

# Hugræn atferlismeðferð á sjúkrahúsi

Ólánið sem elti mig  
orðið hefði minna,  
gæti maður sjálfan sig  
séð með augum hinna.  
- Kristján Ólason

Notkun hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) hefur fæst í vöxt undanfarið ár, bæði hjá læknum og sálfræðingum á stofum, en einnig inni á sjúkrahúsum og öðrum stofnunum. Nokkrar mismunandi útfærslur eru til á HAM (Stuart 1997), m.a. aðferðir sem hafa verið þróaðar fyrir inniliggjandi sjúklinga, en yfirleitt er aðeins um áherslumun á ræða. Meðferð inni á sjúkrahúsum býður upp á fleiri möguleika en reyndin er á stofum eða göngudeildum. Taka þarf að tillit til þess að innlagðir sjúklingar eru yfirleitt veikari en þeir sem eru meðhöndlaðir utan sjúkrahúsa. Þetta tvennt, möguleikar sem skapast vegna innlagnar og meiri þarfir sjúklinganna, gera að verkum að beita þarf útfærslu á HAM sem lögð hefur verið að þörfum inniliggjandi sjúklinga. Með teymisvinnu geta fleiri meðferðaraðilar veitt sjúklingnum þjónustu út frá samræmdri meðferðarálgu. Jafnframt gerir meðferð inni á sjúkrahúsi nákvæmara gæða- og árangursmat kleift, því auðveldara er að fylgjast með framförum. Aftur á móti dregur það úr gildi matsins að sjúklingurinn er ekki í sínu eðlilega umhverfi.

## Meðferðin

Sömu almennu grundvallarreglur gilda í HAM og í annarri meðferð. Starfsmenn skulu koma

fram við sjúkling af virðingu. Á því byggir meðferðarlegt gildi samstarfsins. Sjúklingurinn þarf að vera virkur þátttakandi í samstarfinu. Til marks um mikilvægi þessara grundvallarreglna er að kveðið er á um þær í lögum um réttindi sjúklinga frá 1997 (greinar 17 og 21). Þegar mynduð hafa verið meðferðarleg tengsl þarf að nýta þau sjúklingnum til hagsbóta. Í samvinnu er reynt að skoða samband hugsana og líðanar. Hugsanir sem tengjast og hugsanlega stuðla að vanlíðan eru greindar, þær metnar, áhrif þeirra eru vegin, reynt er að finna svör við þeim og rök á móti, og áhrif þeirra eru svo metin aftur að því loknu. Þannig eru fundin svör við sjálfvirkum, þunglyndislegum niðurrifshugsunum. Atferli er einnig metið og skráð, m.a. hvernig það tengist hugsunum og tilfinningum, og reynt er að breyta atferli þannig að það verði líður í bata, í stað þess að stuðla að einkennum. Notuð eru tæknileg hjálpartæki eins og virknitafla, hugsanadálkar, fimm þátta líkan, fundardagskrá, mat viðtala og mælikvarðar. Áhersla er á heimavinnu og áframhaldandi notkun nýlærðra aðferða. Þessi grundvallaratriði eiga við alla hugræna atferlismeðferð, hvort sem er á stofnun eða utan.

Með því að nýta þá möguleika sem þverfagleg teymisvinna býður uppá má aðlaga meðferðina að þörfum inniliggjandi sjúklinga.

Ástand sjúklunga á sjúkrahúsdeildum krefst samvinnu margra starfsmanna. Þeir eiga við alvarlegri vanda að etja, vonleysis- og sjálfsvígshugsanir valda hættu, bráð geðrofseinkenni geta torveldað meðferðarleg tengsl og atferlustruflun dregur úr möguleikum á samstarfi um hugræna atferlismeðferð. Áhersla er lögð á atferlisþátt meðferðarinnar í upphafi innlagnar, þegar einkenni eru svæsnari og torvelda hugræna nálgun. Þó er í upphafi reynt að takast á við vonleysis- og sjálfsvígshugsanir. Stundaskrá yfir daglega virkni getur auðveldað sjálfstjórnun og dregið úr óróleika. Draga má úr svenftruflunum með því að takast á við sjálfvirkar hugsanir sem stuðla að síðvöku og atferli sem stuðlar að óæskilegum svefnvenjum. Smám saman er hægt að auka hugræna þáttinn, þegar ástandið leyfir. Sem dæmi má nefna að virknitafla getur verið áhrifarík í upphafi meðferðar, hún veitir tækifæri til atferlismats, en er einnig undirbúningur greiningar á hugsunum og viðhorfum, og tengir þannig vel atferli og líðan. Í framhaldi kemur skráning á sjálfvirkum hugsunum, auk greiningar á hugkerfum ef þörf krefur, og áhvirfum þeirra á líðan. Viðbrögð við þessum hugsunum eru síðan þjálfuð, bæði hugrænt og atferlislega. Seinna er athyglinni beint að þáttum eins og samskiptum og færni. Sjálfsmat er oft skert hjá þunglyndum, en HAM bætir sjálfsmat með ýmsum aðferðum, t.d. með því að leiðrétta hugrænar villur og með atferlismiðuðum æfingum til að auka færni.

Hægt er að byggja fræðslu og hópstarf á kenningum HAM. Það getur reynst auðveldara að reka slíka þjónustu á sjúkrahúsi en á stofu eða göngudeild, m.a. vegna þess að æskilegt er að fleiri en einn starfsmaður standi að slíku hópstarfi. Hópmeðferð, sem er oft notuð á sjúkrahúsum þarf að vera opin, þannig að nýir sjúklingar geti byrjað í hópnum hvenær sem er, vegna mismunandi legutíma sjúklinganna. Því er mikilvægt að hver fundur hafi meðferðarlegt gildi, með fræðslu og markvissri þemavinnu jafnframt því að tekist er á við þann vanda sem er efst á baugi, og miðast að því að búa sjúk-

linginn undir lífið eftir útskrift. Fyrirfram ákveðin dagskrá hvers fundar auðveldar vinnuna og gerir meðferðina markvissari, sérstaklega ef farið er gegnum ákveðið efni á vikulegum fundum, með t.d. 6 vikna dagskrá. Þannig getur nýr sjúklingur byrjað hvar sem er í fundaröðinni, og e.t.v. lokið meðferðinni eftir útskrift.

### Langvinnar raskanir og geðklofaröskun

Grundvallaratriði í HAM við langvinnum röskunum er að greina og meðhöndla hugkerfi („schemas“) sem stuðla að endurteknum veikindum, t.d. geðlægdartímabilum. Ýmsar aðferðir eru notaðar til að breyta hugkerfum, m.a. að skoða „sannanir“ fyrir sjálfvirkum hugsunum, skrá kosti og ókosti, skapa valkosti, og halda dagbók yfir rök sem styðja gagnlegri afstöðu. Tekist er á við skaðleg viðhorf, félagslega vanhæfni, erfiðleika við að stunda ánægjulega virkni og tilhneigingu til sjálfskaðandi atferlis. Margir sjúklingar með langvinna sjúkdóma eru haldnir fleiri en einni röskun. Hægt er að beita sértækri HAM við hverri röskun, t.d. er ákveðin tækni notuð gegn geðlægd, en nokkuð frábrugðnar aðferðir við felmturröskun. Sami sjúklingurinn getur haft gagn af því að báðar aðferðir eru notaðar, e.t.v. samhliða. Sérstakar aðferðir eru notaðar til að draga úr hættu á afturkippum. Sjúklingar geta lært leiðir til að greina og bregðast við fyrirboðum, og bætt þannig langtímaárangur.

Góð meðferðarleg tengsl og fræðsla um sjúkdóminn eru forsendur fyrir HAM við geðklofa. Túlkanir sjúklingsins á geðrofseinkennum eru skoðaðar, grunnviðhorf eru greind og sjálfvirkar hugsanir í kjölfar ógnvekjandi upplifana eru rökræddar. Hraði vinnunnar ræðst alfarið af þoli sjúklingsins fyrir þessum uppgötvunum og trausti hans til leiðsögu-mannsins. Ef farið er of geist getur það valdið vanlíðan og versnun. Viðtölin eru gjarnan fleiri og styttri en þegar vægari kvillar eru með-

höndlaðir. Þannig nýtast þau betur til að takast á við áhrif sjúkdómsins á hegðun og hugsun.

### Forsendur fyrir kerfisbundinni HAM

Ef starfsaðstaða leyfir getur áhugasamt starfsfólk þjálfast í grundvallaratriðum hugrænnar atferlismedferðar þannig að meðferðarnálgun verður samræmd, og allir sem komi að meðferð sjúklingsins hafi þekkingu á meðferðarstefnunni. Starfsfólk stýðst þá við sömu kenningu, fer eftir sömu áætlun og fær handleiðslu á sama máta. Forsendur fyrir því að gerast meðferðaraðilar eru að starfsfólk sé fagmenntað, hafi kunnáttu í geðsjúkdómafræðum og reynslu af starfi á geðsviði og kunni skil á viðtalstækni. Hægt er að styðjast við grundvallaratriði HAM við ýmiskonar meðferð sem innliggjandi sjúklingar fá, svo sem iðjuþjálfun, hjúkrunarviðtöl, hópmæðferð og til stuðnings lyfjameðferð (Wright 1996). HAM byggir á fyrirfram skipulagðri dagskrá og kerfi sem meðferðaraðili þarf að fara eftir og hefur til þess prentaðar leiðbeiningar. Leiðarvísir um meðferðina getur auðveldað fagfólki að til-einka sér tæknina, en HAM krefst samt talsverðrar menntunar og þjálfunar. Meðferðaraðilinn hefur síðan nokkuð svigrúm til að að-laga meðferðaráætlun að þörfum sjúklings og takast á við þau vandamál sem koma upp, með aðferðum HAM. Með ofangreindri nálgun má skapa kerfisbundna HAM, þ.e. nákvæma meðferðaráætlun með dagskrá og verkefnum. Slíkt kerfi auðveldar meðferðina, dregur úr líkum á að hún reynist meðferðaraðila ofviða og minnkar þannig hættu á kulnun.

### Handleiðsla

Mikilvægt er að meðferðaraðilum standi handleiðsla til boða. Hóphandleiðsla er hentug á sjúkrahúseild og hefur ýmsa kosti fram yfir einstaklingshandleiðslu. Handleiðslan getur verið lærdómsrík fyrir aðra en þann sem fær hana það skiptið. Ef teymi sem vinnur saman fær sameiginlega handleiðslu á sá sem veitir

meðferðina kost á að fá gagnlegar athugasemdir frá öðrum sem þekkja sjúklinginn. Hóphandleiðsla í HAM getur haft hvetjandi áhrif á meðferðaraðilann og styður hann í að fara eftir meðferðaráætlun. Samþykki sjúklings, trúnaður við hann og virðing fyrir honum eru skilyrði fyrir hóphandleiðslu.

### Teymisvinna

Æskilegt er að teymið taki sameiginlega ákvörðun um hvaða sjúklingum skuli bjóða HAM og taki við tilvísunum. Með teymisvinnu getur meðferðin haldið áfram á deildinni utan viðtalstímanna og starfsmenn geta tekið þátt í meðferðaráætluninni (Wright 1996), stutt sjúklinginn í að takast á við heimavinnuna, skrá virkni, læra af atvikum á deildinni, greina niðurrifshugsanir og ítrekað rök á móti þeim. Starfsmenn geta aðstoðað sjúklinginn við að nýta sér nýlærða færni í að takast á við amstur daglegs lífs, og þannig bætt og stutt meðferðina, þótt aðeins einn starfsmaður er með sjúklinginn í viðtölum. Þannig er hægt að auka skilvirkni og draga úr hættu á andstæðri nálgun.

Meðferð inni á sjúkrahúsinu þarf að hafa að markmiði að auðvelda sjúklingnum að takast á við lífið eftir útskrift (Bowers 1989). Til þess þarf samfellu í meðferð. Ef þörf er á áframhaldandi meðferð eftir útskrift, verður sami meðferðaraðili að geta veitt HAM áfram. Það gæti stýtt legutíma og auðveldað útskrift.

### HAM á Reykjalundi

Starfsmenn geðsviðs Reykjalundar hafa til-einkað sér HAM og notað á kerfisbundinn hátt frá 1997. Starfsfólk, sem allt hafði mikla reynslu af vinnu á geðsviði, fékk fræðslu í HAM og þjálfun í meðferðartækninni í eitt ár ásamt handleiðslu. Tólf starfsmenn hafa lokið slíku námi. Ýmsar ástæður urðu til þess að ákveðið var að fara þessa leið. Áður var algengt að sjúklingur var í viðtölum hjá fleiri en einum meðferðaraðila, í tengslum við faglegt starf

hvers starfsmanns. Það þótti óhagkvæmt og gat hugsanlega haft óæskileg áhrif. Biðlisti fyrir innlögn á geðsviði var langur og teymið óskaði eftir því að geta boðið fleiri sjúklingum virka meðferð.

Árangur af HAM hefur verið vel staðfestur í rannsóknnum annars staðar. Var því mikill áhugi á að hefja kerfisbundna notkun HAM á geðsviði Reykjalundar. Í fyrstu var meðferðin bundin við meðhöndlun þunglyndis, en seinna hefur teymið tileinkað sér meðferðaraðferðir við kvíða, langvinnum verkjum og áfallaröskun. Teymismenn kynntu sér rit um efnið, þýddu texta og staðfærðu, skipulögðu fræðslu um HAM og útbjuggu meðferðaráætlun með nákvæmri dagskrá, eyðublöðum til að nota við heimavinnu og mælikvarða. Áhrif þessarar undirbúningsvinnu ber ekki að vanmeta. Nú er boðið upp á nám og handleiðslu fyrir byrjandi meðferðaraðila í HAM, þ.á.m. fagmenntað starfsfólk annarra sviða svo sem verkjasviðs og atvinnuendurhæfingar. Einnig er framhaldsnám og handleiðsla fyrir reyndari meðferðaraðila.

### Árangur

Sjúklingar með alvarlegt þunglyndi (Fava 1998) og sjúklingar með langvinnnt þunglyndi (Paykel 1999) geta nýtt sér HAM. Sínt hefur verið fram á að sjúklingar með ýmsar alvarlegar raskanir sem krefjast innlagnar geta haft gagn af þessari meðferðarnálgun ef hún er aðlöguð að þörfum þeirra.

Áður var oft fullyrt að HAM nýttist best fyrir sjúklinga með vægari einkennum og væri ekki æskileg meðferð fyrir veikari sjúklinga svo sem geðklofasjúklinga og sjúklinga með alvarlega geðlægd. Seinni tíma rannsóknir benda til þess að meðferðin komi einnig þessum sjúklingum að góðu gagni. HAM stuðlar að meðferðarhældni, bætir aðlögun að færmisskerðingu, og dregur úr sjúkdómseinkennum (Scott og Wright, 1997).

Kannanir benda til þess að súklingar sem fá HAM auk hefðbundinnar meðferðar meðan á innlögn stendur hafi betri langtímahorfur eftir útskrift en þeir sem fá eingöngu hefðbundna meðferð, þ.á.m. lyfjameðferð. Árangur er betri ef þeir fá viðhaldsmeðferð eftir útskrift, þótt yfirleitt sé aðeins um að ræða örfá viðtöl (Wright 1996). Að þunglyndislyfjameðferð lokinni ná þunglyndissjúklingar sem fá HAM betri langtímaárangri en samanburðarhópar (Fava 1998). Sama gildir um sjúklinga með langvinnnt þunglyndi sem fá þunglyndislyf áfram og HAM (Paykel 1999). Þeir fá færri veikindatímabil og ná frekar fullum bata en samanburðarhópar. Einnig hefur náðst góður árangur af HAM við geðlægd hjá inniliggjandi sjúklingum án lyfjameðferðar. Rannsóknir benda til að HAM geti haft meiri langtímaáhrif á geðrofseinkennum en hefðbundin meðferð eingöngu (Kuipers o.fl. 1998) og dregið úr bæði jákvæðum og neikvæðum einkennum og geðlægd í meiri mæli en samanburðarmeðferð (Sensky o.fl. 2000) hjá geðklofasjúklingum.

Tafla 1 sýnir árangur af HAM við geðlægd á

**Tafla 1 – Árangur hugrænnar atferlismeðferðar á Reykjalundi við geðlægd**

BDI við upphaf meðferðar	Fjöldi sjúklinga	BDI í upphafi meðferðar, meðaltal	BDI í lok meðferðar meðaltal	<10 á BDI í lok meðferðar. Fjöldi
≥ 20	56	31,2	12,5	22
< 20	12	15,7	9,5	8
Samtals	68	28,5	12,0	30

BDI er mælikvarði Becks um geðlægd

Reykjalundi hjá fyrstu 68 sjúklingunum sem luku meðferð. Þeir fylltu út mælikvarða Becks á geðlægð (Arnarson, 1990) vikulega. Allir höfðu átt við geðlægð að stríða árum saman og höfðu verið á lyfjameðferð við því lengi. Samt sem áður voru einkenni á háu stigi við innlögn. Flestir áttu við önnur vandamál að stríða, líkamlega sjúkdóma og/eda félagsleg vandamál, eða fleiri geðraskanir. Þrátt fyrir þetta ná þeir að bæta andlega líðan, mælt í lækun á mælikvarða Becks. Athyglisvert er að árangur var ekki síðri hjá sjúklingum með alvarlega geðlægð, en 56 sjúklingar voru með 20 stig eða meira í upphafi. Þess ber þó að geta að enginn samaburðarhópur er notaður, og þetta árangursmat telst ekki vísindalegt. Rannsóknir á HAM á inniliggjandi sjúklingum eru að ýmsu leiti ólíkar rannsóknum utan stofana. Sjúklingarnir eru í vernduðu umhverfi og árangur innan deildar er ekki trygging fyrir góðum horfum eftir útskrift. Því er eftir meðferð mikilvæg. Einnig hefur verið bent á að vafasamt er að nota samanburðarhóp þegar meðferð fer fram innan sjúkrahúsveggja, því grundvallaratriði meðferðarinnar breiðast um stofnunina, og hvorki starfsmenn né sjúklingar fara varhluta af meðferðarstefnunni.

**Heimildir:**

- Arnarson, E.Ö. : „Mælikvarði Becks á geðlægð“ (þýðing). Geðvernd, 1990, 1(21), 31-33
- Bowers, W.A. (1989). Cognitive Therapy with Inpatients. Í Freeman, A., Simon, K.M., Beutler, L.E. og Askowitz, H., (ritsj.), Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy (bls.583-596). New York: Plenum Press.
- Fava, G.A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R., og Morphy, M.A. (1998). Six-Year Outcome for Cognitive Behavioral Treatment of Residual Symptoms in Major Depression. American Journal of Psychiatry, 155: 10, 1443-1445.
- Kuipers, E., Fowler, D., Garety, P., Chisholm, D., Freeman, D., Dunn, C., Bebbington, P. og Hadley, C. (1998). London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months. British Journal of Psychiatry, 173, 7: 61-68.
- Paykel, E.S., Scott, J., Teasdale, J.D., Johnson, A.L., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P.L., Hayhurst, H., Abbott, R. og Pope, M. (1999). Prevention of Relapse in Residual Depression by Cognitive Therapy: A Controlled Trial. Archives of General Psychiatry, 56: 9, 829-835.
- Scott, J., og Wright, J.H. (1997). Cognitive Therapy for Chronic and Severe Mental Disorders. Í Dickenstein, L.J., Riba, M.B., og Oldham, J.M. American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 16. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sensky, T., Turkington, D., Kingdon, D., Scott, J.L., Scott, J., Siddle, R., O'Carroll, M., Barnes, T. og Thomas, R.E. (2000). A Randomized Controlled Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Persistent Symptoms in Schizophrenia Resistant to Medication. Archives of General Psychiatry, 57, 2: 165-172.
- Stuart, S., Wright, J.H., Thase, M.E. og Beck, A.T. (1997). Cognitive therapy with inpatients. General Hospital Psychiatry, 19, 1: 42-50.
- Wright, J.H. (1996). Inpatient Cognitive Therapy. Í P.M. Salkovskis (ritsj.): Frontiers of Cognitive Therapy (bls.208-225). New York: Guilford Press.

*Pétur Hauksson  
er geðlæknir á Reykjalundi*