

GEÐVERND

RIT GEÐVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS
1. TBL. • 37. ÁRGANGUR • 2008





Hvers vegna búa sumir við velgengni og vellíðan en aðrir ekki?

■ Bókin *Velgengni og vellíðan - um geðorðin 10* er fallega myndskreytt bók með góðum ráðum um hvernig rækta megi geðheilsuna. Margar fyrirspurnir hafa borist um fræðilegan bakgrunn geðorðanna og til að svara þeim var ákveðið að gefa út bók þar sem fjallað er um hvert og eitt þeirra og tengslin við helstu þætti geðheilsunnar.

■ Hugmyndin að baki geðorðunum 10 var að koma með góð ráð um það hvernig hlúa mætti markvisst að og bæta geðheilsuna til að auka vellíðan. Viðtökur þjóðarinnar við geðorðunum 10 hafa verið ótrúlegar en langlífi geðorðanna og sú staðreynd að þau ná til mismunandi fólks á öllum aldri má rekja til þess að þau byggjast á rannsóknum á lífsháttum fjölda fólks, á öllum aldri, um allan heim.

Ágóðinn rennur til góðgerðarmála

■ Um leið og þeir sem kaupa þessa bók, fyrir sjálfa sig eða aðra sem þeir vilja gefa þessi góðu ráð, eru þeir að styrkja samtök sem stuðla að vellíðan annarra. Ágóði af sölu bókarinnar í ár rennur til sameiginlegrar aðstoðar Hjálparstarfs kirkjunnar, Reykjavíkurdeildar RKÍ og Mæðrastyrksnefndar Reykjavíkur.





GEDVERND

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

1. TBL. • 37. ÁRGANGUR • 2008

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

1.TBL. 37. ÁRG. – 2008

RITSTJÓRI: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, **ÁBYRGÐARMAÐUR:** SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON,

ÚTGEFANDI: GEDVERNDARFÉLAG ÍSLANDS, **UPPLAG:** 2.000 EINTÖK,

AÐSETUR: HÁTÚNI 10, 105 REYKJAVÍK, **SÍMI:** 552 5508. **NETFANG:** gedvernd@internet.is,

HÖNNUN OG PRENTVINNSLA: ODDI EHF.

STJÓRN GEDVERNDAR ÍSLANDS:

PÉTUR HAUSSON, *FORMAÐUR* ÞÓRUNN PÁLSDÓTTIR, *VARAFORMAÐUR*

MEÐSTJÓRNENDUR: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON KRISTÍN GYÐA JÓNSDÓTTIR

ÓLAFUR Þ. ÆVARSSON ÞÓRÓLFUR ÞÓRLINDSSON

FRAMKVÆMDARSTJÓRI: HAFRÚN KRISTJÁNSDÓTTIR

MYND Á FORSIÐU: GRÉTA BERG

Minningarsjóður um Ólafíu Jónsdóttur

**Stjórn Minningarsjóðs um
Ólafíu Jónsdóttur auglýsir eftir
umsóknum um styrk árið 2008.**

**Umsóknir um styrk úr sjóðnum ásamt ítarlegum
upplýsingum um umsækjanda og væntanlegt
verkefni óskast sent
skrifstofu Geðverndarfélags Íslands að
Hátúni 10, 105 Reykjavík eða í
rafrænum pósti: *gedvernd@internet.is*
Umsóknarfrestur er til 17. febrúar 2008.**

Minningarsjóður um Kjartan Birgir Kjartansson læknir

**Stjórn Minningarsjóðs um Kjartan B. Kjartansson auglýsir eftir
umsóknum um styrk árið 2008.**

**Umsóknir um styrk úr sjóðnum ásamt ítarlegum upplýsingum um umsækjanda
og væntanlegt verkefni óskast sent á skrifstofu Geðverndarfélags Íslands
að Hátúni 10, 105 Reykjavík eða í rafrænum pósti: *gedvernd@internet.is*
Umsóknarfrestur er til 17. febrúar 2008.**

Ýmsar tilkynningar

Minningarkort Geðverndarfélags Íslands
og Minningarsjóðs Kjartans B. Kjartanssonar
fást á skrifstofu félagsins. Sími skrifstofunnar er 5525508.

Félögum og öðrum, sem áhuga kunna að hafa er bent á að eldri árgangar
af Geðverndarblaði fást á skrifstofu félagsins í Hátúni 10. 105 Reykjavík.

Efnisyfirlit

Frá ritstjóra	Bls.	5
Eydís K. Sveinbjarnardóttir, Sigurður Rafn A. Levy og Vilborg G. Guðnadóttir Fjölskyldubrúin –fjölskyldustuðningur með börnin í brennidepli.	–	6
Erla Kolbrún Svavarsdóttir Ahrif andlegs, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu kvenna.	–	12
Kristófer Þorleifsson Greining og horfur í geðklofasjúkdómi.	–	21
Kjartan Jónas Kjartansson Lyfjameðferð við geðklofa.	–	28
Guðrún Írís Þórsdóttir Hugræn atferlismeðferð við geðklofa.	–	36
Magnús Haraldsson, Hannes Pétursson Erfðafræði geðklofa.	–	41

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Reykjavík	Elding Trading Company	Hljóðfæraverkstæði Guðmundar
Allianz hf.	Ellen Ingvadóttir lögg. dómtúlkur	Stefánssonar
Arev verðbréfafyrirtæki hf.	og skjalþýðandi	Hótel Frón
Arkitektastofa Hjördís & Dennis	Fasteignakaup ehf.	Hótel Leifur Eiríksson ehf.
Arkitektastofan Úti og inni sf.	Fasteignamarkaðurinn ehf.	Hreinsibílar ehf.
Arkitektapjónusta Austurlands	Fasteignamat ríkisins	Hugsjá ehf.
Arkís ehf.	Faxaflóahafnir	Hugvit ehf.
Asía ehf.	Ferð og saga	Húsaklæðning ehf.
ASK Arkitektar ehf.	Ferðafélag Íslands	Húsasmiðurinn ehf.
Athygli ehf.	Félag einstæðra foreldra	Hvalaskoðun Reykjavíkur ehf.
Atvinnuhús ehf. - Fasteignasala	Félagsbústaðir hf.	Höfðakaffi ehf.
Auglýsingastofan Hvíta húsið ehf.	Fínka málningarverktakar ehf.	Hönnunar og Listamiðstöðin,
Austur Indíafélagið	Fjarhitun hf.	Ártúnsbrekku
Austurbæjarskóli	Fjölhönnun ehf.	Icelandic clothing co. - Stasia
Áfengis- og tóbaksverslun ríkisins.	Flugstoðir v/Bókasafns	Ingimar H. Guðmundsson hf.
Árbæjarapótek ehf.	Fótaaðgerða- og snyrtistofa Eddu	heildverslun
B.K. flutningar ehf.	Frjálslyndi flokkurinn	Innheimtustofnun sveitarfélaga
Bandalag háskólanna	G. Hannesson ehf.	Innes ehf.
Barmahlíð ehf.	G.B. Tjónaviðgerðir ehf.	Íslensk endurskoðun ehf.
Barnaverndarstofa	Garri ehf.	Ísloft blikk- og stálsmiðja ehf.
Betri bílar ehf.	Gilbert úrsmiður Laugavegi 62	Ísold ehf, hillukerfi
Beyki ehf.	Gissur og Pálmi ehf.	Íþróttafélag fatlaðra í Reykjavík
Bifreiðaverkstæði H.P.	Gítarskóli Ólafs Gauks	K. Pétursson ehf.
Bílasmiðurinn hf.	Gjögur hf.	Kaffi Paris
Bonito ehf. Friendtex	Gleraugnasmiðjan ehf.	Kandís
Booztbar/Ísbar	Gloss ehf.	Kaupþing banki hf.
Borgarholtsskóli v Bókasafns	Grensáskirkja	Kjaran ehf.
Borgarlögmenn Suðurlandsbraut 6	Gróttan ehf.	Kjörgarður - Laugavegi 59
Borgun hf	Guðmundur Jónasson ehf.	Knattspyrnusamband Íslands
Bókasafn Menntaskólans v/Sund	Gufubaðstofan L 176	KOM Almannatengsl
Bókasafn Menntavísindasviðs H.Í.	Gull & silfur hf.	Kópsson ehf
Bókhaldspjónusta Arnar	Gullsmiðurinn í Mjódd	KPMG hf.
Ingólfssonar ehf	H 10 ehf.	Landssamband eldri borgara
Bón-Fús	Hafgæði sf.	Landssamband lögreglumanna
Bónus	Hagi ehf.	Laugarnesapótek
Breiðagerðisskóli	Hamraskóli Grafarvogi	Listasafn Sigurjóns Ólafssonar
Breiðholtskirkja	Handknattleikssamband Íslands	Litir og föndur - Handlist ehf.
BSRB	Happdrætti D.A.S.	Línuborun ehf.
Celtic Cross ehf.	Haukur Þorsteinsson tannlæknir	Lúmex hf.
Deli ehf.	Hárgreiðslustofa Hrafnhildar	Lögmannsstofa Björgvins
Devitos Pizza ehf.	Hárgreiðslustofa Rögnu	Þorsteinssonar hrl. ehf.
Dyrasímaþjónusta Gestis	Hársnyrtistofan Klippótek	Lögreglustjórinn á
E.T. Einar og Tryggvi ehf.	Heimilisprýði ehf.	Höfuðborgarsvæðinu
Ecco á Íslandi	Hilmar Ingimundarson Hrl.	Löndun ehf.
Edda útgáfa	Hjartarúð	Magnús og Steingrímur ehf.
Efling stéttarfélag	Hlíðaskóli / bókasafn	Melaskóli
Eignamiðlunin ehf.	Hljóðbók.is	Menntamálaráðuneytið



GEÐVERND

Frá ritstjóra

Að þessu sinni er þema blaðsins fjölbreytt. Kynnt er verkefni til að efla þjónustu við börn geðsjúklunga, Fjölskyldubruín. Auk þess er fróðleg vísindagrein um ofbeldi gegn konum. Í blaðinu eru síðan 4 greinar um meðferð, greiningu og erfðir geðklofa. Til stendur svo að í næsta blaði komi fleiri greinar um þemað geðklofi.

Geðverndarfélag Íslands hefur alla tíð haft þá stefnu að fræða breiðan lesendahóp um geðverndarmál. Allir höfundar lögðu sig fram og metnaður höfunda var til fyrirmyndar. Ég vil þakka þeim fyrir störf sín sem unnin er með öðrum föstum störfum án nokkurrar umbunar. Einnig vil ég þakka ritrýnum en vegna reglna um slík störf er ekki hægt að geta þeirra hér. Stjórn og starfsmönnum Geðverndarfélagsins vil ég sérstaklega þakka en þeir hafa lagt á sig mikla vinnu.

Góð fræðsla og aukin þekking er grundvöllur framfara og umbóta fyrir geðsjúka og aðstandendur þeirra. Með von um að efni blaðsins nýtist leikum sem lærðum

Sigurður Páll Pálsson

Ritstjóri Geðverndar

Fjölskyldubróin – fjölskyldustuðningur með börnin í brennidepli

Börn foreldra sem glíma við geðræna erfiðleika.

Viðhorfabreytingar eru að eiga sér stað í geðheilbrigðisþjónustu vesturlanda. Bæði notendur og fagfólk sem starfar í geðheilbrigðisþjónustu eru sammála um að leggja beri meiri áherslu á heilðræna og batahvetjandi þjónustu við notendur og aðstandendur þeirra. Geðheilbrigðisþjónustan þarf að miða meira að þátttöku og þörfum fjölskyldna í eigin bata og meðferð (1,2). Þegar börn tilheyra fjölskyldu þar sem annað foreldrið eða jafnvel báðir foreldrar eru að glíma við geðsjúkdóm er barnið aðstandandi (3). Geðrænn vandi foreldra hefur áhrif á daglegt líf allra í fjölskyldunni og er þekktur áhættuþáttur fyrir börn sem eiga allt sitt undir öryggi, vernd og góðum uppeldisskilyrðum. Þunglyndi foreldra og þá sérstaklega móður er talinn vera áhættuþáttur sem getur haft áhrif á líðan og virkni barna frá unga aldri (4,5). Foreldrið, sem eðlilegt er, verður upptekið að eigin vandamálum, líðan og er jafnframt að reyna að skilja sín eigin veikindi til að geta tekist á við þau. Við þessar aðstæður er það algengt að börn búi sér til sínar eigin skýringar sem að miklu leyti eru byggðar á misskilningi m.a. um að þau beri ábyrgð á líðan foreldra sinna. Á undanförunum 20 árum hafa rannsóknir á börnum geðsjúkra gefið okkur gagnreynda þekkingu á því hvernig börn reyna að axla ábyrgð fullorðinna þegar foreldrið veikist og getur ekki sinnt foreldraskyldum sínum (6). Geðrænn vandi foreldra getur því aukið líkur á að börn þrói með sér sektarkennd, skömm, óraunhæfa ábyrgðartilfinningu og vonleysi. Þau geta orðið félagslega einangruð og þróað sjálf með sér geðrænan vanda (7,8,9). Það er hins vegar alls ekki sjálfgefið að öll börn lendi í erfiðleikum eða að erfiðleikarnir leiði til geðræns vanda hjá börnunum (10).



Áhyggjur foreldra af börnum sínum.

Þegar foreldrar eiga við geðræn vandamál að stríða hafa þeir oft áhyggjur af börnunum sínum. Undir slíkum kringumstæðum er erfiðara að takast á við foreldrahlutverkið, þreyta dregur úr þrekinu og þolinmæðin vill bresta. Foreldrarnir eru ef til vill einnig áhyggjufullir yfir því hvernig og að hve miklu leyti börnin skynja vanlíðan þeirra. Foreldrarnir verða mögulega varir við ákveðnar breytingar á líðan og hegðun barna sinna. Erfiðleikar barnanna valda þeim stöðugt áhyggjum, kvíða og ótta (11). Foreldrum er umhugað um börnin sín og að standa sig vel í foreldrahlutverkinu (12).

Þögnin innan og utan fjölskyldunnar.

Í samfélaginu hefur hingað til ríkt ákveðin þögn um geðræna erfiðleika og möguleg áhrif þeirra innan fjölskyldna. Allar fjölskyldur glíma við erfiðleika – erfiðleikarnir hafa ekki áhrif á alhliða þroska barna svo framarlega sem þeir eru ræddir innan fjölskyldunnar á opinn og einlægan hátt. Þegar geðræni erfiðleikar eru í fjölskyldu er það því miður enn algengt að um erfiðleikana ríkir algjör þögn innan fjölskyldunnar sem og utan hennar. Af ýmsum ástæðum veigra foreldrar sér við að ræða um áhrif geðrænu erfiðleikanna á börnin og fjölskylduna í heild. Viðhorfið sem er ríkjandi í samfélaginu og í geðheilbrigðisþjónustu er að vilja ekki íþyngja börnunum með því að tala um veikindin. Foreldrar leggja sig því fram um að hlífa börnunum í góðri trú um að þannig sé hægt að halda börnunum fyrir utan erfiðleikana. Börnin vita og skynja (upplifa) alltaf meira en haldið er. Í þögninni sem ríkir er líklegt að þau fari að draga sínar eigin ályktanir og skýringar sem gjarnan eru sjálflegar þ.e þau tengja atburði í umhverfinu beint við sig (12). Jafnvel með útskýringum for-

eldra tengja þau útskýringar þeirra beint við sig sjálf (Mynd 1).

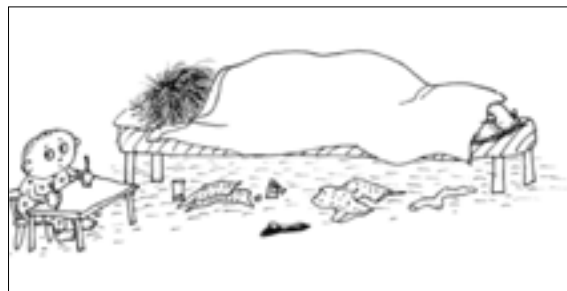
Andri fjögurra ára hafði fengið þá útskýringu að móðir sín væri svo þreytt að hún þyrfti að leggjast inn á sjúkrahús vegna þreytunnar. Andra leið illa þegar foreldrar hans töluðu um að hann væri þreyttur og þyrfti að fara að sofa á kvöldin. Hann hafði miklar áhyggjur af því að verða eins þreyttur og mamma og þurfa að leggjast sjálfur inn á sjúkrahúsið. Það var mikill léttir fyrir Andra þegar að mamma hans eftir dvölinu á sjúkrahúsinu ræddi við hann um veikindi sín. Móðir Andra hafði skynjað vanlíðan hans og ráðfært sig við hjúkrunarfræðinginn á deildinni hvernig og hvort hún ætti að ræða við Andra um geðrænu erfiðleikana. Móðir Andra sagði m.a. við hann að hún væri með „hugsanasjúkdóm“ þar sem hugsanirnar hring-snerust í höfðinu á sér og hún gæti ekki stöðvað þær. Svipað eins og gerist þegar maður hjólar niður brekku og bremsurnar væru bilaðar. Þetta skildi Andri enda ný byrjaður að hjóla á hjólinu sínu með hjálpardekkjunum (4).

Mynd 1. Sjálflægar útskýringar barna.

Verndandi áhrif þess að foreldrar ræði sjálfir við börnin sín.

Reynslusögur fullorðinna barna geðsjúkra foreldra styrkja þá gagnreyndu þekkingu rannsókna að mikilvægt er að foreldrar ræði á opinn og einlæg-an hátt um veikindi sín við þau – út frá forsendum barnsins og aldri þess. Jens Wildbrandt sem bjó barn að aldri með geðsjúkri móður sinni í mörg ár segir að hann hafi ekki áttað sig á því fyrr en hann flutti til föður síns hvað „geðsjúkdómurinn“ hafði tekið stórt pláss í tilveru hans með móður sinni. Jens talar um að hann hafi ekki fundið sínar eigin tilfinningar fyrr en tveimur árum eftir flutninginn frá móður sinni vegna þess að honum hafi verið svo mikið í mun að reyna að skilja hennar tilfinningar og veikindi (13). Rannsóknir sýna mikilvægi og jákvæð langvarandi áhrif þess að í fjölskyldunni sjálfri verði til farvegur fyrir opna umræðu um geðrænan vanda foreldris – enn og aftur er mikilvægt að ítreka að sú umræða þarf að taka mið af þörfum barnanna, aldri þeirra og þroska hverju sinni (14). Takist foreldrum að skapa vettvang umræðu um geðrænu erfiðleikana fá börnin viðeigandi útskýringar á reynslu

sinni frá foreldrunum sjálfum og börnin finna að foreldrarnir vilja reyna að skilja aðstæður þeirra og setja sig í spor þeirra – þetta hefur góð áhrif á líðan fjölskyldumeðlima og sjálfskilningur allra í fjölskyldunni eykst. Ef fjölskyldan talar ekki saman um vandann getur reynst erfitt að finna leiðir til að búa til nauðsynlega samskiptabréf sem getur aukið líkur á misskilningi á milli foreldra og barna. Þegar foreldrarnir ræða við börnin fá þau tækifæri til að spyrja. Á þann hátt verður til grundvöllur samræðna á milli foreldra og barna, sem hjálpar börnunum að skilja betur ýmislegt sem þau hafa séð, heyrt, reynt og skynjað. Sem dæmi má taka að stúlka sem veit að pabbi sinn er þunglyndur telur ekki að hún hafi gert neitt rangt þó hann treysti sér ekki á fætur (12,14,15).



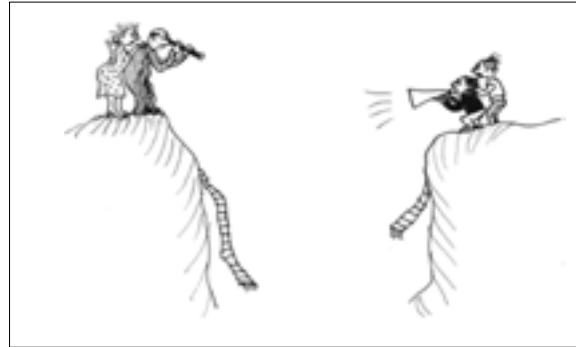
Mynd 2. Geðræni erfiðleikar hafa áhrif á fjölskyldulífið (11,15)

Fjölskyldubrúin

Fjölskyldubrúin er nýr forvarnarstuðningur á Íslandi með áherslu á þarfir barnanna ætlaður fjölskyldum þar sem foreldrar – annar eða báðir – glíma við geðrænan vanda þar sem fagaðili hjálpar foreldrum að ræða sjálfum við börnin sín um geðrænu erfiðleikana (Mynd 3,4). Hann byggir á niðurstöðum rannsókna, þekktu hugmyndafræði ásamt gagnreyndum og viðurkenndum stuðningsaðferðum og gagnrýnu mati (12,16,17). Stuðningurinn byggir á kerfakenningum um samskipti og breytingar í fjölskyldum ásamt póstmóðernískum kenningum. Einnig náms- þroska- og sagnakenningum fjölskyldna. Einnig byggir hann á því hvernig unnið er með niðurstöður rannsókna um þekktu fyrirbyggjandi þætti varðandi þróun þunglyndiseinkenna hjá börnum og uppbyggingu á þrautseigju í fjölskyldum. Jafnframt er unnið markvisst að því að barnið aðskilji sig frá sjúkdómi foreldris sem stuðlar að minnkun sektarkenndar og sjálfsásökunum hjá barni og auknum sjálfsskilningi þess (17, 3). William Bear-

dslee barnageðlæknir og hans rannsóknarteymi í Bandaríkjunum hafa rannsakað árangur hugmyndafræði stuðningsins á fjölskyldur þar sem annað foreldrið hefur verið greint með þunglyndi og börnin eru á aldrinum 8-15 ára. Fjölskyldurnar í rannsókn Beardslee voru settar af handahófi í tvo hópa. Báðir hóparnir fengu sama innihald stuðnings en framkvæmdan á mismunandi hátt. Í báðum hópum voru meðferðaraðilar þjálfaðir skv. handbók um framkvæmd stuðningsins og í báðum tilvikum náðist yfir 90% áreiðanleiki m.t.t. þess að meðferðaraðilar væru að vinna eins. Foreldrarnir í samanburðarhópnum fengu tvo fræðslufyrirlestra um þunglyndi og áhrif þess á börn og fjölskyldur. Foreldrarnir hittust saman án barna og réðu því hvort þeir ræddu viðfangsefni fyrirlesturs við börnin. Það þótti ekki siðferðilega rétt að samanburðarhópurinn fengi alls engan stuðning. Tilraunahópurinn fékk fjölskyldubrúarstuðninginn í 6 – 11 skipti þar sem meðferðaraðili hittir foreldra og börn samkvæmt forskrift handbókar um stuðninginn ásamt eftirfylgd 6-9 mánuðum eftir að stuðningi lauk. Í tilraunahópnum var reynt að tengja fræðslu á sértækan hátt við reynslu fjölskyldunnar. Helstu niðurstöður rannsóknar hans sýndu að báðar aðferðir skiluðu langtíma árangri. Fjölskyldubrúin skilaði marktækt meiri árangri hvað varðar hegðun foreldra og viðhorf m.t.t. veikinda ásamt skilningi barna á veikindum foreldris en fyrirlestraraðferðin. Báðar aðferðir skiluðu marktækum árangri í aukinni fjölskylduvirkni og minnkun þunglyndiseinkenna barna (14, 16). Það er vitað að stuðningurinn hentar margskonar fjölskyldum og getur haft öflugt forvarnargildi m.a. hvað varðar að draga úr millikynslóðaflutningi geðrænna erfiðleika. Verndandi þættir barnanna eru metnir og styrktir. Verndandi þættir í lífi barna hafa þau áhrif að geðrænir erfiðleikar foreldra ná síður að verða að alvarlegum og hamlandi þætti í lífi þeirra (18). Dæmi um mikilvæga verndandi þætti er góð og virk félagsleg samskipti utan heimilis, þátttaka í tómstundastarfi og vellíðan í skóla. Það hefur einnig öflug verndandi áhrif fyrir börnin að eiga greiðan aðgang að einhverjum fullorðnum utan heimilis sem þau treysta og geta leitað til þegar á þarf að halda. Megintilgangur stuðningsins er að stuðla að því að börn foreldra sem glíma við geðræna erfiðleika nái að þroskast sem best, að trú þeirra á eigin hæfni eflist og þau aðgreini sig frá sjúkdómi foreldris.

Tilgangurinn er einnig að glæða von um bjartari tíma hjá fjölskyldu og styrkja foreldra í hlutverki sínu sem foreldrar.



Mynd 3. Fjölskyldubrúin (11,15)

Hvernig fer stuðningurinn fram?

Þeir sem veita stuðninginn hitta einstaklinga úr fjölskyldunni í 7 aðskilin skipti á u.þ.b. 8 mánaða tímabili, heima hjá fjölskyldunni eða á vinnustað stuðningsaðila eftir samkomulagi.

Fyrst er rætt við foreldra í tvö skipti, stuðningurinn kynntur og farið yfir stöðu mála. Síðan er rætt einslega við hvert barn. Eftir það er talað við foreldrana og síðan eru samræður með fjölskyldunni allri saman. Nokkru seinna er rætt við foreldrana og eftirfylgdarviðtal með foreldrum síðan 6 mánuðum seinna.

2003 Tytti Solantaus barnageðlæknir frá Finnlandi fjallaði um mikilvægi fjölskyldustuðnings við börn geðsjúkra á 27. Norrænu Geðlæknaráðstefnunni sem haldin var á Íslandi. Sigurður Rafn A. Levy sálfræðingur á BUGL heillaðist af framsögn hennar um málefnið.

2005 Þverfaglegur samráðsfundur um málefni barna sem eiga foreldra sem glíma við geðræna erfiðleika var haldinn í maí í Finnlandi og sóttu hann fulltrúar allra Norðurlandanna ásamt William Beardslee barnageðlækni frá Bandaríkjunum, þar á meðal fulltrúar frá geðsviði Landspítala háskólasjúkrahúsi. Þessi fundur hafði mikil áhrif á höfunda þessarar greinar sem fóru á fundinn. Spurning hvað hafði áhrif, að hitta William Beardslee barnageðlækni í þögninni á morgungöngu á finnsku ströndinni eða eldmóður Tytti Solantaus barnageðlæknis um að verkefnið skilaði raunverulegum árangri til fjölskyldna í betri líðan og samskiptum. Þegar heim var komið var myndaður íslenskur þróunarhópur til að vinna að málefninu



innan og utan geðsviðs LSH. Hópin mynduðu þrjár fagaðilar frá geðsviði LSH, Eydís K. Sveinbjarnardóttir og Vilborg G. Guðnadóttir geðhjúkrunarfræðingar ásamt Sigurði Rafni A. Levy, sálfræðingi. Salbjörg Bjarnadóttir, geðhjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri hjá Landlæknisembættinu kom til liðs við hópin haustið 2005 og starfaði með honum þangað til í upphafi árs 2008.

Mynd 4. Upphafid að þróun „Beardslee“ stuðningsins á Íslandi sem heitir núna Fjölskyldubrúin á geðsviði LSH.

Stuðningsaðilarnir sem veita Fjölskyldubrúna

Í menntun fagstétta innan heilbrigðisgeirans er áhersla lögð á að greina það sem hamlar og fer úrskaiðis en ekki á það sem eflir og styrkir. Það ber að hafa í huga að fagfólk hefur hingað til forðast að ræða opið um áhrif geðsjúkdóma á fjölskyldur – og því tekið þátt í hinni samfélagslegu þögn um málefnið. Þessi stuðningur krefst því nýrrar þekkingar og viðhorfa hjá fagfólki ásamt því að þurfa tíma til að fá þjálfun í að greina styrkleika fjölskyldunnar og verndandi þætti barnanna – sérstaklega í hinum hversdagslegu hlutum daglegs lífs. Til að stuðningur fagfólks í Fjölskyldubrúnni nýtist sem best fjölskyldunni er það afar mikilvægt að stuðningsaðili velti fyrir sér eigin viðhorfum og gildum s.s. hvað varðar geðsjúkdóma, barnauppleði, mismunandi fjölskyldugerðir, ólíka menningu, foreldrahlutverkið, atvinnuleysi, örorku o.fl. Til að stuðningur gagnist fjölskyldu verða stuðningsaðilar að mæta öllum fjölskyldum af jafnræði og virðingu. Ekki er hægt að veita stuðninginn án þess að hafa farið í gegnum formlegt nám og þjálfun – um viðkvæman og vandmeðfarinn stuðning er að ræða við fjölskyldur sem getur valdið skaða ef ekki er vandað til verks. Tuttugu fagmenn af hinum ýmsu fagstéttum hafa lært stuðninginn en nauðsynlegt er að fleiri læri að framkvæma hann í hinum ýmsu meðferðarstofnunum hér á landi (Mynd 5).

2005 – 2007 Höfundar greinar ásamt fulltrúa frá Landlæknisembættinu voru þau fyrstu sem menntuðu sig og þjálfuðu sig í Fjölskyldubrúnni á Íslandi með jafningjakennslu og -handleiðslu. Þau nutu einnig persónulegs og faglegs stuðnings Tytti Solantaus og William Beardslee barnageðlækna

m.a. með greiðu aðgengi að „Handbók Beardslee“ um Fjölskyldubrúna, fjölbreyttu námsefni á formi DVD mynd-diska, bóka o.fl.

2007-2008 Höfundar greinar ásamt fulltrúa frá Landlæknisembættinu stóðu fyrir ársnámi og þjálfun fyrir þverfaglegan hóp á geðsviði LSH í Fjölskyldubrúnni. 16 fagmenn (félagsráðgjafar, hjúkrunarfræðingar, sálfræðingur og iðjuþjálfari) sem starfa á geðsviði LSH luku náminu þann 29. febrúar 2008. Til að geta veitt forvarnarstuðninginn Fjölskyldubrúna þarf fagfólk að hafa lokið 72 kennslustundum og 20 tímum í hóphandleiðslu ásamt því að hafa tekið tveir og tveir saman 2-3 fjölskyldur í Fjölskyldubrúna með handleiðslu.

Mynd 5. Þróun kennslu og þjálfunar fagstétta í fjölskyldubrúnni á geðsviði LSH

Fjölskyldubrúin á geðsviði LSH

Með forvarnarstuðningnum Fjölskyldubrúnni fjölga gagnreyndum þverfaglegum meðferðartilboðum til fjölskyldna á geðsviði LSH. Vegna þess að Fjölskyldubrúin er veitt af ýmsum fagstéttum stuðlar hún að auknum skilningi milli fagstétta og er hvatning til samvinnu í meðferðarstarfi t.d. á göngudeildum sviðsins. Stuðningurinn samræmist stefnukorti geðsviðs varðandi fjölskyldumiðaða þjónustu. Fjölskyldubrúin er í boði þegar foreldrar leita sér aðstoðar vegna eigin geðrænna erfiðleika og hafa áhyggjur af börnum sínum. Til að hægt sé að bjóða stuðninginn þarf foreldrið að vera sjálft í meðferð eða hafa góðan aðgang að meðferðaraðila sínum. Stuðningurinn á ekki við þegar geðsjúkdómur er í bráðafasa eða þegar aðrir alvarlegir erfiðleikar eru til staðar í fjölskyldunni s.s. ofbeldi. Þar sem foreldrar eru í virkri einstaklingsmeðferð eða eftirliti hjá föstum meðferðaraðila á geðsviði Landspítala háskólasjúkrahúsi og tilvísun fylgir frá meðferðaraðila foreldris er Fjölskyldubrúin mögulegur kostur fyrir fjölskylduna (19). Á geðsviði LSH hafa rúmlega 30 fjölskyldur í þjónustu geðsviðs LSH fengið stuðninginn Fjölskyldubrúna á árunum 2006-2008. Þessum fjölskyldum var gerð grein fyrir því að um tilraunaverkefni væri að ræða þar sem verið væri að prófa hvort stuðningurinn ætti rétt á sér í klínísku umhverfi geðsviðs LSH, hvort íslenskar fjölskyldur mundu taka þátt í stuðningi eins og Fjölskyldubrúnni og hvort áhugi væri hjá fagfólki

starfandi við geðsvið LSH að læra og tileinka sér þennan stuðning. Það er faglegt mat þróunarhópsins að öllum framantöldum þáttum getum við svarað játandi sem hvetur okkur til áframhaldandi innleiðingar á stuðningnum á geðsvið LSH. Fagfólk á geðsviði LSH hefur vísað í úrræðið og fjölskyldurnar hafa tekið þessum stuðningi fagnandi og talað um nýtt og jákvætt viðhorf í meðferðarnálgun sem þau hafi ekki fengið áður í veikindum sínum. Fjölskyldubrúin hefur fengið gæðastyrk frá Landspítala háskólasjúkrahúsi. Höfundar þessarar greinar eru að semja íslenska handbók sem er ætluð að vera leiðbeinandi fyrir stuðningsaðila og upplýsandi fyrir foreldra s.s. bæði fyrir fagfólk og notendur. Einnig eru þau að þýða og staðfæra gæðamatslista til að meta gæði og áhrif stuðningsins á börn og fjölskyldur sem fá Fjölskyldubrúna á geðsviði LSH á næstu misserum.

Lokaorð

Stuðningur við foreldra sem glíma við geðræna erfiðleika þarf að vera víðar en á fullorðinsgeðdeildum geðsjúkrahúsa. Styttir útgáfa af Fjölskyldubrúnni (kallast „Tölum um börnin“) hefur verið þróuð og rannsökuð til að nota markvisst þar sem grunnþjónusta er veitt á heilsugæslustöðvum og í félagsþjónustu. Stuðningurinn byggir á sömu hugmyndafræði og tilgangurinn sá sami þ.e. að styðja og styrkja börnin og þeirra verndandi þætti (20). Breyttir tímar kalla á endurskoðun og nýjar lausnir í geðheilbrigðismálum þjóðarinnar m.a. með auknum áherslum á forvarnir í þjónustu við börn sem eiga foreldra með geðræna erfiðleika. Það er hægt að hafa áhrif á vítahring millikynslóðaflutnings geðrænna erfiðleika með þekktum forvarnaraðgerðum, s.s. sértækum stuðningi eins og „Fjölskyldubrúnni“ og „Tölum um börnin“ sem byggir á þekktum langtímarannsóknum.

Höfundar þessarar greinar vilja í fyrsta lagi gera „Fjölskyldubrúna“ að stuðningi sem er í boði fyrir allar fjölskyldur á geðsviði LSH sem þess óska. Í öðru lagi vilja þeir fara af stað með mat á árangri stuðningsins á geðsviði LSH. Í þriðja lagi vilja þeir að „Tölum um börnin“ stuðningurinn verði í boði hjá heilsugæslu og félagsþjónustu. Greinarhöfundar hafa rætt við heilbrigðisráðherra og félagsmálaráðherra um stöðu þessara barna og fjölskyldna þeirra. Enn sem komið er þá eiga þessi börn ekki nægan hljómgrunn í íslensku vel-

ferðarkerfi. Þau fá ekki viðeigandi stuðning þar sem þeim er ekki veitt sérstök eftirtekt - þrátt fyrir að vitneskja um áhættuþætti þeirra sé til staðar og viðurkenndar stuðningsleiðir séu þekktar. Það er mat höfunda greinar að það sé nauðsynlegt og brýnt sé að hrinda af stað skipulögðu verkefni/átaki innan félags- og heilbrigðiskerfa ríkis og sveitarfélaga til að styðja þessi börn og fjölskyldur þeirra á markvissan hátt. Hjálpumst að við að rjúfa þögnina!

Þakkir

Höfundar vilja koma á framfæri þakklæti til Landspítala háskólasjúkrahúss fyrir að veita verkefniinu gæðastyrk árið 2008. Þau vilja þakka lyfjafyrirtækinu Lilly á Íslandi fyrir styrk til þýðingar og útgáfu bæklinganna „Hvernig hjálpa ég barninu mínu?“ og „Hvað er að?“ (11, 15). Þau vilja einnig þakka Landlæknisembættinu fyrir faglegan stuðning við verkefnið. Síðast en ekki síst vilja þau þakka Halldóru Ólafsdóttur yfirlækni á geðsviði LSH fyrir ómetanlegan stuðning.

Heimildir:

1. Wright LM, Leahey, M. Nurses and families: A guide to family assessment and intervention, 4th ed. Philadelphia: F.A. Davis Company, 2005.
2. Heru AM. Family Psychiatry: from research to practice. American Journal of Psychiatry, 2006; 163(6): 962-8.
3. Nordenhof I. Narrative familiesamtaler – med udsatte børn og deres forældre. København: Akademisk Forlag, 2008.
4. Killén K. Barndommen varer i generationer. København: Akademisk Forlag 2002.
5. Beardslee WR. When a parent is depressed. Boston: Little, Brown and Company. 2002.
6. Ahlgreen. B. Usynlige unge. København: Hans Reitzel Forlag, 2001.
7. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: A review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1998; 37(11): 1134-1141.
8. Devlin JM, O'Brien LM. Children of parents with mental illness I: An overview from a nursing perspective. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing, 1999; 8: 19-29.
9. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanism. In: Rolf J, Masten AS, Cicchetti D, Nuechterlein KH, Weintaub S, eds. Risk and protective factors in the development of psychopathology. New York: Cambridge University Press, 1990: 181-214.
10. Gladstone BM, Boydell KM, McKeever P. Recasting research into children's experiences of parental mental illness: Beyond risk and resilience. Social Science and Medicine, 2006; 62: 2540-2550.
11. Solantaus T, Ringbom A. Hvernig hjálpa ég barninu mínu? Bæklingur fyrir foreldra með geðræn vandamál. Íslensk þýðing: Borgþór S. Kjærnested. Umsjón og staðfæring íslenskrar útgáfu: Sigurður Rafn A. Levy og Vilborg G. Guðnadóttir: Reykjavík 2005.
12. Vilborg G. Guðnadóttir, Sigurður Rafn A. Levy, Eydís K. Sveinbjarnardóttir. „Tölum um börnin“ og „Fjölskyldubrúin“.



- Handbók: Forvarnarstuðningur við fjölskyldur þegar foreldri glímir við geðræna erfiðleika – áhersla á þarfir barnanna: Reykjavík 2008.
13. Wilbrandt J. Billeder fra min barndom. In: Holm P, Möller B, Perlt B. eds. Når mor eller far er psykisk syg 2. København: Socialt Udviklingscenter SUS, 2002: 8-14.
 14. Beardslee WR, Wright EJ, Gladstone TRG, Forbes P. Long-Term Effects From a Randomized Trial of Two Public Health Preventive Interventions for Parental Depression. *Journal of Family Psychology*, 2007; 21 (4): 703–713.
 15. Solantaus T, Ringbom A. Hvað er að? Til barna og ungmenna, sem eiga foreldra með geðræna erfiðleika. Íslensk þýðing, umsjón og staðfæring íslenskrar útgáfu: Sigurður Rafn A. Levy, Vilborg G. Guðnadóttir: Reykjavík 2007.
 16. Beardslee WR, Gladstone TRC, Wright, EJ, Cooper, AB. A family-based approach to the prevention of depressive symptoms in children at risk: Evidence of parental and child change. *Pediatrics*, 2003; 112(2): 119-131.
 17. Beardslee et. al. Hope, meaning and continuity: A program for helping families when parents face depression (manual). Boston: Judge Baker Children's Center: 2002.
 18. Place M, Reynolds J. Cousins A. O'Neill S. Developing a resilience package for vulnerable children. *Child and Adolescent Mental Health*, 2002; 7(4): 162-167.
 19. Eydís K. Sveinbjarnardóttir, Salbjörg Bjarnadóttir, Sigurður Rafn A. Levy, Vilborg G. Guðnadóttir. „Fjölskyldubrúin„ - þegar foreldrar glíma við geðræna erfiðleika. Forvarnarstuðningur með áherslu á þarfir barnanna. Bæklingur til tilvísenda á geðsviði LSH: 2007.
 20. Solantaus T. Föra barnen på tal – när förälder har psykisk ohälsa. Manual: svensk översättning: Heljä Pihkala. Helsinki: Stakes.

Eydís K. Sveinbjarnardóttir er geðhjúkrunarfræðingur og sviðsstjóri hjúkrunar á geðsviði LSH. **Sigurður Rafn A. Levy** er sálfræðingur á BUGL. **Vilborg G. Guðnadóttir** er geðhjúkrunarfræðingur og deildarstjóri á BUGL

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Menntaskólinn í Reykjavík v. bókasafn	Samtök starfsmanna fjármálafyrirtækja	Tengi ehf.
Minjavernd	Seðlabanki Íslands	Themis ehf, lögmannsstofa
Moinichen ehf.	SFR - Stéttarfélag í almannajónustu	Tímaritið Lifandi Vísindi - EG miðlun ehf.
Morgunblaðið Árvakur hf.	Shalimar	Tónastöðin ehf.
Múrarafélag Reykjavíkur	Sindrafiskur ehf.	Tónskóli Guðmundar
Múrarameistarafélag Reykjavíkur	Sinfóníuhljómsveit Íslands	Trésmiðjan Jari ehf.
Nexus	Sjúkráþjálfun Íslands ehf.	Tryggingamiðlun Íslands ehf.
Neytendasamtökin	Skartgripaverslun og vinnustofa Eyjólf	Turnar
Nonnabiti - Vættaborgum 24	Skóverslunin-Iljaskinn	Umslag ehf.
Nýi ökuskólinn ehf.	Slökkvilið Höfuðborgarsvæðisins	Útfararstofa Íslands ehf.
Ó. Johnsson & Kaaber ehf.	Smáréttingar ehf. - Réttingajónusta	Útfararstofa kirkjugarðanna
ÓG Bygg ehf.	Smith & Norland hf.	VA Arkitektar ehf.
Ólafur Þorsteinsson ehf.	Sprinkler-pípulagnir ehf.	Vagnar og þjónusta hf.
Parlogis hf.	Stálver ehf.	Varahlutaverslunin Kistufell ehf.
Plúsmarkaðurinn Hátúni 10b ehf.	Stólpi hf.	Veiðipjónustan Strengir
Rafstilling ehf.	Suzuki bílar hf.	Verkfræðistofan LH-tækni ehf.
Rafþjónustan	Sökkull ehf.	Verkfræðistofan VIK ehf.
Ragnar Aðalsteinsson og Sigríður Júlíusd.. Lögmenn	Söluturninn Texas - Halló ehf.	Vernd - Fangahjálp .
Rakarastofan sf.	Sönglist - Söng- og leiklistarskóli	Verslunartækni ehf.
Ráðgarður - Skiparáðgjöf ehf.	T. ARK teiknistofan ehf	Verslunin Mótor
Ráðgjafar ehf.	Talnakönnun	Verslunin Stíll
Renniverkstæði Ægis	Tannlæknastofa Friðgerðar Samúelsdóttur	Vélavíðgerðir ehf.
Réttarholtsskóli	Tannlæknastofa Ingólfs Eldjárn	Vélfang ehf
S.Í.B.S.	Tannlæknastofan Stigahlíð 44	Vinnumálastofnun
Samhjálp félagasamtök	Tannlæknastofan Borgartúni 33	VR
Samson ehf.	Tannréttingar sf.	VST - Rafteikning hf.
Samtök atvinnulífsins	Teiknistofa Ingimundar Sveinssonar	Þ. Þorgrímsson & co.
		Þingvallaleið ehf.

Áhrif andlegs, líkamlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu kvenna

Ágrip

Tilgangur Að meta áhrif líkamlegs, andlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu meðal kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild (SB) Landspítala-háskólasjúkrahúss (LSH) og meðal kvenna sem voru í meðgöngueftirliti á Miðstöð mæðraverndar (MM). Eftirfarandi tilgátur voru prófaðar: (a) Konur sem hafa verið beittar margþættu langvarandi andlegu, líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi (e. cumulative experience of abuse) af hálfu fjölskyldumeðlims tiltaka marktækt fleiri andleg sjúkdómseinkenni en þær konur sem ekki hafa reynslu af ofbeldi; (b) fyrri reynsla kvenna af kynferðislegu, andlegu og líkamlegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims og reynsla af því að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð spáir marktækt fyrir um andlega heilsu kvennanna.

Aðferð Þetta er þversniðsrannsókn sem gerð var meðal kvenna sem komu á SB og MM (SB N=101 og MM, N=107). Gögnum var safnað með spurningarlistum, s.s listanum „Greining á ofbeldi gegn konum“ (The Women Abuse Screening Tool (WAST) og með hálfstöðluðum viðtölum, þ.e. með viðtalsrammanum „Ofbeldi gegn konum: Mat og fyrstu viðbrögð“ (Women Abuse: Screening and First Response).

Niðurstöður Fyrri reynsla kvennanna sem þátt tóku á SB af kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims, reynsla af andlegu ofbeldi s.l. ár og reynsla þeirra af ofbeldi í núverandi sambúð/hjónabandi, spáði fyrir um núverandi andlega heilsu og vellíðan þeirra. Fyrri reynsla kvenna sem þátt tóku á MM af líkamlegu ofbeldi, reynsla þeirra af fyrri kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims og það að vera fórnarlamb ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi spáði fyrir um andlega heilsu þeirra. Konur



sem höfðu reynslu af margþættu ofbeldi (líkamlegu, andlegu og eða kynferðislegu ofbeldi) bjuggu við verri andlega heilsu en konur sem höfðu mátt þola eina eða tvær tegundir af ofbeldi og/eða höfðu ekki verið beittar ofbeldi.

Lokaorð Konur sem eru fórnarlömb ofbeldis hér á landi leita eftir heilbrigðisþjónustu hjá slysa- og bráðadeild LSH og þær þeirra sem eru barnshafandi eru í meðgöngueftirliti á göngudeildum fyrir áhættumeðgöngu hjá Miðstöð mæðraverndar. Vitneskja um það hve víðtæk áhrif ofbeldis eru á heilsufar kvenna, bæði áhrifin af fyrra og margþættu ofbeldi, sem og að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambandi, undirstrikar mikilvægi þess að greina ofbeldi gegn konum með reglubundnum hætti á slysa- og bráðadeildum sem og á göngudeild fyrir áhættumeðgöngu.

(*Lykilorð:* Kynbundið ofbeldi, heilsufarslegar afleiðingar)

Inngangur

Ofbeldi gegn konum af hálfu maka eða sambýlismanns er alþjóðlegt heilsufarsvandamál sem hefur farið vaxandi og er viðkvæmt, vandmeðfarið og dulið. Umfjöllun um þá stöðugu þjáningu og sársauka sem þolendur ofbeldisverka þurfa að búa við er nú útbreiddari en áður var, auk þess sem almenningur og heilbrigðisstarfsfólk veitir málefnið nú meiri athygli og skilning. Erlendar rannsóknir hafa leitt í ljós að afleiðingar ofbeldis eru bæði sálfélagslegar og heilsufarslegar, að ofbeldi hefur alvarlegar afleiðingar fyrir velferð og heilsu einstaklinga og að konur sem beittar hafa verið ofbeldi nota heilbrigðisþjónustuna oftar en aðrar konur. Hér á landi hefur þetta hins vegar lítið verið kannað/rannsakað.

Læknar og hjúkrunarfræðingar tilheyra þeim hópi heilbrigðisstétta sem oft er í nánu sambandi



við konur sem leita eftir heilbrigðisþjónustu og því mikilvægt að þeir sinni þolendum ofbeldis á markvissan og skipulagðan hátt svo sem með því að framkvæma reglubundna kembileit gegn ofbeldi og bjóða upp á viðeigandi úrræði/meðferðir.

Þó alþjóðlegar rannsóknir hafi sýnt fram á að orsakasamband sé milli ofbeldis og áhrifa á heilsufar kvenna er minna vitað um áhrifin af margþættu langvarandi ofbeldi á heilsufar. Engin birt rannsókn er til hér á landi þar sem áhrif margþætts langvarandi ofbeldis á heilsufara kvenna hefur verið kannað/rannsakað. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna áhrif af margþættu líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi á andlega heilsu meðal kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild Landspítala háskólasjúkrahúss og á Miðstöð mæðraverndar.

Bakgrunnur

Ýmsar skilgreiningar hafa verið settar fram á kynbundnu ofbeldi en sú skilgreining sem stuðst er við í þessari rannsókn er skilgreining Reynolds og Schweitzer (1). Þar er ofbeldi gegn konum skilgreint sem kerfisbundin áætlun til að staðfesta og viðhalda valdi og stjórn yfir hugsunum, viðhorfum og hegðun konunnar með því að ala á ótta og með því að gera konuna háða gerand- anum. Í þessari íslensku rannsókn sem hér eru gerð skil, er hugtakið margþætt ofbeldi notað yfir andlegt, líkamlegt og eða kynferðislegt ofbeldi þ.e.a.s hugtakið er notað yfir tvær eða þrjár tegundir af ofbeldi.

Alþjóðlegar rannsóknir hafa leitt í ljós, að andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi gegn konum leiðir til þess að konum finnst þær vera jaðarhópur í samfélaginu, finna fyrir fordómum á vinnustað, auk þess sem þær finna fyrir einangrun, skömm, ótta, reiði og streitu (andlegu álagi) (2). Komið hefur í ljós að þessi hópur kvenna er auk þess auðsæranlegur, þær eru oft varnarlau- sar og fullar af sjálfsásökun (2, 3). Þær konur sem tilheyra minnihlutahópum, eins og konur af afrískum uppruna búsettar í Bandaríkjunum, hafa greint frá því að samhliða því að fást við kynbundið ofbeldi þurfi þær að fást við kynþátta- ofbeldi sem hafi gert þeim erfiðara fyrir að búa sér öruggt umhverfi (4).

Konur sem hafa verið beittar ofbeldi en farið að vinna að því að bæta aðstæður sínar hafa lýst því ferli. Til að byrja með fengust konurnar við að

endurskoða sjálfar sig og sitt nánasta umhverfi, en þegar lengra var komið í breytingaferlinu þá fóru þær að vinna að því að losa sig úr aðstæð- unum (5), skoða foreldrahlutverkið eftir skilnað (6) og að vinna áfram að því að sporna við ofbeld- inu.

Fyrir utan þau áhrif sem hér hafa verið talin hefur komið í ljós að ofbeldi hefur áhrif á sam- skipti og sambönd kvennanna við aðra, getu þeirra til félagslegra samskipta og á getu þeirra til að stunda skóla og mennta sig, sem og á efna- hag þeirra (7).

Athyglisvert er að við skoðun á rannsóknnum undanfarinna fimm ára fundust einungis tvær meðferðarrannsóknir er tengdust konum sem þol- endum ofbeldis (8, 9). Önnur þeirra var hjúkr- unarmeðferðarrannsókn, en niðurstöður þeirrar rannsóknar sýndu að mat hjúkrunarfræðinga á ofbeldi og það að bjóða upplýsingar um úrræði í samfélaginu virðist rjúfa ofbeldisferlið og varna endurteknum árásum (e. prevent recurrence) og áverkum á konurnar.

Skammvinn og langvinn áhrif ofbeldis á heilsufar kvenna hafa einnig verið rannsökuð og sýna niðurstöður þeirra rannsókna að konurnar þurfa að fást við fjölmörg heilbrigðisvandamál sem lýsa sér bæði með líkamlegum og andlegum einkennum (9, 10, 11, 12, 13, 14), auk þess sem þær voru líklegri til að þróa með sér geðræna sjúkdóma (12) og minni líkur eru á að þær stundi vinnu eða nám (15, 16). Konur sem eru þolendur ofbeldis eru einnig líklegri til að skaða sjálfar sig með sjálfsvígstilraunum sem oft eru tilkomnar vegna ávana- og fíkniefnanotkunar og vegna langvinnis þunglyndis (12).

Þó konur finni til léttis og aukinnar vellíðanar við að yfirgefa ofbeldisfullan sambýlismann eru vísbendingar um að margar konur sem yfirgefa ofbeldisfullan eiginmann séu oft undir miklu álagi eftir aðskilnaðinn. Einnig kemur þar fram að þó konur leiti sér aðstoðar þá fylgi því oft blendnar tilfinningar sökum þess hve mikla skömm þær hafa á sjálfum sér, vegna sjálfsásökunar, tilfinn- ingar um að mistakast, vegna þess að þær hafa áhyggjur af því að opinbera eigin vandamál fyrir öðrum, óttast hótanir eiginmannsins og hafa áhyggjur af viðbrögðum sem þær geta orðið fyrir. Rannsakendur hafa ennfremur komist að því að ófrískar konur sem voru þolendur ofbeldis höfðu neikvætt viðhorf til meðgöngunnar og þótt gróft

ofbeldi gegn konum virtist ekki hafa áhrif á samband móður og barns þá hafði andlegt heilsufar móður áhrif á hegðunarfanda barnanna (17).

Viðbrögð fjölskyldu og vina við ofbeldiskenndu sambandi hafa lítið verið rannsökuð. Einungis ein rannsókn fannst þar sem þetta var kannað og kom í ljós að flestar konurnar greindu vinum og fjölskyldumeðlimum frá ofbeldinu en viðbrögð þeirra fóru m.a. eftir því hvers eðlis sambandið við ofbeldismanninn var, hversu oft konan hafði áður farið frá manningum, fjölda barna sem konan átti og hvort vinum og fjölskyldu stóð ógn af ofbeldismanninum (18).

Alþjóðlegar rannsóknaniðurstöður sýna fram á það hve víðtækar afleiðingar kynbundins ofbeldis eru og eru þá meðtalin bæði skammvinn og langvarandi áhrif á heilsu og á sambönd kvennanna við sitt nánasta umhverfi. Á því leikur enginn vafi að ofbeldi er stórt samfélagsvandamál sem þarfnast skilvirkar íhlutunar og/eða meðferðar af hálfu heilbrigðisstarfsmanna. Á grundvelli þeirrar fræðilegu samantektar sem hér hefur verið gerð skil, voru eftirfarandi tilgátur prófaðar: (a) Konur sem hafa mátt þola langvarandi andlegt, líkamlegt og/eða kynferðislegt ofbeldi (e. cumulative experience of abuse) af hálfu fjölskyldumeðlims, greina frá marktækt fleiri andlegum heilsufars-einkennum en þær konur sem ekki hafa búið við ofbeldi; (b) fyrri reynsla kvenna af kynferðislegu, andlegu og líkamlegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims og reynsla af því að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð spáir með marktækum hætti fyrir um andlega heilsu kvennanna.

Aðferð

Úrtak/þátttakendur

Gögnum var safnað yfir 7 mánaða tímabil á árinu 2006 meðal kvenna sem sóttu heilbrigðisþjónustu á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og kvenna sem komu í skoðun á fyrsta þriðjungi meðgöngu á göngudeild fyrir áhættumeðgöngu hjá Miðstöð mæðraverndar (MM).

Hjúkrunarfræðingar (á LSH) og ljósmæður (á MM) kynntu rannsóknina fyrir konunum á meðan sambýlismaður/maki þeirra (ef hann var með í skoðuninni) beið fyrir utan skoðunarherbergið. Af þeim 110 konum sem komu á Miðstöð mæðraverndar á því tímabili sem gögnum var safnað neituðu þrjár þátttöku (án þess að gefa upp ástæðu þess), þannig að endalegt úrtak sam-

anstóð af 107 konum á MM (97,3% þátttaka). Af þeim 103 konum sem rannsóknin var kynnt fyrir á SB neituðu tvær þátttöku svo 101 kona var í því úrtaki (98% þátttaka). Öllum konunum sem þátt tóku var kynnt að rannsóknin færi fram í tveimur þáttum. Fyrst var konunum afhent umslag með spurningarlistum í, en síðan var konunum boðið í viðtal við hjúkrunarfræðing eða ljósmóður. Það tók konurnar um 4-12 mínútur að svara spurningarlistunum og hvert viðtal tók 10-54 mínútur.

Fjórtán af 65 hjúkrunarfræðingum (21,5%) sem unnu á slysa- og bráðadeild LSH og 10 af 11 ljósmæðrum (91,7%) sem unnu á Miðstöð mæðraverndar voru þjálfaðar í gagnasöfnun. Þær sóttu fyrirlestra um ofbeldi gegn konum, horfðu á 90 mínútna mynd fyrir heilbrigðisstarfsfólk um ofbeldi í nánum samböndum og tóku þátt í 2-5 fræðslufundum um það hvernig ætti að nota í klínísku starfi nýlegar klínískar leiðbeiningar, sem þróaðar höfðu verið og aðlagðar að íslenskum aðstæðum, til að auðkenna ofbeldi og að bjóða bestu mögulegu fyrstu viðbrögð og úrræði.

Til þess að geta tekið þátt í rannsókninni urðu konurnar að uppfylla eftirtalin skilyrði a) vera á aldrinum 18-67 ára; b) sækja heilbrigðisþjónustu til slysa- og bráðadeildar LSH eða á Miðstöð mæðraverndar; og c) vera færar um að lesa íslensku eða ensku. Þær konur sem voru undir áhrifum áfengis, höfðu tekið of stóran lyfjaskammt eða voru undir áhrifum eiturfyfa voru útilokaðar frá rannsókninni. Lokaúrtakið samanstóð af 208 konum (MM = 107 og SB = 101). Meðalaldur kvennanna á SB var 38,00 ár (aldursbil 18-68 og meðalaldur kvennanna á MM var 30,40 ár (aldursbil 18-45). Flestar kvennanna sem heimsóttu SB og MM voru annaðhvort giftar eða í sambúð (SB=69 (70,4%); MM=85 (80,1%)) (sjá töflu 1). Allflestar unnu annaðhvort fulla vinnu eða hlutastarf utan heimilisins (SB=79 (82,3%); MM=88 (85,5%)) (sjá töflu 1).

Mælitæki

Upplýsingum sem varða bakgrunn kvennanna (lýðfræðilegar upplýsingar) og sýn þeirra á spennu í nánu sambandi, erfiðleika við að leysa ágreining og tíðni ofbeldis í núverandi sambúð var safnað með spurningarlistum. Auk þess var safnað með hálfstöðluðum viðtölum gögnum um ofbeldi sem konurnar höfðu verið beittar í nánum samböndum og af hálfu náins fjölskyldumeðlims.

Spurningarlistarnir höfðu verið þýddir úr ensku yfir á íslensku af hópi heilbrigðisstarfsmanna, rannsakendum og sérfræðingum í ensku og síðan bakþýddir yfir á ensku til að auka enn á áreiðanleika mælitækjanna. Mælitækin og hálfstaðlaða viðtalið (viðtalsramminn) voru forprófuð á hópi 20 kvenna á slysa- og bráðadeild LSH.

Lýðfræðilegar upplýsingar. Þróaður var og lagður fyrir 13-atriða spurningalisti (mælitæki) þar sem spurt var m.a. um, aldur, þjóðerni, menntun, atvinnuþátttöku, hjúskaparstöðu þátttakenda o.fl. (19).

Andleg heilsufarseinkenni. Stuðst var við mælitæki þar sem líkamleg og andleg heilsufarseinkenni voru tilgreind (28 atriði) (20). Í þeim niðurstöðum sem hér eru kynntar er einungis lýst niðurstöðum úr kvarðanum sem mælir andlegt heilsufar. Konurnar voru spurðar hvort þær hefðu undanfarinn mánuð „alltaf“, „oft“, „stundum“ eða „aldrei“ fundið fyrir sértækum heilsufareinkennum svo sem langvinnum verkjum, streitu, kvíða, þreytu, lágu sjálfstrausti eða verkjum frá meltingarfærum. Konurnar voru líka spurðar hvort þær stunduðu heilsuspillandi lífverni (s.s. reyktu, notuðu áfengi, eiturylf eða misnotuðu lyf) og hvort þær hefðu einhvern langvinnan sjúkdóm (s.s. þunglyndi, vefjagigt, ófrjósemisvanda, svefnerfiðleika, kynsjúkdóma og svo frv.). Heilsufarseinkennakvarðinn var þáttagreindur og kom út tveggja þátta lausn a) líkamleg einkenni og b) andleg einkenni. Innra réttmæti (Cronbach's alpha) mælitækisins var 0,88 á 8-atriða andlega einkennalistanum. Hærra samanlagt gildi/skor undirþáttanna jafngildir verri andlegri heilsu. Áreiðanleiki kvarðans var milli 0,88-0,92 á SB og MM.

Greining á ofbeldi gegn konum (The Women Abuse Screening Tool, WAST) er mælitæki sem var þróað af Brown, Lent, Schmidt og Sas (21) og er notað til að greina ofbeldi í núverandi sambúð/hjónabandi. Mælitækið samanstendur af 8 atriðum. Tvö þau fyrstu meta spennu/erfiðleika í sambandinu á kvarðanum frá 1 (=engin spennu/erfiðleikar) upp í 3 (=mikil spennu/miklir erfiðleikar). Hinar sex spurningarnar eru hugsaðar til að safna nákvæmari upplýsingum um ofbeldi með því að biðja svarandann um að meta, á skala frá 1 (oft) upp í 3 (aldrei), hve oft hann hefur verið beittur líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi. Cronbach's alpha íslensku útgáfunnar af WAST var 0,97 á SB og 0,77 á MM.

Ofbeldi gegn konum: Mat og fyrstu viðbrögð (Women Abuse: Screening and First Response). Viðtalsramminn sem notaður var til að meta ofbeldi gegn konum var þróaður af Erlu Kolbrúnu Svavarsdóttur og Brynju Örylgsdóttur (22). Þetta mats-viðtal er byggt að hluta til á viðmiðum frá The Nursing Research Consortium on Violence and Abuse" (23). Viðtalsramminn samanstendur af 9 meginspurningum sem síðan fela í sér undirspurningar. Spurningarnar eru hálfopnar, en ætlast er til að heilbrigðisstarfsmennirnir spyrji konurnar og fylli síðan svar þeirra inn í viðtalsramman, t.d. „Já“, „Nei“, „Veit ekki“, „Vil ekki svara“. Ef konurnar svara einhverri spurningu játandi eru þær spurðar frekar, t.d. „Af hverjum“, „Hversu oft“ og svo frv. Spurt er um tvö tímaskeið: „Hefur þú einhvern tímann verið beitt líkamlegu ofbeldi“, „kynferðislegu ofbeldi“, „andlegu ofbeldi“; og svo, „Hefur þú verið beitt líkamlegu ofbeldi“, „andlegu ofbeldi“, „kynferðislegu ofbeldi“ *síðastliðna 12 mánuði.* Meðal annarra spurninga má nefna: „Hefur þú einhvern sem þú getur talað um ofbeldið við?“, „Ert þú örugg?“, „Vilt þú ræða um ofbeldið?“ „Hvers þarfnast þú nú?“ o.s.frv.

Framkvæmd

Áður en rannsóknin hófst var leitað samþykkis eftirtalinna aðila: Vísindasiðanefndar (nr 05115), sviðsstjóra hjúkrunar og lækninga á slysa- og bráðadeild LSH og lækningaforstjóra og hjúkrunarforstjóra Heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu, forstjóra hjúkrunar og forstjóra lækninga á LSH, en auk þess var rannsóknin tilkynnt til Persónuverndar. Konurnar sem þátt tóku í rannsókninni fengu bæði munnlega og skriflega kynningu á tilgangi og fyrirkomulagi rannsóknarinnar. Ef konurnar voru áhugasamar um að taka þátt fengu þær kynningarbréf um rannsóknina og voru upplýstar um að rannsóknin færi fram í tveimur þáttum, þ.e. með útfyllingu spurningarlista og í hálfstöðluðu viðtali við heilbrigðisstarfsmann. Konur sem samþykktu þátttöku og gáfu upplýst samþykki sitt fyrir henni fengu afhent umslag með spurningarlistunum.

Úrvinnsla gagna

Lýsandi tölfraði var beitt við úrvinnslu á lýðfræðilegu breytunum. Til að prófa tilgátunnar um áhrifin af margþættu ofbeldi (e. cumulative experience of abuse) á andlega heilsu kvennanna

og tilgátuna um áhrifin af fyrrverandi og núverandi ofbeldi á andlega heilsu var beitt einhliða dreifigreiningu (One way ANOVA; Tukey post hoc próf) og aðhvarfsgreiningu (stepwise multiple regression). Marktæknimörkin voru sett við 0,05 til að minnka líkur á Typu I villu. Tölfræðiforritið SPSS 16 var notað við útreikninga.

Niðurstöður

Áhrif líkamlegs, andlegs og kynferðislegs ofbeldis á andlega heilsu:

Þegar áhrifin af líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi s.l. 12 mánuði voru skoðuð kom í ljós að konur á SB sem tilgreindu að þær hefðu verið fórnarlömb andlegs ofbeldis s.l. ár, höfðu marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni en konur sem tilgreindu að þær væru þolendur líkamlegs ofbeldis (SB, M andlegt ofbeldi=2,88, (SF)=1,03, M líkamlegt ofbeldi=1,41, (SF)=0,47). $p=0,007$. Einnig kom fram að konur á SB og á MM sem greindu frá því að þær væru þolendur andlegs ofbeldis tilgreindu marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni en konur sem ekki sögðust vera þolendur ofbeldis (sjá töflu 2).

Konur á slysa- og bráðadeild sem voru þolendur andlegs, líkamlegs og/eða kynferðislegs ofbeldis voru við marktækt lakari andlega heilsu en konur sem voru eingöngu þolendur líkamlegs ofbeldis (sjá töflu 2). Sömuleiðis tilgreindu konur á slysa- og bráðadeild sem voru bæði þolendur andlegs og líkamlegs ofbeldis marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni en konur sem voru ekki þolendur ofbeldis; og konur á Miðstöð mæðraverndar sem voru fórnarlömb andlegs og líkamlegs ofbeldis voru við sömu andlega heilsu og konur á MM sem voru eingöngu þolendur andlegs ofbeldis (sjá töflu 2).

Athyglisvert er að konur á slysa- og bráðadeild sem sögðust hafa verið beittar kynferðislegu ofbeldi (K) s.l. ár tiltóku að þær væru jafnframt þolendur andlegs(A) og líkamlegs(L) ofbeldis, en þessar konur á SB sem voru þolendur kynferðislegs, andlegs og líkamlegs ofbeldis s.l.ár ((SB M = (K+A+L)=3,75 SF=(0,33); ME=2,02, SF=(0,62), $p=0,000$)) voru við marktækt verri andlega heilsu en konur sem voru ekki þolendur ofbeldis (E) (sjá töflu 2).

Þegar áhrif af margþættu ofbeldi var kannað, kom í ljós að konur á slysa- og bráðadeild og konur á miðstöð mæðraverndar sem höfðu

verið beittar líkamlegu og kynferðislegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni af hálfu náins fjölskyldumeðlims voru við marktækt verri andlega heilsu en konur sem eingöngu voru þolendur líkamslegs ofbeldis, eða konur sem ekki voru þolendur ofbeldis (sjá töflu 3).

Sömuleiðis kom það fram að konur á slysa- og bráðadeild og konur á Miðstöð mæðraverndar sem höfðu verið beittar kynferðislegu og líkamlegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni af nánnum fjölskyldumeðlim tilgreindu marktækt fleiri andleg heilsufarseinkenni og voru því við marktækt verri andlega heilsu en konur sem eingöngu voru þolendur kynferðislegs ofbeldis eða konur sem ekki höfðu verið beittar ofbeldi. Niðurstöður styðja því tilgátu a) (sjá töflu 3).

Aðhvarfsgreiningarlíkön:

Fyrir konur á slysa- og bráðadeild, sýndu niðurstöður aðhvarfsgreiningarinnar að það að hafa verið fórnarlamb kynferðislegs ofbeldis einhvern tímann á lífsleiðinni af hálfu náins fjölskyldumeðlims, að hafa verið þolandi andlegs ofbeldis s.l. 12 mánuði, og að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi, spáði marktækt fyrir um andlega heilsu kvennanna (Leiðrétt $R^2=0.442$; $p<0.000$). Að því er varðaði þær konur sem þátt tóku á Miðstöð mæðraverndar, sýndu niðurstöður aðhvarfsgreiningarinnar að það að hafa verið þolandi líkamslegs ofbeldis, hafa verið beitt kynferðislegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni af hálfu náins fjölskyldumeðlims, og að vera fórnarlamb ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi, spáði marktækt fyrir um andlega heilsu kvennanna (Leiðrétt $R^2=0.320$; $p<0.000$). Niðurstöðurnar styðja því tilgátu b) (sjá töflu 4).

Umræða

Meginniðurstöður úr tilgátuprófununum auka þekkingu og skilning á því hvaða breytur spá fyrir um andlega heilsu kvenna sem koma á SB og á MM og eru fórnarlömb fyrrverandi og núverandi ofbeldis af hálfu náins fjölskyldumeðlims. Auk þess gefa niðurstöður tilgátuprófananna vísbendingu um áhrif af margþættu ofbeldi á andlega heilsu kvenna. Vitneskja um það að þeir þættir sem spá fyrir um andlega líðan kvenna s.s að hafa verið fórnarlamb kynferðislegs, andlegs og eða líkamlegs ofbeldis og að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi eru mikilvægar



upplýsingar fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem starfar á viðkomandi heilbrigðisstofnunum. Til þess að hjúkrunarfræðingar, ljósmæður og lækningar geti brugðist við og boðið upp á viðeigandi meðferðir verða heilbrigðisstarfsmenn að greina bæði langvarandi ofbeldi og ofbeldi í núverandi sambúð/hjónabandi.

Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja það hvernig núverandi andleg heilsa kvenna sem hafa verið fórnarlömb langvinnis ofbeldis (kynferðislegs, líkamlegs og andlegs ofbeldis) er mörkuð af bæði fyrrverandi og núverandi ofbeldi. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður Thompson o.fl.(14) sem komust að því í sínum rannsóknum að há tíðni ofbeldis meðal kvenna var tengd ofbeldi í barnæsku. Brýn þörf er á að þróa og prófa meðferðir fyrir konur sem hafa verið og eru ennþá fórnarlömb ofbeldis og leita eftir heilbrigðisþjónustu á slysa- og bráðdeildum eða eru skjólstaðingar heilbrigðisstarfsfólks á áhættumeðgöngudeildum til að geta boðið upp á viðeigandi heilbrigðisþjónustu og til að lina þjáningar kvennanna.

Lítið er vitað um afleiðingar langvinnis sem og núverandi ofbeldis á andlega heilsu kvenna enda fáar rannsóknir verði gerðar þar sem áhrif af margþættu ofbeldi (þ.e. líkamlegs + andlegs + kynferðislegs ofbeldis) sem og langvinn áhrif ofbeldis og áhrifin af því að vera þolandi ofbeldis í núverandi sambúð/hjónabandi eru könnuð - öll í sömu rannsókninni. Niðurstöður þessarar rannsóknar sem hér hefur verið kynnt gefa skýra vísbendingu um hve afleiðingar langvinnis margþætts ofbeldis, sem og núverandi ofbeldis eru alvarlegar fyrir andlega heilsu og velferð kvenna. Konur í þessari rannsókn sem voru fórnarlömb margþætts ofbeldis voru við marktækt verri andlega heilsu en konur sem voru ekki þolendur ofbeldis eða konur sem höfðu þolað eina tegund af ofbeldi. Sömuleiðis voru konur sem höfðu verið beittar þrenns konar ofbeldi, þ.e. líkamlegu, andlegu og kynferðislegu ofbeldi, við verstu andlegu heilsuna ef þær eru bornar saman við konur sem voru þolendur tvenns konar ofbeldis, einnar gerðar af ofbeldi eða voru ekki þolendur ofbeldis. Þessi vitneskja er ný í fræðunum og undirstrikar hve alvarlegar afleiðingar uppsafnaðs ofbeldis eru fyrir vellíðan og heilsu kvenna. Heilbrigðisstarfsmenn á borð við hjúkrunarfræðinga, ljósmæður og lækningar verða að vera meðvitaðir um afleiðingar

uppsafnaðs ofbeldis á heilsufar íslenskra kvenna, en slík vitneskja ætti að hafa áhrif á stefnu heilbrigðisstofnana hvað heilbrigðisþjónustu þessara kvenna varðar, og ætti einnig að hafa áhrif á menntun heilbrigðisstarfsfólks hér á landi.

Almenn takmörkun þessarar rannsóknar er það hve úrtakið er lítið, en einnig það hve hátt hlutfall þeirra kvenna sem þátt tóku hafði mátt þola ofbeldi ýmist einhvern tíma á ævinni eða í núverandi sambúð eða hjónabandi. Vanda verður því til túlkunar á niðurstöðunum og ekki er hægt að alhæfa um tíðni og eða eðli ofbeldis utan slysa- og bráðdeildar LSH eða utan Miðstöðvar mæðraverndar. Að auki er um þversniðsrannsókn að ræða og því ekki hægt að fullyrða um orsakasambönd.

Lokaorð

Ofbeldi er orðið eitt helsta samfélags- og heilbrigðisvandamál samtímans og veldur alvarlegum áverkum, sársauka og þjáningu. Vegna þess hve afleiðingar ofbeldis eru alvarlegar fyrir heilsu og velferð einstaklinga, fjölskyldna og samfélags þurfa heilbrigðisstarfsmenn á borð við hjúkrunarfræðinga, ljósmæður og lækna að sinna ofbeldisvandunum á markvissan og skipulagðan hátt. Konur sem eru fórnarlömb ofbeldis þjást bæði andlega og líkamlega vegna ofbeldisverkanna. Þær hafa oft lága sjálfsmýnd, þær eru niðurlægðar af gerandanum og þurfa oft á tíðum að fást við alvarleg sálfélagsleg einkenni og eða kvilla. Þessar konur eru hins vegar oft á tíðum í nánú sambandi við heilbrigðiskerfið þar sem heilbrigðisstarfsmenn geta orðið að miklu liði. Því er mikilvægt að auðkenna ofbeldi á slysa- og bráðdeildum (t.d. með því að gera kembileit) sem og á áhættumeðgöngudeildum á borð við Miðstöð mæðraverndar. Það er því nauðsynlegt að innleiða klínískar leiðbeiningar við fyrrnefndar heilbrigðisstofnanir til að auðvelda heilbrigðisstarfsfólki að greina ofbeldi og að veita viðeigandi fyrstu viðbrögð sem og veita viðurkenndar meðferðir til handa konum sem eru þolendur langvinnis, uppsafnaðs ofbeldis og/eða eru fórnarlömb ofbeldis í núverandi sambúð eða hjónabandi.

Þakkir

Höfundur vill þakka öllum þeim konum sem þátt tóku í rannsókninni, auk þess sem hjúkrunarfræðingar á slysa- og bráðdeild LSH og ljósmæður á

Miðstöð mæðraverndar fá innilegar þakkir fyrir sinn þátt í gagnasöfnuninni. Sérstakar þakkir fær Brynja Örylgsdóttir sem kom að gagnasöfnuninni, vinnu við klínískar leiðbeiningar sem og ýmsum skipilagsatriðum rannsókna. Einnig fá þær Kolbrún Kristiansen og Sigríður Sía Jónsdóttir sérlegar þakkir fyrir sinn þátt í gagnasöfnuninni.

Rannsóknin var styrkt af heilbrigðisráðuneytinu, Rannsóknasjóði Háskóla Íslands, Félagi Íslenskra hjúkrunarfræðinga og af Vísindasjóði Landspítala háskólasjúkrahúss. Að auki var rannsóknin styrkt af Kaupþingi banka, Mannréttindastofu Íslands og Heklu.

Tafla 1 Lýðfræðilegar upplýsingar um konur sem sóttu heilbrigðisþjónustu á slysa- og bráðadeild LSH og Miðstöð mæðraverndar (MM).

	Slysa- og bráðadeild		Miðstöð mæðraverndar	
	N	Meðaltal (%)	N	Meðaltal (%)
Konur sem sóttu heilbrigðisþjónustu	101		107	
Aldur		38,0		30,4
Hjúskaparstaða:				
Giftar	41	(41,8)	44	(41,5)
Sambúð	28	(28,6)	41	(38,6)
Einstætt foreldri	15	(15,3)	9	(8,5)
Einstæð	3	(3,0)	0	(0,0)
Skilin	11	(11,2)	2	(1,9)
Hefur samband við barnsföður sinn	0	(0,0)	10	(9,3)
Atvinnuþátttaka:				
Full vinna	59	(61,5)	70	(68,0)
Hlutastarf	20	(20,8)	18	(17,5)
Vinnur ekki utan heimilis	14	(14,6)	14	(13,6)

n = fjöldi, * = fyrir sumar breytur vantar upplýsingar

Tafla 2 Dreifigreiningarlíkan kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og á Miðstöð mæðraverndar (MM): Áhrif af margþættu ofbeldi (andlegu, líkamlegu og kynferðislegu) s.l. 12 mánuði, af hálfu náns fjölskyldumeðlims, á andlega heilsu kvennanna.

Breytur	Meðaltal (SF)	Marktækni (Tukey post-hoc) samanburður
Andlegt ofbeldi		
SB (n=7)	2,88 (1,03)	Andlegt ofbeldi > Líkamlegt ofbeldi (p=0,007) Andlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,019)
MM (n=5)	2,65 (1,07)	Andlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,011)
Líkamlegt ofbeldi		
SB (n=4)	1,41 (0,47)	Andlegt + líkamlegt ofbeldi > Líkamlegt ofbeldi (p=0,000) Andlegt + líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Líkamlegt ofbeldi (p=0,000)
MM (n=1)	1,12 (---)	---
Andlegt + líkamlegt ofbeldi		
SB (n=10)	3,46 (0,86)	Andlegt + líkamlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)
MM (n=7)	2,00 (0,88)	Andlegt + líkamlegt ofbeldi = Andlegt ofbeldi (p=0,182)
Andlegt + líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi		
SB (n=3)	3,75 (0,33)	Andlegt + líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)
MM (n=0)	--- (---)	
Ekkert ofbeldi		
SB (n=65)	2,02 (0,62)	---
MM (n=89)	1,81 (0,57)	---

Dreifigreiningarlíkon: F(SB)=16,51, p=0,000; F(MM)=4,49, p=0,014



Tafla 3 Dreifigreiningarlíkan kvenna sem komu á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og á Miðstöð mæðraverndar (MM): Áhrif uppsafnaðs ofbeldis á lífsleiðinni (líkamlegs og kynferðislegs), af hálfu náins fjölskyldumeðlims, á andlega heilsu kvennanna.

Breytur	Meðaltal (SF)	Marktækni (Tukey post-hoc)	samanburður
Líkamlegt ofbeldi			
SB (n=23)	2,57 (0,84)	Líkamlegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,010)	Líkamlegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,002)
MM (n=14)	1,87 (0,82)	Líkamlegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,002)	
Kynferðislegt ofbeldi			
SB (n=10)	2,56 (0,97)	Kynferðislegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,035)	Kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,049)
MM(n=11)	2,04 (0,46)	Kynferðislegt ofbeldi < Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi (p=0,031)	
Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi			
SB (n=9)	3,47 (0,67)	Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)	
MM(n=9)	2,80 (0,90)	Líkamlegt + kynferðislegt ofbeldi > Ekkert ofbeldi (p=0,000)	
Ekkert ofbeldi			
SB (n=57)	1,91 (0,63)	---	
MM (n=69)	1,72 (0,56)	---	

Dreifigreiningarlíkon: F(SB)=16,51, p=0,000; F(MM)=3,45, p=0,019

Tafla 4 Aðhvarfsgreiningarlíkan: Spáð fyrir um andlega heilsu kvennanna á slysa- og bráðadeild (SB) LSH og á Miðstöð mæðraverndar (MM).

Forspárbreytur	Megin áhrif				
	B	Staðalvilla	B	t	p
Konur sem komu á SB (N=101)					
Fyrri reynsla af kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims	0,482	0,202	0,222	2,385	0,019
Andlegt ofbeldi s.l. 12 mánuði	0,651	0,260	0,300	2,507	0,014
Nú í ofbeldisfullu sambandi (WAST)	0,090	0,028	0,349	3,177	0,002
Líkan R ² = 0,463 Leiðrétt R ² = 0,442 df = (78) F = 22,425 ***					
Konur sem komu á MM (n=104)					
Fyrri reynsla af líkamlegu ofbeldi	0,383	0,135	0,271	2,767	0,007
Fyrri reynsla af kynferðislegu ofbeldi af hálfu náins fjölskyldumeðlims	0,345	0,163	0,196	2,116	0,037
Nú í ofbeldisfullu sambandi (WAST)	0,120	0,038	0,306	3,190	0,002
Líkan R ² = 0,342 Leiðrétt R ² = 0,320 df = (88) F = 15,248***					

Heimildaskrá

1. Reynolds C, Schweitzer A. Responding to woman abuse: A protocol for health care professionals. London, London Battered Women's Advocacy Centre 1998.
2. Nash ST. Through black eyes. African American women's constructions of their experiences with intimate male partner violence. *Violence Against Women* 2005; 11: 1420-1440.
3. Hydén M. 'I must have been an idiot to let it go on': Agency and positioning in battered women's narratives of leaving. *Fem Psychol* 2005; 15: 169-188.
4. Taylor JY. No resting place. African American women at the crossroads of violence. *Violence Against Women* 2005; 11: 1473-1489.
5. Burke JG, Denison JA, Gielen AC, McDonnell KA, O'Campo P. Ending intimate partner violence: An application of the Transtheoretical Model. *Am J Health Behav* 2004; 28: 122-133.
6. Hardesty JL. Separation assault in the context of post-divorce parenting. An integrative review of the literature. *Violence Against Women* 2002; 8: 597-625.
7. Riger S, Raja S, Camacho J. The radiating impact of intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2002; 17: 184-205.
8. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Secondary prevention of intimate partner violence. A randomized controlled trial. *Nurs Res* 2006; 55: 52-61.
9. Ogle RL, Baer JS. Addressing the service linkage problem. Increasing substance abuse treatment engagement using personalized feedback interventions in heavy-using female domestic violence shelter residents. *J Interpers Violence* 2003; 18: 1311-1324.
10. Ham-Rowbottom KA, Gordon EE, Jarvis KL, Novaco RW. Life constraints and psychological well-being of domestic violence shelter graduates. *J Fam Violence* 2005; 20: 109-121.
11. Hirsch AE. "The world was never a safe place for them". Abuse, welfare reform, and women with drug convictions. *Violence Against Women* 2001; 7: 159-175.
12. Krishnan SP, Hilbert JC, McNeil K, Newman I. From respite to transition: Women's use of domestic violence shelters in rural New Mexico. *J Fam Violence* 2004; 19: 165-173.
13. Swan SC, Snow DL. Behavioral and psychological differences among abused women who use violence in intimate relationships. *Violence Against Women* 2003; 9: 75-109.
14. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D et al. Intimate partner violence: Prevalence, types and chronicity in adult women. *Am J Prev Med* 2006; 30: 447-457.
15. Jewkes R, Levin J, Penn-Kekana L. Risk factors for domestic violence: Findings from a South African cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002; 55: 1603-1617.
16. Riger S, Raja S, Camacho J. The radiating impact of intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2002; 17: 184-205.
17. Jarvis KJ, Gordon EE, Novaco RW. Psychological distress of children and mothers in domestic violence emergency shelters. *J Fam Violence* 2005; 20: 389-402.
18. Goodkind JR, Gillum TL, Bybee DI, Sullivan CM. The impact of family and friends' reactions on the well-being of women with abusive partners. *Violence Against Women* 2003; 9: 347-373.
19. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Brynja Örlygsdóttir. Lýðfræðilegar upplýsingar (spurningalisti, bls. 1-4). Reykjavík, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 2006.
20. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Brynja Örlygsdóttir. Heilsufarseinkenni. (spurningalisti, bls. 1-7). Reykjavík, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 2006.
21. Brown JB, Lent B, Schmidt G, Sas G. Application of the Woman Abuse Screening Tool (WAST) and WAST-short in the family practice setting. *J Fam Pract* 2000; 49: 896-903.
22. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Brynja Örlygsdóttir. Heilsufarsupplýsingar kvenna (spurningalisti). Reykjavík, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 2005.
23. Parker B, Ulrich Y, Nursing Research Consortium on Violence & Abuse (NRCVA). A protocol of safety: Research on abuse of women. *Nurs Res* 1990; 39: 248-250.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir er prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.



Greining og horfur í geðklofasjúkdómi

Inngangur

Geðklofasjúkdómur hefur án efa fylgt mannkyninu allt frá örófi alda. Lengst framan af var skilningur manna mjög takmarkaður á eðli geðsjúkdóma. Fram eftir öldum voru þeir sem haldnir voru alvarlegum geðsjúkdómum þar sem áberandi voru ranghugmyndir og ofskynjanir taldir haldnir illum öndum og jafnvel útsendarar hins illa. Í fornöld og á miðöldum voru geðsjúkir oft líflátnir á hinn hryllilegasta hátt m.a. brenndir á báli (1).

Þekkingin og skilningurinn á alvarlegum geðsjúkdómum var lengi lítill, bæði hér heima og erlendis. Emil Kraepelin kom fram á 19. öld með greininguna „*dementia precox*“, sem merkir vitglöp eða vitræn skerðing fyrir aldur fram. Það var svo Eugene Bleuler, sem í byrjun 20. aldar kemur með hugtakið „*schizophrenia*“ eða geðklofi, en „*schizo*“ merkir klofinn og „*phrene*“ merkir hugur (2).

Hér á landi var geðklofasjúklingum illa sinnt framan af eða allt þar til Kleppsspítali tók til starfa fyrir rúmum hundruð árum, þann 27. maí 1907. Fram að þeim tíma höfðu alvarlega geðsjúkir verið vistaðir við lakan kost og slæmar aðstæður heima fyrir eins og Þorgrímur Johnsen héraðslæknir lýsir svo ágætlega í ársskýrslu sinni til landlæknis árið 1871: „Ég leyfi mér, við þetta tækifæri að geta þess, að engir sjúklingar hér á landi eru svo illa settir sem hinir geðsjúku, þar sem ekki er að finna eitt einasta geðveikrahæli hér á landi, og ég þekki mörg dæmi þess, að vegna þessara aðstæðna og til þess að gera þannig sjúklinga hættulausa, hafa menn neyðst til þess að grípa til þeirra villimannlegru aðgerða að loka sjúklingana inni í þröngum kössum með litlu opi fyrir framan andlitið. Þessir kassar eru síðan settir í eitthvert útihús til þess að sjúklingarnir trufla ekki ró annarra“ (3).



Geðklofasjúkdómur er einn alvarlegasti ef ekki alvarlegasti geðsjúkdómurinn, sem mannkynið berst við. Um 1% mannkyns þjáist af sjúkdómnum(4). Hann er í hópi 10 helstu örorkuvalda í heiminum og í hópi 10 þeirra sjúkdóma sem mestar byrðar setja á fjölskyldur og samfélagið(5). Ekki má gleyma öllum þeim þjáningum og þeirri skerðingu lífsgæða sem hinir sjúku búa við né þjáningum og byrðum ættingja og fjölskyldu.

Allt framundir miðja síðustu öld var lítil framþróun í meðferð geðklofasjúklinga. Um það leyti sem fyrsta geðsjúkrahúsið hóf starfsemi sína hér á landi, Kleppsspítali árið 1907 var ástandið í geðlækningum dapurlegt bæði í Evrópu og Bandaríkjunum. Stöðugt var leitað meðferðar sem gæti hjálpað geðklofasjúklingum en í raun kom fátt raunhæft fram í þá veru fyrr en um miðja síðustu öld. Saga geðlækninga á fyrri hluta síðustu aldar er vörðud óteljandi tilraunum með lyf(t.d. insulin sem olli meðvitundarleysi gegnum blóðsykurfall) og alls konar hrottafengnum aðgerðum (t.d. voru notuð sjóðheit böð eða ískaldar sturtur og jafnvel óhófleg vatnsdrykkja) (6). Framfarir urðu þó smá saman í almennri umönnun og hinir sjúku fengu manneskjulegri vistarverur og aðbúnað en áður. En veruleg breyting og framþróun varð þó ekki í baráttunni við kjarnaeinkenni geðklofasjúkdómsins fyrr en með tilkomu fyrstu kynslóðar geðrofslyfja upp úr 1950 samfara þróun á öðrum meðferðarúrræðum.

Upp úr 1990 hefur síðan orðið ný stökkbreyting í meðferð með tilkomu betri geðlyfja svokallaðra annarrar kynslóðar geðrofslyfja, sem hafa sérhæfðari verkun og hafa minni aukaverkanir. Þó er enn langt í land með að hið fullkomna lyf sé komið fram á sjónarsviðið. Á síðustu áratugum hefur jafnframt önnur meðferð samhliða lyfja-

meðferðinni vaxið, svo sem endurhæfing sem innifalið hefur í sér þjálfun í athöfnum daglegs lífs, lífsleikni, félagsfærni, fræðslu- og fjölskyldu-meðferð. Allt hefur þetta miðað að því að koma einstaklingum út í samfélagið á ný í stað þess að þeir festist inn á stofnununum eins og oftast varð raunin á hér áður fyrr.

Hvað er geðklofi?

Geðklofi er sjúkdómur í heila og á sér líffræðilegar orsakir, bæði er um að ræða líffræðilegar og lífefnafræðilegar truflanir í heila. Sjúkdómurinn kemur fram vegna truflunar á þroska heilans. Erfðir skipta miklu máli en einnig umhverfisáhrif. Í raun eru verulegar líkur á að geðklofi sé í raun kerfissjúkdómur, sem gerir það að verkum að þeir sem af honum þjást hætta til að fá ýmsa aðra sjúkdóma s.s. hjarta- og æðasjúkdóma, sykursýki og krabbamein (7,8,9,10,11,12,13).

Geðklofi einkennist af truflun á hugsun, skynjun, tilfinningum og vitrænni starfsemi. Hjá einstaklingi með geðklofasjúkdóm ríkir oft geðrof, geðrofsástand, sturlun (psychosis). *Geðrof er ástand þar sem viðkomandi getur ekki greint raunveruleikann frá ímyndun því verður til nýr veruleiki. Raunveruleikatengsl einstaklingsins rofna á verstu tímabilunum. Þessu fylgir þá iðulega skert sjúkdómsinnæsi.*

Við geðrof geta komið fram ranghugmyndir, ofskynjanir, sundurlaust tal og hegðun. Geðrof getur átt sér stað í mörgum geðsjúkdómum m.a. geðklofa.

Einkennum geðklofa má skipta í fjóra flokka eins og sést á mynd 1. En ekkert eitt einkenni er sértækt fyrir geðklofasjúkdóm.

Einkenni geðklofa



Ofvirkni einkennin (Positive symptoms) eða sturlunar einkennin eru þau einkenni sem best hafa látið undan lyfjameðferð.

Brottfallseinkennin (Negative symptoms) létu ekki undan eldri lyfjum. Meðferð með fyrstu kynslóð geðrofslyfja gat jafnvel valdið versnun þessara einkenna. Betri svörun virðist með nýrri geðrofslyfjum

Áhrif á vitrænni starfsemi (Cognitive symptoms). Vitræn einkenni ásamt brottfallseinkennum eru þau einkenni sem leiða helst til færniskerðingar. Gömlu lyfin höfðu óhagstæð áhrif á vitrænni starfsemi en nýrri lyfin hafa sennilega hagstæðari áhrif.

Áhrif á tilfinningalíf (Affective symptoms). Einkenni um breytt geðslag eru meðal annars þunglyndi, vonleysi og jafnvel sjálfsvígshættun. Þekkt var að gömlu lyfin gátu valdið doða og jafnvel þunglyndi (Fyrstu kynslóðar geðrofslyf). Mörg hinna nýju geðrofslyfja (Annarrar kynslóðar geðrofslyf) virðast hjálpa gegn þessum einkennum.

Þessi kjarna einkenni geðklofa leiða síðan öll til skertrar félags- og starfshæfni

Greining geðklofasjúkdóms

Greining geðklofasjúkdóms getur oft verið mjög vandasöm. Varast ber að kasta til hendinni við greiningu. Vinna þarf alla greiningavinnu af mikilli samviskusemi, natni og nákvæmni. Mikilvægt er að komast að greiningu sem fyrst svo hægt sé að hefja meðferð sem allra fyrst. Því fyrr sem meðferð hefst því betri eru batahorfurnar.

Greining geðklofasjúkdóms byggist ekki á blóðrannsóknunum, myndgreiningu með sneiðmyndatöku af heila eða segulólmun. Greiningin er algjörlega klínísk og byggir á ítarlegri og vel skráðri sjúkrasögu, góðri geðskoðun og að vel sé fylgst með framgangi sjúkdómseinkenna. Blóðrannsóknir, hjartalínurit, röntgenrannsóknir og aðrar myndgreiningar auk annarra rannsókna koma að góðu gagni til að fylgjast með öðrum kvillum sem geta fylgt sjúkdómnum eða ruglað sjúkdómsmyndina. Þá geta þessar rannsóknir einnig gefið tilefni til að fylgjast með áhrifum sjúkdómsins á heilavefinn þegar fram í sækir. Sálfræðipróf eru gagnleg til þess að meta vitræna getu og einnig til að fylgjast með hvort sjúkdómurinn heldur áfram að trufla vitræna starfsemi (14,15,16,17,18,19).

Við greiningu sjúkdómsins í heiminum í dag er aðallega stuðst við tvö viðurkennd geðgrein-



ingakerfi, ICD-10 (International Classification of Diseases) sem er gefið út af Alþjóða Heilbrigðismálastofnuninni WHO og er notast við það kerfi hér á landi og a.m.k í Evrópu (20) og DSM-IV sem er notað í Bandaríkjunum(21).

Á seinni árum hefur töluvert verið rætt og ritað um forstigeinkenni geðklofa og hvort rétt væri að gera kembileit hjá unglingum í lok grunnskóla eftir þessum einkennum til að snemmgreina geðklofa og geta þá átt möguleika á að hefja fyrr meðferð til að koma í veg fyrir geðrofsástand síðar og þar með lágmarkað skaða sjúkdómsins á heilann. Þessi forstigeinkenni eru:

1. Aukin félagsleg einangrun
2. Minnkuð starfsgeta og minnkuð hæfni til náms
3. Breyting á hegðun (Söfnunarárátta, tala við sjálfan sig, sýna hvatvísi)
4. Lök persónuleg hirða

Hvergi í heiminum hefur verið farið út í kembileit eftir forstigeinkennum þar sem slík leit myndi leiða til alltof margra falskra jákvæðra niðurstaða þ.e. þessi svokölluðu forstigeinkenni sjást oft tímabundið hjá unglingum og kallast þá „unglingaveiki“ (22).

Ekki er kynjamunur á algengi geðklofasjúkdóms en ýmsar seinni tíma athuganir benda til bæði hærra nýgengis og algengis hjá körlum. Hlutfallið sé í raun allt frá 1.5 upp í 1.7. Karlar eru yngri þegar þeir veikjast, oftast á aldursbilinu 15 ára til 25 ára en konur á aldursbilinu 25 ára til 35 ára. Af þeim sökum m.a. hafa karlar verri horfur en konur, þar sem þeir veikjast fyrr á meðan þeirra persónuleiki er lítt mótaður og þroskaður og oft áður en þeir hafa náð að mennta sig eða festast á vinnuþrengi og stofna til fjölskyldu. Konurnar veikjast síðar og eru komnar með þroskaðri og heilsteypari persónuleika þegar þær veikjast og þjóðfélagsleg staða þeirra er þá oftast betri s.s. menntun, starfsreynsla. Þær eru oftast giftar og með fjölskyldu. Annað sem gerir horfur verri, er ef neikvæð einkenni eru mjög ríkjandi ásamt truflun á vitrænni getu. Skerðing á vitrænni getu og neikvæð einkenni eru meira áberandi hjá þeim sem veikjast ungir(23,24,25,26).

Á seinni árum hafa ungir geðklofar í æ ríkari mæli fyrst verið greindir eftir að þeir hafa verið jafnvel 1-3 ár í neyslu eiturylfja. Ekki er óalgengt að þeir leiti t.d. í áfengi eða hass til að

slá á kvíða sem hrjáir þá þegar þeir upplifa innra með sér að eitthvað sé að taka af þeim völdin s.s. skipandi raddir. Neyslan þyngist síðan oft og í kjölfarið kemur neysla örvandi efna eins og amfetamíns eða kókaíns sem þá getur leitt til sturlunarástands. Það er gjarnan eftir slíka neyslu og sturlunarástand sem grunur um geðklofasjúkdóm vaknar samhliða fíknisjúkdómi. (24)

Ýmsar vangaveltur hafa í gegnum tíðina verið um það hvort eiturylf á borð við örvandi efni eins og amfetamín eða kókaín eða skynvilluefni eins og LSD eða mescalín eða „hugútvíkkandi“ efni eins og hass (marijuana-kannabis) gætu leitt til eða kallað fram geðklofa. Hér er ekkert vísindalega sannað, en rannsóknir á sænskum hermönnum og einnig breskar rannsóknir sýna að hjá þeim sem reyktu kannabis var mun hærra tíðni á geðklofasjúkdómi (25,26).

Hinsvegar er ljóst að geðklofasjúklingar reykja tóbak meira en almennt gerist en milli 70% - 80% þeirra reykja í samburði við að innan við 50% þeirra sem stríða við geðsjúkdóma í heild reykja. Á milli 30-40% geðklofa eiga við áfengisvanda að stríða og allt að 15-25% glíma við ýmiss konar annan vímuefnavanda. Mikilvægt er að hafa í huga að reykingar geta aukið á framleiðslu ákveðinna ensíma í lifur og þannig hraðað niðurbroti geðlyfja (27).

Sem mismunagreining við geðklofasjúkdóma eru allir geðsjúkdómar og líkamlegir sjúkdómar sem leitt geta til sturlunar. Sturlun getur orðið af ofneyslu áfengis og við áfengis fráhrarf (delirium tremens), neyslu skynvillu efna eins og LSD, meskalíns, sveppa og e-taflna, örvandi efna eins og amfetamíns og kókaín og við langvarandi hass notkun. Líffræðilegar orsakir sturlunar geta verið heilablæðing, heilæxli, Alzheimersjúkdómur, önnur heilabilun og flogaveiki svo eitthvað sé nefnt. Margir aðrir geðsjúkdómar koma til álita sem mismunagreining t.d. alvarleg geðhvörf þar sem sturlunareinkenni eru áberandi, einhverfu sjúkdómar, alvarlegir þráhyggju - og árátusjúkdómar, alvarlegir persónuleikabrestir og margt fleira.(28)

Hver eru greiningarskilmerki fyrir geðklofasjúkdóm?

Samkvæmt ICD-10 flokkunarkerfinu þurfa eftirfarandi skilmerki að vera til staðar svo hægt sé að setja geðklofa greininguna(20):

A: Annaðhvort eða að minnsta kosti eitt af þeim heilkennum eða einkennum, sem getið er í (1) eða að minnsta kosti tvö þeirra sem getið er í (2) þurfa að vera til staðar mestan þann tíma sem tímabil geðrofsástands varir eða í það minnsta í einn mánuð.

(1) Að minnsta kosti eitt af eftirfarandi einkennum þarf að vera til staðar:

- (a) Hugmyndir um að verið sé að setja inn í viðkomandi hugsanir eða stela frá honum hugsunum. Að hugsunum hans sé útvarpað.
- (b) Ranghugmyndir um stjórnun, áhrif eða aðgerðarleysi, sem klárlega snýr að líkams- eða útlímahreyfingu eða sérstökum hugsunum, framkvæmdum, aðgerðum, tilfinningum, upplifunum eða skynjunum.
- (c) Heyra raddir sem stöðugt gera athugasemdir við hegðun sjúklingsins eða eru að ræða um hann sín á milli sín
- (d) Hafa viðvarandi ranghugmyndir sem menningarlega séð eru óviðeigandi og algjörlega ómögulegar eins og t.d. að geta stjórnað veðri eða verið í sambandi við verur úr öðrum heimum

(2) Eða að minnsta kosti tvö af eftirfarandi einkennum:

- (a) Einhverjar viðvarandi ofskynjanir daglega í einn mánuð samfara ranghugmyndum, sem ekki þurfa beinlínis að vera formaðar
- (b) Nýyrðasmíði, hugsanatregða og hugsanatrufun sem leitt getur til þess að tal verði samhengislaus, óraunhæft og óviðeigandi
- (c) Stjarfa hegðun með óróa, sérkennilegum stellingum eða vaxkenndum sveigjanleika, neikvæðni, málleysi, doða eða dáí
- (d) Neikvæð einkenni, brottfalls einkenni svo sem áberandi sinnuleysi, áhugaleysi og deyfð. Einnig fámælg og tilfinningaleg flatneskja og oft ósamkvæm tilfinningaleg viðbrögð (Útiloka þarf að þessi einkenni séu ekki vegna þunglyndis eða sem aukaverkun geðrofslyfja)

Taka skal fram að yfirleitt greina geðlæknar ekki geðklofa fyrr en eftir lengri tíma. Yfirleitt er miðað við a.m.k 6 mánuði sbr. Bandaríska greiningarkerfið (7). Auk þess koma sjúklingar yfirleitt ekki til meðferðar fyrr en eftir að sjúkdómseinkenni hafa staðið í lengri tíma.

Undirflokkar geðklofasjúkdóms

Bæði samkvæmt ICD-10 og DSM-IV flokkunarkerfunum er geðklofa skipt upp í undirflokkar efir einkennamynstri. ICD-10 kerfið skiptir geðklofa í 9 undirflokkar

Aðsóknargeðklofi (Paranoid schizophrenia):

Í aðsóknargeðklofa eru aðsóknar- eða ofsóknar-ranghugmyndir ríkjandi, oft eru ofskynjanir samhliða, sérstaklega heyrnar ofskynjanir og truflanir á skynjun. Oft er mikið hugsana rugl. Truflun á tilfinningum, vilja eða tali er ekki áberandi. Stjarfaeinkenni eru ekki til staðar. Horfur eru betri en hjá óreiðugeðklofa og einföldum geðklofa.

Óreiðugeðklofi (Hebephrenic schizophrenia):

Þá eru ríkjandi miklar breytingar og sveiflur á geðhöfn. Ranghugmyndir og ofskynjanir eru oft fljótandi og brotakerndar. Sá veiki getur verið óútreiknanlegur, skiptir oft snögglega skapi. Hegðun er því oft óviðeigandi. Þeir geta því verið óábyrgir í hegðun og glotta gjarnan við tönn. Hlátur án samhengis, grettur, ýmsir kækir og fettur, fíflaleg hegðun sést. Sjúklingur talar í frösum og hugsunin er oft samhengislaus. Óreiðugeðklofar eru einrænir og hegðunin er iðulega markmiðslaus. Þeir hafa slæmar horfur og geta þróað hratt með sér neikvæð (brotfalls) einkenni þar sem þeim hættir til vaxandi einangrunar.

Stjarmageðklofi (Catatonic schizophrenia) er:

Sjaldgæfur og þekkist varla í dag. Ýmsar starfrænar breytingar á hreyfingum, göngulagi og stöðu sjúklings einkenna sjúkdómsmyndina. Neikvæðni og ákveðin móttprói sést samhliða, óeðlilegri stöðu útlíma. Við svæsnustu mynd getur einstaklingurinn verið líkt og vaxmynd og hreinlega festist í óeðlilegri líkamsstöðu.

Ósundurgreindur geðklofi (Undifferentiated schizophrenia):

Þá eru geðrofs-einkenni að einhverju leyti til staðar í formi ranghugmynda og/eða ofskynjana en mynstrið er ekki með þeim hætti að hægt sé að flokka undir aðsóknargeðklofa, óreiðugeðklofa eða stjarmageðklofa.

Geðlægd eftir geðklofa (Post-schizophrenic depression) er:

Þunglyndistímabil, oftast langvinnt, sem kemur í kjölfar geðklofaveikindanna. Þá eru ennþá til staðar bæði einhver ofvirkni eða brottfalls geðklofa einkenni, en þau eru ekki lengur ríkjandi í sjúkdómsmyndinni. Á þessu tímabili getur verið veruleg hætta á sjálfsvígi.

Geðklofahreytur (Residual schizophrenia) er:

Langvinnt ástand, þar sem hefur orðið skýr breyting frá upphaflegu ástandi. Ástand þróast yfir í mikil brottfallseinkenni svo sem mikla líkamlega tregðu, það vantar allt frumkvæði og framtak, geðslag er flatt, þeir tala lítið, eru svipbrigðalitlir og sýna oft nánast engin svipbrigði þegar þeir tala (léleg líkamstjáning). Þeir hugsa iðulega illa um sig og hafa lélega félagsfærni.

Einfaldur geðklofi (Simple schizophrenia):

Einkennist af félaglegri hrörnun, áberandi neikvæðum einkennum (brottfallseinkennum) og oft er mikil skerðingu á vitrænni getu (cognitive function) með mikilli tilhneigingu til einangrunar. Þeir standast því illa kröfur samfélagsins. Ofskynjanir og ranghugmyndir eru ekki áberandi við þess mynd geðklofa. Batahorfur eru lakar.

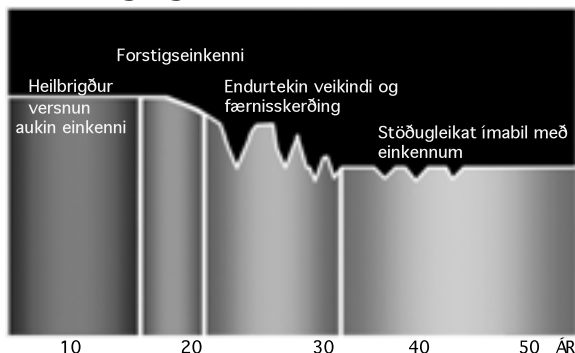
Annar geðklofi (Other schizophrenia) og Geðklofi ótilgreindur (Schizophrenia, unspecified) eru ekki skilgreindir sértækt, heldur falla þar inn þeir einstaklingar sem ekki falla inn í ofan greinda flokka.

Í klínísku starfi sést í dag stjarfageðklofi eingöngu hjá þeim sem í lengri tíma taka ekki lyfin sín eða hjá eldri geðklofasjúklingum. Flokkanir geðklofa eru í dag umdeildar en þær sem mest eru notaðar eru aðsóknargeðklofi, óreiðugeðklofi og einfaldur geðklofi.

Horfur og gangur sjúkdóms

Geðklofi er langvinnur og alvarlegur sjúkdómur. Flestir veikjast ungir, karlar fyrr en konur. Margir veikjast áður en persónuleikinn nær að þroskast og fullmótast. Veikindin gera oftast vart við sig á viðkvæmu mótunarskeiði í lífi einstaklingsins, þegar flestir móta grunninn að farsælli framtíðar lífsgöngu. Geðklofasjúkdómurinn verður þá haml-

Sjúkdómsgangur



Mynd 2 (29)

andi við að fóta sig í lífinu. Hann dregur úr lífs-gæðum. Ef ekki fæst fram sem fyrst góður bati sem hægt er að viðhalda með samfelldri góðri meðferð, endurhæfingu og eftirfylgd er veruleg hættu að á þeim sjúka hraki, færni skerðist og lífgæði glattist.

Á mynd 2 sést hvernig hinn náttúrulegi gangur sjúkdómsins er.

Við endurtekin veikindi þar sem ríkir sturlun eða geðrof verður færniskerðing. Því er mikilvægt að koma í veg fyrir endurtekin veikindi. Þar vegur lyfjameðferðin þyngst, en önnur meðferð þarf að sjálfsgöngu að fylgja. Oft er talað um að lyfjameðferðin vegi 20-25%. Hún er sá grunnur sem byggja verður á, og ef hana skortir verður öll önnur meðferð eins og hús byggt á sandi.

Önnur meðferð þarf að koma til og er ekki síður mikilvæg en lyfjameðferðin. Allt þarf þetta að haldast í hendur svo góður árangur náist. Mjög mikilvægt er að tryggja góð tengsl meðferðaraðila við fjölskyldu og aðstandendur hins sjúka. Góð tengsl hins sjúka við fjölskylduna þarf að rækta og styrkja. Án fjölskyldunnar stendur sá sjúki oftast einn og einangraður. Gott samband við meðferðaraðila er mjög mikilvægt.

Hornsteinar meðferðar á geðklofa eru:

1. Geðrofslyfjameðferð
2. Geðfræðsla til handa sjúklingi og fjölskyldu
3. Góð meðferð og eftirlit læknis
4. Góð hjúkrun
5. Félagsleg þjálfun og stuðningur
6. Sálfræðileg meðferð og stuðningur
7. Góð endurhæfing
8. Góð eftirfylgd
9. Að tryggja öryggi í búsetu, atvinnu og afkomu

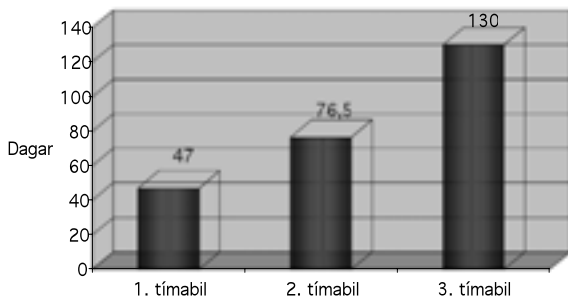
Mikilvægi þess að önnur meðferð ásamt lyfjameðferð sé í gangi má sjá vel á mynd 3

Líkur á að veikjast á ný		
	Eftir 1 ár	Eftir 2 ár
Eingöngu lyfjameðferð	41%	66%
Lyfjameðferð + endurhæfing + félagsleg þjálfun	20%	42%
Lyfjameðferð + endurhæfing + fjölskyldumeðferð	20%	32%
Lyfjameðferð + endurhæfing + fél. þjálfun + fjö. meðferð	0%	25%

Mynd 3 (30)

Geðklofi er heilasjúkdómur eins og áður hefur verið sagt. Sýnt hefur verið fram á með segulóm-un af heila að við sérhvert veikindatímabil (sturlun) getur heilavefur rýrnað, heilabörkur þynnist og heilahólf víkkað smá saman(18,19). Því er grundvallaratriði að koma í veg fyrir endurtekin veikindatímabil, því skerðing á heilavef, þýðir um leið skerðingu á vitrænni getu og um leið skerðingu á allri getu. Mesta skerðingin verður oftast við annað og þriðja geðrofs tímabil Enn fremur tekur lengri tíma að ná bata eftir því sem veikindatímabilin verða fleiri sbr. mynd 4

Tími sem tekur að ná sér eftir sturlunartímabil



Mynd 4 (31)

Margar þjóðir hafa gefið út leiðbeiningar um meðferð geðklofa, en slíkar leiðbeiningar hafa ekki verið gefnar út hér á landi. Samkvæmt leiðbeiningum Bandarísku geðlæknasamtakanna er mælt með lyfjameðferð a.m.k í 1 ár eftir fyrsta veikinda tímabil og eftir tvö eða fleiri veikindatímabil a.m.k. 5 ár(32). Flestir hallast þó að því í dag að meðferð eigi að vara ævilangt. Ekki eigi að taka þá áhættu að hætta meðferð.

Líklegast sé að þeir sem hætt hafi meðferð og ekki hafi veikt á ný, hafi í upphafi verið ranglega greindir og því ekki verið haldnir geðklofa.

Batahorfur geðklofasjúklinga hafa batnað með tilkomu nýrri og betri lyfja og betri meðferðarúrræða. Nýju geðrofslyfin hafa þó enn aðeins hluta virkni á sjúkdóminn og ýmsar aukaverkanir. Aðeins hluti sjúklinga fær því fullan bata án lítillar sem engrar færni skerðingar (10-20%), allstór hópur fær verulegan bata (40-50 %) en talsverða skerðingu. Um 25-30% geðklofa býr við alvarleg endurtekin veikindi og mikla skerðingu og allt að 5% fá lítinn sem engan bata og vistast á stofnunum(33).

Lífsgæði geðklofasjúklinga hafa batnað verulega síðustu áratugi en langt er enn í land til að

bæta enn betur hag þeirra hér á landi. Auka þarf verulega samfélagsþjónustu þeim til handa en þar erum við Íslendingar langt á eftir okkar nágretta þjóðum. Efla þarf alla þjónustu utan sjúkrahúsa, efla búsetuúrræði svo að sem flestir geti búið sjálfstætt með viðeigandi aðstoð og stuðningi. Skapa þarf atvinnu tækifæri og koma á legg öflugri endurhæfingu og eftirfylgd með stofnun geðheilsustöðva út í samfélaginu. Með slíku átaki má bæta enn betur batahorfur og lífsgæði geðklofasjúklinga.

Menningarsjúkdómar nútímans hrjá geðklofasjúklinga meira en aðra. Bæði kemur þar til lífsstíll þeirra og eins virðist sjúkdómurinn vera einskonar margra líffærakerfa sjúkdómur. Geðklofar eru taldir viðkvæmari fyrir að fá líkamlega sjúkdóma en aðrir. Mataræðið er oft slæmt, mikil kolvetna og fitu neysla. Þeir reykja mikið og drekka oft óhóflega áfengi. Vegna sjúkdómsins þola þeir nautnalyf mjög illa. Nýlegar sænskar rannsóknir sýna að á meðan kransæðasjúkdómur er almennt á undanhaldi í Svíþjóð er tíðni hans að aukast á meðal geðklofasjúklinga (10). Sykursýki er langtum algengari hjá geðklofum en öðrum. Þannig er lífsalgengi sykursýki hjá geðklofum 14.9% miðað við 1.9-6.3% í almennu þýði (11). Efnaskiptavilla sem er hækkaður blóðsykur og byrjandi sykursýki ásamt blóðfitu röskun með hækkuðum blóðfitum og hækkuðum blóðþrýstingi er mun algengari hjá geðklofum en öðrum. Efnaskiptavilla eykur verulega áhættuna á hjarta- og æðasjúkdómum, sérstaklega kransæðasjúkdómi. Lífslíkur geðklofasjúklinga eru mun verri en almennt gerist, þeir lifa u.þ.b. 20% skemur en almennt gerist. Meðalaldur geðklofa er 61 ár miðað við 76 ár í almennu þýði. Dánartíðni meðal geðklofa er 1,6-2,6 sinnum hærri, en almennt gerist, 4,3 sinnum hærri vegna sjálfsvíga og slysa og 1,4 sinnum hærri af náttúrulegum ástæðum s.s. hjartasjúkdómum, sýkingum, lungnasjúkdómum, krabbameinum og sykursýki.(7,8,9,12,13)

Það er því mjög nauðsynlegt að fylgjast náið og vel með líkamlegu heilsufari geðklofasjúklinga samhliða geðheilsunni Beita þarf forvarnaraðgerðum í auknum mæli til að draga úr reykingum og offitu. Nauðsynlegt er að næringarráðgjafar komi í ríkari mæli til starfa með geðsjúkum bæði innan og utan sjúkrahúsa. Fræðsla um holla næringu og skaðsemi reykinga, áfengis og annarra vímuefna þarf að vera í gangi frá fyrsta degi.



Sá galli er og á "Gjöf Njarðar" að mörg hinna nýju geðrofslyfja sem gagnast hafa vel gegn sjúkdómnum hafa leitt til óhófllegrar þyngdaraukningar, efnaskiptavillu og jafnvel sykursýki.

Lokaorð

Geðklofasjúkdómur er alvarlegur sjúkdómur, sem oft getur tekið langan tíma að greina. Sjúkdómurinn veldur miklum þjáningum og dregur úr lífsgæðum þess sjúka. Hann leggur miklar byrðar á einstaklinginn, fjölskylduna og samfélagið. Hinn sjúki býr oft við lakar félagslegar aðstæður, fátækt og einangrun. Fordómar hafa verið ríkjandi í garð geðsjúkra ekki síst geðklofa og eru enn. Með því að greina sjúkdóminn sem fyrst og beita öllum tiltækum ráðum í meðferð næst bestur árangur. Mikilvægt er að viðhalda bata og koma í veg fyrir endurtekin veikinda tímabil. Á þann hátt varðveitist best færni og geta. Tengsl við fjölskyldu hins sjúka ber að rækta. Mikla áherslu ber að leggja á geðfræðslu til sjúklinga og ættingja. Ríka áhersla á að leggja á markvissa endurhæfingu, eftirfylgd og samfélagsþjónustu þar sem hugað sé að daglegum þörfum einstaklingsins í búsetumálum, leik og starfi og náíð sé fylgst með andlegri og líkamlegri heilsu.

Heimildir

1. Einar Krínglen. Norsk Psykiatri Gjennom Tidene N.W.Damm & Søn AS; 200724-26
2. Bleuler E. (1911) Dementia Praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In Handbuch der Geisteskrankheiten (Ed. G.Aschaffenburg). Deuticke, Leipzig.
3. Jónsson, V & Blöndal, L.H. Læknar á Íslandi. Læknafélag Íslands og Ísafoldarprentsmiðja h.f., Reykjavík 1970.
4. Jablensky A, Sartorius N, Ernberg G, et al. Schizophrenia : manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. Psychol Med Monogr Suppl 1992; 20:1-97
5. World health report 2001 (World Health Organization, 2002).
6. Óttar Guðmundsson. Kleppur í 100 ár. JPV útgáfa 2007: 23-24
7. Saku M et al.Mortality in psychiatric patients, with specific focus on cancer mortality associated with schizophrenia. Int J Epidemiol. 1995 April;24(2):366-72.
8. Casey et al. Antipsychotic-induced weight gain and metabolic abnormalities: implications for increased mortality in patients with schizophrenia.J Clin Psychiatry. 2004;65 (Suppl 7):4-18.. Review.
9. Harris EC & Barraclough B. Excess mortality of mental disorder Br J Psychiatry 1998 Jul ;173:11-53 Review.
10. Osby et al.Time trends in schizophrenia mortality in Stockholm county, Sweden: cohort study. BMJ 2000 Aug 19-26;321(7259):483-4.
11. Prevalence of Diabetes Mellitus in Schizophrenia prior to use of atypicals. Port Study 1991-1996.
12. King E, Barraclough B.Violent death of mental illness. A study of a single catchment area over eight years.. Br J Psychiatry 1990 May;156:714-20.

13. Newman SC..Bland RC. Mortality in a cohort of patients with schizophrenia:a record linkage study. Can J Psychiatry. 1991 May ;36(4):239-5.
14. Green MF, et al. Neurocognitive defects and functional outcome in schizophrenia, are we meaning the „right stuff“. Schizophrenia Bull. 2000; 26(1):119-36.
15. Keefe RS.et al.One year double blind study of the neurocognitive efficacy of Olanzapine, risperidone and haloperidol in schizophrenia.Schizophr Res. 2006 Jan 1;81(1):1-15
16. Cahn W. et al. Cannabis and and brain morphology in recent-onset schizophrenia. Schizophr Res. Apr 2004 1;67(2-3):305-307.
17. Hulshoff PH, et al. Focal white matter density changes in schizophrenia: reduced intern hemispheric connectivity. Neuroimage.2004 Jun;21(1):27-35
18. Harvey I, Ron MA , Du Boulay G, et al. Reduction of cortical volume in Schizophrenia on magnetic resonance imaging. Psychol Med 1993;23:591-604.
19. Gur ER, Mozley PD, Resnick SM, et al. Magnetic resonance imaging in schizophrenia. I . Volumetric analysis of brain and cerebrospinal fluid Arch Gen Psychiatry 1991;48:407-412.
20. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders with Glossary and diagnostic criteria for research. World Health Oragan- Isation , Geneva, 1993.
21. The DSM-4 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.The American Psychiatric association 1995.
22. Nanna Briem og Lára Björgvinsdóttir. Snemmgreining geðklofa. Geðvernd-Rit Geðverndarfélags Íslands 1tbl.35. árg.2006 :7-8.
23. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Synopsis of Psychiatry, Behviooral Sciences/Clinical Psychiatry 8.útgáfa 1998 ; 468-469.1998.
24. Drake RE, Mueser KT. Psychosocial approaches to dual diagnosis. Schizophrenia Bull 2000;26:105-18.
25. Andréasson S, Allebeck P, Engström A, Rydberg U. Cannabis and Schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts.Lancet 1987 Dec 26; 2(8574):1483-6
26. J.Boydell*, J. Van Os, A. Caspi, N. Kennedy, E. Giouroukou, P. Fearon, M. Farrell and R.M, Murray. Trends in cannabis use prior to first presentation with schizophrenia in South-East London between 1965 and 1969. Psychological Medecine, 2006.36.1441-1446.
27. Ciraulo,Shader,Greenblatt ,Creelmann. Drug interactions in psychiatry 2. útgáfa 1995; 161-163.
28. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock. Synopsis of Psychiatry, Behviooral Sciences/Clinical Psychiatry 8.útgáfa 1998; 483-485.1998
29. Lieberman JA.The early stages of schizophrenia: speculations on Pathogenesis, pathophysiology and therapeutic approaches. Biol Psychiatry 2001 Dec 1; 50(11): 884-897.
30. Falloon IRH,Brooker C. A critical re-evaluation of social and family interventions in schizophrenia. Schizophr Monitor 1992;2:1-4.
31. Lieberman JA. Atypical antipsychotic drugs as first line treatment of schizophrenia:a rationale and hypothesis.J Clinical Psychiatry. 1996 ;57 suppl 11: 68-71.Review.
32. Practice guideline for treatment of patients with schizophrenia. 2. útgáfa apríl 2004. American Psychiatric Association
33. Shepherd M,Watt D, Falloon I, et al. The natural history of schizophrenia: a five -year follow up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenia. Psychol Med Monogrsupp 1989;15:1-46.

Kristófer Þorleifsson er geðlæknir og starfar á endurhæfingardeild geðsviðs LSH

Lyfjameðferð við geðklofa

Inngangur

Geðklofi er alvarlegur geðsjúkdómur sem hrjáir um 1 % jarðarbúa hvar sem er í heiminum. Sjúkdómseinkenni gera oftast vart við sig snemma á fullorðinsárum, fyrr hjá körlum en konum og með verri horfum. Sjúkdómsgangurinn er langvinnur, oftast með bráðum veikindatímabilum þar sem geðrofseinkenni svo sem ranghugmyndir, ofskynjanir einkum heyrnarofskynjanir og hugsanatrufnanir (jákvæð einkenni) eru áberandi. Milli bráðu veikindatímabilanna eru brottfallseinkenni (neikvæð einkenni) sjúkdómsins meira áberandi. Þau eru hugsanafátækt, fámælg, tilfinningaleg flatneskja, framtaksleysi og félagsleg einangrun, einnig sést truflun á geðslagi og skert vitræn geta. Stjurfageðklofi er sjaldgæft form af geðklofa, þar sem hreyfitruflun er mest áberandi í sjúkdómsmyndinni, ýmist stjarfi eða ofvirkni, neikvæðni eða sjálfvirk hlýðni(1). Geðklofi veldur oft verulegri fötlun, með skertri námsgetu og vinnufærni, félagslegri einangrun, skertum lífsgæðum og aukinni dánartíðni(2). Sjálfsvígstíðni hjá geðklofasjúklingum er um 5-10 % og er mesta sjálfsvíghættan fyrstu árin eftir sjúkdómsgreiningu (3-4).

Lyfjameðferð með geðlyfjum gegn geðrofseinkennum er ein af undirstöðum meðferðar við geðklofa. Sjúkdómurinn er langvinnur og er áratugameðferð framundan hjá þeim sem greinist með geðklofa.

Markviss lyfjameðferð við geðklofa hófst fyrst á sjötta áratug síðustu aldar með tilkomu klórprómazíns. Þá var fyrst komin meðferð sem dró úr geðrofseinkennum sjúkdómsins. Í kjölfar klórprómazíns komu fjöldi annarra lyfja með sams konar verkun gegn geðrofseinkennum. Aukin þekking á lífefnafræði varð svo til þess að uppgötvaður var verkunarmáti lyfjanna. Geðrofseinkenni voru tengd truflun á virkni boðefnisins dópamín. Kom í



ljós að öll geðrofslyfin hamla dópamínviðtaka í heila. Rannsóknir leiddu svo í ljós að hömlun undirflokks þessara viðtaka, dópamín D2, var nauðsynleg til að fá fram verkun gegn geðrofseinkennum(5). Jáeindaskönnun og tölvusneiðmyndataka (positron emission tomography scan) af heila sýndi að 65 -70 % dópamínviðtakanna þurfa að settast til að fá fram verkun gegn geðrofseinkennum, en við meiri en 80 % mettuð koma fram utanstrýtueinkennum (extrapyramidal symptoms)(6). Þá skiptir máli hvar í heilanum dópamínviðtakahömlunin er, en hömlun í mesó-limbískum (miðheila-hringbarkar) -brautum heilans skiptir mestu máli fyrir verkun gegn geðrofseinkennum(7). Dópamínviðtakahömlun í nigro-striatal(sortu-rákar)-brautum veldur hins vegar utanstrýtueinkennum, hömlun í mesó-cortical (miðheila-heilabarkar)-brautum veldur aukningu á brottfallseinkennum og skertri vitrænni getu og hömlun á tubero-infundibular(hnjósk-sígils)-braut á undirstúku/heiladingulssvæði veldur prólaktínhækkun. Upp úr 1990 kom fram svokölluð önnur kynslóð (óhefðbundinna) geðrofslyfja, en þau hafa það sameiginlegt að valda mun síður utanstrýtueinkennum en forverar þeirra. Annarrar kynslóðar geðrofslyfin valda serótónín 5-HT2 viðtaka hömlun sem er að hluta talin skýringin á þessum mun(8), en meiri virkni lyfs á mesó-limbískri(miðheila-hringbarkar)-braut og laus binding lyfs við dópamínviðtaka geta einnig verið skýringin.

Meðferð við geðklofa er margþætt og krefst venjulegra aðkomu margra fagaðila. Því er árétt að hér að lyfjameðferðin er aðeins einn þátturinn af meðferðinni.

Meðferð fyrstu veikinda af geðklofa.

Áður en viðkomandi greinist með geðklofa, er yfirleitt tímabil, forstigsfasi, þar sem greina má



minnkandi færni hjá einstaklingnum, hann einangrar sig, hættir í námi eða gengur illa að halda vinnu. Þannig geta liðið 2 – 5 ár áður en bráð veikindi með geðrofseinkennum gera vart við sig. Yfirleitt fær viðkomandi ekki meðferð á þessu tímabili, enda uppfyllir hann í sjálfu sér ekki greiningarskilmerki geðklofa ennþá, auk þess sem margt annað gæti valdið svipuðum einkennum svo sem þunglyndi eða vímuefnaneysla. Eftir að bráð geðrofseinkenni gera vart við sig er mikilvægt að sjúklingurinn fái meðferð sem fyrst. Talið er að eftir því sem tíminn sem sjúklingur er með ómeðhöndlað geðrof er lengri þeim mun verri geti horfur á bata verið(9). Hann þarf að fá skjótt markvissa greiningu og meðferð, auk þess sem aðstandendur þurfa að fá stuðning og fræðslu. Geðrofseinkenni láta venjulega undan meðferð með geðrofslyfjum á nokkrum vikum en hins vegar geta setið eftir brottfallseinkennum sem að einhverju leyti voru þegar komin í forstigsfasanum(10).

Meðferð bráðra veikindatímabila.

Fyrstu ár eftir greiningu geðklofa einkennast gjarnan af bráðum veikindatímabilum þar sem sjúklingnum hrakar skyndilega og geðrofseinkenni verða áberandi. Venjulega þarfnast sjúklingurinn sjúkrahúsvistar á bráðageðdeild svo hægt sé að veita viðeigandi og nauðsynlega meðferð. Val á lyfjameðferð tekur mið af fyrri lyfjameðferð, einkennum sjúklings og meðferðaráætlunar til lengri tíma. Ef svefnleysi og óróleiki eru áberandi þættir, eru gjarnan gefin lyf með róandi verkun. Þótt reynt sé að gefa lágmarksskammta af lyfjum, getur sjúklingur þurft hærri skammta á meðan bráðafasa veikindanna stendur. Algengt er að sjúklingurinn hafi hætt að taka lyfin sín nokkru fyrir innlögn og skiptir þá máli að meta hver ástæðan var, hætti hann vegna aukaverkana, var verkun ekki nægjanleg eða taldi hann óþarft að taka lyfið lengur. Léleg meðferðarheldni er algengasta ástæða að sjúklingur með geðklofa veikist og þarfnast innlagnar(11).

Langtímameðferð með geðrofslyfjum.

Geðrofslyf virka ekki einungis gegn bráðum geðrofseinkennum, heldur hefur einnig verið sýnt fram á að langtímameðferð minnkar verulega líkur á sjúkdómsversnun, bakslagi. Í samantektarrannsókn(12) kom fram að á 9 mánaða tímabili

veikjast 16 % sjúklinga á lyfjum á móti 52 % sem höfðu hætt á geðrofslyfjunum af einhverjum ástæðum. Niðurstöður rannsóknar Robinson og félaganna(13) er sú að um 80 % sjúklinga veiktust aftur innan 5 ára eftir fyrstu veikindi, en þeir sem höfðu hætt á geðrofslyfjum voru fimm sinnum líklegri að veikjast aftur. Þar sem ekki er hægt með vissu að þekkja þá sem klára sig án geðrofslyfja er mælt með að allir fái viðhaldsmeðferð með geðrofslyfi.

Forðalyf.

Forðalyf er góður kostur við langtímameðferð(14-15) einkum ef töflumeðferð hefur verið óregluleg, meðferðarsamvinna verið lítil, eða að sjúklingurinn kjósi forðalyf fremur en töflur.

Forðalyfin eru geðrofslyf með samtengdri fitusýru í olíuupplausn. Forðalyfin eru gefin í vöðva á 2- 4. vikna fresti. Helmingunartími forðalyfjanna er langur, allt að 3 vikur miðað við nokkrar klukkustundir að jafnaði við töflumeðferð. Blóðþéttni lyfsins er því stöðugri, sem gera líkur á aukaverkunum minni. Góður árangur næst með forðalyfjum ef litið er til endurinnlagna á geðdeild. Helstu annmarkar forðalyfjanna eru óþægindi á stungustað. Draga má þó úr óþægindunum með því að hita lyfið upp fyrir gjöf og gefa til skiptis í hægri eða vinstri stungustað, vanalega rassvöðva. Mælt er með því að reynd sé töflugjöf með sama lyfi áður en til forðalyfjagjafar kemur, ef vera skyldi að lyfið valdi óþoli. Forðalyf sem eru í notkun hér á Íslandi(16) eru flúpentíxól dekanóat, halóperidól dekanóat, perfenazín dekanóat og zúklópentíxól dekanóat af fyrstu kynslóðar lyfjunum. Risperdal Consta® ,forðalyfjaform af risperidóni í örkúlum, er eina annarrar kynslóðar geðrofslyfið í hópi forðalyfja.

Geðrofslyf í notkun á Íslandi 2008.

Hér verður farið yfir þau lyf sem eru skráð á Íslandi með ábendingu gegn geðklofa(16).

Fyrstu kynslóðar geðlyfin (hefðbundnu) eru flúpentíxól (Fluanxol®), halóperidól (Haldol®), klórprótíxén (Truxal®), levómeprómazín (Nozinan®), melperón (Buronil®), perfenazín (Trilafon®), próklóperazín (Stemetil®), og zúklópentíxól (Cisordinol®). Einnig er klórprómazín (Largactil®) enn mikið notað, þótt lyfið hafi verið tekið af skrá 2007, en lyfið er á undanþágulista lyfjastofnunar ríkisins.

Flúpentíxól, halóperídól, perfenazín, próklórperazín og zúklópentíxól teljast til lágskammta geðrofslyfja. Þau hafa öfluga bindingu við dópamín D2 viðtaka og eru líklegri til að valda utanstrýtu-einkennum. Halóperídól hefur verið það lyf sem mest er notað sem samanburðarlyf í tvíblindum rannsóknum þegar verið er að kanna virkni nýs geðrofslyfs. Oftast er þá halóperídól notað í óþarflega háum skömmtum, sem gerir rannsóknina væntanlega hagstæðari fyrir nýja lyfið(17). Perfenazín var eina fyrstu kynslóðar geðrofslyfið sem var með í CATIE- rannsókninni(18) þar sem einkum var verið að bera saman meðferðarhaldni og aukaverkanir annarrar kynslóðar geðrofslyfjanna. Perfenazín stóð sig vel í þeim samanburði, en hafa ber þó í huga að þeir sjúklingar sem voru greindir með síðkomnar hreyfitruflanir voru útilokaðir frá perfenazínhópnum þegar verið var að slembiræða sjúklinga í meðferðarhópa(19). Próklórperazín hefur hins vegar mest verið notað sem lyf gegn ógleði og migreni.

Klórprómazín, klóprótíxén, levoméprómazín og melperón teljast til háskammta geðrofslyfja, þau hafa fremur litla sækni í dópamín D2 viðtaka, svo gefa þarf þau í háum skömmtum til að fá fram virkni gegn geðrofseinkennum. Þá hafa þau meiri aukaverkanir vegna hamlana á adrenergum-, kólínergum- og histamínviðtökum heldur en lágskammtalyfin og valda því samsvarandi aukaverkunum á hjarta- og æðakerfi, andkólínergum aukaverkunum og syfju/sljóleika. Háskammtageðrofslyfin eru því lítið notuð ein sér sem meðferð við geðklofa og er notkunin frekar bundin við að fá fram róandi verkun lyfjanna til dæmis við óróa, svefnleysi eða fráhrarfsmeðferð.

Annarrar kynslóðar geðrofslyfin skráð hérlendis eru; amísúlprið(Solian®), aripíprazól (Abilify®), klózapín (Leponex®), olanzapín (Zyprexa®, Olanzapin Actavis), paliperídón (Invega®), quetiápín(Seroquel®, Quetiapine Merck NM), risperídón (Risperdal®, Risperidón Portfarma, Ríson), sertindól (Serdolect®) og ziprazidon (Zeldox®). Lyfin hafa öll góða verkun gegn geðrofseinkennum og gegn brottfallseinkennum geðklofa. Þau eru samt ólík og hafa hvert um sig sérstaka virkni með tilliti til lyfhrifa, lyfjahvarfa, milliverkana og aukaverkana.

Klózapín er elst þessara lyfja og kom fyrst á markað 1958. Það ver hins vegar tekið af skrá í flestum löndum upp úr 1975 vegna dauðsfalla af

völdum kyrningahraps(fækkun kyrninga, hvítra blóðkorna í blóðstraumnum). Rannsókn Kane og félaganna(20) sýndi hins vegar fram á yfirburði klózapíns við meðferð á þeim hópi sjúklinga sem ekki hafði svarað annarri lyfjameðferð. Lyfið var því skráð á ný upp úr 1990 með skilyrðum. Skilyrðin eru (16) að reynd hafi verið meðferð með tveimur eða fleiri geðrofslyfjum þar með talið annarrar kynslóðar geðrofslyfs í nægilegan langan tíma án fullnægjandi árangurs. Þá þarf að fylgjast með heildarfjölda daufkýrnunga sjúklings með vikulegum mælingum fyrstu 18 vikurnar og síðan á 4 vikna fresti á meðan klózapínmeðferð stendur. Þá er sjúklingur minntur á að hafa samband við lækni verði hann var við einkenni sýkingar. Aðrir ókostir klózapíns er töluverð slævandi verkun, þyngdaraukning (oft töluverð), aukið munnvatnsrennsli, lækkun krampapöskuldar og hætta á flogum við hærri skammta en 550 mg á dag. Einnig tengist lyfið aukinni áhættu sérstaklega fyrstu 2 mánuði meðferðar að fá hjartavöðvabólgu og hjartavöðvakvilla(16)(21). Kostirnir eru hins vegar að oft nær sjúklingurinn umtalsverðum bata þegar önnur meðferð með geðrofslyfjum hefur ekki komið að gagni. Þá dregur klózapínmeðferð úr sjálfsvígstíðni hjá sjúklingum með geðklofa(22).

Risperidón kom fyrst á markað eftir klózapín af annarrar kynslóðar geðlyfjunum. Lyfið er einnig til sem forðalyf. Helstu aukaverkanir þess eru lækkun réttstöðublóðþrýstings í upphafi meðferðar og prólaktínhækkun. Venjulega duga 2-4 mg á dag, en við hærri skammta eykst hætta á utanstrýtu-einkennum(23-24).

Olanzapín líkist efnafræðilega klózapín. Svefnhöfgi og þyngdaraukning, sem stundum getur verið veruleg, eru algengustu aukaverkanirnar(25). Hækkun blóðfita sést. Lyfið er mikið notað við bráðum óróa enda bæði til sem munn dreifitafla (leysist upp í munni) og stungulyf.

Quetiápín hefur fremur litla sækni í dópamín D2 viðtaka og þarf því að gefa lyfið í fremur háum skömmtum svo verkun gegn geðrofseinkennum fái st. Algengustu aukaverkanir eru svefnhöfgi, svimi og lækkun á réttstöðublóðþrýstingi(26).

Ziprazidon veldur lítilli syfju og sjaldan þyngdaraukningu. Helmingi meiri upptaka er frá meltingarvegi ef lyfið er tekið með mat(27-28).

Aripíprazól er með dópamín D2 hamlandi verkun þar sem óvirkni er í dópamínergakerfinu en



lyfið hefur einnig dópamínörvandi verkun þar sem dópamínkerfið er vanvirkt. Lyfið hefur litlar aukaverkanir, veldur ekki syfju og getur jafnvel verið örvandi í byrjun meðferðar(29-30).

Amísúlpríð er með tvíþætta verkun. Í lágum skömmtum hefur lyfið virkni gegn brottfallseinkennum geðklofa, í stærri skömmtum virkni gegn geðrofseinkennum. Lyfið veldur prólaktínhækkun(31).

Sertindól er komið á skrá aftur, en lyfið var um tíma tekið af markaði vegna hættu á hjartsláttartruflun, sleglahraðtakti. Lyfið var aftur skráð eftir ítarlega rannsókn á ofangreindri áhættu(31). Skilyrði nýskráningar eru(16) að sjúklingur hafi ekki þolað a.m.k eitt geðrofslyf. Vegna hættu á lengingu QTc-bils á hjartalínuriti, er nauðsynlegt að taka hjartalínurit fyrir meðferð, eftir þrjár vikur og síðan á þriggja mánaða fresti. Mæla skal QTc-bil og ef bilið er meira en 450 ms hjá körlum og 470 ms hjá konum er frábending að nota lyfið. Einnig skal meðferð hætt ef QTc-bil fer yfir 500 ms á meðan meðferð stendur. Þá er rétt að gefa milliverkunum gaum sé verið að gefa samtímis lyf sem auka QTc-bilið. Nefstífla er algengasta aukaverkunin, minnkað magn sæðisvökva er algeng aukaverkun.

Paliperidón er virkt niðurbrotsefni risperidóns og hefur lyfið svipaða virkni og forstigslyfið. Lyfið er gefið í sérstökum forðatöflum, þannig verða litlar sveiflur á blóðþéttni lyfsins. Þessar litlu sveiflur eru talda skýra minni aukaverkanir af völdum paliperidóns svo sem lægri tíðni af utanstrýtu-einkennum og minni syfja borið saman við risperidón. Höfuðverkur er algengasta aukaverkunin, prólaktínhækkun tengist gjöf lyfsins(32).

Samanburður annarrar kynslóðar geðrofslyfjanna.

Klínískar leiðbeiningar hafa verið gerðar um meðferð á geðklofa svo sem á vegum bandaríska geðlæknafélagsins (APA)(33), bresku ríkistofnunarinnar um heilsu og klínísk gæði (NICE)(34) og heimssambands félaga um líffræðilegar geðlækningar (WFSBP)(35-36) þar sem fjallað er nákvæmlega um lyfjameðferð og önnur meðferðarúrræði. Leiðbeiningarnar eiga það sammerkt að mæla ekki frekar með einu lyfi fremur en öðru. Niðurstaða samantektarrannsóknar Davis og félaga(37) er sú að klózapín, amísúlpríð, risperidón og olanzapín séu marktækt virkari en

fyrstu kynslóðar geðrofslyfin á meðan ósannað er að önnur annarrar kynslóðar geðlyf séu virkari. Í CATIE-rannsókninni(18) stóð olanzapín sig betur en samanburðarlyf miðað við tíðni brottfalls frá lyfjameðferð, en olanzapíngjöf var hins vegar tengd mestu þyngdaraukningunni, hækkun á hemóglóbínA1c og hækkun á blóðfitu. Ziprazidóngjöf var aftur á móti tengd lækkun á áður nefndum þáttum(38). SOHO-rannsóknin(39) sýndi fram á betri svörun með klózapín og olanzapín borið saman við amísúlpríð, risperidón og quetiapín. Samantekt Tandon og Jibson(40) gerir hins vegar ekki upp á milli olanzapín, quetiapín og risperidón. Bent hefur verið á að niðurstöður séu gjarnan lyfi kostunaraðila rannsóknar í hag(41). Lyfin hafa svipaðan meðferðar árangur hvað varðar geðrofseinkennin, annarrar kynslóðar geðrofslyfin eru talin gefa betri árangur gegn brottfallseinkennum(35). Almenn er því frekar mælt með annarrar kynslóðar geðrofslyfjum sem fyrsta val. Þá hafa annarrar kynslóðar geðrofslyfin mun minni hættu á utanstrýtu-einkennum og hættu á síðkomnum hreyfitruflunum (tardive dyskinesia)(32). Valið ræðst því helst af hvaða aukaverkunum má búast við af geðrofslyfinu, hættu á milliverkunum við önnur lyf, hvort sjúklingurinn sé tilbúinn að taka lyf einu sinni eða oftár á dag eða hvort forðalyf henti.

Aukaverkanir geðrofslyfja.

Þó þetta sé langur listi af aukaverkunum, er mjög mismunandi hvernig ólíkir einstaklingar þola tiltekið lyf. Þannig getur hann haft óþol fyrir einu lyfi en fundið lítið fyrir því næsta

Helstu aukaverkanir geðrofslyfja eru :

1. Utanstrýtu-einkenni
 2. Andkólínæg áhrif
 3. Róandi áhrif
 4. Þyngdaraukning
 5. Efnaskiptavilla (metabolic syndrome)
 6. Áhrif á blóðþrýsting, hjarta.
 7. Prólaktín hækkun
 8. Síðkomnar hreyfitruflanir
 9. Illkynja sefunarheilkenni (neuroleptic malignant syndrome).
 10. Aðrar aukaverkanir
1. *Utanstrýtu-einkenni* eru venjulega skammtaháð og eru mun algengari hjá fyrstu kynslóðar geðrofslyfjunum. Þau eru þrenns kon-

- ar: A. Bráð vöðvaspennutruflun (dystonia), koma fyrir helst í upphafi meðferðar, oftast í augnvöðvum eða hálsvöðvum. Meðferðin er að gefa andkólínergt lyf (Akineton) og síðan minnka lyfjaskammtinn eða skipta um lyf. B. Parkinsonheilkeni; hreyfifátækt, skjálfti og tannhjólsstirfni. Hér er meðferðin einnig að draga úr skammti eða skipta um lyf eða gefa samtímis andkólínergt lyf. C. Kyrrðaróþol (akathisia) er sjáalegur órói, einstaklingurinn á erfitt með að vera kyrr, hann finnur fyrir óeirð einkum í fótum og höndum. Meðferðin er að draga úr skammti, skipta um lyf eða gefa beta-blokkara eða benzodíazepínlyf(41).
2. *Andkólínerg áhrif* eru helst munnþurrkur, truflun á sjónstillingu, hægðatregða og þvagtrögða.
 3. *Róandi áhrif*; syfja, aukinn svefn og þreyta. Þau geta verið eftirsóknarvert í byrjun meðferðar ef órói og svefntruflanir eru hluti af sjúkdómseinkennum.
 4. *Þyngdaraukning* getur stundum verið veruleg. Mikilvægt að fylgjast með þyngd einkum þegar ávísað er lyfi sem vitað er að sé líklegt að valda þyngdaraukningu.
 5. *Efnaskiptavilla* er skilgreind þannig að ef viðkomandi er með 3 eða fleiri af eftirtöldum þáttum: Aukin kviðfita mæld með ummáli um nafla, hækkun á þriglyseríðum, lækkun á HDL-kólesteróli, háþrýstingur og hækkaður fastandi blóðsykur(42). Efnaskiptavilla eykur svo verulega áhættu að fá hjarta-og æðasjúkdóma og sykursýki. Sum annarrar kynslóðar geðrofslyfin geta valdið aukinni tíðni þáttanna í efnaskiptavillu og þar með áhættuna að fá hjarta- og æðasjúkdóma og sykursýki(43). Mælt er með að hafa í huga ofangreinda áhættuþætti við val á geðrofslyfi, fræða sjúkling og aðstandendur um áhættu og úrræði, fylgjast reglubundið með líkamsþyngd, blóðþrýstingi, fastandi blóðsykri, fastandi blóðfitu (kólesteról, HDL- kólesteról, þriglyseríðar)(44).
 6. *Stöðubundinn lágþrýstingur* sést einkum í upphafi meðferðar. *Hjartsláttartruflanir*. *Lenging á QTc-bili*, en QTc bil lengra en 500 millisekúndur eykur hættuna á „torsade de pointes“, lífshættulegum hraðtakti í sleglum(45). Gæta þarf að hvort sjúklingurinn sé að taka önnur lyf sem geta aukið QTc -bil. Taka ber hjartalínurit áður en sjúklingur er settur á lyf sem getur lengt QTc-bil.
 7. *Prólaktínhækkun* getur valdið óreglu á tíðahring, auknu mjólkurflæði og kynlífstruflunum (ristruflunum, truflun á sáðláti og fullnægingu)(46). Aukin áhætta á beinþynningu hefur verið tengd lengd tíðastopps(47).
 8. *Síðkomnar hreyfitruflanir* eru ósjálfráðar hreyfingar aðallega í tungu og andliti, en einnig í útlimum og bol. Þær geta komið fram eftir langvarandi notkun á geðrofslyfjum. Einkennin versna við áreynslu og streitu en minnka eða hverfa í svefni. Tíðnin er um 5 % á ári við notkun fyrstu kynslóðar geðrofslyfjanna, einkum lágskammtalyfjanna, en um 0,5 – 1 % á ári séu annarrar kynslóðar geðrofslyfin notuð(48). Síðkomnar hreyfitruflanir geta gengið til baka hjá hluta sjúklinga. Meðferðin er einkum fyrirbyggjandi, það er að nota ekki dópamínhamlandi lyf að óþörfu, nota þá lága skammta og gæta sérstakrar varúðar hjá börnum og öldruðum. Meðferð síðkominna hreyfitruflana er að stoppa gjöf andkólínergs lyfs ef við á, reyna að draga úr skammti geðrofslyfsins, skipta um lyf og nota þá annarrar kynslóðar geðrofslyf. Nota má klózapín við versnandi einkennum(49).
 9. *Illkynja sefunarheilkeni* er sjaldgæft en lífshættulegt ástand sem tengt hefur verið við notkun geðrofslyfja. Einkennin eru hár hiti og vöðvastífleiki, einnig truflun á ósjálfráða taugaferfinu og skert meðvitund. Blóðrannsóknir sýna aukinn fjölda hvíttra blóðkorna, hækkun á kreatínínasa og hækkuð lifrarendím. Ástandið krefst meðferðar á gjörgæslu(50).
 10. *Aðrar aukaverkanir*. Lækkun á krampaþröskuldi, truflun á blóðmynd, stíflugula, hækkuð lifrarendím, truflun á hitastjórnun, útbrot og viðkvæmni fyrir sólarljósi.

Tormeðhöndlaður geðklofi

Um 25 -30 % geðklofasjúklinga svara illa meðferð og skilgreinast því með tormeðhöndlaðan geðklofa(51). Rétt er að kanna þætti sem geta skipt máli, hvort og af hverju meðferðin skilar ekki árangri svo sem léleg meðferðarheldni, áfengis- og fíkniefnavandi, aðrar geðraskanir eða aðrir ytri álagspættir séu tilstaðar. Skilgreining Remington og félaga (51) á tormeðhöndluðum geðklofa er : 1. Á síðastliðnum 5 árum hafi verið reynd geðrofslyf, af minnst tveimur flokkum, í að minnsta kosti þrjú skipti, í nægilegum skömmtum, í minnst sex



vikur, án þess að marktækur árangur hafi náðst í nokkurt skiptið. 2. Engin tímabil með góðri virkni á þessum 5 árum.

Klózapín er það lyf sem helst verið mælt með við tormæðhöndluðum geðklofa, enda er það í skráningarskilyrðum þess að reynd hafa verið að minnsta kosti tvö önnur geðrofslyf. Þá hefur lyfið sýnt betri virkni en bæði fyrstu kynslóðar geðrofslyfin og annarrar kynslóðar geðrofslyfin. Reynslan er hins vegar sú að oftast er búið að reyna mun fleiri en þrjú lyf áður en kemur að klózapínmeðferð, enda töluverð skuldbinding að fara vikulega í blóðrannsókn í átján vikur, auk þess sem aðrar aukaverkanir klózapíns geta verið til ama. Vegna krampahættu er mælt er með fyrirbyggjandi notkun flogaveikislyfs, valpróats, ef skammtastærð klózapíns fer yfir 550 mg á dag.

Tvö lyf eru stundum gefin samtímis við lélega meðferðarsvörun. Þá þarf að gæta að milliverkunum og samanlögðum aukaverkunum. Stundum er þó reynt að gefa annað geðrofslyf með klózapín, svo hægt sé að komast af með minni klózapínskammta en ella. Þá er oftast gefið olanzapín eða quetiapín þar sem lyfin hafa ekki ósvipaðan verkunarmáta hvað varðar bindingu við boðefnaviðtaka. Að gefa klózapín og risperidón samtímis sjúklingum sem ekki höfðu svarað klózapín einu sér reyndist árangursríkt samkvæmt 12 vikna tvíblindri rannsókn, en tvær aðrar styttri rannsóknir sýndu lakari árangur(52). Amísúlpríð getur verið gagnlegt með klózapín, svo og lamotrigine (flogaveikilyf) og omega-3 fitusýrur(41).

Lokaorð

Góður árangur meðferðar næst helst með góðri samvinnu milli meðferðaraðila og þess veika. Mikilvægt er að kynntir eru kostir og gallar meðferðar, bæði í byrjun og síðar í meðferð. Oft hefur sjúklingurinn talsvert val um meðferðarleiðir samanber fjölda geðrofslyfja með ólíka eiginleika. Þegar ein leið er lokuð er oft næsta greiðfær. Það er ekki hægt að lækna geðklofa með lyfjakúr einhvern tiltekinn tíma, heldur er þetta langtímameðferð eins og við hverja aðra langvinna sjúkdóma svo sem sykursýki og gigt. Stöðugt er verið rannsaka núverandi geðrofslyf, bera þau saman og jafnvel verið að kanna hvort lyfjasamsetningar virki. Ný lyf eru stöðugt í þróun og rannsóknir einnig farnar að beinast að öðrum boðefnum en dópamín, einkum glútamati, serótónín og acetýlkólíni(53).

Markmiðið er að ná enn betri árangri við meðferð geðklofa með sem minnstum aukaverkunum.

Heimildaskrá

1. World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth Revision. Geneva: World Health Organization 1992.
2. Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waternaux C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. *Am J Psychiatry* 1994;151(10):1409-16.
3. Palmer BA, Pankratz s, Bostwick JM. The lifetime risk of suicide in schizophrenia. A reexamination. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:247-253
4. Harris EC, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997;170:205-228.
5. Seeman P, Chau-Wong M, Tedesco J, Wong K. Brain receptors for antipsychotic drugs and dopamine: direct binding assays. *Proc Nat Acad Sci U S A* 1975;72(11):4376-4380.
6. Nordström AL, Farde L, Wiesel FA et al., Central D2-dopamine receptor occupancy in relation to antipsychotic drug effects—a double-blind PET study of schizophrenic patients. *Biol Psychiatry* 1993;33:227-235.
7. Stahl SM. Describing an atypical antipsychotic: receptor binding and its role in pathophysiology. *Primary Care Companion J Clin Psychiatry* 2003;5(suppl 3):9-13.
8. Meltzer HY, Matsubara S, Lee JC. Classification of typical and atypical antipsychotic drugs on the basis of dopamine D-1, D-2 and serotonin 2 pKi values. *J Pharmacol Exp Ther* 1989;251:238-246.
9. Melle I, Larsen TK, Haahr U, Friis S, Johannesen JO, Opfjordsmoen S et al. Prevention of negative symptom psychopathologies in first-episode schizophrenia *Arch Gen Psychiatry* 2008;65(6):634-640.
10. Yung AR, Phillips LJ, Yuen HP et al. Psychosis prediction: 12 month follow up of a high-risk („prodromal“) group. *Schizophrenia Res.* 2003;60:21-30.
11. Fenton WS, Blyler CR, Heinssen RK. Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 1997;23:637-651.
12. Gilbert PL, Harris MJ, McAdams L.A, Jeste DV. Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients. A review of the literature. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(3):172-188.
13. Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, Bilder R, Goldman R, Geisler S et al. Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:241-247.
14. Nasrallah HA. The case for long-acting antipsychotics in the post-CATIE era. *Acta Psychiatr Scand* 2007;115:260-267.
15. Kane JM, Aguglia E, Altamura AC, Gutierrez JLA, Brunello N, Fleischhacker W et al. Guidelines for depot antipsychotic treatment in schizophrenia. *European Neuropsychopharmacology* 1998;8:1:55-66.
16. Lyfjastofnun. Lyfjaupplýsingar. Fáanlegt á slóðinni: <http://www.lyfjastofnun.is/Lyfjaupplýsingar>
17. Hugenholz GW, Herdink ER, Stolker JJ, Meijer WE, Egberts AC, Nolan WA. Haloperidol dose when used as active comparator in randomized controlled trials with atypical antipsychotics in schizophrenia: comparison with officially recommended doses. *J Clin Psychiatry* 2006;67(6):897-903.
18. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-1223.
19. Kasper S, Winkler D. Addressing the limitations of the CATIE study. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 2006;7(2):126-127.

20. Kane JM, Honigfeld G, Singer JM, Meltzer HY. Clozapine for the treatment-resistant schizophrenic: A double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:789-796.
21. Merrill DB, Ahmari SE, Bradford J-ME, Lieberman JA. Myocarditis during clozapine treatment. *Am J Psychiatry* 2006;163:204-208.
22. Meltzer HY, Alphas L, Green AI, Altamura C, Anand R, Bertoldi A et al, for the International Suicide Prevention Trial Study Group. Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia. International suicide prevention trial (InterSePT). *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:82-91.
23. Kane JM, Eerdeken M, Lindenmayer J-P, Keith SJ, Lesem M, Karcher K. Long-acting injectable risperidone: efficacy and safety of the first long-acting atypical antipsychotic. *Am J Psychiatry* 2003;160:1125-1132.
24. Curran MP, Keating GM. Management of schizophrenia. Defining the role of longacting injectable risperidone. *Dis Manage Health Outcomes* 2006;14(2):107-125.
25. Tollefson GD, Beasley CMJ, Tran PV, Street JS, Krueger JA, Tamura RN et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and schizoaffective and schizophreniform disorders: results of an international collaborative trial. *Am J Psychiatry*. 1997;154:457-465.
26. Cheer SM, Wagstaff AJ. Quetiapine: a review of its use in the management of schizophrenia. *CNS Drugs* 2004;18(3):173-199.
27. Arato M, O'Connor R and Meltzer HY on behalf of the ZEUS Study Group. A 1-year, double-blind, placebo-controlled trial of ziprasidone 40, 80 and 160 mg/day in chronic schizophrenia: the Ziprasidone Extended Use in Schizophrenia (ZEUS) study. *Int Clin Psychopharmacol* 2002;17:207-215.
28. Greenberg WM, Citrome L. Ziprasidone for schizophrenia and bipolar disorder: a review of the clinical trials *CNS Drug Reviews* 2007;13:2:137-177.
29. Kasper S, Lerman MN, McQuade RD, Saha A, Carson WH, Mirza et al. Efficacy and safety of aripiprazole vs. haloperidol for long-term maintenance treatment following acute relapse of schizophrenia. *Int J Neuropsychopharmacol* 2003;6:325-337.
30. McKeage K, Plosker GL. Amisulpride: a review of its use in the management of schizophrenia. *CNS Drugs* 2004;18(13):933-956.
31. Lindström E, Levander S. Sertindole: efficacy and safety in schizophrenia. *Expert Opin Pharmacoth* 2006;7(13):1825-1834.
32. Marder SR, Kramer M, Ford L, Eerdeken E, Lim P, Eerdeken, Lowy A. Efficacy and safety of paliperidone extended-release tablets: result of a 6-week, randomized, placebocontrolled study. *Biol Psychiatr* 2007;62:1363-1370.
33. American Psychiatric Association. 2004. Practice guidelines for the treatment of patients with schizophrenia, second edition (online). Fáanlegt á slóðinni: [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=Schizophrenia 2ePG_05-15-06](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/loadGuidelinePdf.aspx?file=Schizophrenia%20ePG_05-15-06)
34. NICE (2006) Schizophrenia: full national clinical guideline on core interventions in: primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence. Fáanlegt á slóðinni: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg001full-guideline.pdf>
35. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ, and the WFSBP. Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2005). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 1: acute treatment of schizophrenia. *World Journal of Biological Psychiatry* 6:132-191. Fáanlegt á slóðinni: <http://www.wfsbp.org/fileadmin/pdf/guides/FalkaiWFSBPSchizKonsensus05.pdf>
36. Falkai P, Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz WF, Möller HJ, and the WFSBP Task Force on Treatment Guidelines for Schizophrenia (2006). World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 2: long-term treatment of schizophrenia. *World Journal of Biological Psychiatry* 7:1-40. Fáanlegt á slóðinni: <http://www.wfsbp.org/fileadmin/pdf/guides/Falkai.pdf>
37. Davis JM, Chen N, Glick ID. A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:553-564.
38. Meyer JM, Davis VG, Goff DC, McEvoy JP, Nasrallah HA, Davis SM et al. Change in metabolic syndrome parameters with antipsychotic treatment in the CATIE Schizophrenia Trial: Prospective data from phase 1. *Schizophr Res* 2008;101(1-3):273-86.
39. Haro JM, Salvador-Carulla L. The SOHO (Schizophrenia Outpatient Health Outcome) study. Implication for the treatment of schizophrenia. *CNS Drugs* 2006;20(4):293-301.
40. Tandon R, Jibson MD. Efficacy of newer generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology* 2003;28:suppl 1:9-26.
41. Heres S, Davis J, Maino K, Jetzinger E, Kissling W, Leucht S. Why olanzapine beats risperidone, risperidone beats quetiapine, and quetiapine beats olanzapine: an exploratory analysis of head-to-head comparison studies of second generation antipsychotics. *Am J Psychiatry* 2006;163:185-194.
41. Taylor D, Paton C, Kerwin R: The Maudsley Prescribing Guidelines 9th Edition. London: Informa Healthcare 2007.
42. Grundy SM, Brewer B, Cleeman JI, Smith SC, Lenfant C and for the Conference Participants. Definition of metabolic syndrome: Report of the National, Heart, Lung, and Blood Institute/American Heart Association conference on scientific issues related to Definition. *Circulation*, 2004;109:433-438.
43. McEvoy JP, Meyer JM, Goff DC, Nasrallah HA, Davis SM, Sullivan et al. Prevalence of the metabolic syndrome in patients with schizophrenia: baseline results from the Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) schizophrenia trials and comparison with national estimates from NHANES III. *Schizophrenia research* 2005;80 (1):19-32.
44. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity. Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetic care*, 2004;27:2:596-601.
45. Heist EK, Ruskin JM. Drug-induced proarrhythmia and use of QTc-prolonging agents: Clues for clinicians. *Heart rhythm* 2005;2(11):suppl 2:S1 - S8.
46. Maguiere GA. Prolactin elevation with antipsychotic medications: Mechanism of action and clinical consequences. *J Clin Psychiatry* 2002;63:suppl 4:56-62.
47. Perkins DO. Prolactin- and endocrine-related disorders in schizophrenia. In: Meyer JM, Nasrallah HA, ed. *Medical Illness and Schizophrenia*. 1st ed. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing inc. 2003:215-232.
48. Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second- generation antipsychotics: A systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 2004;161:414-425
49. Tamminga CA, Woerner MG. Clinical course and cellular pathology of tardive dyskinesia. In: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C, ed. *Neuropsychopharmacology: The Fifth Generation of Progress*. American College of Neuropsychopharmacology 2002;12:126:1831-1841.
50. Reuelbach U, Dütsch C, Biermann T, Sperling W, Thuerauf N, Kornhuber J, Bleich S. Managing an effective treatment for neuroleptic malignant syndrome. *Crit Care* 2007;11: R4.

51. Remington G, Saha A, Chong S-A, Shammi C. Augmentation strategies in clozapine-resistant schizophrenia. *CNS Drugs* 2005;19(10):843-872.
52. Mouaffak F, Tranulis C, Gourevitch R, Poirier M-F, Douki S, Olié J-P et al. Augmentation strategies of clozapine with antipsychotics in the treatment of ultra-resistant schizophrenia. *Clin Pharmacol* 2006;29:1:28-33.
53. Stahl S: *Stahl's Essential Psychopharmacology Third Edition*. New York: Cambridge University Press 2008.

Kjartan Jónas Kjartansson er geðlæknir við geðsvið Landspítalans og lækningastofu sína í Lækningu, Reykjavík

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Þjónustuíbúðir og félagsmiðstöð	Kynnisferðir ehf.	Bátaraf
Furugerði 1	Lúðvík Emil Kaaber	Bílaverk ehf.
Þúsund þjalir ehf. umboðsskrifstofa	Norm-X hf.	Bókasafn v/Flensborg
listamanna	Rafmiðlun ehf.	Byggingafélagið Sandfell ehf.
Þýðingáþjónusta Boga Arnars	Rafvirkni ehf.	Fagfólk ehf. - Hársnyrtistofa
Seltjarnarnes	Reynir bakari ehf.	Ferskfiskur ehf.
Austurströnd ehf.	Salaskóli	Fínþússning ehf.
Bílaverkstæði Ella	Sjúkranuddstofa Silju	Fjörukráin ehf.
Seltjarnarneskirkja	Smári söluturn	Hagtak hf.
Verkfræðistofan Önn ehf.	Smurstöðin Stórahjalla ehf.	Héðinn Schindler lyftur hf.
Vökvatæki ehf.	Suðurverk hf.	Hlaðbær Colas hf.
Kópavogur	Tannlækningastofa Þóris Gíslasonar	Hvalur hf.
A P Varahlutir - Verslun ehf.	Varmi ehf.	PON Pétur O. Nikulásson ehf.
Aalborg Portland á Íslandi hf.	Veitingaþjónusta Lárusar Loftssonar sf.	Rafgeymasalan ehf.
Alark arkitektar	Verkfræðistofa Erlends Birgissonar	Rafrún ehf.
Arnardalur sf.	Vetrarsól ehf.	Saltkaup hf.
Átak ehf.- bílaleiga	Vilji ehf.	Sigurþór Aðalsteinsson Teiknistofa
Bifreiðastillingin ehf.	Vídd ehf.	Spennubreytar
Bifreiðaverkstæðið Toppur	Ömmubaksturi	Stoð hf.
Bílaþvottastöðin Löður ehf.	Garðabær	Tannlækningastofa Harðar V. Sigmarssonar sf.
Blikksmiðjan Vík ehf.	10-11/Hraðkaup	Verkalýðsfélagið Hlíf
Bókasafn Kópavogs	Bókasafn Garðabæjar	VSB verkfræðistofa
Cafe Adesso	Emil Vilhelmsson	Álftanes
DK Hugbúnaður	Ferðaskrifstofan Ísafold ehf.	Sveitarfélagið Álftanes
Félagsþjónusta Kópavogs	Fjölbrautaskólinn Garðabæ v/ Bókasafns	Keflavík
Fiskbúðin okkar	Garðabær	Bókasafn Reykjanesbæjar
FOCAL Software & Consulting	Garðasókn - Vídalínskirkja	Efnalaug Suðurnesja - BK hreinsun ehf.
Gistiheimilið BB 44	IKEA - Miklatorg hf.	Fjölbrautaskóli Suðurnesja
Gróðrastöðin Storð	Ísafoldarprentsmiðja ehf.	Íslenska félagið ehf. / Ice group. ltd.
H.S.H. byggingameistarar ehf.	Leiknótan ehf.	Reykjanesbær
Hagblíkk ehf.	Loftorka ehf.	RKÍ Suðurnesjateild
Hárgreiðslustofan Delila og Samson sf.	Raftækniþjónusta Trausta ehf.	Skipting ehf.
Hjartavernd ses	Ris ehf.	Triton sf. - Tannsmíðastofa
Hvellur G. Tómasson ehf.	Vefur ehf.	Varmamót ehf.
Íslandsspil sf.	Öryggisgirðingar ehf.	Rolf Jhansen & Co. ehf
Járngerði ehf.	Hafnarfjörður	
Járnsmiðja Óðins ehf.	Barkasuða Guðmundar ehf.	
Kópavogsbær		

Hugræn atferlismeðferð við geðklofa

Hvað er geðklofi?

Geðklofi er alvarlegur sjúkdómur, sem hefur mikil áhrif á einstaklinginn og hans nánasta umhverfi. Þeir sem þjást af geðklofa hafa tilhneigingu til að einangra sig og skynja umhverfið á annan hátt en aðrir.

Samkvæmt DSM greiningarkerfinu (1) er skilgreiningin á geðklofa aðgerðabundin og er einkennum raðað eftir mikilvægi t.d. vega heyrnarofskynjanir þyngra en þunglyndi. Sjúkdómurinn felur í sér mismunandi truflanir á hugsunum, skynjunum, tilfinningum, áhuga og hreyfingum.

Ekki er vitað hvað orsakar geðklofa. Rannsóknir hafa leitt í ljós tengsl milli geðklofa og erfða, sem þó eru ekki einhlít (2). Íslendingar hafa fundið gen, sem gefur vísbendingar um að geðklofi sé erfðasjúkdómur (3). Einnig má finna vísbendingar um að umhverfisþættir séu einn af orsakavöldum geðklofa (4). Ýmsir telja að geðklofi sé ekki einn sjúkdómur heldur margir og það gæti gert rannsakendum erfiðara um vik að finna erfðafræðilegan grundvöll fyrir sjúkdómnum, enda ganga flestar rannsóknir út á að um einn sjúkdóm sé að ræða.

Einkennum geðklofa er skipt í jákvæð og neikvæð einkenni. Algengustu neikvæð einkenni eru tilfinningaleg flatneskja, áhugaleysi, óvirkni og hugsanafátækt (5). Algengustu jákvæðu einkennum geðklofa eru ofskynjanir og ranghugmyndir (5). Aðaleinkennum geðklofa er truflun á hugsunum þannig að fólk tengir atburði á órókréttan hátt, atburði sem flestir myndu ekki telja að nein tengsl væru á milli (6). Þó svo fólk með geðklofa tengi saman atburði á órókréttan hátt, þá verðum við einnig vör við, að það dregur oft rökréttar ályktanir af órókréttum hugmyndum.



Hvað er hugræn atferlismeðferð?

Sú tegund samtalsmeðferðar sem hefur gefið hvað besta raun við tilfinningalegum og geðrænum vanda er hugræn atferlismeðferð.

Í þessari grein verður ekki gerður greinarmunur á hugrænni meðferð, atferlismeðferð og hugrænni atferlismeðferð.

Hugræn atferlismeðferð samanstendur af fræðslu, mælingum og gagnreyndum aðferðum til að breyta atferli, en með atferli er hér bæði átt við hugsanir og hegðun. Það atferli sem stefnt er að því að breyta er skoðað og tíðni og eða styrkur þess er mældur. Hugræn atferlismeðferð gerir ráð fyrir samspili hegðunar, hugsana og tilfinninga. Oft er reynt að fylgjast með atferlinu með mælingum vikulega. Ef við erum t.d. að auka tíðni hegðunar þá er tíðnin mæld í upphafi og síðan eru settar inn aðferðir til að auka tíðnina og haldið áfram að mæla þangað til settu marki er náð. Meðferðin byggist á samvinnu skjólstæðings og meðferðaraðila.

Hugræn atferlismeðferð nýtir sér einnig þá staðreynd að iðulega er hægt að túlka sama atburðinn á mismunandi hátt. (8).

Tökum eftirfarandi dæmi til skýringar:

Þú sérð kunningjakoðu þína tilsýndar og hún virðir þig ekki viðlits.

1. Ég hef ekkert að segja við hana, henni finnst ég örugglega algjör asni. (Kvíði)
2. Það tekur aldrei neinn eftir mér né nennir að tala við mig. (Depurð)
3. Hún er alltaf svo merkileg með sig, hvað hef ég eiginlega gert henni. (Reiði)
4. Hún er líklega enn timbruð og ekki búin að jafna sig eftir partíð í gærkvöldi. (Kímni)



Hugsanir eru ályktanir og eins og allar ályktanir þá geta hugsanir verið réttar en þær þurfa ekki endilega að vera það (8). Hugsanir eru meðhöndlaðar sem tilgátur og þannig er t.d. hægt að hafa áhrif á þunglyndi. Sá sem telur að enginn nenni að tala við sig verður dapur, en geti hann fundið aðrar mögulegar túlkningar á þeim atburðum sem hann byggir þessa skoðun sína á minnkar depurðin. Sókratískar spurningar, eins og hvernig, hvar og hvenær eru mikið notaðar í hugrænni atferlismeðferð og skjólstæðingur þannig leiddur áfram að annarri mögulegri skýringu á atburði.

Rannsóknir á hugrænni atferlismeðferð í geðklofa.

Ýmsar rannsóknir hafa sýnt að það er hægt að meðhöndla jákvæð einkenni geðklofa með ágætis árangri (9, 10, 11 og 12) en rannsóknir hafa einnig sýnt að lítill árangur hefur náðst varðandi neikvæð einkenni. (5). Hin síðari ár hafa þó bæði neikvæð og jákvæð einkenni verið meðhöndluð með góðum árangri (12).

Turkington og Kingdon (6, 13 og 16)) hafa meðhöndlað ranghugmyndir hjá fólki með geðklofa.

Meðferðin er tímafrek og krefst mikillar vinnu bæði af skjólstæðingi og meðferðaraðila (10)

Mismunandi aðferðum hefur verið beitt til að meðhöndla heyrnarofskynjanir og árangur hefur verið talsverður (13, 14 og 15). Algengasta aðferðin felst í því að minnka trúverðugleika hugmynda, sem tengjast röddunum og hafa þannig áhrif á þá streitu sem raddirnar valda viðkomandi (14). Fleiri aðferðir þekkjast einnig, eins og að minnka styrk, tíðni og þann tíma, sem raddirnar heyrast (14 og 15), svipuð aðferð og notuð er til að meðhöndla Tinnitus (eyrnasuð)

Hugræn atferlismeðferð reynist betur en önnur meðferð við hinum ýmsu vandamálum í geðklofa, en meðferðin nýtist 50-60% þeirra sem fá meðferðina (9).

Hugræn atferlismeðferð við geðklofa.

Því hefur oft verið haldið fram að rökræða um ranghugmyndir styrkti hugmyndirnar í sessi. Af þessum sökum hafa meðferðaraðilar stundum verið tregir til að ræða við skjólstæðinga sína um hugmyndir þeirra. Því er ekki að neita að hugmyndir geta fest í sessi í rökræðu, en einnig getur rökræða leitt til þess, að ný hugmynd leysi gamla

hólmi. Það má velta því fyrir sér hvort það sé einhver eðlismunur á þeim sem haldnir eru geðklofa og öðrum hvað þetta varðar. Þeir sem eru með geðklofa, jafnt sem aðrir, reisa hugmyndir sínar á mistráustum grunni og hafa mishaldbær rök til að styðja þær. Það er heldur ekki svo að fólk með geðklofa hugsí alltaf órökrétt, en aðrir hugsí alltaf rökrétt. Ég held því fram að munurinn á fólki með geðklofa og öðrum sé stigsmunur frekar en eðlismunur, sem er einnig skoðun Kingdons og Turkingtons (13). Sé þetta rétt má draga þá ályktun að það að ræða um ranghugmyndir lúti sömu lögmálum og það að ræða um hugmyndir almennt: hugmyndirnar geta fest sig í sessi, en þær geta einnig breyst.

Sú skoðun er enn útbreidd að samtalsmeðferð geti ekki haft áhrif á sjúkdóma, sem eiga sér erfðafræðilegar orsakir (7). Þetta er mikill misskilningur og á sennilega rætur að rekja til þeirrar tilhneigingar okkar að líta á sál og líkama sem tvennt ólíkt.

Við vitum að hugræn atferlismeðferð getur gagnast fólki með hjartasjúkdóma og ýmsa aðra vefræna sjúkdóma og því er eðlilegt að álykta að einnig sé hægt að hjálpa fólki með geðklofa. Helstu sálrænu einkenni geðklofa eru kvíði, streita, félagsfælni, þunglyndi, neikvætt sjálfsmat, lítið sjálfstraust og lágt áreitisþol. Hugræn atferlismeðferð gagnast við öllum þessum einkennum.

Fyrir meira en 50 árum skrifaði Aaron Beck (7) einsögu um skjólstæðing sem læknaðist af ranghugmyndum fyrir tilstuðlan nýrrar meðferðar. Meðferðin fólst í því, að skjólstæðingurinn, sem áleit að fólk væri að ofsækja sig var beðinn um að semja lista yfir ofsækjendur sína. Var hann beðinn að skrifa niður klæðaburð, svipbrigði, líkamstjáningu og framkomu ofsækjendanna. Þegar hann hafði gert þetta fór hann að verða öruggari um sig og óhræddari við að rannsaka atferli ofsækjendanna, sem hann hafði áður álitid að væru útsendarar yfirvalda. Smám saman gat hann tekið einhverja út af listanum yfir ofsækjendur sína og við lok meðferðar var listinn auður.

Í allri sálfræðimeðferð er mikilvægt að mynda traust og ná samvinnu við skjólstæðinginn. Án þessa er meðferð ekki möguleg (13). Það tekur venjulega lengri tíma að byggja upp traust meðferðarsamband þegar einstaklingur er með geðklofa, en þegar um kvíðavandamál er að ræða. Traust er nauðsynlegt til þess að skjólstæðingur

treysti sér til að tala um hugmyndir sínar. Áhersla er lögð á hlýju, gagnkvæma virðingu, heiðarleika og samstarf.

Viðtalsmeðferð getur valdið mikilli streitu hjá flestum og einkum og sér í lagi fólki með geðklofa. Þar sem áreitisþol er lágt hjá fólki með geðklofa er oft mikilvægt að stytta meðferðartíma eða tala um daginn og veginn hluta af tímanum. Það að tala um daginn og veginn og opna á eigin reynslu af einhverju sem svípar til reynslu skjólstæðings getur verið góð leið til að skapa traust um leið og það gerir reynslu skjólstæðingsins um leið minna afbrigðilega.

Fræðsla er mikið notuð í hugrænni atferlismeðferð og fræðsla er ekki síður mikilvæg í hugrænni atferlismeðferð við geðklofa (6,11 og 13). Fræðsla getur að einhverju leyti skýrt einkennin og minnkað þannig streitu hjá fólki með geðklofa.

Það er mikilvægt að útskýra að reynsla fólks með geðklofa er nokkuð sem getur komið fyrir alla. (13) Skjólstæðingar halda stundum að þeir séu einir um að upplifa vissa hluti og það er mikilvægt að útskýra fyrir þeim, að það að heyra raddir er t.d. nokkuð sem við öll getum gert undir vissum kringumstæðum Ef við erum mjög þreytt og höfum sofið lítið erum við viðkvæmari fyrir áreitum og það er meðal annars þekkt að fólki sem er svipt svefni getur heyrt raddir og séð sýnir (7). Einnig getum við lent í því að okkur misheyrist og við getum haldið að einhver sé að segja eitthvað þegar við heyrum einhver umhverfishljóð.

Við getum einnig fengið þær hugmyndir að annað fólki sé að tala um okkur eða því líki ekki við okkur t. d. ef fólki þagnar þegar við komum inn í herbergi.

Í geðklofa eru, eins og áður hefur verið nefnt, ýmis sálfræðileg og atferlisleig vandamál, sem ástæða er til að meðhöndla. Einstaklingar með geðklofa hugsa oft ekki vel um líkamlega heilsu sína og því er oft mikilvægt að byrja á að aðstoða þá við það að hafa áhrif á hegðun.

Það getur tekið talsverðan tíma að breyta svefnvenjum, hreyfingu og mataræði. Fólki með geðklofa á einnig oft erfitt með að muna hluti og getur virkniskráning því þjónað margvíslegum tilgangi. Það að skrá niður hvað viðkomandi hefur fyrir stafni bætir minni og hefur góð áhrif á einbeitingu auk þess sem þetta er góð leið til að byrja á að vinna kerfisbundið og fylgjast með sinni eigin hegðun.

Mín reynsla er sú, að það sé ekki mjög erfitt að fá skjólstæðinga með geðklofa til að skrá virkni, en það er öllu erfiðara að fá þá til að skrá hugsanir og tilfinningar. Einu sinni þegar ég og skjólstæðingur vorum að vinna með kvíða, þá komumst við að því að kvíði skjólstæðingsins var mjög mikill um kaffileytið. Við fórum að skoða hvað gæti valdið þessum mikla kvíða á þessum tíma en skjólstæðingurinn kannaðist ekki við neitt, sem gæti komið honum úr jafnvægi. Hugsanir voru ekki erfiðari en fyrri hluta dagsins og engin úrræði virtust duga. Að lokum prófuðum við þá tilgátu að hungur gæti valdið vissum óþægindum í maga og þau óþægindi mætti túlka sem kvíða. Í framhaldi breyttum við mataræði og settum inn fleiri litlar máltíðir yfir daginn. Þetta hjálpaði og kvíði skjólstæðingsins minnkaði til muna, sem skilaði sér jafnframt í minnkaðri notkun róandi lyfja.

Heyrnarofskynjanir koma oftast í aðstæðum þar sem skjólstæðingur er stressaður. Öryggishegðun (forðun), óheppilegar skýringar á röddunum (djöfullinn er að tala við mig) og sterkar tilfinningar sem stafa af því að raddirnar eru meinyrtar, geta viðhaldið röddum (13). Ein leið til að meðhöndla heyrnarofskynjanir er að skjólstæðingur er beðinn að halda dagbók yfir raddirnar. Þá er skoðað hvort raddirnar séu áleitnari á vissum tímum eða þegar skjólstæðingur hefur eitthvað ákveðið fyrir stafni. Mögulega er hægt að koma auga á aðstæður sem auka tíðni radda. Ekki er óalgengt að raddir séu áleitnari í fjölmenni. Hugarró (mindfulness) hefur verið notuð til að meðhöndla raddir með góðum árangri (17). Meðferðin byggist á stóuspeki og felst í því að horfa á hugsanir sínar, tilfinningar og kenndir á hlutlausan hátt, eins og áhorfandi og án þess að dæma þær (18). Þessi aðferð getur minnkað vægi ofskeynjana og ranghugmynda (17). Aðferðin hefur verið að ryðja sér til rúms meðal sálfræðinga undanfarin ár og getur flokkast undir hugræna atferlismeðferð þar sem hún byggist á athugun á hugsunum, tilfinningum og kenndum.

Í hugrænni atferlismeðferð er athyglinni beint að innihaldi ranghugmyndanna. Ranghugmyndir eru drifnar áfram af viðleitni sjúklinganna til að skapa merkingu í afbrigðilega reynslu (16).

Meðferðin á margt sameiginlegt með meðferð við ofsakvíða (16) þar sem túlkun á líkamlegum einkennum er endurmetin.



Eins og í annarri hugrænni meðferð eru hugmyndirnar skoðaðar sem mögulegar tilgátur sem reynt er að raunprófa með einhverju móti og eins og í annarri kvíðameðferð er merkingin skoðuð. Telji skjólstæðingur til dæmis að bíll, sem lagt er fyrir utan hús hans bendi til þess að verið sé að njósna um hann er skjólstæðingurinn beðinn að kanna málið og leitað er eftir öðrum tilgátum, sem mögulega gætu skýrt návist bílsins. Það er mikilvægt að rengja ekki skjólstæðinginn, þegar hann segir frá hugmyndum sínum né hafna hugmyndunum sem fjarstæðukenndum, heldur skoða þær á sama grundvelli og aðrar tilgátur. Ef skjólstæðingur telur til dæmis að mafían sé á höttunum á eftir sér, þá gæti fyrsta skrefið verið að athuga hvornig hann viti að um mafíuna sé að ræða og hvaða atburðir hafi gerst, sem bendi til þess að hún sé að reyna að vinna honum mein, en ekki hjálpa honum. Á þennan hátt má véfengja hugmyndir án þess að hafna þeim eða stimpla þær sem fjarstæðukenndar. Einstaklingar með geðklofa eiga oft í vandræðum með að finna aðrar skýringar á hugmyndum sínum og getur verið nauðsynlegt að aðstoða þá og benda þeim á aðrar mögulegar skýringar.

Niðurlag

Innan hugrænnar atferlismeðferðar rúmast mjög margar aðferðir, bæði ýmsar aðferðir til að breyta atferli og ýmsar aðferðir til að hafa áhrif á hugsanir og hugmyndir.

Eins og sjá má felast þær aðferðir sem hér er lýst ekki í öðru en að skoða ranghugmyndir á sama hátt og aðrar hugmyndir og minnka þann kvíða og streitu, sem ofskynjanir valda. Þetta er í samræmi við þá hugmynd mína að enginn eðlismunur sé á fólki með geðklofa og öðrum. Ég tel mikilvægt að gera skjólstæðingum ljóst að aðstæður þeirra eru ekki afbrigðilegar. Ofskynjanir og ranghugmyndir eru ekki bundnar við fólk með geðklofa heldur þekkjast víða. Ekki er heldur alltaf hægt að draga skýr mörk milli misskilnings, mistúlkunar, rangra ályktana og hreinræktaðra ranghugmynda. Eitt eftirminnilegt dæmi um það er frá Kingdon og Turkington (13). Kona var lögð inn á geðdeild eftir að hafa sagt frá því að maki hennar væri að eitra fyrir hana. Hún tók lyfin sín samviskusamlega, innsæi jókst og hún féllst fljótlega á að hún væri með ranghugmyndir. Einhverjum mánuðum eftir útskrift var hún lögð inn á spítala vegna mikilla

magaverkja og þá kom í ljós að makinn var í raun að reyna að eitra fyrir hana.

Geðklofi er margbreytilegur sjúkdómur og sumir vilja ekki tala um geðklofa sem einn sjúkdóm heldur marga sjúkdóma. Því er erfitt að tala um hugræna atferlismeðferð við geðklofa. Hugræn atferlismeðferð er heldur ekki ein meðferð heldur samsafn kerfisbundinna aðferða til að skoða hugsanir og atferli fólks og hafa áhrif á það. Hugræn atferlismeðferð gengur alltaf út frá einstaklingnum og hans einkennum og það sem hentar einum hentar ekki öðrum. Rannsóknum á aðferðum til að fást við raddir ber ekki saman. Samkvæmt sumum niðurstöðum er betra fyrir fólk með geðklofa að nota fleiri aðferðir til að fást við raddir, en samkvæmt öðrum er betra að nota færri aðferðir (17).

Þar sem rannsóknir sýna að hugræn atferlismeðferð nýtist um helmingi fólks með geðklofa tel ég mikilvægt að rannsaka nánar hvaða einstaklingar með geðklofa geta best nýtt sér meðferðina.

Heimildaskrá:

1. Tsapakis Eva-Maria, Travis Michael J. Schizophrenia Handbook. Institute of Psychiatry, London U.K. Current Medicine Group Ltd. 2005.
2. Norton N, Owen M.J. Can we find the genes that predispose to schizophrenia? In: Schizophrenia Challenging the Orthodox, ed McDonald C, Schuze K, Murray RM, Wright P. An imprint of the Taylor and Francis Group, 2004: 17-22.
3. Pétursson H, Stefánsson H, Sigurðsson E, Steinþórsdóttir V, Sigmundsson Þ, Brynjólfsson J et al. Genes for schizophrenia can be detected - data from Iceland implicates neu-regelin 1. In Schizophrenia Challenging the Orthodox, ed McDonald C, Schuze K, Murray R. M, Wright P. An imprint of the Taylor and Francis Group, 2004: 23-29.
4. Krabbendam L & van Os J. Can the social environment cause schizophrenia? In Schizophrenia: Challenging the Orthodox, ed McDonald C, Schulze K, Murray RM, Wright P. An imprint of the Taylor and Francis Group, 2004:47-55.
5. Bradslaw Cognitive - Behavioral Treatment of Schizophrenia: A case study. Journal of Cognitive Psychotherapy, 12 (1) 13-25, 1998.
6. Kingdon David and Turkington Douglas. Cognitive Behavioral Therapy of Schizophrenia. The Guilford Press, 1994.
7. Turkington D, Kingdon D, Weiden PJ. Cognitive Therapy for Schizophrenia Am Psychiatry úr ajp. Psychiatry online.org. 2006.
8. Westbrook David, Kennerley Helen and Kirk Joan: An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy, Skills and Applications. Sage Publications, Ltd, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, 2007.
9. Garety Philippa A, Fowler David and Kuipers Elizabeth. Cognitive- Behavioral Therapy for Medication - Resistant Symptoms. Schizophrenia Bulletin, vol 26 no 1, 2000.
10. Jones C, Cormac J, Mota J, Campell C. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews. The Cochrane Library (2) 1999.
11. Lewis S, Tarrrier N, Haddock G, Bentall R, Kinderman P, Kingdon D, et al. Randomized controlled trial of cognitive

- behavioural therapy in early schizophrenia: acute-phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 42, 91-97, 2002.
12. Tarrier Nicholas, Wykes Til. Invited Essay: Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia? A cautious or cautionary tale? *Behaviour Research and Therapy* 42 1377-1401, 2004.
 13. Kingdon DG, Turkington D. *Cognitive Therapy of Schizophrenia*. Guilford Press, New York, London, 2005.
 14. Favrod Jerome, Vianin Pascal, Pomini Valentino and Mast Fred W. A first step toward cognitive remediation of voices: A case study. *Cognitive Behavioral Therapy* Vol 35, pp. 159-163, 2006.
 15. Wiersma D, Jenner JA, Van de Willige G, Spakman M, Nienhuis FJ. Cognitive behaviour therapy with coping training for persistent auditory hallucinations in schizophrenia: a naturalistic follow up study of the durability of effects. *Acta psychiatr Scand*, 103, 393-399, 2001.
 16. Drury V, Birchwood M., Cochrane R and MacMillan F.: *Cognitive Therapy and Recovery from Acute Psychosis: A Controlled Trial I. Impact on Psychotic Symptoms*. *British Journal of Psychiatry*, 169, 591-601, 1996.
 17. Farhall J, Greenwood K. M. and Jackson H.J. Coping with hallucinated voices in schizophrenia: A review of initiated strategies and therapeutic interventions. *Science Direct. Clinical Psychology Review* (27) 476-493, 2007.
 18. Linehan MM. *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press, 1993.

Guðrún Íris Þórsdóttir er sérfræðingur í klínískri sálfræði sem starfar á endurhæfingaræið geðsviðs LSH.

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Verkalýðs- og sjómannafél. Keflavíkur og nágrennis	Borgarverk ehf. Skorradalshreppur	Björgunarsveitin Sæbjörg Patreksfjörður
Verkfræðistofa Suðurnesja ehf.	Sæmundur Sigmundsson ehf.	Verslunin Albína
Verslunarmannafélag Suðurnesja	Þjónustumiðstöðin Húsafelli ehf.	Tálknafjörður
Þvottahöllin	Grundarfjörður	Eik ehf. - trésmiðja
Grindavík	Berg vélsmiðja ehf.	Drangsnæs
Vísir hf.	Sægarður ehf	Hótel Djúpavík ehf.
Þorbjörn hf.	Ólafsvík	Norðurfjörður
Sandgerði	Barnafataverslunin Þóra	Árneshreppur
Drifás	Hellissandur	Hvammstangi
Púlsinn námskeið - www.pulsinn.is	Félags- og skólaþjón. Snæfellinga	Bíla- & búvélalagan
Sandgerðisbær	Sjávariðjan Rifi hf.	Félagsþjónusta Húnaþings vestra
Garður	Skarðsvík hf.	Heilbrigðisstofnun Hvammstanga
Dvalarheimili aldraðra Suðurnesjum	Útnes ehf.	Húnaþing vestra
Garðvangur	Búðardalur	Kaupfélag Vestur-Húnavetninga
Sveitarfélagið Garður	Dvalarheimilið Silfurtún	Tannlæknastofan Hvammstanga
Njarðvík	Hjúkrunarheimilið Fellsenda	Skagaströnd
ÁÁ Verktakar ehf.	Sýslumaðurinn í Búðardal	Rafmagnsverkstæðið Neistinn ehf.
Hitaveita Suðurnesja	Reykholahreppur	Skagabyggð
Rafverkstæði I.B. ehf	Reykholahreppur	Sauðárkrókur
Toyota Reykjanesbæ	Ísafjörður	Kaupfélag Skagfirðinga
Mosfellsbær	Félag opinberra starfsmanna á Vestfjörðum	K-Tak hf
Kjósarhreppur	Hamraborg ehf.	Vörumiðlun ehf.
Monique van Oosten	Ísafjarðarbær	Varmahlíð
Mosfellsbær	Bolungarvík	Akrahreppur - Skagafirði
Reykjalundur, plastiðnaður/Dælur ehf.	Bakkavík hf.	Siglufjörður
Akranes	Jakob Valgeir ehf	Egilssíld ehf
Akraneskaupstaður	Vélvirkinn sf.	Grunnskóli Siglufjarðar
Almenni Ökuskólinn	Súðavík	Heilbrigðisstofnunin Siglufirði
Bókasafn Akraness	Súðavíkurhreppur	Akureyri
Fjölbrautaskóli Vesturlands	Víkurbúðin ehf.	Akureyrarbær
Viðskiptaþjónusta Akraness ehf.	Flateyri	Austfirskir Staksteinar
Borgarnes		Bautinn

Erfðafræði geðklofa

Geðklofi er alvarlegur sjúkdómur sem hrjáir tæplega 1% mannkyns og einkennist m.a. af ranghugmyndum, skyntruflunum og ýmsum truflunum á vitrænni starfsemi (1). Það hefur lengi verið vitað að erfðabættir gegna hlutverki í orsökum geðklofa. Fjölskyldurannsóknir hafa sýnt að nánustu ættingjar fólks með geðklofa eru fimm til fimmtánfalt líklegri til að fá sjúkdóminn en þeir sem ekki eiga ættingja með geðklofa (2). Rannsóknir á eineggja og tvíeggja tvíburum benda einnig til erfðabáttá í geðklofa. Eineggja tvíburar hafa sömu gen en hjá þeim tvíeggja eru 50% genanna eins. Hjá eineggja tvíburum eru 45-75% líkur á því að báðir fái sjúkdóminn ef annar veikist, en hjá tvíeggja tvíburum eru líkurnar þær sömu og hjá öðrum nánustu ættingjum eða 5-15% (3). Þegar niðurstöður tvíburarannsókna eru vegnar saman (meta-analysis) sést að hlutur erfðabáttá í geðklofa er um 80%. Hafa ber í huga að í fjölskyldu- og tvíburarannsóknum er ekki hægt að útiloka áhrif sameiginlegra umhverfispáttá svo sem uppeldisaðferða, áfalla og næringar. Þessir þættir eru síður til staðar í ættleiðingarannsóknum en þær hafa gefið sannfærandi niðurstöður um þátt erfða í geðklofa. Einstaklingar sem eru ættleiddir frá foreldrum með geðklofa eru mun líklegri til þess að fá geðklofa en þeir sem eru ættleiddir frá foreldrum sem ekki hafa sjúkdóminn. Einnig hefur fundist hærri tíðni geðklofa hjá líffræðilegum ættingjum ættleiddra einstaklinga með geðklofa en hjá ættingjum heilbrigðra sem voru ættleiddir (4). Það er því ljóst að erfðir eiga stóran þátt í orsökum geðklofa en jafnframt er ljóst að fleira þarf að koma til. Búseta í þéttbýli, neysla kannabisefna og flutningur til ólíks menningarsamfélags eru þættir sem virðast auka hættu á geðklofa. Einnig eru vísbendingar um að hættan sé aukin við sýkingar á meðgöngu



og áföll í fæðingu (5). Nýlegar rannsóknir benda til þess að hættan á því að fá geðklofa tengist samspili erfða- og umhverfispáttá (6).

Sameindaerfðafræðirannsóknir

Leit að geðklofagenum hófst fyrir alvöru í upphafi níunda áratugar síðustu aldar með nýjum aðferðum í sameindaerfðafræði, sem gerðu mönnum kleift að rannsaka tiltekin litningasvæði og kortleggja staðsetningu mögulegra áhættugena (7). Tvær meginaðferðir þessara rannsókna eru tengslaggreiningar (linkage analysis) og fylgnirannsóknir (association studies). Í tengslaggreiningu eru rannsakaðar fjölskyldur með mörgum einstaklingum, sem hafa sjúkdóminn og kannað með tölfræðiaðferðum hvort ákveðin litningasvæði fylgi sjúkdómnum oftast en skýrst geti af tilviljun. Með þessari aðferð er unnt að kortleggja gróflega staðsetningu áhættugena. Í fylgnirannsóknum er tíðni mögulegra áhættugena borin saman í hópum fólks með og án sjúkdómsins. Fylgnirannsóknir eru því gerðar þegar menn hafa greint afmörkuð svæði eða gen sem mögulega geta tengst sjúkdómnum. Þar til fyrir fáeinum árum voru fylgnirannsóknir mjög seinlegar þar sem aðeins var unnt að skoða fá erfðamörk í hverri rannsókn. Nú hafa verið þróaðar öflugar aðferðir sem gera mönnum kleyft að skoða mikinn fjölda þekktra erfðamarka í einni og sömu rannsókninni.

Á níunda og tíunda áratug síðustu aldar komu fram margar rannsóknir sem lýstu tengslum geðklofa við fjölmörg svæði á nánast öllum litningum (7). Lengi framan af gekk hins vegar illa að sýna fram á tengsl við sömu svæði í fleiri en einni rannsókn. Með fleiri rannsóknum og tækniframförum sem komu fram í lok 20. aldar bárust böndin æsterkar að ákveðnum svæðum, sérstaklega á litn-

ingum 1, 6, 8, 13 og 22. Mönnum varð því ljóst að ólíklegt er að til staðar sé eitt geðklofagen sem tengist orsök sjúkdómsins og líklegra er að um sé að ræða mörg gen sem hvert um sig hefur tiltölulega lítil áhrif.

Þáttaskil urðu í erfðarannsóknnum geðklofa árið 2002 þegar lýst var tengslum fjögurra gena (*neuregulin-1*, *dysbindin-1*, *DAOA* og *PRODH*) við sjúkdóminn. Þessar niðurstöður fengust úr rannsóknum þar sem gerð var ítarleg leit með svo kallaðir tengslaójafnvægis kortlagningu (Linkage Disequilibrium mapping) á litningasvæðum sem áður höfðu endurtekið sýnt tengsl við geðklofa. Fundust við það breytileikar í samsætum (alleles) og setróðum (haplotypes), sem geðklofasjúklingar höfðu marktækt oft en samanburðarhópur. Samsætur eru einingar DNA erfðamarka og setraðir eru raðir DNA erfðamarka sem einstaklingar erfa frá foreldrum.

Neuregulin-1 genið

Tengsl *neuregulin-1* (NRG-1) á litningi 8 við geðklofa fundust fyrst í íslensku þýði (8) og í kjölfarið var lýst tengslum sömu breytileika í geninu við sjúkdóminn í skosku og írsku þýði (9, 10). Síðan hafa verið gerðar rannsóknir víða um heim, sem flestar sýna tengsl ýmissa breytileika í NRG-1 geninu við geðklofa, en þó eru einnig nokkrar rannsóknir sem ekki hafa fundið nein tengsl (11). NRG-1 er tjáð víða í miðtaugakerfinu og virðist gegna margþættu hlutverki m.a. í tjáningu og virkni viðtaka, sérstaklega glútamat viðtaka (12). Á síðustu árum hafa birst margar rannsóknir sem benda til þess að vanvirgni í glútamatboðefnaferlum þ.á.m. NMDA (N-methyl-D-aspartate) glútamatviðtakans tengist meingerð geðrofssjúkdóma eins og geðklofa (13). Vísbendingar eru um að samspil sé á milli virkni glútamat- og dópamínferla í heila en lengi hefur verið vitað að truflanir í virkni dópamínferla tengist með beinum eða óbeinum hætti meingerð geðrofssjúkdóma (14). Nýlega var lýst tengslum NRG-1 áhættuafgerðar við minnkaða virkni í framheila sem mæld var með starfrænni segulómun hjá einstaklingum með sterka ættarsögu um geðklofa (15) en margar rannsóknir benda til þess að ýmis einkenni geðklofa megi rekja til truflana í starfsemi framheila (16). Rannsókn á vefjasýnum úr heilum látinna geðklofasjúklinga og heilbrigðra einstaklinga sýndi að áhættuafgerð NRG-1 tengdist breytingu

í tjáningu *neuregulin* í ákveðnu svæði heilans (17). Þannig hafa bæði komið fram vísbendingar um að breytileiki í NRG-1 geninu tengist starfrænum frávikum í heilastarfsemi og breytingum í tjáningu próteinafurða gensins.

Dysbindin-1 genið

Ásamt NRG-1 er *dysbindin-1* (DTNBP1) á litningi 6 það gen, sem rannsóknir síðustu ára hafa oftast sýnt að tengist geðklofa (18). Líkt og í tilfalli NRG-1 er ekki samræmi á milli rannsókna, hvaða samsætur og setraðir sýna tengsl við sjúkdóminn. Þetta getur bent til þess að fram hafi komið nokkrar gerðir breytileika sem kunni að hafa mismunandi áhrif á virkni genanna en einnig er mögulegt að í einhverjum tilfellum sé um að ræða falskt jákvæðar niðurstöður. Rannsóknir hafa sýnt að tjáning DTNBP1 er minnkuð í ákveðnum svæðum í heila einstaklinga með geðklofa og vísbendingar eru um að það tengist minnkaðri virkni glútamats (19).

DAOA genið

Genið *DAOA* (D-amino acid oxidase activator), sem áður hét G72, á litningi 13 hefur sýnt tengsl við geðklofa í a.m.k. 5 rannsóknum en einnig hafa verið birtar neikvæðar niðurstöður (18). Athyglisverðar rannsóknir hafa sýnt að breytileiki í geninu tengist einnig geðhvarfasjúkdómi (20). Próteinafurð *DAOA* hefur áhrif á virkni ensímsins D-amino acid oxidasa sem tjáð er af geninu *DAAO* á litningi 12, en þetta ensím gegnir hlutverki í glútamatferlum taugafruma. Þannig hafa komið fram áhugaverðar vísbendingar um milligenaáhrif (epistasis) sem kunna að skipta máli varðandi meingerð geðklofa (21).

Önnur gen

Tengslum á milli breytileika í *PRODH* (proline dehydrogenase) geninu á litningi 22 og geðklofa hefur verið lýst í nokkrum rannsóknum (22), en fleiri rannsóknir hafa ekki sýnt nein tengsl þessa gens við geðrofssjúkdóma. *PRODH* ensímið brýtur niður amínósýruna L-prólin en vitað er að þessi amínósýra hefur áhrif á virkni glútamats í miðtaugakerfi. Nokkur önnur gen, sem hafa áhrif á glútamatferli, hafa sýnt tengsl við geðklofa í einni til tveimur rannsóknum svo sem *RGS4* og *PPP3CC*, en fleiri rannsóknir sýna engin tengsl (18).



Lýst hefur verið tengslum nokkurra gena, sem ekki tengjast glútamatferlum heilans, við geðklofa. Af þeim hafa DISC-1 og COMT mest verið rannsökuð.

DISC-1 (disrupted in schizophrenia-1) á litningi 1 er flókið gen. Próteinafurðir þess gegna margþættu hlutverki í þroska, byggingu og viðtakastarfsemi taugafruma (23). Tengsl breytileika í DISC-1 hefur fundist við geðrofssjúkdóma í nokkrum tengsla- og fylgnirannsóknum (24), en einnig eru rannsóknir sem ekki hafa fundið nein tengsl við sjúkdóminn (25).

Rannsóknir hafa mjög beinst að COMT (catechol-O-methyltransferase) vegna þess að ensímið, sem tjáð er af geninu, gegnir lykilhlutverki í niðurbroti dópamíns í framheila. Fundist hefur breytileiki í geninu (*val¹⁵⁸met*), sem veldur því að ýmist er amínósýran valín (*val*) eða amínósýran metiónín (*met*) tjáð á tákna (codon) 158 (26). *Val* veldur því að ensímið brýtur mun hraðar niður dópamín en þegar *met* er til staðar. Tengsl þessa og annarra breytileika í COMT geninu við geðklofa og aðrar geðraskanir hafa mikið verið rannsökuð. Nokkrar rannsóknir hafa bent til að fylgni sé á milli COMT *val¹⁵⁸* og hættu á geðklofa en þegar niðurstöður allra þessara rannsókna eru skoðaðar finnast engin afgerandi tengsl (27). Hins vegar hafa komið fram vísbendingar um víxlhrif breytileika í COMT við umhverfisþætti og önnur áhættugen geðklofa. Þannig sýndi ein rannsókn að hættan á geðklofa var marktækt aukin hjá þeim sem höfðu COMT *val¹⁵⁸* og reyktu kannabis (28) og önnur rannsókn sýndi milligenaáhrif (epistasis) breytileika í COMT (þ.á.m. *val¹⁵⁸met*) og annarra mögulegra áhættugena s.s. DAOA, DISC-1, RGS4 (29).

Innri svipgerðir geðklofa

Það flækir mjög erfðarannsóknir á geðklofa hversu margbrotin einkennamynd eða svo kölluð svipgerð sjúkdómsins er. Þannig er ekkert eitt einkenni sem alltaf er til staðar og greinir geðklofa frá öðrum sjúkdómum. Einnig geta einkenni verið mjög mismunandi á milli einstaklinga og sjúkdómurinn getur tekið miklum breytingum frá einum tíma til annars. Að baki þessari flóknu og margbrotnu einkennamynd er því líklegt að liggi mjög flókin arfgerð. Ein aðferð til þess að einfalda þetta er að nota svo kallaðar innri svipgerðir (endophenotypes) í erfðarannsóknum geðklofa. Með

innri svipgerð er átt við ákveðin afmörkuð frávik, sem unnt er að mæla t.d. með aðferðum lífeflís- lífefna- eða taugasálfræði. Til þess að vera gagnleg í erfðarannsóknum þarf innri svipgerð að vera stöðug frá einum tíma til annars, vera óháð meðferð og breytingum í sjúkdómsgangi og vera algengari hjá þeim sem hafa sjúkdóminn en þeim sem ekki eru veikir. Einnig þurfa að vera vísbendingar um að frávik sé arfgengt og að það finnist í auknum mæli hjá heilbrigðum nákomnum ættingjum sjúklunga (30). Leiða menn líkur að því að hin afmarkaðri innri svipgerð sé í nánari tengslum við ákveðin erfðamörk en hin margbreytilega einkennamynd. Innri svipgerðir eru ekki einungis gagnlegar við að leit að genum heldur kunna þær einnig að hjálpa til við að finna með hvaða hætti áhættuafgerðir hafa áhrif á meingerð sjúkdóms. Dæmi um mögulegar innri svipgerðir í geðklofa eru ákveðnar breytingar sem sjást á heilariti, frávik á taugasálfræðiprófum og afbrigðilegar augnhreyfingar sem finnast í auknum mæli hjá sjúklingum með geðklofa (31). Fundist hafa tengsl afbrigðilegra augnhreyfinga við breytileika í COMT (32-34) og lýst hefur verið tengslum NRG-1 áhættuafgerðar við minnkað rúmmál dreka (hippocampus) í heila geðklofasjúklinga og á ættingja þeirra (35).

Samantekt

Ljóst er að erfðafræði geðklofa er mjög flókin. Telja má víst að ekki sé aðeins um að ræða óljósan fjölda áhættuafgerða, sem hvert um sig hefur lítil áhrif, heldur sé jafnframt um að ræða flókið samspil á milli áhættugena (epistasis) og einnig á milli áhættugena og ýmissa umhverfisþátta. Þótt mikið hafi áunnist í rannsóknum síðustu 6 ára er enn margt á huldu um erfðaþætti geðklofa. Talsvert ósamræmi er á milli rannsókna varðandi það hvaða erfðamörk þeirra mögulegu áhættugena sem lýst hefur verið tengjast geðklofa og möguleikinn á því að niðurstöður séu falskt jákvæðar er alltaf fyrir hendi. Vitað er að þessi áhættugen gegna mjög margþættu hlutverki í miðtaugakerfi og mikilvægt er að rannsaka þau frekar. Hugsanlega þarf að rannsaka mun stærri hópa en hingað til svo að unnt sé að finna gen sem auka lítillaga hættuna á geðklofa. Því mun reyna meira á samstarf margra rannsóknarhópa um allan heim og eru íslenskir vísindamenn nú þátttakendur í slíku evrópsku verkefni sem nefnist SGENE (www.

sgene.eu). Líklegt er að fleiri áhættugen geðklofa muni finnast í náinni framtíð og væntanlega munu frekari rannsóknir á þeim skýra hlutverk þeirra í meingerð geðklofa. Við þetta mun skapast grundvöllur fyrir leit að sérhæfðri lyfjameðferð, sem unnt verður að beina gegn grunnorsökum sjúkdómsins. Mikilvægt er að halda áfram rannsóknum á hlut umhverfisþátta í orsökum geðklofa og hvernig þeir kunna að hafa áhrif á erfðabætti. Síðast en ekki síst kann greining á erfðabáttum geðklofa að gera forvarnir mögulegar hjá einstaklingum sem eru í mikilli hættu á að veikjast af þessum alvarlega sjúkdómi.

Heimildir

1. Freedman R. Schizophrenia. *N Engl J Med*. 2003 Oct 30;349(18):1738-49.
2. Kendler KS, Masterson CC, Davis KL. Psychiatric illness in first-degree relatives of patients with paranoid psychosis, schizophrenia and medical illness. *Br J Psychiatry*. 1985 Nov;147:524-31.
3. Lichtermann D, Karbe E, Maier W. The genetic epidemiology of schizophrenia and of schizophrenia spectrum disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2000;250(6):304-10.
4. Ingraham LJ, Kety SS. Adoption studies of schizophrenia. *Am J Med Genet*. 2000 Spring;97(1):18-22.
5. Murray RM, Jones PB, Susser E, van Os J, Cannon M. The epidemiology of schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
6. Tienari P, Wynne LC, Sorri A, Lahti I, Laksy K, Moring J, et al. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*. 2004 Mar;184:216-22.
7. Riley BP, McGuffin P. Linkage and associated studies of schizophrenia. *Am J Med Genet*. 2000 Spring;97(1):23-44.
8. Stefansson H, Sigurdsson E, Steinthorsdottir V, Bjornsdottir S, Sigmundsson T, Ghosh S, et al. Neuregulin 1 and susceptibility to schizophrenia. *Am J Hum Genet*. 2002 Oct;71(4):877-92.
9. Corvin AP, Morris DW, McGhee K, Schwaiger S, Scully P, Quinn J, et al. Confirmation and refinement of an 'at-risk' haplotype for schizophrenia suggests the EST cluster, Hs.97362, as a potential susceptibility gene at the Neuregulin-1 locus. *Mol Psychiatry*. 2004 Feb;9(2):208-13.
10. Stefansson H, Sarginson J, Kong A, Yates P, Steinthorsdottir V, Gudfinnsson E, et al. Association of neuregulin 1 with schizophrenia confirmed in a Scottish population. *Am J Hum Genet*. 2003 Jan;72(1):83-7.
11. Thiselton DL, Webb BT, Neale BM, Ribble RC, O'Neill FA, Walsh D, et al. No evidence for linkage or association of neuregulin-1 (NRG1) with disease in the Irish study of high-density schizophrenia families (ISHDSF). *Mol Psychiatry*. 2004 Aug;9(8):777-83; image 29.
12. Morrison PD, Pilowsky LS. Schizophrenia: more evidence for less glutamate. *Expert Rev Neurother*. 2007 Jan;7(1):29-31.
13. Egan MF, Straub RE, Goldberg TE, Yakub I, Callicott JH, Hariri AR, et al. Variation in GRM3 affects cognition, prefrontal glutamate, and risk for schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2004 Aug 24;101(34):12604-9.
14. Carlsson M, Carlsson A. Interactions between glutamatergic and monoaminergic systems within the basal ganglia--implications for schizophrenia and Parkinson's disease. *Trends Neurosci*. 1990 Jul;13(7):272-6.
15. Hall J, Whalley HC, Job DE, Baig BJ, McIntosh AM, Evans KL, et al. A neuregulin 1 variant associated with abnormal cortical function and psychotic symptoms. *Nat Neurosci*. 2006 Dec;9(12):1477-8.
16. Weinberger DR, Egan MF, Bertolino A, Callicott JH, Mattay VS, Lipska BK, et al. Prefrontal neurons and the genetics of schizophrenia. *Biol Psychiatry*. 2001 Dec 1;50(11):825-44.
17. Law AJ, Lipska BK, Weickert CS, Hyde TM, Straub RE, Hashimoto R, et al. Neuregulin 1 transcripts are differentially expressed in schizophrenia and regulated by 5' SNPs associated with the disease. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2006 Apr 25;103(17):6747-52.
18. Riley B, Kendler KS. Molecular genetic studies of schizophrenia. *Eur J Hum Genet*. 2006 Jun;14(6):669-80.
19. Numakawa T, Yagasaki Y, Ishimoto T, Okada T, Suzuki T, Iwata N, et al. Evidence of novel neuronal functions of dysbindin, a susceptibility gene for schizophrenia. *Hum Mol Genet*. 2004 Nov 1;13(21):2699-708.
20. Schumacher J, Jamra RA, Freudenberg J, Becker T, Ohlraun S, Otte AC, et al. Examination of G72 and D-amino-acid oxidase as genetic risk factors for schizophrenia and bipolar affective disorder. *Mol Psychiatry*. 2004 Feb;9(2):203-7.
21. Chumakov I, Blumenfeld M, Guerassimenko O, Cavarec L, Palicio M, Abderrahim H, et al. Genetic and physiological data implicating the new human gene G72 and the gene for D-amino acid oxidase in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2002 Oct 15;99(21):13675-80.
22. Liu H, Heath SC, Sobin C, Roos JL, Galke BL, Blundell ML, et al. Genetic variation at the 22q11 PRODH2/DGCR6 locus presents an unusual pattern and increases susceptibility to schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2002 Mar 19;99(6):3717-22.
23. Sawa A, Snyder SH. Genetics. Two genes link two distinct psychoses. *Science*. 2005 Nov 18;310(5751):1128-9.
24. Hodgkinson CA, Goldman D, Jaeger J, Persaud S, Kane JM, Lipsky RH, et al. Disrupted in schizophrenia 1 (DISC1): association with schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder. *Am J Hum Genet*. 2004 Nov;75(5):862-72.
25. Zhang X, Tochigi M, Ohashi J, Maeda K, Kato T, Okazaki Y, et al. Association study of the DISC1/TRAX locus with schizophrenia in a Japanese population. *Schizophr Res*. 2005 Nov 15;79(2-3):175-80.
26. Lachman HM, Papolos DF, Saito T, Yu YM, Szumlanski CL, Weinshilboum RM. Human catechol-O-methyltransferase pharmacogenetics: description of a functional polymorphism and its potential application to neuropsychiatric disorders. *Pharmacogenetics*. 1996 Jun;6(3):243-50.
27. Karayiorgou M, Gogos JA. Schizophrenia genetics: uncovering positional candidate genes. *Eur J Hum Genet*. 2006 May;14(5):512-9.
28. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, et al. Moderation of the effect of adolescent-onset cannabis use on adult psychosis by a functional polymorphism in the catechol-O-methyltransferase gene: longitudinal evidence of a gene X environment interaction. *Biol Psychiatry*. 2005 May 15;57(10):1117-27.
29. Nicodemus KK, Kolachana BS, Vakkalanka R, Straub RE, Giegling I, Egan MF, et al. Evidence for statistical epistasis between catechol-O-methyltransferase (COMT) and polymorphisms in RGS4, G72 (DAOA), GRM3, and DISC1: influence on risk of schizophrenia. *Hum Genet*. 2007 Feb;120(6):889-906.
30. Gottesman, II, Gould TD. The endophenotype concept in psychiatry: etymology and strategic intentions. *Am J Psychiatry*. 2003 Apr;160(4):636-45.
31. Haraldsson HM, Ettinger U, Magnusdottir BB, Sigmundsson T, Sigurdsson E, Petursson H. Eye movement deficits in schizophrenia: Investigation of a genetically homogenous Icelandic sample. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2008 Apr 24.



32. Rybakowski JK, Borkowska A, Czerni PM, Hauser J. Eye movement disturbances in schizophrenia and a polymorphism of catechol-O-methyltransferase gene. *Psychiatry Res.* 2002 Dec 15;113(1-2):49-57.
33. Thaker GK, Wonodi I, Avila MT, Hong LE, Stine OC. Catechol O-methyltransferase polymorphism and eye tracking in schizophrenia: a preliminary report. *Am J Psychiatry.* 2004 Dec;161(12):2320-2.
34. Haraldsson HM, Ettinger U, Magnusdottir BB, Sigmundsson T, Sigurdsson E, Ingason A, et al. Catechol-O-methyltransferase val158met polymorphism and antisaccade eye movements in schizophrenia. *Schizophr Bull.* 2008 Jun 17.
35. Gruber O, Falkai P, Schneider-Axmann T, Schwab SG, Wagner M, Maier W. Neuregulin-1 haplotype HAP(ICE) is associated with lower hippocampal volumes in schizophrenic patients and in non-affected family members. *J Psychiatr Res.* 2008 Feb 19.

Magnús Haraldsson er geðlæknir á geðsviði Landspítalans. **Hannes Pétursson** er prófessor og sviðstjóri á geðsviði Landspítalans



Reykjavíkurborg
Velferðarsvið



Félagsþjónusta
Kópavogs



HAPPDRÆTTI
HÁSKÓLA ÍSLANDS
vænlegast til vinnings

vistor



ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Bifreiðaverkstæðið Baugsbót ehf.	Menntaskólinn á Egilsstöðum	Vélgrafan ehf.
Blikkrás ehf.	Sólskógar ehf.	Hveragerði
Félag málmíðnaðarmanna Akureyri	Verkfræðistofa Austurlands hf.	Dvalarheimilið Ás
Félag verslunar- og skrifstofufólks	Verslunin Skógar ehf.	Eldhestar ehf. - Vellir Ölfusi
Girðir ehf.	Ökuskóli Austurlands	Kaffi Kidda Rót
Hlíð hf.	Seyðisfjörður	Raftaug ehf.
Húsprýði sf.	Austfar hf.	Raföld ehf.
J.M.J. herraftaverslun	Hótel Aldan	Þorlákshöfn
Kjarnafæði hf.	RKÍ Seyðisfjarðardeild	Fagus ehf.
Lostæti ehf.	Seyðisfjarðarkaupstaður	Stokkseyri
Lögmannsstofan Lögmannshlíð	Reyðarfjörður	Fjöruborðið Stokkseyri
Oddeyrarskóli	Þvottabjörn ehf.	Laugarvatn
Slökkvilið Akureyrar	Eskifjörður	Ásvélar ehf.
Vaglaskógur Ferðapjónusta	Héraðssjóður	Hella
Vaxtarræktin ehf -Íþóttahöllini	Austfjarðaprófastsdæmis	Gróðrastöð Birgis
Vélsmiðjan Ásverk ehf.	Neskaupstaður	Laugalandsskóli
Ólafsfjörður	Lækurinn hf.	Rangá ehf.
Heilsugæslustöðin Hornbrekka	Síldarvinnslan hf.	Varahlutaverslun Björns Jóhannssonar
Húsavík	Sparisjóður Norðfjarðar	Verkalýðsfélag Suðurlands
Bílaleiga Húsavíkur ehf.	Fáskrúðsfjörður	Hvolsvöllur
Fjallasýn - Rúnars Óskarssonar ehf.	Loðnuvinnslan hf.	Ferðapjónustan Stórumörk
G.P.G. fiskverkun ehf.	Stöðvarfjörður	Vík
Heilbrigðisstofnun Þingeyinga	Kross ehf.	Mýrdalshreppur
Hóll hf.	Djúpivogur	Kirkjubæjarklaustur
Hvalasafnið á Húsavík	Papeyjarferðir ehf.	Héraðsbókasafn
Minjasafnið Mánárakka	Höfn	Vestmannaeyjar
Samgönguminjasafnið Ystafelli	Ferðapjónusta Brunnavöllum	Frár ehf.
Skóbúð Húsavíkur	Ferðapjónustan Hrollaugastöðum	Karl Kristmanns - umboðs- og heildverslun
Trésmiðjan Rein ehf.	Menningarmiðstöð Hornafjarðar	Lífeyrissjóður Vestmannaeyja
Laugar	Mikael ehf.	Ós ehf.
Norðurpóll ehf.	Skinney - Þinganes hf.	Vestmannaeyjabær v/fjölsk.og fræðsluviðs
Raufarhöfn	Selfoss	Vélaverkstæðið Þór hf.
Erlingur Thoroddsen v/Hótel Norðurljós	Árvirkinn ehf.	Viking tours
Önundur ehf.	Bisk-verk ehf.	Vöruval ehf.
Þórshöfn	Bílapjónusta Péturs ehf.	
RKÍ Þórshafnardeild	Bókaútgáfan Björk	
Bakkafjörður	Fjölbrautarskóli Suðurlands v/ bókasafns	
Skeggjastaðakirkja	Flóahreppur	
Vopnafjörður	Fræðslunet Suðurlands	
Ferðapjónusta Syðri-Vík	Grunnskólinn Ljósaborg	
RKÍ Vopnafjarðardeild	Hárgreiðslustofa Önnu	
Verktakafyrirtækið Ljósaland hf.	Hótel Gullfoss	
Vopnafjarðarhreppur	Húsið Gisting	
Egilsstaðir	Set ehf.	
Kaupfélag Héraðsbúa	Verslunin Íris, Kjarnanum	



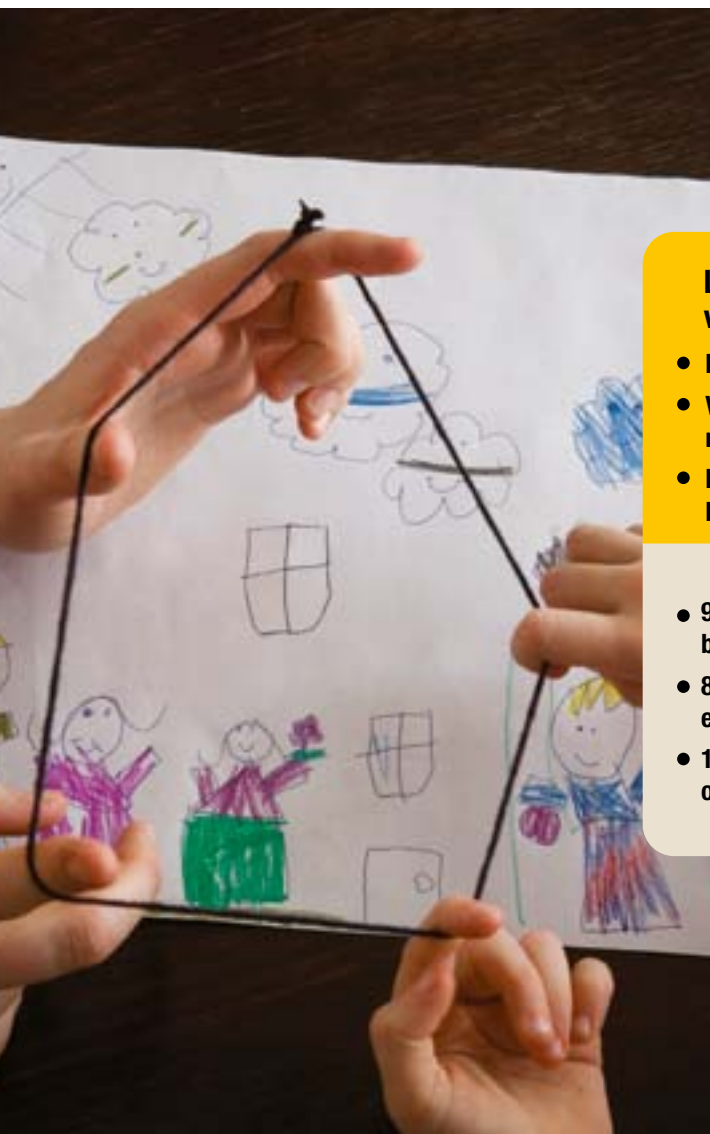
Fjallabyggð



VM
Félag vélstjóra
og málmteknimanna



Alþýðusamband Íslands



Lánamöguleikar vegna sérþarfa:

- Hámarksupphæð 5 milljónir
- Vextir 5,75% eða 5,50% með uppgreiðsluákvæði
- Lántökugjald 0,5% af lánsupphæðinni

- 90% af kaupverði eða byggingarkostnaði
- 80% af viðbótar- og endurbótakostnaði
- 100% af brunabótamati og lóðarmati

Aukalán vegna sérþarfa

Fólk með skerta starfsorku, fatlaðir og hreyfihamlaðir, geta fengið aukalán til að gera breytingar á íbúðarhúsnæði eða til að kaupa eða byggja húsnæði vegna sérþarfa sinna. Lánið kemur til viðbótar 18 milljóna króna hámarksláni Íbúðalánasjóðs. Einnig er heimilt að veita aukalán til forsvarsmanna þeirra er búa við sérþarfir.

Nánari upplýsingar er að finna á heimsíðu Íbúðalánasjóðs www.ils.is, ils@ils.is eða í síma 569 6900 og 800 6969.

www.ils.is

Borgartúni 21, 105 Reykjavík
Sími : 569 6900, 800 6969





Fremst í flokki samheitalyfja

Actavis er leiðandi fyrirtæki á sviði samheitalyfja og hefur það að meginmarkmiði að bjóða viðskiptavinum sínum um heim allan gæðalyf. Við viljum skara fram úr og saga okkar sýnir glögg áherslu okkar á hágæða lyf, góða þjónustu og breitt vöruúrval.

Kynntu þér meira á www.actavis.is og www.actavis.com

