

Tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda á meðal íslenskra barna sem greinst hafa með árátu- og þráhyggjuröskun

Margrét Halldórsdóttir¹ og Dagmar Kr. Hannesdóttir¹

¹Háskóli Íslands

Geðraskanir geta haft veruleg áhrif á flesta þætti daglegs lífs. Geðheilsa barna er því mikilvægur grunnur að almennri vellíðan þeirra, aðlögun og þroska. Geðheilsa barna hefur farið versnandi á heimsvísu undanfarin ár og viðeigandi úrræði eru oft takmörkuð. Árátu- og þráhyggjuröskun (OCD) er geð- og taugaröskun sem getur haft afgerandi áhrif á líðan og virkni barna. Þrátt fyrir fjölda rannsókna er þekking á henni takmörkuð. Meginmarkmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni kvíðaraskana og stöðu tilfinningavanda meðal barna sem greindust með OCD þegar þeim var vísað í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávik, samanborið við börn í klínískum samanburðarhópi. Þátttakendur rannsóknarinnar voru 84 börn á aldrinum sex til autján ára sem vísað hafði verið í greiningarferli til þroska- og hegðunarstöðvar heilsugæslunnar á árunum 2013 til 2022. Notast var við greiningarviðtöl og tilfinningavandi var metinn með kvarðanum Spurningar um styrk og vanda (SDQ) sem bæði kennarar og foreldrar fylltu út. Helstu niðurstöður leiddu í ljós að ekki reyndist marktækur munur á tíðni kvíðaraskana hjá börnum með OCD miðað við börn í klínískum samanburðarhópi, þótt tíðni kvíðaraskana hafi verið há meðal barna með OCD. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu jafnframt að ekki var marktækur munur á heildarstigum barna með OCD og barna í samanburðarhópi á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“, hvorki samkvæmt mati kennara né foreldra. Að lokum reyndist munur á milli mats foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með OCD vera marktækur. Rannsóknin dregur fram mikilvægi þess að aukin þekking á þessum röskunum sé nauðsynleg svo hægt sé að veita viðeigandi aðstoð og bæta lífsgæði barna til framtíðar.

Efnisorð: Árátu-þráhyggjuröskun, OCD, börn, kvíðaraskanir, tilfinningavandi, SDQ.

Geðraskanir geta haft veruleg áhrif á flesta þætti daglegs lífs. Geðheilsa barna er því mikilvægur grunnur að almennri vellíðan, aðlögun og þroska. Tíðni geðraskana meðal barna og unglinga í heiminum er talin vera á bilinu 11,3–15,1% (Polanczyk o.fl., 2015). Slíkar niðurstöður undirstrika nauðsyn þess að finna árangursríkar leiðir til þess að draga úr erfiðleikum barna með geðraskanir og bæta lífsgæði þeirra til framtíðar. Ein lykilforsenda þess er að skilja hvað einkennir geðraskanir á barnsaldri og hvernig einkenni ólíkra geðraskana geta spilað saman (Langley o.fl., 2010; Rueppel o.fl., 2024). Í eftirfarandi rannsókn verður skoðuð tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda á meðal íslenskra barna sem greinst hafa með árátu- og þráhyggjuröskun (e. *obsessive-compulsive disorder*, OCD) sem

hluta af greiningarferli á taugaþroskafrávikum. Rannsóknir benda til þess að samsláttur þessara tveggja raskana geti haft áhrif bæði á alvarleika einkenna og batahorfur hjá börnum (Langley o.fl., 2010; Rueppel o.fl., 2024).

Árátu- og þráhyggjuröskun er geðröskun sem getur haft mikil áhrif á líf einstaklinga. Hún einkennist af þrálátum og ágengum hugsunum (þráhyggju) sem valda vanlíðan og endurtekinni hegðun (árátu) sem er ætlað að draga úr

Margrét Halldórsdóttir er með B.S. í sálfræði frá Sálfræðideild Háskóla Íslands. Dagmar Kr. Hannesdóttir er klínískur barnasálfræðingur á Geðheilsumiðstöð barna og lektor við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Dagmarar Kr. Hannesdóttur, við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Nýi Garði, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. Netfang: dkh@hi.is.

óþægilegum tilfinningum og/eða fyrirbyggja skaða. OCD getur haft mjög hamlandi áhrif á líf einstaklings og hrjáir um 1-3% barna og unglinga á heimsvísu (Skarphedinsson o.fl., 2015; Walitza o.fl., 2011). OCD hefur tvíþætta aldursdreifingu þar sem einkenni koma ýmist fyrst fram á barnsaldri (meðalaldur um það bil 10 ár) eða á unglingsárum/snemma á fullorðinsárum (meðalaldur um það bil 21 ár). Kynjahlutföll þeirra sem greinast með OCD virðast sömuleiðis breytileg eftir aldurs skeiði. Í barnæsku, eða á aldrinum 8 til 10 ára, greinast 2-3 strákar á móti hverri stelpu, á meðan 1,4 stelpur greinast á móti hverjum strák síðar á lífsleiðinni, oft í kringum tvítugsaldurinn. Greiningarhlutfall stráka og stelpna er þó jafnt á unglingsárunum (Grant, 2014; McKenney o.fl., 2020).

Til þess að greinast með OCD samkvæmt DSM-V greiningarkerfinu þarf einstaklingur að upplifa áráttu, þráhyggju eða bæði (American Psychiatric Association, 2013). Þráhyggja án áráttu er þó fremur sjaldgæf (Franklin o.fl., 2018). Þráhyggju (e. *obsession*) má lýsa sem þrálátum og uppáþrengjandi hugsunum, ímyndum eða hvötum sem koma fram gegn vilja einstaklingsins og valda mikilli vanlíðan og kvíða. Þessar hugsanir snúast ekki um áhyggjur af daglegum hlutum, eins og um skólann, samskipti við vini eða væga fullkomnunarþörf, eins og margir halda (Franklin o.fl., 2018). Í lang flestum tilfellum eru áhyggjurnar óraunhæfar og stríða gegn þeim viðmiðum og gildum sem einstaklingur hefur (e. *ego-dystonic*). Þannig getur til dæmis barn sem alltaf vill koma vel fram við aðra haft endurteknar hugsanir um að valda einhverjum skaða, sem leiðir skiljanlega til mikillar sektarkenndar og kvíða (Audet o.fl., 2016; Jaeger o.fl., 2021).

Áráttu (e. *compulsion*) má lýsa sem endurtekinni hegðun (eins og til dæmis að fullvissa sig ítrekað um eitthvað tiltekið, eins og hvort að hurðin sé læst, eða að þvo og hreinsa hendur endurtekið) eða hugsun (til dæmis að biðja bænir endurtekið eða telja í huganum) sem hafa þann tilgang að draga úr eða ná stjórn á kvíða og vanlíðan. Eftir að áráttu hegðunin hefur átt sér stað upplifir einstaklingur tímabundinn létti, sem styrkir síðan þörfina að endurtaka hana (Ornell o.fl., 2021). Í flestum tilfellum kemur

arátta fram sem viðbragð við þráhyggju, en svo þarf þó ekki að vera og áráttan getur verið svar við óþæginda- eða ógeðstilfinningu. Hegðun og hugsunum einstaklings með áráttu er ætlað að koma í veg fyrir afleiðingar eða útkomu sem hann óttast og/eða til þess að draga úr óþægindum sem hann upplifir. Árátta hefur tilhneigingu til að vera öfgakennd og þjónar ekki því markmiði að skapa vellíðan. Í sumum tilfellum eru rökleg tengsl á milli áráttunnar og þráhyggjunnar sem knýr hana áfram, eins og til dæmis þegar barn hefur þráhyggju fyrir því að smitast og eyðir miklum tíma í að þvo sér. Hins vegar er árátta í mörgum tilfellum tilviljunarkennd og hefur engin möguleg áhrif á það sem óttast er, eins og til dæmis að telja níu sinnum upp á fimmtíu og sjö til þess að koma í veg fyrir að foreldri lendi í slysi (Franklin o.fl., 2018; Ornell o.fl., 2021). Birtingarmynd áráttu í ungum börnum er oft á tíðum ólík því sem gerist hjá unglingum og fullorðnum. Þau eru m.a. líklegri til þess að upplifa áráttu án þráhyggju, sem og skyntengdar áráttur, eins og að banka á eða snerta hluti þar til að barnið hefur náð svokallaðri „just right“ tilfinningu. Þar að auki nær árátta barns oft til annars fjölskyldumeðlims, eins og til dæmis að þurfa á stöðugri fullvissu að halda frá foreldri (Franklin o.fl., 2018).

Einkenni OCD eru oftast lamandi og ná yfir stóran hluta lífs þess sem þjáist af þeim. Talið er að einstaklingur með röskunina eyði að meðaltali 10 klukkustundum á dag í áráttu- og þráhyggju-hegðun (McKenney o.fl., 2020). Afleiðingarnar geta verið sérstaklega slæmar fyrir börn þar sem mikilvægur vitsmuna-, náms- og félagslegur þroski á sér stað á þessu tímabili í lífi þeirra. Ef mikil truflun verður á þessu æviskeiði getur það haft langvarandi áhrif á þroska og aðlögun barnsins til lengri tíma (Fineberg o.fl., 2019). OCD hjá börnum hefur einnig mikil áhrif á líf fjölskyldunnar, sem er líklega vegna þess að einkenni barnanna krefjast oft þátttöku annarra fjölskyldumeðlima. Yfir 90% af fjölskyldumeðlimum barna með OCD greina frá því að þeir annaðhvort reyni koma í veg fyrir eða draga úr einkennum barnsins, sem getur meðal annars falist í því að hlusta á játningar frá börnum sínum, veita þeim hughreystingu, forðast ákveðin orð

sem kveikja á einkennum, kaupa sífellt meiri og sterkari sápu og margt fleira. Þetta getur þó því miður leitt til þess að einkenni barnsins versna (McKenney o.fl., 2020; Skarphedinsson o.fl., 2025).

Eins og kannski búast má við er félagsleg staða barna með OCD oft bágborin. Í rannsókn Borda og félaga (2013) kom fram að börn með OCD upplifa að þau eigi erfitt með að eignast vini og verði frekar fyrir einelti en önnur börn. Að sama skapi sýndu Weidle og félagar (2014) að bæði börn með OCD og foreldrar þeirra mátu lífsgæði sín lakari en annarra barna og fjölskyldna, auk þess sem foreldrar greindu frá mikilli skerðingu á félagslífi barna sinna og neikvæðum áhrifum á skólastarf. Afleiðingar OCD virðast svo enn sterkari hjá börnum með aðrar samsláttar raskanir. Rannsóknir hafa til dæmis sýnt að börn með bæði OCD og kvíðaröskun sýna meiri skerðingu í daglegu lífi en börn sem aðeins hafa greinst með kvíðaröskun eða OCD. Þau sýna einnig alvarlegri einkenni og eru ómótækilegri fyrir meðferð (Langley o.fl., 2010; Rueppel o.fl., 2024).

Oftar en ekki greinast einstaklingar með OCD einnig með aðrar raskanir, en rannsóknir hafa sýnt að slíkt á við um 68%-100% barna. Því alvarlegri sem einkenni röskunarinnar eru því líklegra er að fleiri en ein fylgiröskun (*e. comorbid disorder*) sé til staðar (Walitz o.fl., 2011). Algengustu fylgiraskanir OCD á barnsaldri eru kvíðaraskanir, ADHD og kækjaraskanir (McKenney o.fl., 2020; Ortiz o.fl., 2015). Hátt hlutfall fylgiraskana hefur í för með sér ýmsar klínískar áskoranir og reynist meðferð oft erfiðari í þeim tilfellum (Fineberg o.fl., 2019).

Eins og áður sagði eru kvíðaraskanir á meðal algengustu fylgiraskana OCD hjá börnum. Almennt er kvíði skilgreindur sem tilfinningalegt viðbragð líkamans við yfirvofandi hættu (Rockhill o.fl., 2010). Sú tilfinning eða viðbragð veitir okkur öryggi með því að undirbúa okkur fyrir komandi atburði (Barlow, 2004; Craske o.fl., 2011). Kvíði verður svo að röskun þegar hann verður mjög sterkur og tafarlaus í þeim aðstæðum sem eiga til með að kalla hann fram, er í litlu samræmi við raunverulega hættu eða viðmið samfélagsins, hefur áhrif á getu einstaklings til að taka þátt í daglegu lífi á heilbrigðan hátt og kemur

í veg fyrir að börn geti gert það sem ætlast er til af þeim og finnst gaman að gera (Craske o.fl., 2011). Til eru margs konar kvíðaraskanir, allt eftir því hvaða áreiti kallar hann fram. Kvíðaraskanir eru algengustu geðraskanirnar á meðal barna og unglinga og hrjá um 5-10% þeirra á heimsvísu (Polanczyk o.fl., 2015; Wehry o.fl., 2015).

Kvíðaraskanir hafa víðtæk áhrif á hugræna, félagslega og tilfinningalega getu. Kvíðaraskanir á barnsaldri spá fyrir um kvíðaeinkenni og þunglyndi síðar á fullorðinsárum, fíknivanda, sjálfsvígstilraunir og tíðni spítalainnlagna (Mohapatra o.fl., 2013). Þar að auki eiga börn með kvíðaraskanir oft erfiðara með nám en jafnaldrar (verri mæting, lægri einkunnir og minni þátttaka í kennslustundum), að mynda og viðhalda venskap og hafa oft verri sjálfsmynd (Drake og Ginsburg, 2012).

Kvíðaraskanir eru eins og áður sagði meðal algengustu fylgiraskana OCD (Farrell o.fl., 2012; Sharma o.fl., 2021). Samsláttur þessara tveggja raskana hefur verið rakinn til nokkurra lífeðlislegra þátta. Nestadt og félagar (2001) sýndu til dæmis fram á að ættingjar fólks með OCD voru líklegri til að greinast með kvíðaraskanir (sérstaklega almenna kvíðaröskun, aðskilnaðarkvíða, víðáttufælni og ofsakvíðaröskun) heldur en ættingjar fólks sem ekki eru með OCD. Aftur á móti fundu Carter og félagar (2004) að ættingjar einstaklinga með OCD væru ekki líklegri til að vera með kvíðaröskun, nema ef þeir sjálfir væru einnig með OCD. Því hefur verið erfitt að greina á milli þess hvort kvíðaraskanir og OCD eigi sér sameiginlega líffræðilega undirstöðu, eða hvort ein röskunin leiði til hinnar. Þar að auki hafa sumar rannsóknir greint of mikla virkni í möndlu (*e. amygdala*) hjá þeim sem eru með OCD, sem er mjög þekkt á meðal einstaklinga með kvíðaröskun (Bartz og Hollander, 2006), auk þess sem bæði OCD og kvíðaraskanir hafa verið tengdar við frávík í virkni serótóníns (Bartz og Hollander, 2006). Annar möguleiki er sá að kvíðaraskanir á meðal barna (og fullorðinna) með OCD eigi sér líka félagslegar rætur. Ekki er ólíklegt að börn með OCD séu meðvituð um einkenni sín og hafi áhyggjur af því að aðrir í umhverfinu taki eftir þeim. Rannsóknir hafa t.d. sýnt að skömm er áberandi þáttur í upplifun fólks

með OCD og að margir leggi mikið á sig til þess að fela einkenni sín (Singh o.fl., 2016). Því er vel hugsanlegt að einkenni OCD geti leitt til félagskvíða, en aðaleinkenni hans eru m.a. hræðsla við mat annarra og að verða sér til skammar (Stein og Stein, 2008).

Þær kvíðaraskanir sem helst hafa verið skoðaðar hjá börnum með OCD eru aðskilnaðarkvíði, almenn kvíðaröskun, félagskvíði, sértæk fælni og ofsakvíðaröskun. Hversu há tíðni kvíðaraskanana er hjá þessum hópi barna er þó mjög mismunandi eftir rannsóknnum (Peris o.fl., 2017). Ef félagskvíði er tekinn sem dæmi þá benda sumar rannsóknir til þess að hann sé alls ekki til staðar sem samsláttar röskun við OCD (Reddy o.fl., 2000) á meðan aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á tíðnitölur allt að 38% (Masi o.fl., 2006). Svipaðar sveiflur hafa komið fram í rannsóknnum á samslætti OCD og aðskilnaðarkvíða; Reddy og félagar (2000) greindu frá 7% tíðni, á meðan Coskun og félagar (2012) sýndu að tíðni var í kringum á 50%. Því er ljóst að frekari rannsóknar er þörf til þess að öðlast skýrari mynd af tíðni kvíðaraskanana sem samsláttar röskun OCD hjá börnum.

Þrátt fyrir að kvíðaraskanir séu meðal algengustu samsláttar raskanana OCD hafa áhrif þeirra á einkenni og skerðingu lífsgæða einstaklinga með OCD verið lítið skoðuð, sérstaklega á meðal barna og unglinga. Þær fáu rannsóknir sem gerðar hafa verið benda til þess að börn með bæði OCD og kvíðaröskun sýni alvarlegri einkenni OCD, greini frá tíðari átökum innan fjölskyldunnar, kvarti frekar yfir líkamlegum einkennum og séu líklegri til þess að upplifa þunglyndiseinkenni, samanborið við börn með eingöngu OCD og við börn með OCD og úthverfar raskanir (ADHD og móþróðarþjóskuröskun; Langley o.fl., 2010). Samsláttur kvíðaraskanana og OCD virðist einnig auka líkur á langvarandi einkennum OCD og verri svörun við lyfjum (Langley o.fl., 2010). Rannsókn Assunção og félaga (2012) leiddi enn fremur í ljós að einstaklingar með OCD og félagskvíða væru líklegri til að vera einnig með aðrar kvíðaraskanir, lyndisraskanir, verri hvatastjórnun, átröskun og kækjaröskun.

Ljóst er af umræðunni hér að ofan að OCD getur haft mjög hamlandi áhrif á daglegt líf barna

og ungmenna og hversu vel þeim vegnar í framtíðinni. Þessi áhrif aukast þegar samsláttur við aðrar raskanir er til staðar, þar á meðal í tilfelli kvíðaraskanana (Dol o.fl., 2022; McGrath o.fl., 2020). Rannsóknnum ber þó ekki fyllilega saman um hversu algengur sá samsláttur er, auk þess sem flestar rannsóknirnar hafa verið gerðar á meðal fullorðinna. Frekari rannsókna er því þörf til þess auka skilning á hvernig OCD og kvíðaraskanir tengjast á meðal barna og ungmenna, svo hægt verði að koma betur til móts við þarfir þeirra og auka þannig meðferðarhorfur og lífsgæði.

Megin markmið þessara rannsóknar var að skoða tíðni kvíðaraskanana og tilfinningavanda á meðal barna sem greindust með OCD hér á landi þegar þeim var vísað í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávik, þá helst athyglisbrest með ofvirkni (ADHD) og/eða einhverfu. Byggt á fyrri rannsóknnum var búist við að tíðni kvíðaraskanana og tilfinningavanda yrði hærri hjá börnum með OCD samanborið við klínískan samanburðarhóp barna sem var einnig vísað í greiningarferli vegna taugaþroskafrávíka, að mati bæði foreldra og kennara.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknarinnar komu úr hópi barna á aldrinum fimm til átján ára sem vísað hafði verið í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávíka til Þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslunnar (PHS; nú Geðheilsúmiðstöð barna, GMB) á árunum 2013 til 2022. Börnin komu víðsvegar að af landinu og tilvísanirnar komu ýmist frá fagfólki innan heilbrigðiskerfisins, skólasálfræðingum eða aðilum innan félagsþjónustunnar. Foreldrar gátu ekki sjálfir vísað barni í greiningarferli en voru í samstarfi við fagaðila um tilvísanir. Tilvísunar- og matsferlið var gjaldfrjálst og aðgengilegt börnum óháð félagsstöðu (e. *socioeconomic status*) og búsetu. Þátttökuskilyrðin fyrir þessa rannsókn voru eftirfarandi: i) að ná greiningarskilmerkjum fyrir OCD samkvæmt greiningarskilmerkjum ICD-10, ii) að vera yngri en átján ára, iii) að

mælast með greindarvísitölu 70 eða hærra og iv) að annaðhvort foreldri og/eða kennari hafi fyllt út Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ). Ef barnið hafði áður komið í greiningarferli var notast við nýjasta mat barnsins.

Upprunalega úrtakið samanstóð af 3010 börnum sem komu í greiningarferli á árunum 2013-2022. Af þeim náðu 42 börn á aldrinum sex til autján ára greiningarskilmerkjum fyrir OCD og eru þátttakendur í þessari rannsókn. Klínískur samnburðarhópur fyrir OCD var búinn til með því að para hvert barn með OCD saman við annað barn í gagnasafninu sem ekki náði greiningarskilmerkjum fyrir OCD en var af sama kyni, á sama aldursári og kom á svipuðum tíma í greiningarferli (sjá töflu 1).

Mælitæki

Tvö greiningarviðtöl voru notuð við greiningu OCD og kvíðaraskana, *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL; Kaufman o.fl., 1997) og *The Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-C/P* (ADIS-C/P; Silverman og Albano, 1996). Þar að auki var almenn staða barnanna með tilliti til tilfinningavanda metin með skimunarlistanum Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ) sem foreldrar og kennarar fylltu út.

Greiningarviðtalið Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version

Notast var við íslenska þýðingu á greiningarviðtalinu K-SADS-PL (Harpa Hrönn Harðardóttir, 2018; Hjördís Ólafsdóttir, 2018; Lauth o.fl., 2008). Viðtalið er hálfstaðlað og metur helstu einkenni geðraskana á meðal 6 til 18 ára barna út frá DSM-V greiningarkerfinu. Einkenni eru metin á fjögurra punkta kvarða þar sem gefið er eitt stig ef engin einkenni eru til staðar, tvö ef einkenni eru til staðar en undir viðmiði og þrjú stig ef einkenni eru til staðar og yfir viðmiði um hömlun (Kaufman o.fl., 1997). Mat á próffræðilegum eiginleikum íslensku þýðingarinnar sýnir fullnægjandi áreiðanleika á milli matsmanna til kynna (Hannesson o.fl., 2023; Harpa Hrönn

Harðardóttir, 2018), auk þess sem K-SADS hefur reynst áhrifaríkt mælitæki til þess að greina geðrænan vanda hjá börnum og unglingum á Íslandi.

Greiningarviðtalið The Anxiety Disorders Interview Schedule

Greiningarviðtalið ADIS fyrir börn og foreldra (*The Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-C/P*; Silverman og Albano, 1996) er staðlað greiningarviðtal sem er sérsmíðið til að meta kvíðaraskanir og aðrar raskanir hjá börnum og ungmennum á aldrinum 7-17 ára byggt á DSM-IV greiningarkerfinu. Það samanstendur af tveimur aðskildum viðtölum, viðtal við barnið sjálft og við foreldra/forráðamenn. Lokaákvörðun um greiningu byggist bæði á svörum úr viðtölunum sem og mati sérfræðinga, en almennt telst gildið 4 og hærra (af 8) vera yfir klínískum mörkum fyrir hverja röskun. Fyrri rannsóknir á ADIS hafa sýnt að viðtalið hefur góða próffræðilega eiginleika (Silverman o.fl., 2001; Silverman og Ollendick, 2005). Íslensk þýðing var unnin af sálfræðingum á ÞHS. Rannsókn á próffræðilegum eiginleikum í litlu klínísku þýði hefur sýnt að áreiðanleiki er góður en samræmi milli matsmanna og réttmæti mætti vera betra (Berglind Hauksdóttir, 2014).

Spurningar um styrk og vanda (SDQ)

SDQ (Goodman, 1997) er 25 atriða skimunarlisti sem metur styrk- og veikleika barna varðandi hegðun og líðan. Kvarðinn er notaður til skimunar á tilfinninga- og hegðunarvanda hjá börnum á aldrinum 4-16 ára og er lagður fyrir foreldra og kennara. Kvarðinn inniheldur fimm undirkvarða sem innihalda fimm spurningar hver: Tilfinningavanda, Hegðunarvanda, Ofvirkni/athyglisbrest, Samskiptavanda og Félagshæfni (Goodman, 1997). Í þessari rannsókn var eingöngu notast við undirkvarðann Tilfinningavanda sem inniheldur spurningar um kvíða og depurðareinkenni. Kvarðinn hefur verið þýddur á íslensku, er staðlaður og sýnt hefur verið fram á góða próffræðilega eiginleika hans (Agnes Huld Hrafnadóttir, 2005). Svarendur meta hegðun barnsins síðastliðna sex mánuði. Dæmi um spurningar á undirkvarðanum eru „óttast margt, verður auðveldlega hrædd/hræddur” og „oft óhamingjusamur/söm,

langt niðri eða tárast”. Svaram er á þriggja punkta kvarða þar sem valmöguleikar eru: Ekki rétt = 0 stig; Að nokkru rétt = 1 stig; Örugglega rétt = 2 stig. Hrástig undirþátta SDQ er yfirleitt umbreytt í t- gildi þar sem meðaltalið er 50 og staðalfrávikíð 10. Einstaklingur sem fær 65 stig eða hærra telst vera yfir klínískum mörkum og með vanda (Agnes Huld Hrafnadóttir, 2005; Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008).

Framkvæmd

Rannsóknin var unnin úr gögnum sem notuð voru í NICE verkefninu sem er viðamikíð rannsóknarverkefni (e. *NICE study: Characteristics of Neurodiverse Youth in Iceland*) á börnum sem vísað hefur verið í greiningarferli vegna taugaþroskafrávika á Íslandi. Rannsóknin hefur hlotið leyfi bæði frá Vísindanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Vísindasiðanefnd (VSNb2022010022/03.01). Unnið var með gögn barna sem hafði verið vísað til þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (nú Geðheilsumiðstöð barna) vegna mögulegra taugaþroskafrávika frá árunum 2013-2022. Öll börnin höfðu þegar undirgengist greindarpróf, ýmist WISC-IVIS (e. *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition*; Kristbjörg Soffía Salvadóttir og Sigurgrímur Skúlason, 2006; Wechsler, 2003) eða WPPSI-RIS (e. *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Revised*; Einar Guðmundsson og Hólmfríður Ólafsdóttir, 2003; Wechsler, 1989) hjá skólasálfræðingi áður en tilvísun var send til ÞHS fyrir athugun á taugaþroskafrávikum, þá helst ADHD og/eða einhverfu. Sem hluti af greiningarferlinu svöruðu foreldrar allra barna í úrtakinu spurningalistum, auk þess sem kennarar svöruðu sömu spurningalistum fyrir börn á aldrinum 6-15 ára. Meðal þeirra spurningalista sem notaðir voru í ferlinu var íslensk útgáfa af listanum SDQ (Goodman, 1997; Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008). Til viðbótar var lagt mat á raskanir í viðtölum við foreldra allra barna sem gengust undir taugaþroskamat. K-SADS viðtalið (Kaufman o.fl., 1997; Kaufman o.fl., 2016) og/eða ADIS-C/P viðtalið (Silverman og Albano, 1996) voru lögð fyrir foreldra og börnin sjálf, ef þau voru eldri en 10 ára (sjá nánari lýsingu

á mælitækjum að ofan), í sittthvoru lagi. Einnig voru fengnar upplýsingar frá kennara í gegnum síma. Loks var endanleg greining ákveðin á samráðsfundi sálfræðings, barnalæknis og annarra fagaðila sem komu að máli barnsins og stuðst var við greiningarviðmið ICD-10 til að ákveða endanlega greiningu.

Tölfræðileg úrvinnsla

Unnið var úr gögnunum í tölfræðiforritinu Jamovi með útgáfu 2.3.21.0 (The jamovi project, 2023). Gagnasafn fyrir þessa tilteknu rannsókn var búið til upp úr stærra gagnasafni fyrir þau börn sem uppfylltu inntökuskilyrði í rannsóknina og klínískan samanburðarhóp (sjá nánar undir lýsingu á þátttakendum). Lýsandi tölfræði var því næst reiknuð fyrir hvern hóp (sjá töflu 1). Til þess að kanna hvort börn með OCD væru líklegri til að greinast með kvíðaraskanir en samanburðarhópurinn var kí-kvaðrat próf notað. Til þess að kanna hvort börn með OCD upplifi meiri tilfinningavanda á SDQ kvarðanum en samanburðarhópurinn að mati foreldra og kennara var óháð t-próf notað. Til að kanna hvort martækur munur væri á mati foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með OCD var parað t-próf notað.

Niðurstöður

Samantekt á lýsandi tölfræði fyrir aldur, kyn og tíðni raskana hjá börnum með OCD og í klínískum samanburðarhópi má sjá í töflu 1.

Eins og sjá má í töflunni höfðu nokkur fleiri börn í OCD hópnum greinst með kvíðaröskun en í samsvarandi klínískum samanburðarhóp. Munur á tíðni kvíðaraskana í hópunum reyndist hins vegar ómarktækur, $\chi^2(1, 84) = 2,33, p = 0,13, OR = 1,96$.

Til þess að meta stöðu barna með OCD með tilliti til tilfinningavanda voru svör foreldra og kennara við undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ borin saman við svör foreldra og kennara barna í klínískum samanburðarhópi. Niðurstöðurnar eru teknar saman í töflu 2.

Ef fyrst er lítið á mat kennara má sjá að börnum með OCD eru gefin færri stig að meðaltali á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ en börnum í klínískum samanburðarhóp. Aftur á móti virðist

Tafla 1 Lýsandi tölfraði fyrir börn í OCD hópi og samanburðarhópi.

	OCD (<i>n</i> =42)	Samanburðarhópur (<i>n</i> =42)
Kyn		
Stelpur, <i>n</i> (%)	20 (47,6)	20 (47,6)
Strákar, <i>n</i> (%)	22 (52,4)	22 (52,4)
Aldur, <i>M</i> (<i>sf</i>)	12,8 (3,0)	12,8 (3,0)
Aldurspönn	6,10-16,8	6,5-16,9
Tíðni kvíðaraskana, <i>n</i> (%)	25 (60,0)	18 (43,0)
Tíðni einhverfu, <i>n</i> (%)	6 (14,2)	8 (19,0)
Tíðni ADHD, <i>n</i> (%)	17 (40,4)	16 (38,0)
Tíðni einhverfu og ADHD, <i>n</i> (%)	6 (14,2)	6 (14,2)

Tafla 2 Lýsandi tölfraði fyrir *t*-skor kennara og foreldra við undirvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ.

	OCD foreldrar	Samanburðarh. foreldrar	OCD kennarar	Samanburðarh. kennarar
<i>n</i>	38	40	33	32
<i>M</i> (<i>sf</i>)	69,7 (14,8)	69,5 (14,6)	58,9 (14,8)	61,2 (14,3)
Lægsta gildi	40,9	40,9	42,4	43,5
Hæsta gildi	95,6	95,6	92,1	92,1

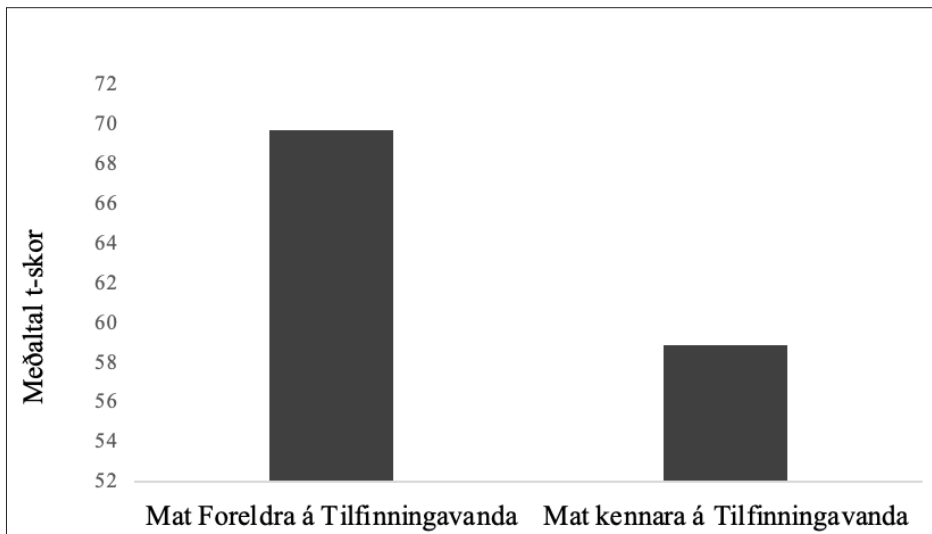
mat foreldra á tilfinningavanda þessara tveggja hópa nánast eins. Til þess að staðfesta þessar niðurstöður voru óháð *t*-próf reiknuð, annars vegar fyrir mat foreldra og hins vegar fyrir mat kennara. Niðurstöður *t*- prófsins á mati foreldra voru ómarktækar, $t(76) = -0,33$, $p = 0,74$, $d = 0,01$. Svipaðar niðurstöður fengust þegar mat kennara á hópnum tveimur var borið saman, $t(63) = 0,25$, $p = 0,80$, $d = 0,16$.

Til þess að greina mat foreldra og kennara nánar var ákveðið skoða hvort finna mætti mun á fjölda þeirra barna sem voru með gildi yfir klínískum mörkum (*t*-skor ≥ 65) á undirvarðanum „Tilfinningavandi“ eftir því hvort þau væru greind með OCD eða ekki. Það voru alls 78 foreldrar sem svöruðu SDQ spurningalistanum og 65 kennarar. Niðurstöður leiddu í ljós að samkvæmt mati kennara voru 12 (36,4%) börn sem greinst höfðu með OCD með gildi yfir klínískum mörkum, samanborið við 9 (28,1%)

börn í klínískum samanburðarhóp. Enn minni munur kom fram á hópnum tveimur samkvæmt mati foreldra þar sem 21 (55,3%) barn í OCD hópnum var með gildi yfir klínískum mörkum og 23 (57,5%) í samanburðarhópnum. Þessar niðurstöður voru staðfestar með tveimur kí-kvaðrat prófum og eins og búast mátti við voru niðurstöður ómarktækar bæði fyrir mat foreldra, $\chi^2(1, 77) = 0,00$, $p = 0,95$, OR = 0,91 og kennara, $\chi^2(1, 64) = 0,63$, $p = 0,42$, OR = 1,46. Því er ekki hægt að fullyrða að börn með OCD séu líklegri en börn í klínískum samanburðarhópi til þess að greinast með tilfinningavanda yfir klínískum mörkum, hvorki að mati kennara né foreldra.

Það vakti athygli að nokkur munur virtist vera á mati foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með OCD, en mat foreldra var 10,8 stigum hærra en mat kennara eins og sjá má á mynd 1.

Til að kanna hvort sá munur væri marktækur var parað *t*-próf reiknað. Niðurstöður sýndu



Mynd 1 Meðaltöl fyrir svör kennara og foreldra við undirvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ.

marktækan mun á mati foreldra og kennara, $t(32) = 3,68, p = 0,00, d = 0,72$ sem þýðir að foreldrar meta tilfinningavanda á meðal barna með OCD nokkuð hærra en kennarar og munurinn telst vera stór miðað við áhrifastærðir (Cohen, 1992).

Umræða

Megin tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni kvíðaraskana meðal barna með OCD. Um var að ræða börn sem vísað hafði verið í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávik til þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslunnar. Þar að auki var markmið rannsóknarinnar að meta tilfinningavanda þessara barna út frá mati foreldra og kennara. Settar voru fram þær tilgátur að börn með OCD myndu vera með hærri tíðni kvíðaraskana en börn í klínískum samanburðarhópi. Einnig var búist við að þau myndu skora hærra en klínískur samanburðarhópur að meðaltali á undirvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ kvarðanum, bæði af foreldrum og kennurum.

Helstu niðurstöður leiddu í ljós að ekki reyndist marktækur munur á tíðni kvíðaraskana hjá börnum með OCD og börnum í klínískum samanburðarhópi. Þessi niðurstaða styður því ekki þá tilgátu að börn með OCD hafi marktækt hærri tíðni kvíðaraskana en börn með annarskonar taugaþroskafrávik. Þess ber þó að geta að tíðni kvíðaraskana meðal þátttakenda með OCD í

þessari rannsókn var 60% sem er talsvert hærra en fundist hefur í fyrri rannsóknum, þar sem tíðnin hefur verið metin í kringum 30% (Sharma o.fl., 2021). Þetta hlutfall er jafnframt mun hærra en tíðni kvíðaraskana í almennu þýði barna, en hún er í kringum 4,7-9,1% (Polanczyk o.fl., 2015). Ein hugsanleg skýring fyrir ómarktækum niðurstöðum er sú að klíníski samanburðarhópurinn samanstóð af börnum sem hafði verið vísað í greiningarferli vegna gruns um taugaþroskafrávik og má því gera ráð fyrir að þau hafi sömuleiðis verið með margþættan vanda þar sem samsláttur raskana er algengur (Sigurdardóttir o.fl., 2025). Í þeim hópi reyndust 43% hafa kvíðaröskun sem er einnig talsvert hærra en í almennu þýði. Þetta getur dregið úr líkum á því að finna marktækan mun á milli hópa. Úrtaksstærð barna með OCD var takmörkuð, en aðeins 42 börn tilheyrðu þeim hópi sem samsvarar 1,4% af heildarúrtaki, sem samanstóð af 3010 börnum sem komu í greiningarferli á níu ára tímabil (2013-2022). Lítil úrtaksstærð getur haft áhrif á tölfræðilega marktækt og því dregið úr möguleikanum á að sýna fram á marktækan mun á milli hópa, þar sem stærri úrtök leiða venjulega til nákvæmari niðurstaðna. Því er nauðsynlegt að túlka þessar niðurstöður varfærnislega. Þó ber að hafa í huga að þessi fjöldi er í samræmi við áætlað algengi OCD í almennu þýði, sem er talið vera

um 1-3% (Walitzka o.fl., 2011). Kynjahlutfall í hópnum reyndist þar að auki vera nokkuð jafnt og í samræmi við fyrri rannsóknir (Grant, 2014; McKenney o.fl., 2020).

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu jafnframt að ekki var marktækur munur á heildarstigum barna með OCD og barna í samanburðahópi á undirskarðanum „Tilfinningavandi“, hvorki samkvæmt mati kennara né foreldra. Þessi niðurstaða styður því ekki þá tilgátu rannsóknarinnar að börn með OCD séu metin með meiri tilfinningavanda en önnur börn sem er vísað í greiningarferli. Segja má að þessar niðurstöður séu í samræmi við niðurstöðurnar að ofan þar sem meirihluti spurninga á undirskarðanum „Tilfinningavandi“ meta kvíðaeinkenni (4 af 5). Mikilvægt er þó að undirstrika að nokkuð stór hluti þeirra barna sem greinst höfðu með OCD var yfir klínískum mörkum á SDQ kvarðanum, sérstaklega samkvæmt mati foreldra (57,1%). Því er mikilvægt að rannsaka frekar hvað veldur því og hvað mögulega sé hægt að gera til þess að sporna gegn slíkum tilfinningavanda.

Vert er að nefna að foreldrar allra barna í úrtakinu (með OCD og í klínískum samanburðarhóp) gáfu marktækt hærri stig en kennarar á undirskarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ kvarðanum. Ekki er ljóst hvað veldur þessum mun, en ósamræmi í mati ólíkra matsmanna (e. *informant discrepancies*) er þó nokkuð algengt í rannsóknum. Cheng og félagar (2017) notuðu til dæmis sama kvarða til þess að meta tilfinningavanda í hópi barna á aldrinum 6-11 ára og þar mátu foreldrar börnin marktækt hærri en kennarar. Slíkar niðurstöður undirstrika nauðsyn þess að sýna varfærni við túlkun niðurstaðna sem byggja á mati frá einum matsaðila. Ósamræmi á milli matsmanna þarf þó ekki aðeins að fela í sér mælivillu, heldur gefur mikilvægar klínískar upplýsingar (De Los Reyes o.fl., 2023). Ólíkir matsaðilar, eins og foreldrar og kennarar, hafa mismunandi sjónarhorn sem veita okkur mikilvægar upplýsingar um hegðun barna. Foreldrar sjá barnið í heimaaðstæðum og í leik með einum og einum jafnaldrum, kennarar meta hegðun og líðan í skólaaðstæðum en geta einnig borið barnið saman við jafnaldrum, sem veitir innsýn inn í hvernig börn haga sér í mismunandi aðstæðum

(Dubiel o.fl., 2024). Mikilvægt er að upplýsingar úr mismunandi aðstæðum geri okkur því kleift að koma til móts við börn eftir því hvort þeim vantar stuðning og inngríp heima og/eða í skóla.

Mikilvægt er að slá nokkra varnagla við túlkun niðurstaðna. Ljóst er að úrtak hópsins var lítið sem mögulega varð til þess að ekki var marktækur munur á tíðni kvíðaraskana barna með OCD og barna í klínískum samanburðarhópi, þrátt fyrir 17% mun. Nokkuð erfitt gæti orðið að ráða bót á þessari takmörkun þar sem hlutfall barna með OCD í almennu þýði er mjög lágt. Úrtakið sem notast var við í þessari rannsókn var mjög stórt og náði yfir öll börn sem hafði verið vísað í greiningarferli til Proska- og hegðunarstöðvar á árunum 2013 til 2022. Því má velta fyrir sér hversu raunhæft það væri að ætla sér að endurtaka rannsóknina með enn stærra úrtaki. Að lokum var aðeins stuðst við mat foreldra og kennara á tilfinningavanda, en mögulega hefði mat frá börnunum sjálfum veitt betri innsýn og dýpkað skilning á vanda þeirra, en þær upplýsingar fengust aðeins í gegnum greiningarviðtal en ekki með SDQ kvarðanum. Þrátt fyrir það telst það kostur að fá mat frá bæði foreldrum og kennurum þar sem þau veita mikilvæga innsýn á hegðun barnsins í mismunandi aðstæðum. Rannsóknin hefur einnig aðra kosti; úrtakið samstóð af börnum víðsvegar að af landinu og var því ekki takmarkað við einn landshluta. Auk þess var tilvísunar- og matsferli gjaldfrjálst og því endurspeglar úrtakið fullnægjandi breidd með tilliti til ákveðinna bakgrunnsbreyta eins og félags- og efnahagslega stöðu. Aldursdreifingin var góð og ekki afmörkuð við eitt aldursbil, sem eykur réttmæti þess að yfirfæra niðurstöðurnar á breiðari hóp barna.

Niðurstöður rannsóknarinnar varpa ljósi á fjölþættan vanda barna með OCD sem og áhrifin sem einkenni þessara raskanana hafa á andlegan líðan þeirra. Niðurstöðurnar eru mikilvægar, ekki síst í ljósi þess að okkur vitanlega hefur sambærileg rannsókn ekki verið gerð á Íslandi. Þær sýna að börn með OCD glíma oft við kvíðaraskanir, samhliða einkennum tilfinningavanda, en sú vitneskja getur reynst mikilvæg við að ákveða framgang meðferðar, þar sem kvíði getur ýtt undir einkennum raskananna (Eddy o.fl., 2011; Fineberg

o.fl., 2019; Lewin o.fl., 2011). Að bregðast við kvíðaeinkennum, samhliða einkennum OCD, er því mikilvægt. Einnig þarf betri yfirsýn yfir hverskonar kvíðaraskanir eru líklegastar til þess að sýna samslátt með OCD og hvernig tilfinningavandi þessara barna lýsir sér.

Rannsóknin í heild sinni stuðlar að aukinni þekkingu á börnum með OCD á Íslandi. Þessi röskun hefur tilhneigingu til þess að vera missskilin af samfélaginu og alvarleiki einkenna hennar vanmetinn. Aukinn skilningur og þekking á þörfum þessara barna er því mjög mikilvægur, svo hægt sé að veita viðeigandi aðstoð og bæta lífsgæði þeirra til framtíðar.

Obsessive-compulsive disorder in children and anxiety: A comparison of emotional problems among children referred for neurodevelopmental assessment

Mental disorders can significantly impact children's daily lives, social skills, physical health, and academic performance. In recent years, children's mental health has been deteriorating globally while appropriate resources are often limited. Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a neuropsychiatric condition that can profoundly affect children's well-being and functioning. Despite extensive research, knowledge about this disorder among youth remains limited. This study aimed to examine the prevalence of anxiety disorders and emotional difficulties among children diagnosed with OCD, compared to children in a clinical comparison group. Participants were 84 children aged six to seventeen years who had been referred for neurodevelopmental assessment in Iceland between 2013 and 2022. Diagnostic interviews were conducted and emotional problems assessed using the Strengths and Difficulties Questionnaire, completed by both parents and teachers. The findings revealed no significant difference in the prevalence of anxiety disorders between children with OCD and those in the clinical comparison group, although co-occurring anxiety disorders were highly prevalent in the OCD group. The results of the study also showed that there was no significant difference in the total score of children with OCD and children in the comparison group on the subscale "Emotional Problems", according to both teachers' and parents' assessments. Finally, a significant difference was found between parent and teacher evaluation of emotional problems in these groups. This study highlights the critical need for increased knowledge about these disorders to provide appropriate support and improve the quality of life for affected children in the future.

Keywords: OCD, children, anxiety, emotional problems, SDQ.

Margrét Halldórsdóttir has a Bachelor 's degree in psychology from the University of Iceland, Psychology department. Dagmar Kr. Hannesdóttir is a clinical child psychologist at the Children's Mental Health Center and an assistant professor at the Department of Psychology, University of Iceland. Correspondence concerning this article should be addressed to Dagmar Kr. Hannesdóttir, at the University of Iceland, Psychology department, Nýi Garður, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. E-mail: dkh@hi.is.

Heimildir

- Agnes Huld Hrafnisdóttir. (2005). Athugun á próffræðilegum eiginleikum Spurninga um styrk og vanda í hópi 5 ára barna á Íslandi. *Sálfræðiritið*, 10-11, 71–82. <https://core.ac.uk/reader/38272560>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Assunção, M. C., da Conceicao Costa, D. L., de Mathis, M. A., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosario, M. C., Miguel, E. C. og Torres, A. R. (2012). Social phobia in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.044>
- Audet, J. S., Aardema, F. og Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.joerd.2016.04.003>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Bartz, J. A. og Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 338-352. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.003>
- Berglind Hauksdóttir. (2014). *Greiningarviðtalið ADIS fyrir börn: Athugun á kvíðaeinkennum í klínisku þýði með greiningarviðtalinu ADIS fyrir börn* [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/18360>
- Borda, T., Feinstein, B. A., Neziroglu, F., Vecchia, T. og Pérez-Rivera, R. (2013). Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 359-365. <https://doi.org/10.1016/j.joerd.2013.06.006>
- Carter, A. S., Pollock, R. A., Suvak, M. K. og Pauls, D. L. (2004). Anxiety and major depression comorbidity in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 20(4), 165-174. <https://doi.org/10.1002/da.20042>
- Cheng, S., Keyes, K. M., Bitfoi, A., Carta, M. G., Koç, C., Goelitz, D., Otten, R., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Pez, O. og Kovess-Masfety, V. (2017). Understanding parent-teacher agreement of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Comparison across seven European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), e1589. <https://doi.org/10.1002/mp.1589>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coskun, M., Zoroglu, S. og Ozturk, M. (2012). Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-36>
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S. og Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder? *Focus*, 9(3), 369-388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- De Los Reyes, A., Ekins, C. C., Asmundson, G. J. G., Augenstein, T. M., Becker, K. D., Becker, S. P., Bonadio, T. F., Borelli, J. L., Boyd, R. C., Bradshaw, C. P., Burns, G. L., Casale, G., Causadias, J. M., Cha, C. B., Chorpita, B. F., Cohen, J. R., Comer, J. S., Crowell, S. E., Dirs, M. A., ... Youngstrom, E. A. (2023). Editorial statement about JCCAP's 2023 special issue on informant discrepancies in youth mental health assessments: Observations, guidelines, and future directions grounded in 60 years of research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(1), 147-158. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2158842>
- Dol, M., Reed, M. og Ferro, M. A. (2022). Internalizing-externalizing comorbidity and impaired functioning in children. *Children*, 9(10), 1547. <https://doi.org/10.3390/children9101547>
- Drake, K. L. og Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 144-162. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>
- Dubiel, S., Cohen, F. og Anders, Y. (2024). German parents and educators of two to four-year-old children as informants for the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01767-2>
- Eddy, C. M., Rizzo, R., Gulisano, M., Agodi, A., Barchitta, M., Cali, P., Robertson, M. M. og Cavanna, A. E. (2011). Quality of life in young people with Tourette syndrome: A controlled study. *Journal of Neurology*, 258, 291-301. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5754-6>
- Einar Guðmundsson og Hólmfríður Ólafsdóttir. (2003). *WPPSI-RIS; Handbók; Íslensk staðfærsla og stöðlun. Námsmatsstofnun*

- Farrell, L., Waters, A., Milliner, E. og Ollendick, T. (2012). Comorbidity and treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder: A pilot study of group cognitive-behavioral treatment. *Psychiatry Research*, 199(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.035>
- Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., Sireau, N., Walitza, S., Grassi, G., Pallanti, S., Hollander, E., Brakoulias, V., Menchon, J. M., Marazziti, D., Ioannidis, K., Apergis-Schoute, A., Stein, D. J., Cath, D. C., Valtman, D. J., . . . Zohar, J. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology*, 29(4), 549-565. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.02.002>
- Franklin, M. E., Freeman, J. B. og March, J. S. (2018). *Treating OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Publications.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties Questionnaire: A research note. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38, 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.14697610.1997.tb01545.x>
- Grant, J. E. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 646-653. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1402176>
- Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon. (2008). Spurningar um styrk og vanda (SDQ). Handbók.
- Hannesson, H. H., Smárason, O., Hojgaard, D. R., Lauth, B., Wessman, I., Sigurjónsdóttir, S. A. og Skarphéðinsson, G. (2023). Evaluating the interrater reliability of the Icelandic version of K-SADS-PL DSM-5. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01644-4>
- Harpa Hrönn Harðardóttir. (2018). *Íslensk staðfærsla og mat á próffræðilegum eiginleikum á DSM-5 útgáfu Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Þunglyndisraskanir og árátta- og þráhyggjuröskun* [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/30625>
- Hjördís Ólafsdóttir. (2018). *Íslensk staðfærsla og mat á próffræðilegum eiginleikum DSM-5 útgáfu Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Kvíðaraskanir og áfallastreituraskanir* [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/30660>
- Jaeger, T., Moulding, R., Yang, Y. H., David, J., Knight, T. og Norberg, M. M. (2021). A systematic review of obsessive-compulsive disorder and self: Self-esteem, feared self, self-ambivalence, egodystonicity, early maladaptive schemas, and self concealment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31, 100665. <https://doi.org/10.1016/j.joer.2021.100665>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Axelson, D., Perepletchikova, F., Brent, D. og Ryan, N. (2016). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children: Present and lifetime version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 working draft. *Yale University, Child and Adolescent Research and Education*.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P. Williamson, D. og 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 & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583.199707000-00021>
- Kristbjörg Soffía Salvardsdóttir og Sigurgrímur Skúlason. (2006). *WISC-IVIS. Handbók. Fyrirlögn og mat*. Námsmatsstofnun.
- Langley, A. K., Lewin, A. B., Bergman, R. L., Lee, J. C. og Piacentini, J. (2010). Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 637-645. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0101-0>
- Lauth, B., Magnússon, P., Ferrari, P. og Pétursson, H. (2008). An Icelandic version of the Kiddie-SADS-PL: Translation, cross-cultural adaptation and inter-rater reliability. *Nordic journal of psychiatry*, 62(5), 379-385. <https://doi.org/10.1080/08039480801984214>
- Lewin, A. B., Storch, E. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C. L., Scahill, L. D., Compton, S. N., Walkup, J. T. og Murphy, T. K. (2011). The roles of anxiety and depression in connecting tic severity and functional impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 164-168. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.016>
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C. og Arcangeli, F. (2006). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.04.008>
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts,

- R., B. Bunting, B., de Almeida, J. M. C., de Girolamo, G., De Vries, Y. A., S. Florescu S., ... de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: A comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 153. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000633>
- McKenney, K., Simpson, A. og Stewart, S. E. (2020). *OCD in children and adolescents: The "OCD is Not the Boss of Me" manual*. Guilford Publications.
- Mohapatra, S., Agarwal, V. og Sitholey, P. (2013). Pediatric anxiety disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.017>
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R. og Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine*, 31(3), 481-487. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003579>
- Ornell, F., Braga, D. T., Bavaresco, D. V., Francke, I. D., Scherer, J. N., von Diemen, L. og Kessler, F. H. P. (2021). Obsessive-compulsive disorder reinforcement during the COVID-19 pandemic. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 81-84. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0054>
- Ortiz, A. E., Morer, A., Moreno, E., Plana, M. T., Cordovilla, C. og Lázaro, L. (2015). Clinical significance of psychiatric comorbidity in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Subtyping a complex disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266, 199-208. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0642-9>
- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, R. L., Chang, S., O'Neill, J. og Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 93, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.002>
- Polanczyk G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. og Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Reddy, Y. J., Reddy, P. S., Srinath, S., Khanna, S., Sheshadri, S. P. og Girimaji, S. C. (2000). Comorbidity in Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder: A Report from India. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(3), 274-278. <https://doi.org/10.1177/070674370004500307>
- Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macias, M., Varley, C. og Ryan, S. (2010). Anxiety disorders in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 40(4), 66-99. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.02.002>
- Rueppel, M., Becker, H. C., Iturra-Mena, A., Bilek, E. L., Monk, C. S., Phan, K. L. og Fitzgerald, K. D. (2024). Obsessive-compulsive symptoms: Baseline prevalence, comorbidity, and implications in a clinically anxious pediatric sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01658-y>
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphéðinsson, G. og Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 703701. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
- Sigurdardóttir, K. R., Hannesdóttir, D. K., Hauksdóttir, B., Ollendick, T. H., Davidsdóttir, K. og Halldórsdóttir, T. (2025). Incidence, co-occurring psychiatric conditions, and sex differences in young people without intellectual impairment who are autistic, ADHD, or autistic-ADHD: a population-based cross-sectional study in Iceland. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 9(7), 459-469. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00132-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00132-4)
- Silverman, W. K. og Albano, A. M. (1996). *The anxiety disorders interview schedule for children and parents—DSM-IV version*. Graywind.
- Silverman, W. K. og Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 937-944. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_2
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M. og Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(8), 937-944. <https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016>
- Singh, S., Wetterneck, C. T., Williams, M. T. og Knott, L. E. (2016). The role of shame and symptom severity on quality of life in obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.004>

- Skarphedinsson, G., Torp, N. C., Weidle, B., Jensen, S., Ivarsson, T., Hybel, K. A., Nissen, J.B., Thomsen, P. H. og Højgaard, D. R. (2025). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Investigating prevalence and clinical correlates in the NordLOTS study. *Child Psychiatry & Human Development*, 56(3), 782-792. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01602-0>
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C., Nissen, J. B., Melin, K. H., Hybel, K., Valderhaug, R., Wentzel-Larsen, T., Compton, S. N. og 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, 591-602. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0613-0>
- Stein, M. B. og Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- The jamovi project (2023). *Jamovi* (útgáfa 2.3). [Hugbúnaður]. <https://www.jamovi.org>
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C. og Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(11), 173. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0173>
- Wechsler, D. (1989). The Wechsler preschool and primary scale of intelligence-revised. *The Psychological Corporation*.
- Wechsler, D. (2003). Wechsler intelligence scale for children, fourth edition [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t15174-000>
- Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D. og Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current psychiatry reports*, 17(7), 52. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T. og Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0152-x>