

Gildi hugrænnar atferlismeðferðar við meðferð kvíða- og lyndisraskanna á heilsugæslustöðvum

Geðraskanir eru algengar á Íslandi sem og í öðrum löndum hins vestræna heims. Ætla má að allt að 20% Íslendinga eigi við einhvers konar geðraskanir að stríða á hverju ári (1; 2)

Líkt og annars staðar eru algengustu geðraskanir á Íslandi vímuefnaraskanir, kvíðaraskanir og lyndisraskanir, en þunglyndi tilheyrir þeim flokki geðraskana.

Mikilvægt er að veita þeim sem kljást við geðraskanir meðferð því ef ekkert er að gert geta lyndis- og kvíðaraskanir haft alvarlegar afleiðingar fyrir þann sem þjáist, lífsgæði skerðast og geta til að takast á við hið daglega líf sem og sjúkdóma minnar til muna (3). Ekki þarf að fjölgráa um hvað miklum sársauka geðraskanir, þá sérstaklega lyndis og kvíðaraskanir, geta valdið þeim sem eiga við þær að etja. Þessar raskanir eru einnig mikil byrði á samfélaginu. Spáð er að árið 2020 verði þunglyndi næst mesta heilsuvá í heimi (4). Veikindafrí vegna þunglyndis, kvíða og streitu kosta breskt þjóðfélag 4 milljarða punda á ári (520 milljarða íslenskra króna), en heildarkostnaður vegna geðraskana í Bretlandi er 17 milljarðar punda (2210 milljarðar ísl. króna) (5). Sambærilegar tölur hafa ekki fengist uppgefnar hér á Íslandi en gera má ráð fyrir að kostnaður héraðs vegna geðraskana sé jafn mikill. Aukning á geðlyfjakostnaði getur gefið einhverja hugmynd um stöðu mála á Íslandi, en aukning hefur verið töluverð. Sala þunglyndislyfja hefur aukist úr 8 dagskömmum á hverja 1000 íbúa árið 1975 í 95 dagskammta á hverja 1000 íbúa árið 2005 (6). Söluverðmæti allra geðlyfja var 638 milljónir 1989 en 4245 milljónir árið 2005 (7).

Talið er að einungis fjórðungur þeirra sem kljást við geðröskun á hverjum tíma fái meðferð en um helmingur þeirra sem þjást af þunglyndi fái meðferð. Af þeim sem fá meðferð fá ein-



ungis 11% meðferð hjá sálfræðingum eða geðlæknum (5).

Það hefur sýnt sig í Bretlandi að einstaklingar með geðrænan vanda leita ekki fyrst til geðlækna eða sálfræðinga heldur til heimilislækna. Áætlað hefur verið að u.þ.b. 30% þeirra sem leita til heimilislækna geri það fyrst og fremst vegna geðrænna vandkvæða (8;9). Tölur um algengi geðraskaskana á meðal gesta heilsugæslustöðva hafa þó verið töluvert á reiki. Í rannsókn Stein og félaga (10) kom í ljós að 45% gesta heilsugæslunnar í Kanada ættu við lyndis- og/eða kvíðaraskanir að etja, þar af voru 28% með alvarlegt þunglyndi. Tíðni geðraskana á heilsugæslustöðvum í Bandaríkjunum mældist hins vegar á bilinu 17–22% í rannsókn Olfson og félaga (11). Svipadar niðurstöður koma fram í rannsókn sem gerð var á heilsugæslustöðvum á Íslandi þar sem rúmlega þriðjungur þeirra sem leitaði til heilsugæslulækna var greindur með geðrænan vanda (12). Í þeirri rannsókn kom einnig fram að flestir þeir einstaklingar sem heimilislæknar greina með þannig vanda voru meðhöndlaðir af læknum sjálfum og fáum sjúklingum var vísað til fagaðila á geðheilbrigðisviði, eða einungis 29 (16%) af þeim 176 einstaklingum sem greindir voru með geðræn vandamál

Talið er að fólk leiti fyrst á heilsugæslustöðvar vegna þess að betra aðgengi er að heimilislæknum heldur en sérfræðingum sem og að litlir forðomar eru fylgjandi því að fara á heilsugæslustöð. Einnig hefur verið bent á að einstaklingar leita til læknis vegna líkamlegra kvilla en samhliða ræða þeir og segja frá sálfélagslegum vandamálum (8).

Þrátt fyrir að löngu væri ljóst að langflestir sem eiga við geðrænan vanda leiti fyrst til heilsugæslunnar var sérhæfð sálfræðipjónusta



ekki hluti af þeirri þjónustu sem veitt var innan heilsugæslustöðva á Íslandi fram til ársins 2005. Það ár urðu vatnaskil í sálfræðiþjónustu á heilsugæslustöðvum á Íslandi. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið ákvað að leggja 24 milljónir króna (12 milljónir árið 2005 og 12 milljónir árið 2006) í þjónustusamning geðsviðs LSH við Heilsugæsluna í Reykjavík og tvær heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni um hugræna atferlismeðferð fyrir sjúklinga í heilsugæslunni.

Rannsóknir sýna að hugræn atferlismeðferð (Cognitive Behavioural Therapy) hefur reynst árangursrík við bæði þunglyndi og kvíðaröskunum (13). Það sem meira er, hugræn atferlismeðferð virðist draga verulega úr hættu á bakslagi (relapse) og getur verið jafn árangursrík sem meðferð við sumum tegundum þunglyndis og lyfjameðferð (3).

Þegar meðferðarúrræði eru takmörkuð og biðlistar eftir meðferð eru langir verður að teljast eðlilegt að ekki séu aðeins gerðar kröfur um klínískan árangur meðferða heldur einnig hagkvæmni hvað varðar kostnað. Ein lausnin er sú að bjóða skammtímameðferð eins og hugræna atferlismeðferð og frekar sem hópmeðferð en einstaklingmeðferð. Samantekt rannsókna bendir til að lítil munur sé á árangri hugrænnar atferlismeðferðar eftir því hvort um er að ræða einstaklings- eða hópmeðferð. Talið er að hún sé góður kostur, bæði hvað varðar meðferðarlegan árangur, kostnað og hvort um sé að ræða hugræna atferlismeðferð í hópi sem byggist að mestu leyti á fræðslu (psychoeducational therapy) (14). Margstaðfest hefur verið að ekki er munur á árangri einstaklingsmeðferðar og hópmeðferðar (15;16).

Með ofanvert í huga var ákveðið að bjóða upp á hugræna atferlismeðferð í hópi við þunglyndi og kvíða fyrir 15–25 manns í einu þar sem tveir sálfræðingar stjórnðu meðferðinni á heilsugæslustöðinni. Meðferðin átti fyrst og fremst að vera fyrir einstaklinga með vægar eða miðlungs alvarlegar kvíða og lyndisraskanir. Ákveðið var að rannsaka einnig árangur meðferðarinnar til að mögulegt væri að meta hvort æskilegt væri að samskonar meðferð væri hagkvæmur og raunhæfur valkostur sem almenn þjónusta á heilsugæslustöðvum um land allt. Hér á eftir verður hluta af niðurstöðum rannsóknarinnar lýst.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur eru 413 sjúklingar sem var vísað í hugræna atferlismeðferð af heilsugæslulækni sínum. Meðalaldur sjúklinga var 40,5 ár. Konur voru 83% þátttakenda en karlar 17%.

Mælitæki

Í þessari grein verður fjallað um niðurstöður þriggja mælitækja sem lögð voru fyrir þátttakendur en alls voru 10 mælitæki lögð fyrir sjúklinga.

1) Þunglyndispróf Becks, önnur útgáfa (BDI-II)

BDI inniheldur 21 staðhæfingu um einkenni þunglyndis. Prófinu er ekki ætlað að greina þunglyndi heldur að mæla dýpt geðlæggðar. Heildarstig listans geta verið á bilinu 0–63 stig. Eftir því sem stigin eru fleiri því dýpri er geðlæggðarlotan. Samkvæmt höfundum listans er væg til miðlungs alvarleg geðlæggðarlota ef heildarskor listans er á bilinu 14–28 stig (17)

2) Kvíðapróf Becks (BAI)

BAI samanstendur af 21 spurningum sem ætlað er að meta alvarleika algengra kvíðaeinkenna. Heildarstig listans geta verið á bilinu 0–13 stig. Því fleiri stig sem einstaklingur fær því kvíðnari er hann. Samkvæmt höfundum listans er vægur til miðlungs alvarlegur kvíði ef heildarskor er á bilinu 10–29 stig (18)

3) Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI).

MINI er stutt staðlað geðgreiningarviðtal sem greinir eftirfarandi geðraskanir út frá skilmerkjum DSM-IV og ICD-10: Alvarleg geðlæggð, alvarlegt geðlæggðartímabil með „melankólískum“ einkennum, óyndi, sjálfsvígshætta, örlyndis- og geðhæðartímabil, felmtursröskun með víðáttufælni, felmtursröskun án víðáttufælni, víðáttufælni án sögu um felmtursröskun, félagsfælni, áráttaþráhyggjuröskun, áfallastreituröskun, misnotkun áfengis og áfengisánetjun, aðrar vímuefnaraskanir, geðrof, lystarstol (anorexia nervosa), lotugræðgi (bulimia nervosa), almenn kvíðaröskun, og andfélagsleg persónuleikaröskun.

Viðtalið tekur að meðaltali 15 mínútur í fyrirlögn. Próffræðilegir eiginleikar MINI hafa ekki

verið rannsakaðir á Íslandi en eldri útgáfur hafa reynst mjög áreiðanlegar erlendis (19).

Framkvæmd

Þátttakendum var vísað í hugræna atferlismeðferð af heilsugæslulækni sínum. Áður en meðferð hófst fóru allir þátttakendur í greiningarviðtali sem sálfræðingur tók. Þar var vandi sjúklings greindur með hálfstöðluðu greiningarviðtali og sálfræðilegum prófum. Sálfræðileg próf voru einnig lögð fyrir í upphafi meðferðar, í þriðja tíma og við lok meðferðar. Eftir að greiningarviðtali lauk hófst meðferðin. Meðferðin var einu sinni í viku, tvo tíma í senn í fimm skipti. Meðferðinni var stjórnað af tveimur sálfræðingum frá Landspítala- háskólasjúkrahúsi. Í upphafi meðferðar fékk hver þátttakandi handbók sem í voru lesefni og heimaverkefni.

Niðurstöður

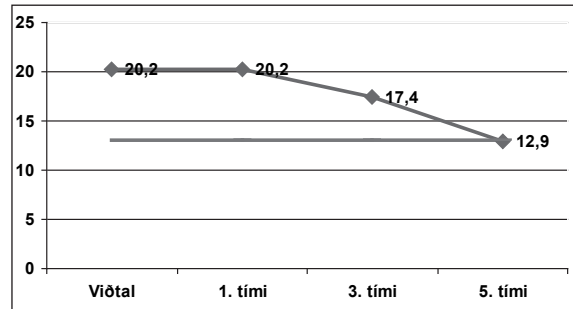
Af 413 sjúklingum sem mættu í greiningarviðtali mættu 316 í fyrsta meðferðartíma en 301 mættu í a.m.k þrjá meðferðartíma. Brottfall var því 27%. Af þeim sem mættu á annað borð í einhvern meðferðartíma mættu 95% í þrjá eða fleiri. Ekki var marktækur munur á skorun á sálfræðilegum prófum hjá þeim sem hættu í meðferð og hjá þeim sem héldu áfram.

Tafla 1: Greiningar þátttakenda samkvæmt MINI geðgreiningarviðtalinu.

Greining	Hlutfall	(Fjöldi)
Almenn kvíðaröskun	42,9%	(183)
Alvarleg geðlægd	41,3%	(182)
Felmtursröskun	17,2%	(74)
Félagsfælni	27,4%	(118)
Óyndi	13,9%	(60)
Áfallastreituröskun	5,7%	(25)
Áráttu- þráhyggjuröskun	5,8%	(25)
Lotugræðgi	2,1%	(9)
Víðáttufælni	2,7%	(12)
Lystarstol	0,5%	(2)

Tæplega helmingur þátttakenda greindist með alvarlega geðlægd samkvæmt MINI geðgreiningarviðtalinu. Einnig greindist tæplega helmingur með almenna kvíðaröskun. Einungis tveir greindust með lystarstol og níu með lotugræðgi.

Á mynd 1 má sjá að skor þeirra sem mælast með væg til miðlungsalvarleg þunglyndiseinkenni



Mynd 1: Skor einstaklinga með væg til miðlungs alvarleg þunglyndiseinkenni (BDI-II = 13–28 stig).

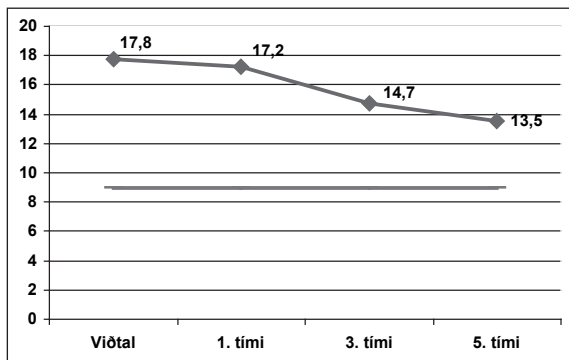
í greiningarviðtali. Meðalskor þess hóps var 20,2 stig í viðtalinu. Í fyrsta tíma hafði skorið ekkert breyst sem er eðlilegt þar sem meðferð var ekki byrjuð. Í 3. tíma hafði meðalskor hópsins á þunglyndisprófinu lækkað niður í 17,4 stig að meðaltali og var komið niður í 12,9 stig hjá hópnum í síðasta tíma. Athugað var hvort marktækur munur væri á skorun þátttakenda með endurteknum mælingum og svo reyndist vera. Því er hægt að álykta að hugræn atferlismeðferð í hópi dragi úr þunglyndiseinkennum hjá einstaklingum með vægt eða miðlungs alvarlegt þunglyndi.

Á mynd 1 má sjá beina þverlínu. Þessi lína táknar hvar viðmið fyrir engin markverð þunglyndiseinkenni liggja samkvæmt skalanum. Ef þátttakandi skorar 13 stig eða minna gefur það vísbendingu um að hann hafi ekki þunglyndiseinkenni. Eins og sjá má skorar hópurinn í heild að meðaltali 12,9 stig í lok meðferðar.

Á mynd 2 má sjá skor þeirra sem mælast með væg til miðlungsalvarleg kvíðaeinkenni í greiningarviðtali. Meðalskor þess hóps var 17,8 stig í viðtalinu. Í fyrsta tíma hafði meðalskorið lækkað um 0,6 stig. Í 3. tíma hafði meðalskor hópsins á kvíðaprófinu lækkað niður í 14,7 stig að meðaltali og var komið niður í 13,5 stig hjá hópnum í síðasta tíma. Athugað var hvort marktækur munur væri á skorun þátttakenda með endurteknum mælingum og svo reyndist vera.

Því er hægt að álykta að hugræn atferlismeðferð í hópi dragi úr kvíðaeinkennum hjá einstaklingum með vægt eða miðlungsalvarlegan kvíða.

Á mynd 2 má sjá beina þverlínu eins og á mynd 1. Þessi lína táknar hvar viðmið fyrir engin markverð kvíðaeinkenni liggja. Ef þátttakandi skorar 9 stig eða minna á kvíðaskalanum gefur það vísbendingu að um eðlilegan kvíða sé að



Mynd 2: Einstaklingar með meðal til miðlungs alvarleg kvíðaeinkenni (BAI = 10–28 stig).

ræða. Eins og sjá má skorar hópurinn í heild að meðaltali 13,5 stig í lok meðferðar. Því má álykta að kvíði sé enn til staðar innan hópsins.

Umræða

Komið var að því í upphafi þessarar greinar að stór hluti Íslendinga glímir við geðröskun á einhverjum tímapunti lífs síns líkt og íbúar hins vestræna heims. Veikindi þessara einstaklinga valda þeim miklum sársauka og þjóðfélaginu sem þeir búa í miklum kostnaði. Þrátt fyrir þetta fá færri meðferð en æskilegt getur talist.

Flestir geta verið sammála um að mikilvægt er að veita þeim veiku meðferð. Vitað er að flestir viðra sinn vanda fyrst við heimilslækni og leita þangað eftir lækningu. Því er nærtækast að veita meðferð á þeim vettvangi, sérstaklega til handa þeim sem ekki eiga við bráðavanda að etja.

Markmið þessarar rannsóknar var að athuga hvort hugræn atferlismeðferð í hóp við þunglyndi og kvíða myndi gagnast skjólstæðingum heilsugæslunnar, sérstaklega þeim sem sýna væg til miðlungs alvarleg þunglyndis og/eða kvíðaeinkenni. Niðurstöðurnar gefa það til kynna að meðferðin er gagnleg og hjálpi. Hún virðist þó frekar gagnast þeim sem eiga við þunglyndi að stríða heldur en þeim sem eiga við kvíða að stríða. Ein ástæða fyrir því gæti verið sú að sjúklingar með kvíða þurfi sérhæfðari meðferð og þeir þurfi þá mismunandi íhlutun eftir eðli kvíðans. Meðfylgjandi þeirra kvíðaröskun séu mismunandi aðrar geðraskanir sem hlúa þurfi að.

Niðurstöður rannsóknarinnar veita þeirri hugmynd byr undir báða vængi að sálfræðipjónusta verði hluti af þeirri þjónstu sem heilsugæslu-

stöðvar veita, en slíkar hugmyndir eru uppi á Bretlandi. Þar hefur verið lagt til að þjálfaðir verði 10.000 nýir meðferðaaðilar sem geta stundað hugræna atferlismeðferð og veitt þeim sem eiga við þunglyndi og kvíða að stríða slíka meðferð. Ennfremur er lagt til að meðferðin fari að mestu leyti fram inni á heilsugæslustöðvum (5).

Áður en lengra er haldið er þó mikilvægt að bera saman árangur þessarar meðferðar sem hér hefur verið lýst og hefðbundinnar meðferðar í heilsugæslunni (treatment as usual) Slík sam-amburðarrannsókn er í vinnslu eins og stendur og verða niðurstöður birtar síðar. Einnig þarf að leggja áherslu á að minnka brottfall, en í þessari meðferð var það 27% sem er þó alls ekki meira en gengur og gerist í annarri meðferð á heilsugæslustöðvum (20). Í þessari rannsókn taldist það til brottfalls er fólk mætti í 2 tíma eða færri.

Heimildir

1. Tómas Helgason (1978). Prevalence and incidence of mental disorders estimated by a health questionnaire and a psychiatric case register. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58, 256-266.
2. Tómas Helgason og Gylfi Ásmundsson (1980). Prevalence of mental disorders. A five year follow-up study with questionnaires. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl. 285, 62, 60-67.
3. Hollon, S.D., Thase, M.E., og Markowitz, J.C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.
4. Murry, C.J.L. og Lopez, A.D. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349, 1498-1504.
5. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ* 2006;332:1030-1032.
6. www.tr.is. Sótt af veraldarvefnum maí 2007.
7. www.hagstofa.is. Sótt af veraldarvefnum maí 2007
8. Corney, R.H. (1990). A survey of professional help sought by patients for psychosocial problems. *British Journal of General Practice*, 40, 365-368.
9. Pereira Gray, D. (1988). Counsellors in general practice. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38, 50-51.
10. Stein, M.B., Kirk, P., Prabhu, V., Grott, M. og Terepa, M. (1995). Mixed anxiety-depression in a primary-care clinic. *Journal of Affective Disorders*, 34, 79-84.
11. Olfson, M., Fireman, B., Weissman, M.M., Leon, A.C., Sheehan, D., Kathol, R.G., Hoven, C. og Farber, L. (1997). Mental disorders and disability among patients in a primary care group practice. *American Journal of Psychiatry* 154 (12), 1734-1740.
12. Agnes Agnarsdóttir og Margrét Halldórsdóttir (2004). Hópmeðferð við þunglyndi og kvíða: Hugræn atferlismeðferð sniðin að framhúsnáttunni á geðheilbrigðissviði. *Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands*, 9, 17-23.
13. Department of health (2001). *Treatment Choice in Psychological Therapies and Counselling. Evidence Based Clinical Practice Guidelines*. London: Department of Health Publications.



14. Morrison, M. (2001). Group Cognitive Therapy: Treatment of Choice or Sub-Optimal Option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 311-332.
15. McRoberts, C., Burlingame, G.M. og Hong, M.J. (1998) Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: A meta - analytic perspective. *Group Dynamics: theory, Research and Practice*, 2, 101-117.
16. McDermut, W., Miller, I.W. og Brown, R.A. (2001). The Efficacy of Group Psychotherapy for Depression: A Meta-analysis and Review of the empirical research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 98-116.
17. Beck, A.T., Steer R.A. og Brown, G.K. (1996). BDI-II, Beck Depression Inventory II: manual (2nd ed.). Boston: The Psychological Corporation, Harcourt, Brace, and Company.
18. Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. og Steer, R.A. (1988). An inventory measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
19. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R. og Dunbar, G.C. (1998). The MINI-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 (supplement 20), 22-33.
20. Lawrenson, R.A., Tryer, F., Newson, R.B., og Farmer, R.D.T. (2000). *Journal of Affective Disorders* 59 (2), 149-157.

Hafrún Kristjánsdóttir er sálfræðingur á geðsviði LSH.