

Atferlismeðferð við áráttu og þráhyggju hjá karlmanni með geðklofa: Einsaga

Guðrún Íris Þórsdóttir

Geðsvið, Landspítali-Háskólasjúkrahús

Þessi rannsókn fjallar um meðferð á karlmanni, sem var greindur með geðklofa og áráttu og þráhyggju. Atferlismeðferð var notuð til að minnka áráttu en þráhyggjan var ekki meðhöndluð sérstaklega. Stigveldislisti var gerður í samráði við skjólstæðing. Meðferð hófst á því sem vakti minnstan kvíða. Meðferð tók 22 skipti og stóð yfir í tvo til fjóra klukkutíma í senn. Sálfræðingur leitast við að hindra skjólstæðing í að endurtaka þá hegðun sem hann framkvæmdi í því skyni að minnka kvíða. Skjólstæðingur var einnig látinn gera það sem hann forðaðist. Áhrif meðferðar voru metin með sjálfsmatsspurningalistum sem mæla kvíða- og þunglyndiseinkenni og einkenni áráttu og þráhyggju. Listarnir voru lagðir fyrir alls fjórum sinnum meðan á meðferð stóð og einnig tvisvar sinnum eftir að meðferð lauk, við fjöggra og sjö mánaða eftirfylgd. Helstu niðurstöður voru þær að þunglyndi, kvíði og áráttu- og þráhyggjueinkenni minnkuðu talsvert. Við eftirfylgd 7 mánuðum eftir meðferð hafði áráttu og þráhyggja aukist lítillega en kvíða- og þunglyndismælingar höfðu lækkað enn frekar. Niðurstöðurnar sýna að þrátt fyrir að það geti verið tímafrekt að meðhöndla áráttu- og þráhyggjueinkenni hjá fólki með geðklofa þá geti það samt skilað umtalsverðum árangri.

Samkvæmt greiningarkerfi Bandarísku Geðlæknasamtakanna, DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*; American Psychiatric Association, 1994) er áráttu- og þráhyggjuröskun (*obsessive compulsive disorder*) kvíðaröskun sem einkennist af þráhyggjukendum hugsunum (*obsessions*) og/eda áráttukennðri hegðun/hugsun (*compulsions*). Þráhyggja er áleitnar og óboðnar hugsanir, ímyndir eða hvatir sem valda einstaklingum sem þær hafa miklum kvíða. Sá sem er haldinn þráhyggju gerir sér grein fyrir að hugsanirnar eru hans eigin. Áráttu er síendurtekið atferli eða hugsanir sem miða að því að draga úr þeim kvíða sem tengist þráhyggjuhugsununum. Sá sem er haldinn áráttu og þráhyggju gerir sér að einhverju leyti grein fyrir að hugsanirnar eða hegðunin sé órókrétt (American Psychiatric Association, 1994).

Samkvæmt DSM-IV greiningarkerfinu

er geðklofi (*schizophrenia*) sjúkdómur sem einkennist af ranghugmyndum og/eda ofskynjunum (American Psychiatric Association, 1994). Ofsóknargeðklofi (*paranoid schizophrenia*) einkennist af einni eða fleiri ranghugmyndum eða tíðum heyrnarofskynjununum en neikvæð einkenni eins og tilfinningaleg flatneskja, óviðeigandi tilfinningaleg viðbrögð og stjærfi eru ekki til staðar. Eitt aðaleinkenni geðklofa er truflun á hugarstarfi sem veldur því að atburðir, sem flestir myndu ekki sjá nein tengsl á milli, eru tengdir saman á órókréttan hátt (Kingdon og Turkington, 1994). Þetta er sérstaklega mikilvægt í tengslum við þá einsögu (*case study*) sem greint er frá hér.

Samkvæmt Clark (2000) er áráttu- og þráhyggjuröskun (Á/P) mun algengari en áður var talið. Í Bandaríkjunum er lífstíðaralgengi 2% til 3% sem er svipuð tíðni og hefur komið fram í faraldsfræðilegum rannsóknum

í ýmsum öðrum löndum (Rasmussen og Eisen 1992). Algengi geðklofa er lægra og benda niðurstöður bandarískra rannsókna til að lífstíðaralgengi geti verið á bilinu 0,5-1,0% (Kingdon og Turkington, 2005).

Á/P er algeng fylgiröskun ákveðinna sjúkdóma, til dæmis átraskana, Tourette sjúkdóms og geðklofa (Rasmussen og Eisen, 1992). Goodman o.fl. (2000) rannsökuðu eitt hundrað einstaklinga með geðklofa, og höfðu 30% þeirra tvö eða fleiri áráttu- eða þráhyggjueinkenni og 23% uppfylltu greiningarskilmerki DSM-IV greiningarkerfisins fyrir Á/P. Samkvæmt Goodman o.fl. (2000) benda rannsóknir til að algengi Á/P hjá geðklofasjúklingum geti verið á bilinu 25%-45%. Bermanzohn (1999) tók saman fjölda rannsókna á Á/P meðal fólks með geðklofa og segir að niðurstöður rannsókna bendi til að Á/P sé annaðhvort mjög sjaldgæf (innan við 5%) eða mjög algeng (yfir 50%) hjá fólki með geðklofa. Samkvæmt Bermanzohn (1999) má leita skýringa á þessu misræmi milli niðurstaðna rannsókna í þáttum svo sem eiginleikum úrtaka og líkum greiningarviðmiðum fyrir þessar tvær raskanir. Goff (1999) telur að ekki sé hægt að draga neinar ályktanir af niðurstöðum Bermanzohns fyrr en rannsóknir skýri vandamál við skilgreiningar á geðklofa annars vegar og áráttu og þráhyggju hins vegar. Það er oft erfitt að greina á milli geðklofa og Á/P. Þetta stafar af því að ekki er alltaf augljóst hvenær hugsanir teljast vera þráhyggja eða vera hluti af sjúkdómsmynd geðklofans. Greiningarnar eru oft á tíðum samtvinnaðar og erfitt að aðgreina vandamálin hvort frá öðru (Randhawa, 2005). Goff (1999) leggur ennfremur áherslu á að þörf sé á rannsóknum sem meta að hve miklu leyti hugræn skerðing og skortur á innsæi hjá fólki með geðklofa hamla áhrifum hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) við einkennum eins og áráttu.

Þar sem lítið hefur verið á geðklofa sem langvinnan líffræðilegan sjúkdóm hefur meðferð fyrst og fremst falist í lyfjameðferð. Nýlegar rannsóknir hafa hins vegar sýnt að

hafa má áhrif á ýmis einkenni geðklofa með sálfræðilegri meðferð. Til dæmis hafa Kingdon og Turkington (1994, 2005) sýnt fram á að það er hægt að meðhöndla vandamál tengd ranghugmyndum í geðklofa með hugrænni atferlismeðferð (HAM). Kingdon og Turkington (1994, 2005) undirstrika að mikilvægt sé að fara sér hægt og nauðsynlegt sé að byrja á að byggja upp traust meðferðarsamband. Þeir byrja á því að hlusta á skjólstæðingana og taka mark á hugmyndum þeirra líkt og þær væru rökréttar. Síðan eru skjólstæðingar spurðir hvaða þýðingu þessar hugmyndir hafi fyrir þá og smám saman er spurt út í trúverðugleika ranghugmyndanna á svipaðan hátt og um hugsanaskekkjur væri að ræða. HAM meðferð hefur einnig verið beitt til að meðhöndla heyrnarofskynjanir hjá fólki með geðklofa með góðum árangri (Wiersma, Jenner, Willige, Spakman og Nienhuis, 2001).

Árangur atferlismeðferðar þar sem berskjöldun með viðbragðshömlun (*exposure and response prevention* eða ERP) hefur verið beitt til að draga úr þráhyggju- og áráttueinkennum hjá fólki með Á/P hefur verið staðfestur í mörgum rannsóknum (sjá t.d. Cottraux o.fl., 2001; Foa, Franklin og Kozak, 1998). Í berskjöldun með viðbragðshömlun er skjólstæðingur látinn takast á við það sem vekur kvíða og komið í veg fyrir að áráttuhegðun sé beitt. Við þetta eykst kvíði í byrjun, en minnkar síðan hægt og sígandi vegna viðvana. Foa og Kozak (1996) hafa ennfremur bent á að áhrif berskjöldunar með viðbragðshömlun eru mögulega meiri þegar meðferðin er stunduð með meðferðaraðila viðstaddan frekar en ef sjúklingur beitir aðferðinni einn og óstuddur. Einnig benda Foa og Kozak (1996) á að áhrif aðferðarinnar verði meiri ef stöðvun viðbragða er algjör en ekki takmörkuð og þegar berskjöldun er beitt bæði við raunverulegar og ímyndaðar aðstæður.

Rannsóknir á meðferð Á/P hjá fólki með geðklofa eru fáar. Miklus, Massie, Baslett og Carmin (2005) segja frá einni slíkri sem einsögu af meðferð á manni að nafni Sam. Gerð var tilraun til að meðhöndla Á/P hjá

Sam, sem einnig leið af geðklofa. Meðferðin var framkvæmd af þremur meðferðaraðilum þrisvar í viku og stóð meðferðin yfir í 6 mánuði. Sam var meðhöndlaður með berskjöldun og viðbragðshömlun og síðan með hugrænni meðferð (HM). Í meðferðartímunum tókst Sam að leysa frekar erfið verkefni, en yfirfærsla á færni var ekki góð. Þegar heim var komið háði árátta honum áfram. Höfundar greina þó frá talsverðum framförum hjá Sam. Til dæmis hafði Sam farið daglega í sturtu fyrir meðferð og þá nokkra klukkutíma í senn en eftir meðferð var hann einungis 45-60 mínútur í sturtu tvisvar í viku.

Vandinn við að meðhöndla Á/P hjá fólki með geðklofa er margþættur. Augljós vandi er skert sjúkdómsinsæi sem oft er til staðar hjá geðklofasjúklingum. Þá getur það einnig valdið vanda ef þráhyggju- og árátthugsanir eru hluti af ranghugmyndakerfi sjúklingsins. Þó hafa lyf oft þau áhrif að sjúkdómsinsæi eykst og ranghugmyndum fækkar (Stahl, 1999; Tran o.fl., 2000) sem getur gert það að verkum að auðveldara verður að meðhöndla einkenni annarra sjúkdóma hjá fólki með geðklofa.

Í meðferðinni sem hér verður sagt frá var ákveðið að meðhöndla Á/P hjá skjólstæðingi með geðklofa. Skjólstæðingurinn var á lyfjum og gerði sér einhverja grein fyrir að þráhyggjuhugsanir sínar væru örökréttar. Með hliðsjón af leiðbeiningum Foa og Kozaks (1996) sem getið var um hér að ofan, var ákveðið að beita berskjöldun með viðbragðshömlun í raunverulegum aðstæðum að meðferðaraðila viðstöddum. Þegar unnið er með Á/P eru hugsanir stundum meðhöndlaðar sérstaklega. Í þessu tilfelli var ákveðið að meðhöndla ekki hugsanir sérstaklega þar sem það kynni að auka kvíðann hjá skjólstæðingi, sem var mjög mikill fyrir. Rökin fyrir þessum ákvörðunum voru þau að skjólstæðingurinn óttaðist mest að sturlast og óttinn við að verða sturlaður getur haft þau þversagnarkenndu áhrif að kvíði eykst, sem getur leitt til þess að viðkomandi sturlast (Kingdon og Turkington, 1994). Eftirfarandi meðferð er því atferlismeðferð.

Bakgrunnur og sjúkrasaga

Skjólstæðingur, sem hér eftir verður kallaður Páll¹ var maður á þrítugsaldri sem bjó hjá föður sínum. Hann var lagður inn á deild á spítala vegna vaxandi þráhyggju- og árátueinkenna. Honum var vísað í meðferð til sálfræðings af sérfræðingi deildarinnar.

Vandamál

Við innlögn var Páll dapur en reyndi samt að bera sig vel og gerði lítið úr vandamálum sínum. Hann var mjög kvíðinn og átti erfitt með að gera ýmsa hluti sem hann hafði framkvæmt vandkvæðalaust áður. Aðra hluti tók hann mjög langan tíma að framkvæma. Páll hafði upplifað sturlunareinkenni í kjölfar vímuefnaneyslu og óttaðist mest að verða fyrir eitrun sem myndi gera hann sturlaðan aftur. Þessar hugmyndir höfðu áhrif á allt hans líf. Hann var með nokkurra daga skegg þegar hann kom fyrst til sálfræðings, vegna þess að hann var hættur að geta rakað sig af ótta við að eitru væri á rakvélinni og myndi berast inn í líkama hans ef hann notaði rakvélina sem myndi þá gera hann sturlaðan. Hann leitaði sífellt eftir staðfestingu á því að það væri í lagi að gera það sem hann var hræddur við að framkvæma. Hann hafði grennst um rúmlega 30 kíló á nokkrum mánuðum þar sem hann var hættur að neyta ýmissar fæðu af ótta við að áfengi eða eiturlyf væru í henni. Hann var hættur að reykja vegna þess að hann gat einungis reykt eina sígarettu úr pakka því hann hélt að eitru kæmist í sígarettunum um leið og hann opnaði pakkann. Vanlíðan Páls hafði verið að aukast undanfarna mánuði fyrir innlögn á spítalann.

Forsaga

Páll átti við hegðunarvanda og námserfiðleika að stríða frá bernsku. Foreldrar skildu þegar Páll var á barnsaldri og versnaði líðan hans eftir það. Eftir skilnað foreldra bjó Páll fyrstu árin hjá móður sinni en flutti til föður síns á unglingsárunum. Páll byrjaði að drekka 13 ára. Hann byrjaði að vinna 16 ára og fór þá að neyta amfetamíns, alsælu og hass reglulega. Páll upplifði sturlunareinkenni fyrst 17 ára

¹Skjólstæðingur gekkst sjálfviljugur undir meðferð og gaf skriflegt leyfi fyrir birtingu efnis úr henni.

gamall og var greindur með ofsóknargeðklofa 18 ára gamall. Tæplega tvítugur byrjaði hann í vinnu, sem hann er í enn þann dag í dag. Hann átti að baki sex innlagnir á geðdeild þegar hann var lagður inn vegna vaxandi þráhyggju- og árátueinkenna.

Síðustu tíu mánuði fyrir innlögn höfðu árátueinkenni aukist stöðugt. Hann skipti mörgum sinnum um hnífapör áður en hann mataðist og hendur hans voru sprungnar af sifældum þvottum. Hann sagði frá því að eitt kvöld hefði hellst úr rauðvínsflösku yfir buxurnar hans og upp frá því hefðu þráhyggju- og árátueinkenni byrjað að gera vart við sig. Áður en Páll greindist með Á/P hafði hann verið mjög reglufastur. Hann gerði vissa hluti á vissum tímum og í rétttri röð og brást illa við þegar eitthvað bar út af vananum. Þess má geta að auk geðklofans og Á/P var Páll einnig greindur með félagsfælni.

Lyfjasaga

Páll svaraði lyfjagjöf miðlungi vel en 19 ára var hann settur á Leponex (lyf við geðklofa) sem hann svaraði mun betur. Tvítugur var hann einnig settur á 100 mg af Zolofti (lyf við þunglyndi). Við innlögn voru lyfin hækkuð, Leponexið úr 500 í 550 mg og Zoloftið úr 100 mg í 150 mg.

Mælitæki

Sjálfsmatsspurningalistar voru notaðir til að mæla kvíða- og þunglyndiseinkenni og einkenni Á/P. Listarnir voru lagðir fyrir við upphaf og lok meðferðar og tvisvar sinnum að auki á meðan meðferð stóð. Listarnir voru einnig lagðir fyrir í eftirfylgd, 4 og 7 mánuðum eftir meðferð.

Kvíði var mældur með Kvíðakvarða Becks (*Beck's Anxiety Inventory - BAI*). Þetta er sjálfsmataskvarði með 21 spurningu, sem mælir líkamleg einkenni kvíða. Þessi kvarði er hannaður sérstaklega fyrir fólk með geðræn vandamál. Kvarðinn hefur hátt innra réttmæti og góðan endurprófunaréiðanleika (Beck, Epstein, Brown og Steer, 1988). Kvarðinn var þýddur af Eiríki Erni Arnarsyni.

Geðlægð var metin með Þunglyndiskvarða Becks (*Beck's Depression Inventory - BDI*) sem einnig er sjálfsmataskvarði með 21 spurningu og mælir alvarleika geðlægðar (Beck, Ward, Mendelson, Mock og Erbaugh, 1961). Eiríkur Örn Arnarson þýddi kvarðann.

Árátta og þráhyggja var mæld með Mælikvarða á þráhyggju og árátta (*Mausley Obsessional Compulsive Inventory - MOCI*). MOCI er sjálfsmataskvarði með 30 spurningum sem hver hefur tvo svarmöguleika, rétt og rangt. Kvarðinn er þróaður af Hodgson og Rachman (1977) og þýddur af Eiríki Erni Arnarsyni. Þetta er einn af mest notuðu kvörðum til að mæla Á/P og eru rök fyrir því að MOCI sé næmur fyrir breytingum á styrkleika einkenna Á/P (Krocmalik, Jones og Menzies, 2001).

Huglægur sjálfsmataskvarði (HSK) (*Subjective Units of Distress*) var hannaður til að mæla kvíðastig við berskjöldun. Samkomulag var um að meðalkvíði fengi 5 stig, örlítill kvíði fengi 1 stig og óbærilegur kvíði fengi 10 stig. Mælingar voru fengnar með því að spyrja Pál reglulega um HSK.

Meðferð

Einstaklingsmiðuð nálgun á vanda

Nálgun var hugsuð út frá berskjöldun með viðbragðshömlun en sú meðferð hefur reynst vel við Á/P (Foa, Franklin og Kozak 1998). Sú hegðun sem reynt var að hafa áhrif á var forðun á ákveðnum áreitum og aðstæðum ásamt síendurteknu atferli. Áreiti sem vöktu forðun hjá Páli voru rakstur, opnir sjampóbrúsar, opnar handsápur, svitalyktareyðir, matarboð, viss matur og fyrrverandi neyslufélagar. Árátta eða síendurtekið atferli snérist um óhófleg böð, óhóflega handklæðanotkun, síendurtekin nærfataskipti, stöðug sokkaskipti, daglegan þvott á vinnufatnaði, dagleg kaup á nýjum sjampó- og handsápubrúsum, óhóflega handþvotta og skipti á hnífapörum og glösum fyrir máltíðir.

Páll var í sturtu í að minnsta kosti 60 mínútur og hann notaði nýja sápu í hvert skipti. Hann tók alltaf ný handklæði í hvert skipti sem hann

baðaði sig og hann mátaði fullt af nærfötum eftir sturtuna og hætti ekki fyrr en tilfinningin var „rétt“. Þegar hann var lagður inn var hann hættur að raka sig, en áður hafði hann keypt ný rakáhöld fyrir hvern rakstur. Hann var hættur að nota rakspíra og svitalyktareyði af ótta við að alkóhólíð í þessum vörum færi inn í líkama hans. Hann var einnig hættur að reykja vegna þess að hann gat bara tekið eina sígarettu úr pakknum og henti honum svo þar sem hann óttaðist að eitur kæmist í pakkann um leið og búið var að opna hann.

Þráhyggjan snérist um ótta við að verða sturlaður af eiturefnum sem kæmust inn í líkama hans eins og áður hefur komið fram. Hann óttaðist að eiturefni gætu verið á hnífum, göfflum og í glösum. Ef hann gekk fram hjá fyrrverandi neyslufélaga óttaðist hann að eiturefni gætu farið á fötin hans eða í sigarettunum hans. Hann hafði þær hugmyndir að eitrið kæmist inn í allt sem hefði verið opnað. Hann gat notað nýtt sjampó og nýja rakvél, en daginn eftir notkun voru þessir hlutir ónothæfir því þá gátu eiturlyf með einhverju móti hafa komist í þá.

Meðferðarferli og mat á árangri

Atferlismeðferð (AM) með berskjöldun og nær algerrí stöðvun viðbragða var beitt. Meðferðin tók 22 skipti, tvo til fjóra tíma í senn og stóð meðferð yfir í 6 mánuði. Hugsanir voru ekki meðhöndlaðar sérstaklega.

Í byrjun var meðferðin útskýrð fyrir Páli. Honum var sagt að áráttuhegðun hans minnkaði kvíðatilfinninguna örllítið tímabundið, en um leið héldi hann kvíðanum við. Einnig var útskýrt að ef hann framkvæmdi ekki áráttuna myndi kvíðinn aukast til að byrja með en smám saman myndi hann minnka. Þá var settur upp stigveldislisti í samráði við Pál. Páll ákvað að það væri auðveldast að byrja á rakstrinum en hann óttaðist mest að drekka áfengi. Hann réði vali á stigveldunum og hann sagði að það væri auðveldast að byrja á því sem hann væri nýhættur að gera og fara síðan í það sem hann hætti að gera fyrir tveim vikum o.s. frv. Verkefni voru hönnuð fyrir berskjöldun

í tímum með meðferðaraðila og stefnt var að því að auka huglæga kvíðaupplifun í byrjun og ná henni síðan niður í 1-2 stig á HSK í meðferðartíma. Sama áreiti var endurtekið í hverjum meðferðartíma þangað til viðvani myndaðist.

Byrjað var á að fylgjast með rakstri Páls og síðan var hann hvattur til að raka sig á hverjum degi. Hann mátti ekki kaupa sér nýja rakvél. Páll rakaði sig daglega eftir þetta, en gat ekki alltaf borið á sig rakspíra.

Næsta stig fólst í að vera þrjá daga í sömu sokkunum. Spritt var sett á gólfíð og Páll látinn ganga í því á sokkaleistunum. Síðan var honum sagt að vera í sömu sokkunum þrjá daga í röð. Kvíðinn fór upp í 8 stig á HSK. Eftir tvo tíma þegar kvíði var kominn niður í 2 stig á HSK var Páll sendur aftur inn á deildina sína og sagt að hann mætti ekki skipta um sokka næstu þrjá daga. Páll skipti strax um sokka þegar hann kom aftur á deildina. Eftir þetta var meðferð haldið áfram þangað til HSK var komin niður í núll stig í stað tveggja stiga og gat það tekið allt að fjóra klukkutíma. Í meðferðartímum var Páll látinn endurtaka það sem olli kvíða aftur og aftur og hann var reglulega spurður um kvíðastig á HSK.

Páll fékk næst það verkefni að vera ekki lengur í sturtu en 5 mínútur. Starfsfólk deildar aðstoðaði við að reka á eftir Páli og á þremur vikum styttust sturtuferðirnar í 10 mínútur úr rúmlega 60 mínútum. Hætt var að reka á eftir Páli í sturtu þegar hann gat verið 10 mínútur í sturtu.

Til að venja Pál við alkóhól fékk hann það verkefni að drekka eina maltflösku á hverjum degi. Páll mætti í meðferðartímum með maltflösku og drakk maltíð í tímanum. Í næstu meðferðartímum var spritti hellt á gólfíð og Páll látinn ganga í sprittinu á sokkaleistunum. Þegar sprittið fór að þorna var nýjum skammti hellt á gólfíð og óx þá HSK aftur tímabundið. Í upphafi fór HSK upp í 7 stig við þetta, eftir tvo tíma var HSK komið niður í 2 stig og klukkutíma síðar niður í 0 stig. Þetta var endurtekið en Páll fékk einnig það verkefni að drekka malt heima. Það gat hann ekki. Þá fór

sálfræðingur heim til Páls og lét hann drekka maltið. Heima fór kvíðinn upp í 6 stig á HSK en sálfræðingur var með Páli þar til kvíði var kominn niður í 0 stig. Eftir þetta fékk Páll þau fyrirmæli að drekka eina maltflösku heima á hverjum degi. Þetta gat hann oftast nær gert, en ekki alltaf. Maltið var áfram hluti af meðferðartímunum og átti Páll í byrjun mjög erfitt með að klára allt maltið úr dósinni. Eins og ávallt var sálfræðingur með Páli þar til kvíði náði 0 stigum á HSK.

Á næsta stigi var Páll látinn nudda sprittinu á hendur sínar og síðan á hendur og andlit. HSK var í upphafi 8 stig við þessa athöfn. Áður en tekist var á við önnur eiturefni fór sálfræðingur og borðaði tvisvar með Páli á vinnustað hans. Ástæða þessa var sú að Páll gat ekki borðað nema ákveðna rétti þar sem hann óttaðist að eitur væri í matnum. Meðal þess sem hann átti erfitt með að borða voru hverskyns sósar. Sálfræðingur lét Pál panta mat með sósu og borða hann. Við þetta fór kvíði upp í 7 stig á HSK. Þessi kvíði var kominn niður í 0 við lok máltíðar og Páll gat rólegur drukkið kaffi á eftir matnum. Eftir þetta borðaði Páll matinn á vinnustaðnum.

Á næsta stigi voru afgangslif fengin að láni á deild. Páli var sagt að þetta væru eiturlyf og hann bedinn um að handfjatla þau. Við það fór HSK upp í 7 stig. Því næst voru eiturlyf (hass og amfetamín) fengin að láni frá lögreglunni í Reykjavík. Í fyrri tímanum þar sem eiturlyf voru handfjötluð var lögregluþjónn sem kom með lyfin viðstaddur ásamt móður Páls. Páll fékk að handfjatla eiturlyfin og bera þau upp að andlitinu ásamt geðlyfjunum, sem honum hafði áður verið sagt að væru eiturlyf. Kvíði Páls við upphaf þessa tíma var við 9 stig en fór niður í 0 stig á tveimur klukkustundum. Eiturlyfjunum var skilað nokkrum dögum seinna þegar Páll hafði fengið að handfjatla eiturlyfin öðru sinni. Á milli meðferðartíma voru eiturlyfin geymd í læstri hirslu.

Að lokum var Páll látinn taka inn hóstasaft sem innihélt vínanda. Sálfræðingur tók inn tvær teskeiðar af hóstasaft en Páll fékk eina. Við þetta fór kvíðinn upp í 9 stig HSK og náði

ekki 0 fyrir en eftir 4 klukkutíma. Þess ber að geta að Páll leitaði stöðugt eftir staðfestingu á því að hinir ýmsu hlutir væru ekki eittraðir og að honum myndi ekki verða meint af matnum og öðru sem hann átti erfitt með að nálgast. Slíkar staðfestingar voru ekki gefnar.

Við lok meðferðar fékk Páll upplýsingar um bakslagsvarnir og honum var sagt að ef eitthvað væri erfitt gæti hann alltaf haft samband aftur.

Árangur var mældur reglulega með BDI, BAI og MOCI og má sjá niðurstöður þessara mælinga á 1. mynd. Niðurstöðurnar sýna að stigafjöldi Páls á öllum mælingum lækkar þegar líður á meðferðina. Einnig fylgdust starfsmenn á deild með og aðstoðuðu við meðferð. Páll og starfsmenn fengu lista yfir það sem hann átti að gera og það sem hann mátti ekki gera. Við lok meðferðar gat Páll umgengist féлага sína sem voru enn í neyslu og hann gat borðað allan mat. Eiturhugmyndir hans voru ekki lengur til staðar. Hann gat verið í sömu sokkunum í nokkra daga, hann þvoði vinnufötin sín eingöngu um helgar og var kominn í sjálfstæðari búsetu en hann hafði verið í áður. Hann var farinn að nota sama handklæðið í heila viku og hættur að skipta um hnífapör og glös. Við útskrift var Leponexið lækkað úr 550 mg í 500 mg.

Erfiðleikar í meðferð

Það var erfiðleikum bundið að meðhöndla Á/P á þennan hátt, því hver meðferðartími gat orðið mjög langur. Páll lærði fljótlega, að hann var ekki sendur burt fyrir en HSK var komið niður í núll og því beidd hann þangað til hann var alveg öruggur með að kvíðinn væri enginn. Páll sagði að þó svo kvíðinn væri núll þegar hann færi fyndi hann alltaf fyrir kvíða á bilinu 1-3 stig eftir að hann var farinn.

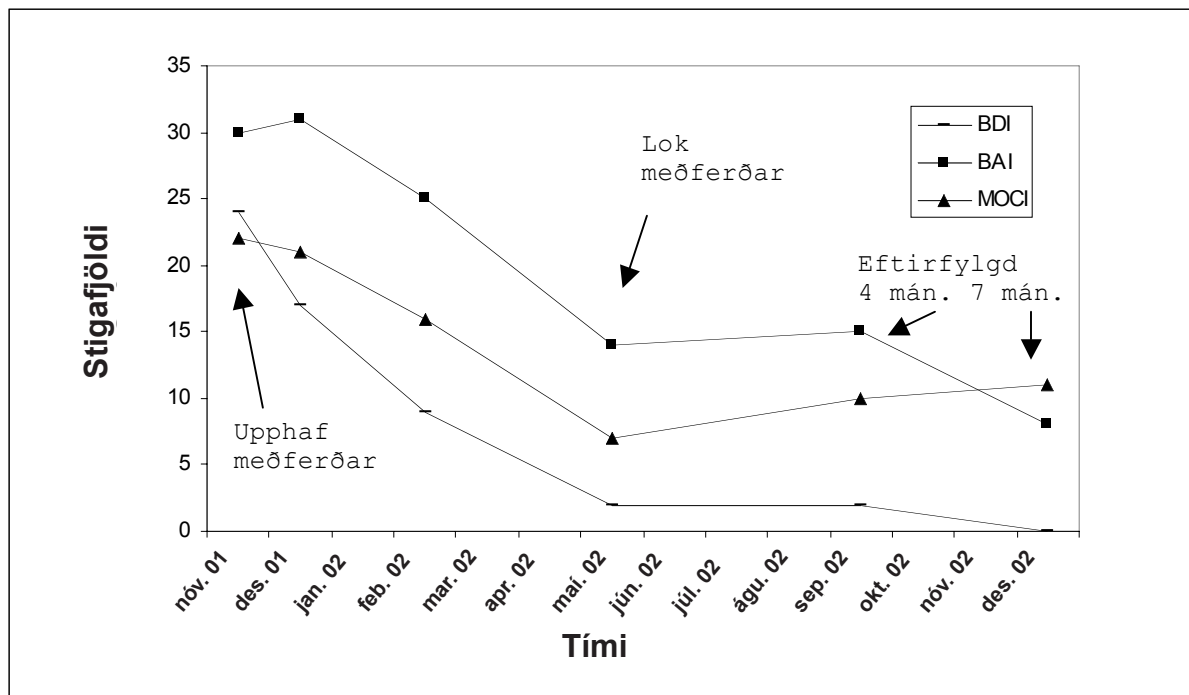
Vandamál við að meðhöndla Á/P eru þau að þegar ein áráttu hverfur birtist oft ný. Meðan á meðferð stóð var Páll í rúma þrjá mánuði inniliggjandi á deild. Eftir það útskrifaðist hann í leiguhúsnæði, sem hann deildi með öðrum einstaklingi. Þetta var Páli erfitt að mörgu leyti þar sem samleigjandi hans var

mjög ólíkur honum. Samleigjandinn safnaði lyfjunum sínum í stóra skál á stofuborðinu og gekk, að mati Páls, ekki nógu snyrtilega um sameiginlegt rými þeirra s.s. baðherbergi og eldhús. Við þetta álag kom upp ný áráttu hjá Páli. Hann óttaðist að lyfin hans væru eitruð, hann hætti að geta borðað sælgæti því það var eitruð og hann óttaðist að leigja myndbönd á myndbandaleigum, því einhverjir eiturlyfjaneytendur gætu hafa komið við þau og gert þau eitruð. Einnig óttaðist hann að það væri kókaín á tannburstunum sínum. Tekið var á nýjum áráttum með sömu aðferðum jafnóðum og þær birtust, nema hvað varðar tannburstun og lyfjatöku Páls þar sem því þurfti að sinna á hverju kvöldi. Til að leysa þennan vanda var Páli sagt að hringja í sálfræðing þegar hann réði ekki við að bursta í sér tennurnar eða taka inn lyfin sín. Þetta gerði Páll samviskusamlega. Fljótlega var Páll farinn að hringja á hverju kvöldi. Þegar hann hringdi sagði sálfræðingur

honum að taka lyfin sín og bursta tennurnar og að því loknu var hann beðinn um að hringja aftur. Til að draga úr símtölunum var settur upp listi þar sem Páll fékk að hringja oftast til að byrja með og smám saman sjaldnar og sjaldnar, þangað til hann fékk ekkert að hringja. Listinn náði yfir tvo mánuði og hann tók lyfin og burstaði tennurnar á hverju kvöldi og hringdi einungis þegar hann mátti það samkvæmt listanum.

Eftirfylgd

Eftirfylgd var fjórum og sjö mánuðum eftir að meðferð lauk. Við fyrri eftirfylgd hafði kvíði og áráttu aðeins aukist (sjá 1. mynd). Páll bjó þá með samleigjanda og gekk sambúðin ekki vel. Við seinni eftirfylgd hafði kvíði minnkað, en þá höfðu þráhyggju- og áráttueinkenni aukist aðeins meira (sjá 1. mynd). Páll var þá fluttur í eigin íbúð og búinn að kaupa sér nýjan bíl.



1. mynd. Mælingar á þunglyndi (BDI), kvíða (BAI) og áráttu og þráhyggju (MOCI heildarskor) við upphaf meðferðar, tvisvar á meðan á meðferð stóð, við lok meðferðar og í eftirfylgd fjórum og sjö mánuðum eftir meðferð.

Ályktanir

Árangur meðferðar var talsverður og hélst að mestu leyti í sjö mánuði eftir að meðferð lauk. Þráhyggju- og áráttueinkenni höfðu að vísu aukist lítillega, en voru ekkert í líkingu við það sem þau voru áður en Páll var lagður inn. Grundvallarmunur var á þeirri áráttu sem kom upp eftir að meðferð lauk og sem tekið var á í meðferðinni þar sem jaðarranghugmyndir voru ekki lengur til staðar eftir að meðferð lauk. Mikilvægustu niðurstöður þessarar athugunar eru þær að það er stundum hægt að meðhöndla jaðarranghugmyndir með atferlismeðferð. Bakslag er alltaf vandamál í meðferð en það mætti jafnvel koma í veg fyrir alvarlegt bakslag með reglulegri viðhaldsmeðferð.

Tilmæli til meðferðaraðila og nemenda

Einstaklingar með ofsóknargeðklofa eru mjög kvíðnir. Vandí þeirra felst í því að þeir eiga erfitt með að treysta fólki. Því er mikilvægt að byggja upp traust meðferðarsamband (Kingdon og Turkington, 1994, 2005). Kvíði er vandamál sem hafa ber í huga í ofsóknargeðklofa því ef hann verður of mikill er hætta á að skjólstaðingur sturlist og því er mikilvægt að þyngra verkefni smám saman og byggja þannig hægt upp viðvana. Einnig er mikilvægt að meðferðaraðili sýni að hann hafi trú á meðferðinni, sé öruggur og geti veitt skjólstaðingi stuðning. Ennfremur er mikilvægt að meðferðaraðili sjái um að viðhalda athygli skjólstaðinga á kvíðavekjandi áreiti þegar unnið er með berskjöldun, sérstaklega þar sem fólki með geðklofa hættir oft til að missa einbeitingu og verða annars hugar (Rodriguez og Craske, 1993; McKay og McKiernan, 2005).

Það er alls ekki alltaf hægt að nota þessa meðferð við Á/P hjá fólki með ofsóknargeðklofa. Þráhyggjan verður að snúast um eitthvað sem getur gerst hér og nú svo skjólstaðingur geti smám saman lært að ekkert gerist þó svo hann sleppi áráttunni. Ef skjólstaðingur trúir því að eitthvað hræðilegt gerist í framtíðinni ef hann sleppi áráttunni, þá er ekki hægt að nota berskjöldun og viðvana. Þá er nauðsynlegt að nota hugræna meðferð sem byggir á hughvarfi (*cognitive restructuring*).

Abstract

This study describes a treatment of a male diagnosed with schizophrenia and obsessive compulsive disorder (OCD). Behavioural treatment was used to reduce compulsions but obsessions were not treated specially. A hierarchy list was composed. Treatment started with those things that caused the least anxiety. Treatment consisted of 22 sessions, each session lasting for two to four hours. The therapist endeavoured to prevent the patient from repeating patterns of behaviour that were meant to reduce anxiety. The patient was also encouraged to do things he used to avoid. The effect of treatment was evaluated with self-report questionnaires measuring anxiety, depression and obsessive-compulsive behaviour. The main findings are that the patient's depression, anxiety and obsessive-compulsive behaviour declined considerably. When assessed 7 months after treatment, OCD symptoms had increased a little but anxiety and depression levels had declined even further. Treating OCD is time-consuming but possible in patients with schizophrenia.

Heimildaskrá

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4. útg.) Washington, DC. Höfundur.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. og Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. og Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Bermanzohn, P.C. (1999). Prevalence and prognosis of obsessive compulsive phenomena in schizophrenia: A critical view. *Psychiatric Annals*, 29, 508-512.
- Clark, D.A. (2000). Cognitive behaviour therapy for obsessions and compulsions: New applications and emerging trends. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 129-147.
- Cottraux, J., Note, I., Yao S.N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., Bouvard, M., Sauteraud, A., Bourgeois, M. og Dartigues, J. F. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70, 288-297.
- Foa, E.B. og Kozak, M.J. (1996). Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. Í M.R. Mavissakalian og R.F. Prien (Ritstjórar), *Long-term treatment of anxiety disorders* (bls. 285-309). Washington, DC: American Psychiatric Association Press.
- Foa, E.B., Franklin, M.E. og Kozak, M. J. (1998). Psychosocial treatment for obsessive compulsive disorder. Í R.P Swinson, M. M. Antony, S. Rachman og M. A. Richter (Ritstjórar), *Obsessive compulsive disorder: Theory research and treatment* (bls. 258-276). New York: The Guilford press.
- Goff, D.C. (1999). The comorbidity of obsessive-compulsive disorder and schizophrenia. *Psychiatric Annals*, 29, 533-535.
- Goodman, W.K.P.L., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R. og Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability, *Archive General Psychiatry* 46, 1006-1011.
- Hodgson, R. J. og Rachman, S. (1977). Obsessive- compulsive complaints. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 389-395.
- Kingdon, D.G. og Turkington, D. (1994). *Cognitive behavioral therapy of schizophrenia*. East Sussex: Guilford Press.
- Kingdon, D.G. og Turkington, D. (2005). *Cognitive therapy of schizophrenia*. New York: Guilford Press.
- Krochmalik, A., Jones, M.K. og Menzies, R.G. (2001). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for treatment-resistant compulsive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 897-912.
- McKay, D. og McKiernan, K. (2005). Information processing and cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder: Comorbidity of delusions, over-valued ideas, and schizophrenia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 12, 390-394.
- Miklus, C.P., Massie E., Baslett, G. og Carmin, C. (2005). Treating obsessive compulsive disorder and schizophrenia: The case of Sam. *Cognitive Behavioural Practice*, 12, 379-383.

- Randhawa, R.S. (2005). A review of pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder and schizophrenia: The case of Sam: Response paper. *Cognitive and Behavioural Practise*, 12, 395-402.
- Rasmussen, S.A. og Eisen, J.L. (1992). The epidemiology and differential diagnosis of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 4-10.
- Rodriguez, B.I. og Craske, M. G. (1993). The effects of distraction during exposure to phobic stimuli. *Behaviour Resarch and Therapy*, 31, 549-558.
- Stahl, S.M. (1999). *Psychopharmacology of antipsychotics*. London: Martin Dunitz.
- Tran, P.V., Bymaster, F.P., Tye, N., Herrera, J.M., Breier, A. og Tollefson, G.D. (2000). *Olanzapine (Zyprexa): A novel antipsychotic*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Healthcare.
- Wiersma, D., Jenner, J.A., Willinge, van de G., Spakman, M. og Nienhuis, F.J. (2001). Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: A naturalistic follow-up study of the durability of effects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 393-399.