lås, leksaker, skolartiklar etc.	52 %
Kontroll av elektriska saker	16 %
Kontroll som handlar om att tvätta sig, klä på eller klä av sig	7 %
Kontroll av att inte ha skadat andra	5 %
Kontroll av att inte ha skadat sig själv	2 %
Kontroll av att inget förskräckligt hänt	5 %
Kontroll av att inte ha gjort fel	23 %
Somatisk kontroll	11 %
Uppreppningsritualer	57 %
Läsa om, radera eller skriva om igen	43 %
Behov av att upprepa vardagliga handlingar	27 %
Räknetvång	34 %
Arrangeringstvång	55 %
Arrangera/ordna saker på visst sätt	48 %
Symmetri/få saker jämna	16 %
Spara/samla	23 %
Magiska lekar	30 %
Ritualer som involverar andra personer	18 %
Drar in annan person i ritualer	11 %
Ber om lugnande försäkringar	45 %
Förälder medverkar i eller utför barnets kontrolltvång	7 %
Mentala ritualer:	59 %
Ber ofta en bön	15 %

Neutraliserar tankar	23 %
Ältar	30 %
Övriga tvångshandlingar:	77 %
Behov av att berätta, fråga, bekänna	20 %
Ritualiserat ätbeteende	14 %
Överdrivet behov av att göra listor	9 %
Behov av att beröra, knacka och gnida	34 %
Behov av att göra saker tills det känns precis rätt	32 %
Ritualer som gäller att blinka eller stirra	11 %
Drar ut hårstrån	2 %
Självdestruktivt eller självstympande beteende	11 %
Annat: klär på och av i speciell ordning	11 %
