

## Høringssvar national klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD)

1. Dansk Psykiatrisk Selskab
2. Dansk Selskab for Almen Medicin
3. Social-og Indenrigsministeriet
4. KL
5. Dansk Psykolog Forening
6. Danske Regioner
7. Socialstyrelsen
8. DPSP
9. DASYS

### Peer Review

**Bernhard Weidle**, dr. med., ph.D., Associate Professor, Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology and Child and Adolescent Mental Health Department, St. Olav's University Hospital – Norway

**Lars-Göran Öst**, Professor emeritus, Psykologiska Institutionen, Stockholms universitet – Sverige.

København 4/12-15

### **Høringssvar vedrørende NKR om behandling af OCD**

Dansk Psykiatrisk Selskab (DPS) har haft anledning til at gennemlæse udkastet. Generelt er rapporten et gedigent arbejde, som bidrager til undersøgelse af de enkelte emner.

Følgende kommentarer ønskes indgivet:

Metoden med 10 punktnedslag har den styrke, at den klarlægger områder, hvor der i behandlingen er tvivl i forhold til evidensgrundlaget og peger dermed fremad mod yderligere undersøgelse og forskning. Med henblik på at sikre en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet i behandlingen, opfordres til at udarbejde en tydelig oversigt over de områder, hvor der er stærk evidens. En sådan oversigt vil kunne vejlede praktiserende læger og andre fagpersoner uden specialviden inden for området.

Patientgruppen med både børn, unge og voksne svækker rapporten. Den havde været mere optimalt at skille grupperne, men dette må være et fokuspunkt i fremtidige undersøgelser.

PICO spørgsmålene er alle relevante, men i PICO 1 - behandling af milde tilfælde - antages det, at tidlig behandling kan stoppe udvikling til svær OCD. Man kunne forestille sig, at der er en spontan helbredelse og man kan komme til at overbehandle mildere tilfælde. Fremadrettet kunne man undersøge, om tidlig indsats kan forhindre udvikling af svær sygdom.

Herudover vil vi fremadrettet understrege vigtigheden af at få belyst:

- Gruppe- versus individuel terapi.
- Forholdet mellem standard KAT og tredje bølge kognitiv terapi.
- Tillæg af SSRI-præparater
- Tillæg af antipsykotika
- Seponering af SSRI-præparater

Med venlig hilsen

René Sjølland, formand DPS' Psykoterapiudvalg

Sundhedsstyrelsen  
Sekretariatet for Nationale kliniske retningslinjer  
Sygehuse og beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

6. december 2015

**Høringssvar vedr. NKR for behandling af obsessiv –kompulsiv lidelse (OCD)**

Tak for muligheden for at kommentere udkastet til NKR for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD).

DSAM har ingen bemærkninger til anbefalingerne.

Det kan overvejes i fokuseret spørgsmål nr. 2, at det beskrives mere udførligt, hvad der forstås ved manualiseret kognitiv adfærdsterapi.

Med venlig hilsen



Anders Beich  
Formand, Dansk Selskab  
For Almen Medicin

Stockholmsgade 55, st.  
2100 København Ø

T: 7070 7431  
dsam@dsam.dk  
www.dsam.dk

Til Sundhedsstyrelsen,

Social- og Indenrigsministeriet har ikke bemærkninger til den udsendte høring over national klinisk retningslinje for behandling af OCD.

Mvh.

**Maria Schultz**

Fuldmægtig

Lovkoordinering og Internationale forhold



## **Høringssvar vedrørende nationale kliniske retningslinjer for obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)**

KL har d. 17. november 2015 modtaget udkast til nationale kliniske retningslinjer for obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD).

Det har desværre ikke været muligt at få KL's høringssvar politisk behandlet inden fristen. KL fremsender derfor et foreløbigt høringssvar, og vil fremsende eventuelle yderligere bemærkninger, når sagen har været politisk behandlet.

Helt overordnet finder KL det positivt, at der bliver udarbejdet nationale kliniske retningslinjer, også når det gælder behandling af OCD. De nationale kliniske retningslinjer kan være et godt redskab, som kan vejlede de sundhedsfaglige personer på området.

Når man udarbejder nationale kliniske retningslinjer for behandlingen af psykiske lidelser, skal man imidlertid være meget opmærksom på, at man ikke overforsimpler meget komplekse problemstillinger. Det mener KL desværre er sket i dele af den nationale kliniske retningslinje for OCD.

Flere af de spørgsmål der undersøges i den nationale kliniske retningslinje for OCD, er centreret omkring kognitiv adfærdsterapi. Det er naturligt fordi den kognitive adfærdsterapi er meget systematisk, og det gør terapiformen velegnet til evidensbaserede studier. Men at kognitiv adfærdsterapi har så fremtrædende en plads i den nationale kliniske retningslinje for OCD betyder desværre også, at der er mange andre terapi- og samtaleformer, som ikke inddrages. For KL er det vigtigt, at sundhedspersoner på baggrund af den nationale kliniske retningslinje for OCD ikke tænker, at kognitiv adfærdsterapi er den eneste terapi- og samtaleform der virker over for borgere med OCD.

Derfor er KL også positive over for, at det i den nationale kliniske retningslinje fremhæves, at det først og fremmest er afgørende at den enkelte borger med OCD er motiveret for at modtage behandling. KL vil også kvittere for, at der i den nationale kliniske retningslinje for OCD henvises til andre former for virksomme indsatser, der rækker ud over den nationale kliniske retningslinje for OCD; her nævnes bl.a. pædagogiske og rehabiliterende indsatser. Det understøttes også af, at man i den nationale kliniske retningslinje for OCD anbefaler et princip om mindst mulig indgriben.

Dato: 7. december 2015

Sags ID: SAG-2015-06128  
Dok. ID: 2127145

E-mail: MJF@kl.dk  
Direkte: 3370 3851

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

www.kl.dk  
Side 1 af 2



KL er ydermere positive over for, at man i den nationale kliniske retningslinje for OCD tager fat i spørgsmålet om, hvorvidt behandling med antidepressiv hjælper borgere med OCD, da det er kendt, at der kan være alvorlige bivirkninger ved den antidepressive medicin. Særligt over for børn og unge, er der grund til at udvise opmærksomhed.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Tina Wahl'.

Tina Wahl

Dato: 7. december 2015

Sags ID: SAG-2015-06128  
Dok. ID: 2127145

E-mail: MJF@kl.dk  
Direkte: 3370 3851

Weidekampsgade 10  
Postboks 3370  
2300 København S

[www.kl.dk](http://www.kl.dk)  
Side 2 af 2

Sekretariatet for Nationale Kliniske Retningslinjer  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København

København, den 3. december 2015

## **Høringssvar vedrørende national klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)**

Dansk Psykolog Forening takker for det tilsendte høringsmateriale og for muligheden for at afgive hørings-svar. Høringssvaret er udarbejdet i samarbejde med Psykologforeningens Selskab for Psykopatologi hos Børn og Unge.

### **Overordnet**

Dansk Psykolog Forening er optaget af det relativt spinkle forskningsmæssige belæg, der er for anbefalingerne. Foreningen anerkender behovet for retningslinjer og anbefalinger, men må samtidig også henvise til de problemer, der er knyttet til at udforme retningslinjer ud fra et område med så sparsom evidens. Det ville styrke anbefalingerne, hvis det endnu tydeligere fremgik, at der mangler yderligere forskning, også inden for andre teoretiske referencerammer, før man anbefaler manualiseret intervention ud fra én teoretisk referenceramme. Der kunne foreligge behandlingsmetoder, som er lige så eller mere effektive end dem, der er undersøgt.

### **I forhold til anbefalingerne for børn og unge**

Dansk Psykolog Forening ønsker, at det fremgår endnu tydeligere, at familien og familieforhold er helt grundlæggende for valg af intervention ved et barn eller en ung, der har OCD.

Foreningens Selskab for Psykopatologi hos Børn og Unge anbefaler, at pkt. 2.3. s. 16 '*Praktiske råd og særlige patientovervejelser*' skærpes og tydeliggøres, og at der fx ikke kun lægges vægt på familien som værdifuld støtte, men også fremhæves det forhold, at familien ofte er en ufrivillig vedligeholdende faktor for OCD symptomerne. Det er således ikke meningsfuldt, at arbejde med symptomerne uden også at arbejde med den måde familien og samspil i familien vedligeholder symptomerne.

Dansk Psykolog Forening ønsker desuden en præcisering af, at valg af psykoterapeutisk intervention i forhold til OCD også må ske under hensyntagen til, hvilke øvrige faktorer i og omkring barnet udredningen har afdækket (alvorlig mistrivsel/omsorgssvigt/sexuel krænkelse i barnets/den unges familie eller netværk) og at der er iværksat relevante tiltag i den sociale sektor forhold til dette.



Det hilses velkommet, at der anføres at *'Familiebaseret terapi kan være designet ud fra forskellige terapeutiske retninger'*, hvilket ud fra den kliniske praksis giver megen mening, da OCD så ofte forekommer i en komorbid sammenhæng. Måske kunne netop det forhold, at OCD ofte ses med høj grad af komorbiditet fremhæves yderligere.

Det undrer, på baggrund af det relativt spinkle forskningsmæssige grundlag, at der flere steder anbefales et eksakt antal sessioner, eksempelvis under pkt. 7.2. s. 37: *"Det er god praksis at tilbyde børn, unge og voksne der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi, op til yderligere 14 sessioner kognitiv adfærdsbehandling"*. Ud fra en klinisk erfaring og betragtning synes sådan en forestilling, om tidsangivelse for effektiv lindring og behandling af svær OCD, urealistisk defineret med de foreslåede præcise angivelser.

Med venlig hilsen

**Eva Secher Mathiasen**

Formand, Dansk Psykolog Forening







## Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje vedr. OCD

Regionerne har den 17. november 2015 modtaget anmodning om afgivelse af høringssvar i forhold til national klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD).

Retningslinjen formidler, med udgangspunkt i relevante PICO spørgsmål, klinisk betydningsfulde og centrale dele af den forskningsbaserede viden, der eksisterer om behandling af OCD hos børn, unge og voksne.

Generelt hilses retningslinjen velkommen. Imidlertid kan det være problematisk, at en række af anbefalingerne ikke hviler på evidens samt at visse behandlinger afskaffes uden evidens. Det er bekymrende, idet nogle anbefalinger har betydning ressourcemæssigt.

Endvidere er det ikke hensigtsmæssigt, at der er anbefalinger, der berører organiseringen lokalt i regionerne, hvilket er regionernes ansvar. Et eksempel er, når man anbefaler mere adfærdsterapi, når det ikke har hjulpet, og selvom der ikke er evidens for det, som man gør i følgende anbefaling: ”*Det er god praksis at overveje at tilbyde børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi, op til yderligere 14 sessioner kognitiv adfærdsterapi.*” Det anses derfor som uhensigtsmæssigt, at der uden evidens for behandlingen, tilmed sættes specifikke antal sessioner på forløbene, og man dermed pålægger regionerne en bestemt organisering. Såfremt Sundhedsstyrelsen fortsat mener, at arbejdsgruppen skal have mulighed for at anbefale mere af samme behandling, når det er konstateret den ikke virker, og der ikke er evidens, så bør det som minimum omformuleres til: ”*Det er god praksis at overveje at tilbyde børn, unge og voksne, der fortsat har medium til svær OCD efter et forløb med kognitiv adfærdsterapi, yderligere et forløb med kognitiv adfærdsterapi, hvis der efter den psykiatriske speciallægens vurdering kan opnås væsentlig forbedring.*”

Følgende skal derudover bemærkes regionalt:

07-12-2015

Sag nr. 15/566

Dokumentnr. 60796/15

Josefina Hindenburg Krausing

Dampfærgevej 22  
Postboks 2593  
2100 København Ø

T 35 29 81 00  
F 35 29 83 00  
E [regioner@regioner.dk](mailto:regioner@regioner.dk)

- Fjerde pico er en svag anbefaling IMOD ”Anvend kun tredjebølge kognitiv terapi frem for standard kognitiv adfærdsterapi efter nøje overvejelse til behandling af børn, unge og voksne med OCD da effekten er usikker.” Det er vanskeligt at forstå om imod gælder tredjebølge kognitiv terapi specifikt eller derimod udsagnet og dermed bliver en svag anbefaling for tredjebølge kognitiv terapi. Denne anbefaling kunne med gavn omformuleres for at undgå misforståelser. Problemet er størst i forbindelsen med afsnittet ”Centrale budskaber”.
- Der anbefales imod gruppebehandling for børn og unge, da ingen studier sammenligner effekten af gruppebehandling versus individuel behandling for denne gruppe, og da der ikke eksisterer dansk-sprogede behandlingsmanualer for KAT i gruppe til børn og unge. Der synes ikke at være grundlag for hverken for eller imod, hvilket burde være udsagnet frem for imod noget man ikke ved noget om.
- I afsnittet vedrørende implementering står, at det primært er et regionalt ansvar. En af anbefalingerne er, at man skal overveje at tilbyde mindst 6 sessioner KAT til børn med mild OCD. Hvis det skal implementeres i regionalt regi, strider det imod andre aftaler omkring visitation og ansvar herunder sundhedsaftalen, hvor princippet er, at patienten skal hjælpes på laveste effektive niveau, og at børn med lettere psykiatriske tilstande således først og fremmest skal behandles i primærsektoren. I øvrigt findes det ikke hensigtsmæssigt, at retningslinjen angiver timetal.
- Under centrale budskaber angives at: ”✓ Det er god praksis at overveje at tilbyde børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi, op til yderligere 14 sessioner kognitiv adfærdsbehandling”. Det angives på side 38 i høringsudkastet til retningslinjen, at der ikke er evidens for dette – derfor bør det ikke fremgå som en anbefaling. – Der bør i øvrigt ikke angives eksakt antal sessioner helt uden evidens.

**Region Sjælland**

I relation til børne – og ungeområdet:

Valg af psykoterapeutisk intervention.

- I anbefalingerne gennemgås kvaliteten for evidensen for valg af intervention. Det fremstår tydeligt at den kognitive behandling er den

der er lavet undersøgelser i forhold til, - forståeligt i mangel af studier af behandlingsformer indenfor andre referencerammer. Samtidig angives evidensen at være relativ lav/meget lav. Der savnes således statistisk belæg for at anbefale én psykoterapeutisk behandling frem for en anden.

- I forhold til dette evidensgrundlag og med viden fra det kliniske felt om hvor ofte OCD optræder som komorbid lidelse, undre den meget eksakte anbefaling af tidsramme for kognitiv behandling – som angivet under kapitel 7.
- I relation til ovenstående kunne savnes en generel kommentar i materialet, om den aktuelle mangel på yderligere forskning indenfor området, og med inddragelse af flere teoretiske referencerammer.

#### Valg af inddragelse af familie i behandlingen.

- Under kapitel 2 i udkastet tematiseres inddragelse af familien kort. Særlig under punkt 2.3. er en kort passus om inddragelse af familien og mulig familie behandling.
- Vi finder det meget væsentligt at det tydeligt fremgå i retningslinjen at forhold i barnets/den unges liv skal være tilstrækkeligt udredt og afklaret inden der vælges psykoterapeutisk intervention. Afklaring af mulige situationer med omsorgssvigt/mishandling/ i barnets/den unges netværk, vil være helt afgørende for hvilken intervention med behandlingssigte, der bør lægges op til.
- Det kunne derudover være ønskeligt om det korte afsnit om familie baseret behandling blev udbygget/ understreget, da det i så høj grad er barnet og dets omsorgsmiljø der bør medtænkes og rettes samlet fokus mod for at en behandling vil være sufficient – uanset teoretisk referenceramme.

#### Valg af medicinsk behandling.

- Vedr. anbefalinger om medicinsk behandling: Der savnes belæg for anbefalingen om ikke at behandle børn og unge med SSRI præparater. Der henvises til to studier med lav evidens. Anbefalingen begrundes som stærk fordi der er tidligere fundet studier der peger på øget risiko for selvmordstanker og adfærd i meget sjældne tilfælde hos unge under 25 år i SSRI behandling. Dette er baseret på en metaanalyse af 27 studier hvor af 6 omhandlede OCD. Resten omhandler en anden sygdomskategori – nemlig Depression. I hvor høj grad har de studier der omhandlet OCD, haft en komorbiditet i form af depression beskrives ikke. Det skal nævnes at dværsel om SSRI præparater er nedtonet til: Måske øget suicidale tanker og adfærd

ved Venlafaxin, som derfor frarådes ved depression hos børn og unge.

Side 4

- Det kunne på denne baggrund være konstruktivt om anbefalingen: 'anvend ikke' blev ændret til: 'overvej nøje'.

## **Region Hovedstaden**

### Kommentarer vedr. psykiatri:

Retningslinjen nævner ingen steder Body Dysmorphic Disorder, selvom denne lidelse indgår i NICE guidelines vedr. OCD samt i DSM 5's kapitel Obsessive-Compulsive and Related Disorders.

### Kommentarer vedr. børne- og ungdomspsykiatri:

*I høringsversionen fremgår af side 27:*

”Behandling med SSRI som tillæg til KAT kan overvejes, hvis KAT ikke har effekt efter minimum 24 sessioner. Børn og unge med moderat til svær OCD, som sættes i behandling med et SSRI-præparat, bør monitoreres tæt, da denne behandling kan øge risikoen for selvmordstanker og selvmordsrelateret adfærd.”

I børne og ungdomspsykiatrien finder man, at det kan være uhensigtsmæssigt at afvente 24 sessioners CBT inden opstart med SSRI hos en ung med svær OCD. Evidensen som ligger til grund for fravælgelse af SSRI behandling er angivet som lav (s.27-28). Vejer det tungt nok til at give en anbefaling imod SSRI behandling? Det vurderes, at fleste patienter med svær OCD er så forpinte, at de ønsker medicinsk behandling for overhovedet at være i stand til at arbejde med ERP.

## **Region Syddanmark**

Der er problemområder, hvor det er ønskeligt at få afklaret evidensen. Det drejer sig om evidens for terapeutisk behandling respektiv medikamentel behandling, for forskellige typer af terapeutisk intervention, samt forskellige typer medicinsk behandling.

Det gør et noget rodet indtryk, at der i selve resultatet i teksten blot angives svar på de udsagn, man har ønsket at besvare, mens forklaringen på, hvorfor man fremkommer med disse svar, er at finde et helt andet sted.

Generelt set fremstår retningslinjens anbefalinger og beskrivelser af god klinisk praksis fornuftige.

Derudover er der en helt specifik bemærkning til følgende:

↑ *Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi af mindst 6 sessioners varighed til børn, unge og voksne med mild OCD, da der er påvist en mulig effekt og der er ingen kendte ulemper ved behandlingen.*

Side 5

Vedrørende børne- og ungdomspsykiatrien støtter anbefalingen sig til et enkelt studie:

- (9) Bolton D, Williams T, Perrin S, Atkinson L, Gallop C, Waite P, et al. Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2011;52(12):1269-1278.

Studiet bliver omtalt med følgende karakteristika:

- RCT N=60
- KAT (incl ERP) 12 sessioner henover 3 måneder
- sammenlignede med ingen behandling (venteliste kontrol)
- ikke ekskluderet personer med mild OCD populationen

Følgende resultater bliver ekstraheret fra de studier, som udkastet til den nye nationale kliniske retningslinje lægger til grund for anbefalingen:

- Der blev fundet klinisk relevant forskel på de kritiske outcomes 30 % reduktion på CY-BOCS/Y-BOCS symptomscore samt livskvalitet efter endt behandling til fordel for behandling med KAT. Social funktionsevne, som ligeledes var et kritisk outcome, viste ved længste follow-up ingen klinisk relevant effekt, idet et gennemsnitligt fald på 1,27 point i de anvendte skalaer af social funktionsevne ikke blev vurderet klinisk relevant(9,10).
- Der sås tilsvarende effekt på de vigtige outcomes drop-out og ændringer af CY-BOCS/Y-BOCS til fordel for behandling med KAT(9). Ændringen af CY-BOCS/Y-BOCS var 11,59 point på en skala fra 0 - 40 efter endt behandling(9,10). Den gennemsnitlige forskel i angstscore på 1,03 point på de anvendte skalaer i studierne, var ikke klinisk relevant. De andre vigtige outcomes (antallet af personer, der ved længste follow-up havde en CY-BOCS/Y-BOCS total score reduktion på mindst 30 %, en forbedring i CGI-S-score efter endt behandling og ved tidspunkt af studierne længste follow-up) blev ikke afrapporteret i studierne.

Forfatterens eget abstract følger her:

Background: Reviews and practice guidelines for paediatric obsessive-compulsive disorder (OCD) recommend cognitive-behaviour therapy (CBT) as the psychological treatment of choice, but note that it has not been sufficiently evaluated for children and adolescents and that more ran-

domized controlled trials are needed. The aim of this trial was to evaluate effectiveness and optimal delivery of CBT, emphasizing cognitive interventions.

Methods: A total of 96 children and adolescents with OCD were randomly allocated to the three conditions each of approximately 12 weeks duration: full CBT (average therapist contact: 12 sessions) and brief CBT (average contact: 5 sessions, with use of therapist-guided workbooks), and wait-list/delayed treatment. The primary outcome measure was the child version of the semi-structured interviewer-based Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Clinical Trial registration: <http://www.controlled-trials.com/ISRCTN/>; unique identifier: ISRCTN29092580.

Results: There was statistically significant symptomatic improvement in both treatment groups compared with the wait-list group, with no significant differences in outcomes between the two treatment groups. Controlled treatment effect sizes in intention-to-treat analyses were 2.2 for full CBT and 1.6 for brief CBT. Improvements were maintained at follow-up an average of 14 weeks later.

Conclusions: The findings demonstrate the benefits of CBT emphasizing cognitive interventions for children and adolescents with OCD and suggest that relatively lower therapist intensity delivery with use of therapist-guided workbooks is an efficient mode of delivery.

Det er således et tre-armet RCT med 12- eller 5-ugers KAT eller venteliste med løfte om efterfølgende aktiv behandling (36+36+24 deltagere i alderen 10 til 18år, altså ikke N=60).

Kontrolgruppen fik ikke terapeutopmærksomhed hvilket typisk overvurderer interventionens effekt (til og med et signal om at den rigtige behandling først ville starte efter forsøget). Skarphedisson et al: Standard individual cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic review of effect estimates across comparisons. Nord J Psychiatry. 2015 Feb;69(2):81-92 konkluderer bla. i deres metaanalyse: Effect estimates for SI-CBT in wait-list comparison studies were significantly larger than in placebo-therapy comparison studies.

Desuden modtog deltagerne i kontrolgruppen i 21% af tilfældene SSRI-behandling i stabil dosis i seks uger op til forsøgets start (derimod kun 6% resp 11% i de andre grupper) – evt var de primært hårdere ramt med partielt respons på SSRI-behandling.

Læg i øvrigt mærke til, at der ikke findes signifikant forskel mellem de to interventioner – dvs. fem interventioner er lige så gode som 12 (og tallet 6 som minimum figurerer slet ikke).

Side 7

Som en interessant oplysning vedr. sekundære analyser nævner forfatterne at udelukkelse af patienter med CYBOCS-scores under 16 (svarende til mild OCD) med N=8 patienter ikke ændrede det primære analyseresultat. Af tabel 1 fremgår desuden at ALLE disse patienter modtog aktiv behandling (CYBOCS-scores for kontrolgruppen 17-34). Derfor kan en analyse af behandlingseffekt ift. denne subgruppe naturligvis ikke foretages.

Bolton et als studie underbygger således ikke anvendeligheden af KAT på mindst 6 sessioner til børn og unge med mild OCD.

Konklusionen i udkastet til den nye NKR OCD vedr. PICO1 er således ikke holdbar – der er ikke evidens til besvarelse af spørgsmålet ift. børne- og ungepopulationen.

## **Delsvar fra Region Nordjylland**

Hermed ambulatoriets svar på høringen:

Ved terapeutisk behandling af både gruppe- og individuelle behandlingsforløb af svær OCD i psykiatrisk regi er det vores kliniske erfaring, at KAT ikke alene fremstår som en tilstrækkelig effektiv metode. Derfor anvender vi ACT suppleret med de vigtigste elementer fra KAT fx eksponering og responshindring. Vi oplever, at ACT styrker forståelsen af, hvad angst er og hvordan den bedst håndteres – samt styrker patienternes motivation for at arbejde med eksponering og responshindring på egen hånd. Det skal understreges, at vi gerne fastholder metodefrihed, da behandlingen bør tilpasses den enkelte patient, især med baggrund i, at vi i psykiatrisk regi møder en del OCD patienter med comorbiditet.

## **Med venlig hilsen**

### **Maria Nielsen**

Psykolog, aut.

Daglig leder af Ambulatorium for angst- og tvangssygdomme

- Ambulatorium for sexologi

- Ambulatorium for ADHD

## **PSYKIATRIEN - REGION NORDJYLLAND**

Klinik Psykiatri Syd

Mølleparkvej 10 , 2. sal

9000 Aalborg

[www.psykiatri.rn.dk](http://www.psykiatri.rn.dk)



Sundhedsstyrelsen  
NKR sekretariatet

Mail: [NRKsekretariat@sst.dk](mailto:NRKsekretariat@sst.dk)

Socialstyrelsen  
Edisonsvej 18, 1.  
5000 Odense C

Tlf. +45 72 42 37 00  
[socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk](mailto:socialstyrelsen@socialstyrelsen.dk)  
[www.socialstyrelsen.dk](http://www.socialstyrelsen.dk)

Center for Udsatte Voksne  
D. 3.12.2015  
Sagsnr. 15/57891  
fju

## **Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for behandling af Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)**

Socialstyrelsen takker for modtagelsen af Sundhedsstyrelsens udkast til National Klinisk Retningslinje for behandling af Obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD).

Først og fremmest ser Socialstyrelsen det som positivt, at retningslinjen medtænker psykoterapeutiske interventioner, og at førstevalgsbehandling gennemgående er psykoterapeutiske interventioner som angiveligt ikke har negative følgevirkninger. Ydermere er det positivt, at de psykoterapeutiske interventioner, som retningslinjen vurderer og anbefaler, ikke kun retter sig mod den enkelte borger. Således medtænker retningslinjen også familie-interventioner. Derved inkluderer retningslinjen på relevant vis den enkelte borger i borgerens sociale kontekst. En effektiv indsats i forhold til den enkelte borger vil ofte med fordel indbefatte en samtidig indsats i forhold til borgeren og netværket. Retningslinjen forholder sig herudover blandt andet til kognitiv adfærdsterapi, individuelt eller i gruppe.

Det er imidlertid tydeligt, at retningslinjens anbefalinger generelt hviler på et relativt spinkelt grundlag, hvad angår evidensbaseret viden (RCT-testet viden). Af samme grund er det nærliggende at undre sig over, at ikke al tilgængelig RCT-baseret viden er medtaget i denne udgave af retningslinjen. Eksempelvis dokumenterer den amerikanske regerings database under SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) National Registry of Evidence-based Programs and Practices (NREPP), at metoden Acceptance Commitment Therapy (ACT) har effekt i forhold til OCD (følg link nederst i høringssvaret).

Referat af referencegruppemøde af 6.11.2015 i forbindelse med udarbejdelsen af retningslinjen viser, at der yderligere findes to RCT studier som ikke er medtaget i vidensgrundlaget for retningslinjen (side 4, under PICO 4).

Spørgsmålet er derfor, om det kan være relevant at medtage ovennævnte dokumentation og på den baggrund allerede nu genoverveje styrken af anbefalingen i forhold til anvendelsen af ACT?

Under hensyntagen til den forholdsvis svage evidens, som udkast til retningslinje hviler på, kunne det muligvis være relevant, nu eller fremadrettet, at overveje mere systematisk effekt-opgørelse i forhold til en dansk praksis. Eksempelvis gennem brug af WHO-5 eller Feedback Informed Treatment (FIT) i klinisk praksis. Disse to redskaber er relativt let anvendelige og vil kunne give indikationer i forhold til, hvordan de forskellige metoder virker i praksis. Her kan det være relevant at supplere klinikernes vurdering (udefra perspektivet) med systematisk viden i forhold til, hvordan patientgruppen oplever nytten af interventionerne (indefra perspektivet). Indefra-perspektivet og selv-vurderet effekt (recovery-orientering) får ekstra betydning, når evidensgrundlaget er så relativt spinkelt, som det er for denne retningslinje.

Socialstyrelsen har desuden følgende specifikke bemærkninger:

Side 8: Komorbiditet ift. Tourette, ADHD, autisme nævnes. Det kunne være interessant med tal på forekomst, da den er betydelig. Der gøres kraftigt opmærksom på, at denne retningslinje kun handler om "ren" OCD, men netop derfor kunne det være interessant at se, hvor høj komorbiditeten rent faktisk er.

Side 38: I arbejdsgruppens overvejelser nævnes det, at der ved manglende respons på KAT bør overvejes at revurdere OCD som hoveddiagnose. Dette bør fremgå tidligere og tydeligere i rationale for anbefalingerne, jf. kommentaren ovenfor.

Side 39, afsnit 8.2: Det bør underbygges yderligere, hvorfor diagnosen OCD skal genovervejes før opstart af antipsykotika.

Side 39, afsnit 8.4: Revurdering af diagnose bør også nævnes her.

Side 59, Bilag 1: Den høje forekomst af komorbiditet (ADHD, autisme, Tourette) bør også nævnes i dette bilag.

Side 61, Bilag 3: I afsnittet Datakilder bør de forskellige komorbide lidelser nævnes ved navn.

Side 62, Bilag 4: OCD og komorbiditet mangler på listen over videre forskning.

Link til den amerikanske regerings data-base over evidensbaserede metoder:

<http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=191>

Venlig hilsen

Finn Blickfeldt Juliussen  
Faglig konsulent  
Socialstyrelsen

fju@socialstyrelsen.dk  
41730810



# DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER

VIDENSKABELIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Medlemstal: 1640 psykologer

**Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab**

**NKRsekretariat@sst.dk**

**Høringssvar vedrørende udkast til**

**Den Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)**

7.12 2015

Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer (DPSP) har følgende forslag til ændringer af udkast til national klinisk retningslinje for behandling af OCD:

**A:**

I retningslinjens overskrift anføres i overensstemmelse med WHO's klassifikation i ICD-10 kap. V Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser samt DSM-V betegnelsen *obsessiv-kompulsiv lidelse*. OCD betegnes, som de øvrige psykiske lidelser, netop som en lidelse og ikke sygdom, svarende til at lidelsen ikke opfylder kriterierne for sygdomsbegrebet. Alle somatiske sygdomme betegnes i ICD som sygdomme, hvor symptomer og diagnosebetegnelser henviser til specifikke sygdomsenheder. Denne skelnen er fastholdt i diagnosesystemet igennem årtier.<sup>1</sup>

I ICD Kap. V og DSM-V anvendes ikke betegnelsen *psykiatrisk diagnose* om diagnoserne for de psykiske og adfærdsmæssige lidelser. Begrebet psykiatrisk diagnose, som betyder *lidelse der kan behandles biomedicinsk*, eller kan henvise til den psykiatriske sektor, er ikke dækkende for bredden af psykiske lidelser med hensyn til det diagnostiske spektrum, sværhedsgrad af symptomer eller behandlingsregi. Psykiske lidelser omfatter en lang række tilstande som kan behandles via pædagogisk, psykoterapeutisk eller social intervention med eller uden biomedicinsk behandling. Ydermere behandles mange psykiske lidelser udenfor psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien.

DPSP anbefaler, at begrebsanvendelse i NKR følger WHO's klassifikation og begrebsanvendelse.

---

<sup>1</sup> Psykiske lidelser er kendetegnet ved klynger af symptombilleder, som sammenfattes under en diagnostisk betegnelse, hvor symptombilledet kan variere betragteligt fra den ene til den anden patient. Den diagnostiske betegnelse henviser, i modsætning til somatiske diagnoser, ikke til en specifik sygdom (med genetisk, ætiologisk, patogenetisk, prognostisk og behandlingsmæssig specificitet) bag symptomerne. De samme typer årsager/vedligeholdende faktorer af psykologisk, social eller biologisk karakter kan for forskellige individer føre til vidt forskellige diagnoser (multifinalitet) ligesom helt forskellige typer årsager/vedligeholdende faktorer kan føre til en og samme diagnose (ækvifinalitet). Samtidig er der evidens for, at samme psykiske lidelse kan behandles effektivt med vidt forskellige medicinske, sociale eller psykoterapeutiske interventioner (metodernes ækvipotentialet) ligesom en og samme psykoterapeutiske, sociale eller medicinske intervention kan anvendes overfor forskellige symptomer og lidelser (metodernes multipotentialet). Disse forhold er i rigt omfang evident og kendetegnende for psykiske lidelser samt de metoder der anvendes til fremme af psykisk sundhed. Der er derfor behov for en individuel afklaring af årsager/vedligeholdende faktorer i et psykologisk, socialt og biologisk perspektiv for at kunne finde frem til relevante, effektive interventioner.



## DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER

VIDENSKABELIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Medlemstal: 1640 psykologer

---

Anvendte begreber i retningslinjen foreslås derfor ændret, således:

- s. 7: "sygdomsbilledet" ændres til -> symptombilledet
- s. 9: "sygdommens" -> lidelsens
- s. 10: "sygdomsbilledet" -> symptombilledet
- s. 44, 3 steder: "sygdomsbilledet" -> symptombilledet
- s. 45: "sygdomsbilledet" -> symptombilledet
  
- s. 28: "psykiatriske lidelser" -> psykiske lidelser
- s. 28: "psykiatrisk diagnose" -> psykisk diagnose *eller* mental diagnose *eller* psykisk lidelse
- s. 33: "psykiatrisk lidelse" -> psykisk lidelse
- s. 33: "psykiatrisk eller adfærdsmæssig diagnose" -> psykisk eller adfærdsmæssig lidelse

### B:

På baggrund af den svage evidens fraråder DPSP at anbefale visse psykoterapiretninger frem for andre. DPSP finder det uhensigtsmæssigt at anbefale en terapiretning med den begrundelse at der er fundet "mulig effekt" og "ingen kendte ulemper" ved behandlingen. Enhver psykoterapeutisk metode skal kun anvendes efter nøje overvejelse ud fra en vurdering i den konkrete kliniske situation. Det kan derimod være relevant at anbefale, at klinikerne, frem for specifikke terapiretninger, bør overveje at anvende forskellige specifikke psykoterapeutiske teknikker og kompetencer som anvendes på tværs af forskellige psykoterapier.

Det er almindelig anerkendt, og evidensbaseret, at tværgående elementer ved psykoterapi har større betydning for behandlingsresultatet end hvilken terapiretning der er anvendt. DPSP anbefaler derfor, at retningslinjen udbygges med viden om effektive elementer ved psykoterapi.

Patienter der dropper ud af behandlingen eller som ikke har udbytte eller har negativt udbytte af behandlingen samt patienter der ville kunne have større udbytte af anden behandling end den tilbudte, udgør altid et betydeligt omfang af en klinisk population. Bl.a. derfor anbefales det, at viden om effektiv behandling af OCD fra forskellige psykoterapeutiske retninger beskrives i retningslinjen.

DPSP fraråder at der i retningslinjen anbefales en bestemt psykoterapeutisk retning, KAT, som indeholder mangeartede elementer som enten ikke er specifik for KAT eller ikke er evidensbaserede.

DPSP anbefaler, at retningslinjen indeholder anbefalinger der inkluderer specifikke teknikker som eksponering og responshindring som relevante teknikker klinikerne bør overveje at anvende. Eksponering og responshindring er teknikker der anvendes indenfor en lang række andre psykoterapier end KAT.

DPSP finder førstevalgsbegrebet uegnet til anbefalinger vedrørende psykoterapeutisk behandling af psykiske lidelser, jf. den i note (1) beskrevne ækvifinalitet, multifinalitet, ækvipotentialet og multifinalitet og jf. talrige forskellige fund vedrørende psykoterapeutisk effekt, hvoraf nogle er oplistet her. Dog kan førstevalgsbegrebet til nød anvendes af uerfarne klinikere, som ikke har brede psykoterapeutiske kompetencer, uddannelse og erfaring i et omfang, der gør dem i stand til at tilpasse behandlingen til den enkelte patient. Det anbefales derfor ikke at anvende førstevalgsbegrebet i retningslinjen.



# DANSK PSYKOTERAPEUTISK SELSKAB FOR PSYKOLOGER

VIDENSKABELIGT SELSKAB I DANSK PSYKOLOG FORENING

Medlemstal: 1640 psykologer

Det kan være katastrofalt på nationalt plan at fremme én psykoterapeutisk retning som førstevalg overfor en bestemt psykisk diagnose. Den fejltagelse er allerede begået i forhold til depressionsbehandling. Eksempelvis i Sverige blev indført et nationalt program, hvor der blev anvendt én type psykoterapi. Det viste sig imidlertid at treatment as usual var mere effektivt og bragte folk hurtigere tilbage i arbejde. Det skal i den forbindelse bemærkes, at effekten af KAT mod depression er reduceret med 50% i perioden 1970 til 2015 (A Meta-Analysis, Johnsen & Friborg, *Psychological Bulletin*, 2015), hvilket peger på den basale usikkerhed der er forbundet med at anbefale overordnede psykoterapiretninger til behandling af psykiske lidelser. Usikkerheden skyldes bl.a. at en psykoterapiretning indeholder en bred vifte af elementer hvoraf kun få har empirisk evidens, og hvor den konkrete kombination af og dosering af elementer er meget variabel. Desuden har andre faktorer end dem der adskiller en terapiretning fra en anden størst betydning for udfaldet af behandlingen. Det er et igennem årtier vedvarende fund i psykoterapiforskningen.

Til støtte for anbefalingerne skal det tilføjes:

- Spredningen i effekt af psykoterapi er høj, dvs. der er yderst varierende effekt af den enkelte metode overfor enkeltindivider.
- Effekten af den for psykoterapiformen specifikke teknik er kun en lille andel (10-20 %) af årsagen til den samlede effekt af psykoterapi.
- En stor gruppe patienter har ingen effekt af den anbefalede terapiform og kan have effekt af andre psykoterapiformer.
- Det er ikke meningsfuldt at indrette psykoterapeutisk praksis efter hvilken terapiretning der gennemsnitligt klarer sig lidt bedre end andre i kliniske studier. Et stort mindretal har bedre effekt af den inferiøre retning i sammenligningsstudier af psykoterapier.
- Forskellige psykoterapiformer har udviklet en specialiseret praksis til behandling af OCD, som der endnu ikke er høj evidens for, men som kliniske eksperter er enige om, at der er effekt af, og som er beskrevet i litteraturen. Dvs. såkaldte "bona-fide" psykoterapier. Disse psykoterapiers teknikker i forhold til behandling af OCD bør inddrages i retningslinjen.
- Tværgående elementer ved psykoterapi har vedvarende, gennem årtiers psykoterapiforskning, vist sig at være mere afgørende for effekt end den terapiretning der anvendes.
- Der er international konsensus om, at psykoterapi altid bør tilpasses fleksibelt efter patientens præferencer, erfaringer og kultur, psykologens ekspertise, evidens samt de institutionelle, kulturelle og økonomiske rammer hvorunder praksis finder sted. Dette bør fremgå af retningslinjen.
- Der er ringe eller ingen evidens for effekten af manualiseret psykoterapi overfor en naturalistisk klinisk population.
- Psykoterapiforskningen peger på, at metodisk fleksibilitet giver større effekt end troskab mod én psykoterapeutisk metode, ligesom terapeuter der er uddannet i mere end en terapiretning har størst effekt af behandlingen.

*Med venlig hilsen*

*Dansk Psykoterapeutisk Selskab for Psykologer*

*P.b.v.*

*Klaus Pedersen, formand*

## **Høring vedr. den nationale kliniske retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)**

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Dansk Sygepleje Selskab har deltaget med en repræsentant i arbejdsgruppen, og har alene en generel kommentar gående på evidensniveau, som er lavt grundet manglende forskning på området. Vi finder det væsentligt med anbefalinger, som er et resultat af konsensus i arbejdsgruppen, men som arbejdsgruppen selv skriver, afspejler retningslinjen vigtige områder, som vil have gavn af at blive undersøgt nærmere i fremtiden.

Med venlig hilsen  
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS

**Helle Johnsen**

Dansk Sygepleje Selskabs sekretariat



Tlf. 4695 4155  
Sankt Annæ Plads 30,  
DK-1250 København K  
[dasys@dasys.dk](mailto:dasys@dasys.dk) [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk)

Bernhard Weidle, dr. med., ph.D., Associate Professor  
Regional Centre for Child and Youth Mental Health and Child Welfare, Faculty of Medicine,  
Norwegian University of Science and Technology  
and Child and Adolescent Mental Health Department, St. Olav's University Hospital  
Klostergate 46-48,  
N - 7433 Trondheim, Norway

Trondheim, 30.11.2015

## Peer review af national klinisk retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)

Opgavestilling: "Med utgangspunkt i den konkrete problemstilling og de formulerte fokuserede spørsmål bedes du bedømme anbefalingernes relevans og styrkeangivelse, samt i hvilken grad retningslinjens anbefalinger understøttes af evidens".

### **Generelle bemerkninger:**

Begrepet kliniske retningslinjer blir i alminnelighet anvendt om anbefalinger for forebygging, utredning, behandling og oppfølging knyttet til pasientgrupper eller sykdomsgrupper. En ofte brukt definisjon er "Clinical practice guidelines are systematically developed statements to assist practitioner and patient decisions about appropriate health care for specific clinical circumstances" (Field MJ, Lohr KN. National Academy Press, Washington D.C. 1990).

*Nationale Kliniske Retningslinjer for behandling af OCD* avviker fra denne forståelsen i og med at de fokuserer på et avgrenset antall utvalgte problemstillinger såkalte *fokuserede spørsmål* som spesifiserer pasientgruppen, intervensjonen og effektmaal (Patient, Interventions, Comparisons and Outcomes, PICO).

For å kunne forstå og bedømme oppbygging av *Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR)* og valg av behandlede problemstillinger, må man være klar over metodikk og formål for det foreliggende utkast. Spesielt avgrensningen mot andre faglige retningslinjer og premissene for utarbeidelse og valg av fokus-spørsmål er viktig å ha med i vurderingen:

*En national klinisk retningslinje indeholder alene anbefalinger for de udvalgte velafgrænsede problemstillinger i patientforløbet, hvorfor en national klinisk retningslinje ikke kan stå alene, men komplementeres og suppleres af andre retningslinjer f.eks. tværfaglige- og tværsektorielle retningslinjer for andre dele af patientforløbet eller andre patientpopulationer, retningslinjer udarbejdet (monofagligt) af selskaber og faglige organisationer samt regionale og kommunale retningslinjer, vejledninger og instrukser. Arbejdet med nationale kliniske retningslinjer er således et supplement til men erstatter ikke den nuværende indsats i videnskabelige selskaber, faglige sammenslutninger m.fl. med at udvikle kliniske retningslinje*

*(Nationale Kliniske Retningslinjer Metodehåndbogen version 2.0, side 6).*

I innledningens avsnitt 0.4 *Emneafgrænsning* redegjøres for prinsipper for utvalg av problemstillinger:

Arbeidsgruppen har prioritert områder, hvor det er viktigst å få avklart evidensen, enten fordi det foreliggende evidensgrunnlaget har vært sparsomt eller under endring de seneste årene, eller pga. store variasjoner i klinisk praksis på tvers av landet.

Videre tok arbeidsgruppen utgangspunkt i at kognitiv adferdsterapi (KAT) er tilstrekkelig dokumentert som den mest effektive psykoterapeutiske behandling for både barn, ungdom og voksne med OCD.

I tillegg til disse overordnede prinsipper gis det en detaljert begrunnelse for utvalg av fokusområdet for hvert enkelt spørsmål i de respektive avsnitt "*Baggrund for valg av spørsmål*" i hvert kapittel.

Ni fokuserte spørsmål er undersøkt som alle vurderes som meget relevant. Allikevel innebærer arbeidsgruppens behov for avgrensninger at det mangler stillingtagen til noen andre viktige



fokusområder, spesielt når det gjelder spørsmålet om behandling av OCD ved komorbiditet, se mine kommentarer under punkt 2. (*Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler*).

### **1. Manuskriptets styrker**

Begrensningen til utvalgte problemstillinger, såkalte *fokuserede spørsmål* tillater en rigoros bedømmelse av den foreliggende evidensen.

Proessen hvordan arbeidsgruppen kom fram til anbefalingene er transparent og godt dokumentert, det er tydeliggjort når anbefalingene er gitt på basis av evidens og når det er gitt på basis av konsensus.

Den konsekvente anvendelse av GRADE-instrumentet (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation) styrker konklusjonene arbeidsgruppen kom frem til.

Den systematiske fremstillingen med de samme 9 avsnitt for hver problemstilling (*1.Fokuseret spørsmål, 2.Anbefaling, 3.Praktiske råd og særlige patientovervejelser, 4.Baggrund for valg af spørsmål, 5.Litteratur, 6. Gennemgang af evidensen, 7. Arbejdsgruppens overvejelser, 8.Rationale for anbefaling, 9.Evidensprofil*) bidrar til en oversiktlig presentasjon av resultater og overveielser.

I tillegg er hovedkonklusjonene oppført lett tilgjengelig helt i begynnelsen av manuskriptet (*Centrale budskaber, s. 7*).

Som en styrke i manuskriptet vurderes også intensjonen om å inkludere pasientrelevante outcome-mål som funksjonsnivå og livskvalitet ved evaluering av behandlingstiltak, selv om de er sjeldent rapportert i studiene.

### **2. Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler**

Metoden med evidensevaluering av et begrenset antall *fokuserede spørsmål* medfører også svakheter og mangler. De belyste problemstillingene kan oppleves fragmentert og revet ut av en klinisk sammenheng. I innledningens avsnitt *0.4 Emneafgrænsning* redegjøres for at *retningslinjen* kun omhandler utvalgte problemstillinger og ikke kan anses som en guideline eller klinisk behandlingsstandard for hele behandlingsforløpet for OCD, men som et supplement til eksisterende retningslinjer.

I innledningen side 10 siteres andre retningslinjer for behandling av OCD: *Sundhedsstyrelsens reference-program for angstlidelser hos voksne* (2007), *NICE guideline for OCD and BDD* (2006) og *Landsdækkende kliniske retningslinje vedrørende udredning og behandling af obsessiv-kompulsiv tilstand (OCD) hos børn og unge* (2010), men det er ikke gitt eksplisitte anbefalinger om å bruke noen av dem for å søke råd for de områder som ikke dekkes i de 9 fokuserte spørsmål. Først i Bilag 2 (*Implementering*) tilbys en løsning for dette problemet med anbefalingen om at den foreliggende *nationale kliniske retningslinje* innarbeides i eksisterende forløpsbeskrivelser, instruksjoner og veiledninger.

Anbefalingen om at denne retningslinjen skal integreres i og brukes til oppdatering av eksisterende mer generelle retningslinjer hadde etter min mening fortjent en mer sentral plassering i innledning til selve manuskriptet (gjør med henvisning til de mer detaljerte råd for implementering i bilag 2).

Jeg ville også se det som en fordel for brukerne av retningslinjen, dersom de viktigste aktuelle andre retningslinjene hadde blitt oppført eksplisitt.

De tre siterte andre retningslinjene er utgitt mellom 2006 og 2010. Derfor savnes en tydelig henvisning til de per dags dato mest oppdaterte retningslinjer for OCD hos barn og unge utgitt av American Academy of Child and Adolescent Psychiatry i 2012: *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder* (AACAP, 2012). Disse guidelines er også basert på en vurdering av evidensgrunnlaget for anbefalingene, men de er kun indirekte sitert i kapittel 5 avsnitt 4, som henviser til en omtale av disse, publisert i *The Brown University Psychopharmacology Update* 2012; 23(3): side 1 og 6-7.

En annen ulempe er at evidensvurderingen og anbefalingene gis for OCD generelt. Anbefalingene differensieres i forhold til alder, dvs. mellom barn, ungdom og voksne og i forhold til alvorlighetsgrad, dvs. mild, moderat, alvorlig og meget alvorlig, der dette er relevant. Retningslinjen anfører at OCD er forbundet med høy grad av komorbiditet for eks. i form av angstlidelser, depresjon, anoreksi, ADHD, autismspekterforstyrrelser og Tourettes Syndrom og at det er sentralt å ta høyde for komorbiditet i behandlingsplanleggingen (side 7).

Ved tilstedeværelse av ulike typer komorbiditet kan evidensgrunnlaget for behandlingseffekt være forskjellig og således vil anbefalingene måtte differensieres, for eksempel ved tilstedeværelse av

komorbid tic-lidelse. Begrunnelsen for hvorfor denne retningslinje ikke inneholder evidensevalueringer eller anbefalinger vedrørende OCD med komorbiditet, nemlig at komorbiditet *"kompliserer behandlingen på forskjellig vis og i forskjellig udstrækning"* (s. 8) oppleves som utilfredsstillende. Det gjøres riktignok noen forsøk for å kompensere for dette ved å gi enkelte anbefalinger for pasienter med komorbide lidelser under punktet *"særlige patientovervejelser"*.

Metoden med utvalgte fokusområder fører til manglende stillingtagen til andre viktige spørsmål: For eksempel er kombinasjon av OCD og ADHD en hyppig forekommende problemstilling i klinisk praksis med motstridende anbefalinger for hvilken lidelse som burde behandles først, der man kunne ønske en vurdering av evidensgrunnlaget.

Et generelt problem for retningslinjen er at evidensgrunnlaget for flere av de fokuserte spørsmål er svakt pga. av manglende mengde eller kvalitet på studiene. Det fører naturligvis ofte til at også anbefalingen er svake, men denne problematikken er tydelig beskrevet i retningslinjen.

### **3. Eventuelle forslag til endringer**

*Indledning:*

- Å gi en tydelig anbefaling om at denne retningslinjen skal integreres i og brukes til oppdatering av eksisterende mer generelle retningslinjer i innledningen
- Å angi og vise til de mest relevante andre retningslinjer som er aktuell for denne integrering, se drøfting ovenfor i avsnitt 2. *Manuskriptets væsentligste svagheder og mangler.*

#### **Kapittel 1 Behandling af mild OCD**

Anbefaling *"Overvej at tilbyde kognitiv adfærdsterapi af mindst 6 sessioners varighed til børn, unge og voksne med mild OCD"*. Antall sesjoner synes å være tilfeldig valgt og er uansett uten særlig evidensgrunnlag. Studie 9 (Bolton et al., 2011) har anvendt 5 sesjoner som korttidsintervensjon.

- Foreslår derfor å endre formuleringen *"af mindst 6 sessioners varighed ..."* til en mindre kategorisk anbefaling som ... *"opp til 6 sessioners..."* eller ... *"med 4 – 6 sessioners ..."*.

- Avsnitt 1.8 *Rationale for anbefaling. ... Endvidere er det kun et af studierne, som undersøger behandling med KAT over mindst 6 sessioner (10)*. Også studie 9 (Bolton et al., 2011) har en gruppe med gjennomsnittlig 12 sesjoner og en med gjennomsnittlig 5 sesjoner.

#### **Kapittel 5. Førstevalgsbehandling af børn og unge med moderat til svær OCD**

Anbefaling *"Anvend ikke selektive serotoninoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling til børn og unge med moderat til svær OCD, da der ikke er fundet dokumenteret effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI"* må evalueres nøye fordi den står i kontrast til anbefalingen i "AACAP's Practice parameter (AACAP, 2012): "For moderate to severe OCD, medication is indicated in addition to CBT". Styrken av AACAP's anbefaling er vurdert som "Clinical standart"(CS) dvs. basert på rigoros empirisk evidens f.eks. fra metaanalyser, systematiske reviews eller RCT's.

Imidlertid beskriver AACAPs retningslinjer allikevel at kognitiv adferdsterapi (KAT) er førstevalgsbehandling ved mild til moderat OCD og til og med ved alvorlig OCD, dersom det ikke foreligger spesifiserte grunner som vil forhindre effekt av KAT (som komorbiditet, familiefaktorer, dårlig innsikt osv.). I tillegg har det tilkommet ytterlig støtte for arbeidsgruppens evidensvurdering i form av en RCT (Storch et al., 2013), en oversiktsartikkel (Ivarsson et al., 2015) som begge er sitert i retningslinjen og en nylig meta-analyse som ble publisert i juli 2015 (McGuire et al., 2015).

- Arbeidsgruppens formulering *"da der ikke er fundet dokumenteret effekt"* kan lett mistolkes og foreslås erstattet med formuleringen: *"da der ikke er fundet dokumenteret yderligere eller tillægseffekt"*.

- Avsnitt 5.3 *Praktiske råd og særlige patientovervejelser: Behandling med SSRI som tillæg til KAT kan overvejes, hvis KAT ikke har effekt efter minimum 24 sessioner*. Basert på klinisk erfaring og AACAP anbefalingene ville jeg her legge til en formulering som: ... *eller hvis der er forhold, der forhindrer fuld effekt af KAT (som komorbiditet, familiefaktorer, dårlig indsigt osv.)*.

## Kapittel 6. Førstevalgsbehandling af voksne med moderat til svær OCD

- Avsnitt 6.4: ... Eksisterende guidelines anbefaler KAT som førstevalgsbehandling til voksne med OCD frem for antidepressiva (3,25). Referanse 25 (AACAP, 2012) gir så langt jeg kan se ingen anbefalinger for OCD hos voksne.

- Avsnitt 6.3 Anbefalingen *Patienter, som settes i behandling med et SSRI-præparat, bør monitoreres tætt, da denne type behandling kan øge risikoen for selvmordstanker og selvmordsrelateret adfærd* er ikke konsistent med Avsnitt 6.8 *Rationale for anbefaling* der det står: *Desuden viser de inkluderede studier en risiko for bivirkninger ved kombinationsbehandling, dog ikke en øget risiko for selvmordstanker/-adfærd*. Retningslinjen viser i avsnitt 6.6 til en metaanalyse (32), der *"Risikoen for selvmordstanker hos unge/voksne under 25 år er imidlertid forøget"*.

- Risiko for suicidalitet er sterk aldersavhengig, dvs. øker hos unge voksne < 25 år som nærmer seg risikoraten hos barn og ungdom, mens voksne over 25 år ikke synes å ha økt risiko og voksne over 65 år har lavere risiko (Stone et al., 2009). Det ville vært mindre forvirrende for leseren dersom sammenheng mellom alder og suicidrisiko hadde blitt tydeligere beskrevet.

## Kapittel 7 Varighet af behandling med kognitiv adfærdsterapi til børn, unge og voksne med OCD

*Bør barn, unge og voksne, der fortsatt har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi tilbydes op til yderligere 5 eller op til yderligere 6-14 sessioner?*

- Antall sesjoner synes å være tilfeldig valgt og er uansett uten særlig evidensgrunnlag. Ofte gis 12 -14 sesjoner initialt. Hvorfor skilles her mellom 5 og 6 -14? Denne formuleringen foreslås forenklet til ... *op til yderligere 6 -14 sessioner*.

- Avsnitt 7.5: *Tre studier(14,36,37) har undersøgt effekten af KAT behandling hos behandlingsresistente børn, unge og voksne med moderat til svær OCD, hvor behandlingsresistente er definert som < 30 % reduktion på CY-BOCS/Y-BOCS. Studierne fandt en positiv effekt af yderligere behandling med KAT. Studie 37 (van Balkom et al., 2012) fant ingen positiv effekt av ytterligere behandling med KAT hos non-responders to ERP (men av Fluvoksamin). KAT for non-responders inneholdt imidlertid ikke ERP.*

- *I to randomiserede studier blev yderligere behandling med KAT (10-12 sessioner) sammenlignet med behandling med SSRI (i 12-16 uger) hos behandlingsresistente børn, unge og voksne (14,36,37).* Referanse 14 viser til en oversiktsartikkel og ikke til en randomisert studie, antakeligvis er det en forveksling med en studie av samme forfatter (Skarphedinsson et al., 2014).

- *Et andet studie undersøgte effekten af yderligere behandling med KAT (mellem 8-37 sessioner) hos behandlingsresistente børn og unge, som tidligere havde modtaget KAT behandling (36).* Det er verdt å nevne at forfatterne i denne studien (Krebs et al., 2015) vurderte tidligere KAT behandling som teknisk insuffisient hos 95 %, dvs. at de ikke var "ekte" non-respondere.

## Kapittel 8 Tillægsbehandling med atypisk antipsykotikum til voksne med svær OCD.

- Avsnitt 8.4 *Baggrund for valg af spørgsmål*. Det anmerkes at denne problemstillingen er også relevant for barn og unge, siden også de *"bliver i nogle tilfælde tilbudt augmentationsbehandling med et atypisk antipsykotikum"*, se f.eks. Masi, Pfanner, Millepiedi, and Berloff (2010). Hvorfor barn og unge ble ekskludert fra vurderingen av dette fokuserte spørsmål kunne tilføyes i punkt 8.4. Det antas at arbeidsgruppen har ikke inkludert barn og unge, fordi det foreløpig ikke foreligger tilstrekkelig evidensgrunnlag for å vurdere dette spørsmål.

- Avsnitt 8.5: Er meta-analysen til Veale et al. (2014) ikke inkludert fordi det analyseres til dels de samme studiene som i de andre referansene?

### **Konklusjon:**

Totalt sett vurderes retningslinjen som nyttig og anbefalingene som godt begrunnet. Utvalg av fokuserte spørsmål vurderes som relevant. Det bedømmes som en svakhet at det mangler stillingtagen til noen andre relevante kliniske problemstillinger, spesielt når det gjelder behandling av OCD ved komorbiditet.

### **4. AGREE II vurdering af retningslinjen**

AGREE II ble gjennomført via internett link og vedlegges som PDF fil.

## Referanser:

- AACAP. (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:10.1016/j.jaac.2011.09.019
- Bolton, D., Williams, T., Perrin, S., Atkinson, L., Gallop, C., Waite, P., & Salkovskis, P. (2011). Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 52(12), 1269-1278. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02419.x
- Ivarsson, T., Skarphedinsson, G., Kornor, H., Axelsdottir, B., Biedilae, S., Heyman, I., . . . March, J. (2015). The place of and evidence for serotonin reuptake inhibitors (SRIs) for obsessive compulsive disorder (OCD) in children and adolescents: Views based on a systematic review and meta-analysis. *Psychiatry research*, 227(1), 93-103. doi:10.1016/j.psychres.2015.01.015
- Krebs, G., Isomura, K., Lang, K., Jassi, A., Heyman, I., Diamond, H., . . . Mataix-Cols, D. (2015). How resistant is 'treatment-resistant' obsessive-compulsive disorder in youth? *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 63-75. doi:10.1111/bjc.12061
- Masi, G., Pfanner, C., Millepiedi, S., & Berloffia, S. (2010). Aripiprazole augmentation in 39 adolescents with medication-resistant obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol*, 30(6), 688-693. Retrieved from <http://graphics.tx.ovid.com/ovftpdfs/FPDDNCJCNDBFL00/fs047/ovft/live/gv031/00004714/00004714-201012000-00008.pdf>
- 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. *Depression and anxiety*, 32(8), 580-593. doi:10.1002/da.22389
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C., Nissen, J. B., . . . Ivarsson, T. (2014). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. *European child & adolescent psychiatry*. doi:10.1007/s00787-014-0613-0
- Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., . . . Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ*, 339, b2880. doi:10.1136/bmj.b2880
- Storch, E. A., Bussing, R., Small, B. J., Geffken, G. R., McNamara, J. P., Rahman, O., . . . Murphy, T. K. (2013). Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 51(12), 823-829. doi:10.1016/j.brat.2013.09.007
- van Balkom, A. J., Emmelkamp, P. M., Eikelenboom, M., Hoogendoorn, A. W., Smit, J. H., & van Oppen, P. (2012). Cognitive therapy versus fluvoxamine as a second-step treatment in obsessive-compulsive disorder nonresponsive to first-step behavior therapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(6), 366-374. doi:10.1159/000339369
- Veale, D., Miles, S., Smallcombe, N., Ghezai, H., Goldacre, B., & Hodsoll, J. (2014). Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychiatry*, 14, 317. doi:10.1186/s12888-014-0317-5

Comments on Sundhedsstyrelsens rapport:

## *Nationale Kliniske Retningslinje for behandling af obsessiv-kompulsiv lidelse (OCD)*

### **0 Indledning**

In section 0.2 the authors describe compulsions as behaviors that the individual has to repeat a number of times. Why is the psychological function of compulsions omitted? In the same section comorbidity of OCD is described without any reference. I wonder if anorexia and autism are common comorbid disorders in OCD patients. In the same section they describe the standard assessment instrument Y-BOCS as Yale-Brown Obsession Compulsion Score when it is Obsessive Compulsive Scale.

In section 0.4 the authors say: "Standard manualiseret kognitiv adfærdsterapi til OCD indeholder terapielementerne psykoedukation, kognitiv træning og eksponering og responshindring (ERP)." (p. 10). Based on our current meta-analysis on CBT in OCD (Öst et al., 2015) I question that cognitive treatment is part of standard CBT, especially in treatments for children and adolescents. In the same section it says that "Ændringer i livskvalitet og social funktionsevne udgør kritiske outcomes i alle fokuserede spørgsmål." I wonder how rational it is to use these as critical outcomes since only a minority of studies includes measures of the constructs.

Not described in the Introduction but clearly related is the definition of remission that the authors have chosen,  $\leq 9$  on Y-BOCS/CY-BOCS. I cannot find any reference for this definition. In our meta-analysis on adult OCD (Öst et al., 2015) 17 studies used a cut-off score on Y-BOCS with the following distribution ( $\leq$ ): 7:1, 10:1, 11:2, 12:5, 13:1, 14:3, 15:2, and 16:2. In our recent meta-analysis on child OCD (Öst et al., submitted) 12 studies used a cut-off score on Y-BOCS with the following distribution ( $\leq$ ): 10:8, 12:3, 14:1. Thus, there is not a single study that has used  $\leq 9$  as remission criterion. Moreover, a recent Delphi survey (Mataix-Cols et al., 2016) suggested  $\leq 12$  plus a CGI-Severity rating of 1 or 2.

### **1 Behandling af mild OCD**

The authors correctly say that there are no randomized controlled trials (RCTs) that specifically focus on mild OCD. Then they use two studies<sup>9, 10</sup> as indirect evidence but without providing any reason why these two studies have been selected.

The first study (Bolton et al., 2011) included three conditions having pre-treatment means on CY-BOCS of 22.0, 22.3, and 24.2, respectively, which are in the moderate range. In my recently submitted meta-analysis of treatments of OCD in children the median score was 24.4, and 12 treatment groups out of 72 had lower means than the lowest in the Bolton study.

The second study (Whittal et al., 2010) had almost exclusively obsessive patients in the sample, which explains the low pre-treatment Y-BOCS score. The pre-treatment mean on the Y-BOCS obsession subscale was 11.2, which corresponds to 56% of the maximum score. Converting this to total Y-BOCS score yields 22.4. This would mean a score at the 22<sup>nd</sup>

percentile of the 82 treatment conditions (median 25.1) included in our recently published meta-analysis of CBT for OCD in adults (Öst et al., 2015).

The authors say: “Ændringen af CY-BOCS/Y-BOCS var 11,59 point på en skala fra 0 - 40 efter endt behandling”. This gives the wrong impression that it is possible to change 40 points on the scale when in reality a treatment group can only improve as much as is left to zero from its pre-treatment score, e.g. 22 points in the first group of the Bolton study. Table 1.9 describes the dropout as 2.5% for CBT and 5.6% for the comparison. I get 8.3% and 6.1%, respectively. The table also includes the proportion fulfilling the critical criterion of at least 30% reduction in (C)YBOCS score, which is difficult to understand since neither Bolton nor Whittal used this measure. The authors also show data for some Quality of Life measure in the Whittal study but none is included in that study.

In conclusion; even if these studies are at the lowest quartile of the distribution of pre-treatment severity they should not be taken as evidence for the effects of CBT in mild OCD. While I agree with the recommendation I don't think that the indirect evidence can be used to support it. Instead, the argument could be that since CBT works well for moderate-severe OCD there is a strong possibility that it will work for mild OCD as well.

## **2 Familiebehandling til børn og unge med OCD**

In section 2.3 the authors say ”Familiebaseret terapi kan være designet ud fra flere forskellige terapeutisk retninger og indeholde forskellige elementer og foci for behandlingen.” I seriously question this statement since it opens the door for different types of psychotherapy, e.g. psychodynamic, for which there is no research evidence at all regarding OCD. In section 2.4 they say “I behandlingen af børn og unge er familien vigtig og bør altid inddrages. Undersøgelser peger på, at familiens handlemønstre er medvirkende til at fastholde OCD symptomer og OCD adfærd hos det enkelte barn eller den unge. Derfor skal familien inddrages direkte i terapien,” I question such a strong statement since it depends on the age of the patients and the degree of family accommodation of the OCD-behaviors.

The authors base their statistical analysis on two studies comparing family CBT (FCBT) and child CBT (CBT)<sup>12, 15</sup>. In section 2.7 they say that there is a higher dropout in FCBT than in CBT. This is not correct. In my analysis I found that 3/34 in FCBT and 0/33 in CBT dropped out, a non-significant difference (Fisher's exact probability test, two-tailed,  $p = 0.24$ ).

Regarding the statistical analysis in section 2.7 I have the following comments. I don't understand how the dropout figures have been obtained (see previous section). Furthermore, I don't see how the 30% reduction on CY-BOCS can be calculated since the Peris<sup>12</sup> study used the Clinical Global Impression-Improvement scale and the Reynolds<sup>15</sup> study did not report a measure of response. Regarding remission the criterion used by the authors is a CY-BOCS score of  $\leq 9$ . However, the Peris study used  $\leq 10$  and the Reynolds study  $\leq 14$ , and then I don't see how it can be ascertained what proportion fulfills the  $\leq 9$  criterion.

## **3 Kognitiv adfærdsterapi individuelt eller i gruppe**

The authors say that the evidence base for this question consists of three studies<sup>17-19</sup>. However, in our meta-analysis (Öst et al., 2015) we found the following studies using group CBT in addition: Fals-Stewart et al. (1993) comparing group with individual ERP, McLean et al. (2001) comparing ERP and CT both in groups, Cordioli et al. (2003) comparing group CBT with WLC, O'Connor et al. (2005) comparing group with individual CBT, Sousa et al.

(2006) comparing group CBT with Sertraline, Cabedo et al. (2010) group with individual CBT, and Belotto-Silva et al. (2012) comparing group CBT with Fluoxetine. Thus, there are at least three more studies comparing individual and group CBT (Fals-Stewart, O'Connor, and Cabedo) that could be included in the analysis for this question.

The authors say (3.3) "Typen af OCD-symptomer og eventuel komorbiditet spiller en væsentlig rolle i vurderingen af, om en patient vil kunne profitere af et gruppetilbud." but they don't provide any reference for their statement. On the contrary, Olatunji et al. (2010) in a large meta-analysis found that degree of comorbidity was a positive predictor in OCD.

In section 3.6 the authors say "Ingen studier inkluderede patienter under 18 år." There is one study by Barrett et al. (2004) comparing parent plus child ERP done in groups or individually, and one study (Asbahr et al., 2005) comparing group CBT and Sertraline.

In section 3.9 there are a number of results that I would like to comment on. The dropout rate is found to be lower in group than individual CBT. I found the same but when the studies by Fals-Stewart, O'Connor and Cabedo are included the attrition is 8.5% for group and 16.5% for individual treatment. The proportion of patients achieving a 30% reduction on Y-BOCS is said to be higher in group than individual treatment. However, none of the studies comparing group and individual treatment used this measure of response. Instead they used the Reliable Change Index (RCI). Andersson (2007) found that 45% and 53% for group and individual, respectively, fulfilled the RCI criterion. The corresponding figures for Cabedo (2010) were 59% and 88%, and for Jonsson (2010) 49% and 48%. The overall mean is 51% for group and 63% for individual, i.e. the opposite of what the authors claim. The authors report a mean difference on the Y-BOCS score at post-treatment of 1.09. I found 1.93 in favor of individual treatment for the three studies they included. Regarding depression the authors found a SMD of 0.04. I found 0.29 when including the O'Connor (2005) study.

In conclusion, I think that this section has too many flaws to be used as a basis for recommendations.

#### **4 Tredjebølge Kognitiv Adfærdsterapi**

In section 4.3 the authors say "Hvis der er et stærkt patientønske, og der indgår ERP, kan tredjebølge overvejes". I question this recommendation because it opens up for other forms of psychotherapy to be used for OCD just as long as the patient has a strong wish for it. Furthermore, there is no consensus of which therapies are included in the third wave. Adrian Wells (2005), the originator of Meta-cognitive therapy, says that MCT is a direct development from cognitive therapy and does not see it as part of the third wave.

In section 4.4 the authors claim that "Behandling med ACT og MCT har vist sig at være effektiv til behandlingen af voksne med OCD sammenlignet med ingen behandling<sup>(22,23)</sup>". This is indeed a bold statement. The small (N = 19) study by Shareh et al. (2010) combined MCT and ERP and compared it with fluoxetine and the combination MCT+FLU but did not have an untreated group. The even smaller (N = 10) study by Simons et al. (2005) used a pure MCT condition and compared it with ERP; no untreated group in this study either. In both studies there was only one therapist, which means a total confounding between therapy method and therapist, and the conclusion that the therapist is effective (not MCT) cannot be disregarded. For some reason the authors have not included the much larger and methodologically much better RCT by Twohig et al. (2010) comparing ACT with progressive relaxation for adult OCD-patients.

Section 4.9 becomes uninteresting since it is based on only one small study (N = 10). No conclusions can be drawn from it.

## 5. Førstevalgsbehandling af børn og unge med moderat til svær OCD

I agree with the authors recommendation in section 5.2 "↓ **Anvend ikke selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalgsbehandling til børn og unge med moderat til svær OCD, da der ikke er fundet dokumenteret effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI.**" However, since the heading talks about first-line treatment I wonder if the question could not have been made broader to include studies comparing CBT and (S)SRI, without having a combination condition? Then the studies by de Haan et al. (1998), Asbahr et al. (2005), and Skarphedinsson et al. (2015) could have been included.

In section 5.3 the authors say "Behandling med SSRI som tillæg til KAT kan overvejes, hvis KAT ikke har effekt efter minimum 24 sessioner." It would be good with a reference to back up that statement. In our recently submitted meta-analysis of OCD in children (Öst et al., submitted) there were 24 CBT-studies having a mean number of sessions of 12.4 (range 9-14). What reason do the authors have to believe that a CBT treatment that is 10 sessions longer than any treatment used in the RCTs will lead to a clinically significant change? In section 5.4 they say that the treatment should be at least 10 sessions. I strongly believe that it is the content of therapy and the competence of the therapist that are more important predictors of outcome than a certain number of sessions. At the recent congress of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies in Chicago, November 12-15, 2015, I convened a symposium on OCD treatments. In that symposium one presentation from Bergen (Hansen et al.) and one from Brisbane (Farrell et al.) showed excellent results after four days (12 hours of ERP) and 11 hours of CBT, respectively.

In section 5.6 the authors state "I forhold til det vigtige outcome remission ( $\leq 9$  CY-BOCS), kunne en klinisk relevant forskel til fordel for kombinationsbehandlingen ikke udelukkes." However, both studies included for this question used ( $\leq 10$  CY-BOCS as the remission criterion. Overall 32% of CBT- and 50% of the combination patients fulfilled the criterion, a non-significant difference (Fisher's test,  $p = 0.12$ ).

In section 5.9 the authors report that the attrition was 12.8% for CBT and 21.4% for CBT-SSRI whereas I get 11.4% and 16.7%. They also report data on social functioning from one study (Storch et al., 2013) but the article does not have such a measure.

When evaluating the evidence regarding this question one should keep in mind that the POTS (2004) study had a significant site effect; CBT was doing as well as the Combination at the Penn site but worse at the Duke site. One cannot draw conclusions from a study in which therapist competence most likely varied significantly between sites.

## 6. Førstevalgsbehandling af voksne med moderat til svær OCD

I agree with the recommendation in section 6.2 "↓ **Anvend kun efter nøje overvejelse selektive serotoningenoptagshæmmere (SSRI) som tillæg til behandling med kognitiv adfærdsterapi som førstevalg i behandlingen af voksne med moderat til svær OCD, da der ikke er påvist en forskel i effekt, og der er kendte bivirkninger forbundet med SSRI.**" A direct quote from our meta-analysis (Öst et al., 2015) on adult OCD may be enlightening: "A specific meta-regression analysis was done on pre-treatment YBOCS score for placebo controlled studies. This included six studies and a total of eight comparisons; six of which used psychological and two pill placebo. The mean pre-treatment Y-BOCS score for these studies varied between 17.7 and 29.6, and the post-treatment ES between 0.48 and 3.04. The point estimate of the slope was significant ( $z = 4.68$ ,  $p < 0.0001$ ), which indicates that the higher the OCD-severity at pre-treatment the larger the post-treatment ES favoring CBT over placebo." (p. 163).



In section 6.3 it says “Hos patienter med meget svær OCD og/eller komorbiditet med moderat til svær depression kan kombinationsbehandlingen med SSRI og KAT overvejes som førstevalgsbehandling.” Here too a reference to back it up would be important. In our meta-analysis (Öst et al., 2015) we said: “Meta-regression analysis was used to evaluate if pre-treatment OCD-severity affected the within-group effect size. For all CBT-conditions ( $k = 65$ ) the point estimate of the slope was significant ( $z = 5.28, p < 0.0001$ ), indicating larger ES as severity increased.” (p. 164). These results, together with the previously mentioned meta-analysis by Olatunji et al. (2010) on the effects of comorbidity, seriously question the veracity of the authors’ statement.

In section 6.5 the authors say that “Evidensgrundlaget er ét systematisk review(27) hvorfra der blev inkluderet tre randomise-rede studier<sup>(33-35)</sup>.” However, reference 34 (Cottraux et al., 2005) is not a RCT but a review paper.

## **7 Varighed af behandling med kognitiv adfærdsterapi til børn, unge og voksne med OCD**

I agree with the recommendation: ”✓ **Det er god praksis at overveje at tilbyde børn, unge og voksne, der fortsat har moderat til svær OCD efter 10 sessioner kognitiv adfærdsterapi, op til yderligere 14 sessioner kognitiv adfærdsbehandling.**” See also my comments under section 5.3.

## **8 Tillægsbehandling med atypisk antipsykotikum til voksne med svær OCD**

I agree with the authors’ recommendation in section 8.2: “↓ **Anvend kun efter nøje overvejelse et atypisk antipsykotikum som tillægsbehandling til voksne med svær OCD, som ikke har effekt af behandling med kognitiv ad-færdsterapi og antidepressiva (SSRI), da der ikke er påvist en klinisk relevant effekt heraf, og der er risiko for bivirkninger.**”

## **9 Seponering af antidepressiva**

I agree with the authors’ recommendation in section 9.2: ”↑ **Overvej at seponere antidepressiv behandling 6 måneder efter stabilisering af sygdomsbilledet frem for efter 12 måneder hos børn, unge og voksne med OCD.**”

## **Conclusion**

It is clear from my comments above that I consider the problems concerning questions 1-6 to be severe. I recommend that major revision before Sundhedsstyrelsen publish the report as clinical guidelines for OCD treatment in Denmark.

## References

- (9) Bolton D, Williams T, Perrin S, Atkinson L, Gallop C, Waite P, et al. Randomized controlled trial of full and brief cognitive-behaviour therapy and wait-list for paediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines* 2011;52(12):1269-1278.
- (10) Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: a randomized controlled trial. *Behaviour Research & Therapy* 2010;48(4):295-303. 51 / 73
- (12) Peris TS, Piacentini J. Optimizing treatment for complex cases of childhood obsessive compulsive disorder: a preliminary trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 2013;42(1):1-8.
- (14) Skarphedinsson G, Hanssen-Bauer K, Kornor H, Heiervang ER, Landro NI, Axelsdottir B, et al. Standard individual cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: a systematic re-view of effect estimates across comparisons. *Nordic Journal of Psychiatry* 2015;69(2):81-92.
- (15) Reynolds SA, Clark S, Smith H, Langdon PE, Payne R, Bowers G, et al. Randomized controlled trial of parent-enhanced CBT compared with individual CBT for obsessive-compulsive disorder in young people. *J Consult Clin Psychol* 2013;81(6):1021-1026.
- (17) Anderson RA, Rees CS. Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled trial. *Behaviour Research & Therapy* 2007;45(1):123-137.
- (18) Jonsson H, Hougaard E, Bennedsen BE. Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatr Scand* 2011;123(5):387-397.
- (19) Jaurieta N, Jimenez-Murcia S, Menchon JM, Del Pino Alonso M, Segalas C, Alvarez-Moya EM, et al. Individual versus group cognitive-behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: a controlled pilot study. *Psychotherapy Research* 2008;18(5):604-614.
- (22) Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK, Eftekhari M. Metacognitive Therapy (MCT), Fluvoxamine, and Combined Treatment in Improving Obsessive-Compulsive, Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2010;4(2):17-25.
- (23) Twohig MP, Crosby JM. Acceptance and commitment therapy as a treatment for problematic internet pornography viewing. *Behavior Therapy* 2010;41(3):285-295.
- (24) Simons M, Schneider S, Herpertz-Dahlmann B. Metacognitive therapy versus exposure and response prevention for pediatric obsessive-compulsive disorder. A case series with randomized allocation. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2006;75(4):257-264.
- (26) Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292(16):1969-1976.
- (29) Storch EA, Bussing R, Small BJ, Geffken GR, McNamara JP, Rahman O, et al. Randomized, placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy alone or combined with sertraline in the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research & Therapy* 2013;51(12):823-829.
- (33) van Balkom AJ, de Haan E, van Oppen P, Spinhoven P, Hoogduin KA, van Dyck R. Cognitive and behavioral therapies alone versus in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *J Nerv Ment Dis* 1998;186(8):492-499.
- (34) Cottraux J, Bouvard MA, Milliere M. Combining Pharmacotherapy with cognitive-behavioral interventions for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapy* 2005;34(3):185-192.
- (35) Hohagen F, Winkelmann G, Rasche-Ruchle H, Hand I, Konig A, Munchau N, et al. Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo. Results of a multi-centre study. *Br J Psychiatry Suppl* 1998;(35)(35):71-78.

- (36) Krebs G, Isomura K, Lang K, Jassi A, Heyman I, Diamond H, et al. How resistant is 'treatment-resistant' obsessive-compulsive disorder in youth? *Br J Clin Psychol* 2015;54(1):63-75.
- (37) van Balkom AJ, Emmelkamp PM, Eikelenboom M, Hoogendoorn AW, Smit JH, van Oppen P. Cognitive therapy versus fluvoxamine as a second-step treatment in obsessive-compulsive disorder nonresponsive to first-step behavior therapy. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2012;81(6):366-374.
- (63) Long-term treatment with paroxetine of outpatients with obsessive-compulsive disorder: An extension of the companion study (Study No: MY-1053/BRL-029060/CPMS-127). GlaxoSmithKline. 2005Link: <http://www.gsk-clinicalstudyregister.com/files2/2072.pdf> Senest hentet: .
- (64) Romano S, Goodman W, Tamura R, Gonzales J. Long-term treatment of obsessive-compulsive disorder after an acute response: a comparison of fluoxetine versus placebo. *J Clin Psychopharmacol* 2001;21(1):46-52.
- (65) Hollander E, Allen A, Steiner M, Wheadon DE, Oakes R, Burnham DB, et al. Acute and long-term treatment and prevention of relapse of obsessive-compulsive disorder with paroxetine. *J Clin Psychiatry* 2003;64(9):1113-1121.
- (66) Fineberg NA, Tonnoir B, Lemming O, Stein DJ. Escitalopram prevents relapse of obsessive-compulsive disorder. *Eur Neuropsychopharmacol* 2007;17(6-7):430-439.
- (67) Geller DA, Biederman J, Stewart SE, Mullin B, Farrell C, Wagner KD, et al. 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? *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2003;13 Suppl 1:S19-29.
- (68) Koran LM, Hackett E, Rubin A, Wolkow R, Robinson D. Efficacy of sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(1):88-95. 57 / 73

## Additional references

- Asbahr, F. R., Castillo, A. R., Ito, L. M., Latorre, M. R. D. d. O., Moreira, M. N., & Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1128-1136.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 46-62.
- Belotto-Silva, C., Diniz, J. B., Malavazzi, D. M., Valério, C., Fossaluza, V., Borcato, S., et al. (2012). Group cognitive-behavioral therapy versus selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder: A practical clinical trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 25-31.
- Cabedo, E., Belloch, A., Carrio, C., Larsson, C., Fernandez-Alvarez, H., & Garcia, F. (2010). Group versus individual cognitive treatment for obsessive-compulsive disorder: Changes in severity at post-treatment and one-year follow-up. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 227-232.
- Cordioli, A. V., Heldt, E., Braga Bochi, D., Margis, R., Basso de Sousa, M., Fonseca Tonello, J., et al. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 72(4), 211-216.
- de Haan, E., Hoogduin, K. A., Buitelaar, J. K., & Keijsers, G. P. (1998). Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(10), 1022-1029.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(3), 189-193.

- Mataix-Cols, D., Fernandez 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: A Delphi survey. *World Psychiatry*, in press.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 205-214.
- O'Connor, K. P., Freeston, M. H., Gareau, D., Careau, Y., Dufour, M. J., Aardema, F., et al. (2005a). Group versus individual treatment in obsessions without compulsions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 87-96.
- Olatunji, B.O., Cisler, J.S. & Tolin, D.F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 30, 642–654
- Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Öst, L-G., Riise, E., Wergeland G.J., Hansen, B., & Kvale, G. (submitted). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis.
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P., Dahl, K., Torp, N., Nissen, J., . . . Ivarsson, T. (2015). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(5), 591-602.
- Sousa, M. B., Isolan, L. R., Oliveira, R. R., Manfro, G. G., & Cordoli, A. V. (2006). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(7), 1133-1139.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy versus Progressive Relaxation Training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716.
- Wells, A. (2005). Personal communication at the International Congress of Cognitive Therapy, Gothenburg.