

Kognitiv atferdsterapi (CBT) ved tvangslidelse (OCD) hos barn/unge:

En kontrollert behandlingsstudie gjennomført innenfor polikliniske rammer i Helse Midt-Norge.

Robert Valderhaug, dr.philos.

**Psykologspesialist Helse Sunnmøre HF, BUP-Ålesund
1.amanuensis RBUP-INM, NTNU**

Publikasjon

Valderhaug R, Larsson B, Gøtestam KG, Piacentini J:

An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics.

Tidsskrift: **Behaviour Research and Therapy**

Online: Juli 2006

Papirutgave: **45 (2007), 577-589.**

Bakgrunn for studien: Sett fra et klinisk ståsted

- **OCD hos barn et forsømt område både klinisk og forskningsmessig**
- **Kritikk mot eksisterende klinisk tilbud til denne gruppen**
- **En pasientgruppe som har betydelig omfang og som har alvorlig lidelse**
- **Mangelfull kompetanse i klinikkene på tilrådd behandlingsmetodikk**
- **Uenighet/kontroverser om i hvilken grad behandlingsforskningen har direkte relevans for ordinær poliklinisk praksis**
- **”Gap” mellom klinisk hverdag og tilrådinger basert på forskning**

Bakgrunn for studien: Sett fra forskning

- **CBT for tvangslidelse hos barn/unge har vært etablert som 1.linje behandling i flere år (Expert Consensus Guidelines, March 1997).**
- **En rekke studier (Open trials og RCT studier) siste 10 årene viser relativt markerte og konsistente behandlingseffekter ved CBT for tvangslidelse.**
- **De fleste studiene er gjennomført ved høyt spesialiserte universitetsklinikker av forskere som selv har utviklet programmene og på pasient-sample som ikke er representative for ordinære polikliniske pasienter.**

Målsetting

- **Undersøke effekter av CBT for OCD hos barn/unge**
 - ▶ med minimal samtidig medikasjon
 - ▶ innenfor en klinisk setting
 - ▶ basert på pasienter henvist til BUP for OCD
 - ▶ Manual-basert CBT utført av BUP's egne terapeuter som del av deres ordinære arbeid under opplæring og veiledning
- **Kan tidligere resultater fra CBT studier generaliseres til ordinær klinisk praksis?**
- **Kan manualbasert CBT behandling utviklet ved spesialiserte OCD program ved universitetsklinikker overføres til ordinær klinisk praksis?**

Organisering av studien

- **Poliklinikker som deltok: Ålesund, Molde og Trondheim.**
- **Prosjekt-tilknyttede behandlere ved hver av klinikkene**
 - Opplæringsprogram: Om OCD generelt og om utredning og behandling
 - Veiledning på det kliniske arbeidet i gruppe (Trondheim/Ålesund)
 - Egne fagpersoner for intervju og administrering av effektmål (ikke blindet)
 - Suupplerende opplæring og veiledning fra UCLA v/John Piacentini
- **Forsknings samarbeid mellom:**
 - Helse Sunnmøre HF (RV)
 - RBUP-INM, NTNU (professor Bo Larsson)
 - Psykiatrisk Institutt, Østmarka (professor K.G. Gøtestam)
 - UCLA, Neuropsychiatric Institute (assoc prof. John Piacentini)

Diagnostikk og effektmål

- ❑ **Diagnostiske vurderinger ved intervju basert på:**
 - **KSADS: Semistrukturert intervju for OCD diagnose og komorbiditet**
 - **CGAS: Globalt mål på grad av funksjonsforstyrrelse**
 - **CY-BOCS: OCD symptomer og alvorlighetsgrad ved OCD**
 - **CGI: 7-punkt skala for global alvorlighetsgrad**

- ❑ **Repeterte målinger (effektmål)**
 - **CY-BOCS (hovedmål)**
 - **COIS (Child OCD Impact Scale)**
 - **CGI (Clinical global impression and improvement)**

- ❑ **Tidspunkt for målinger:**
 - **Pre- og post terapi og ved 3 og 6 mnd oppfølging (FU)**

Inklusjon/eksklusjon/utvalg

- **Inklusjon:**
 - Alder 8-17 år og DSM-IV diagnose for OCD.
- **Eksklusjon:**
 - Mental retardasjon, Anorexia, Tourette's syndrom, psykotisk forstyrrelse eller omfattende utviklingsforstyrrelse (Asperger).
- **28 pasienter fylte kriteriene for inklusjon**
 - 4 dropout
- **24 pasienter som har gjennomført terapi**

Behandling

- **MANUAL-BASERT CBT (Piacentini et.al., 1999)**
 - **Psykoedukasjon**
 - **Eksponering og responsprevensjon (E/RP)**
 - **Kognitive intervensjoner (eksternalisering, “boss back” etc)**
 - **ERP-baserte familie intervensjoner**
- **12 sesjoner over 14 uker.**
- **Hver sesjon med varighet på 60 til 75 minutes.**
45 minutt individuelt med barnet, 15-30 minutes med foreldre.
- **2-4 “booster sessions” over 6 mnd FU**

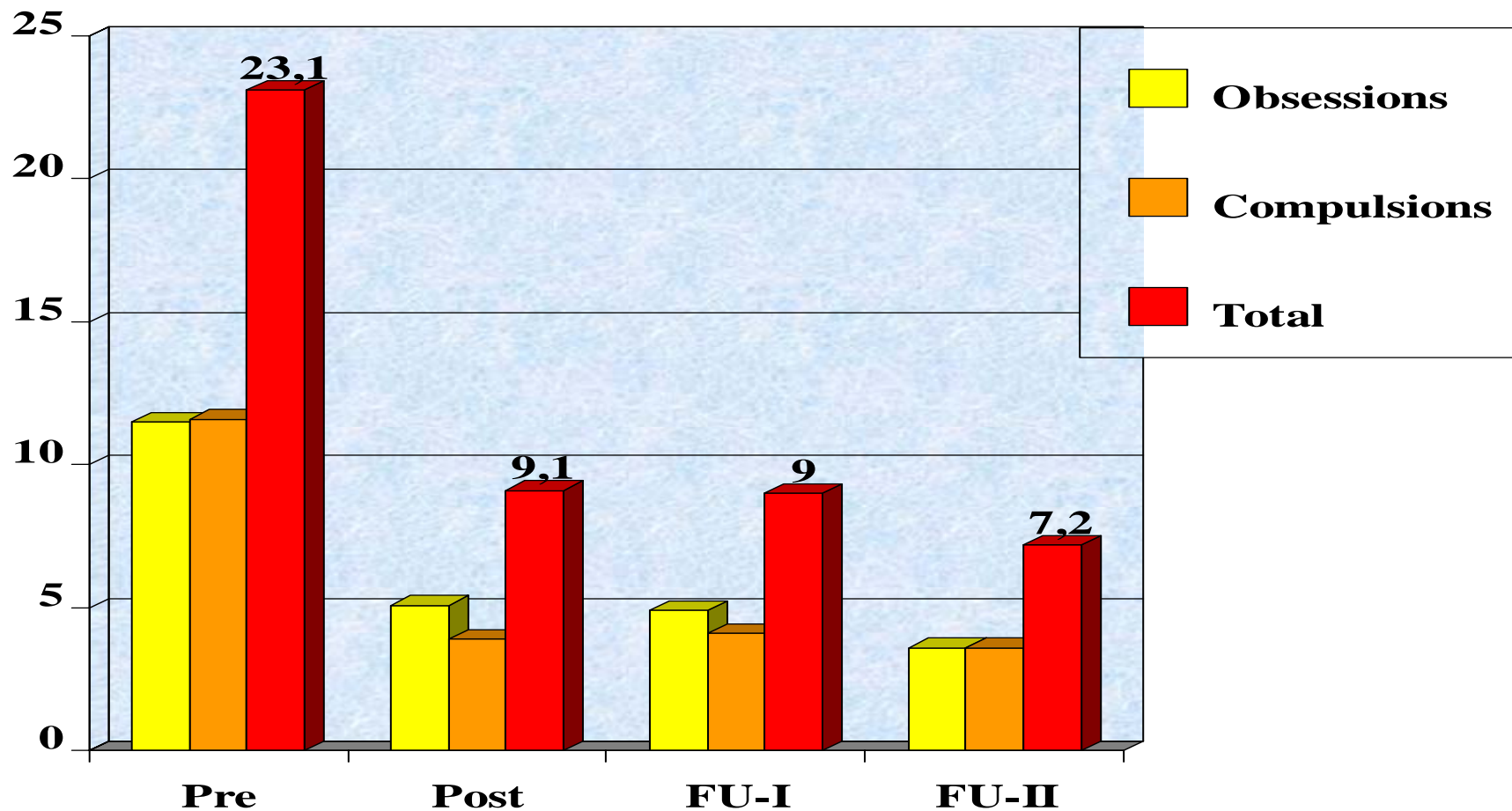
Resultat:

Responders (%) definert ved ulike CY-BOCS kriterier

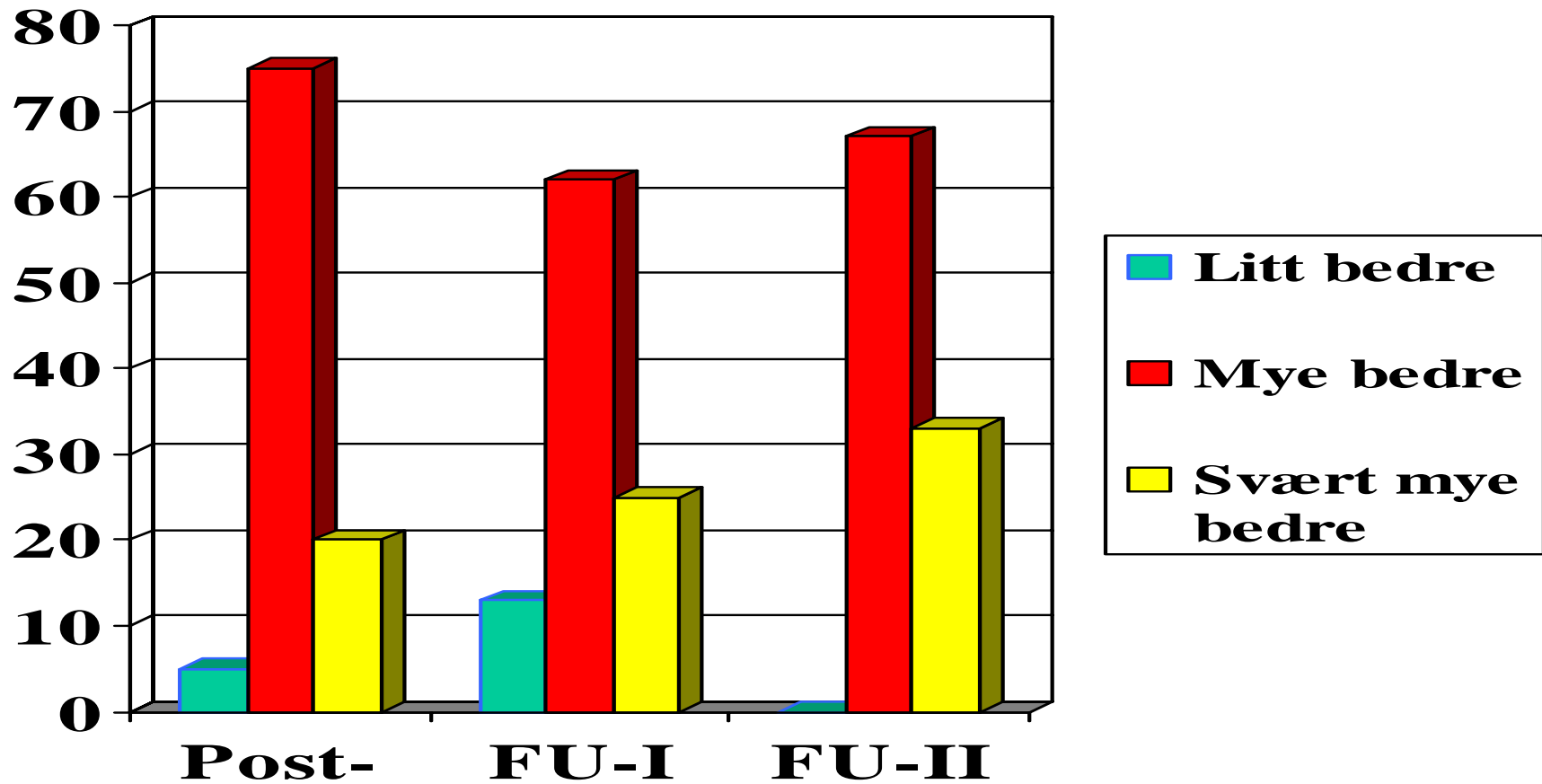
- **Symptomreduksjon (mean) på CY-BOCS:**
 - Pre vs Post = 60,6%
 - Pre vs FU-I = 60,0%
 - Pre vs FU-II = 68,8%
- **Full remisjon / “excellent responders” (skårer < 10)**
 - 50% (n=12) ved post
 - 62,5% (n=15) ved FU 3 og 6 mnd

Resultat:

CY-BOCS skårer (mean) pre-, post-, FU-I and II (N=24)

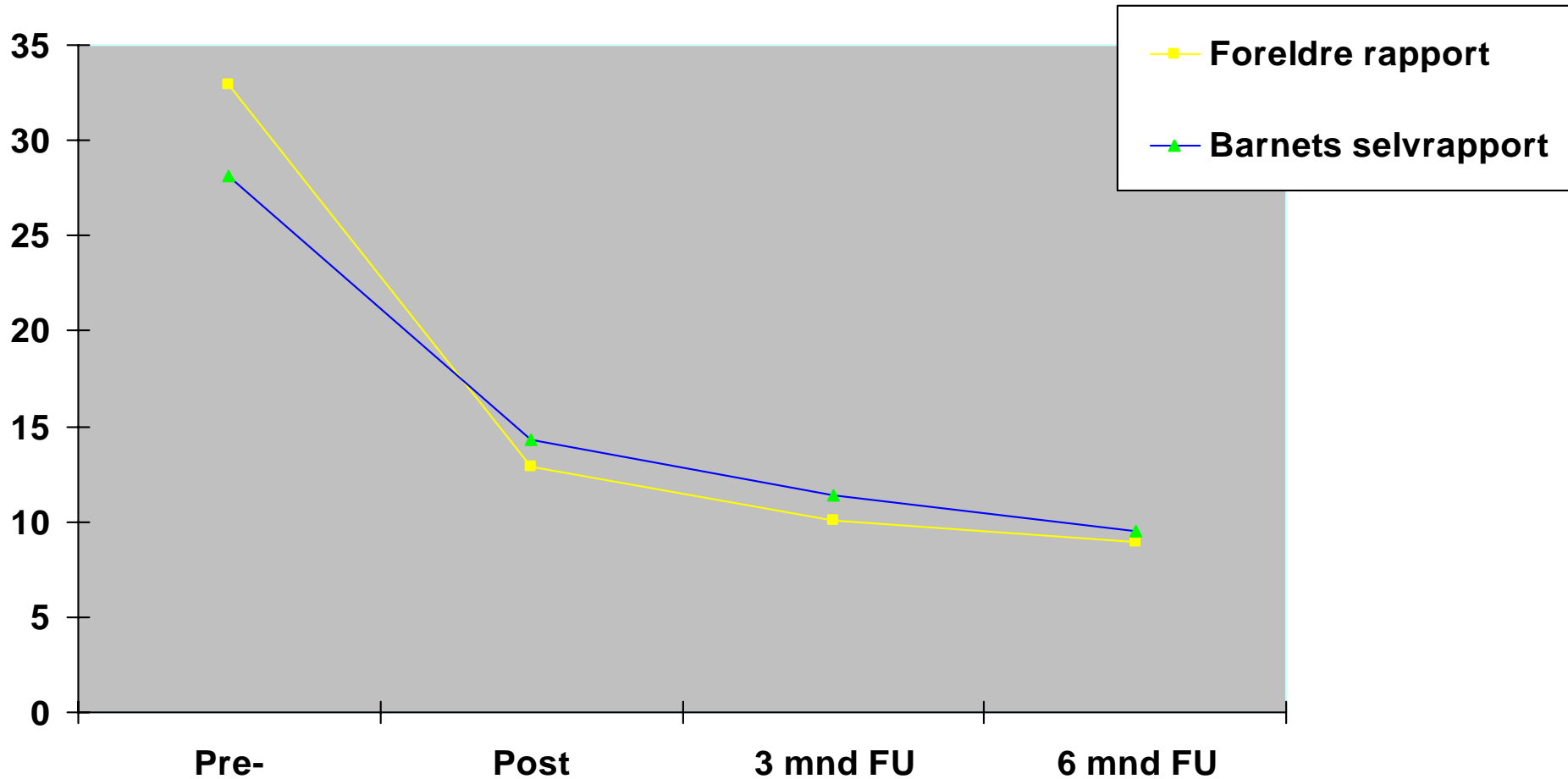


Resultat: CGI-Improvement (N=24)



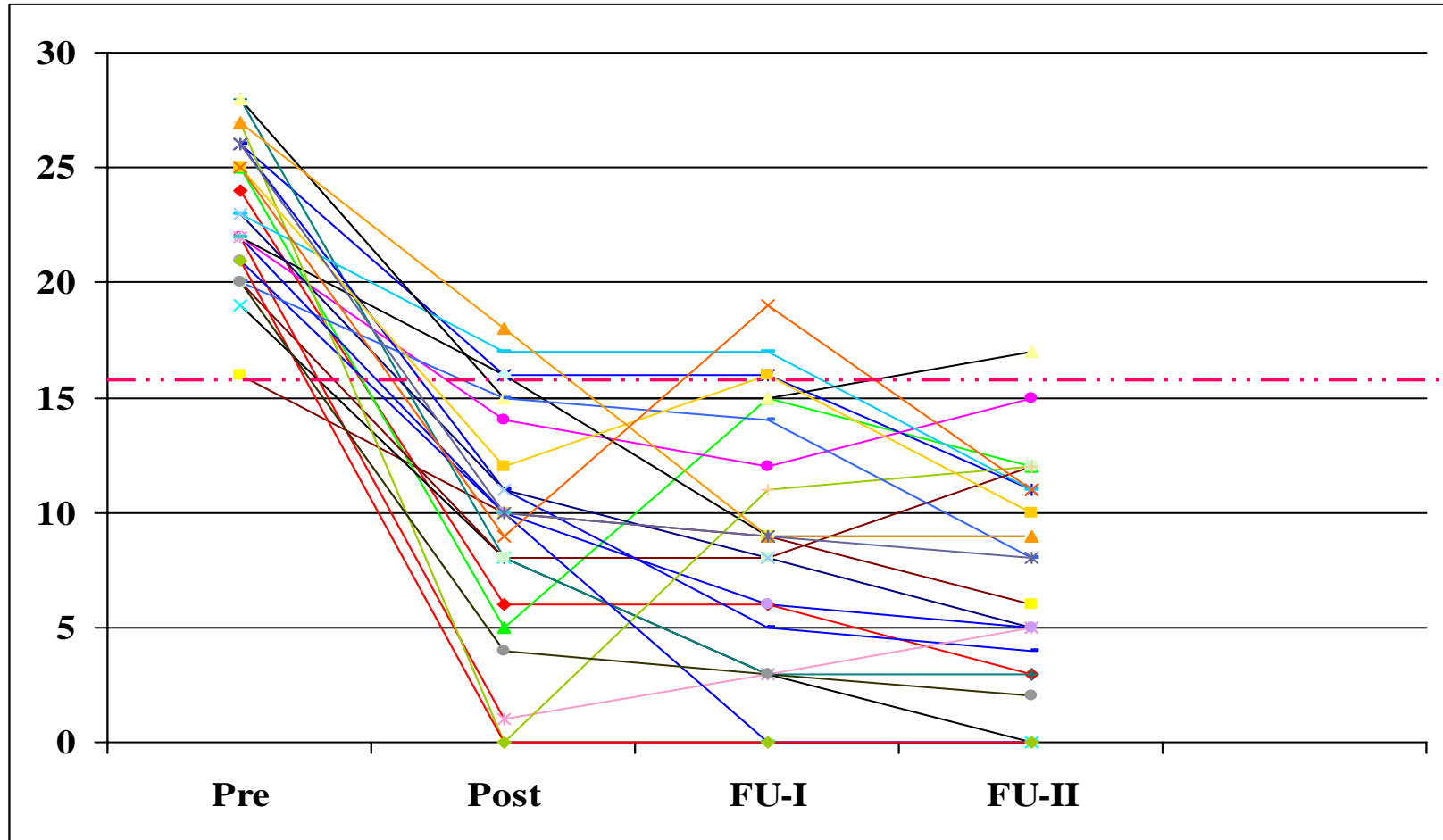
Studie IV

Resultat: COIS skårer (mean) for barn og foreldre (N=18)



Studie IV – resultat:

CY-BOCS skårer: Pre- og post terapi, og 3 og 6 mnd oppfølging (N=24)



Konklusjon og kliniske implikasjoner

- Manual-basert CBT for OCD utført innenfor en ordinær poliklinisk barnepsykiatrisk ramme gir resultater samsvarende med studier utført innenfor høyt spesialiserte universitetsbaserte program
- CBT gir statistisk og klinisk signifikant reduksjon av OCD symptom
- Multiple informanter gir relativt samsvarende vurderinger av endring (kliniske vurderinger, barnet selv og foreldres rapportering)
- CBT bør implementeres og integreres i det ordinære kliniske tilbudet til barn/unge med OCD
- Tendenser til "relapse" hos enkelte pasienter medfører at det må tilrettelegges for oppfølging og kontakt også etter avsluttet behandling i det klinisk arbeidet med denne pasientgruppen