

Sóley Dröfn Davíðsdóttir

## Hugræn atferlismeðferð

### við geðhvörfum

#### Áhrif geðhvarfa

Geðhvörf (*bipolar disorders*) einkennast af örum sveiflum á einkennum örlyndis og þunglyndis, og geta einkennin náð viðmiðum um örlyndisskeið (*manic episode*) og þunglyndisskeið (*depressive episode*)<sup>1</sup>. Þróun geðhvarfa er einstaklingsbundin en ljóst er þó að þau lagast sjaldnast af sjálfu sér og krefjast yfirleitt lyfjameðferðar. Geðhvörf eiga það til að fara versnandi ef töf verður á lyfjameðferð, lyfin eru tekin stopult eða vímuefni misnotuð<sup>2</sup>.

Geðhvörf valda mikilli truflun á lífi einstaklings og hans nánustu. Veikindaskeið hafa slæm áhrif á tengslin við aðra, starfsgetu, fjárhaginn og aukin hætta er á slysum og sjálfvígum. Einkennin ganga ekki alltaf alveg til baka milli veikindaskeiða og oft getur kvíði háð fólki dags daglega. Breytingar geta orðið á heilastarfi í kjölfar örlyndisskeiða, sem meðal annars lýsa sér í minnistruflunum og erfiðleikum með að halda athygli<sup>3</sup>. Það er því ekki aðeins nóg að afstýra veikindaskeiðunum heldur þarf einnig að draga úr þeim einkennum sem geta háð fólki milli skeiða.

### **Samspil líffræðilegra og sálfræðilegra þátta**

Í geðhvörfum á sér stað samspil milli líffræðilegra ferla og aðstæðna fólks, hugarfars og viðbragða við einkennum sjúkdómsins. Þessum þáttum þarf öllum að huga að, eigi meðferðararangur að vera góður. Lífsviðburðir og álag geta aukið líkur á að fólk fái geðhvörf, stuðlað að frekari<sup>5</sup> og lengri veikindaskeiðum<sup>6</sup>. Áhrif lífsviðburðanna ráðast að einhverju leyti af þeim viðhorfum sem fólk hefur til þeirra. Þeir sem túlka lífsviðburðina á neikvæðan hátt eiga frekar á hættu að fá einkenni örlyndis eða þunglyndis í kjölfar þeirra<sup>7</sup>. Fólk er fljótara að jafna sig af þunglyndi ef það nýtur stuðnings fjölskyldunnar<sup>8</sup>. Það eru hins vegar meiri líkur á frekari veikindum ef andrúmsloftið í fjölskyldunni einkennist af gagnrýni og fjandsemi. Ekki má þó gleyma þeim áhrifum sem veikindin kunna að hafa á samskiptin í fjölskyldunni. Lítil félagslegur stuðningur og lágt sjálfstraust virðist fremur stuðla að þunglyndi en ofuráhersla á að ná árangri getur stuðlað að örlyndi<sup>2</sup>.

Ýmis viðhorf standa meðferðararangri við geðhvörfum fyrir þrifum. Viðhorf til veikinda og lyfja hafa talsverð áhrif á hvort lyfjameðferð er fylgt. Meiri líkur eru á að fólk hætti lyfjameðferð ef því finnst að það eigi sjálft að geta stjórnað líðan sinni, upplifir sig „veikt“ þegar það er á lyfjum og á erfitt með að viðurkenna fyrir sér og öðrum að það eigi við geðhvörf að

stríða. Það eykur einnig líkur á stopulli lyfjatöku ef fólk finnur mjög til ágætis síns í örlyndinu og saknar tilfinninga sem því tengjast. Fólk sér ekki alltaf ástæðu til að taka lyf þegar því líður vel og óttast jafnvel að verða dapurt í kjölfar örlyndisins. Stundum upplifir fólk að það verði tilfinningalega dofið á lyfjum og geti ekki skapað í því ástandi<sup>9</sup>.

Viðbrögð við einkennum örlyndis og þunglyndis hafa einnig áhrif á hvernig vandinn þróast. Þeir sem bregðast við örlyndiseinkennum með því að setja sér mörk og draga úr virkni gengur betur að afstýra örlyndisskeiðum. Þeir sem bregðast við þunglyndiseinkennum með því að setja sér markmið og auka virkni eru betur í stakk búnir til að hafa áhrif á þunglyndið<sup>2</sup>.

### **Árangur af hugrænni atferlismeðferð við geðhvörfum**

Ekki er langt síðan farið var að rannsaka hugræna atferlismeðferð (HAM) við geðhvörfum. Lam og félagar rannsökuðu árið 2003<sup>10</sup> árangur af hugrænni meðferð á hópi fólks sem ítrekað hafði veikst aftur þrátt fyrir lyfjameðferð. Allur hópurinn fékk hefðbundna meðferð, það er að segja lyfjameðferð og reglulegt eftirlit geðlæknis. Hálfur hópurinn fékk auk þess hugræna meðferð í sextán skipti. Ári síðar höfðu 75% þeirra sem fengu hefðbundna meðferð veikst aftur en aðeins 43% þeirra sem fengu hugræna meðferð. Veikindin stóðu í þrisvar sinnum styttri

## Hugræn atferlismeðferð við geðhvörfum

tíma hjá þeim sem fengu hugrænu meðferðina, innlagnir voru færri og stóðu í helmingi styttri tíma. Þeir sem fengu hugrænu meðferðina tóku frekar lyf samkvæmt læknisráði og getur fræðsluþáttur meðferðarinnar hafa stuðlað að því. Fræðsla ein og sér stuðlar að bættri lyfjatöku, færri veikindaskeiðum og styttri innlögnum<sup>11</sup>. Árið 1999 kenndu Perry og félagar<sup>12</sup> hópi fólks með geðhvörf að bera kennsl á forstigseinkenni örlyndis og þunglyndis og leita sér aðstoðar í kjölfarið. Með forstigseinkennum er átt við þær breytingar á hugarfari, tilfinningalífi eða atferli sem fá manneskju til að gruna að örlyndi sé í uppsiglingu<sup>13</sup>. Örlyndisskeiðum fækkaði en ekki þunglyndisskeiðum. Þetta á sér ýmsar skýringar. Örlyndisskeið eiga sér oft lengri undanfara en þunglyndisskeið, forstigseinkenni örlyndis eru skýrari auk þess sem einhver einkenni þunglyndis geta verið til staðar milli skeiða<sup>4</sup>. Þá er ekki nóg að fólk átti sig á að það sé að verða þunglynt. Það þarf að læra að fást við þunglyndiseinkennin á uppbyggilegan hátt, eins og kennt er með HAM. Fólk sem fengið hefur HAM við þunglyndi veikist síður aftur af þunglyndi<sup>14</sup> og finnur minna fyrir einkennum þunglyndis milli veikindaskeiða<sup>15</sup>.

### ***Eiginleikar hugrænnar atferlismeðferðar***

#### ***við geðhvörfum***

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er formföst skammtíameðferð þar sem fólki er kennt að hafa áhrif á líðan sína með því að endurskoða hugarfar sitt og atferli. Þegar fólk er komið í örlyndisástand er hins vegar ólíklegt að það geti nýtt sér slíka meðferð. Því hefur verið lögð sérstök áhersla að kenna fólki að þekkja og bregðast við forstigseinkennum örlyndis, í því augnamiði að afstýra örlyndisskeiðum. Rík áhersla er lögð á fræðslu um sjúkdóminn, meðferð hans og afleiðingar, en með fræðslu er haft áhrif á viðhorf sem vinna gegn bata og sjúkdómsinnsæi aukið. Fólki er kennt að bera kennsl á og endurskoða hugsanir sem auka á einkennin. Hugsanir eru jákvætt skekkta þegar fólk er í örlyndi en neikvætt skekkta þegar þunglyndis gætir. Að lokum er fólki kennt að breyta atferli sínu, þannig að dregið sé úr virkni þegar örlyndiseinkenna gætir en virkni aukin þegar þunglyndiseinkenni gera vart við sig. Í HAM er einnig unnið með sjálfstraust, áræðni, samskiptafærni, bjargráð og líferni<sup>16</sup>. Aðstandendur eru stundum virkjaðir til þátttöku í meðferðinni en þeir geta veitt ómetanlegan stuðning við meðferð, séu þeir hafðir með í ráðum.

### **Að þekkja forstigseinkennin**

Fólk greinir stundum frá því að það átti sig ekki á fyrirboðum örlyndis eða þunglyndis. Því finnst það jafnvel veikjast fyrirvaralaust, án þess að það fái við

nokkuð ráðið. Aðrir finna örlyndið koma en vita ekki hvað þeir geta gert til að sporna við því. Enn aðrir trúá því ekki að þeir geti haft nein áhrif og gefa sig því örlyndinu á vald. Forstigseinkennin eru hins vegar til staðar í einhverja daga eða vikur áður en þau ná að uppfylla viðmið um örlyndisskeið<sup>18</sup>. Þetta er tíminn sem fólk hefur til að grípa inn í og afstýra því að til fulls örlyndis komi.

Sum forstigseinkenni eru algengari en önnur, þótt þau séu að einhverju leyti einstaklingsbundin. Algengustu forstigseinkenni örlyndis eru minnkuð svefnþörf og aukin athafnasemi<sup>19</sup>. Fólk gæti til dæmis farið að vinna húsverk fram eftir nóttu, þótt þau væri ekki aðkallandi. Önnur forstigseinkenni eru óeðlilega minnkaður kvíði eins og þegar viðkomandi verður skyndilega nokkuð sama þótt hann sé að verða seinn á mikilvægan fund eða illa undirbúinn undir lokapróf. Bjartsýni getur aukist en áform eru jafnan vanhugsuð og illa skipulögð. Fólk getur orðið félagslyndara en á jafnframt erfitt með að hlusta og einbeita sér að því sem aðrir segja. Kynhvöt getur aukist, sem má stundum sjá á ögrandi klæðaburði, aukinni förðun og daðri. Þetta geta verið vísbendingar um að viðkomandi eigi á hættu að gera eitthvað sem hann síðar sér eftir<sup>2</sup>.

Stundum finnst fólki erfitt að greina milli forstigseinkenna örlyndis og þess að vera í góðu skapi.

Þegar manneskja er í góðu skapi getur hún notið þess að lesa góða bók án þess að fara að leiðast eða missa athyglina. Hún getur hlustað og verið þögul innan um aðra. Hún hefur ekki þörf fyrir að reyna á mörk og getur lokið verkefnum án þess að leiðast inn á aðrar brautir. Kvíðinn er í meðallagi, manneskjan getur verið róleg og yfirveguð, hún getur sofið vel og lengi og tekið gagnrýni án þess að pirrast um of<sup>2</sup>.

Flestir geta lært að þekkja sín forstigseinkenni, ekki síst með aðstoð aðstandenda. Það eru yfirleitt sömu forstigseinkennin sem fara á undan örlyndisskeiðum hjá sömu manneskjunni. Þegar búið er að kortleggja forstigseinkennin, er gagnleg að setja þau á blað og meta daglega hversu vel hvert þeirra eigi við frá núll (á alls ekki við) til fimm (á mjög vel við). Ef fyrsta atriðið er til dæmis „minnkaður svefn“ er hægt að merkja við frá núll til fimm, eftir því hversu vel það eigi við að svefninn hafi verið minnkaður undanfarinn sólarhring. Síðan má leggja saman stigin á öllum forstigseinkennunum og fá út heildartölu. Því hærri sem hún er, því meiri líkur eru á að örlyndi sé í uppsiglingu. Auðveldast er að átta sig á forstigseinkennum sem snúa að atferli, það er að segja einhverju sem gert er meira eða minna af, eða öðruvísi en venjulega<sup>13</sup>.

### **Bjargráð við forstigseinkennum**

Fólk getur lært að nota þekkingu sína, reynslu og hugarfar til að draga úr þeim skaðlegu áhrifum sem ómeðhöndluð geðhvörf geta haft.

Það eru ákveðnar hugsanaskekkjur sem eiga sér stað í örlyndi. Fólk ofmetur eigin getu, treystir of mikið á heppni, vanmetur áhættu sem tilteknar athafnir hafa í för með sér og leggur ofuráhersla á tafarlausa umbun. Fólk getur lært að þekkja og leiðrétta þessar hugsanir. Með HAM er fólki kennt að verða meðvitað um neikvæðar afleiðingar þess að fara í örlyndi, rifja upp hvað afleiðingar síðasta örlyndisskeið hafði í för með sér. Fólk getur lært að sjá neikvæðar afleiðingar tiltekinna athafna fyrir sér í huganum. Það getur lært að skoða kosti og galla þess að taka áhættu og bera hugmyndir undir nánustu aðstandendur<sup>2</sup>.

Það eru einnig ákveðnar hugsanaskekkjur til staðar í þunglyndi. Fólk verður óhóflega neikvætt í eigin garð, framtíðar sinnar og aðstæðna. Þessar hugsanaskekkjur getur fólk lært að þekkja og leiðrétta. Mikilvægt er einnig að hafa áhrif á viðhorf til sjálfsvígs, þannig að fólk verði meðvitað um þær slæmu afleiðingar sem sjálfsvígstilraun getur haft í för með sér. Sjálfsvígstilraun sem ekki tekst getur valdið viðkomandi varanlegu tjóni, til dæmis heilaskaða, dregið úr sjálfstrausti, tafið fyrir bata, kostað innlögn á

## Hugræn atferlismeðferð við geðhvörfum

geðdeild, haft slæm áhrif á tengsl við aðra og vakið ugg hjá aðstandendum. Sjálfsvíg geta stuðlað að frekari sjálfsvígum í fjölskyldu og valdið aðstandendum óbætanlegu tilfinningatjóni. Þeir sitja oft uppi með mikla höfnunartilfinningu, reiði og sektarkennd. Með HAM lærir fólk uppbyggilegar leiðir til að fást við vanlíðan eins og að bera sig eftir aðstoð þegar vonleysi eða sjálfsvígshugsanir gera vart við sig. Það lærir einnig að setja sér markmið, auka virkni, fara meira á meðal fólks þegar því líður illa og dreifa huganum frá neikvæðum þankagangi.

Það má vinna gegn örlyndiseinkennum með ýmsu móti. Eitt það mikilvægasta er að halda töku lyfja áfram. Auðveldara er að muna eftir að taka lyfin ef lyfjataka er þöruð við daglegar athafnir, eins og morgunverð eða tannburstun. Það er til dæmis hægt að setja minnismiða á baðherbergisspegilinn, ísskápinn eða tannburstaglasíð. Mikilvægt er að skipuleggja athafnir dagsins, takmarka umfang þeirra og ljúka því sem hafið er. Ráðlegt er að fækka áreitum í umhverfi, draga úr hávaða með því að lækka í sjónvarpi eða farsíma, forðast ágreining og streituvalda. Varast ber að drekka áfengi eða taka lyf gegn læknisráði, hafa undir höndum mikla peninga eða greiðslukort, sýna af sér of mikið örlæti og traust í garð ókunnugra. Forðast ber að taka að sér störf eða verkefni sem trufla svefnvenjur eða matarvenjur. Ekki er

gott að taka að sér of mörg verkefni eða mikil ferðalög. Gott er að bera áætlanir sínar undir þá sem maður treystir, bíða í 48 tíma áður en aðhafst er forðast að taka sér eitthvað fyrir hendur rétt fyrir háttatíma. Gott er að búa sig tímanlega undir að fara í háttinn, hlusta á róandi tónlist og reyna að einbeita sér að tónlistinni. Ef fólk óttast að gleyma „merkilegum“ hugmyndum, er gott að punkta þær jafnóðum hjá sér. Það er jafnvel hægt að taka frá tíma eftir kvöldmat þar sem teknar eru saman hugmyndir dagsins. Þetta á ekki að gera í svefnherberginu, heldur á stað sem ekki er tengdur svefni. Mikilvægt er að ljúka þessu nógu snemma til að tími gefist til að slaka á fyrir svefninn<sup>2</sup>.

Af ofangreindu má sjá að HAM er mikilvæg viðbót við önnur meðferðarúrræði. Hún eykur árangur af lyfjameðferð, fækkar veikindaskeiðum, styttir innlagnir og dregur úr einkennum milli veikindaskeiða. Þetta ætti að skila sér í auknum lífsgæðum og minni truflun á lífi fólks með geðhvörf og þeirra nánustu aðstandenda.

### **Heimildir**

1. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4. útgáfa). Washington, DC: Author.

2. Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A. og Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder*. Washington: American Psychological Association.

3. Dickerson, F., Boronow, J. J., Stallings, C., Origoni, A. E., Cole, S. K. og Yolken, R. H. (2004). Cognitive functions in schizophrenia and bipolar disorder: comparison of performance on the Repeatable Battery for the Assessment of Neurological Status. *Psychiatry Research*, 30, 45-53.

4. Miller, I. H., Uebelacker, L. A., Keitner, G. I., Ryan, C. E. og Solomon, D. A. (2004). Longitudinal course of bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 431-440.

5. Johnson, S. L. og Roberts, J. E. (1995). Life events and bipolar disorder: implications from biological theories. *Psychological Bulletin*, 117, 434-449.

6. Johnson, S. L. og Miller, I. (1997). Negative life events and time to recovery from episodes of bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 434-449.

7. Reilly-Harrington, N. A., Alloy, L. B., Fresco, D. M. og Whitehouse, W. G. (1999). Cognitive styles and life

events interact to predict bipolar and unipolar symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 108(4), 567-578.

8. Johnson o. fl., 1999, sjá í Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A. og Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder*. Washington: American Psychological Association. ATH

9. Lingham, R. og Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*, 105, 164-172.

10. Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Parr-Davis, G. og Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 145-152.

11. Colom, F., Vieta, E., Martínez,-Aran, A. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 402-407.

12. Perry, A., Tarrrier, N., Morris, R., McCarthy, E. og Limb K. (1999). Randomized controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 149-153.

13. Lam, D. H., Wong, G. og Sham, P. (2001). Prodromes, coping strategies and course of illness in bipolar affective disorders -a naturalistic study. *Psychol Med*, 31, 1397-1402.

14. Segal, Z. V., Williams, J. M. G. og Teastdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press.

15. Zaretsky, A. (2003). Targeted psychosocial interventions for bipolar disorder. *Bipolar disorders*, 5 (1), bls. 80-87.

16. Gonzales-Pinto, A., Gonzales, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., Gutierrez, M., Mosquera, F., Perez de Heredia, J. L. (ÁRTAL) Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatr Scand*, 109, 83-90.

17. Molnar, G. J., Feeney, M. G. og Fava, G. A. (1988). Duration and symptoms of bipolar prodromes. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1576-1578.

18. Lam, D. H., Wong, G. (1997). Prodromes, coping strategies, insight and social functioning in bipolar affective disorders. *Psychol Med*, 27, 1091-1100.

*Sóley Dröfn Davíðsdóttir er sálfræðingur við geðsvið  
Landspítala-háskólasjúkrahúss.*