

Notkun berskjöldunar meðal sálfræðinga á Íslandi fyrir börn með áráttu- og þráhyggjuröskun

Aron Eydal Sigurðarson, Sindri Lárusson, Ástrós Elma Sigmarsdóttir,
Hrafnkatla Agnarsdóttir og Guðmundur Skarphéðinsson
Háskóli Íslands

Áráttu- og þráhyggjuröskun (ÁÐR) einkennist af áráttuhegðun og þráhyggjuhugsunum. Þráhyggja lýsir sér í óþægilegum, uppþrengjandi og óviðeigandi hugsunum sem valda vanlíðan og kvíða. Áráttu fylgir yfirleitt þráhyggju og einkennist af endurteknum athöfnum sem virka sem markviss leið til þess að draga úr óþægindum sem þráhyggjuhugsanirnar valda. Hugræn atferlismeðferð með berskjöldun og svarhömlun er fyrsti kostur sem meðferð við ÁÐR. Þessi rannsókn gengur út á að kanna viðhorf sálfræðinga á Íslandi til berskjöldunar við ÁÐR og kanna hve mikið og hvernig þeir beita berskjöldunarmeðferðinni þegar þeir vinna með börnum og unglingum með ÁÐR. Stuðst var við erlendan spurningalista sem var þróaður til að athuga meðferðaraðferðir sálfræðinga við kvíða og ÁÐR. Spurningalistinn var þýddur yfir á íslensku og sendur sálfræðingum í Sálfræðingafélagi Íslands og einungis þeir sem höfðu meðhöndlað ÁÐR barns síðastliðið ár voru þátttakendur, alls 26. Rannsóknin leiddi í ljós að almennt er viðhorf sálfræðinga á Íslandi jákvætt til meðferðarinnar. Allir þátttakendur rannsóknarinnar sögðust nota berskjöldun í meðferð við ÁÐR og eyddu 46,2% þátttakenda meira en 61% tíma meðferðar í berskjöldun. Í ljós kom þó að ekki voru allir að nota bestu mögulegu aðferðir berskjöldunar í sinni meðferð en rúm 43% sögðust ekki reyna að takmarka truflanir í æfingum, það er að segja truflanir í umhverfinu sem gætu komið niður á árangri meðferðarinnar. Þetta gerir það að verkum að börnin eru ekki að fá bestu mögulegu meðferðina vegna mögulegra truflana. Því þyrfti að auka kennslu og þjálfun í notkun berskjöldunar svo að sálfræðingar beiti henni rétt til að börn með ÁÐR á Íslandi eigi mestan möguleika á bata.

Efnisorð: Þráhyggja, áráttu, berskjöldun, svarhömlun

Áráttu- og þráhyggjuröskun (ÁÐR) er alvarleg og langvinn geðröskun sem greinist bæði hjá börnum og fullorðnum (Ruscio, Stein, Chiu og Kessler, 2008) en tíðni ÁÐR hjá börnum og unglingum er á bilinu 0,25%–4% (Heyman o.fl., 2001; Flament o.fl., 1988). Þráhyggju má skilgreina sem endurteknar, uppþrengjandi hugsanir, ímyndanir eða hvatir sem valda fólki miklum kvíða og vanlíðan. Algengar þráhyggjuhugsanir eru hræðsla við óhreinindi eða sýkla og ofbeldisfullar og/öð kynferðislega óvelkomnar hugsanir. Hjá börnum getur þráhyggjan einkennst af sterkri þrá til að hafa allt í röð og reglu, þau eru mjög upptekin af líkamsvessum, hræðslu við veikindi og að hafa ákveðnar happa- og óhappatölur (Yardley, 2013). Til að draga úr vanlíðan og kvíða

vegna þráhyggjunnar fer fólk að framkvæma áráttukenndar athafnir eða hugsanir, eins og að þvo sér endurtekið um hendurnar eða að telja eftir ákveðnu kerfi (Sheppard, Bradshaw, Purcell og Pantelis, 1999). ÁÐR skerðir starfshæfni og virkni fólks en sé röskunin ómeðhöndluð viðhelst hún oft fram á fullorðinsár og getur haft neikvæðar afleiðingar bæði fyrir einstaklinginn

Aron Eydal Sigurðarson er B.Sc. í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Sindri Lárusson er B.Sc. í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Ástrós Elma Sigmarsdóttir er B.Sc. í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Hrafnkatla Agnarsdóttir er B.Sc. í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands og Guðmundur Skarphéðinsson er dósent við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Arons Eydal Sigurðarsonar, aes22@hi.is, sími: 6181242.

og samfélagið (Micali o.fl., 2010; Murray og Lopez, 1996; Piacentini o.fl., 2003).

Miklar framfarir hafa verið undanfarna tvo áratugi í þróun og raunprófun meðferða við ÁÐR hjá börnum og unglingum (Skarphedinsson o.fl., 2015; Ivarsson o.fl., 2015) og er hugræn atferlismeðferð (HAM) fyrsti kosturinn þegar kemur að meðferð ÁÐR (Geller og March, 2012; NICE, 2005; Socialstyrelsen, 2017). Tvær meginaðferðir HAM eru hérna í boði, annars vegar með áherslu á hugræna þáttinn og hins vegar með áherslu á berskjöldun.

HAM með áherslu á berskjöldun felur í sér notkun á berskjöldun með svarhömlun (e. *exposure and response prevention, E/RP*) (hér eftir verður talað um berskjöldun með svarhömlun sem berskjöldun). Þegar fólk óttast eitthvað á það til að forðast það, til að koma í veg fyrir að upplifa mikinn kvíða. Samkvæmt virkri skilyrðingu er það ferli að forðast óttavekjandi áreiti neikvætt styrkt, og eru þá allar líkur á því að þessi hegðun aukist. Ef litið er til lengri tíma getur þessi hegðun ýtt undir ótta og gert hann óviðráðanlegan (Foa og Kozak, 1986). Berskjöldun felur í sér að hjálpa fólki að takast á við ótta sinn með því að nálgast hann. Svarhömlun er þegar einstaklingur sleppir því vísvitandi að framkvæma áráttuhegðun sína, þó að þráhyggjuhugsun sé til staðar sem veldur miklum kvíða eða óþægindum. Berskjöldunarmeðferð fer fram á marga mismunandi vegu, allt eftir því hvers konar röskun er verið að vinna með og hvað hentar verju sinni (Geller og March, 2012). Nýlegar rannsóknir hafa sýnt fram á notagildi meðferðarinnar, sem dæmi má nefna rannsókn Hezel og Simpson árið 2019 þar sem nokkrar meðferðir voru bornar saman með lyfleysu til að sýna fram á notagildi berskjöldunar þar sem berskjöldun hafði mun merkingarmeiri áhrif samanborið við SRI lyfjameðferð (serotonin reuptake inhibitor (SRI)), Streitustjórnunarmeðferð (stress management therapy) og Risperidone. Einkenni ÁÐR voru enn minni 12 vikum eftir inngrip ef berskjöldun og serotonin reuptake inhibitor voru slegin saman. Í þeirri rannsókn má bersýnilega sjá mikilvægi berskjöldunar en einkenni ÁÐR voru á bilinu 11-14 atvik að meðaltali eftir tólf vikur á meðan

aðrar aðferðir og lyfleysa skiluðu árangri upp á 22-24 atvik. SRI skilaði þó árangri upp á 18 atvik að meðaltali án berskjöldunar. Þessar tölur sýna okkur hversu mikið berskjöldun skarar fram úr öðrum meðferðum og sýnir mikilvægi þess að sálfræðingar noti þessa aðferð til að skila sem bestu mögulegu niðurstöðunum fyrir barnið (Hezel og Simpson, 2019).

HAM með áherslu á hugræna þáttinn felur í sér að börnum með ÁÐR eru kenndar hugrænar aðferðir og hegðun til að takast á við afleiðingar röskunarinnar og draga úr einkennum hennar. Atferlistilraunir eru lykilatriði í þessari meðferð en tilgangur þeirra er að sýna fram á að spá einstaklings um hræðilegar afleiðingar neikvæðra hugsana sinna er röng. Helsta vandamálið tengt þessari meðferð er að vitsmunafroski barnsins þarf að vera töluverður til að hún geri gagn og því er erfitt að veita mjög ungum börnum og börnum með þroskaskerðingu meðferðina (Williams o.fl., 2009). Það má einnig rökræða hversu langvinn áreiðanleg áhrif þessarar aðferðar eru.

Berskjöldun hefur reynst hjálpleg þegar kemur að kvíðaröskunum, ÁÐR og áfallastreituröskun (Geller og March, 2012) og er talin vera sá hluti meðferðar sem hefur mest áhrif á árangur barna í meðferðum við kvíðaröskunum og ÁÐR (Vande Voort, Svecova, Jacobson og Whiteside, 2010; Peris o.fl., 2015). Eftirgreining (e. *meta analysis*) sem tók saman niðurstöður meðferðarrannsókna á ÁÐR sýndi fram á að meðaláhrifastærð (e. *effect size*, Cohens *d*) HAM með svarhömlun, miðað við samanburðarhóp, væri 1,00 (Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa og Marín-Martínez, 2008).

Ýmsar kenningar hafa þróast í gegnum árin sem eiga að útskýra þær breytingar sem eiga sér stað þegar berskjöldun er beitt sem meðferð við ÁÐR. Samkvæmt hugræna líkaninu (e. *cognitive model*) kemur árangur í meðferð við ÁÐR fram þegar hugsanaskekkjur (e. *maladaptive thoughts*) barnsins dvína. Því er náð fram með því að breyta skaðlegum hugsunarhætti, s.s. varðandi ábyrgðartilfinningu, mat á hættum, fullkomnunaráráttu eða annað. Meðferðarferlið á því að berskjalda barnið fyrir ótta sínum til að sýna að þó svo að áráttukennd hegðun sé ekki framkvæmd þá gerist ekkert slæmt, og í

framhaldi eru börn hvött til röklegtrar hugsunar þegar von er á kvíðaviðbragði (Berman, Fang, Hansen og Wilhelm, 2015).

Samkvæmt líkaninu um bjargráð (e. *coping model*) næst árangur í meðferð við ÁÐR með því að minnka og skipta út kvíðavekjandi hugsunum með bjargráðum og auka sjálfstraust barnsins gagnvart því að það geti tekist á við kvíðann. Ef barn kann bjargráð sem hægt er að nota við kvíða getur álit þess á eigin færni aukist, sem minnkar skynjun á hættum (e. *threat perception*), og þar af leiðandi minnkar kvíðinn (Kendall o.fl., 1997).

Líkanið um hömlunarnám (e. *inhibitory learning*) byggist á því að skapa nýja skilyrðingu. Markmiðið er að ný skilyrðing, með áreiti sem ekki vekur upp óttaviðbragð, taki yfir upprunalega skilyrðingu þar sem sama áreiti vakti áður upp ótta hjá barninu. Meðferðin snýst því um að veita endurtekna berskjöldun fyrir óttavekjandi aðstæðum. Þegar þær ógnvænlegu afleiðingar sem barnið býst við verða ekki að veruleika, lærir það að óþarfi er að óttast þær og þá slokknar á upprunalegu skilyrðingunni (Arch og Abramowitz, 2015).

Að lokum er það ACT-líkanið (e. *acceptance and commitment therapy*) sem snýst um að hvetja börn með ÁÐR og kvíða til að láta kvíðatilfinningu og hugsanir ekki hindra þau í að gera það sem þau langar til. Þetta líkan er frábrugðið hinum líkönunum á þann hátt að í stað þess að nota ýmsar leiðir berskjöldunar til að útrýma kvíðaviðbragði við óttavekjandi áreiti, eru þátttakendur frekar hvattir til að takast á við kvíðann sem fylgir áreitinu sem leiðir til þess að þátttakendum líður betur og skilja raunverulegar afleiðingar áreitisins (Towhig o.fl., 2015).

Þó svo að líkönin séu með mismunandi áherslur þá útilokar ekkert eitt líkan annað og það getur verið hagnýtt fyrir meðferðaraðila að nýta sér mismunandi líkön í meðferðum sínum til að ná sem bestum árangri. Berskjöldun er líka hægt að beita á nokkra vegu, hversu mikil hún á að vera hverju sinni eða hvernig berskjöldunarstigin eiga að vera (McGuire o.fl., 2016; Geller o.fl., 2017).

Ein aðferð kallast „stigveldisberskjöldun“ (e. *graded exposure*) sem virkar á þann hátt að barnið flokkar aðstæður eftir því hversu miklum kvíða þær valda. Barnið fer fyrst í tiltölulega léttar

aðstæður og vinnur sig yfir í erfiðari aðstæður. Með tímanum ætti kvíðaviðbragðið sem kemur þegar sleppt er að framkvæma árátthegðunina að dvína og kvíðinn minnkar. Önnur aðferð kallast kvíðaflæði (e. *flooding*) sem er eins konar andstæða við stigveldisberskjöldun. Í kvíðaflæði byrjar barnið á erfiðustu aðstæðunum og sleppir þeim léttari. Þetta er styttri leið en sú fyrrnefnda og gæti skilað fyrr af sér þeirri niðurstöðu sem vonast er eftir, en kvíðinn sem barnið þarf að takast á við verður meiri fyrir vikið. Seinasta aðferðin er kerfisbundin ónæming (e. *systematic desensitization*), sem gengur út á að beita slökunaræfingum í aðstæðum sem vekja kvíða eða ótta og tengja þær við slökun, þangað til aðstæðurnar virka viðráðanlegri (American Psychological Association, e.d.). Það skiptir því máli að meðferðaraðilar viti hvernig framkvæma eigi berskjöldun til þess að ná sem bestum árangri og að þeir hafi fengið nægilega þjálfun í notkun berskjöldunar.

Höfundar telja það afar mikilvægt að þekking og kunnátta meðferðaraðila á Íslandi um berskjöldun sé tekin saman til að tryggja að íslensk börn með ÁÐR séu að fá bestu hugsanlegu meðferðina. Markmið rannsóknarinnar er að komast að því hvort íslenskir sálfræðingar beita berskjöldunarmeðferð, hversu vel þeir þekkja til hennar og hvaða útgáfu þeir kjósa að nota. Einnig verður litið til þess hvert viðhorf þeirra sé til aðferðarinnar og hvort þeir hafi fengið viðunandi þjálfun í notkun hennar.

Aðferð

Þátttakendur

Sendur var tölvupóstur með boð um þátttöku í tilrauninni á alla sálfræðinga sem skráðir eru í Sálfræðingafélag Íslands og er því um hentugleikaúrtak að ræða. Alls svöruðu 67 manns spurningalistanum en aðeins þeir sem höfðu meðhöndlað börn með ÁÐR síðastliðið ár tóku þátt í þessari rannsókn. Alls 23 höfðu ekki meðhöndlað ÁÐR síðastliðna 12 mánuði og 26 þátttakendur höfðu meðhöndlað ÁÐR. Þátttakendur tilraunarinnar voru því 26 íslenskir sálfræðingar sem höfðu meðhöndlað börn á aldrinum 5-17 ára með ÁÐR síðastliðna 12 mánuði. Þátttakendur fengu ekki greitt fyrir þátttöku

en fengu tækifæri til að skrá netfangið sitt og dregið var úr innsendum netföngum þar sem einn þátttakandi fékk gjafabréf á veitingastað í Reykjavík.

Mælitæki

Rannsakendur notuðust við spurningalista sem heitir á frummálinu *Assessment of Clinician Practices for Treatment of Childhood Anxiety* og var hannaður til að meta meðferðir sem sálfræðingar nota til að meðhöndla börn á aldrinum 5-17 ára með kvíðaraskanir og ÁÐR. Í því mælitæki var farið yfir hvaða raskanir þátttakendur eru að vinna með og var mögulegt að svara á fimm vegu, frá einum til fimm, ef þátttakandi hakar við einn telst sem svo að hann sjái oftast um téða röskun en sjaldnast haki hann við fimm, tveir til fjórir falla þar á milli.

Spurningalistanum var skipt í tvennt en í fyrri hluta var spurt út í meðferðaraðferðir við kvíðaröskunum og í seinni hluta um meðferðaraðferðir við ÁÐR. Spurningar listans voru um það hvernig raskanir þátttakendurnir höfðu meðhöndlað, meðferðaraðferðir sem þeir nota, auk spurninga um þátttöku þeirra í þjálfun notkunar á berskjöldun. Spurningarnar fóru einnig út í meðferðarnálganir með áherslu á berskjöldun og um kvíðaraskanir (almenna kvíðaröskun, aðskilnaðarkvíða og félagskvíða) og ÁÐR. Fjöldi spurninga sem þátttakandi þurfti að svara fór eftir þátttakandanum sjálfum, ef hann var eða hafði nýlega verið að vinna með börnum svaraði hann fleiri spurningum úr listanum heldur en ef hann hefði ekki verið að vinna með börnum. Spurt var um tækni sem notuð er í meðferðum, tækni sem notuð er í berskjöldun, ástæður fyrir því að nota ekki berskjöldun og hvort þátttakendurnir teldu að berskjöldunarmeðferð hefði jákvæð áhrif á börnin. Í lok spurningalistans var spurt um hæsta menntunarstig þátttakenda og hvernig vinnustað þeir störfuðu á.

Þegar unnið var úr niðurstöðunum var notast við forritin Microsoft Excel og SPSS en ásamt því notuðu þátttakendur vefsíðuna QuestionPro til þess að svara spurningalistanum.

Framkvæmd

Erlendur spurningalisti frá Steward o.fl. (2016)

var þýddur yfir á íslensku og lagaður að íslensku samfélagi. Að því loknu var spurningalistinn settur upp í hugbúnaðarkerfinu QuestionPro. Eftir að spurningalistinn var lesinn og forprófaður var sendur tölvupóstur á þátttakendur sem innihélt vefslóð á heimasíðu spurningalistans. Þar birtist þeim fyrsta síða spurningalistans sem var kynningarbréf rannsóknarinnar og gátu þátttakendur svarað þar hvort þeir lýstu yfir samþykki sínu til að taka þátt í rannsókninni. Eftir það var gögnum safnað saman í SPSS og niðurstöður bornar saman, engum persónugreinanlegum upplýsingum var safnað þannig að nóg var að tilkynna rannsóknina til Persónuverndar, óþarfi var að óska eftir leyfi frá Vísindasiðanefnd þar sem engum heilbrigðisupplýsingum var safnað saman.

Niðurstöður

Allir þátttakendur rannsóknarinnar voru með meistaragráðu sem hæsta menntunarstig. Þegar spurt var um vinnustaði þátttakenda sögðust 12 vinna á heilsugæslu eða barna - og unglingageðdeild, 14 unnu á einkarekinni stofu og fjórir unnu við skólaþjónustu. Þar af voru þrír sem unnu samhliða á heilsugæslu/barna- og unglingageðdeild og á einkastofu, og einn vann við skólaþjónustu og á einkastofu. Átján þátttakendur sögðust hafa fengið viðeigandi þjálfun í notkun berskjöldunar, sem samsvarar 69,2% svarenda, fjórir sögðust ekki hafa fengið viðeigandi þjálfun eða 15,4% og fjórir voru óvissir eða 15,4% svarenda.

Þegar kannað var hversu oft þátttakendur meðhöndluðu hverja röskun kom í ljós að ÁÐR var sú röskun sem þátttakendur meðhöndluðu hvað sjaldnast, á eftir almennri kvíðaröskun og öðrum kvíðaröskunum.

Þátttakendurnir höfðu að meðaltali meðhöndlað 5,46 (Sf = 5,37) börn (spönn 1-22) á sinni starfsævi. Mun algengara var að þátttakendur meðhöndluðu börn með félagskvíða, aðskilnaðarkvíða og aðrar raskanir ótengdar kvíða heldur en ÁÐR, almenna kvíðaröskun og aðrar kvíðaraskanir. Allir þátttakendurnir sögðust nota berskjöldun sem hluta af meðferð fyrir börn með ÁÐR. Þegar skoðuð var tíðni

Tafla 1. Sýnir hversu oft svarendur nýta sér berskjöldun við meðhöndlun barna með árátta-þráhyggjuröskun, hversu miklum tíma þeir eyða í berskjöldun og hversu oft heimaverkefni fjalla um berskjöldun.

	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<i>Þegar þú meðhöndlar börn með árátta-þráhyggjuröskun, í hversu mörgum tilfellum notar þú berskjöldun?</i>	0 (0%)	1 (3,8%)	2 (7,7%)	6 (23,1%)	17 (65,4%)
<i>Þegar þú meðhöndlar börn með árátta-þráhyggjuröskun, hve miklu af tímanum eyðir þú í berskjöldun að meðaltali?</i>	1 (3,8%)	2 (7,7%)	11 (42,3%)	8 (30,8%)	4 (15,4%)
<i>Þegar þú meðhöndlar börn með árátta-þráhyggjuröskun og notar berskjöldun, hve oft fjalla heimaverkefni um berskjöldun?</i>	1 (3,8%)	0 (0%)	5 (19,2%)	5 (19,2%)	15 (57,7%)

Tafla 2. Sýnir aðferðir sem þátttakendur notast við og hversu margir notast við hverja aðferð.

Tækni	Fjöldi(Hlutfall)
<i>Berskjöldun byggð á stigveldi</i>	23(88,5%)
<i>Takmarka árátтуhegðun, sýnilega og dulna</i>	22(84,6%)
<i>Nota hugræna aðferð eða bjargráð (t.d. rök með og á móti sjálfvirkri neikvæðri hugsun)</i>	22(84,6%)
<i>Nota tilfinningamæli (SUDS= Subjective Units of Distress Scale, t.d. 1 til 10) eða aðrar huglægar mælingar á kvíða</i>	17(65,4%)
<i>Takmarka það sem truflar æfinguna, t.d. að spila leiki, tala um önnur umræðuefni eða hugsa um aðra hluti sem dregur úr kvíða sem gerir það að verkum að æfingin skilar minni árangri</i>	15(57,7%)
<i>Ljúka berskjöldun þegar kvíði minnkar með viðvana</i>	14(53,8%)
<i>Nota afslöppunaræfingar/ímyndun</i>	11(42,3%)
<i>Hughreysta</i>	4(15,4%)
<i>Halda uppi samræðum</i>	2(7,7%)
<i>Vil ekki svara</i>	1(3,8%)

svarenda sem nota berskjöldun í meðhöndlun barna með ÁÐR, kom í ljós að flestir (65,4%) nota aðferðina í 81-100% tilvika, um fjórðungur (23,1%) notar aðferðina í 61-80% tilvika og því ljóst að aðferðinni er mikið beitt eða samtals 89,5%. Þegar skoðað var hversu miklum tíma meðferðarinnar svarendur eyða í berskjöldun

kom í ljós að flestir eða 42,3% verja 41-60% tímans í berskjöldun og 30,8% verja 61-81% tímans í berskjöldun. Stór hluti svarenda eða 57,7% notar heimaverkefni sem fjalla um ÁÐR í 81-100% tilfella. Í töflu 2 má sjá hversu oft svarendur nýta sér berskjöldun við meðhöndlun barna með ÁÐR, hversu miklum tíma þeir eyða

í berskjöldun og hversu oft heimaverkefni fjalla um berskjöldun.

Þegar sú tækni, sem þátttakendur nota í berskjöldunaræfingum við meðhöndlun barns með ÁÐR, var skoðuð kom í ljós að berskjöldun byggð á stigveldi var notuð af flestum eða 88,5% svarenda. Það að takmarka áráttu- hegðun, sýnilega eða dulda var notað af 84,6% svarenda og hugræn aðferð var einnig notuð af 84,6% svarenda. Meira en helmingur (57,5%) svarenda reyndi að takmarka það sem truflar berskjöldunaræfingar. Afar fáir notuðu aðferðir sem geta minnkað árangur berskjöldunar. Þó notuðu 15,4% svarenda hughreystingu og 7,7% héldu uppi samræðum sem trufluðu berskjöldun. Í töflu 3 má sjá yfirlit yfir þá tækni og tíðni sem þátttakendur nota í berskjöldunaræfingum við meðhöndlun barns með ÁÐR.

Þegar spurt var hvers vegna þátttakendur teldu berskjöldun bera árangur sögðu 18 þátttakendur eða 69,2% að ástæðan fyrir árangri berskjöldunaraðferðar væri að barnið hefði lært að það væri ólíklegt að afleiðingarnar sem það óttaðist yrðu að veruleika. Þrír þátttakendur eða 11,5% svarenda sögðu að barnið hefði lært að upplifa kvíðatilfinningu til fulls þar til að kvíðinn minnkaði af sjálfum sér. Þrír þátttakendur eða 11,5% sögðu að barnið hefði lært nýja hæfni til þess að draga úr eða takast á við kvíða. Einn þátttakandi vildi ekki svara, og einn taldi ástæðuna þá að valmöguleikarnir „Barnið hefur lært að upplifa kvíðatilfinningu til fulls þar til kvíðinn minnkar af sjálfum sér“ og „Barnið hefur lært að það er ólíklegt að afleiðingarnar sem það óttaðist verði að veruleika“ ættu báðir við. Einnig var spurt um ástæður þess að berskjöldun ætti ekki að vera notuð, en enginn þátttakandi merkti við þá möguleika sem voru í boði. Þessar niðurstöður sýna okkur það að úrtakið okkar hefur góða þekkingu á berskjöldun en er ekki að verja öllum tíma meðferðarinnar í aðferðina og er í meira mæli að setja fram heimaverkefni sem barnið getur unnið í, ákveðinn tími sem barnið er hjá sálfræðingnum er því tileinkaður öðrum aðferðum á borð við afslöppunaræfingar og hughreystingar sem skila ekki jafn góðum árangri eins og kom fram hér að framan.

Umræða

Tilgangur þessarar rannsóknar var að athuga hve mikið og hvernig berskjöldunarmeðferð er beitt af íslenskum sálfræðingum sem meðhöndla börn með ÁÐR. Einnig var áhugi á að athuga hvert viðhorf þeirra er og hvort þeir telji að þeir fái viðeigandi þjálfun í notkun meðferðarinnar.

Sálfræðingarnir sem höfðu unnið með barni með ÁÐR síðastliðið ár virtust flestir hafa fengið viðunandi þjálfun og reynslu í notkun berskjöldunar. Mikill munur er á því hve mörg börn þeir hafa meðhöndlað en allir notast við berskjöldun í meðferðum fyrir börn með ÁÐR.

Átján sögðust hafa fengið en átta sögðust ekki hafa fengið eða verið óvissir um hvort þeir hafi fengið viðeigandi þjálfun í notkun berskjöldunaraðferðar. Því er ljóst að einhverjir sálfræðingar eru að beita meðferð sem þeir telja sig ekki fullþjálfaða í og getur það komið niður á gæðum og árangri meðferðar sem íslensk börn með ÁÐR eru að fá.

Allir þátttakendur rannsóknarinnar, eða 26 talsins, sögðust nota berskjöldun sem hluta af meðferð við ÁÐR. Næstum níu af hverjum tíu notuðu berskjöldun í meira en 61% tilfella. Þeir sögðust eyða miklum tíma að meðaltali í berskjöldun. Helmingur þátttakenda sagðist eyða meira en 61% tímans í berskjöldun og 88,5% þátttakenda meira en 41% tímans. Þessar niðurstöður eru jákvæðar þar sem sýnt hefur verið fram á að berskjöldun er mikilvægur hluti af hugrænni atferlismeðferð. 96,1% þátttakendanna láta heimaverkefni fjalla um berskjöldun í meira en 41% tilfella, sem er gagnlegra til að börnin fái meiri æfingu á meðan meðferðartíminn stendur yfir.

Eins og kom fram er hægt að framkvæma berskjöldun með mismunandi aðferðum. Þátttakendur völdu þær aðferðir sem þeir notuðu helst í sínum berskjöldunaræfingum. Niðurstöður sýna að berskjöldun byggð á stigveldi er notuð af langflestum sálfræðingum (89%). Aðrar algengar aðferðir eins og að takmarka sýnilega og dulda áráttu- hegðun og notkun hugrænna aðferða eða bjargráða, virðist einnig vera algeng enda er það í samræmi við klínískar leiðbeiningar og helstu meðferðarhandbækur. Lítil hluti þátttakenda heldur uppi samræðum (8%) eða hughreystir

(15%) barnið sem dregur úr áhrifamætti berskjöldunaræfinga (Selles o.fl., 2018). Þegar þessar truflanir eru til staðar aukast líkurnar á að barnið eignist þeim skaðlausar afleiðingar af berskjöldunaræfingu og að námið sem reynt er að stuðla að, það er tenging á milli óttaáreitis og skaðlausra afleiðinga fari ekki fram (Selles o.fl., 2018). Barnið nær því ekki jafn miklum bata. Þetta gildir einnig um sálfræðinga (40%) sem reyna ekki að takmarka það sem truflar æfingu barnsins, þar sem það getur haft neikvæð áhrif á árangur. 42,3% þátttakenda segjast notast við afslöppunaræfingar, en rannsóknir hafa sýnt að afslöppunaræfingar eru ekki mjög gagnlegar í meðferð við ÁÞR (Peris o.fl., 2015). Þátttakendur sem notuðust við þessar aðferðir sögðust hafa fengið þjálfun í notkun berskjöldunar en ekki alltaf nægilega þjálfun.

Það er því ljóst að íslenskir sálfræðingar sem hafa unnið með börnum með ÁÞR notast við ýmsar gerðir berskjöldunar í meðferðum og telja aðferðina skila árangri. Um 69,2% héldu því fram að meðferðin beri árangur vegna þess að barnið hafi lært að það sé ólíklegt að afleiðingarnar sem það óttaðist verði að veruleika. 11,5% þátttakenda voru á því að barnið hefði lært að upplifa kvíðatilfinninguna til fulls og önnur 11,5% þátttakenda sögðu að barnið hafi lært nýja hæfni til þess að draga úr eða takast á við kvíða.

Uppsetningu rannsóknarinnar var að hluta til ábótavant en þar sem rannsóknaraðilar voru að notast við kvarðann í fyrsta sinn komu í ljós nokkrir vankantar eftir fyrirliðni sem betra hefði verið að koma í veg fyrir. Nokkrar spurningar sem hefðu átt að gefa skýrari hugmynd um einkenni þátttakenda voru aðeins í fyrri hluta spurningalistans sem fjallaði um kvíða en sömu spurningar vantaði fyrir ÁÞR hlutann. Að auki er alveg óvíst hversu stórt hlutfall sálfræðinga sem vinna með börnum á Íslandi tók þátt í þessari könnun. Að auki má nefna að úrtakið var fremur lítið en skilyrðin til þátttöku voru frekar ströng þar sem viðfangsefni rannsóknarinnar var svona sértækt. Helstu kostir rannsóknarinnar voru þættir spurningalistans sem sýndu hvaða aðrar meðferðir sálfræðingar voru að vinna með, þær upplýsingar geta hjálpað við framhaldsrannsóknir, í framhaldi væri hægt að rannsaka áhrif annarra meðferða

og afleiðingar þeirra til langs tíma miðað við berskjöldun. Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á góðar niðurstöður og áhugavert væri að sjá hvort tölur á Íslandi væru svipaðar.

Miðað við heildarniðurstöðurnar má segja að viðhorf sálfræðinga á Íslandi sem vinna með börnum með ÁÞR til berskjöldunar sé gott þar sem allir sálfræðingarnir sögðust nota hana og notagildi meðferðarinnar er viðurkennt. Þó er ljóst að framkvæmd berskjöldunar er ábótavant hjá hluta af úrtakinu (27%). Það er því áhyggjuefni að svo margir séu að notast við aðferðir sem skila ekki mesta mögulega árangrinum, en það þyrfti að laga með aukinni þjálfun í notkun meðferðarinnar og hjálpa sálfræðingum að beita henni rétt þannig að börn með ÁÞR á Íslandi eigi sem mestan möguleika á bata.

The application of exposure by psychologists in Iceland for the treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is characterized by 1) obsessional thoughts, images or impulses which appear as uncomfortable, intrusive and inappropriate and lead to marked anxiety or distress, and 2) compulsion, a goal-directed behavior or rituals to neutralize discomfort or anxiety. Cognitive behavioral therapy with exposure and response prevention is considered the first line therapy for youth with OCD. The aim of this study is to examine whether Icelandic psychologists use high quality exposure therapy for youth with OCD, how it is used, and the overall attitude towards exposure. We translated and adapted a survey questionnaire used in a previous study on the prevalence of exposure-based treatment in the US, the questionnaire was sent through the Icelandic Psychological Association and a total of 26 participants had treated at least one child with OCD within the last year. All of the participants reported using E/RP in OCD treatment, the overall attitude towards E/RP was positive and 46,2% of participants spend more than 61% of the time using E/RP. However, 43% did not try to limit distractions during exposure which might prevent the most optimal results. Therefore, it might be possible that some children with OCD are simply not getting the most optimal treatment. We suggest that E/RP instruction and training for Icelandic psychologists should be increased in order to improve recovery for youth with OCD in Iceland.

Keywords: Compulsion, obsession, exposure therapy, response prevention

Heimildir

- American Psychological Association. (e.d.). What is Exposure Therapy? Sótt af <http://www.apa.org/ptsd-guideline/patients-and-families/exposure-therapy.aspx>
- Arch, J. J. og Abramowitz, J. S. (2015). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 174–182. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.002>
- Ástrós Elma Sigmarsdóttir og Hrafnkatla Agnarsdóttir. (2018). Berskjöldun við kviða barna: Könnun meðal íslenskra sálfræðinga um notkun á berskjöldun í meðhöndlun kviðaraskana hjá börnum og unglingum. Óbirt BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Sálfræðideild.
- Benito, K. G. og Walther, M. (2015). Therapeutic process during exposure: Habituation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 147–157. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.006>
- Berman, N. C., Fang, A., Hansen, N. og Wilhelm, S. (2015). Cognitive-based therapy for OCD: Role of behavior experiments and exposure processes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 158–166. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.01.001>
- Flament, M. F., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C. Z., Kalikow, K., . . . Shaffer, D. (1988). Obsessive Compulsive Disorder in Adolescence: An Epidemiological Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(6), 764–771. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-198811000-00018>
- Foa, E. B. og Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20–35.
- Geller, D. A. og March, J. (2012). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 98–113. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.09.019>
- Geller, D. A., McGuire, J. F., Orr, S. P., Pine, D. S., Britton, J. C., Small, B. J., . . . Storch, E. A. (2017). Fear conditioning and extinction in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 29(1), 17–26.
- Heyman, I., Fombonne, E., Simmons, H., Ford, T., Meltzer, H. og Goodman, R. (2001). Prevalence of obsessive-compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *British Journal of Psychiatry*, 179(4), 324–329. doi:<https://doi.org/10.1192/bjp.179.4.324>
- Hezel, D. M., og Simpson, H. B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian journal of psychiatry*, 61(Suppl 1), S85.
- Ivarsson, T., Skarphedinsson, G., Kornør, H., Axelsdottir, B., Biedilæ, 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:<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.01.015>
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A. og Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366–380. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.366>
- McGuire, J. F., Orr, S. P., Essoe, J. K.-Y., McCracken, J. T., Storch, E. A. og Piacentini, J. (2016). Extinction learning in childhood anxiety disorders, obsessive compulsive disorder and post-traumatic stress disorder: implications for treatment. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 16(10), 1155–1174. doi:<https://doi.org/10.1080/14737175.2016.1199276>
- Micali, N., Heyman, I., Perez, M., Hilton, K., Nakatani, E., Turner, C. og Mataix-Cols, D. (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: Follow-up of 142 children and adolescents. *The British Journal of Psychiatry*, 197, 128–134. doi:[10.1192/bjp.bp.109.075317](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.075317)
- Murray, C. J. L. og Lopez, A. D. (1996). Evidence-Based Health Policy-Lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science*, 274(5288), 740–743. doi:<https://doi.org/10.1126/science.274.5288.740>
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence]. (2005). *Obsessive compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD)*. London.
- Peris, T. S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sherill, J., March, J., . . . Piacentini, J. (2015). Trajectories of Change in Youth Anxiety during Cognitive Behavior Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(2), 239–252. doi:<http://doi.org/10.1037/a0038402>
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M. og McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 61–69.

- Rosa-Alcázar, A., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. og Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310–1325. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.07.001>
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T. og Kessler, R. C. (2008). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular Psychiatry*, 15(1), 53–63. doi:<https://doi.org/10.1038/mp.2008.94>
- Selles, R. R., Belschner, L., Negreiros, J., Lin, S., Schubert, D., McKenney, K., ... & Stewart, S. E. (2018). Group family-based cognitive behavioral therapy for pediatric obsessive compulsive disorder: Global outcomes and predictors of improvement. *Psychiatry research*, 260, 116–122.
- Sheppard, D. M., Bradshaw, J. L., Purcell, R. og Pantelis, C. (1999). Tourette's and comorbid syndromes: Obsessive-compulsive and Attention deficit hyperactivity disorder. A common etiology? *Clinical Psychology Review*, 19(5), 531–552.
- Skarphedinsson, G., Hanssen-Bauer, K., Kornør, H., Heiervang, E. R., Landrø, N. I., Axelsdóttir, B., ... Ivarsson, T. (2014). Standard individual cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review of effect estimates across comparisons. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(2), 81–92. <https://doi.org/10.3109/08039488.2014.941395>
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Sótt af <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>
- Stewart, E., Frank, H., Benito, K., Wellen, B., Herren, J., ... Whiteside, S. P. (2016). Exposure therapy practices and mechanism endorsement: A survey of specialty clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(4), 303–311. doi:<https://doi.org/10.1037/pro0000094>
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., ... Smith, B. M. (2015). Exposure therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167–173. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.12.007>
- Vande Voort, J. L., Svecova, J., Jacobson, A. B., og Whiteside, S. P. (2010). A retrospective examination of the similarity between clinical practice and manualized treatment for childhood anxiety disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17, 322–328. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.12.002>
- Williams, T. I., Salkovskis, P. M., Forrester, L., Turner, S., White, H. og Allsopp, M. A. (2009). A randomised controlled trial of cognitive behavioural treatment for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19(5), 449–456. doi:<https://doi.org/10.1007/s00787-009-0077-9>
- Yardley, H. (2013). What are signs of OCD in children and teens? 700 children's blog, *Nationwide children's*. <https://www.nationwidechildrens.org/family-resources-education/700childrens/2013/08/what-are-the-signs-of-ocd-in-children-and-teens>