

# Hugræn atferlismeðferð við langvinnu þunglyndi: Samanburður á einstaklings- og hópmeðferð í endurhæfingu á geðsviði Reykjalundar

Inga Hrefna Jónsdóttir<sup>1</sup>, Sylvía Ingibergsdóttir<sup>2</sup> og Pétur Hauksson<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð SÍBS, Mosfellsbær, <sup>2</sup>Geðsvið Landspítala, Reykjavík, <sup>3</sup>Eigin læknastofa, Reykjavík.

## Útdráttur

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) við langvinnu þunglyndi hjá sjúklingum sem ekki hafa svarað hefðbundinni meðferð nægjanlega vel (treatment-resistant depression). Bornir voru saman þrjár hópar sjúklinga á geðsviði Reykjalundar. Þátttakendur voru samtals 206 sjúklingar með langvinnt þunglyndi. Tveir meðferðarhópar inniliggjandi sjúklinga fengu annað hvort einstaklings HAM (n=68) eða hóp HAM (n=99). Samanburðarhópur (n=39) inniliggjandi sjúklinga fékk ekki HAM en var að öðru leyti í sömu endurhæfingu. Fyrstu niðurstöður sýna góðan árangur hjá öllum hópum en þátttakendur sem fengu einstaklings HAM náðu marktækt betri árangri en þeir sem fengu hóp HAM eða voru í samanburðarhópi. Vera má að hóparnir hafi verið of stórir (12-14) eða sjúklingarnir með of alvarleg og fjölbreytt vandamál til að hópmeðferð sé nægjanleg. Kanna þarf árangur af minni hópum (7-8) og skoða hvaða sjúklingum gagnast hópar vel og hverjir þurfa einstaklingsmeðferð.

## Inngangur

### Rannsóknir á árangri HAM

Í nýlegri yfirlitsgrein hjá Butler, Chapman, Forman og Beck (2006) kemur meðal annars fram að rannsóknir á hugrænni atferlismeðferð við þunglyndi eru að sýna góðan árangur. Áhrifastærðir (effect sizes) fyrir HAM við þunglyndi eru háar (large range). HAM skilaði eitthvað betri árangri en þunglyndislyf í meðferð á þunglyndi hjá fullorðnum og jafn miklum árangri og atferlismeðferð.

### Langvinnt þunglyndi

Í klínískum leiðbeiningum NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) er langvinnt þunglyndi hjá sjúklingum sem ekki

hafa svarað hefðbundinni meðferð nægjanlega vel (treatment-resistant depression) skilgreint sem þunglyndi „sem svarar ekki tveimur eða fleiri tegundum af þunglyndislyfjum sem gefin eru í röð og í viðeigandi skömmtum yfir viðeigandi tíma“ (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2004).

Wiles og félagar (2008) benda á að lítið sé um samanburðarhópa valda af handahófi í rannsóknum á langvinnu þunglyndi og komust þau að raun um að þannig rannsóknir eru erfiðar í framkvæmd.

### Samanburður á lyfjameðferð og sálfræðimeðferð

Greenberg og Goldman (2009) báru saman rannsóknir á lyfjameðferð og sálfræðimeðferð við þunglyndi og komust að þeirri niðurstöðu að rannsóknir bendi til þess að í flestum tilfellum eigi það við að byrja eigi á sálfræðimeðferð áður en lyfjameðferð er reynd sem er í samræmi við leiðbeiningar NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) um hvernig skuli haga meðferð við þunglyndi. Í klínískum leiðbeiningum NICE er einnig lagt til að lyfjameðferð fari fram samhliða hugrænni atferlismeðferð ef þunglyndið er mjög alvarlegt og við langvinnu þunglyndi (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007). Í nýrri yfirlitsgrein Malhi og féлага (2009) um klínískar leiðbeiningar við þunglyndi er einnig lögð áhersla á að meðferðin taki mið af niðurstöðum vísindarannsókna og klínískri reynslu, sé sérsniðin að hverjum einstaklingi og inngríp hæfi stigi þunglyndis, mögulegum fjölkvillum og matskvarðar séu notaðir til að mæla alvarleika einkenna. Einnig er mælt með meiri áherslu á sálfræðimeðferðir. Í þessari grein kemur einnig fram að lyfjameðferð eða sálfræðimeðferð við þunglyndi eru árangursríkar í um 50% tilfella, 33% svara lyfleysu og 33% ná ekki bata.

## Alvarleiki þunglyndis

Ef alvarleiki þunglyndis er skoðaður þá voru vísbendingar um að þeir sem eru með mjög alvarlegt þunglyndi nái betri árangri með lyfjameðferð (Elkin, o.fl., 1995). Nýlegri rannsóknir hafa þó sýnt sambærilegan árangur með HAM og lyfjum hjá einstaklingum með vægt, miðlungs alvarlegt og alvarlegt þunglyndi (DeRubeis o.fl., 1999). DeRubeis og félagar (2005) benda á að ef tekið er mið af reynslu og menntun meðferðaraðila þá getur HAM verið jafn árangursrík og lyfjameðferð við alvarlegu þunglyndi.

## Atferlisþáttur HAM

Aukin áhersla hefur verið lögð á atferlisþáttinn í hugrænni atferlismeðferð (Bennett-Levy, Butler, Fennell, Hackman, Mueller og Westbrook, 2004) og sérstaklega í meðferð á langvinnri geðlægd (Bottonari, Roberts, Thomas og Read, 2008).

Sá hluti HAM sem flokkast undir athafnasemisméðferð (*Behavioural Activation*) hefur reynst mjög áhrifaríkur við þunglyndi. Athafnasemisméðferð miðar að því að auka virkni og framtakssemi sjúklinga og hámarka þannig aðgengi þeirra að jákvæðum styrkjum í umhverfinu (sjá nánar í Ívar Snorrason og Haukur Ingi Guðnason, 2008).

## HAM hópmeðferð

Hugræn atferlismeðferð í hópi hefur einnig reynst árangursríkt og hagkvæmt meðferðarform meðal annars fyrir fólk með blandaðar greiningar (McEvoy og Nathan, 2007; Tucker og Oei, 2007; Hafrún Kristjánsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson, Agnes Agnarsdóttir og Engilbert Sigurðsson, 2008).

## Rannsókn á árangri HAM í endurhæfingu

Tilgangur okkar rannsóknar var að kanna árangur hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) við langvinnu þunglyndi hjá sjúklingum í endurhæfingu sem ekki hafa svarað hefðbundinni meðferð nægjanlega vel. Flestir okkar sjúklinga höfðu áður leitað til geðdeilda, heilsugæslunnar, félagsþjónustunnar, sjúkrahjálfa, geðlækna og sálfræðinga. Bornir voru saman þrjú hópar innskriðra sjúklinga í endurhæfingu á geðsviði Reykjalundar. Einn hópurinn fékk HAM einstaklingsmeðferð, einn hópurinn fékk HAM hópmeðferð og einn hópurinn var samanburðarhópur sem fékk ekki

hugræna atferlismeðferð en fékk hefðbundna endurhæfingu að öðru leyti eins og hinir hóparnir.

## Endurhæfing á geðsviði Reykjalundar

Meðferðin á Reykjalundi byggist á hugmyndafræði endurhæfingar en þar er lögð rík áhersla á teymisvinnu sérhæfðs fagfólks. Markmiðið er að sjúklingar nái aftur eins góðri andlegri, félagslegri og líkamlegri færni og mögulegt er. Í geðteyminu starfa hjúkrunarfræðingar, lækna, sjúkrahjálfarar, iðjuþjálfar, heilsuþjálfari, félagsráðgjafi og sálfræðingur eða samtals 16 fagaðilar.

## Sjúklingar geðsviðs Reykjalundar

Á hverjum tíma dvelja rúmlega 20 sjúklingar á geðsviðinu, að meðaltali í 6-8 vikur, samtals 130-150 einstakl. á ári. Meðalaldur er 43 ár.

Flestir koma vegna alvarlegs og langvarandi þunglyndis, kvíða og áfallasögu. Oftast eru sjúklingarnir að glíma við margvísleg sálræn, geðræn og líkamleg vandamál (fjólkvilla). Flestir eru með brotinn bakgrunn og erfiða félagslega stöðu.

## Einstaklingsmiðuð nálgun

Endurhæfingin byggir á einstaklingsmiðaðri nálgun. Sett er upp stundakrá út frá markmiðum sjúklings sem getur m.a. falið í sér sjúkrahjálfun, leikfimi, sund, vatnsleikfimi, boltatíma, heilsuþjálfun, göngu, spaðatíma, golfkennslu, iðjuþjálfun, tómstundahóp, eldhúspjálfun, karlahópa, sjálfseflingarhóp, fælنيþjálfun, slökun og streitustjórnunarnámskeið, einstaklings- og hópslökun, geðheilsuskólann, greiningar, sálfræðimeðferð, stuðningsviðtöl, lyfjameðferð, fræðslu og stuðning til reykleysis, næringarfræðslu, HAM hópmeðferð eða HAM einstaklingsmeðferð, markmiðsfundi og fjölskyldufundi. Hver sjúklingur fær sinn umsjónarhjúkrunarfræðing sem heldur utan um hans mál.

## HAM á Reykjalundi

Á Reykjalundi er módel Aaron T. Beck (Beck, Rush, Shaw og Emery, 1979) lagt til grundvallar hugrænu atferlismeðferðinni og það aðlagð að endurhæfingarferlinu og Reykjalundi. Hugræn atferlismeðferð hefur verið notuð á kerfisbundinn hátt á geðsviðinu frá 1997 og á öðrum sviðum Reykjalundar frá

2000. Bæði hefur verið boðið upp á HAM-einstaklingsmeðferð og hópmeðferð.

Allir meðferðaraðilar Reykjalundar sem eru um 25 talsins hafa lokið sérnámi í HAM (diploma) annað hvort í HAM skóla Reykjalundar sem starfaði 1998-2003 eða hjá Endurmenntun Háskóla Íslands og Félagi um hugræna atferlismeðferð sem hefur boðið upp á eins árs þverfaglegt HAM nám frá árinu 2006. HAM meðferðaraðilar Reykjalundar eru frá ýmsum faghópum; sálfræðingar, félagsráðgjafar, læknar, iðjuþjálfar og hjúkrunarfræðingar. Meðferðaraðilarnir eru í vikulegri hóphandleiðslu hjá sálfræðingi og einstaklingshandleiðslu eftir þörfum.

### **HAM-meðferðarhandbók geðteymis**

Meðferðin fylgir meðferðarhandbók geðteymis Reykjalundar (Inga Hrefna Jónsdóttir, Pétur Hauksson, Sýlvía Ingibergsdóttir og Þórunn Gunnarsdóttir, 2007). Meðferðarhandbókin er 114 bls. og skiptist upp í 12 tíma. Hver tími inniheldur ákveðna dagskrá sem byggir á fræðslu og verkefnavinnu. Heimaverkefni eru sett fyrir í hverjum tíma. Farið er í efni eins og leiðir til að bæta líðan með aukinni virkni, að rjúfa þunglyndisvítahringinn, markviss markmiðssetning, að finna lausnir, að finna mótrök við neikvæðum hugsunum, jákvæðari sjálfsmynd, samskipti, áræðni og alltaf endað á bakslagsvörnum. Næsta útgáfa sem kemur út á þessu ári verður á margmiðlunarformi og mun verða aðgengileg á netinu.



### **Aðferð**

#### **Þátttakendur**

Þátttakendur í rannsókninni voru 206 sjúklingar með langvinnt þunglyndi, innskrifaðir á geðsvið Reykjalundar. Af þeim fengu 68 HAM einstaklingsmeðferð, 99 fengu HAM hópmeðferð og 39 voru í samanburðarhópi og fengu ekki HAM en voru að öðru leyti í sömu endurhæfingu.

#### **Mælitæki**

Eftirfarandi spurningalistar voru lagðir reglulega fyrir þátttakendur: BDI-II, BAI, BHS, ATQ og SCL-90-R. MINI geðgreiningarviðtalið var lagt fyrir í upphafi.

Eftirfylgd var einu og tveimur árum eftir meðferðarlok. Rannsóknin hófst árið 2002 og gagnasöfnun lauk 2008.

### **Framkvæmd**

Hugræna atferlismeðferðin var tvisvar í viku í 6 vikur, einstaklingsmeðferðin í 50 mín. í senn en hópmeðferðin í 90 mín. í senn, samtals 12 skipti. Stuðst var við meðferðarhandbók geðteymis Reykjalundar. Fyrirfram ákveðin dagskrá var fyrir hvern meðferðartíma. Í HAM hópmeðferðinni voru 10-15 sjúklingar í hverjum hópi og 2 meðferðaraðilar í hverjum tíma. Hópnum var skipt í tvo minni hópa í verkefnavinnu.

### **Niðurstöður**

Fyrstu niðurstöður sýna góðan árangur hjá öllum hópum en þátttakendur sem fengu einstaklings HAM náðu marktækt betri árangri en þeir sem fengu hóp HAM eða voru í samanburðarhópi (sjá mynd 1).

Einstaklings HAM var marktækt árangursríkari en samanburðarhópur í að draga úr einkennum þunglyndis, vonleysis og sjálfvirkra neikvæðra hugsana en ekki kvíða.

Árangur hjá þeim sem fóru í HAM-hóp reyndist ekki marktækt betri en hjá samanburðarhópi við að draga úr einkennum þunglyndis, kvíða, vonleysis og sjálfvirkra neikvæðra hugsana.

Árangur þeirra sem fóru í einstaklingsmeðferð hélst einnig betur í eins árs eftirfylgd heldur en hjá þeim sem fóru í hópmeðferð eða voru í samanburðarhópi. Gagnaúrvinnslu úr eftirfylgd er ekki lokið.

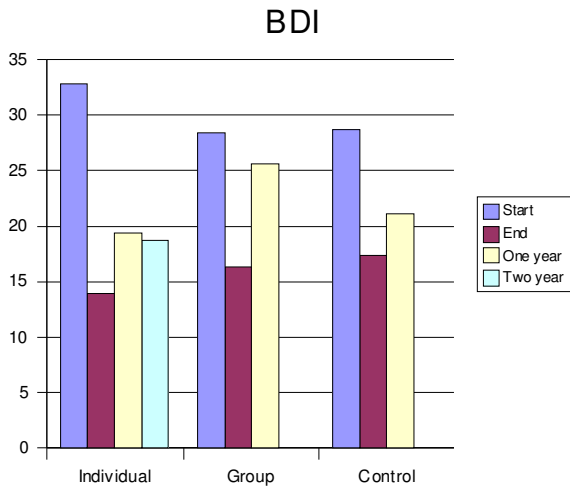
### **Umræða**

Hugræn atferlismeðferð við langvinnu þunglyndi veitt í hópi var ekki jafn árangursrík og einstaklingsmeðferð og virtist ekki bæta árangur hefðbundinnar endurhæfingar. Einnig virðist sem árangurinn haldist betur hjá þeim sem fóru í einstaklingsmeðferð en þeim sem voru í hópmeðferð eða samanburðarhópi.

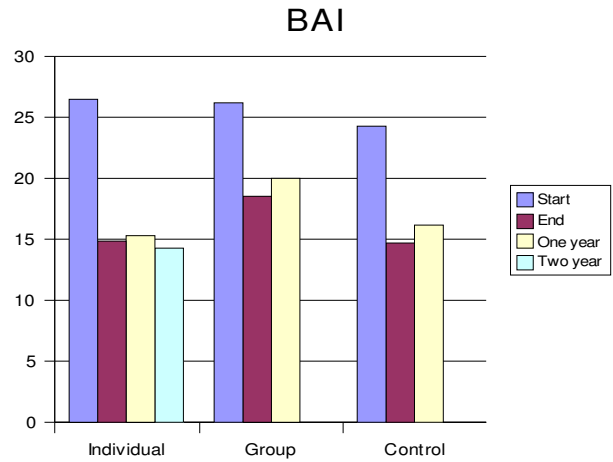
Vera má að hóparnir hafi verið of stórir (10-15) eða sjúklingarnir með of alvarleg eða fjölbreytt vandamál til að hópmeðferð sé nægjanleg.

Kanna þarf árangur af minni hópum (7-8) og skoða hvaða sjúklingum gagnast hópar og hverjir þurfa einstaklingsmeðferð.

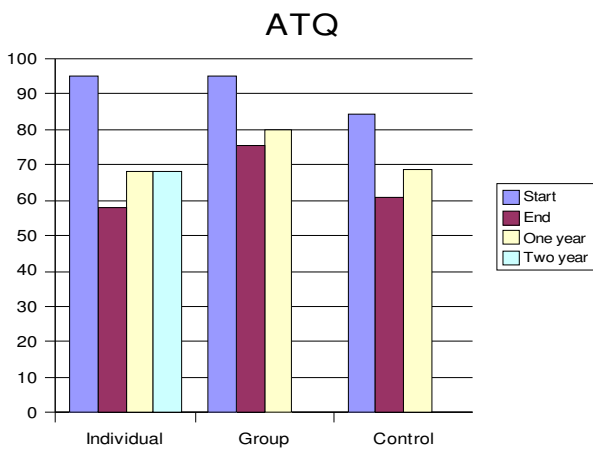
## Þunglyndi



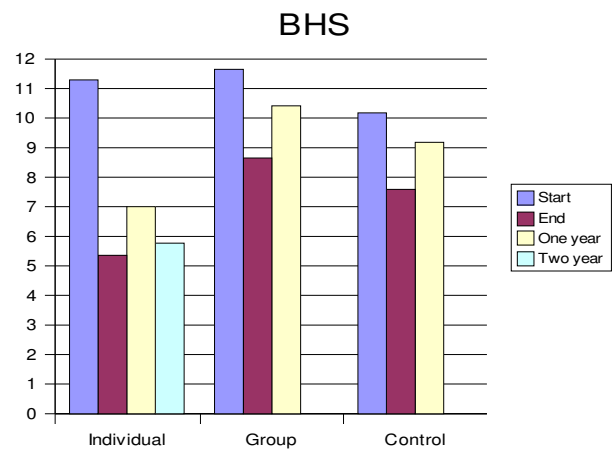
## Kvíði



## Sjálfvirkar neikvæðar hugsanir



## Vonleysi



**Mynd 1.** Meðaltöl á mælitækjum í rannsókninni hjá þátttakendum sem fengu HAM meðferð í einstaklingsviðtölum, í hóp og hjá þeim sem ekki fengu HAM meðferð (samanburðarhópur).

## Umræða

Hugræn atferlismeðferð við langvinnu þunglyndi veitt í hópi var ekki jafn árangursrík og einstaklingsmeðferð og virtist ekki bæta árangur hefðbundinnar endurhæfingar. Einnig virðist sem árangurinn haldist betur hjá þeim sem fóru í einstaklingsmeðferð en þeim sem voru í hópmeðferð eða samanburðarhópi.

Vera má að hóparnir hafi verið of stórir (10-15) eða sjúklingarnir með of alvarleg eða fjölbreytt vandamál til að hópmeðferð sé nægjanleg.

Kanna þarf árangur af minni hópum (7-8) og skoða hvaða sjúklingum gagnast hópar og hverjir þurfa einstaklingsmeðferð.

## Heimildir

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. og Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004) (Ritstj.), *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Bottonari, K. A., Roberts, J. E., Thomas, S. N., & Read, J. P. (2008). Stop thinking and start doing: Switching from cognitive therapy to behavioral activation in a case of chronic treatment-resistant depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*(4), 376-386.
- Butler A.C., Chapman J.E., Forman E.M. & Beck A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26* (1), 17-31.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*(4), 409-416.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry, 156*(7), 1007-1013.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., et al. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(5), 841-847.
- Greenberg, R. P., & Goldman, E. D. (2009). Antidepressants, psychotherapy or their combination: Weighing options for depression treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 39*(2), 83-91.
- Hafrún Kristjánsdóttir, Jón Friðrik Sigurðsson, Agnes Agnarsdóttir og Engilbert Sigurðsson (2008). Munur á meðferðarárangri einstaklinga með þunglyndi og kvíðatengt þunglyndi. *Sálfræðiritið, 13*, 187-197.
- Inga Hrefna Jónsdóttir, Pétur Hauksson, Sýlvía Ingibergsdóttir og Þórunn Gunnarsdóttir (2007) (Ritstj.), *HAM: Hugræn atferlismeðferð – meðferðarhandbók (4. útgáfa)*. Mosfellsbær: Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð.
- Ívar Snorrason og Haukur Ingi Guðnason (2008). Um hugræna atferlismeðferð og athafnasemismeðferð við þunglyndi. *Sálfræðiritið, 13*, 199-211.
- Malhi, G. S., Adams, D., Porter, R., Wignall, A., Lampe, L., O'connor, N., et al. (2009). Clinical practice recommendations for depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 119*(SUPPL. 439), 8-26.
- McEvoy, P. M., & Nathan, P. (2007). Effectiveness of cognitive behavior therapy for diagnostically heterogeneous groups: a benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 344-350.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). Klínískar leiðbeiningar. Slóð á netinu: <http://www.nice.org.uk/guidance/CG23>
- National Institute for Clinical Excellence (2004). *Clinical Guideline 23. Depression: management of depression in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Tucker, M., & Oei, T.P.S. (2007). Is group more cost effective than individual cognitive behaviour therapy? The evidence is not solid yet. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 35*, 77-91.
- Wiles, N. J., Hollinghurst, S., Mason, V., Musa, M., Burt, V., Hyde, J., et al. (2008). A randomized controlled trial of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy in primary care based patients with treatment resistant depression: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(1), 21-33.