

Berskjöldun fyrir börn með kvíðaraskanir:

Könnun meðal íslenskra sálfræðinga um notkun berskjöldunar í meðhöndlun kvíðaraskanana hjá börnum og unglingum

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

Berskjöldun (exposure) er gagnreynd aðferð til að draga úr hamlandi kvíða hjá börnum með kvíðaraskanir og hafa rannsóknir sýnt að hún sé áhrifaríkasti hluti hugrænnar atferlismeðferðar. Bandarískar rannsóknir benda til þess að berskjöldun sé vannýtt á klínískum vettvangi en staðan innan Evrópu er enn óljós. Tilgangur rannsóknarinnar var að kortleggja stöðu íslenskra sálfræðinga í notkun berskjöldunar við kvíðaröskunum barna (almennri kvíðaröskun, aðskilnaðarkvíða og félagskvíða). Önnur markmið rannsóknarinnar voru að meta viðhorf meðferðaraðila til berskjöldunar, þjálfun þeirra í beitingu aðferðarinnar og val á aðferðum í meðferð. Allir sálfræðingar innan Sálfræðingafélags Íslands fengu sendan spurningalista og til að geta tekið þátt þurfti viðkomandi að hafa meðhöndlað að minnsta kosti eitt barn á aldrinum fimm til 17 ára með kvíðaröskun sem aðalröskun á síðastliðnum 12 mánuðum. Samtals svöruðu 50 félagsmenn könnuninni. Í ljós kom að flestir þátttakendur voru með meistaragráðu og flestir unnu á heilsugæslustöð, Barna- og unglingageðdeild eða á einkarekinni stofu. Niðurstöður sýndu að langflestir nota HAM og berskjöldun (94%) til þess að meðhöndla börn og unglinga með kvíðaröskun. Einnig voru viðhorf gagnvart aðferðinni að öllu jöfnu jákvæð. Þrátt fyrir það virðist skorta þjálfun og innleiðingu á aðferðinni. Í samanburði við Bandaríkin virðist Ísland standa ágætlega hvað varðar notkun á berskjöldun þó svo að gæði aðferðinnar í meðferð séu óljós. Í framhaldi af þessari rannsókn væri gagnlegt að rannsaka meðferðarfylgni meðferðaraðila í því skyni að fá betri innsýn í það hvort verið sé að veita börnum á Íslandi meðferðarúrræði sem skilar árangri.

Efnisorð: Hugræn atferlismeðferð, berskjöldun, kvíðaraskanir barna, meðferðaraðilar, gagnreyndar aðferðir

Klínískar leiðbeiningar mæla með hugrænni atferlismeðferð (HAM) og SSRI-lyfjameðferð (e. *selective serotonin re-uptake inhibitor*) sem fyrstu meðferð við kvíðaröskunum hjá börnum (NICE, 2013; Socialstyrelsen, 2017; Wang o.fl., 2017). Hugræn atferlismeðferð fyrir kvíðaraskanir inniheldur venjulega nokkra þætti eins og afslöppunaræfingar, hugrænt endurmat (*cognitive restructuring*) og berskjöldun (*exposure*). Þess vegna er erfitt að átta sig á hvaða meðferðarþættir skipta mestu máli. Hins vegar er ýmislegt sem bendir til þess að berskjöldun sé mögulega áhrifaríkasti hluti hugrænnar atferlismeðferðar í meðhöndlun á kvíðaröskunum barna (Schnurr o.fl., 2007; Foa o.fl., 2005; Davidson o.fl., 2004; Gloster

o.fl., 2011; Ollendick o.fl., 2009; Peris o.fl., 2015) þótt ekki sé hægt að fullyrða það þar sem beinar samanburðarrannsóknir eru ekki til meðal barna með kvíðaraskanir. Beinar samanburðarrannsóknir meðal fullorðinna með kvíðaraskanir hafa ekki sýnt fram á að berskjöldun sé áhrifaríkari en hugræn meðferð

Ástrós Elma Sigmarsdóttir er BS í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Hrafnkatla Agnarsdóttir er BS í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Aron Eydal Sigurðarson er BS í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Sindri Lárusson er BS í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands og Guðmundur Skarphéðinsson er dósent við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Ástrósar Elmu Sigmarsdóttur. Netfang: aes2@hi.is.

(Ougrin, 2011). Eins og áður sagði er þó margt sem bendir til þess að berskjöldun leysi úr læðingi mikilvæga breytingarferla (change processes) sem skipta miklu máli (McGuire og Storch, 2019; Peris o.fl., 2015). Þrátt fyrir þetta virðist staðreyndin vera sú að berskjöldun sé enn vannýtt á klínískum vettvangi (Freiheit, Vye, Swan og Cady, 2004).

Takmörkuð notkun berskjöldunar virðist að mestu leyti liggja í viðhorfi meðferðaraðila til berskjöldunar, skorti á þjálfun berskjöldunaraðferða og þeirri tiltrú að berskjöldun sé ekki nauðsynlegur hluti af HAM (Becker, Zayfert og Anderson, 2004; Gunter og Whittal, 2010). Neikvæð viðhorf til berskjöldunar geta ráðið úrslitum í ákvörðunartöku um meðferðartækni (Olatunji, Deacon og Abramowitz, 2009) og hafa rannsóknir sýnt fram á að slík viðhorf tengist vannýtingu berskjöldunaraðferða (Deacon o.fl., 2013; Meyer, Farrell, Kemp, Blakey og Deacon, 2014). Þrátt fyrir að margir sjái ávinning í því að nota berskjöldun eru þó einhverjir sem virðast vera á þeirri skoðun að berskjöldun geti orðið til þess að kvíðaeinkenni einstaklinga versni, að meðferðarsambandið hljóti skaða af eða að einstaklingar upplifi berskjöldun sem áfall sem gerir illt verra (Becker o.fl., 2004; Deacon o.fl., 2013; Gunter og Whittal, 2010; van Minnen, Hendriks og Olf, 2010). Þá eru aðrir sem telja að aðferðin sé einfaldlega ósiðleg, ónærgætin, ströng og/eða árangurslaus (Sars og van Minnen, 2015). Fjöldi tilfella og starfsreynsla virðast ekki hafa áhrif á viðhorf meðferðaraðila og bendir það til þess að menntun sé meiri áhrifavaldur en starfsreynsla (Sars og van Minnen, 2015). Þá hafa rannsakendur þróað samansafn aðferða innan HAM með fjölmörgum hugrænum aðferðum, örvunarminnkandi aðferðum og berskjöldunaraðferðum (Barlow og Craske, 2007). Þar af leiðandi gæti berskjöldun birst einhverjum sem eitt af fjölmörgum verkfærum HAM en ekki nauðsynlegur hluti meðferðarinnar í heild (Whiteside, Deacon, Benito og Stewart, 2016).

Nokkrar kenningar hafa komið fram til þess að skýra hvernig breytingar eiga sér stað í meðferð byggðri á berskjöldun (Stewart o.fl., 2016). Þessar kenningar hafa varpað ljósi á ákveðin ferli og aukið skilning á því hvers vegna meðferð byggð á berskjöldun sé áhrifarík í meðhöndlun

kvíðaraskana (Stewart o.fl., 2016). Kenningin um hugrænt líkan (e. *cognitive model*) byggist á að breyta hamlandi hugsunarháttum (Berman, Fang, Hansen og Wilhelm, 2015). Í því felst að skora á örökréttar hugsanir og að nota hugræna færni meðan á berskjöldun stendur, stundum kallað hugrænt endurmat (Emmelkamp og Beens, 1991; van Oppen o.fl., 1995; Wilhelm o.fl., 2009, 2005). Líkanið um bjargráð (e. *coping model*) leggur hins vegar meiri áherslu á að draga úr og koma í veg fyrir kvíðavekjandi hugsanir með því að auka sjálfstíltrú einstaklinga (Kendall o.fl., 2005). Kenning um viðvana (e. *habituation*) hefur jafnframt vakið mikla athygli en þar snýst berskjöldun um að draga úr kvíða við það áreiti sem vekur upp ótta (Abramowitz og Arch, 2014; Benito og Walther, 2015). Til að viðvani myndist þarf fyrst að virkja kvíðaviðbragð og því næst að takmarka hegðun sem dregur úr kvíða, líkt og öryggis- eða forðunarhegðun (Benito og Walther, 2015). Samkvæmt þeirri kenningu er berskjöldun áhrifarík vegna þess að hún byggir upp ákveðna tengingu við óttaáreiti en takmarkar á sama tíma möguleikann á öryggis- eða forðunarhegðun (Benito og Walther, 2015). Meginmarkmið er að minnka kvíðaviðbragð meðan á berskjöldun stendur og er talið að viðvana sé náð þegar ótti við áreiti hefur minnkað, án þess að forðun, flótti eða öryggishegðun eigi sér stað (Benito og Walther, 2015). Samkvæmt kenningunni um úrvinnslu tilfinninga (e. *emotional processing theory*) er viðvani við óttaáreiti grunnurinn að árangursríkri berskjöldunarmeðferð (Foa og Kozak, 1986; Foa og McNally, 1996). Sú kenning var upphaflega skilgreind sem breyting á uppbyggingu ótta þar sem neikvæðum eða óraunhæfum tengslum við áreiti, sem vekja upp kvíða, er skipt út fyrir ný og hlutlaus tengsl í gegnum viðvana (Foa og Kozak, 1985, 1986). Kenningin byggist á því að til þess að langtímaárangur náist þurfi viðvani að birtast innan meðferðar sem og utan hennar. Aftur á móti hefur kenningin ekki fengið nægilega sterkan rannsóknarstuðning (Craske o.fl., 2008).

Nýlegri kenningar sem leggja einnig áherslu á slokkun í berskjöldunarmeðferð telja að undirstaðan í virkni meðferðar sé hömlunarnám

(Bouton, 1993; Miller og Matzel, 1988; Wagner, 1981; Craske, Treanor, Conway, Zbozinek og Vervliet, 2014). Samkvæmt líkani byggðu á hömlunarnámi (e. inhibitory learning) er árangur sem fæst með berskjöldun fyrst og fremst tilkominn vegna þess að nýtt nám, eða tengsl milli skilyrts áreitis og skilyrts viðbragðs, á sér stað sem felur ekki í sér óttavekjandi áreiti eða forðunarviðbrögð. Ef þessi nýja tenging verður sterkari en gamla tengingin milli skilyrts óttaáreitis og skilyrtra forðunarviðbragða, þá kemur fram bati (Arch og Abramowitz, 2015). Hlutverk meðferðaraðila í gegnum ferlið er að hámarka líkurnar á að hömlunarnám eigi sér stað (Arch og Abramowitz, 2015). Það felur meðal annars í sér að hrekja á brott neikvæðar væntingar, hvetja einstaklinga til að tjá sig með orðum og hafa fjölbreytileika í meðferð, líkt og að birta áreiti á mismunandi hátt og í mismunandi samhengi (Arch og Abramowitz, 2015). Rannsóknir styðja að hömlunarnám sé mikilvægur þáttur í slokknun á óttaviðbragði (Bouton, 1993; Bouton, Woods, Moody, Sunsay og García-Gutiérrez, 2006; Vervliet, Craske og Hermans, 2013). Þá sýna niðurstöður rannsóknargagna einnig að þeir þættir sem felast í hömlunarnámi virðast viðhalda framförum og árangri í meðferð (Lang og Craske, 2000; Rowe og Craske, 1998). Craske og félagar (2008, 2012, 2014) telja líklegt að langtímaárangur af berskjöldun fyrir kvíðaraskanir sem og árátu- og þráhyggjuröskun sé tilkominn vegna hömlunarnáms.

Á alþjóðavísu hefur notkun berskjöldunar helst verið rannsökuð innan Bandaríkja-anna (Freiheit, 2004). Rannsókn meðal 500 bandarískra meðferðaraðila sýndi að um 71% byggja meðferð sína á HAM en að aðeins þriðjungur noti berskjöldunaráfingar reglulega við félagskvíða (Freiheit o.fl., 2004). Þá er einnig athugavert hve margir styðjast ekki við berskjöldunaraðferðir við felmtursröskun og árátu- og þráhyggjuröskun (Freiheit o.fl., 2004). Rannsókn Whiteside og félaga (2016) sýndi einnig að um 40% meðferðaraðila noti ekki berskjöldun í kvíðameðferð barna. Í Evrópu vantar gögn um notkun berskjöldunar þó svo að nokkrar rannsóknir hafi verið gerðar (Sars og

van Minnen, 2015). Rannsókn frá Þýskalandi sýndi að um helmingur meðferðaraðila notaði ekki berskjöldun í meðferð við árátu- og þráhyggjuröskun (Külz o.fl., 2010). Af rannsókn Sars og van Minnen (2015) í Hollandi mátti hins vegar sjá að meðferðaraðilar höfðu almennt jákvæð viðhorf til berskjöldunar, notuðu berskjöldun við kvíðaröskunum í miklum mæli og höfðu flestir hlotið viðeigandi þjálfun. Án þess að vita nákvæmlega hvernig berskjöldun er notuð í meðferð hafa nýlegar rannsóknir sem snúa að notkun hennar margar hverjar lofað góðu um meðferð barna gegn kvíðaröskunum og árátu- og þráhyggjuröskun (Stewart o.fl., 2016; Sars og van Minnen, 2015).

Í ljósi þeirra ávinninga sem berskjöldun hefur í för með sér er ástæða til þess að hafa áhyggjur af því að hún sé vannýtt á klínísku sviði. Mikilvægt er að gagnreynd meðferð standi til boða hverju sinni svo að hagsmunir einstaklinga skerðist ekki. Ef það dregur úr árangri meðferða geta afleiðingar af því verið viðtækar, líkt og að einstaklingar hætti í meðferð sem getur valdið því að einkenni standi í stað eða versni. Sálfræðiþjónusta er kostnaðarsöm og því er áriðandi að þær aðferðir sem eru líklegastar til að bera árangur séu raunverulega nýttar. Það er samfélaginu í heild til hagsbóta að fá upplýsingar um stöðu meðferðarmála og þá sérstaklega þegar kemur að meðferð sem snýr að börnum. Sé raunin sú að notkun berskjöldunar þarfnist umbóta þarf að bregðast við með viðeigandi aðgerðum, til að mynda með því að setja meiri tíma, pening og metnað í þjálfun meðferðaraðila eða með annars konar inngrípum.

Markmið rannsóknarinnar var að kanna notkun meðferðaraðila á berskjöldun í meðferð við kvíðaröskunum barna (almennri kvíðaröskun, aðskilnaðarkvíða og félagskvíða) svo hægt sé að bera saman notkun á gagnreyndum aðferðum við önnur lönd. Kannað var hvort íslenskir sálfræðingar teldu sig hafa fengið viðeigandi þjálfun í notkun á berskjöldun og hvort þeir veittu slíka þjálfun. Viðhorf meðferðaraðila gagnvart berskjöldun voru skoðuð með tilliti til mats þátttakenda á hugsanlegum vandkvæðum og ávinningum þess að nota berskjöldun í meðferð og vali á aðferðum.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknar voru skráðir sálfræðingar hjá Sálfræðingafélagi Íslands og var þeim sendur spurningalisti í gegnum tölvupóst. Til þess að geta tekið þátt í rannsókninni var skilyrði að sálfræðingur hefði meðhöndlað að minnsta kosti eitt barn á aldrinum fimm til 17 ára með kvíðaröskun sem aðalröskun á síðastliðnum 12 mánuðum. Þátttakendur voru 50 talsins af 656 félagsmönnum. Ekki er ljóst hve margir félagsmenn vinna með börnum.

Mælitæki

Þátttakendur svöruðu spurningakönnun á netinu sem var byggð á könnun Stewart og félaga (2016). Könnunin var sett upp í þeim tilgangi að kanna stöðuna á meðferðarúrræðum fyrir börn með kvíðaraskanir og/eða árætti- og þráhyggjuröskun á Íslandi. Fyrstu spurningarnar sneru að almennum upplýsingum á borð við tíðni, tegund raskana sem þátttakendur veittu meðferð við og hvort viðkomandi hefði verið hluti af teymi í handleiðslu og þjálfun berskjöldunar. Í kjölfarið fylgdu sértækari spurningar um meðferðarnálgun og var lögð sérstök áhersla á notkun berskjöldunar. Spurningarnar voru allar eins uppsettar, bæði fyrir kvíðaraskanir og árætti- og þráhyggjuröskun. Spurningalistinn samanstóð af fjórum hlutum sem skiptust í notkun meðferðaforma, berskjöldunaraðferðir, ástæður fyrir því að berskjöldun væri ekki notuð og ástæður fyrir því að börn næðu árangri með berskjöldun. Þátttakendur áttu kost á því að sleppa spurningum sem áttu ekki við. Að lokum var spurt um menntunarstig og vinnustað.

Framkvæmd

Persónugreinanlegum upplýsingum var ekki safnað og því var nóg að tilkynna rannsóknina til Persónuverndar. Þá var engum heilbrigðisupplýsingum safnað og þar af leiðandi var ekki þörf á að fá leyfi frá Vísindasiðanefnd. Spurningakönnun Stewart og félaga var þýdd og löguð að íslensku samfélagi. Könnunin var sett upp í hugbúnaðarkerfinu QuestionPro, lesin yfir og forprófuð. Þar á eftir var könnunin send

á Sálfræðingafélag Íslands sem áframsendi könnunina á netföng allra skráðra sálfræðinga á Íslandi. Upplýsingar um rannsóknina sjálfa voru settar fram á fyrstu síðunni. Þar kom fram áætluð tímalengd þátttöku, réttur þátttakenda ásamt samþykktarformi þar sem þátttakendur gátu lýst yfir samþykki sínu með því að ýta á „Já“.

Tölfræðileg úrvinnsla

Við úrvinnslu gagna var notast við forritin Microsoft Excel og IBM SPSS statistics. Gögnin voru hreinsuð af brottfallsgildum og þeim skipt í tvennt út frá spurningum sem sneru annars vegar að meðferð tengdri árætti- og þráhyggjuröskun og hins vegar kvíðaröskunum. Til að byrja með voru 67 þátttakendur. Miðað var við að halda þeim þátttakendum inni sem svöruðu fleiri en 14 spurningum af 18 eða tæplega 80%. Þá voru einnig tveir þátttakendur sem svöruðu erlendis frá en þar sem rannsóknin miðaðist við Ísland voru þeir fjarlægðir. Endanlegur fjöldi þátttakenda var því 50 sálfræðingar sem höfðu meðhöndlað börn með kvíðaraskanir á síðastliðnum 12 mánuðum.

Niðurstöður

Meistaragráða var hæsta menntunarstig hjá flestum þátttakendum ($n = 46$), einn var með doktorsgráðu og einn með viðbótarmeistaránám. Flestir þátttakendur í rannsókninni unnu á heilsugæslustöð eða á Barna- og unglingageðdeild ($n = 20$) eða á einkarekinni stofu ($n = 17$). Þá sögðust 12 þátttakendur vinna við skólaþjónustu, fimm hjá barnavernd og einn í félagsþjónustu. Aðrir vinnustaðir þátttakenda voru Greiningar- og ráðgjafarstöð ríkisins ($n = 1$) og þjónustusamningar við stofnanir ($n = 1$). Fjöldi barna sem þátttakendur höfðu sinnt með kvíðaröskun á síðastliðnu ári var að meðaltali 29,7 ($Sf = 29,8$), á bilinu 2 til 150. Þátttakendur voru beðnir um að raða röskunum niður eftir því hversu oft þeir veittu meðferð við þeim, frá 1 (sjaldnast) til 5 (oftast) og niðurstöður voru: Félagskvíði ($M = 4,06$, $Sf = 1,02$), almenn kvíðaröskun ($M = 3,89$, $Sf = 1,02$), aðskilnaðarkvíði ($M = 3,36$, $Sf = 1,34$), aðrar raskanir ótengdar kvíða ($M = 3,31$, $Sf = 1,28$), aðrar kvíðaraskanir ($M = 2,85$, $Sf = 1,17$) og árætti- og þráhyggjuröskun ($M = 1,98$, $Sf = 1,31$).

Tafla 1. Mat þátttakenda á notkun berskjöldunar í meðferð.

	0-20% n (%)	21-40% n (%)	41-60% n (%)	61-80% n (%)	81-100% n (%)
<i>Þegar þú meðhöndlar börn með kvíðaröskun, í hversu mörgum tilfellum notar þú berskjöldun?</i>	0 (0%)	4 (8,5%)	8 (17%)	7 (14,9%)	28 (59,6%)
<i>Þegar þú meðhöndlar börn með kvíðaröskun, hve mikið af tímanum fer í berskjöldun að meðaltali?</i>	5 (10,9%)	12 (26,1%)	17 (37%)	12 (26,1%)	0 (0%)
<i>Þegar þú meðhöndlar börn með kvíðaröskun og notar berskjöldun, hversu oft fjalla heimaverkefni um berskjöldun?</i>	2 (4,3%)	6 (12,8%)	14 (29,8%)	11 (23,4%)	14 (29,8%)

Tafla 2. Afstaða þátttakenda til þess hvort eftirfarandi ástæður hafi áhrif á það að þeir noti ekki berskjöldun í öllum tilfellum. Hlutfall vísar til þeirra þátttakenda sem töldu eftirfarandi ástæður stuðla annaðhvort sterklega eða að einhverju leyti að ákvörðun.

Hindranir	Stuðlar að ákvörðun
<i>Barn er með fylgiröskun eða önnur vandamál sem hafa truflandi áhrif á berskjöldun</i>	47,7%
<i>Berskjöldun hentar ekki barni</i>	40%
<i>Sum börn eru ekki áhugasöm um að taka þátt í berskjöldun</i>	40%
<i>Sum börn svara öðru meðferðarformi betur</i>	37,2%
<i>Ég hef áhyggjur af því að berskjöldun valdi barni of mikilli streitu eða geri einkennin verri</i>	23,3%
<i>Barn hefur áður farið í gegnum berskjöldun sem bar ekki árangur</i>	13,6%

HAM var algengasta kenningarlega nálgunin hjá 94% þátttakenda (n = 47). Aðrar nálganir sem þátttakendur merktu við voru fjölskyldunálgun (n = 4), blönduð nálgun (n = 3), sálarafsnálgun (n = 1), húmanísk nálgun (n = 1), atferlisfræði (n = 1) og díalektísk atferlismeðferð (n = 1). Um helmingur (53,1%) sagðist bjóða öðrum upp á þjálfun í notkun berskjöldunar þegar kæmi að meðferð við kvíða. Þá svöruðu 47,8% þeirra sem voru hluti af teymi sem þjálfaði aðra að berskjöldun fælist í þeirri þjálfun. Flestir sögðust hafa fengið viðeigandi þjálfun í notkun á berskjöldun við kvíðaröskunum (72%) en átta þátttakendur (16%) sögðust ekki hafa fengið viðeigandi þjálfun og sex (12%) voru óvissir. Langflestir þátttakenda sögðust beita berskjöldun sem meðferðarúrræði fyrir börn með kvíðaröskun, eða um 93,9%. Þá greindu

flestir frá því að þeir notuðu berskjöldun í 81-100% tilfella og meirihluti svaraði að um 41-60% af meðferðatíma færi að jafnaði í berskjöldun (tafla 1). Þá voru jafnmargir sem sögðust setja berskjöldun fyrir sem heimaverkefni í 41-60% tilfella og 81-100% tilfella (tafla 1).

Að jafnaði sagðist 21 þátttakandi alltaf nota berskjöldun og gaf þar af leiðandi ekki upp neina hindrun í notkun aðferðarinnar. Þá voru að jafnaði 23 þátttakendur sem sögðust ekki alltaf nota berskjöldun. Sú hindrun sem var oftast nefnd var: „Barn er með fylgiröskun eða önnur vandamál sem hafa truflandi áhrif á berskjöldun“ en þar á eftir kom: „Sum börn eru ekki áhugasöm um að taka þátt í berskjöldun“ og „Berskjöldun hentar ekki barni“ (sjá töflu 2).

Allir þátttakendur nefndu fleiri en eina aðferð sem þeir væru líklegir til að nota í meðferð barns

Tafla 3. Hlutfall þátttakenda sem nota eftirfarandi aðferðir í meðferð barna með kvíðaraskanir (almenna kvíðaröskun, aðskilnaðarkvíða og félagskvíða).

Aðferðir	Hlutfall notkunar
Tækni innan meðferðar	
<i>Hugrænt endurmat</i>	96%
<i>Fræðsla</i>	94%
<i>Foreldraþjálfun</i>	88%
<i>Berskjöldun við raunverulegar aðstæður</i>	84%
<i>Þjálfun bjargráða</i>	72%
<i>Afslöppunaræfingar</i>	56%
<i>Berskjöldun með ímyndun</i>	50%
<i>Aðrar meðferðir</i>	6%
Nauðsynlegir hlutar berskjöldunar	
<i>Nota hugræna aðferð eða bjargráð</i>	92%
<i>Berskjöldun sem byggð er á stigveldi</i>	90%
<i>Nota tilfinningamæli eða aðrar huglægar mælingar á kvíða</i>	78%
<i>Ljúka berskjöldun þegar kvíði minnkar</i>	60%
<i>Afslöppunaræfingar/ímyndun</i>	58%
<i>Takmarka það sem truflar æfinguna</i>	56%
<i>Hughreysta</i>	18%
<i>Halda uppi samræðum</i>	12%
<i>Annað</i>	6%

með kvíðaröskun. Þar var hugrænt endurmat oftast nefnt ásamt fræðslu og foreldraþjálfun (sjá töflu 3). Einnig var spurt um öll þau atriði sem þátttakendur notuðu í meðhöndlun barns með kvíðaröskun sem teldust til nauðsynlegra hluta berskjöldunar. Flestir nefndu hugræna aðferð eða bjargráð og/eða berskjöldun sem væri byggð á stigveldi (sjá töflu 3).

Þátttakendur voru beðnir um að gefa upp ástæðu fyrir því hvers vegna börn gætu náð árangri með berskjöldun til að reyna að fá hugmynd um viðhorf þeirra. Af þremur mögulegum svörum völdu flestir (33 talsins) svarmöguleikann: „Barnið hefur lært að það er ólíklegt að afleiðingarnar sem það óttaðist verði að veruleika” (hömlunarnám). Þar á eftir voru átta talsins sem merktu við svarmöguleikann: „Barnið hefur lært nýja hæfni til þess að draga

úr eða takast á við kvíða” (líkan um bjargráð) og sex talsins sem völdu svarmöguleikann: „Barnið hefur lært að upplifa kvíðatilfinningu þangað til að kvíðinn byrjar að minnka af sjálfu sér“ (viðvani). Þá var þátttakendum einnig gefinn kostur á því að gefa upp aðrar ástæður en þar var meðferðarnálgun byggð á sátt og stefnu (e. *acceptance and commitment treatment*) nefnd tvisvar.

Umræða

Viðhorf meðal þátttakenda gagnvart berskjöldun virðist vera nokkuð jákvætt. Nær allir þátttakendur rannsóknarinnar greindu frá því að HAM væri megin kenningarlega nálgun þeirra og allt að 93,3% sögðust nota berskjöldun í meðferð við kvíðaröskunum. Ef marka má

sjálfsmat þátttakenda má áætla að stór hluti af meðferðatíma sé nýttur í berskjöldun og að berskjöldunaræfingar séu iðulega settar fyrir sem heimaverkefni. Út frá þeim upplýsingum má áætla að stór hluti þátttakenda sé hlynntur meðferð sem er í samræmi við klínískar leiðbeiningar og kerfisbundnar yfirlitsgreinar (Connolly o.fl., 2007; Foa o.fl., 1999, 2005; Geller og March, 2012; Ollendick o.fl., 2009; Watson og Rees, 2008; Wang o.fl., 2017; NICE, 2013; Socialstyrelsen, 2017) og gögn fyrri rannsókna sem sýna að árangur HAM megi helst rekja til berskjöldunar (Kendall o.fl., 1997; Ollendick, 1995; Ollendick o.fl., 1991). Meðferðaraðilar í þessari rannsókn virðast því tiltölulega meðvitaðir um mikilvægi berskjöldunar í kvíðameðferð barna.

Allir þátttakendur nefndu fleiri en eina aðferð sem þeir sögðust nota í meðferð við kviða og voru aðferðirnar hugrænt endurmat, fræðsla, foreldraþjálfun og berskjöldun við raunverulegar aðstæður nefndar oftast. Það er áriðandi að foreldrar séu vel upplýstir um röskun barna sinna til þess að geta tekið þátt í meðferð þeirra á árangursríkan hátt og því eðlilegt að mikil áhersla sé lögð á þessa þætti. Nauðsynlegir hlutar berskjöldunar sem þátttakendur nefndu oftast voru hugrænt endurmat, bjargráð og berskjöldun byggð á stigveldi. Gögn erlendra rannsókna styðja að þessar aðferðir séu árangursríkar í berskjöldunarmeðferð (Emmelkamp og Beens, 1991; van Oppen o.fl., 1995; Wilhelm o.fl., 2009, 2005; Kendall, 1994; Weis, 2014) og því jákvætt að þær séu ofarlega á lista hjá meðferðaraðilum. Aðferðir sem hafa hlotið minni stuðning rannsókna voru þó einnig nefndar, líkt og að hughreysta og að halda uppi samræðum. Jafnframt var aðeins um helmingur þátttakenda sem sagðist takmarka það sem truflar æfinguna. Það er athugasemjaveitt af þeirri ástæðu að berskjöldun felst í því að einstaklingur mæti þeim aðstæðum eða áreiti sem vekur upp ótta án þess að truflun sé möguleg og er því óneitanlega mikilvægur partur af meðferðartækninni.

Um tveir þriðju hlutar (66%) tjáðu að þeir teldu að árangur sem næðist með berskjöldun væri tilkominn vegna þess að barn hefði lært að það er ólíklegt að afleiðingarnar sem það óttaðist verði að veruleika. Þetta er í samræmi í

við kenningu um hömlunarnám sem hefur hlotið stuðning rannsókna og það er talið viðhalda framförum og árangri í meðferð (Lang og Craske, 2000; Rowe og Craske, 1998). Mikill minnihluti taldi aftur á móti að árangur berskjöldunar væri byggður á viðvana sem er samhljóða rannsóknum Craske og félaga (2008) sem benda til þess að lítill stuðningur sé fyrir því að viðvani hafi áhrif á árangur meðferðar. Þrátt fyrir að viðhorf gagnvart berskjöldun virðist almennt vera jákvæð virðast margir sjá ýmsar hindranir við það að nýta þessar aðferðir að fullu. Sú hindrun sem var oftast nefnd var að fylgiröskun barns eða önnur vandamál gætu haft truflandi áhrif á berskjöldun. Þar á eftir kom að berskjöldun henti ekki öllum börnum og að ekki allir væru áhugasamir um að taka þátt í slíkri meðferð. Líkt og áður hefur komið fram geta viðhorf af þessu tagi ráðið úrslitum um það hvort meðferðaraðilar noti berskjöldun í meðferð eða ekki. Það er mikilvægt að meðferð stjórnist ekki af huglægum skoðunum meðferðaraðila (Deacon o.fl., 2013) heldur því sem gagnreynt er og því mikilvægt að meðferðaraðilar sækji sér fræðslu og þjálfun. Í ljósi þess hve stór meirihluti segist nota berskjöldun í meðferð kemur verulega á óvart hversu margir greina frá því að hafa ekki fengið viðeigandi þjálfun í notkun á berskjöldun eða eru ekki vissir um það. Það bendir til þess að skortur sé á formlegri þjálfun sem er varhugarvert af þeim ástæðum að ósamræmi getur orðið á milli meðferðaraðila ásamt því að aðferðirnar eru þá mögulega ekki leiddar út á viðeigandi hátt. Ef þessi rannsókn er borin saman við rannsókn Stewart og félaga (2016) þar sem nær allir (98,5%) meðferðaraðilar höfðu fengið formlega þjálfun virðist staðan á Íslandi ekki eins góð þar sem eingöngu 72% af þeim sem nota berskjöldun í meðferð töldu sig hafa fengið þjálfun í að nota aðferðirnar. Ef til vill skýrir þetta einnig notkun á afmörkuðum aðferðum, líkt og hughreystingu, sem 18% af þátttakendum greindu frá að þeir notuðu en í rannsókn Stewart og félaga (2016) var sú aðferð aðeins nefnd í 5% tilfella.

Takmarkanir þessarar rannsóknar eru nokkrar. Í fyrsta lagi er svarhlutfall óljóst. Samtals voru 50 þátttakendur sem svöruðu könnuninni af 656 félagsmönnum Sálfræðingafélags Íslands. Það er óljóst hve margir af þeim vinna með börnum

og unglingum. Niðurstöðurnar ber að túlka með eftirfarandi ágalla í huga. Í öðru lagi er eingöngu hægt að segja til um notkun á berskjöldun út frá þessum niðurstöðum, án þess að vita mikið um gæði hennar í meðferð. Ekki þótti tilefni til þess að bera saman menntun og val á aðferðum vegna þess hve einsleitt menntunarstig þátttakenda var. Þar að auki var erfitt skoða annars konar tengsl vegna stærðar úrtaks og svarhlutfalls á einstaka spurningum. Þá var ekki hægt að reikna út svarhlutfall þar sem spurningalistinn var sendur út af þriðja aðila og því ekki ljóst hversu margir fengu spurningalistann í hendurnar. Með því að nota sjálfsmatslista myndast alltaf einhver hætta á þóknunaráhrifum sem vert er að taka með í reikninginn. Þá var augljós áhersla á berskjöldun og líklega nokkuð auðvelt fyrir þátttakendur að átta sig á markmiði rannsóknar. Enn fremur voru þátttakendur beðnir um að rifja upp síðastliðið ár en það er ekki laust við galla þar sem minni mannsins getur verið afar glöppótt.

Þrátt fyrir ofangreindar ástæður gefur rannsóknin engu að síður mjög góða innsýn í stöðu meðferðarúrræða hér á landi. Við erum því skrefinu nær að kortleggja notkun á berskjöldun við kvíðaröskunum hér á landi. Miðað við bandarískar rannsóknir virðist Ísland standa ágætlega hvað varðar notkun á berskjöldun. Það eru góð tíðindi og rannsóknin hefur nú lagt góðan grunn fyrir frekari rannsóknir. Það er hins vegar áhyggjuefni ef ekki stendur til boða viðeigandi þjálfun í gagnreyndum aðferðum og því tilefni til að skoða það betur. Þar sem kvíðaraskanir meðal barna eru algengar og þrálátar er nauðsynlegt að meðferðarúrræði sem skila góðum árangri standi til boða.

Exposure Therapy Practices for Pediatric Anxiety Disorder: A survey of Icelandic clinical psychologists treating youth with anxiety disorders

Exposure is an evidence-based method and previous studies have shown that it is the most effective part of cognitive behavior therapy (CBT) for children with anxiety disorders. Research within the US suggests that exposure-based treatment is still underutilized in clinical practice while data on use of exposure in Europe is still unclear. The aim of this study was to examine the use of exposure amongst psychologists in Iceland while treating children with anxiety disorders (general anxiety disorder, separation anxiety, social anxiety). Attitude towards exposure, training, and the use of exposure-based methods were considered. An Internet-based survey was sent via email to all members of the Icelandic Psychological Association. Criteria for participation was to have treated at least one child aged 5-17 with an anxiety disorder in the last 12 months. Fifty members answered the questionnaire. Most of respondents have a master's degree and were working at a health clinic, the Child and Adolescent psychiatric department or a private practice. The results suggest that exposure-based therapy is widely used among children and adolescents (94%) and attitude towards exposure is mainly positive. However, it seems that exposure-based training is lacking as many of the psychologist reported that they did not receive appropriate training. Compared to US studies, exposure-based treatment in Iceland seems to be accepted and widely used. In light of these results, further research is needed to better understand treatment quality and fidelity.

Keywords: Cognitive behavior therapy, exposure therapy, child anxiety, therapists, treatment components

Heimildir

- Abramowitz, J. S. og Arch, J. J. (2014). Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 20-31.
- 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.
- Barlow, D. H. og Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic* (4. útgáfa). New York, NY: Oxford University Press.
- Becker, C. B., Zayfert, C. og Anderson, E. (2004). A survey of psychologists attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Benito, K. G. og Walther, M. (2015). Therapeutic process during exposure: Habituation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 147-157.
- 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.
- Bouton, M. E. (1993). Context, time, and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114, 80-99.
- Bouton, M. E., Woods, A. M., Moody, E. W., Sunsay, C. og García Gutiérrez, A. (2006). Counteracting the context-dependence of extinction: relapse and tests of some relapse prevention methods. Í M. G. Craske, D. Hermans og D. Vansteenwegen (ritstjórar), *Fear and learning: Basic science to clinical application* (bls. 175-196). Washington: American Psychological Association.
- Connolly, S. D. og Bernstein, G. A. (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(2), 267-283.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. og Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 5-27.
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L. og Vervliet, B. (2012). The role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 322-345.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., og Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: an inhibitory learning approach. *Behaviour research and therapy*, 58, 10-23.
- Davidson, J. R., Foa, E. B., Huppert, J. D., Keefe, F. J., Franklin, M. E., Compton, J. S., . . . Gadde, K. M. (2004). Fluoxetine, comprehensive cognitive behavioral therapy, and placebo in generalized social phobia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1005-1013.
- Deacon, B. J., Farrel, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R. og McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 772-780.
- Emmelkamp, P. M. og Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 29(3), 293-300.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A. og Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of consulting and clinical psychology*, 67(2), 194.
- Foa, E. B. og Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. Í A. H. Tuma og J. D. Maser (ritstjórar), *Anxiety and the anxiety disorders* (bls. 451-452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B. og Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological bulletin*, 99(1), 20-35.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., . . . Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Foa, E. B. og McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. Í R. M. Rapee (ritstjóri), *Current controversies in the anxiety disorders* (bls. 214-227). New York, NY: Guilford Press.
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R. og Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *The Behavior Therapist*, 27, 25-32.

- 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.
- Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., . . . Arolt, V. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 406-420.
- Gunter, R. W. og Whittal, M. L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30, 194-202.
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62(1), 100.
- 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(3), 366-380.
- Kendall, P. C., Robin, J. A., Hedtke, K. A., Suveg, C., Flannery-Schroeder, E. og Gosch, E. (2005). Considering CBT with anxious youth? Think exposures. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(1), 136-150.
- Külz, K. A., Hassenpflug, K., Riemann, D., Linster, H. W., Dornberg, M. og Voderholzer, U. (2010). Psychotherapeutic care in OCD outpatients – Results from an anonymous therapist survey. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60(6), 194-201.
- Lang, A. J. og Craske, M. G. (2000). Manipulations of exposure-based therapy to reduce return of fear: A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1-12.
- McGuire, J. F. og Storch, E. A. (2019). An inhibitory learning approach to cognitive-behavioral therapy for children and adolescents. *Cognitive Behavior Practice*, 26, 214-224.
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M. og Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 54, 49-53.
- Miller, R. R. og Matzel, L. D. (1988). Contingency and relative associative strength. Í S. B. Klein og R. R. Mowrer (ritstjórar), *Contemporary learning theories: Pavlovian conditioning and the status of traditional learning theory* (bls. 61-84). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence]. Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. London, 2013. Sótt 20.03.2018 af <https://www.nice.org.uk/guidance/cg159>
- Olatunji, B. O., Deacon, B. J. og Abramowitz, J. S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 172-180.
- Ollendick, T. (1995). Cognitive behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia in adolescents: A multiple baseline design analysis. *Behavior Therapy*, 26, 517-531.
- Ollendick, T. H., Hagopian, L. P. og Huntzinger, R. M. (1991). Cognitive-behavior therapy with nighttime fearful children. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22(2), 113-121.
- Ollendick, T. H., Öst, L. G., Reuterskiöld, L., Costa, N., Cederlund, R., Sirbu, C., . . . Jarrett, M. A. (2009). One-session treatment of specific phobias in youth: A randomized clinical trial in the United States and Sweden. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 504-516.
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 11, 200.
- Peris, T. S., Compton, S. N., Kendall, P. C., Birmaher, B., Sherrill, J., March, J., . . . Keeton, C. P. (2015). Trajectories of change in youth anxiety during cognitive behavior therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(2), 239-252.
- Rowe, M. K. og Craske, M. G. (1998). Effects of varied-stimulus exposure training on fear reduction and return of fear. *Behaviour research and therapy*, 36(7-8), 719-734.
- Sars, D. og van Minnen, A. (2015). On the use of exposure therapy in the treatment of anxiety disorders: A survey among cognitive behavioural therapists in the Netherlands. *BMC psychology*, 3(1), 26.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, M. T., Chow, B. K., . . . Bernardy, N. (2007). Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 28, 820-830.
- Socialstyrelsen (2017). *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*. Sótt 15.02.2018 af <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20743/2017-12-4.pdf>

- Stewart, E., Frank, H., Benito, K., Wellen, B., Herren, J., Skriner, L. C. og Whiteside, S. P. (2016). Exposure therapy practices and mechanism endorsement: A survey of specialty clinicians. *Professional Psychology: Research and Practice*, 47(4), 303.
- van Minnen, A., Hendriks, L. og Olff, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behavior Research and Therapy*, 48, 312-320.
- van Oppen, P., de Haan, E., van Balkom, A. J., Spinhoven, P., Hoogduin, K. og van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Vervliet, B., Craske, M. G. og Hermans, D. (2013). Fear extinction and relapse: State of the art. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 215-248.
- Wagner, A. R. (1981). SOP: A model of automatic memory processing in animal behavior. Í N. E. S. R. R. Miller (ritstjóri), *Information processing in animals: Memory mechanisms*. Hillsdale: Erlbaum.
- Wang, Z., Whiteside, S. P., Sim, L., Farah, W., Morrow, A. S., Alsawas, M., . . . Murad, M. H. (2017). Comparative Effectiveness and Safety of Cognitive Behavioral Therapy and Pharmacotherapy for Childhood Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(11), 1049-1056.
- Watson, H. J. og Rees, C. S. (2008). Meta-analysis of randomized, controlled treatment trials for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(5), 489-498.
- Weis, R. (2014). *Introduction to abnormal child and adolescent psychology*. Los Angeles, CA: Sage Publications.
- Whiteside, S. P., Deacon, B. J., Benito, K. og Stewart, E. (2016). Factors associated with practitioners' use of exposure therapy for childhood anxiety disorders. *Journal of anxiety disorders*, 40, 29-36.
- Wilhelm, S., Steketee, G., Fama, J. M., Buhlmann, U., Teachman, B. A. og Golan, E. (2009). Modular cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A wait-list controlled trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23, 294-305.
- Wilhelm, S., Steketee, G., Reilly-Harrington, N. A., Deckersbach, T., Buhlmann, U. og Baer, L. (2005). Effectiveness of cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 173-179.