

BSc ritgerð

**Próffræðilegir eiginleikar þriggja kvarða sem
meta einkenni á sviði áráttu- og þráhyggju í úrtaki
12-16 ára unglinga**

Rut Vilhjálmsdóttir



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Sálfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið

**Leiðbeinendur: Jakob Smári og Guðmundur Skarphéðinsson
Júní 2009**

BSc ritgerð

**Próffræðilegir eiginleikar þriggja kvarða sem
meta einkenni á sviði árattu- og þráhyggju í úrtaki
12-16 ára unglinga**

Rut Vilhjálmsdóttir



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Sálfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið

Leiðbeinendur: Jakob Smári og Guðmundur Skarphéðinsson

Júní 2009

Efnisyfirlit	
Útdráttur	2
Inngangur	3
Einkenni og greiningarviðmið þráhyggju- árátturöskunar	3
Áráttu og þráhyggjuröskun hjá börnum og unglingum	7
Hvernig eru einkenni barna og unglinga frábrugðin fullorðnum?	8
Róf áráttu- og þráhyggju einkenna hjá börnum og unglingum	9
Samsláttur við aðrar raskanir	10
Algengi og faraldursfræði áráttu- og þráhyggjuröskunar	11
Matsæki	12
Greiningarviðtöl	13
CY-BOCS	13
ADIS-IV-L	14
DISC-IV	14
K-SADS-PL	14
Atferlisathugun	15
Sjálfsmatskvarðar	15
CHOCI	15
LOI-CV	16
SLOI-CV	16
SOC	17
Samantekt og markmið	18
Aðferð	19
Þátttakendur	19
Mælitæki	19
Framkvæmd	20
Niðurstöður	22
Þáttgreining	22
Meðaltöl og staðalfrávik þáttgreiningar	25
Innra samræmi	25
Meðaltöl og staðalfrávik	26
Fylgnistuðlar sem athugun á samleitni og aðgreiningarréttmæti	26
Umræða	27
Heimildir	29
Viðauki	34

Útdráttur

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna próffræðilega eiginleika þriggja kvarða sem notaðir eru til þess að meta áráttu- og þráhyggjueinkenni hjá unglingum. Þeir voru Þráhyggjukvarði Leytons fyrir börn og unglinga (*Leyton Obsessional Inventory-Child Version*; LOI-CV), Styttri útgáfa Þráhyggjukvarða Leytons fyrir börn og unglinga (*Short Leyton Obsessional Inventory-Child Version*; SLOI-CV) og Stutti áráttu og þráhyggjukvarðinn (*Short OCD Questionnaire*; SOC). Listarnir voru lagðir fyrir 127 unglinga á aldrinum 12-16 ára ásamt þungyndiskvarða CES-DC (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children*) til þess að athuga aðgreiningarréttmæti kvarðanna. Leitandi þáttgreining á svörum unglinganna var gerð á öllum Á/Þ kvörðunum. Þáttgreining á atriðum SLOI-CV gaf tvo þætti sem skýrðu 54% heildardreifingar breyta, þáttgreining á SOC gaf einnig tvo þætti en þeir skýrðu líka um 54% af heildardreifingu breyta, þáttgreining á LOI-CV var ekki alveg eins skýr og hjá hinum tveimur kvörðunum en hún gaf fjóra þætti sem skýrðu 62% af heildardreifingu breyta. Innra sammræmi var metið með alfastuðli (*Cronbach alpha*) sem var í öllum tilfellum hár. Fylgni milli áráttu- og þráhyggjukvarðanna þriggja var miðlungshá sem gefur til kynna að samleitniréttmæti sé viðunandi. Fylgni milli áráttu- og þráhyggju kvarðanna þriggja og þunglyndiskvarðans var þó nokkuð há sem bendir til lélegs aðgreiningarréttmætis. Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að próffræðilegir eiginleikar Á/Þ kvarðanna þriggja séu viðunandi. En nauðsynlegt er að rannsaka próffræðilega eiginleika íslenskra útgáfu kvarðanna enn betur og þá með stærra úrtaki þáttakenda.

Áráttu- og þráhyggjuröskun er alvarleg kvíðatengd röskun sem kemur oft fyrst fram í barnæsku eða á unglingsárum, hún einkennist meðal annars af óþæginlegum og endurteknum þráhugsunum og endurteknum áráttum (Heyman, 2003). Um eitt af hverjum 200 börnum og unglingum þjáist af röskuninni (March og Mulle, 1995). Oft getur verið erfitt að greina röskunina hjá börnum og unglingum vegna samsláttar hennar við aðrar raskanir á borð við til dæmis þunglyndi og kvíða (Barlow, 2002). Nauðsynlegt er að til séu mælitæki sem skima eftir einkennum röskunarinnar hjá börnum og unglingum. Þrjár kvarðar sem meta einkenni á sviði áráttu-þráhyggjuröskunar voru athugaðir í rannsókninni en þeir voru LOI-CV, SLOI-CV og SOC. Helsti annmarki LOI-CV er hversu tímafrekt er að leggja hann fyrir, kvarðinn virðist þó hafa góða próffræðilega eiginleika (Berg, Davies, Flament, Kalikow, Rapoport, Sceery og Shaffer og Whitaker, 1988). SLOI-CV er styttri útgáfa af LOI-CV og hefur hann einnig góða próffræðilega eiginleika samkvæmt rannsóknum (Bamber, Goodyer, Kyte, Park og Tamplin, 2002). Rannsóknir hafa sýnt fram á að SOC sé viðunandi mælitæki fyrir skimun áráttu- og þráhyggjuröskun (Uher, Heyman, Mortimore, Framton og Goodman, 2007).

Markmið rannsóknarinnar var að kanna próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu Á/P kvarðanna þriggja til þess að fá íslensk norm.

Einkenni og greiningarviðmið áráttu- og þráhyggjuröskunar

Þráhyggja (*obsessions*) eru hugsanir, ímyndir, hugmyndir eða hvatir sem eru langvarandi og sjúklingi finnst þröngvað í vitund sína án þess að hafa nokkra stjórn á þeim, þetta veldur einstaklingnum kvíða og/eða streitu. Áráttur (*Compulsion*) eru endurtekið atferli eða hugræn ferli sem sjúklingi finnst hann verða að framfylgja. Áráttu- og þráhyggjuröskun (*Obsessive-compulsive disorder; OCD*) er flokkuð með kvíðaröskunum í flokkunarkefi DSM-IV og ICD-10 ástæðan er sú að fólk með áráttu-þráhyggjuröskun upplifir kvíða sem afurð þráhugsana og einnig þegar það getur ekki framkvæmt áráttuhegðun. Bæði börn og fullorðnir get þjáðst af röskuninni. Einstaklingar með röskunina hafa ekki stjórn á hugsunum sínum né atferli en gera sér þó fulla grein fyrir því hversu undarlegt hvorutveggja er (Nolen-Hoeksema, 2007). Röskunin er bæði hamlandi og alvarleg þar sem þráhugsanir valda sjúklingi óþægindum og kvíða, áráttur sem koma oft í kjölfar þráhugsana taka yfirleitt langan tíma og hafa þann tilgang að minnka kvíða (*American Psychiatric Association (APA)*),

2000; Guðmundur Skarphéðinsson, Páll Magnússon, Harpa Hrund Berndsen, Sigríður Snorradóttir, Jóhanna Cortes Andrésardóttir, Daníel Þór Ólason og Jakob Smári, óbirt).

Algengasta tegund þráhyggju virðist snúa að óhreinindum og mengun, aðrar algengar þráhugsanir fela í sér hvatir til ýgis (til dæmis að skaða barn sitt), kynferðislegar hugsanir, hvatir til að gera eitthvað á móts við eigið siðferði (til dæmis að kalla upp svívirðingar í kirkju) og endurteknar efasemdir (til dæmis áhyggjur að hafa ekki slökkt á kaffivélinni). Þrátt fyrir að hugsanir af þessum toga geti einnig talist almennar þá liggur munurinn milli þeirra sem þjáast af röskuninni og þeirra sem gera það ekki að fólk með áráttu-þráhyggjuröskun getur ekki hundsáð þessar hugsanir. Fólk með röskunina framkvæmir ekki hvatir sínar (eins og að skaða barn sitt) en tilhugsunin um að hafa slíkar hvatir/hugsanir veldur því að það fær mikla sektarkennd og fyllist kvíða. Flestir sem hafa alvarlegar þráhugsanir framkvæma áráttur til þess að reyna eyða hugsununum og kvíðanum (Nolen-Hoeksema, 2007).

Samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) einkennist áráttu-þráhyggjuröskun af endurteknum áráttum og/eða þráhyggjum sem valda streitu og/eða trufla líf einstaklingsis (American Psychiatric Association, 1994), þessi skilgreining á einnig við um ICD-10 (Maj og fleiri, 2003; Clark, 2004). Lykilatriði samkvæmt DSM-IV (sjá töflu 1.) fela meðal annars í sér að einstaklingur þjáist annaðhvort af þráhyggju eða áráttu en flestir hafi þó hvorutveggja. Þráhyggja eru endurteknar og langvarandi hugsanir, ímyndir eða hvatir sem eru í mótstöðu við skynjun fólks á sjálfum sér (*ego-dystonic*), ágengar (*intrusive*) og yfirleitt viðurkenndar sem undarlegar. Þráhugsanir eru streituvaldandi (Clark, 2004) og þær geta snúist um eitthvað skelfilegt eins og að drepa eigin börn eða fremja grófa kynferðislega athöfn. Fólk reynir þá oft að bæla niður þessar hugsanir með öðrum og andstæðum hugsunum. Árátta er endurtekin og skipulögð hegðun sem hefur það að markmiði að draga úr kvíða, hegðunin er annað hvort ekki röklega tengd því sem veldur kvíða eða of mikið er gert í málunum. Árátta getur verið sýnilegt atferli eins og að þvo sér eða dulið atferli eins og að telja. Fólk með áráttu og þráhyggju gera sér oftast fulla grein fyrir því að hugmyndirnar koma innan frá en ekki frá umhverfinu, og þær mega ekki tengjast annarri geðröskun sem viðkomandi er haldinn (til dæmis teljast sífelldar hugsanir um mat ekki til þráhyggju ef hann er haldinn einhvers konar átröskun) (Antony og fleiri, 1998; Clark, 2004; Kristján Guðmundsson, 2002; Maj og fleiri, 2003).

Tafla 1. DSM-IV-TR greiningarviðmið fyrir áráttu-þráhyggjuröskun

Viðmið A

Viðvera þráhyggju og/eða áráttu:

Bráhugsanir eru endurteknar viðvarandi hugsanir, ímyndir eða hvatir sem á einhverjum tímavarki eru taldar vera truflandi, óviðeigandi og valda sjúklingnum streitu. Þetta eru ekki einungis ýktar áhyggjur af raunverulegum og dæmigerðum vandamálum; Sjúklingar reyna að bæla niður eða leiða hjá sér slíkar hugsanir, hvatir eða ímyndanir eða að draga úr þeim með einhverri annarri hugsun eða hegðun; Aðili gerir sér grein fyrir að þráhyggja hugsana, hvata eða ímynda er framleiðsla eigin hugar.

Áráttu er endurtekið atferli (t.d. handþvottur eða athuga hluti) eða hugrænar aðgerðir (t.d. biðjast fyrir eða telja) sem einstaklingi finnst hann vera tilneyddur til að framkvæma sem viðbragð við þráhyggju eða samkvæmt reglum sem verður að fylgja nákvæmlega til að koma í veg fyrir eða draga úr streitu eða niðursstöðu sem aðili óttast. Áráttuhegðun tengjast annaðhvort ekki á raunverulegann hátt því sem þeim er ætlað að minnka eða koma í veg fyrir eða þá að þær eru augljóslega og verulega ýktar.

Viðmið B

Einstaklingur viðurkennir á einhverjum tímavarki röskunarinnar að þráhyggjan og áráttan sé óskynsamleg og ýkt (þetta viðmið á ekki við um hjá börnum)

Viðmið C

Þráhyggja eða áráttu orsaka streitu, eru tímafrekar (taka að minnsta kosti klukkustund á dag), eða trufla verulega daglegar athafnir, félagslega hegðun fólks, atvinnu (eða skólagöngu) eða samskipti þess við aðra.

Viðmið D

Ef önnur röskun Ás I er einnig til staðar þá er efni áráttunnar og þráhyggjunnar ekki háð þeirri röskun.

Viðmið E

Röskunin er ekki beint orsökun af efnum (til dæmis lyfjanotkun eða lyfjameðferð) eða af læknisfræðilegum ástæðum.

Ákvarða ef

Innsæi sjúklings er lítið: Þegar fólk álitur áráttu og/eða þráhyggju sína ekki sem óraunverulega eða óskynsamlega.

Byggt á greiningarviðmiðum DSM-IV-TR frá Amerísku sálfræðisamtökunum (*American Psychiatric Association; 2000, bls: 462-463*).

Til þess að flokkast sem áráttu-þráhyggjuröskun þurfa einkenni röskunarinnar að vera streituvaldandi fyrir einstaklinginn, taka mikinn tíma (meira en klukkustund á dag), trufla skóla, félagstarf eða mikilvæg sambönd. Yfirleitt veit sá sem þjáist af þráhyggju að hún á sér ekki stoð í raunveruleikanum eins og áður segir en það eru þó undantekningar á því og þá er sjúklingur sagður hafa litla innsýn (Antony og fleiri, 1998; Clark, 2004) eða átt við ung börn sem hafa ekki endilega getuna til að bera atferli sitt saman við atferli annarra (Barlow, 2002).

Einkenni röskunarinnar virðast koma fyrir í ljós hjá drengjum heldur en hjá stúlkum, þær eru þó líklegri til að sýna einkenni fælni (*phobic*) en drengir eru líklegri til að sýna einkenni vöðvakippa (*tic*) og eiga fjölskyldumeðlim með áráttu-þráhyggjuröskun eða með Tourette heilkenni (*Tourette syndrome; TS*). Mismunur á milli kynjanna virðist þó jafnast nokkuð út þegar komið er fram á unglingsárin (March og Mulle, 1995). Í um helmingi tilfella veikist fólk fremur snögglega af röskuninni en einkenni geta komið fram eftir tiltekna lífsreynslu sem einstaklingurinn gengur í gegnum (til dæmis ástvinamissi eða í kjölfar barnsburðs; Clark, 2004; Maj og fleiri, 2003).

Nútíma skilgreiningar á þráhyggju leggja áherslu á fimm kjarna atriði, það er, Þráhyggjan er í huga fólks gegn vilja þess og er truflandi fyrir umhverfi þeirra þótt svo að áreiti hrindi henni af stað. Þráhugsanir eru erfiðar vegna neikvæðra áhrifa sinna fyrir þá einstaklinga sem þjáist af þeim, áhrifin geta verið allt frá pirringi að miklum ótta eða kvíða. Helsta aðalsmerki þráhyggju er að sjúklingi finnst hann verða að eiga við hana, til þess að eyða út hversu ríkjandi hún er, hann gerir þetta til dæmis með því að framkvæma áráttuhegðun þar til þráhyggjan í huganum er orðin hlutlaus. Fólk vill losna við þráhyggjur sínar og reynir það, en þrátt fyrir viðnám gegn þeim þá nær það ekki nægri stjórn yfir þrálátum hugsunum og finnur fyrir minni stjórn á hugsunum sínum (Clark, 2004). Að endingu er það að hve miklu marki þráhyggjan er í andstöðu við skynjun manna á sjálfum sér (*ego dystonicity*). Ágengu hugsanirnar eru nokkuð breytilegar, frá því að vera þýðingarlaus fyrirbæri sem hafa lítið að segja fyrir fólk, yfir í að vera í algjöru ósamræmi og jafnvel í andstöðu við gildi þess hins sama. Endurteknar ágengar þráhyggjuhugsanir sem eru í algjöru ósamræmi við gildi fólks gætu orðið til þess að það fer að efast um eigin persónuleika sem aftur eykur löngunina til þess að bæla hugsanirnar niður (Clark, 2004).

Einkenni áráttu- og þráhyggjuröskunar breytast yfirleitt með tímanum og fólk getur haft fleira en eitt einkenni hennar á sama tíma. Það hefur því oft á tíðum

upplifað næstum öll klassísku einkenni röskunarinnar jafnvel við lok unglingsáranna (Leonard, Lenane, Rapoport, Rettew og Swedo, 1992 ; March og Mulle 1995).

Áráttu-þráhyggjuröskun hjá börnum og unglingum

Áráttu- og þráhyggjuröskun hefst oft á ungum aldri, hjá drengjum virðist byrjun einkenna ná hátindi sínum milli sex og 15 ára aldurs, en hjá konum töluvert síðar eða milli 20 og 29 ára aldurs (Nolen-Hoeksema, 2007). Röskunin er oft ekki greind né meðhöndluð hjá börnum og unglingum (Uher og fleiri 2007) ástæður þess geta verið ýmsar til dæmis ber að hafa í huga að venjur (*rituals*) eru hluti af eðlilegri þróun í æsku, eins og til dæmis að taka tiltekna fæðutegund fram yfir aðra eða vani þegar að kemur háttatíma. Slíkar venjur eru þó alls ekki merki um áráttu- og þráhyggjuröskun. En þar sem venjur eru eðlileg þróun þá gæti það orðið til þess að foreldrar taki ekki eftir því þegar venjur barnanna eru orðnar of viðverandi, of sterkar og streituvaldandi fyrir barnið. Foreldrar geta dregist inn í venjurnar þegar barnið sýnir streitu ef því er ekki hjálpað með áráttur sínar. Venjurnar eða hugsanirnar valda barninu uppnámi, taka mikinn tíma og trufla hið daglega líf þess (Heyman, 2003). Aðrar ástæður þess að röskunin er oft ekki greind hjá ungmennum gætu til dæmis verið að þau telji einkenni röskunarinnar vera skammarleg, feli þau fyrir öðrum og tali ekki um þau nema þau séu sérstaklega spurð. (Goodman, Heyman, Mortimore og Uher, 2007; Nolen-Hoeksema, 2007). Rannsóknir hafa jafnvel leitt í ljós að greiningar á röskuninni hafi verið gerðar að meðaltali um tólf árum eftir að einkenni byrjuðu (Heyman, 2003).

Áráttu- og þráhyggjuröskun hjá börnum og unglingum hefur áhrif á félagslegar og námslegar hliðar lífsins, einstaklinginn sjálfan og fjölskyldu hans. Sú vitneskja að lífræðilegir þættir hafi mikið með röskunarinnar að gera eins og til dæmis gen, sjálfsofnæmi og áhrif boðefna hefur leitt til frekari skilnings á röskuninni. Mörgum börnum og unglingum er vísað til meðferðar vegna ýmissa einkenna sem ekki eru dæmigerð fyrir röskunina, þegar þau í raun eru samt sem áður haldin áráttu-þráhyggjuröskun. Því er ítarlegt greiningarmat og notkun viðeigandi kvarða nauðsynlegt til að hafa umsjón með röskuninni og öðrum samsláttar (*comorbid*) röskunum. Notkun kvarða auðveldar nálgun á tegund og alvarleika einkenna ásamt viðbrögðum við meðferð (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1998; Maj og fleiri, 2003). Rannsóknir hafa sýnt að virkni meðferðar sé betri þegar

röskunin greinist snemma og einstaklingar fá viðeigandi meðferð, sem er enn frekari ástæða þess að góð skimunartæki séu til staðar, svo einstaklingar sem þjást af röskuninni fái greiningu (Uher og fleiri, 2007).

Hvernig eru einkenni barna og unglunga frábrugðin fullorðnum?

Þrátt fyrir að töluverðar rannsóknir hafi verið gerðar á fyrirbæra- (*phenomenology*) og faraldursfræði (*epidemiology*) áráttu- og þráhyggjuröskunar hjá fullorðnum þá hefur áráttu- og þráhyggjuröskun barna og unglunga fengið mun minni athygli. Ólíkt mörgum öðrum röskunum (til dæmis geðklofa og þunglyndi) virðast einkenni röskunarinnar vera svipuð hjá börnum og unglingum og fullorðnum (Flament og Rapoport, 1984; Ampollini, Cella, Gariboldi, Maggini, Marchesi og Pelizza, 2001) þrátt fyrir töluverða fjölbreyttni í einkennum röskunarinnar. Rannsóknir sýna að það er samfella í greiningu röskunarinnar frá barnæsku til fullorðinsára og ekki virðist vera sérstakt aldurstengt mynstur í tíðni tiltekna tegunda einkenna (Maj og fleiri, 2003).

Börn og unglingar með röskunina virðast hafa meiri tilhneigingu til ýgis (*aggressive*) en fullorðnir, einnig virðist vera algengara að börn og unglingar óttist frekar dauðann, sjálfsskaða eða það að skaða aðra frekar heldur en fullorðnir sem þjást af sjúkdómnum. Hlutfall kynferðislegra þráhyggja eykst töluvert frá barnæsku til unglingsára og verður svipuð á unglingsárum og er hjá fullorðnum. Þráhugsanir sem snúast um trú eru tíðari hjá unglingum heldur en hjá fullorðnum eða börnum. Söfnunarárátta (*hoarding*) er frekar til staðar hjá börnum heldur en unglingum og fullorðnum. Samkvæmt Flament og Cohen er algengi áráttu-þráhyggjuröskunar það sama hjá börnum og unglingum annarsvegar og fullorðnum hinsvegar (Berg og fleiri 1988).

Einn mikilvægur munur er þó á áráttu-þráhyggjuröskun barna og unglunga og svo fullorðinna en það er mynstur samsláttar (*comorbidity*). Berg og félagar (1988) greindu frá því að hlutfall lífstíðar samsláttar við aðrar raskanir sé 75% , þar á meðal eru þunglyndi, óyndi (*dysthymia*), lotugræðgi, kvíðaraskanir og fælni. Áráttu-þráhyggjuröskun í barnæsku og á unglingsárum virðist vera nokkuð algeng og svipuð á hvaða aldurstigi sem er, hún sýnir samslátt við margar aðrar raskanir og einstaklingar bregðast vel við að minnsta kosti tveimur tegundum meðferða það er hugrænni atferlismeðferð og lyfjameðferð (Rapoport, 1990).

Róf áráttu-þráhyggju einkenna hjá börnum og unglíngum

Áráttu-þráhyggjuröskun er skilgreind þannig að viðvera truflandi þráhyggja og óvelkominna árátta séu til staðar hjá einstaklingum (Apter, Bleich, Cohen, Kron, Pauls, Rapaport, Ratzosin, Weizman og Zohar, 1992; Maj og fleiri, 2003) og hefur alvarleg áhrif á líf þeirra. Athygli hefur verið beint að og rannsóknir gerðar á röskuninni hjá börnum og fullorðnum með tilliti til bæði orsakabátta og meðferðar. Þetta hefur gefið vitneskju ekki einungis um þráhyggju og áráttu heldur einnig um róf tengdra raskana og upplýsingar um eðlilega þróun venja (*rituals*) hjá börnum sem ekki hafa röskunina (Maj og fleiri, 2003).

Flament og Cohen (sjá í til dæmis Maj og fleiri, 2003) hafa lýst mismunandi greiningu milli áráttu-þráhyggjuröskunar og annarra raskana eins og geðklofa (*schizophrenia*) og þróunarraskana eins og Asperger heilkenni. Mismunurinn milli *ego-dystonic* þráhyggju og áráttu og venjulegra venja (*ritual*) hjá þeim sem þjást af geðklofa eða Asperger heilkenni hefur vakið upp spurningar um hvert gildi hugtaksins *ego-dystonicity/syntonicity* hjá börnum með þráhyggju-aráttu er í raun. Hugræn þróun sumra barna með áráttu-þráhyggjuröskun kemur í veg fyrir að þau geti lýst þráhyggjunni þannig að hún sé óvelkomin, tilkomin úr huga þeirra og með tilfinningunni að henni sé ofaukið og ekki skynsamleg. Frekari rannsóknir á tengslum og sambandi milli áráttu-þráhyggju líkum einkennum í geðklofa og þróunarraskana og svo áráttu-þráhyggjuröskun er þörf (Maj og fleiri, 2003)

Flament og Cohen hafa meðal annars fundið út hátt hlutfall áráttu-þráhyggjuröskunar hjá nánnum ættingjum (*first-degree relatives*) einhverfra og óeðlilegs serótónínmagns. Viðbrögð við ákveðnum tegundum SSRI (serótónín endurupptöku hamllarar) tengja einhverfu mögulega við áráttu-þráhyggjuröskun. Með enn frekari rannsóknum á rófi áráttu-þráhyggjuraskana, sameiginlegum einkennum þeirra og mismuni væri líklega hægt að fá betri skilning á röskununum og betri meðferðum við þeim (Maj og fleiri, 2003).

Samsláttur við aðrar raskanir

Margar rannsóknir hafa gefið til kynna að um helmingur einstaklinga með áráttu-þráhyggjuröskun hafi að minnsta kosti eina aðra röskun (Sjá til dæmis í Barlow, 2002) þá aðallega lyndis- (*mood*) og kvíðaraskanir (*anxiety disorders*), en einnig við félagsfælni (*social phobia*), almenna kvíðaröskun (*generalized anxiety disorder; GAD*) og felmtursröskun (*panic disorder*) (Barlow, 2002).

Um 80% einstaklinga með áráttu-þráhyggjuröskun gætu einnig verið þunglyndir samkvæmt mælingum. Margt virðist benda til þess að algengara sé að þunglyndi komi á eftir áráttu-þráhyggjuröskun. Vel heppnuð meðferð við röskuninni hvort sem um er að ræða lyfja- eða sálfræðimeðferð dregur oft á tíðum einnig úr þunglyndi einstaklingsins (Barlow, 2002).

Hjá töluverðum fjölda ungmenna er samsláttur áráttu-þráhyggjuröskunar við vöðvakippsraskanir (*tic disorders*), meðal annars Tourette heilkenni (*Tourette syndrome; TS*). Um 50% ungmenna með TS þróa með sér einkenni áráttu-þráhyggju á fullorðinsárum, einnig hefur fundist hærra hlutfall áráttu-þráhyggjuröskunar hjá fyrsta stigs (*first-degree*) ættingjum aðila með TS sem bendir til þess að það sé jafnvel erfðafræðilegt samband þarna á milli. Þær áráttu-þráhyggjuraskanir sem tengjast vöðvakippum virðast byrja fyrr og koma frekar fram hjá drengjum en stúlkum (Maj og fleiri, 2003).

Algengi og faraldsfræði áráttu-þráhyggjuröskunar

Áráttu-þráhyggjuröskun er kvíðatengd röskun (Barlow, 2002), tíðni hennar hefur verið áætluð vera á milli 2%- 4% (Zohar, 1999). Um það bil eitt af hverjum 200 börnum og unglingum þjáist af röskuninni (Swinson, Antony, Rachman og Richter, 1998; March og Mulle, 1995), eða um eitt prósent ungmenna (Heyman, 2003). Algengi röskunarinnar hjá 12- 18 ára er á bilinu 0% - 4% (Douglass, Moffitt, Dar, McGee og Silva, 1995; Flament og Cohen, 2000; Flament, Whitaker, Rapoport, Davies, Berg, Kalikow, o.fl., 1988; Valleni-Basille, Garrison, Jackson, Waller, McKeown, Addy, o.fl., 1994; Zohar, 1999). Um einn þriðji til helmingur fullorðinna þróa röskunina með sér í barnæsku (Antony og fleiri, 1998). Fólk á aldrinum 18 til 24 ára virðist vera í mestri áhættu með að þróa röskunina með sér og hjá um 65% er röskunin komin fram fyrir 25 ára aldurinn (Clark, 2004).

Áráttu-þráhyggjuröskun virðist vera algengari hjá fullorðnum konum heldur en körlum sem má mögulega rekja til þess að hún kemur seinna fram hjá þeim. Einnig er röskunin mun algengari hjá ungmennum en áður var talið og faraldursfræðilegar (*epidemiological*) rannsóknir hafa sýnt að hún er algeng hjá bæði drengjum og stúlkum. (Apter og fleiri 1992; Berg, Davies, Flament, Kalikow, Rapoport, Sceery, Schaffer og Whitaker, 1988; Maj, Norman, Okasha, Sartorius og Zohar, 2003).

Áhugi manna á áráttu-þráhyggjuröskun hefur aukist mikið á síðustu áratugum, raunveruleg tíðni röskunarinnar er mun hærri heldur áður var gert ráð fyrir. Þar til um miðjan áttunda áratuginn voru rannsóknir á tíðni röskunarinnar hjá börnum og unglingum byggðar á litlum hópum sjúklinga og afturvirkum skoðunum. Klínískar rannsóknir áætluðu að tíðni röskunarinnar væri um 0,2% til 1,2% (Hollingsworth, Pabst og Tangnay 1980; Brynska og Wolanczyk, 2005; Jud, 1965). Mismun í tíðni röskunarinnar má líklega rekja til aldursmunar hópa, ólíkra aðferða og erfiðleika við að gera greinarmun milli áráttu-þráhyggju einkenna og áráttu-þráhyggjuröskunar, en munurinn þar á milli felst í því að einkennin eru ekki nægjanlega mikil til þess að flokkast sem röskun (Berg og félagar, 1988; Rapoport, 1986; Brynska og Wolanczyk, 2005).

Þegar fyrirbærafræði (*phenomenology*) áráttu-þráhyggjuröskunar er skoðuð eftir þjóðlöndum virðist ekki vera neinn sérstakur menningarmunur til staðar jafnvel milli iðnríkja og þróunarríkja. Klíníska mynd röskunarinnar hefur haldist nokkurn veginn sú sama frá því að henni var fyrst lýst (Brynska og Wolanczyk, 2005;

Cheslow, Leonard, Lenane, Rapoport og Swedo, 1989; Khanna og Srinath, 1988; Thomsen, 1991).

Matstæki

Þegar grunur leikur á röskun eru nokkur matstæki sem hægt er að nota, til dæmis: Klínísk viðtöl (*clinical interviews*), atferlisathugun (*behavioral observations*), klíniska kvarða lagðir fyrir af fagaðilum (*clinician Administered Inventories*), sjálfsmatskvarðar (*self-report*) og foreldramatskvarðar (*parent-report*) (Barlow, 2002; Gallant, Sloman og Stoarch, 2007). Sjálfsmats- og foreldrakvarðar eru oft notaðir til þess að koma auga á hvort einkenni áráttu-þráhyggjuröskunar séu til staðar en greiningarviðtöl eru hinsvegar oft áreiðanlegri aðferð til að koma auga á röskunina hjá börnum og unglingum (Biederman, Carpenter, Emslie, Farrell, Geller, Mullin, Stewart, Wagner, 2003a ; Ceranoglu, Geller, O'Hanley og Stewart, 2005). Upplýsingagildi mælinga hafa líklega áhrif á hversu næm þau eru en gildi greiningarviðtala annarsvegar og hinsvegar sjálfsmatskvarða í greiningu áráttu- og þráhyggjuröskunar hafa enn ekki verið mikið rannsökuð. Flestar upplýsingar um röskunina hafa fengist með notkun sjálfsmatskvarða. Upplýsingarnar sem fást með slíkum kvörðum geta þó verið ónákvæmar og skort sérhæfni, sem dæmi um það má nefna þegar börn skortir innsæi þá vanmeta þau oft einkenni sín sem gefur ónákvæmar upplýsingar um röskunina. (Berg og fleiri, 1988; Ceranoglu og fleiri, 2005).

Fólk með áráttu-þráhyggjuröskun virðist stundum fara leynt með röskun sína sem veldur erfileikum við að greina hana, til viðbótar þekkja börn og unglingar oft ekki sjúkleika (*pathological*) einkenna sinna. Ungmenni virðast þó oft átta sig á einkennunum þegar þau eru spurð spurninga um áráttu-þráhyggjuröskun, það bendir til þess að gildi skimunar gæti verið mjög hagnýtt fyrir röskunina (Francis, Kabkos, Karagianni, Karamolegou, Kiriakidou, Koumoula, Richardson og Roussons, 2003)

Slæmt aðgreiningarréttmæti gagnvart þunglyndi getur verið vandamál meðal kvarða sem meta áráttu- og þráhyggjueinkenni (Bamber, o.fl., 2002). Ástæðan fyrir því er að oft virðist vera samsláttur (*comorbidity*) milli þunglyndis og áráttu-þráhyggjuröskunar (Maj og fleiri, 2003), allt að 66% fólks með áráttu-þráhyggjuröskun þjáist einnig af þunglyndi (Nolen-Hoeksema, 2007). Þunglyndið getur verið til staðar áður en einkenni áráttu-

þráhyggjuröskunar koma fram en hitt er þó algengara að það komi eftir á (Maj og fleiri, 2003).

Greiningarviðtöl (Diagnostic interview)

CY-BOCS

Með því að nota klínísk greiningarviðtöl geta þjálfaðir fagaðilar metið einstaklinginn miðað við aðra sjúklinga. Yale-Brown áráttu-þráhyggju kvarðinn fyrir börn og unglunga (CY-BOCS; Ciecchetti, Leckman, McSwiggin-Hardin, Ort King, Riddle og Scahill, 1997; Ceranoglu og félagar, 2005) er oft notaður sem mælikvarði á einkenni áráttu-þráhyggjuröskunar hjá ungmenum. Kvarðinn er fenginn úr Yale-Brown áráttu-þráhyggju kvarða fyrir fullorðna (Y-BOCS; Ciecchetti og fleiri, 1997). Bæði CY-BOCS OG Y-BOCS hafa reynst með góðan áreiðanleika, réttmæti og næmi fyrir breytingum (Ceranogly og félagar, 2005; Goodman og fleiri, 1989a). CY-BOCS er ætlað að gefa mynd af alvarleika einkenna röskunarinnar, kvarðinn er gerður úr tveimur undirkvörðum eftir alvarleika þráhyggju og alvarleika áráttu. Hver kvarði inniheldur fimm atriði sem eru metin á fimm punkta likert kvarða. Skor eru reiknuð fyrir alvarleika þráhyggju og eins alvarleika áráttu og að lokum er heildarskor reiknað út (Gallant og fleiri, 2007). CY-BOCS hefur sýnt gott innra samræmi með alfa skor frá 0,87-0,90 (Geffken, Murphy og Storch, 2004).

Helsti munurinn á Y-BOCS og CY-BOCS er sá að í CY-BOCS er rætt við bæði barnið og foreldrið/forráðamann og svo eru upplýsingar sameinaðar til að áætla skor fyrir hvert atriði. Kvarðarnir hafa bæði verið notaðir til að mæla alvarleika einkenna en einnig til að meta áhrif meðferðar (Barlow, 2002). Viðtalið tekur um 30-60 mínútur með þjálfuðum meðferðaraðila, tíminn sem tekur að taka viðtalið takmarkar notkun þess þó töluvert og því hefur þróun annarra mælitækja verið hrint af stað þar sem börnin sjálf eða foreldrar þeirra geta fyllt út kvarða (Framton, Heyman, Rachman, Reynolds, Shafran og Teachman 2003; Heyman, Shafran, Turner og Uher, 2007).

ADIS-IV-L (*Anxiety Disorder Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version*)

ADIS-IV-L er viðtal sem er notað til þess að greina áráttu-þráhyggjuröskun. Það felur meðal annars í sér að ákvarða streituvalda frá umhverfinu (til dæmis: fjölskyldu, vinnu, fjármál, heilsu) og koma auga á þá einstaklinga sem skorti innsýn inn í þráhyggju sína (Barlow, 2002).

DISC-IV (*Diagnostic Interview Schedule for Children-Version 4*)

DISC-IV var fyrst þróað 1979 af hópi sérfræðinga sem NIMH (*National Institute of Mental Health*) skipaði. NIMH hafði síðan samband við hóp rannsakanda fyrst frá háskóla Pittsburgh og síðar Columbia háskóla til þess að þróa mælitækið enn frekar (Dulcan, Fishcer, Lucas, Schwab-Stone og Shaffer, 2000).). DISC-IV hefur tvö hliðstæð form annað fyrir foreldra og hitt fyrir ungmenni, og getur greint um 30 raskanir. DISC-IV er notendamiðað eða staðlað viðtal (*structured*) (Ho, Hung, Lee, Leung, Kwong, Lucas, Shaffer og Tang, 2005). DISC-IV er eina mælitækið sem víða er notað til að ákvarða geðrænar (*psychiatric*) raskanir barna. Tekið er viðtal við ungmenni og foreldra/forráðamenn með hliðstæðum formum til þess að nálgast röskun barna og unglunga (Dulcan og félagar, 2000). Búið er að þýða DISC-IV sjálfs- og foreldramatsútgáfu á íslensku og fyrstu rannsóknir á réttmæti sjálfsmatsútgáfunnar benda til þess að samtímaréttmæti (*concurrent validity*) kaflans um áráttu-þráhyggju sé viðunandi (Sigríður Snorradóttir, 2007).

K-SADS-PL (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime Version*)

K-SADS-PL er greiningarviðtal sem var þróað meðal annars til þess að nálgast alvarleika einkenna og fyrri raskanir barna og unglunga samkvæmt DSM-III-R og DSM-IV. Athuganir og hlutlæg viðmið eru notuð til að meta einkenni einstaklinga. Tekið er viðtal við foreldra/forráðamenn og ungmennin sjálf sem eiga í hlut, svo er skoðað yfirlit þar sem allir þættir koma við sögu, meðal annars upplýsingar frá foreldrum, ungmennum og skóla. Ólíkt DISC-IV er K-SADS spyrjendamiðað eða hálfstaðlað viðtal (*semi-structured*). Það hefur verið þýtt á íslensku og er meðal annars notað á BUGL (Barna- og unglingageðdeild Landsspítalans) til greiningar. Innra réttmæti þess hefur verið athugað og var viðunandi, þó er þörf á frekari réttmætis athugunum á því (Lauth, Magnússon, Ferrari og Pétursson, 2008).

Atferlisathugun (Behavioral observation)

Atferlisathuganir geta verið mikilvægar því með þeim fæst skilningur á þáttum sem innihalda einkenni í náttúrulegu umhverfi sínu (Gallant og félagar, 2007; Reschly og Wilson, 1996). Hægt er að skipta atferlisathugunum í tvo flokka, annarsvegar náttúrulegar og hinsvegar kerfislegar. Náttúruleg athugun á við um aðstæður þar sem athugandi fer í aðstæður án vitundar um óviðeigandi atferli. Þegar um kerfisbundna athugun er að ræða, dæma meðal annars kennarar eða foreldrar atferli sem óviðeigandi eða ofaukið og starfsfólk skólans fylgir einstaklingnum svo eftir með kerfisbundnum athugunum (Gallant og félagar, 2007).

Á Íslandi virðist þó ekki fara mikið fyrir slíkum athugunum, til dæmis er ekki notast við atferlisathuganir á Barna- og unglingsgeðdeild Landsspítalans (BUGL), en það kemur aðallega til vegna þess að ekki gefst tími til slíkra athuganna. Á BUGL eru matslistar og greiningarviðtöl (K-SADS) látin nægja og svo hefst meðferðin. Þá er safnað ítarlegri upplýsingum um atriði sem skipta máli í sambandi við framvindu meðferðarinnar (Guðmundur Skarphéðinsson, munnleg heimild 16. apríl 2009).

Sjálfsmatskvarðar (Self report scales)

Sjálfsmatskvarðar gefa fagaðilum tækifæri til þess að fá hnitmiðaða skimun fyrir mögulegar raskanir. Venjulega eru slíkar mælingar notaðar í rannsóknum til að safna gögnum fyrir og eftir meðferð. Ólíkt þeim kvörðum sem fagaðilar hafa umsjón með eru líkur til þess að skjólstæðingi þyki þægilegra að nota sjálfsmatskvarðana. Gallar slíkra kvarða eru hinsvegar þeir að skjólstæðingur gæti átt í erfiðleikum með að skilja snið og/eða orðalag spurninganna (Gallant og félagar, 2007).

CHOCI (Child Obsessional Compulsive Inventory)

CHOCI er sjálfsmatskvarði-spurningalisti sem er annars konar valkostur en CY-BOCS. CHOCI aðgreinir vel á milli barna með áráttu- og þráhyggjuröskun og heilbrigðra barna. Hann hefur einnig háa fylgni við CY-BOCS skor (Framton og fleiri, 2003; Heyman og fleiri, 2007).

LOI-CV (Leyton Obsessional Inventory)

Þekktur sjálfsmatskvarði fyrir börn og unglunga er Þráhyggjukvarði Leytons fyrir börn og unglunga (LOI-CV) hann er fenginn úr þráhyggjukvarða Leytons fyrir fullorðna (LOI; Berg og fleiri, 1988). LOI-CV er 20 atriða sjálfsmatskvarði með eftirfarandi flokkum: þrálátar hugsanir (*persistent thoughts*), athugun (*checking*), ótti við óhreinindi og/eða hættulega hluti, þrifnaður (*cleanliness*), skipulag (*order*), endurtekningu (*repetition*) og óákveðni (*indecision*) (Gallant og félagar, 2007).

LOI-CV er tímafrekur en gagnvirkur og gefur meðferðaraðila tækifæri til þess að gera atferlisathugun (Gallant og félagar, 2007). Próffræðilegir eiginleikar virðast vera góðir (Berg og félagar 1988; Gallant og félagar, 2007), þó hafa nokkrir veikleikar LOI-CV komið fram þegar verið er að meta árattu- og þráhyggju barna og unglunga (Iðunn Magnúsdóttir og Jakob Smári, 2004). Það hefur komið í ljós hátt hlutfall falskt jákvæðra svarana (*false-positive rate*; Wolff og Wolff, 1991; Gallant og félagar, 2007) og lélegur endurtekningar áreiðanleiki (*test-retest reliability*; Inglis, Jenkins, King, Myerson og Ollendick, 1995). Einnig hefur verið skortur á forspáréttmæti (*predictive validity*) sem lýsir sér þannig að einstaklingar þróa ekki endilega með sér röskunina þrátt fyrir að skor á kvarðanum hafi bent til þess (Berg, Rapoport, Whitaker, Davies, Leonard, Swedo, Braiman og Lenane, 1989).

Þessir veikleikar LOI-CV hafa orðið til þess að reynt hefur verið að þróa nýjan mælikvarða til þess að meta árattu- þráhyggju hjá börnum og unglungum (Sjá til dæmis í Framton, Heyman, Shafran, Rachman, Reynolds og Teachman, 2003).

SLOI-CV (Short Leyton Obsessional Inventory-Child version)

Atriði á styttri útgáfu Þráhyggjukvarða Leytons fyrir börn og unglunga (SLOI-CV) voru fengin með þáttgreiningu svara í úrtaki 253 unglunga við LOI-CV, en það fengust 11 atriði með þremur frábrugðum þáttum: Áráttu, þráhyggja, áhyggjur af ófullkomnleika og áhyggjur af þrifnaði. Til þess að auka skýrleika kvarðans voru smávægilegar breytingar á orðalagi gerðar (Bamber og fleiri, 2002). Innra samræmi í sömu rannsókn var 0,86 fyrir styttri útgáfu en 0,90 á upprunalegri útgáfu. Forspáréttmæti var skoðað til að athuga nákvæmni kvarðans þá er, hvort hann sé að mæla það sem honum er í raun ætlað að gera. Í ljós kom að nákvæmni styttri útgáfu var viðunandi, þar sem hlutfall undir ROC kúrvu (*Receiver operation characteristic*; Hanley og McNeill, 1982) fyrir heildina var nokkuð hátt eða 72% (*Area Under the Curve*; AUC=0.72; 95% öryggisbil 0.53-0.92). Vegna þess að greiningarviðtal var ekki lagt fyrir unglunga úr almennu þýði og því ekki hægt að útiloka það að sumir þeirra myndu uppfylla greiningarviðmið árattu-þráhyggjuröskunar þá var forspáréttmæti líka

athugað með því að bera saman 50 unglunga á svipuðum aldri og þeir níu sem uppfylltu greiningarviðmið. Þar var hlutfall undir kúrvu 83% (AUC=0.83; 95% öryggisbil 0.66-1.00; Bamber og fleiri, 2002).

Aðgreiningarréttmæti kvarðans gagnvart þunglyndi var athugað með því að kanna mun á heildartölu kvarðans milli þunglyndisröskununar eingöngu eða þráhyggju-árátturöskunar eingöngu. Marktækur munur var ekki til staðar. Slæmt aðgreiningarréttmæti gagnvart þunglyndi getur verið vandamál meðal kvarða sem meta áráttu- og þráhyggjueinkenni (Bamber og fleiri, 2002).

Gerð hefur verið forprófun á íslenskri útgáfu styttri Þráhyggjukvarða Leytons (SLOI-CV). Tvær rannsóknir voru gerðar til þess að athuga annarsvegar innra samræmi, þáttgreina atriði listans ásamt því að skoða fylgni atriða við heildarkvarða og hinsvegar athuga fylgni skora við kvíða- og þunglyndisraskanir samkvæmt greiningarviðtalinu *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-IV). Í fyrri rannsókninni tóku 115 grunnskólanemar á aldrinum 13-15 ára þátt og í síðari 28, 10-16 ára börn af Barna- og unglingageðdeild Landspítalans. Niðurstöður rannsókna sýndu nokkuð hátt innra samræmi eða 0,88 en það er svipað og í fyrri rannsóknum (Bamber og fleiri, 2002). Þáttgreining gaf einn þátt til kynna og fylgni atriða við heildarkvarða var viðunandi á bilinu 0.45-0.74. Kvarðinn sýndi einnig marktæka fylgni við fjölda greiningaviðmiða á áráttu- þráhyggjuröskun samkvæmt DISC greiningarviðtali (Guðmundur Skarphéðinsson, Páll Magnússon, Harpa Hrund Berndsen, Sigríður Snorradóttir, Jóhanna Cortes Andrésardóttir, Daníel Þór Ólason og Jakob Smári, óbirt).

SOC (Stutti áráttu og-þráhyggjukvarðinn; Short OCD Questionnaire)

Stutti áráttu- og þráhyggjukvarðinn er styttri heldur en aðrir sjálfsmatskvarðar og hefur sambærilega og jafnvel betri aðgreiningar eiginleika. Atriðin athuga algeng einkenni, meðal annars athugun, snertingu, hreinlæti/þvott, endurtekningu og nákvæmni, tveimur spurningum var svo bætt við til að meta viðnám. Höfundar kvarðans lögðu hann fyrir fólk á aldrinum 11-15 ára, þar af 116 einstaklinga með áráttu-þráhyggjuröskun, 181 án röskunarinnar og 33 ungmenni með aðrar raskanir. Niðurstöður sýndu fram á að kvarðinn væri viðunandi mælitæki fyrir skimun fyrir áráttu- og þráhyggjuröskun. Niðurstöður gáfu meðal annars til kynna að næmi kvarðans til að meta einkenni á sviði áráttu-og þráhyggju væri hátt þegar börn höfðu ekki aðrar raskanir en lágt þegar börn höfðu aðrar raskanir (Uher og fleiri, 2007).

Engar rannsóknir hafa verið gerðar á íslensku gerð Stutta áráttu- og þráhyggjukvarðans og því er mikilvægt að fá upplýsingar um próffræðilega eiginleika hans.

Samantekt og Markmið

Ekki er vitað hversu vel Á/Þ kvarðarnir þrír eru til þess fallnir að skima eftir einkennum áráttu- og þráhyggjuröskun meðal barna og unglunga á Íslandi. Því er nauðsynlegt að athuga próffræðilega eiginleika þeirra svo hægt sé að gera sér nokkra grein fyrir því hversu góðir þeir eru í raun. Gerð hefur verið forprófun á próffræðilegum eiginleikum íslenskrar útgáfu SLOI-CV, niðurstöður lofa góðu en það er nauðsynlegt að safna frekari gögnum um áreiðanleika og réttmæti kvarðans. Áreiðanleiki íslenskrar gerðar þráhyggjukvarða Leytons hefur einnig verið kannaður (Íðunn Magnúsdóttir og Jakob Smári, 2004) en engar rannsóknir hafa verið gerðar á Stutta áráttu- og þráhyggjukvarðanum.

Þeir kvarðar sem notaðir hafa verið til þess að skima fyrir áráttu- og þráhyggjuröskun hjá börnum og unglungum hér á landi eru meðal annars þráhyggjukvarði Leytons fyrir börn og unglunga (LOI-CV), styttri útgáfa kvarðans (SLOI-CV) og Stutti áráttu- og þráhyggjukvarðinn (SOC). Tilgangur rannsóknarinnar var að safna gögnum um kvarðanna þrjá og skoða próffræðilega eiginleika þeirra eins og þáttbyggingu, gera atriðagreiningu, athuga innra samræmi og samleitniréttmæti með því að reikna fylgni milli kvarða. Einnig var aðgreiningarréttmæti athugað með því að reikna fylgni við þunglyndiskvarðann CES-DC.

Markmið rannsóknarinnar var að athuga próffræðilega eiginleika þessara þriggja kvarða sem meta einkenni á sviði þráhyggju-áráttu hjá börnum og unglungum. Nauðsynlegt er að safna gögnum um kvarðana og fá íslensk norm því hér á landi eru til afar fá mælitæki sem meta áráttu-þráhyggjuröskun og fáar rannsóknir hafa verið gerðar á próffræðilegum eiginleikum þýðdra útgáfa þeirra kvarða sem notaðir eru. Mikilvægi þessara upplýsinga er mikið m.a. svo hægt sé að áætla tíðni áráttu-þráhyggjuröskunar hjá íslenskum börnum og unglungum í framtíðinni.

Aðferð

Þátttakendur

Alls voru sex grunnskólum Reykjavíkur boðin þátttaka í rannsókninni, af þeim samþykktu aðeins tveir þátttöku, Ingunnarskóli og Hagaskóli. Alls var 689 nemendum á aldrinum 12-16 ára (7.-10.bekk) Hagaskóla og Ingunnarskóla boðin þátttaka en 127 foreldrar samþykktu þátttöku fyrir hönd barna sinna svo svarhlutfall var 18,4%.

Af 515 nemendum Hagaskóla samþykktu alls 85 foreldrar þátttöku barna sinna, svarhlutfall var því 16,5%. Hlutfall stúlkna var 58% (n=49), hlutfall drengja var 42% (n=36). Um 20% (n=17) stúlkna í 8.bekk Hagaskóla tók þátt, 27% (n=23) í 9. bekk og 11% (n=9) í 10. bekk. Hinsvegar tóku um 21% (n=16) drengja í 8. bekk þátt, 21% (n=18) í 9.bekk en aðeins um 2% (n=2) í 10. Bekk.

Af 174 nemendum í 7.-10. bekk Ingunnarskóla samþykktu alls 42 foreldrar þátttöku barna sinna, svarhlutfall var því 24% þar af voru stúlkur 64% (n=27) og drengir 36% (n=15). Um 36% (n=15) stúlkna í 7. bekk tóku þátt, 14% (n=6) í 8.bekk, 7% (n=3) í 9.bekk og einnig 7% (n=3) í 10.bekk. Hinsvegar tóku 17% (n=7) drengja í 7.bekk þátt, 2% (n=1) í 8.bekk, 10% (n=4) í 9.bekk og 7% (n=3) í 10.bekk.

Mælitæki

Þráhyggjukvarði Leytons fyrir börn og unglunga (*Leyton Obsessional Inventory for Children and Adolescents*; LOI-CV) er kvarði þar sem svarað er á einni stiku játandi eða neitandi um hvort einkenni séu til staðar og annarri er svarað á fjögurra punkta stiku um hve alvarlegt einkenni er (á bilinu 0-3; Berg og félagar, 1988). Iðunn Magnúsdóttir sá um að þýða kvarðann á íslensku.

Stytt útgáfa Þráhyggjukvarða Leytons fyrir börn og unglunga (*Short Leyton Obsessional Inventory for Children and Adolescents*; SLOI-CV) hefur fjögurra punkta stiku, þar sem svarmöguleikar eru: 0=aldrei, 1=stundum, 2=oft og 3=alltaf (Bamber og fleiri 2002). Þýðendur SLOI-CV voru Guðmundur Skarphéðinsson, Páll Magnússon og Sigurður Rafn A. Levy

Stutti árátta- og þráhyggjukvarðinn (*Short OCD Questionnaire*, SOC) inniheldur sex atriði ásamt tveimur atriðum sem meta hömlun vegna einkenna. Kvarðinn hefur þriggja punkta stiku þar sem svarmöguleikar eru: 0=aldrei, 1=stundum og 2=oft.

Guðmundur Skarphéðinsson, Málfríður Lorange og Ólafur Ó. Guðmundsson þýddu kvarðann á íslensku.

Fjallað var í inngangi um próffræðilega eiginleika áráttu- og þráhyggjukvarðanna þriggja.

Þunglyndiskvarðinn *CES-DC* (*Center for Epidemiological Studies Depression Scale – Children*) var einnig lagður fyrir en hann er 20 atriða sjálfsmatskvarði með fjórum stikum fyrir hvert atriði þar sem svarmöguleikar eru: 0=aldrei, 1=næstum aldrei, 2=stundum og 3=oft. Kvarðinn metur þunglyndiseinkenni hjá börnum og unglingum og eftir því sem skorað er hærra á kvarðanum eru meiri líkur á að einkenni þunglyndi séu til staðar (Weissman, Orvaschel og Padian, 1980). Kvarðinn var upphaflega þróaður af Ben Locke og Peter Putnam til að nálgast alvarleika þunglyndiseinkenna fullorðinna. Kvarðinn hefur verið þýddur á nokkur tungumál og verið notaður fyrir börn, unglinga og fullorðna (Radloff, 1977).

Áreiðanleiki og réttmæti kvarðans hefur verið prófað í mörgum löndum. Áreiðanleiki kvarðans hefur komið vel út í mælingum, alfastuðull hefur verið í kringum 0,85. Athuganir á réttmæti kvarðans hafa þó sýnt fram á að kvarðinn sé ekki bestur til þess fallinn að notast einn og sér til að skima fyrir klínísku þunglyndi (Roberts, 1980). Guðmundur Skarphéðinsson og Gunnar Karl Karlsson þýddu CES-DC kvarðann á íslensku og hann hefur sýnt viðunandi próffræðilega eiginleika (Guðmundur Skarphéðinsson, Harpa Hrund Berndsen og Daníel Þór Ólason, 2008).

Framkvæmd

Sótt var um leyfi til Vísindasiðanefndar Heilbrigðisráðuneytis og síðan Menntasviðs Reykjavíkur, því næst var rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar. Eftir að tilskyld leyfi fengust voru fjögur borgarhverfi í Reykjavík valin með handhófskenndum hætti, því næst voru skólar valdir með handhófskenndum hætti í þeim hverfum. Haft var samband við skólastjóra þeirra skóla sem valdir voru, ef skólastjóri neitaði þátttöku þá var haft samband við þann skóla sem var næstur í röðinni í því borgarhverfi. Haft var samband við skólastjóra í borgarhverfum eitt, tvö og þrjú, sjö, átta og níu. Af þeim sex skólastjórum sem haft var samband við samþykktu einungis tveir að taka þátt í rannsókninni. Þeir skólar sem tóku þátt voru Ingunnarskóli í borgarhverfi sjö og Hagaskóli í borgarhverfi eitt. Því næst voru upplýsinga- og samþykkisbréfum (sjá

viðauka) komið til skólanna tveggja þar sem kennarar sáu um að þau myndu komast í hendur foreldra barnanna.

Spurningalistarnir voru einungis lagðir fyrir þau börn sem skiluðu inn samþykkisbréfi undirrituðu af þeim sjálfum og foreldrum/forráðamönnum. Í öðrum skólanum lögðu kennarar sjálfir rannsóknina fyrir að þeirra eigin ósk og á þeim tíma sem best hentaði þeim, leiðbeiningar voru á forsiðu ásamt því að vera á hverjum kvarða fyrir sig. Í hinum skólanum gekk rannsakandi í stofur með listana, kennari var viðstaddur þegar nemendur svöruðu en rannsakandi var tiltækur ef einhverjar spurningar skyldu koma upp.

Niðurstöður

Þáttagreining

Í öllum tilfellum var notuð meginhlutaþáttagreining (*principal component analysis*) og hornréttur snúningur (*varimax*).

SLOI-CV

Próf Bartletts (*Bartlett's Test of Sphericity*) var marktækt (χ^2 (df =55)=497,7 $p<0,005$) og KMO (*Keiser-Meyer- Olkin Measure of Sampling Adequacy*) var 0,87 hvorutveggja gefur til kynna að óhætt sé að þáttgreina.

Tveir þættir með eigingildi yfir einum komu í ljós. Skriðupróf gaf einnig til kynna tvo þætti og því var ákveðið að draga tvo þætti út. Þættirnir tveir skýrðu um 54% af heildardreifingu breytanna. Fyrsti þáttur skýrði tæplega 44% af dreifingu breyta og annar þáttur rúmlega 10%.

Í töflu 2. eru sýndar þáttahleðslur fyrir SLOI-CV ásamt meðalhlutfalli sem þættirnir skýra samanlagt af dreifingu hvers atriðis (*communalities* eða h^2). Atriðin eru í sömu röð og spurningarnar koma fyrir í kvarðanum. Hleðsla atriða á þætti er nokkuð skýr hér, á þátt eitt hlóðust atriði sem snúast um verknað, það að gera tiltekna hluti, en á þátt tvö hlóðust atriði sem lúta frekar að hugsunum.

Eins og sést á töflu 2. þá hlaðast sex atriði á þátt eitt og fimm atriði á þátt tvö.

Tafla 2. Niðurstöður þáttagreiningar á SLOI þar sem hleðslur yfir 0,20 eru birtar.

Atriði	Heiti	Þáttur 1	Þáttur 2	h^2
1	Mér fannst ég verða gera hluti á ákv. hátt til að koma í veg fyrir e-ð slæmt	0,28	0,60	0,45
2	Ég átti erfitt með að klára verkefni því ég þurfti að gera hluti aftur	0,21	0,67	0,49
3	Ég þoli ekki óhreinindi og óhreina hluti	0,75	0,26	0,63
4	Ég hafði ákv. tölu í huga, taldi upp að/gerði hluti jafn oft		0,7	0,49
5	Mér leið illa yfir e-u sem ég gerði þótt engum þætti ég gera e-ð rangt	0,77		0,62
6	Ég hafði áhyggjur að vera ekki nógu hrein/n	0,62	0,33	0,5
7	Ég hreyfði mig/talaði á ákv. hátt til að koma í veg f, e-ð slæmt	0,36	0,71	0,63
8	Ég hafði áhyggjur ef ég var ekki alveg sáttur þ, Ég gerði e-ð	0,56		0,43
9	ég var upptekin að vera hrein/ á höndunum	0,54	0,35	0,4
10	Ég sagði ákv. tölu/orð til að afstýra óláni	0,30	0,78	0,69
11	Ég var alltaf að hugsa um e-ð sem ég hafði gert, hvort það væri rétt	0,77		0,61

LOI-CV

Próf Bartlett's var marktækt (χ^2 (df =190) =1236,7 $p < 0,005$) og KMO var 0,88. Fjórir þættir með eiginildi hærra en einn skýra 62,5% af heildardreifingu breytanna. Fyrsti þáttur skýrir tæp 42% af dreifingu breyta, annar þáttur skýrir rúm 8%, þriðji, þáttur skýrir rúm 6% og fjórði þáttur tæp 6%. Skriðupróf gaf einnig til kynna fjóra þætti.

Í töflu 4. eru sýndar þáttahleðslur fyrir LOI-CV ásamt meðalhluftfall sem þættirnir skýra samanlagt af dreifingu hvers atriðis (*communalities* eða h^2). Atriðin eru í sömu röð og spurningarnar koma fyrir í kvarðanum.

Atriðin virtust raðast að mestu eins og við mátti búast á þættina en þó með undantekningum. Spurningar fjögur til átta hlóðust á þátt eitt sjá í töflu 3., en þær snúast allar um óhreinindi nema spurning átta sem snýr að nákvæmni, en hún hlóðst þó líka á þátt fjögur (0,34). Spurningar eitt, tvö, 13 og 15-17 hlóðust að mestu á þátt tvö, atriðin eru nokkuð ólík og því gæti þátturinn verið einhversskonar almennur þáttur. Spurningar þrjú, 11,12 og 18-20 hlóðust að mestu á þátt þrjú sem gæti talist þáttur sem snýr að tölum og endurtekningum, spurning 19 snýst þó um að forðast óheppni, hún hleðst að einhverjum hluta á alla þættina. Spurningar níu, 10 og 14 hlóðust mest á þátt fjögur, hvorutveggja spurningar níu og 10 tengjast skóla en spurning 14 snýr að sérstakri tölu en hleðst þó ekki á neinn annan þátt.

Þættirnir fjórir eru nokkuð skýrir þar sem þáttur eitt virðist tengjast óhreinindum, þáttur tvö gæti talist almennur þáttur, þáttur þrjú tengst tölum og þáttur fjögur skóla.

Tafla 3. Niðurstöður þáttagreiningar á LOI-CV þar sem hleðslur yfir 0,20 eru birtar.

Atriði	Heiti	Þáttur 1	Þáttur 2	Þáttur 3	Þáttur 4	h ²
1	Finnst þér oft eins og þú þurfir að gera ákv. hluti, þótt þú þurfir þess ekki í raun		0,61	0,28	0,26	0,53
2	Fara hugsanir og orð aftur og aftur um huga þinn		0,72		0,42	0,71
3	Þarftu að athuga hluti ítrekað	0,29	0,41	0,64		0,66
4	Hatar þú óhreinindi og óhreina hluti	0,63		0,36	0,35	0,66
5	Finnst þér e-n ef eitthvað hefur verið snert að þá sé búið að spilla því	0,58	0,43			0,58
6	Hefur þú áhyggjur að vera nógu hrein/n	0,68	0,36	0,30		0,70
7	Ertu smámunasöm um að halda höndum hreinum	0,82				0,72
8	Þurfa hlutir að vera nákvæml, rétt frágengnir	0,67			0,34	0,60
9	Verður þú reiður ef aðrir drasla út á borðinu þínu	0,39	0,25	0,27	0,54	0,58
10	Notar þú mikinn tíma til að fara yfir lærdóm, svo hann sé rétt gerður	0,22			0,80	0,70
11	Þarftu að gera hluti aftur og aftur ákv, oft svo þeir séu réttir	0,30	3,2	0,50	3,7	0,58
12	Þarftu að telja nokkrum sinnum eða fara með tölur í huga			0,83		0,72
13	Áttu erfitt með að ljúka lærdómi því þú þarft að gera hluti aftur	0,28	0,52	0,42	0,24	0,58
14	Áttu sérstaka tölu sem þú vilt oft telja upp				0,76	0,60
15	Hefur þú oft slæma samvisku yfir því sem þú hefur gert öðrum	0,38	0,58		0,24	0,57
16	Hefur þú áhyggjur ef þú gerir hluti ekki nákv, eins og þú vildir	0,52	0,57	0,37		0,75
17	Áttu erfitt með að taka ákvarðanir		0,74			0,62
18	Ferðu yfir hluti aftur og aftur, því þú ert ekki viss að þeir séu réttir		0,45	0,55	0,25	0,56
19	Hreyfir þú þig/talar með ákv, hætti til að forðast óheppni	0,28	0,24	0,41	0,40	0,47
20	Áttu ákv, tölu/orð sem þú segir bara til að ýta slæmum hlutum burtu	0,20		0,66	0,30	0,58

SOC

Próf Bartlett's var marktækt (χ^2 (df =28) =237,06 $p<0,005$) og KMO var 0,78. Tveir þættir með eigingildi hærra en einn skýra tæplega 54% af heildardreifingu breytanna. Fyrsti þáttur skýrir tæp 40% af dreifingu breyta og annar þáttur skýrir rúm 14%. Skriðupróf gaf einnig til kynna tvo þætti. Í töflu 4. eru sýndar þáttahleðslur fyrir SOC ásamt meðalhlutfalli sem þættirnir skýra samanlagt af dreifingu hvers atriðis (*communalities* eða h^2). Atriðin eru í sömu röð og spurningarnar koma fyrir í kvarðanum. Fjögur atriði hlaðast mest á þátt tvö en þú snúast að mestu um að gera hluti, tvö atriði hlaðast mest á þátt eitt en bæði snúast þau um hugsun (láta hugsanir þig gera ákveðna hluti og áttu erfitt með að ákveða þig), skiptingin virðist nokkuð rökrétt hér nema atriði fimm sem snýst um að hafa áhyggjur hleðst á þátt tvö þegar samkvæmt skiptingunni ætla mætti að hann myndi hlaðast frekar á þátt eitt.

Tafla 4. Niðurstöður þáttagreiningar á SOC þar sem hleðslur yfir 0,20 eru birtar.

Atriði	Heiti	Þáttur 1	Þáttur 2	h^2
1	Láta hugsanir þig gera ákveðna hluti	0,60	0,24	0,42
2	Ertu upptekinn að halda höndunum hreinum		0,39	0,18
3	Þarftu að gera sama hlutinn aftur og aftur		0,69	0,51
4	Áttu erfitt með að ljúka verkefnum því þú þarft að gera þau aftur	0,26	0,77	0,66
5	Hefurðu áhyggjur af þú hefur ekki gert e-ð nákvæmlega		0,82	0,68
6	Áttu erfitt með að ákveða þig	0,68	0,21	0,51

Meðaltöl og staðalfrávik þáttagreiningar

Meðaltöl og staðalfrávik Á/Þ kvarðanna þriggja voru reiknuð eftir þáttum og kynjum. Meðaltal og staðalfrávik SLOI-CV fyrir þátt eitt er nokkuð hærri en fyrir þátt tvö hjá bæði drengjum og stúlkum (sjá töflu 5). Meðaltöl og staðalfrávik eru nokkuð svipuð fyrir þátt eitt og tvö í SOC bæði hjá drengjum og stúlkum (sjá töflu 5). Einnig eru meðaltöl og staðalfrávik svipuð fyrir alla þætti í LOI-Cv en þau eru gildi hæst á þætti tvö bæði hjá drengjum og stúlkum en lægst í þætti fjögur (sjá töflu 5).

Tafla 5. Meðaltöl og staðalfrávik eftir þáttum og kynjum

	Drengir (N=51)		Stúlkur(N=76)	
	M	Sf	M	Sf
SLOI-CV þáttur 1	3,5	2,9	4,5	3,6
SLOICV-þáttur 2	1,5	1,8	1,6	2,6
SOC þáttur 1	0,7	0,9	1,3	0,9
SOC þáttur 2	0,9	1,3	1,4	1,5
LOI-CV þáttur 1	5,0	6,6	6,4	6,5
LOI-CV þáttur 2	6,8	7,6	8,8	7,3
LOI-CV þáttur 3	4,6	6,5	6,4	6,4
LOI-CV þáttur 4	4,2	5,4	5,1	5,6

Innra samræmi

Innra samræmi var metið með alfastuðli (*Cronbach alpha*) og var viðunandi í öllum tilfellum (sjá í töflu 6.) Alfastuðull fyrir Þráhyggjukvarða Leytons (LOI-CV) var 0,92, fyrir styttri útgáfu þráhyggjukvarða Leytons (SLOI-CV) $\alpha = 0,86$ og fyrir Stutta áráttu- og þráhyggjukvarðann (SOC) $\alpha = 0,77$.

Tafla 6. Meðaltöl, staðalfrávik og alfastuðlar Á/Þ kvarðanna þriggja.

	Drengir (N=51)		Stúlkur(N=76)		Alfastuðlar
	M	Sf	M	Sf	
SLOI	5,0	4,0	6,1	5,8	0,86
LOI	10,8	12,6	13,5	11,8	0,92
SOC	2,0	2,6	3,4	2,8	0,77

Meðaltöl og staðalfrávik

Meðaltöl og staðalfrávik kvarðanna eftir kynjum eru birt í töflu 6. Meðaltal fyrir SLOI-CV var nokkuð hærra hjá stúlkum eða 6,1 ($sf=4$) en hjá drengjum 5,0 ($sf=5,8$), fyrir LOI-CV var meðaltal drengja 10,8 ($sf=12,6$) en nokkuð hærra hjá stúlkum eða 13,5 ($sf=11,8$). Að lokum var meðaltal SOC hjá drengjum 2,0 ($sf=2,6$) en töluvert hærra hjá stúlkum 3,4 ($sf=2,8$).

Kynjamunur var skoðaður með t-prófi fyrir óháða hópa, marktækur munur var ekki til staðar milli kynja í SLOI-CV $t(125)=0,216$, $p>0,05$ né í LOI-CV $t(124)=0,224$, $p>0,05$. Hinsvegar var marktækur munur milli kynja í SOC $t(125)=0,007$, $p>0,05$.

Fylgnistuðlar sem athugun á samleitni- og aðgreiningaréttmæti

Fylgni milli Á/Þ kvarðanna þriggja (LOI-CV, SLOI-CV og SOC) var há í öllum tilfellum og marktæk við $p<0,001$. Hæst var fylgnin milli Áráttu- og þráhyggjukvarða Leytons (LOI-CV) og styttri útgáfu kvarðans (SLOI-CV) eða $r=0,73$. Fylgni milli LOI-CV og SOC var lægst eða $r=0,59$ og milli SOC og SLOI-CV $r=0,62$.

Fylgni milli þunglyndiskvarðans CES-DC og Á/Þ kvarðanna þriggja var nokkuð há og marktæk í öllum tilfellum við $p<0,01$. Hæst var fylgnin milli SLOI-CV og CES-DC eða $r=0,60$, minnst milli CES-DC og LOI-CV eða $r=0,54$ og svo $r=0,56$ milli SOC og CES-DC.

Fylgni var reiknuð milli heildarkvarða en ekki þátta vegna þess að hefðbundin notkun listanna tekur mið af heildarskori, þar sem einungis er verið að skima almennt eftir einkennum en ekki eftir einkennaflokkum, en það á frekar við um rannsóknir eða frekari klínískri notkun á meðferðaárangri.

Umræða

Próffræðilegir eiginleikar kvarðanna þriggja sem meta árattu- og þráhyggju einkenni hjá börnum voru viðunandi. Atriði kvarða sýndu skýra þáttbyggingu hver með sínum hætti, innra samræmi var gott og kvarðarnir sýndu „miðlungs“ fylgni hver við annan erlendar rannsóknir á SLOI-CV hafa sýnt svipaðar niðurstöður (Bamber, o.fl., 2002; Rueda Jaimes, o.fl., 2007) sem og erlendar rannsóknir á LOI-CV (Berg og félagar 1988; Gallant og félagar, 2007) og SOC (Uher og fleiri, 2007).

Leitandi þáttgreining var gerð á atriðum Á/Þ listanna þriggja, þættir voru mjög skýrir og sannfærandi í Stutta árattu- og þráhyggju spurningalistanum (SOC) og í SLOI-CV komu fram tveir þættir sem virðast skiptast annarsvegar eftir verknaði og hinsvegar eftir hugsunum. Þetta er í samræmi við kenningar um röskunina, það er að segja skiptingin í annarsvegar árattu (til dæmis gera hluti aftur og aftur) og hinsvegar þráhugsanir (til dæmis áhyggjur af óhreinindum; Heyman, 2003). Þættir sem komu fram á atriðum Þráhyggjukvarða Leytons voru samtals fjórir og skýrðu 62% af heildardreifingu breyta. Þættirnir voru þó ekki eins sannfærandi og skýrir og í hinum kvörðunum tveimur, hægt er að skipta þáttunum eftir til dæmis áhyggjum af óþrifnaði, athugun og þráhugsunum um tölur, áhyggjum sem snúa að skóla og svo almennum þætti. Þetta er nokkuð svipuð skipting og kom fram hjá Berg og fleirum (1988). Hjá þeim félögum voru þættirnir eftirfarandi: Almenn þráhyggja, áhyggjur af óhreinindum, þráhugsanir um tölur/heppni og að lokum þráhugsanir sem tengjast skólanum. Atriði hlóðust þó mun skýrar á þætti hjá Berg og félögum heldur en þau gerðu hér. Þessi skipting virðist vera nokkurnveginn í samræmi við það sem talin eru vera algengustu einkenni árattu annarsvegar, en þau eru: þvottur, endurtekning, athugun og snerting og hinsvegar þráhyggju: áhyggjur af mengun, hamförum og samhverfu (Heyman, 2003)

Fylgni milli Á/Þ kvarðanna þriggja var viðunandi, fylgni milli Á/Þ kvarðanna og þunglyndiskvarðans CES-DC var nokkuð há sem gefur til kynna að kvarðarnir greini ekki nægjanlega vel á milli þunglyndis og árattu- og þráhyggjuröskunar. Samsláttur þunglyndis og árattu- þráhyggjuröskunar er þó vel þekkt vandamál og er oft til vandræða þegar kemur að mælitækjum til að skima eftir árattu-þráhyggjuröskun. Um helmingur Á/Þ sjúklinga er greindur ranglega með þunglyndis- eða kvíðaröskun þegar í raun um er að ræða árattu-þráhyggjuröskun. Þetta er vandi sem getur reynst sjúklingum og fjölskyldum þeirra dýrkeyptur, það er því mikilvægt

fyrir þerapista að vera meðvitaðir um þessa staðreynd (Bamber, 2002; Barlow, 2002; Maj o.fl., 2003; Swinson o.fl., 1998). Ein leið sem rædd hefur verið gegn þessu vandamáli er að mæla þurfi þunglyndi í öllum rannsóknum á Á/Þ til þess að ná stjórn á samsláttar áhrifum (sjá til dæmis í Bamber, 2002;).

Niðurstöður gefa til kynna að kvarðarnir séu vel til þess fallnir að skima eftir einkennum áráttu- og þráhyggjuröskunar meðal íslenskra barna og unglunga. Fjöldi þátttakenda í rannsókninni hefði þó mátt vera meiri en nokkuð erfitt var að fá samþykki skólastjóra fyrir þátttöku skóla sinna, einnig var töluvert um brottfallsgildi sem dró enn frekar úr fjölda svarana. Í framhaldinu er mikilvægt að safna enn frekari gögnum um próffræðilega eiginleika kvarðanna úr stærri hópi þátttakenda. Slíkar upplýsingar eru mikilvægar svo það sé hægt að áætla tíðni röskunarinnar hjá íslenskum börnum og unglungum í framtíðinni.

Heimildir

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescent with obsessive-compulsive disorder. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry*, 37, 27S-45S.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4. útgáfa)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Apter A., Bleich A., Cohen D.J., Kron S., Pauls D.L., Rappaport M., Ratzosin G., Weizman A. og Zohar A.J. (1992). An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescent. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31: 1057-1061.
- Bamber, D., Goodyer, I. M., Kyte, Z. A., Park, R. J. og Tamplin, A. (2002). Development of a short Leyton Obsessional Inventory for Children and Adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1246-1252.
- Barlow. H. D. (2002). *Anxiety and Its Disorders The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. (2. Útgáfa) (bls. 516-539). New York: Guilford
- Berg, C. Z., Davies, M., Flament, M. F., Rapaport, J. L. og Whitaker, A., (1988). The survey form of the Leyton Obsessional Inventory Child Version: Norms from an epidemiological study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 759-763.
- Berg, C. Z., Braiman, S., Davies, M., Lenane, M., Leonard, H., Rapoport, J. L., Swedo, S. og
- Whitaker, A. (1989). Childhood obsessive-compulsive disorder: A two year prospective follow-up of a community sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 759-763.
- Biederman J., Geller D.A., Jones J., Park K.S., Schwartz S. og Shapiro S. (1998), Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: A review. *Harvard Review of Psychiatry* 5: 260-273.
- Biederman J., Carpenter, D., Emslie, G., Farrell, C., Geller D.A., Mullin, B., Stewart S.E. og Wagner K.D. (2003a). Impact of comorbidity on treatment response to paroxetine in pediatric obsessive-compulsive disorder: Is the use of exclusion criteria empirically supported in randomized clinical trials? *Journal of Child Adolescent Psychopharmacol* 13: 19-29.
- Ceranoglu, T.A., 'O Hanley, T. og Stewart, S. E., (2005). Performance of Clinician Versus Self-Report Measures to Identify Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 15: 956-963.
- Charney D.S., Fleischmann, R.L., Goodman W.K., Heninger G.R., Hill C.L., Mazure C., Orice L.H. og Rasmussen S.A. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, I: Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry* 46: 1006-1011.

- Ciecchetti D., Goodman W.K., King R.A., Leckman J.F., McSwiggin-Hardin M., Ort S.I., Riddle M. og Scahill L. (1997). Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36: 844-852.
- Cheslow, D., Lenane, M., Leonard, H., Rapoport, J.L og Swedo, S.E. (1989). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46: 335-341.
- Clark, A. D. (2004). Cognitive-Behavioral Therapy for OCD (bls. 3-47). New York: Guilford.
- Douglass, H. M., Mofitt, T. E., Dar, R., McGee, R. og Silva, P. (1995). Obsessive-compulsive disorder in a birth cohort of 18-year-olds: Prevalence and predictors. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1424-1431.
- Dulcan, M., Fishcer, P., Lucas, C.P., Schwab-Stone, M. og Shaffer, D. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some commone diagnoses. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39: 28-38.
- Flament, M. F. Og Cohen, D. (2000). Child and adolescent obsessive-compulsive disorder: A review. Hjá M. M. Sartorius og O. A. Zohar (ritstj.). bls. 145-183. Chichester.
- Flament, M. F. og Rapoport, J. (1984). Childhood obsessive-compulsive disorder. in: Insel TR, ed. New findings in obsessive-compulsive disorder (bls. 23-43). Washington DC: American Psychiatric Press Inc.
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C.Z., Kalikow, o.fl(1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27: 764-771.
- Framton, I. og Goodman, R., Heyman, I., Mortimore, C. og Uher, R., (2007). Screening young people for obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 191; 353-354.
- Frampton, I., Heyman, I., Rachman, S., Reynolds, M., Shafran, R. og Teachman, B. (2003). The preliminary development of a new self-reportmeasure for OCD in young people. *Journal of Adolescence*, 26, 137-142.
- Francis, K., Kabkos, C., Karagianni, S. og Karamolegou, K., Koumoula, A., Kiriakidou, T., Richardson, C. og Roussos, A. (2003). The Leyton Obsessional Inventory Child Version In Greek Adolescents; Standardization in a national school-based survey and two-year follow up. *European Child & Adolescent Psychiatry* 12: 58-66.
- Gallant, J., Sloman, G.M. og Storch, E.A. (2007). A School-Based Treatment Model for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry Human Development*. 38: 303-31.

- Geffken, G.R., Murphy, T.K. og Storch, E.A. (2004). Psychometric evaluation of the Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Psychiatry Research*, 129: 420-427.
- Groomsman, L., Hollingsworth, C.E., Pabst P. og Tangnay, P.E. (1980). Longerm outcome of obsessive-compulsive disorder in childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 19: 134-144.
- Guðmundur Skarphéðinsson, Páll Magnússon, Harpa Hrund Berndsen, Sigríður Snorradóttir,
- Jóhanna Cortes Andrésardóttir, Daníel Þór Ólason og Jakob Smári. (Óbirt). Forprófun á styttri útgáfu Þráhyggjukvarða Leytons fyrir börn og unglunga.
- Guðmundur Skarphéðinsson, Harpa Hrund Berndsen og Daníel Þór Ólason (2008). Próffræðilegir eiginleikar Sjálfsmatskvarða Becks í úrtaki 10 til 15 ára barna. *Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 13, 83-95.
- Hanley, J. A. og McNeil, B. J. (1982). The meaning and use of the area underreceiver operationg characeristic (ROC) curve. *Radiology*, 143, 29-36.
- Heyman, I. (2003). Obsessive Compulsive Disorder in Children. *Institute of Psychiatry and Great Ormond Street Hospital*: 127-129.
- Heyman, I., Shafran, R., Turner, C.M. og Uher, R. (2007). Self-, parent-report and interview measres of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*. 10, bls: 1016-1028.
- Nolen-Hoeksema, S. (2007). *Abnormal Psychology* (4. útgáfa). New York: McGraw Hill.
- Ho, T.P., Hung, S.F., Kwong, S.L., Lee, C.C., Leung, P.W.L., Lucas, C.P., Mak, F.L., Shaffer, D. og Tang, C.P. (2005). Test-retest reliability of the Chinese version of the Diagnostic Interview Schedule for Children- Version 4 (DISC-IV). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46: 1135-1138.
- Inglis, S., Jenkins, M., King, N., Myerson, N. og Ollendick, T. (1995). Test-retest reliability of the survey form of the leyton obsessional inventory-child version. *Perceptual & Motor Skills*, 80: 1200-1202.
- Iðunn Magnúsdóttir og Jakob Smári, (2004). Are Responsibility AttitudesRelated to Obsessive-Compulsive Symtoms in Schoolchildren? *CognitiveBehaviour Therapy*, 33, 22-26.
- Judd, L. (1965). Obsessive compulsive neurosis in children. *Arch Gen Psychiatry*, 12: 136-143.
- Khanna, S. og Srinath, S. (1988). Childhood obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 21; 254-258.
- King R.A. og Scahill L., (1999). Preoccupations and behaviors associated with romantic and parental love: perspectives on the orgin of obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8: 635-665.
- Kristján Guðmundsson. (2002). *Flokkun geðraskana; Heildstæð og tæmandi samantekt á tveimur flokkunarkerfum* (DSM-IV og ICD-10) geðrænna vandkvæða. Kópavogur: Kristján Guðmundsson; 87-88.

- Lauth, B., Páll Magnússon, Ferrari, P. og Hannes Pétursson. (2008). An Icelandic version of the Kiddie-SADS-PL: Translation, cross-cultural adaptation and inter-rater reliability. *Nordic Journal of Psychiatry*. 62: 379-385.
- Lenane, M.C., Leonard, H.L., and Rapoport, J.L., Rettew, D.C. og Swedo, S.E.1992. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31: 1050–1056.
- March, J. S. og Mulle, K. (1995), OCD in Children and Adolescents A Cognitive-Behavioral Treatment Manual, (bls. 3 -3, 219). New York: Guilford.
- Maj, M., Norman., Okasha, A., Sartorius og Zohar, J. (2003). Obsessive-Compulsive Disorder. (2.útgáfa). (bls. 147-161, 173-187, 191-197) :JohnWiley & Sons Ltd.
- Orvaschel, H., Padian, H. og Weissman, M.M. (1980). Children's symptom and social functioning self-report scales: Comparison of mothers and children's report. *Journal of Nervous mental Disorders*. 12: 736-740.
- Radloff, L.S, (1977). The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in general population. *Applied Psychological Measurement*, 1: 385-401.
- Rapoport, J.L. (1986). Childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychiatry*, 27: 289-296.
- Rapoport J.L. (1990). Obsessive compulsive disorder and basal ganglia dysfunction. *Psychological Medicine*., 20: 465-469.
- Reschly, D.J. og Wilson, M.S. (1996). Assessment in school psychology training and practice. *School Psychological Review*, 25: 9-23.
- Rueda Jaimes, G. E., Díaz Martínez, L. A., Escovar Sánchez, M., Franco López, J. A., Navarro Manchilla, Á. A. og Cadena Afanador, L. P. (2007). Validación del Inventario de Obsesiones de Leyton versión corta en niños y adolescentes de Bucaramanga (Columbia). *Atención Primaria*, 39, 75-80.
- Sigríður Snorradóttir (2007). *Forprófun á greiningarviðtalinu Diagnostic Interview schedule for Children (DISC-IV):lyndis- og kvíðaraskanir*. Óbirt lokaritgerð (cand.psych). Háskóli Íslands.
- Swinson, R. P Antony, M. M., Rachman, S. og Richter, M. A. og. (1998) Obsessive-Compulsive Disorder, Theory, Research and Treatment. (bls. 368-374). New York: Guilford.
- Thomsen, P.H. (1991). Obsessive compulsive symptoms in children and adolescents. A phenomenological analysis of 61. Danish cases. *Psychopathology*, 24; 12-18.
- Uher, R., Heyman, I., Mortimore, C., Framton, I. og Goodman, R. (2007). Screening young people for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*. 191; 353-354.
- Valleni-Basille, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L. Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., o.fl. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescent. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.
- Wolff, R. D., og Wolff, R. (1991). Assessment and treatment of obsessive-compulsive disorder in children. *Behavior Modification*, 1: 372-393.

Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8, 445-460.

Próffræðilegir eiginleikar þriggja kvarða sem meta einkenni á sviði árátta- og þráhyggju

Reykjavík, júní 2008

Kæru foreldrar/forráðamenn,

Skóli barnsins þíns hefur samþykkt að taka þátt í söfnun gagna um þrjá kvarða sem meta einkenni á sviði árátta- og þráhyggju hjá börnum og unglingum. Um er að ræða samstarfsverkefni milli Barna- og unglingsgeðdeildar Landspítala Háskólasjúkrahúss (BUGL) og Háskóla Íslands (HÍ). Guðmundur Skarphéðinsson sálfræðingur mun hafa umsjón með verkefninu fyrir hönd BUGL en Jakob Smári, prófessor fyrir hönd HÍ. Um er að ræða BA verkefni Rutar Vilhjálmsdóttur í sálfræðiskori við HÍ.

Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar er:

Guðmundur Skarphéðinsson, sálfræðingur.

Barna-og unglingsgeðdeild Landspítala-háskólasjúkrahúss (BUGL)

Dalbraut 12,

105 Reykjavík

Sími: 543-4300, netfang: : gudmundr@lsh.is

Fax: 543-4301

Þráhyggjukvarði Leytons fyrir börn og unglinga (LOI-CV) er 20 atriða kvarði, Styttri þráhyggjukvarði Leytons (SLOI-CV) er 11 atriði og Stuttí árátta- og þráhyggjukvarðinn er sex atriða kvarði. Ofantaldir kvarðar eru ætlaðir börnum og unglingum til skimunar eftir einkennum árátta- og þráhyggju.

Þunglyndiskvarðinn CES-DC (*Center for epidemiological Reseach Scale Drepression for Children*) er 20 atriða kvarði sem metur þunglyndiseinkenni hjá börnum og unglingum en hann verður einnig lagður fyrir.

Til þess að hægt sé að nota íslenska útgáfu kvarðanna er nauðsynlegt að til séu íslensk norm. Með þessari rannsókn er ætlunin að safna slíkum normum. Rannsókn þessi miðast við að safna gögnum um börn í 7., 8., 9. og 10. bekk, og óskum við hér með eftir aðstoð ykkar til þess. Það er von okkar að þið sjáið ykkur fært um að fylla út upplýst samþykisblað fyrir barnið ykkar. Þátttaka þeirra er afar mikilvægur þáttur í því að niðurstöðurnar verði gagnlegar og nothæfar.

Á spurningalistum mun hvorki koma fram nafn barns, forráðamanns né kennara og verður á engann hátt hægt að rekja svörin. Fyllsta trúnaðar og nafnleyndar er því gætt. Leyfi fyrir rannsókninni liggur fyrir hjá Vísindasiðanefnd, Persónunefnd, fræðsluyfirvöldum og skólastjórum.

Ef þú samþykkir að barnið þitt taki þátt í rannsókninni ertu vinsamlega beðin(n) um að undirrita meðfylgjandi samþykkisblað og senda það með barni þínu í skólann. Ef áhugi foreldra er fyrir því að sjá þá kvarða sem lagðir vera fyrir börn þeirra er sjálfsagt að verða við þeim óskum.

Með kveðju og von um gott samstarf,

Guðmundur Skarphéðinsson

Rut Vilhjálmsdóttir



Upplýst samþykki

Próffræðilegir eiginleikar þriggja kvarða sem meta einkenni á sviði áráttu- og þráhyggju

Ábyrgðarmaður: Guðmundur Skarphéðinsson, sálfræðingur á Barna- og unglingageðdeild Landspítala Háskólasjúkrahúss (BUGL), Dalbraut 12, 101 Reykjavík, sími 543-4300.

Aðrir rannsóknaraðilar: Jakob Smári, prófessor við Háskóla Íslands og Rut Vilhjálmsdóttir BA nemi í sálfræði við Háskóla Íslands og er rannsóknin námsverkefni Rutar.

Tilgangur og framkvæmd: Markmið rannsóknarinnar er að safna gögnum um þrjá kvarða sem meta einkenni á sviði áráttu- og þráhyggju hjá börnum og unglingum. Eftirtaldir listar verða notaðir í rannsókninni: Leyton Obsessional Inventory: Sjálfsmatskvarði fyrir börn um einkenni áráttu þráhyggju (LOI-CV) hann er 20 atrðia kvarði, Short Leyton Obsessional Inventory-Child Version (SLOI-CV) er 11 atrðia kvarði, Stuttu áráttu- og þráhyggjukvarðinn er sex atrðia kvarði og Center for epidemiological Research Scale Depression for Children (CES-DC) sem er 20 atrðia kvarði. Nemendur í 7., 8., 9. og 10. bekk munu svara listunum. Áætlað er að það 30 mínútur að svara öllum spurningunum eða um það bil eina kennslustund.

Áhætta: Engin áhætta er fólgin í þátttöku í þessari rannsókn. Farið verður með öll gögn sem trúnaðarmál.

Tegund upplýsinga sem aflað verður: Safnað verður upplýsinga um kyn, aldur og skóla barnsins.

Meðferð upplýsinga: Farið verður með öll gögn sem trúnaðarmál og þau varðveitt í tölvutæku formi án allra persónuauðkenna. Öllum gögnum verður eytt fimm árum eftir birtingu fræðigreinar um niðurstöður rannsóknarinnar. Rannsóknargögn verða varðveitt á öruggum stað hjá ábyrgðarmanni rannsóknarinnar á meðan á rannsókn stendur.

Samþykki: Öllum er frjálst að neita þátttöku í rannsókninni. Þeir sem kjósa að taka þátt í rannsókninni geta einnig afturkallað samþykki sitt hvenær sem er áður en fyrirlögn fer fram. Kjósi þátttakandi að afturkalla samþykki sitt á meðan að á fyrirlögn stendur verður þeim upplýsingum sem safnað hefur verið eytt og þær ekki notaðar við úrvinnslu rannsóknarinnar.

Rannsóknin er unnin með samþykki Vísindasiðanefndar og tilkynning hefur verið send til Persónuverndar.

Vinsamlegast haltu eftir eintaki af bæði samþykkisyfirlýsingu og kynningarbréfi

Ég undirrituð/undirritaður samþykki hér með að barnið mitt taki þátt í rannsókninni. Tilgangur og framkvæmd rannsóknarinnar hafa verið útskýrð og mér er ljóst að ég get neitað þátttöku eða afturkallað samþykki mitt hvenær sem er áður en gögnum er skilað inn til rannsækenda.

Ef þú hefur spurningar um rétt barns þíns sem þátttakandi í vísindarannsókn eða vilt að það hætti þátttöku í rannsókninni getur þú snúið þér til Vísindasiðanefndar, Vegmúla 3, 108 Reykjavík. Sími: 551-7100, fax: 551-1444.

Dagsetning

Undirskrift forráðamanns

Undirskrift barns og kennitala

Sem ábyrgðarmaður rannsóknarinnar staðfesti ég að eðli og tilgangur rannsóknarinnar hefur verið kynntur fyrir ofangreindum einstaklingi í samræmi við lög og reglur um vísindarannsóknir.

Guðmundur Skarphéðinsson

