

Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket:

## The Bergen 4-Day Treatment (B4DT) (1. utg)

B4DT er en lovende behandlingsform for ungdom med tvangslidelser, men det er stort behov for studier hvor tilnærmingen sammenlignes med annen aktiv behandling og hvor effekten også vurderes for yngre barn.

### BAKGRUNN

Formålet med denne artikkelen er en kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket B4DT for tvangslidelse/OCD rettet mot barn og unge i alderen 11–18 år.

Tiltaket er rettet mot barn med en diagnostisert tvangslidelse og formålet med behandlingen er en lettelse i symptomer på denne lidelsen og bedre fungering i dagliglivet. Det teoretiske grunnlaget for tiltaket er kognitiv atferdsterapi og spesielt eksponeringsterapi med responsprevensjon, hvor ungdommen skal utsette seg for stimuli eller situasjoner som fremkaller frykt og samtidig unnlate å utføre tvangshandlingene. Tilbudet gis over 4 dager og karakteriseres som en konsentrert behandling. B4DT tilbys i spesialisthelsetjenesten. Barn og foreldre får tiltaket i gruppe hvor det er en terapeut for hver pasient. Helse Bergen HF og Klinikk for 4-dagers behandling ved Haukeland sykehus er ansvarlig for tiltaket i Norge.

### METODE

Kunnskapsoppsummeringen bygger på et systematisk søk fra databasene Embase, Medline og Psyk Info, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, SweMed, Cambell, NREPP, NICE, Blueprint og CEBC samt materiell fra tiltakseier. Søket ble gjennomgått for å identifisere nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer samt annen relevant informasjon om tiltaket. To nordiske artikler ble identifisert i den aktuelle aldersgruppen og disse ble inkludert i kunnskapsoppsummeringen.

### RESULTATER

Resultatene innbefatter en oppsummering av tiltakets beskrivelse, inkluderte forskningsstudier, forskningsmetodisk kvalitet og implementeringskvalitet. B4DT bygger på teori som er godt beskrevet i litteratur om OCD. Målgrupper og målsetting er godt beskrevet, men det foreligger ikke en manual som beskriver gjennomføring av tiltaket. Etablerte måleinstrumenter er benyttet og tiltaket er gjennomført i vanlig klinisk praksis. De inkluderte studiene undersøker effekt i et pre-post-design uten kontrollgruppe, og det er ikke rapportert bruk av sjekklister eller video-analyser for å kvalitetssikre behandlingens innhold. Det er beskrevet omfattende opplæring og kvalifikasjonskrav, og veiledning for å opprettholde kvalitet hvis resultat faller under forventet standard. Resultatene er positive med store effektstørrelser for tvangssymptomer for ungdom i alderen 11–18 år, men små utvalg gjør at den presise størrelsen på effektene ikke kan fastslås.

### KONKLUSJON

B4DT for tvangslidelse hos barn og unge i alderen 11–18 år klassifiseres på evidensnivå 3: Tiltak med noe dokumentasjon på effekt.

Dette begrunnes i solid teoretisk forankring samt positiv behandlingseffekt indikert i to ukontrollerte behandlingsstudier for ungdom i alders 13–18 år. Det er behov for å få gjennomført randomiserte kontrollerte studier hvor B4DT sammenlignes med annen aktiv behandling. Videre er det behov for hvordan behandlingen virker på yngre barn (under 13 år).



**Kristin D. Martinsen**

[k.d.martinsen@psykologi.no](mailto:k.d.martinsen@psykologi.no)  
[kristin.martinsen@r-bup.no](mailto:kristin.martinsen@r-bup.no)


*Psykologisk Institutt, Universitetet  
i Oslo/RBUP Øst og sør*



**Erling W. Rognli**

[erling.rognli@ahus.no](mailto:erling.rognli@ahus.no)

*Avdeling for barn og unges  
psykiske helsevern, Akershus  
universitetssykehus*

 Engelsk sammendrag på  
ungsinn.no

ISSN 2464-2142  
Tidsskrift Ungsinn utgis av  
Regionalt kunnskapssenter for  
barn og unge- nord (RKBU  
Nord) ved UiT Norges arktiske  
universitet.

## Innledning

### Bakgrunn

Tvangslidelser (OCD) kjennetegnes ved at barnet har påtrengende, tilbakevendende tanker eller bilder som gir frykt, avsky eller ubehag. Vanlige tvangstanker er knyttet til frykt for smitte eller frykt for å skade andre. Disse tvangstankene får barnet til å utføre tvangshandlinger for å redusere den negative følelsen. Tvangshandlingene kan for eksempel være å sjekke at alt er trygt, gjentatt vasking eller å sette objekter i en spesiell rekkefølge.

OCD hos barn har en forekomst mellom 0,5 til 3 % (se for eksempel, Canals, Hernandez-Martinez, Cosi, & Voltas, 2012), hvor forekomsten øker med økende alder (Heyman mfl., 2003). Tidlig debut av lidelsen, ofte rundt 11 år, ser ut til å predikere alvorligere forløp (Taylor, Asmundson, & Jang, 2011). Barnets funksjon påvirkes negativt av OCD, skaper stress i familien og påvirker sosiale relasjoner og skolefungering (Piacentini, Bergman, Keller, & McCracken, 2003). Uten behandling er det en risiko for at lidelsen kan bli kronisk. Barn med diagnostisert tvangslidelse vil ofte også fylle kriteriene for en annen psykisk lidelse, for eksempel angstlidelser, depresjon, atferdsforstyrrelse og ADHD (Ost, Riise, Wergeland, Hansen, & Kvale, 2016; Torp mfl., 2015).

Eksponeringsterapi med responsprevensjon (ERP) og medisinerer med selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) er de to behandlingsformene som har mest empirisk støtte (Geller & March, 2012). ERP er en form for kognitiv atferdsterapi (KAT) og bygger på erfaringer med lignende tilnærminger med voksne hvor hovedfokus er å endre barnas atferd gjennom eksponeringsøvelser hvor de utsetter seg for det som skaper frykt uten å samtidig gjøre tvangshandlingen (Dahl, 2011). I ERP skal barnet gjennomføre tenkte og virkelige (in vivo) øvelser hvor han eller hun skal utsette seg for det stimuli som fremkaller frykt – for eksempel tvangstanker eller situasjoner hvor barnet ofte vil gjøre tvangshandlinger. Responsprevensjon innebærer at ritualene og unngåelsesresponsen ikke gjennom-

føres, med andre ord at barnet samtidig ikke gjør tvangshandlingene (eller tankene) som reduserer engstelsen (March, Mullen, Gundersen, Jørgensen, & Moynahan, 2003). Den kognitive komponenten av behandlingen innebærer ofte å eksternalisere tvangen (den er noe utenfor barnet) og å arbeide med barnets dysfunksjonelle tanker knyttet til fare eller ansvar (March mfl., 2003).

McGuire mfl. (2015) rapporterte i sin metaanalyse som inkluderte 20 studier med gjennomsnittsalder mellom 7,1 og 14,6 år, at ERP har en stor behandlingseffekt, både i form av reduksjon av symptomer og tilbakegang av diagnostisk status. Komorbid angstlidelse, mer terapeutisk kontakt og lavt frafall var forbundet med bedre effekter. I en annen metaanalyse utført Ost mfl. (2016) ble effekten av ERP og psykofarmakologisk behandling analysert. Studien inkluderte 34 randomiserte, kontrollerte studier med en gjennomsnittsalder på 12,5 år. De rapporterte en stor gjennomsnittlig effektstørrelse av ERP. Forskerne rapporterte også at halvparten av pasientene som fikk ERP ikke kvalifiserte for diagnose etter behandling, mens dette gjaldt 66,1 % av de som fikk kombinasjonsbehandling. I en nordisk studie, NordLOTS, ble behandlingen gjennomført i vanlig klinisk praksis med 241 barn, mellom 7 og 17 år, med OCD diagnose (Torp mfl., 2015). Studien hadde en trappetrinnsmodell, hvor det første trinnet var en åpen, ukontrollert klinisk studie. Deltakerne fikk 14 timer med ERP og de ble evaluert før behandling, midtveis og etter behandlingen. Det ble rapportert en stor behandlingseffekt og at 73% av pasientene kunne defineres å ha en respondert på behandlingen (Torp mfl., 2015).

Det er gjort omfattende forskning både internasjonalt og nordisk som viser at KAT og spesielt ERP har bedre resultater enn andre behandlingsformer både for barn og voksne (for eksempel, Abramowitz, Whiteside, & Deacon, 2005; McGuire mfl., 2015; Ost mfl., 2016; Torp mfl., 2015). Abramowitz mfl. (2005) så på både bruk av ERP og SSRI i behandling av OCD hos barn i 18 studier, og konkluderte med at begge er effektive for å redusere

symptomer. Noen studier indikerte at ERP hadde større effekt og færre bivirkninger enn SSRI, mens andre ikke fant en slik forskjell. Forfatterne konkluderte derfor at ERP bør være førstevalget i behandling av OCD hos barn.

På bakgrunn av denne forskningen er KAT i form av ERP anbefalt som «treatment of choice» av National Institute of Health and Care Excellence (National Institute for Health and Care Excellence, 2005), og av American Association of Child and Adolescent Psychiatry (Geller & March, 2012). Disse anbefalingene er imidlertid basert studier hvor behandlingen har vært gjennomført i 14–16 ukentlige sesjoner, som er den vanligste fremgangsmåten. Lengden av slike sesjoner varierer noe. I NordLOTS var de på 75 minutter, og de fleste versjoner av ERP ligger i nærheten av dette.

På initiativ fra Helsedirektoratet ble det i 2010 besluttet at det de neste årene skulle opprettes spesialistteam i alle helseforetak som skulle tilby standard ERP-behandling (15-20 timer) til pasienter med OCD. Det ble etablert 15 OCD-team for barn for å sikre et landsdekkende tilbud. OCD-teamet i Helse Bergen utviklet et konsentrert behandlingsformat med ERP-behandling, og behandlingen rettet mot barn i alderen 11–18 år evalueres i denne oppsummeringen.

## Beskrivelse og materiell

Den konsentrerte behandlingen som OCD-teamet i Helse Bergen utviklet, blir omtalt som 4-dagers behandlingen, The Bergen 4-day Treatment (B4DT) eller Concentrated Exposure Therapy (cET). I denne artikkelen vil vi omtale tiltaket som B4DT. Tiltaket har vært i bruk siden 2012 og er implementert i 11 barne- og ungdomsklinikker i Norge.

B4DT beskrives som en individuell behandling levert i et gruppeformat med 6–9 deltakere (2–3 pasienter og 4–6 foreldre). Det er en terapeut for hver pasient, og behandlingen tilbys over fire dager. Beskrivelsen av B4DT er basert på publiserte artikler (Riise, Kvale, Ost, Skjold, & Hansen, 2018; Riise mfl., 2016) og en doktorgradsavhandling om tiltaket for barn og unge (Riise, 2018).

## Målsetninger og målgruppe

B4DT er en behandlingsmodell rettet mot spesifikke psykiske lidelser, og her vurderes tiltaket som brukt for å behandle OCD. Målsetningen med tiltaket er lettelse i symptomer på OCD og bedring av dagliglivsfungering. Tiltaket er rettet mot pasienter som fyller kriteriene for diagnosen OCD etter DSM-kriteriene. Eksklusjonskriterier for å motta behandlingen er oppgitt å være alder under 11 år, forhøyet selvmordsrisiko, psykoselidelse eller pågående rusbruk, samt psykisk utviklingshemming, gjennomgripende utviklingsforstyrrelser eller at pasienten var innlagt på sykehus eller i døgnavdeling (Riise, Kvale, Ost, Skjold, & Hansen, 2018; Riise mfl., 2016).

## Gjennomføring av tiltaket og metoder som anvendes

Behandlingen gjennomføres i tre moduler: 1) Behandlingsforberedende tiltak, 2) 4-dagers behandling samt oppfølgingssamtale etter 3 måneder, og 3) Behandlingskonsoliderende tiltak.

### 1. Behandlingsforberedende tiltak

Før behandlingen igangsettes, gjennomfører en standardisert forberedelse som blant annet innebærer en kartlegging og diagnostisk utredning. I forbindelse med den diagnostiske utredningen blir det også gitt kortfattet informasjon om eksponeringsterapi med responsprevensjon (ERP).

Motivasjonen til pasientene vurderes, og pasienten skal i den forbindelse se på to videoer hvor det gis bakgrunnsinformasjon om behandlingen. Pasienten må ta et valg og gå helhjertet inn for behandlingen og sette av tid til dette. I video 2 blir pasienten gratulert med å ha fått plass på B4DT og elementene i behandlingen gjennomgått.

### 2. 4-dagers behandlingen samt oppfølgingssamtale etter 3 måneder

Selve behandlingen gjennomføres hos spesialiserte OCD-team i en sammenhengende firedagersperiode. På dag 1 møtes barn og foreldre med terapeutene i tre timer. Fokus i disse timene er å etablere regler for gruppen og avklare gjensidig taushetsplikt. I tillegg gis psykoedukasjon om angst

som kroppens alarmreaksjon. Det blir forklart at barnet og foreldrene skal gå imot det etablerte handlingsmønsteret knyttet til tvang ved å gjøre «det OCD liker minst». I individuell time med foreldrene eksternaliserer terapeuten OCD ved å skille symptomene fra ungdommen. Foreldrene blir oppmuntret til å støtte ungdommen og ikke OCD ved å slutte å tilpasse familielivet til OCD. Parallelt med foreldretimen har ungdommene en gruppetime hvor de begynner å lage en behandlingsplan. Denne behandlingsplanen blir ferdigstilt i den neste familietimen hvor både ungdommen og foreldrene er sammen. Her kan foreldrene foreslå oppgaver som ungdommen kan ha glemt eller unngått. Ungdommen blir også informert om at foreldrene vil stoppe alle tilpasninger som de tidligere har gjort til OCD. På slutten av dag 1 samles hele gruppen til en oppsummering av dagen og hver ungdoms behandlingsplan blir delt med gruppen.

På dag 2 møter ungdommen og foreldrene terapeutene i seks timer. Eksponeringsterapi med responsprevensjon (ERP) blir gjennomført i 5 timer etter at psykoedukasjonen om OCD er repetert. Det vektlegges at ungdommen skal gjennomføre ERP i ulike situasjoner og på ulike steder. Det blir ikke opprettet et angsthierarki, men ungdommen blir oppmuntret til å begynne med de oppgavene som vil gi størst ending i hverdagslivet, noe som ofte er «de eksponeringene som OCD'en liker minst». De siste 30 minuttene av dag 2 blir benyttet til å oppsummere dagen sammen med de andre. Ungdommene skal fortsette med egenstyrt ERP om kvelden og det blir laget en plan for dette. Terapeutene er tilgjengelig for ungdom og foreldrene i løpet av kvelden, og ungdommen skal sende en tekstmelding til terapeuten før de legger seg om kvelden hvor han eller hun skal evaluere egen innsats.

På dag 3 er det igjen avsatt 6 timer til behandling. Ungdommen og foreldrene oppsummerer hjemmearbeidet fra forrige kveld og vurderer egen innsats. Det gjennomføres en kort repetisjon av psykoedukasjon før ERP fortsetter de neste 5 timene. Ungdommen får da større ansvar for hvilke oppgaver han eller hun øver på og dagen avsluttes med en oppsummering og hvor foreldrene får

anledning til å gi tilbakemelding til egne ungdommer. En ny plan for egenstyrt ERP blir laget med samme rutiner som forrige kveld.

På den siste dagen møtes ungdommene og foreldre i 3 timer sammen. Ungdommene oppsummerer hjemmearbeidet og egen innsats i gruppen, mens terapeutene og de andre i gruppen gir tilbakemelding. Det blir gitt psykoedukasjon for å forebygge tilbakefall. Det planlegges hvordan pasienten skal integrere endringen i sin egen hverdag etter avsluttet behandling. Det lages treningsoppgaver som pasienten skal gjennomføre hjemme de neste tre ukene. I denne perioden rapporterer pasienten daglig til behandler, men uten direkte kontakt.

### 3. Behandlingskonsoliderende tiltak og integrert kvalitetssikring

Kvalitetssikring av B4DT skjer ved hjelp av sekundærhenvvisning av alle pasienter til Klinikk for 4-dagers behandling ved Helse Bergen, som har ansvar for denne oppfølgingen. Kontakten gjøres via videokonferanse eller telefon. Hensikten er å gi råd om hvordan endringene kan opprettholdes. Pasientene får også tilbud om en oppfølgingssamtale med behandlerende team etter 3 måneder. Pasientene fyller blant annet ut symptomskjema ved 3 måneders oppfølging og etter 1 år for å følge opp endringen til den enkelte. Lokal behandler får tilbakemelding om kliniske endringer og resultatene vurderes i forhold til hva som oppnås på andre 4-dagers klinikker. Hvis lokal behandler oppnår dårligere resultat enn tidligere forskning har vist, vil det iverksettes veiledning av behandlere ved det aktuelle teamet.

### Det teoretiske grunnlaget for metoden

B4DT har det samme teoretiske grunnlaget som ERP, som er beskrevet innledningsvis. I B4DT legges det vekt på at eksponering utøves i et relevant naturlig miljø sammen med terapeuten. Det benyttes ikke gradert eksponering, hvor intensiteten i ubehaget gradvis trappes opp. I stedet varieres eksponeringsoppgavene i intensitet og varighet, og der det er mulig kombineres eksponering for flere stimuli som vekker ubehag i samme oppgave. I B4DT legges en også vekt på å eliminere alle former

for sikkerhetsatferd og oppfordrer pasientene sterkt til å aktivt oppsøke ubehaget i eksponeringsoppgavene for å maksimere nytten av eksponeringen.

### Implementeringsstrategier, kvalitetssikring og kostnader

B4DT tilbys som behandling i spesialisthelsetjenesten. Helse Bergen HF og Klinikk for 4-dagers behandling ved Haukeland sykehus er ansvarlig for distribusjon og implementering av tiltaket. Helseforetak som vil tilby behandlingen skal ha en gyldig avtale med Helse Bergen som spesifiserer nødvendige ressurser, opplæring og krav til resultater. Slike avtaler inngås for tre år av gangen. Avtalen regulerer antall ansatte som får opplæring per klinikk som skal tilby behandlingen, forpliktelser knyttet til opplæring og deltakelse i behandlingskonsoliderende tiltak og kvalitetssikring. Oppdaterte tall for kostnader knyttet til implementering foreligger ikke, men ble i 2018 anslått til 500 000 kroner per behandlingsteam, dette inkluderte ikke arbeidstiden til terapeutene under opplæring. Tiltakseier har oppgitt at kostnadene per 2021 er lavere enn tidligere anslått. Oppgitte kostnader til implementering forutsetter fortsatt finansiering av Klinikk for 4-dagersbehandling ved Helse Bergen, på om lag 2,5 millioner kroner årlig.

Opplæringen for terapeuter består i innføringskurs og hospitering ved Klinikk for 4-dagers behandling, med ytterligere praksis- og opplæringskrav for terapeuter som skal lede behandlingsgrupper.

Kvalitetssikring gjennomføres ved sekundærhenvisning av alle pasienter til Klinikk for 4-dagers behandling ved Helse Bergen etter gjennomført behandling og hvor veiledning gis til klinikker/behandlere som viser lavere resultater enn forventet.

### Problemstilling for artikkelen

Formålet med denne artikkelen er å vurdere om konsentrert eksponering med respons-prevensjon, i formen beskrevet som Bergen Four Day Treatment (B4DT) kan være virksomt for behandling av tvangslidelse hos barn og ungdom i spesialisthelsetjenesten i Norge.

Artikkelen er en systematisk kunnskapsoppsummering skrevet i henhold til Ungsinns prosedyrer og kriterier for vurdering av tiltak (Martinussen et al, 2016, versjon 2.1). Det ble søkt etter relevante nordiske effektstudier og internasjonale kunnskapsoppsummeringer av B4DT for barn og unge samt annen relevant dokumentasjon.

### Metode

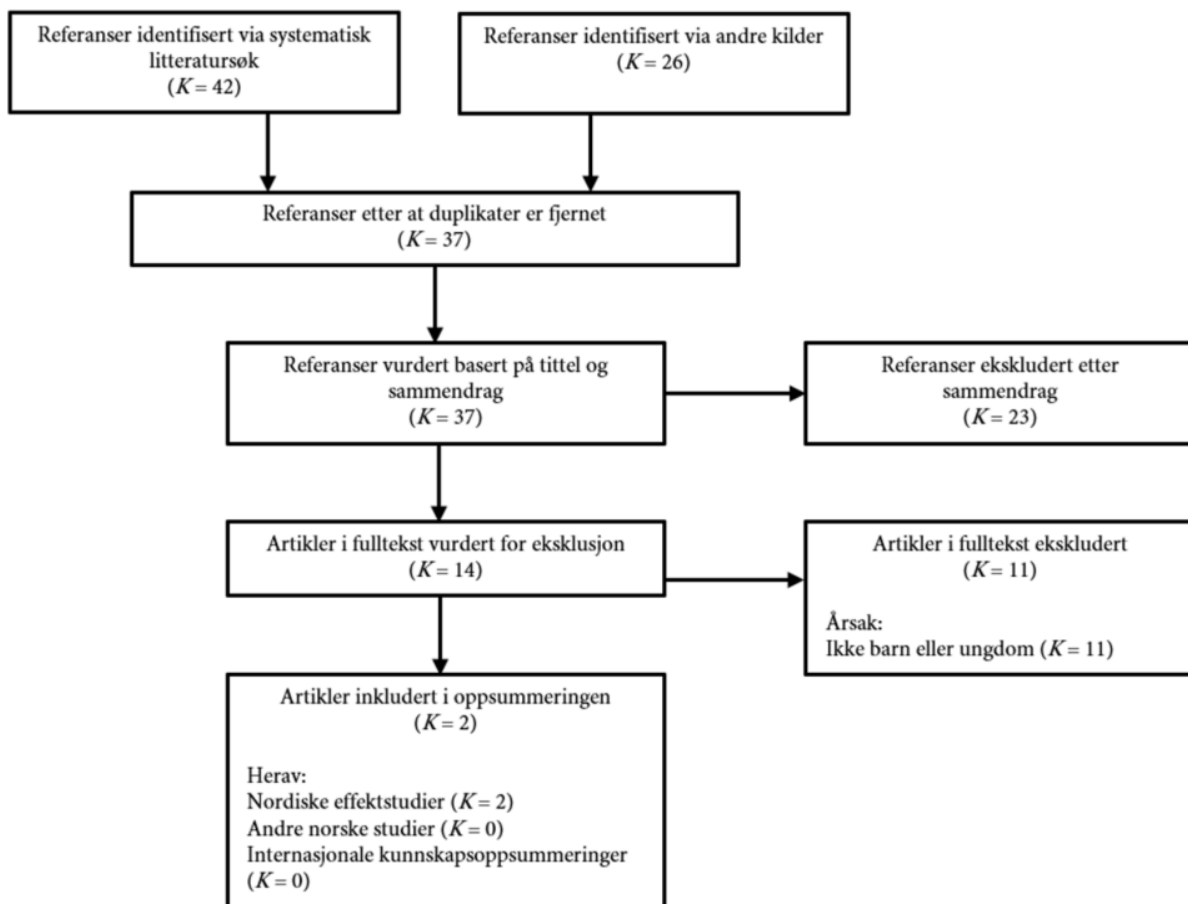
Litteratursøk etter studier om tiltaket ble gjennomført i databasene Embase, Medline og Psyk Info, NORART, Cochrane, Cristin, NORA, SCOPUS, SweMed, Cambell, NREPP, NICE, Blueprint og CEBC. Søkedato: 26.04.2020. I tillegg ble tiltakseier i Norge kontaktet og bedt om å sende inn dokumentasjon som ikke ble fanget opp av søket, som for eksempel manualer, veiledere, upublisert forskningsdokumentasjon, implementeringsstrategier og kvalitetssikringsrutiner.

To forskere gjennomgikk forskningsdokumentasjonen uavhengig av hverandre og identifiserte den aktuelle litteraturen for nordiske effektstudier, internasjonale kunnskapsoppsummeringer, samt andre norske evalueringer i henhold til kriteriene for klassifisering av tiltak i Ungsinn (Martinussen mfl., 2019). For å være aktuelle for kunnskapsoppsummeringen måtte studiene angå behandling av tvangslidelse hos barn og/eller ungdom etter B4DT-modellen.

### Resultater

#### Resultater fra litteratursøk

Litteratursøket resulterte i 68 treff hvorav totalt 2 artikler i den aktuelle aldersgruppen ble inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen (se figur 1). De to inkluderte artiklene var begge nordiske effektstudier (Riise mfl., 2018; Riise mfl., 2016). En artikkel av de samme forfatterne (Riise, Kvale, Ost, Skjold, & Hansen, 2019) ble ekskludert da den rapporterer på det samme datagrunnlaget som



Figur 1. Flyttdiagram for gjennomgang av litteratur.

inngår i de to inkluderte artiklene. De øvrige artiklene som ble ekskludert etter gjennomgang i fulltekst hadde utvalg bestående av voksne. I tillegg ble beskrivelsen av tiltaket delvis hentet fra en doktorgrads-avhandling (Riise, 2018) og tilsendt materiell fra tiltakseier.

### Gjennomgang av beskrivelser

Beskrivelsene av problem, målgruppe, målsetninger, utøvere og utforming fremgår tydelig av de inkluderte artiklene og doktorgradsavhandlingen. Tiltakets metoder bygger på behandlingsprinsipper (ERP) som er godt beskrevet i generell litteratur om OCD. Artiklene gir et overordnet inntrykk av gjennomføring av tiltaket dag for dag. Det er imidlertid ikke fremlagt noen manual som beskriver tiltaket. Mer detaljerte beskrivelser som for eksempel struktur på møtene, konkrete hjemmeoppgaver og hvilke tilpasninger som gjøres for ungdom på ulike utviklingsnivå var ikke tilgjengelig for forfatterne. Det er ikke beskrevet strategier for tilpasning av

Tabell 1. Vurdering av tiltakets beskrivelse

Dimensjoner i beskrivelsen	Ikke beskrevet	Noe beskrevet	Godt beskrevet
Problembeskrivelse			x
Målgruppe			x
Hovedmål			x
Sekundærmål			x
Utforming av tiltaket			x
Metoder som benyttes			x
Kjerneelementer/ fleksibilitet		x	
Utøvere av tiltaket			x
Manual/veileder for utøvere	x		
Materiell for mottakere av tiltaket			x
Undersøkelser som styrker beskrivelsen		x	

tiltaket til det enkelte barn/ungdom/familie utenom at foreldre deltar i behandlingen av ungdom. Det fremgår ikke bruk av sjekklister for gjennomføring

av møtene eller grad av fleksibilitet ved gjennomføring av tiltaket. Deltakerne mottar to videoer før behandlingen som er offentlig tilgjengelige.

For vurdering av tiltakets beskrivelse, se tabell 1.

### Nordiske effektstudier

Det foreligger tre studier av B4DT er rettet mot ungdom (gjennomsnittsalder mellom 13,3 og 15 år), og samtlige er norske og foretatt av gruppen som har utviklet B4DT (Riise mfl., 2018, 2019; Riise mfl., 2016). Artikkelen til Riise og medarbeidere fra 2019 rapporterer på det samme datagrunnlaget som inngår i de samme forfatternes artikler fra 2016 og 2018 (Riise mfl., 2018; Riise mfl., 2016). Det er derfor kun de to sistnevnte artiklene som vil ligge til grunn for vurderingen av B4DT i denne artikkelen (se tabell 2). Disse studiene inngår også i en doktorgradsavhandling (Riise, 2018).

I Riise mfl. (2016) ble pasienter over 11 år henvist til OCD enheten ved Haukeland sykehus, rekruttert til studien. Av 65 henviste pasienter, ble 22 tilbudt konsentrert eksponeringsterapi og effekt ble vurdert pre-post uten kontrollgruppe. Gjennomsnittsalder på deltakerne var 13,3 år (SD = 1,6) og gjennomsnittlig skåre på Childrens Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS) var 28,0 (SD = 4,06) som er i kategorien «alvorlig OCD». Eksklusjonskriterier var alder under 11 år, pasienter innlagt på døgnavdeling, psykisk utviklingshemming eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Deltakerne hadde i gjennomsnitt hatt OCD symptomer i 2,2 år og 59,1 % hadde tidligere mottatt behandling for dette. Ni av pasientene (40,9 %) hadde komorbide lidelser.

Behandlingen ble gitt i fire påfølgende dager og foreldre deltok i behandlingen. Det ble foretatt språklige tilpasninger for å tilpasse behandlingen til ungdom og på dag 1 ble det gjennomført en foreldrefor og en familietime.

I Riise mfl. (2018) deltok 41 av 116 henviste pasienter i alderen 11 til 18 år (gjennomsnittsalder 15,0, SD = 1.8) i studien. I tillegg til eksklusjonskriteriene som nevnt i studien fra 2016, ble også klienter med psykose, selvmordsrisiko eller med rusproblematikk ekskludert. Av 61 pasienter som opprinnelig fikk tilbudet, ønsket 13 pasienter ikke behandling, mens 6 pasienter (10 %) ikke ønsket konsentrert eksponeringsterapi, men ukentlig individuell behandling. 41 ungdommer ble således tilbudt konsentrert eksponeringsterapi og effekt ble vurdert pre-post uten kontrollgruppe. Fjorten (34 %) av de inkluderte ungdommene hadde moderat OCD, mens 25 (61 %) hadde alvorlig OCD. Tjuefem av pasientene (60 %) hadde tidligere mottatt psykologisk behandling.

Ingen pasienter falt fra i løpet av fire dagers behandlingen. Fem pasienter fikk til sammen 10 ekstra oppfølgingstimer etter endt behandling og før 6-måneders oppfølging.

### Forskningsmetodisk kvalitet

Den forskningsmetodiske kvaliteten til de to inkluderte studiene er vurdert ut fra klassifiseringskriteriene til Ungsinn (Martinussen mfl., 2019). Kvaliteten vurderes på en skala fra 0 (*ikke rapportert eller undersøkt*) til 4 (*svært godt*). Vurderingen av de to artiklene på de ulike aspektene av forskningsmetodisk kvalitet er gjengitt i tabell 3.

Tabell 2. Oversikt over inkluderte studier av B4DT

Studie/ Artikkel	Forskningsdesign	Deltakere	Utvalget	Måletidspunkter
Riise mfl., 2016.	Pre-post design uten kontrollgruppe	Henviste ungdommer mellom 11 og 17 år	22 ungdommer	Pre, post, 3 og 6 mnd.
Riise mfl., (2018).	Pre-post design uten kontrollgruppe	Henviste ungdommer mellom 11 og 18 år	41 ungdommer	Pre, post, 3 og 6 mnd.

Tabell 3. Forskningsmetodisk kvalitet

Studie	1. Statistiske analyser	2. Måling	3. Indre validitet	4. Tro mot tiltaket	5. Ytre validitet	Gj. snitt
Riise mfl., 2016.	2	4	2	2	4	2,8
Riise mfl., 2018.	2	4	2	2	4	2,8

Note. Ikke rapportert eller undersøkt = 0; Dårlig/utilfredsstillende = 1; Tilfredsstillende = 2; Godt = 3; Svært godt = 4.

### 1. Statistiske analyser

I begge artiklene benyttes flernivå lineære regresjonsmodeller og t-tester for å analysere data. I tillegg beregnes og oppgis effektstørrelser i form av Cohens *d*. Videre regner forfatterne på andel pasienter med behandlingsrespons og remisjon. Den analytiske tilnærmingen er nokså lik i begge artiklene, men formelen for effektstørrelser er imidlertid ikke konsistent på tvers av utfallsmål.

Utvalget beskrives ut fra pasienter henvist i en gitt tidsperiode i artikkelen fra 2018, mens det ikke oppgitt noe tidsrom for rekruttering av pasienter i artikkelen fra 2016. Det fremkommer ikke entydig hvorvidt tidsrommene utvalgene er hentet fra var planlagt på forhånd eller om utvalgene til sammen utgjør alle pasienter behandlet ved enheten frem til uttrekk av data. Mangel på klare start- og stoppregler for rekruttering er problematisk ved bruk av nullhypotesetesting.

Analysene har lav statistisk styrke på grunn av de små utvalgene. Forfatterne har likevel valgt å bruke Bonferroni-korreksjon for multiple sammenligninger. Gitt utvalgsstørrelsen kunne det ha vært fornuftig å heller velge å gjøre færre sammenligninger og å beholde statistisk styrke. Sett på bakgrunn av dette er det også en problematisk vektlegging av statistisk signifikans, og korresponderende lite drøfting av usikkerheten i estimatene. Det oppgis ingen konfidensintervaller, verken for beregnede effektstørrelser eller for parametere i regresjonsmodellen. Det er også uklart hvordan tidsvariabelen i flernivåanalysen er kodet, noe det ville være relevant å vite når det er så store ulikheter i lengden på måleintervallene som i disse studiene.

Forfatterne presenterer en del problematiske tolkninger av fravær av statistisk signifikans, slik som at

fraværet av en signifikant interaksjonseffekt mellom tidligere behandling og tid i flernivåmodellen tyder på at tidligere behandling ikke påvirker resultatet av B4DT. Slike tolkninger av ikke-signifikante effekter er det ikke dekning for med så lav statistisk styrke.

På samme måte rapporterer forfatterne at effektene er signifikant forskjellige fra null, og sammenligner så størrelsen på de observerte effektene med andre studiers funn. En mer relevant tilnærming kunne ha vært å heller teste mot nullhypotesen at effekten i den aktuelle studien er lik som i tidligere studier av korttids ERP eller ERP, ved å bruke et vektet gjennomsnitt av tidligere observerte effekter som referansepunkt.

Overordnet sett er analysene tilfredsstillende i begge artiklene.

### 2. Målinger og måleinstrumenter

Måleinstrumentene som er benyttet er standardiserte og veletablerte instrumenter med gode psykometriske egenskaper.

Det primære utfallsmålet er CY-BOCS som er regnet som gullstandard for måling av tvangssymptomer hos barn og unge (Scahill mfl., 1997). Diagnostikk og vurdering av komorbiditet er foretatt med Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, med intervjuer for foreldre og ungdom separat (K-SADS, Kaufman mfl., 1997), som også har gode psykometriske egenskaper, selv om vurdering av reliabiliteten til klinikerne som utførte intervjuene eller opplæring av disse ikke er rapportert.

Det rapporteres også tre sekundære utfall: Angstsymptomer, depresjonssymptomer og OCD-relatert funksjonssvikt. Instrumentene som brukes her er også veletablerte instrumenter. Generalized



Anxiety Disorder Scale (Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006) 7-item (GAD-7) og Childrens Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992) er også veletablerte instrumenter for henholdsvis angst- og depresjonssymptomer. Reliabilitet i form av indre konsistens er estimert ved Cronbachs alpha som ligger på akseptable nivåer for alle instrumenter der dette er rapportert ( $\alpha = 0,83-0,90$  for CY-BOCS). Den forskningsmetodiske kvaliteten vurderes her som svært god for begge artikler.

### 3. Indre validitet

For å vurdere effekt av B4DT er valget av et pre-post design uten kontrollgruppe problematisk. Utfallsmålingen er foretatt av en uavhengig, men ikke blindet kliniker, noe som kan ha påvirket vurderingen, særlig gitt at studien utføres i regi av tiltakshaver. Dette kan også ha påvirket pasientenes vurdering og rapportering av symptomer. Det korte tidsintervallet mellom pre- og post-måling gjør imidlertid påvirkning fra utenforliggende variabler mindre plausible, noe som styrker den indre validiteten. Samlet sett vurderes begge studier som tilfredsstillende.

### 4. Troskap mot tiltaket

Begge artiklene beskriver at terapeutene som ga behandlingen hadde mottatt opplæring i tråd med den beskrevne opplæringsplanen og hadde betydelig erfaring med både ERP og kognitiv atferdsterapi. Det er ikke rapportert bruk av sjekklister eller videoanalyser for å kvalitetssikre behandlingens innhold i noen av artiklene. Samlet vurderes begge artiklers troskap mot tiltaket som tilfredsstillende.

### 5. Ytre validitet

Studiene gjennomført i vanlig klinisk praksis med henvist ungdom i alderen 11–18 år, og behandlingen er gitt av behandlere ansatt i klinikken. Det er gjort oppfølgingsmålinger hvor resultatene er vurdert etter 3 og 6 måneder. Den ytre validiteten vurderes som svært god for begge artikler.

## Effekter

Alle de oppgitte effektstørrelsene er signifikant forskjellige fra null. Forfatterne i de to artiklene er ikke konsistente i formelen for effektstørrelse som er

brukt. For å sikre sammenlignbarhet er effektstørrelsene fra Riise mfl. 2016 derfor omregnet med formelen brukt i Riise mfl. (2018) ( $\text{Cohens } d = (M_{\text{pre}} - M_{\text{post}})/SD_{\text{pooled}}$ ) ut fra oppgitte gjennomsnitt og standardavvik (se tabell 4). Konfidensintervaller for de estimerte effektstørrelsene er ikke oppgitt i noen av artiklene, og nødvendige data for å beregne disse er heller ikke tilgjengelig. Det er følgelig vanskelig å vurdere hvor presise disse estimatene er, men det fremstår tydelig at pasientene vurderes med klinisk meningsfylte reduksjoner i symptomer på tvangslidelse fra før til etter behandling, og at disse effektene vedvarer i hvert fall seks måneder. De estimerte effektene på angst, depresjon og funksjonssvikt er også betydelige.

Studiene rapporterer også kategorisk utfall i form av behandlingsrespons og remisjon etter etablerte kriterier (Mataix-Cols mfl., 2016). Behandlingsrespons er i disse kriteriene definert som en reduksjon på minimum 35 % fra baseline på CY-BOCS mens remisjon ble definert som en CY-BOCS skåre på 12 eller lavere.

I studien fra 2016 ble 20 av 22 pasienter (90 %) kategorisert som respondere etter endt behandling, og 17 av 22 (77 %) ble fortsatt kategorisert som respondere etter både 3 og 6 måneder. 16 av 22 pasienter (73 %) ble kategorisert som i remisjon etter endt behandling, og 15 av 22 (68 %) ved 6 måneder.

I studien fra 2018 er de korresponderende tallene 37 av 41 (90 %) som respondere ved endt behandling og 36 av 41 (88 %) etter 3 og 6 måneder, 33 av 41 (80 %) i remisjon ved behandlingsslutt, og 30 av 41 (73 %) i remisjon etter 6 måneder.

## Internasjonale kunnskapsoppsummeringer

Det er ikke funnet noen internasjonale kunnskapsoppsummeringer av B4TD for barn og ungdom.

Tabell 4. Oversikt over funn i inkluderte studier

Effekt	Effektstørrelse post	Effektstørrelse 3 mnd.	Effektstørrelse 6 mnd.
CY-BOCS (Tvang)			
<i>Riise mfl. 2016</i>	4,19	4,08	3,92
<i>Riise mfl. 2018</i>	4,17	3,40	4,06
GAD-7 (Angst)			
<i>Riise mfl. 2016</i>	0,76		1,25
<i>Riise mfl. 2018</i>	1,04		1,48
CDI (Depresjon)			
<i>Riise mfl. 2016</i>	0,52		0,88
<i>Riise mfl. 2018</i>	0,37		1,05
COIS-R Foreldreskåring (Funksjonssvikt)			
<i>Riise mfl. 2016</i>	1,42		1,44
<i>Riise mfl. 2018</i>	1,35		1,30
COIS-R Pasientskåring (Funksjonssvikt)			
<i>Riise mfl. 2016</i>	0,75		1,26
<i>Riise mfl. 2018</i>	1,05		1,34

### Andre norske evalueringer

Det er gjennomført flere norske og en nordisk studie på B4DT (for eksempel, Davíðsdóttir mfl., 2019; Hansen, Hagen, Ost, Solem, & Kvale, 2018; Hansen, Kvale, Hagen, Havnen, & Ost, 2019; Kvale mfl., 2018; Launes mfl., 2019; Thorsen mfl., 2020). De fleste av disse studiene er gjort med voksne personer (gjennomsnittsalder over 30 år) (for eksempel, Davíðsdóttir mfl., 2019; Hansen mfl., 2018; Hansen mfl., 2019; Kvale mfl., 2018; Masia-Warner, Nangle, & Hansen, 2006; Thorsen mfl., 2020). De ble således ikke vurdert som relevante for vurderingen av tiltaket for gruppen barn og unge.

### Implementeringskvalitet

Kvalitetssikringssystemer for å fremme god implementeringskvalitet er vurdert i tabell 5. B4DT vurderes å ha etablert 6 av 9 aspekter som er viktige for å sikre implementeringskvalitet.

Tabell 5. Implementeringskvalitet

Kategori	Ja	Nei	Ikke relevant
1. Implementeringsstøtte	x		
2. Kvalifikasjonskrav	x		
3. Opplæring	x		
4. Sertifiseringsordninger	x		
5. Monitorering av fidelity/etterlevelse		x	
6. Veiledning		x	
7. Identifisering av målgrupper	x		
8. Kartleggings- og vedlikeholdsverktøy	x		
9. Strategier for tilpasning		x	
<b>Samlet skåre</b>	<b>Σ 6/9</b>		

I Ungsinns kriterier innebærer veiledning at det er beskrevet systemer for veiledning under utøvelse av tiltaket. Klinikk for 4-dagers behandling gir im-

plementeringsstøtte for gjennomføring av B4DT ved lokale BUP-avdelinger. Det er oppfølging av resultater etter gjennomført behandling, og det gis veiledning til klinikker som faller under forventet standard. Veiledning benyttes derfor for å opprettholde kvalitet ved indikasjon, men gis ikke fortløpende. Det benyttes ikke sjekklister mens behandlingen gjennomføres for å følge opp etterlevelse av tiltaket.

## Opplæring

Målgruppen for opplæring er behandlere som er knyttet til et 4-dagers team som har avtale med Klinikk for 4-dagers behandling. Opplæringen drives av Klinikk for 4-dagers behandling i Bergen og det gis opplæring på to nivåer: I) for å bli 4-dagers terapeut og II) for å bli leder av en 4-dagers behandlingsgruppe. Kursene er godkjent som frie spesialist- og vedlikeholds kurs i Norsk Psykologforening.

### *I) Opplærings som 4-dagers terapeut:*

Opplæring består av en generell del og en diagnosespesifikk del. Den generelle delen inneholder et Innføringskurs samt hospitering i en 4-dagers gruppe hvor det gis innføring i behandlingsformatet.

Innføringskurset går over to dager og gir deltakerne kjennskap til elementene i opplæringsprogrammet, bakgrunn og evidensgrunnlag for 4-dagers behandlingen, rammer for og gjennomføring av behandlingen, behandlingsforberedende tiltak, manualer og psykoedukasjon, behandlingsrasjonale med fokus på emosjonsregulering, innføring i spesifikke teknikker (LET-intervensjon) samt behandlingskonsoliderende tiltak, integrert kvalitetssikring og evalueringskriterier. Deretter følger hospitering ved å direkte observere en 4-dagers behandling etter mester-svenn prinsippet.

I den diagnosespesifikke delen gis diagnose-spesifikke kurs og deretter hospitering i gjennomføring i 4-dagers gruppe. Kompetanse til den enkelte behandler vurderes etter spesifiserte kriterier for å oppnå godkjenning.

### *II) Opplæring for å lede en 4-dagers gruppe*

For å lede 4-dagers gruppe må terapeuten ha gjennomført behandling av minimum seks grupper og gjennomført eget kurs for gruppeledere, såkalt "Master Class". Dette kurset består av to samlinger på to dager hver, hvor ledere gjennomfører ferdighetstrening knyttet til de ulike fasene av 4-dagers behandlingen.

Alle terapeuter som driver 4-dagers behandling skal annet hvert år delta i behandlingsgruppe der kompetansen vurderes på nytt.

## Diskusjon

Hovedmålet med denne artikkelen var å undersøke om B4DT er et virksomt tiltak benyttet i normal praksis i Norge, basert på Ungsinns nye kriterier for klassifisering. Resultatene diskuteres dermed på bakgrunn av disse i påfølgende avsnitt.

### Beskrivelse og teoretisk rasjonale

B4DT er tradisjonell eksponeringsterapi med responsprevensjon som gis i et konsentrert format over 4 dager. Behandlingen er rettet mot motiverte pasienter med diagnostisert tvangslidelse (OCD). Utføring og gjennomføring av tiltaket er beskrevet i to vitenskapelige artikler og en doktorgradsavhandling, men det er ikke fremlagt en manual for tiltaket. Det mangler således mer spesifikke beskrivelser av gjennomføring av fremgangsmåte time for time.

Behandlingen er solid teoretisk forankret i kognitiv atferdsterapi og mer spesifikt eksponeringsterapi med responsprevensjon, som har bred forskningsstøtte som behandling for OCD.

### Antall effektstudier, forskningsdesign og forskningsmetodisk kvalitet

Det er gjennomført to effektstudier rettet mot barn og unge (alder under 18 år) i Norge. Begge disse studiene har tilfredsstillende kvalitet, hvor spesielle styrker er bruk av veletablerte måleinstrumenter og at studiene gjennomføres i vanlig klinisk praksis. Begge studiene har også forskningsmetodiske begrensninger, herunder lav statistisk styrke, bruk av

pre-post design uten kontrollgruppe og manglende bruk av sjekklister eller lignende for å sikre troskap til tiltaket. Disse begrensningene gjør at resultatene fra studiene må tolkes med noe varsomhet.

### Effekter

De to studiene som er foretatt estimerer store effekter av tiltaket på relevante variabler, og remisjonsrater som fremstår sammenlignbare med ERP i vanlig format. På grunn av de små utvalgene er usikkerheten om den sanne effektstørrelsen imidlertid stor; nøyaktig hvor stor er uklart, da konfidensintervaller ikke er oppgitt. Ut fra de tilgjengelige studienes resultater er det rimelig å anta at tiltaket er virksomt, men studiene viser ikke om det er mer eller mindre virksomt enn ERP i vanlig format.

### Implementeringskvalitet

Det er solid støtte for implementering av B4DT med politiske vedtak og med tydelig identifisering av målgruppe, grundig opplæring av terapeuter og kursholdere med sertifiseringsordning samt gode verktøy for kartlegging av deltakere.

### Konklusjon

B4DT for OCD hos barn og unge klassifiseres på evidensnivå 3, det vil si et tiltak med noe dokumentasjon på effekt. Dette begrunnes i solid teoretisk forankring av tiltaket samt ukontrollerte behandlingsstudier som indikerer positiv behandlingseffekt på barn i alderen 13–18 år. For mange vil dette konsentrerte formatet være attraktivt. Dette kan spesielt gjelde for pasienter som bor i områder med lav befolkningstetthet, hvor avstand vanskeliggjør ukentlig behandling. Den konsentrerte behandlingen kan også tenkes å gripe mindre inn i ungdommens skolegang.

B4DT har ikke blitt direkte sammenlignet med vanlig ERP-behandling i spesialisthelsetjenesten, hverken med tanke på effektivitet eller kostnads-effektivitet. I vanlig ERP-behandling gis tiltaket over 14–16 ukentlige konsultasjoner med én terapeut. Med konsultasjonsvarigheten på 75 minutter oppgitt i NordLots blir dette i alt 17,5 timer behandling. For

B4DT er det oppgitt 18 timer behandling over fire dager, også med én terapeut per pasient. Den totale tidsbruken synes altså å være sammenlignbar.

Videre knyttes det noe usikkerhet til hvordan tiltaket faktisk gjennomføres, da det ikke foreligger en manual som beskriver tiltaket.

Gitt stort omfang og rask takt i implementering av tiltaket er det behov for å få gjennomført randomiserte kontrollerte studier hvor B4DT sammenlignes med annen aktiv behandling. I slike studier må også implementeringskvalitet, brukerfornøydhet blant barn og unge og kostnads-effektivitet vurderes og tiltaket burde gjennomføres etter en beskrevet og tilgjengelig manual. For sammenligning med et standard behandlingsformat vil langtidsoppfølging av effekter opp mot tre år også være relevant, slik det er gjennomført i en nylig nordisk studie (Melin mfl., 2020)

Hvordan denne behandlingen fungerer for yngre barn (under 13 år) finnes det ikke dokumentasjon på. Det har blitt argumentert for at OCD kan fremstå svært forskjellig i barnealder, ungdomsalder og for voksne (Geller mfl., 2001). Dersom tiltaket skal implementeres for yngre barn bør ytterligere studier gjennomføres.

Forskergruppen som er ansvarlig for B4DT har gode implementeringsstrategier og metoden er satt i gang på mange klinikker i Norge. Modellen fremstår imidlertid som sårbar idet den er sterkt knyttet til ett fagmiljø og et lite antall sentrale ressurspersoner.

Gjennomføring av eksponeringsterapi med responsprevensjon i konsentrert format er en lovende nyvinning basert på veldokumenterte behandlingsprinsipper. Det er stort behov for ytterlige studier med eksperimentelt design for å avklare nøyaktig hvor effektivt og implementerbart tiltaket er sammenlignet med andre leveringsformater.

B4DT klassifiseres på evidensnivå 3 – Tiltak med noe dokumentasjon på effekt

## Referanser

- Abramowitz, J. S., Whiteside, S. P., & Deacon, B. J. (2005). *The Effectiveness of Treatment for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis*. [References]: Behavior Therapy. Vol.36(1), 2005, pp. 55-63.
- Canals, J., Hernandez-Martinez, C., Cosi, S., & Voltas, N. (2012). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in Spanish school children. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(7), 746-752. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.06.003
- Dahl, K., (2011). Kognitiv atferdsterapi ved tvangslidelser hos barn og unge. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol 48, no 1, 46 – 51.
- Davíðsdóttir, S. D., Sigurjónsdóttir, Ó., Ludvígsdóttir, S. J., Hansen, B., Laukvik, I. L., Hagen, K., . . . Kvale, G. (2019). Implementation of the Bergen 4-day treatment for obsessive compulsive disorder in Iceland. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 16(1), 33-38.
- Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Craddock, K., Hagermoser, L., . . . Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(7), 471-477. doi:10.1097/00005053-200107000-00009
- Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98-113. doi:https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019
- Hansen, B., Hagen, K., Ost, L.-G., Solem, S., & Kvale, G. (2018). The Bergen 4-day OCD treatment delivered in a group setting: 12-month follow-up. *Frontiers in Psychology*, 9, 639. doi:http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00639
- Hansen, B., Kvale, G., Hagen, K., Havnen, A., & Ost, L.-G. (2019). *The Bergen 4-day treatment for OCD: Four years follow-up of concentrated ERP in a clinical mental health setting*. [References]: Cognitive Behaviour Therapy. Vol.48(2), 2019, pp. 89-105.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H., & Goodman, R. (2003). *Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health*. [References]: International Review of Psychiatry. Vol.15(1-2), 2003, pp. 178-184.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., . . . Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. doi:10.1097/00004583-199707000-00021
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kvale, G., Hansen, B., Bjorgvinsson, T., Bortveit, T., Hagen, K., Haseth, S., . . . Ost, L.-G. (2018). *Successfully treating 90 patients with obsessive compulsive disorder in eight days: The Bergen 4-day treatment*. [References]: BMC Psychiatry. Vol.18 2018, ArtID 323.
- Launes, G., Hagen, K., Sunde, T., Ost, L.-G., Klovning, I., Laukvik, I.-L., . . . Kvale, G. (2019). *A randomized controlled trial of concentrated ERP, self-help and waiting list for obsessive-compulsive disorder: The bergen 4-day treatment*. [References]: Frontiers in Psychology. Vol.10 2019, ArtID 2500.
- March, J. S., Mulle, K., Gundersen, K., Jørgensen, L. T., & Moynahan, L. (2003). *Tvangslidelser hos barn og unge: en kognitiv-atferdsterapeutisk behandlingsmanual*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Martinussen, M., Reedt, C., Eng, H., Neumer, S.-P., Patras, J., & Mørch, W.-T. (2019). *Kriterier for prosedyrer og vurdering og klassifisering av tiltak (2. utgave, v 2.1)*: Universitet i Tromsø.
- Masia-Warner, C., Nangle, D. W., & Hansen, D. J. (2006). Bringing Evidence-Based Child Mental Health Services to the Schools: General Issues and Specific Populations. *Education & Treatment of Children*, 29(2), 165-172.
- Mataix-Cols, D., Fernández de la Cruz, L., Nordsletten, A. E., Lenhard, F., Isomura, K., & Simpson, H. B. (2016). Towards an international expert consensus for defining treatment response, remission, recovery and relapse in obsessive-compulsive disorder. *World Psychiatry*, 15(1), 80-81. doi:10.1002/wps.20299
- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). *A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder: Moderators of treatment efficacy, response, and remission*. [References]: Depression and Anxiety. Vol.32(8), 2015, pp. 580-593.

## The Bergen 4-Day Treatment (B4DT)

- Melin, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Weidle, B., Torp, N. C., Valderhaug, R., . . . Ivarsson, T. (2020). Treatment Gains Are Sustainable in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Three-Year Follow-Up From the NordLOTS. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(2), 244-253. doi:10.1016/j.jaac.2019.01.010
- National Institute for Health and Care Excellence. (2005). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment-Clinical guideline. Retrieved from <https://www.nice.org.uk/guidance/cg31>
- Ost, L.-G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). *Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. [References]: Journal of Anxiety Disorders. Vol.43 2016, pp. 58-69.*
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). *Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. [References]: Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology. Vol.13(2,Suppl), 2003, pp. S61-S69.*
- Riise, E. N. (2018). *Concentrated exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder in adolescent: the Bergen 4-day treatment. (Doktoravhandling), UiB University of Bergen, Bergen.*
- Riise, E. N., Kvale, G., Ost, L.-G., Skjold, S. H., & Hansen, B. (2018). *Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A replication study. [References]: Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Vol.19 2018, pp. 15-22.*
- Riise, E. N., Kvale, G., Ost, L.-G., Skjold, S. H., & Hansen, B. (2019). *Does family accommodation predict outcome of concentrated exposure and response prevention for adolescents? [References]: Child Psychiatry and Human Development. Vol.50(6), 2019, pp. 975-986.*
- Riise, E. N., Kvale, G., Ost, L.-G., Skjold, S. H., Hansen, H., & Hansen, B. (2016). *Concentrated exposure and response prevention for adolescents with obsessive-compulsive disorder: An effectiveness study. [References]: Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. Vol.11 2016, pp. 13-21.*
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., . . . Leckman, J. F. (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. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-199706000-00023>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Jang, K. L. (2011). *Etiology of obsessive-compulsive symptoms and obsessive-compulsive personality traits: Common genes, mostly different environments. [References]: Depression and Anxiety. Vol.28(10), 2011, pp. 863-869.*
- Thorsen, A. L., Vriend, C., de Wit, S. J., Ousdal, O. T., Hagen, K., Hansen, B., . . . van den Heuvel, O. A. (2020). Effects of Bergen 4-Day Treatment on Resting-State Graph Features in Obsessive-Compulsive Disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2020.01.007>
- Torp, N. C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P. H., Valderhaug, R., Weidle, B., . . . Ivarsson, T. (2015). Effectiveness of cognitive behavior treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: Acute outcomes from the Nordic Long-term OCD Treatment Study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64, 15-23. doi:<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.11.005>

Som alle artikler i Ungsinn, kan denne fagfelleverderte artikkelen arkiveres og distribueres fritt for alle slags formål på følgende vilkår: korrekt referanse skal oppgis (se bunntekst), ingen kommersiell bruk og ingen bearbeidelse av tekst eller innhold.

Mottatt: 08.12.2020.

Godkjent: 09.03.2021.

Publisert: 11.05.2021.

Redaktør: Charlotte Reedtz.