

HJÚKRUNARFRÆÐINGAR OG ÁRANGUR HUGRÆNNAR ATFERLISMEÐFERÐAR

Margir íslenskir hjúkrunarfræðingar hafa lært hugræna atferlismeðferð og veitt hana í meira en tíu ár. Sylvía Ingibergsdóttir skrifar hér um árangur af meðferðinni hjá hjúkrunarfræðingum hérlendis og erlendis.



Sylvía Ingibergsdóttir er hjúkrunarfræðingur, BS, MS, og starfar sem sérfræðingur í geðhjúkrun á Landspítala.

Hér á eftir fer umfjöllun um sex rannsóknir á árangri af HAM þar sem meðferðaraðilar eru hjúkrunarfræðingar. Í þremur rannsóknum eru bornar saman ólíkar fagstéttir eða meðferðaraðilar með ólíka menntun og kunnáttu. Einnig verður fjallað um íslenska rannsókn þar sem skoðaður var árangur sjúklinga þar sem hjúkrunarfræðingar veittu meðferðina annars vegar og aðrir fagaðilar hins vegar, en rannsóknin var lokaverkefni mitt í meistaranámi við HÍ. Þá er fjallað um stöðu náms í hugrænni atferlismeðferð fyrir hjúkrunarfræðinga nú um stundir og það sem er á döfinni varðandi hugræna atferlismeðferð á Landspítalanum.

Hjúkrunarfræðingar og HAM-nám á Íslandi

Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga, sem sinna sálrænum þáttum veikinda, að efla klíniska færni og tileinka sér viðurkennd meðferðarform. Hér á landi hafa hjúkrunarfræðingar haft takmörkuð tækifæri til að læra og tileinka sér sértæk meðferðarform eins og hugræna atferlismeðferð. Þessu er mikilvægt að breyta, en hér á landi höfðu hjúkrunarfræðingar ekki lært

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er skipulögð, vandamálamíðuð aðferð til meðferðar á einstaklingum með sálfélagsleg vandamál og fellur vel að vinnu hjúkrunarfræðinga. Aaron T. Beck geðlæknir setti fram þá kenningu að á bak við þunglyndi liggi grunntrú (*cognitive schemes*) sem verður til snemma á lífsleiðinni. Þar sé um að ræða skýringar sem barnið reynir að finna vegna atburða sem það verður fyrir. Af grunntrúnni koma síðan upp ósjálfráðar neikvæðar hugsanir (*automatic thoughts*) sem valda tilfinningalegri vanlíðan. Sem dæmi má nefna að ef einstaklingur hefur grunntrúna að engum sé treystandi, þá kemur hann fram og bregst við samkvæmt því. Viðbrögðin, sem hann fær til baka, eru oft neikvæð og styrkja

hann enn frekar í grunntrúnni þannig að vítahringur skapast (Hawton o.fl., 2000; Beck o.fl., 1979).

Meðferðin, sem byggð er á kenningum Becks, hefur skilað árangri hjá sjúklingum með margvísleg geðræn vandamál, svo sem þunglyndi, kvíða, geðklofa og persónuleikaröskun. Unnið er með atferli eins og nafnið bendir til, en einnig er unnið með hugsanir sem stuðla að vanlíðan. Sjúklingnum er kennt að bera kennsl á hugsanirnar og skoða réttmæti þeirra, ásamt samspili hugsana, tilfinninga og hegðunar. Meðferðarárangur hefur mikið verið rannsakaður síðustu ár og almennt er álitnið að meðferðin sé gagnreynd. Meðferðin skilar árangri og er hún hagkvæm.

meðferðina fyrr en þverfaglegu námi í hugrænni atferlismeðferð var hrundið af stað á Reykjalundi 1997 af þáverandi yfirlækni geðsviðs, Péttri Haukssyni (Pétur Hauksson, 2000). Námið var þriggja anna nám ásamt handleiðslu en útskrifað var úr HAM-skóla Reykjalundar þrisvar. Síðustu nemendurnir útskrifuðust árið 2003, af þeim sem útskrifuðust úr náminu voru hjúkrunarfræðingar fimmtán talsins. Nú er hugræn atferlismeðferð kennd á vegum Félags um hugræna atferlismeðferð og Endurmenntunar HÍ. Þar hefur hjúkrunarfræðingum verið veittur takmarkaður aðgangur og boðið upp á styttra nám (eins árs nám) sem veitir ekki réttindi. Þó er að verða breyting þar á og hefur einn hjúkrunarfræðingur lokið tveggja ára námi og fjórir eru í tveggja ára náminu nú í vetur. Auk þess hafa nokkrir hjúkrunarfræðingar lokið eins árs náminu. Tveir hjúkrunarfræðingar hafa útskrifast úr meistaranámi í geðhjúkrun við Háskóla Íslands og unnið rannsóknir í tengslum við hugræna atferlismeðferð í lokaverkefnum sínum. Hjúkrunarfræðingar á Reykjalundi hafa notað HAM við meðferð sjúklinga sinna frá árinu 1997, eða alveg frá því að HAM-nám hófst á Reykjalundi. Til að byrja með voru það eingöngu hjúkrunarfræðingar á geðsviði sem veittu meðferðina, en meðferðarformið breiddist út til fleiri sviða Reykjalundar. Kom í ljós að meðferðarformið nýttist mjög vel í hjúkrun og féll vel að annarri vinnu hjúkrunarfræðinga.

Á geðdeild Landspítalans eru það fyrst og fremst hjúkrunarfræðingar göngudeildar sem veita HAM. Gera má ráð fyrir að þetta breytist því verið er að undirbúa kennslu í HAM á vegum spítalans fyrir hjúkrunarfræðinga á bráðadeildum geðdeildar sem þeir geta nýtt við hjúkrun. Í framhaldinu er stefnt að því að teknar verði í notkun ákveðnar aðferðir byggðar á hugrænni atferlismeðferð inni á deildum.

Rannsóknir

Mikilvægt er að skoða þær rannsóknir sem gerðar hafa verið á HAM þar sem hjúkrunarfræðingar eru meðferðaraðilar með það að markmiði að þeir hljóti viðurkenningu sem meðferðaraðilar. Það getur síðan leitt til þess að sjúklingar fái enn betri meðferð en nú er veitt.

HAM fyrir geðklofasjúklinga

Í rannsókn Turkington og féлага (2006) veittu hjúkrunarfræðingar geðklofasjúklingum HAM í sex skipti á tveggja til þriggja mánaða tímabili. Úrtakið var tilviljunarkennt (n=422) og var meðferðin sameinuð reglubundnum heimsóknum hjúkrunarfræðinga til sjúklinganna. Hjúkrunarfræðingarnir sóttu tíu daga námskeið í hugrænni atferlismeðferð. Niðurstöður benda til þess að meðferðarhópurinn hafi notið góðs af meðferðinni. Þeir sem fengu meðferð þurftu marktækt færri innlagnir en samanburðarhópurinn, sem fékk venjubundnar heimsóknir, og innlagnir voru styttri. Einnig sýndu niðurstöður að innsæi var marktækt meira hjá meðferðarhópnum. Meðferðarhópurinn mældist lægri á þunglyndiskvarða í lok meðferðar en sá munur var ekki við eftirfylgd tólf mánuðum síðar. Niðurstöður sýndu ekki marktækan mun á hlutfalli sjúklinga sem hófu störf að lokinni meðferð.

Hugsanleg ástæða þess að rannsókn Turkington o.fl. (2006) sýndi minni árangur en margar aðrar rannsóknir getur verið að þarna er um veikari einstaklinga að ræða en í mörgum öðrum rannsóknum þar sem skoðaður er árangur HAM fyrir geðklofasjúklinga. Önnur möguleg skýring er að úrtakið var lítið. Meðferðin var einnig mjög stutt eða eingöngu sex skipti og athyglisvert að árangur mælist eftir svo stuttan tíma með þennan hóp sjúklinga. Kosturinn við þetta rannsóknarsnið var að allir hjúkrunarfræðingarnir fóru á sama tíu daga námskeiðið. Þetta námskeið verður þó að teljast mjög stuttur tími til að læra hugræna atferlismeðferð miðað við það nám sem meðferðaraðilar, sem vilja sérhæfa sig í hugrænni atferlismeðferð, hafa farið í á Íslandi.

Árangur HAM var einnig skoðaður í annarri rannsókn hjá sjúklingum með geðklofa en þar voru fimm hjúkrunarfræðingar meðferðaraðilar og var úrtakinu (n=66) skipt í þrjá hópa. Einn hópurinn fékk HAM, annar fékk stuðningsmeðferð og þriðji hópurinn fékk sömu meðferð og áður hjá geðteymi. Hjúkrunarfræðingarnir sinntu meðferðinni sem hluta af sinni hefðbundnu vinnu.

Þarna var um einstaklinga að ræða þar sem lyfjameðferð hafði ekki skilað nægilegum árangri. Niðurstöður sýndu að hugræna atferlismeðferðin skilaði árangri. Í hópnum, sem fékk hugræna atferlismeðferð, dró marktækt meira úr einkennum en hjá hinum hópnum og sá munur hafði aukist við eftirfylgd. Þeir sem voru í hópnum, sem fékk hugræna atferlismeðferð, voru einnig marktækt ánægðari með meðferðina. Samt sem áður benda höfundar á að árangur sé heldur minni en í sumum fyrri rannsóknum á sjúklingum sem þjást af geðklofa. Þeir velta fyrir sér hvort ástæðan geti verið mismunandi áherslur í hugrænni atferlismeðferð og telja mikilvægt að rannsaka það nánar (Durham o.fl., 2003).

HAM fyrir krabbameinssjúklinga

Doorenbos og félagar (2005) könnuðu árangur hugrænnar atferlismeðferðar þar sem hjúkrunarfræðingar voru meðferðaraðilar. Bæði var horft á minnkun sálrænna einkenna vegna krabbameins og eins hvort meðferðin hefði bætt almenna líðan. Einkennin voru sársauki, þreyta, flökurleiki, uppköst, svefnleysi, öndunarörðugleikar, niðurgangur, lystarleysi, særindi í munni og einbeitingarerfiðleikar. Úrtakinu var raðað tilviljunarkennt í tvo hópa, tilraunahóp (n=118), sem fékk HAM í tíu skipti, fimm sinnum í gegnum síma og fimm sinnum í einstaklingsviðtölum, og samanburðarhóp (n=119), sem fékk hefðbundna meðferð. Meðferðin fór fram á átján vikna tímabili hjá báðum hópnum. Niðurstöður gáfu til kynna að hugræn atferlismeðferð gerði töluvert gagn meðal krabbameinssjúklinga því þeir sem fengu HAM höfðu marktækt minni einkenni í lok meðferðar en áður en meðferð hófst. Í ljós kom marktækt betri árangur hjá yngri krabbameinssjúklingum en þeim eldri, bæði minnkuðu einkenni þeirra meira og almenn líðan þeirra batnaði meira en hjá samanburðarhópnum.

Ekki er hægt að lesa úr greininni hvort um hefðbundna hugræna atferlismeðferð hafi verið að ræða byggða á kenningum Beck eins og í hinum greinunum. Eins vantar lýsingu á menntun meðferðaraðilanna og þjálfun þeirra. Árangur var einnig athyglisverður þar sem meðferðin var stutt og helmingur viðtala í gegnum síma og því kemur árangurinn í raun á óvart.

Árangur eftir hæfni meðferðaraðila

Rannsókn þeirra Kingdon og félaga (1996) var unnin upp úr eldri rannsókn sem gerð var á árangri hugrænnar atferlismeðferðar meðal sjúklinga með kvíða, felmtur (ofsahræðsluköst) og þunglyndi (n=210). Sjúklingunum var raðað tilviljunarkennt í þrjá hópa, hóp sem fékk lyfjameðferð (n=84), hóp sem fékk HAM (n=84) og sjálfshjálparhóp (n=42). Ákveðið var að skoða árangur meðferðar eftir hæfni meðferðaraðila þar sem höfundar töldu að lítinn mun á hópum í upprunalegu rannsókninni mætti hugsanlega skýra að hluta með því að óvissa var um hæfni meðferðaraðila. Rannsakendur veltu fyrir sér hve mikla þjálfun meðferðaraðilar þyrftu og skiptu meðferðaraðilunum í tvo hópa, hæfa meðferðaraðila (n=4) og hóp þar sem „óvíst var um hæfni“ (n=7). Flestir meðferðaraðilarnir voru hjúkrunarfræðingar en ekki var tilgreint hve margir meðferðaraðilar voru það ekki. Ekki kemur fram hve mikla þjálfun í HAM meðferðaraðilarnir fengu ef nokkra, eingöngu var talað um óþjálfaða meðferðaraðila þar sem óvissa var um hæfni þeirra. Niðurstöður gáfu vísbendingar um að sjúklingar þeirra meðferðaraðila, sem töldust hæfir, sýndu marktækt betri árangur fljótlegra í meðferðinni. Munurinn hélst við tveggja ára eftirfylgd, bæði á kvörðum sem mældu þunglyndi og sjálfsmat. Ekki mældist marktækur munur á hópum á kvörðum sem mældu kvíða við eftirfylgd. Höfundar fjalla ekki um ástæður þess að ekki mældist munur á kvíða við eftirfylgd. Velta má fyrir sér skýringum, svo sem að kvíði sé eðlislægari eða djúpstæðari en þunglyndi og því hafi munurinn ekki verið sýnilegur við eftirfylgd.

Fæðingarpunglyndi og HAM

Cooper og félagar (2003) rannsökuðu árangur mismunandi meðferðar meðal kvenna sem þjást af fæðingarpunglyndi. Einnig voru skoðuð áhrif meðferðaraðila sem voru annars vegar lækna og sálfræðingar og hins vegar hjúkrunarfræðingar sem vanir voru að sinna venjubundnu ungbarnaeftirliti. Úrtakið var markmiðsúrtak og var því raðað tilviljunarkennt í fjóra hópa, konur sem komu í venjubundið ungbarnaeftirlit, hóp sem fékk óbeina ráðgjöf (non-directive counseling), hóp sem fékk HAM og hóp

sem fékk „dýnamíska“ (psychodynamic) meðferð. Konunum var fylgt eftir í fimm ár. Sá hluti niðurstaðnanna, sem snýr að bata sjúklinga eftir meðferðaraðilum, benti til þess að þeir sjúklingar, sem hjúkrunarfræðingar veittu meðferð, náðu betri árangri í öllum þrem meðferðarformum hópanna heldur en þeir sjúklingar sem lækna eða sálfræðingar veittu meðferð, en sá munur hvarf við eftirfylgd (Cooper o.fl., 2003; Murray o.fl., 2003).

Þessar niðurstöður benda til að hjá konum, sem þjást af fæðingarpunglyndi, sé æskilegt að fella meðferðina inn í hefðbundið ungbarnaeftirlit. Nálgun hjúkrunarfræðinga, sem sinna eftirlitinu, er hugsanlega ólík annarra fagaðila. Ef til vill hefur það þýðingu að hjúkrunarfræðingar hafa meiri þjálfun í meðferð í heimahúsum. Eins má leiða getum að því að tengsl hjúkrunarfræðings og hinnar nýorðnu móður séu önnur og meðferðarsambandið annars eðlis en annarra fagaðila. Það er hins vegar erfitt er að draga ályktanir um það þar sem þetta er eina klíníska rannsóknin á hugrænni atferlismeðferð í geðheilsugæslu sem hér er fjallað um.

Sálfræðingar og hjúkrunarfræðingar bornir saman

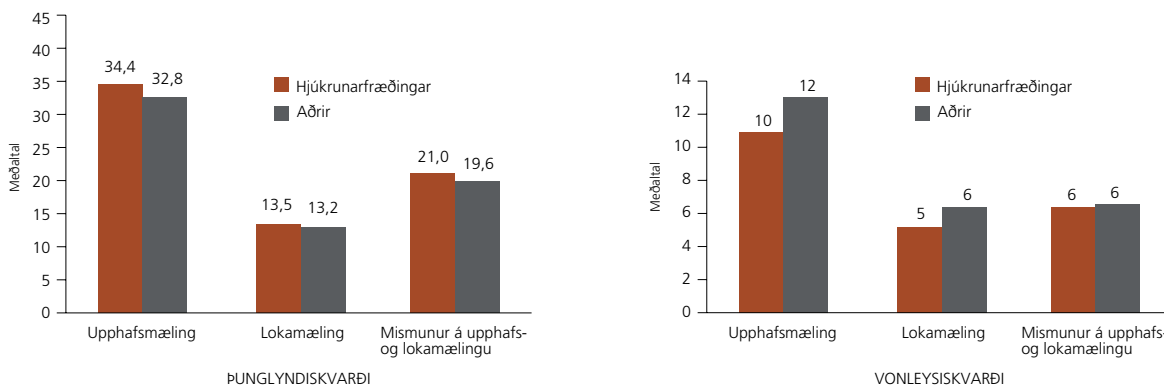
Rannsókn Brosan og félaga (2006) laut að því að bera saman fagmennsku sálfræðinga og hjúkrunarfræðinga í viðtölum. Um þægindaúrtak var að ræða þar sem illa gekk að fá þátttakendur í rannsóknina. Var miklum fjölda meðferðaraðila boðin þátttaka í þessari rannsókn eða um 3200 einstaklingum, en aðeins 47 samþykktu þátttöku og af þeim skilaði eingöngu um helmingur gögnum. Skoðaðir voru einstaklingsbundnir þættir meðferðaraðila og bornir saman meðferðaraðilar með meiri þjálfun og reynslu í HAM meðferð við þá sem höfðu minni reynslu og þjálfun. Einnig voru bornir saman meðferðaraðilar eftir faghópum. Niðurstöður sýndu að ekki mældist marktækur munur nema á einum undirskildum þess mælitækis sem notað var (cognitive therapy scale), það er á persónuþáttum meðferðaraðila (interpersonal effectiveness subscale). Sá þáttur kvarðans metur hve opinn meðferðaraðilinn er og hve mikla samhygd meðferðaraðilinn sýnir. Sálfræðingar

mældust hærri á þessum undirskildum. Hins vegar kom fram marktækur munur á fleiri þáttum mælitækisins þegar bornir voru saman fagaðilar með meiri reynslu miðað við minni reynslu án tillits til stétta. Þar mældist marktækur munur í heildarútkomu á kvarðanum, einnig í heildarútkomu viðtalsins og tækni (cognitive-behavioural techniques). Ekki kom fram marktækur munur á árangri eftir því hve oft meðferðaraðilar fengu handleiðslu. Ekki fannst marktækur munur á meðferðaraðilum þegar þeir voru bornir saman eftir því hvort þeir hefðu viðurkenningu sem hugrænir meðferðaraðilar eða ekki. Ástæður telja höfundar vera að algengt sé að mismiklar kröfur eru gerðar til þess að meðferðaraðilar fái viðurkenningu og einnig sæki oft og tíðum færir meðferðaraðilar ekki um viðurkenningu.

HAM í geðendurhæfingu á Íslandi

Í meistaranámi mínu gerði ég rannsókn (lokaverkefni til MS-prófs) á árangri hugrænnar atferlismeðferðar eftir fagaðilum og var hún kynnt á ráðstefnunni Hjúkrun 2007. Rannsóknin var gerð á geðsviði Reykjalundar. Sjúklingarnir (n=62) voru allir innliggjandi og voru í hefðbundinni endurhæfingu ásamt því að fá HAM í einstaklingsmeðferð. Allir meðferðaraðilar höfðu farið í HAM-skóla Reykjalundar, sem áður var nefndur, og notuðu allir sömu meðferðarhandbókina. Allir meðferðaraðilar höfðu því svipaða kunnáttu í HAM. Meðferðaraðilarnir voru geðlæknir, sálfræðingur, sálfræðimenntaður félagsráðgjafi, iðjuþjálfari og hjúkrunarfræðingar. Meðferðin tók sex vikur eða tólf skipti samtals. Notaðir voru þunglyndis-, kvíða- og vonleysiskvarðar Becks, ásamt kvarða sem metur ósjálfráðar neikvæðar hugsanir, í upphafi og við lok meðferðar.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu tilhneigingu til betri árangurs hjá þeim sjúklingum sem hjúkrunarfræðingarnir meðhöndluðu á þunglyndiskvarða Becks, kvíðakvarða Becks og kvarða sem mat ósjálfráðar neikvæðar hugsanir, en sá munur var ekki marktækur. Hjá öðrum fagaðilum var tilhneiging til betri árangurs á vonleysiskvarða Becks, en sá munur var heldur ekki marktækur (Sylvía Ingibergsdóttir, 2007).



Mynd 1. Upphafsmæling og lokamæling á þunglyndiskvarða Becks og vonleysiskvarða Becks hjá þeim sem hjúkrunarfræðingar veittu meðferð annars vegar og meðferð sem aðrir fagaðilar veittu hins vegar, ásamt mismunur á mælingum við upphaf og lok meðferðar.

Niðurlag

Niðurstöður ofangreindra rannsókna gefa vísbendingar um að hjúkrunarfræðingum, sem nota hugmyndafræði hugrænnar atferlismeðferðar, gengur vel að tileinka sér hana. Miðað við niðurstöður njóta sjúklingar góðs af þessari viðbót við aðra meðferð hjúkrunarfræðinga. Í nokkrum rannsóknum veita hjúkrunarfræðingar hugræna atferlismeðferð meðfram venjubundinni vinnu og sýna rannsóknirnar að slíkt ber árangur. Það gefur vísbendingar um gagnsemi þess að hjúkrunarfræðingar læri og veiti þessa meðferð samhliða annarri meðferð. Gefur einnig auga leið að sá kostur hlýtur að vera fjárhagslega hagkvæmur fyrir þjóðfélagið þar sem meðferðin er samtvinnuð við aðra þjónustu (Doorenbos o.fl. 2005; Cooper o.fl., 2003).

Í flestum rannsóknum, þar sem skoðuð var hæfni meðferðaraðilanna, eru vísbendingar um að nám og reynsla skipti máli við árangur meðferðar. Því er mikilvægt að huga að námi þeirra sem stunda meðferðina (Cooper o.fl., 2003; Kingdon o.fl., 1996; Brosan o.fl., 2006). Hins vegar kemur á óvart hve litla þjálfun hjúkrunarfræðingar virðast þurfa til að skila marktækum árangri í meðferð, jafnvel hjá sjúklingahópum sem þjást af geðklofa (Turkington o.fl., 2006; Durham o.fl., 2003). Eins kemur á óvart hve litla meðferð þarf til að ná árangri (Doorenbos o.fl., 2005; Turkington o.fl., 2006).

Hins vegar vantar frekari rannsóknir til að styðja þessar niðurstöður. Í rannsóknunum, þar sem bornir eru saman ólíkir fagaðilar, er þjálfun mjög

ólík í hugrænni atferlismeðferð og virðast meðferðaraðilar hafa mismunandi nám og kunnáttu að baki. Vantar fleiri rannsóknir þar sem allir meðferðaraðilar hljóta svipaða þjálfun í meðferðinni þannig að hægt sé að skoða mun á árangri og hvort munur geti átt sér skýringu í grunnnámi eða aðferðum hvers faghóps fyrir sig. Áreiðanlegar niðurstöður um hæfni faghópa til að veita ákveðna meðferð fást eingöngu ef þeir hafa hlotið svipaða þjálfun og reynslu í viðkomandi meðferð.

Niðurstöður rannsókna hér að framan benda til þess að það er til hagsbóta fyrir sjúklinga að sem flestir fagaðilar geti beitt aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar. Það má því hugleiða hvort ekki sé full þörf á að koma á fót þverfaglegu námi í hugrænni atferlismeðferð á vegum Háskóla Íslands og Landspítalans. Án þess að lasta nám á vegum Félags um hugræna atferlismeðferð og Endurmenntunar mætti nýta þá miklu reynslu og þekkingu sem er fyrir hendi til að byggja upp þverfaglegt nám á háskólastigi. Aðgangur að náminu hefur verið takmarkaður og einnig er það gífurlega kostnaðarsamt og í raun á fárra færi á sparnaðartímum eins og nú eru. Æskilegt er að efla klínískt nám innan HÍ og auka þannig hæfni heilbrigðisstarfsfólks enn frekar. Nú eru að opnast tækifæri fyrir fleiri hjúkrunarfræðinga til að læra gagnreynd meðferðarform, eins og hugræna atferlismeðferð, sem þeir geta nýtt við hjúkrun skjólstaðinga sinna. Það er því mikilvægt að þeir hjúkrunarfræðingar, sem þess óska, geti haldið áfram námi og öðlast viðurkennd réttindi.

- Heimildir
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., og Emery, B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Brosan, L., Reynolds, S., og Moore, R.G. (2006). Factors associated with competence in cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 179-190.
- Cooper, P.J., Murray, L., Wilson, A., og Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of short- and longterm effect of psychological treatment of post-partum depression. 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182, 412-419.
- Doorenbos, A., Given, B., Given, C., Verbitsky, N., Cimprich, B., og Mecorkle, R. (2005). Reducing symptom limitations: A cognitive behavioural intervention randomized trial. *Psycho-Oncology*, 14, 574-584.
- Durham, R.C., Guthrie, M., Morton, R.V., Reid, D.A., Treiving, L.R., Fowler, D., og MacDonald, R.R. (2003). Tayside-Fife clinical trial of cognitive-behavioural therapy for medication-resistant psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 182, 303-311.
- Hawton, K., Salkovskis, J.K., Kirk, J., og Clark, D.M. (2000). *Cognitive behavior therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University Press.
- Kingdon, D., Tyrer, P., Seivewright, N., Ferguson, F., og Murphy, S. (1996). The Nottingham study of neurotic disorder: Influence of cognitive therapists on outcome. *British Journal of Psychiatry*, 169, 93-97.
- Murray, L., Cooper, J.P., Wilson, A., og Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and longterm effect of psychological treatment of post-partum depression 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *British Journal of Psychiatry*, 182, 420-427.
- Pétur Hauksson (2000). Hugræn atferlismeðferð á sjúkrahúsi. *Geðvernd*, 29 (1), 26-30.
- Sylvia Ingibergsdóttir (2007). *Rannsókn á árangri hugrænnar atferlismeðferðar eftir fagaðilum*. Óbirt meistaraaritgerð: Háskóli Íslands.
- Turkington, D., Kingdon, D., Rathod, S., Hammond, K., Pelton, J., og Mehta, R. (2006). Outcomes of an effectiveness trial of cognitive-behavioral intervention by mental health nurses in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 36-40.