

geðvernd

Rit Geðverndarfélagss Íslands | 1. tbl. 47. árgangur | 2018

Sigurður Páll Pálsson: *Sjálfsvígsáhættumat og viðeigandi meðferð* §
Aðgerðir til að fækka sjálfsvígum á Íslandi § Ágústa Ingibjörg Arnardóttir og
Þórey Edda Heiðarsdóttir: *Díalektísk atferlismeðferð* § Sverrir Björn Einarsson
og Gísli Kort Kristófersson: *Núvitund og hvatvísi* § Bryndís Berg: *Jákvæð sálfræði* §
Alice Harpa Björgvinsdóttir, Sigrún Vilborg Heimisdóttir, Justyna Wróblewska
og Sólveig Dröfn Jónsdóttir: *Mat á árangri sérhæfðrar félagsfélunihópmeðferðar á
félagsfélunni og lágt sjálfsmat* § Viðtal við Mark Bellis: *Erfið reynsla í uppvexti og
ábrif hennar (ACE)* § Pistill formanns 2018 § Fréttir af starfi félagsins





Akureyrarbær



GARÐHEIMAR



Alþýðusamband Íslands

FRÍHÖFNIN



FÉLAG IÐN- OG
TÆKNIGREINA

www.fit.is



HRAFNISTA

Reykjavík | Hafnarfjörður
Kópavogur | Reykjanesbær | Garðabær



gedvernd

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

47. ÁRGANGUR - 2018

RIT GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS

47. ÁRG. - 2018

RITSTJÓRI: EYDÍS KR. SVEINBJARNARDÓTTIR

RITNEFND: SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRYNJAR EMILSSON, MARGRÉT ÓFEIGSDÓTTIR

ÚTGEFANDI: GEDVERNDARFÉLAG ÍSLANDS, UPPLAG: 2.500 EINTÖK

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

UMBROT OG PRENTUN: PRENTSMÍÐJAN ODDI

STJÓRN GEDVERNDARFÉLAGS ÍSLANDS:

GUNNLAUG THORLACIUS, FORMAÐUR - ANNA MARÍA JÓNSDÓTTIR, VARAFORMAÐUR - JÓN ÓLAFUR ÓLAFSSON,

RITARI - VÍÐIR ARNAR KRISTJÁNSSON, GJALDKERI - SIGURÐUR PÁLL PÁLSSON, BRÉFRITARI - ARNBJÖRG

GUÐMUNDSDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI - EYDÍS KR. SVEINBJARNARDÓTTIR, MEÐSTJÓRNANDI

FRAMKVÆMDASTJÓRI: KJARTAN VALGARÐSSON



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Minningargjöf

um _____

hefur verið afhent Gæðverndarfélagi Íslands.

Með innilegri samúð,



Efnisyfirlit

Frá ritstjóra	4
Sigurður Páll Pálsson Sjálfsvígisáhættumat og viðeigandi meðferð	6
Aðgerðir til að fækka sjálfsvígum á Íslandi	18
Ágústa Ingibjörg Arnardóttir og Þórey Edda Heiðarsdóttir Díalektísk atferlismeðferð	20
Sverrir Björn Einarsson og Gísli Kort Kristófersson Núvitund og hvatvísi	27
Bryndís Berg Jákvæð sálfræði	36
Alice Harpa Björgvinsdóttir, Sigrún Vilborg Heimisdóttir, Justyna Wróblewska og Sólveig Dröfn Jónsdóttir Mat á árangri sérhæfðrar félagsfælnihópmeðferðar á félagsfælni og lágt sjálfsmat	39
Viðtal við Mark Bellis Erfið reynsla í uppvexti og áhrif hennar (ACE)	48
Pistill formanns	53
Fréttir af starfi félagsins.	55

Ýmsar tilkynningar

Minningarkort Geðverndarfélags Íslands
fást á skrifstofu félagsins og á gedvernd.is. Sími skrifstofunnar er 552 5508.
Félögum og öðrum, sem áhuga kunna að hafa, er bent á að eldri árgangar
af Geðvernd fást á skrifstofu félagsins í Hátúni 10, 105 Reykjavík, og
á www.gedvernd.is.



Frá ritstjóra

Stefna íslenskra stjórnvalda í geðheilbrigðismálum sem samþykkt var árið 2016 virðist vera að skila jákvæðum breytingum á verklagi í geðheilbrigðisþjónustu þar sem fjármagn fylgir verkefnum stefnunnar en betur má en duga skal í okkar velmegandi samfélagi. Ekki má gleyma því að almenningur vill setja geðheilbrigðismál í forgang sem og geðheilbrigðisstarfsmenn sem hafa bent í mörg ár á stefnuleysi stjórnvalda í málaflokknum, sérstakleg m.t.t. þess að hlúa með gagnreyndum aðferðum að geðheilsu barna, unglinga og fjölskyldna þeirra.

Það má alls ekki vanmeta að ein af stærstu áskorunum 21. aldarinnar eru geðheilbrigðismálin þar sem nauðsynlegt er í enn frekara mæli að beina sjónum að forvörnum og snemmtækri íhlutun. Það er stór áskorun fyrir samfélag okkar þegar rannsóknir sýna að um þriðjungur háskólanema, við Háskóla Íslands, Háskólann í Reykjavík og Háskólann á Akureyri, mælist með þunglyndi. Þau eru að glíma við andleg veikindi, sérstaklega kvíða- og þunglyndisvanda. Opinber geðheilbrigðisþjónusta, innan heilsugæslu, þarf að geta boðið upp á viðeigandi geðheilbrigðisþjónustu fyrir þennan hóp – þetta er kynslóðin sem á ekki fyrir útborgun í sitt fyrsta húsnæði. Hvað þá að þau eigi fyrir samtalsmeðferðum á einkareknum stofum hjá sjálfstætt starfandi meðferðaraðilum t.d. geðhjúkrunarfræðingum, sálfræðingum, félagsráðgjöfum og iðjuþjálfum nema að hún verði niðurgreidd sbr. niðurgreiðslu þjónustu sjúkráþjálfara og fleiri fagstétta. Mikilvægt er að nota tækni fjarheilbrigðisþjónustu til að tryggja þverfaglega þjónustu sérfræðinga á öllu landinu.

Ein af áskorunum stjórnvalda í geðheilbrigðismálum er að fækka þeim 40 sem á hverju ári falla fyrir eigin hendi en það eru fleiri en látast af völdum umferðarslysa. **Sigurður Páll Pálsson, geðlæknir**, skrifar vandaða grein um sjálfsvígisáhættumat og viðeigandi meðferð þar sem hann fer vel yfir staðreyndir um sjálfsvíg og sjálfsvígisferlið ásamt því að ræða um sjálfsvígisfræði og sjálfsvígisforvarnir. Það er ánægjulegt að í september sl. setti heilbrigðisráðherra 25 milljónir í aðgerðaráætlun gegn sjálfsvígum á Íslandi til að hrinda í framkvæmd verkefnum til að fækka sjálfsvígum. Meðfylgjandi grein Sigurðar Páls er samantekt á aðgerðunum frá Embættis Landlæknis en lykillinn að því að fækka sjálfsvígum á Íslandi er gott aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu ásamt því að komið sé á „fót föstum vettvangi fyrir uppbyggingu þekkingar og þróunar úrræða“ í sjálfsvígisforvörnum.

Ágústa Ingibjörg Arnardóttir og Þórey Edda Heiðarsdóttir, sálfræðingar, fjalla um díalektíska atferlismeðferð (DAM) sem notuð er í vaxandi mæli bæði fyrir unglinga og fullorðna á einkenni jaðarpersónuleikaröskunar eins og sjálfsskaða og sjálfsvígshæðun. DAM meðferðin notar aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar, díalektíska heimspeki og Sen fræði. Ágústa og Þórey Edda kynna og gera þessari meðferð góð skil í grein sinni. **Sverrir Björn Einarsson, sálfræðingur og Gísli Kort Kristófersson, sérfræðingur í geðhjúkrun**, skilgreina DAM sem núvitundarmiðaða hugræna meðferð í grein sinni um núvitund og hvatvísi. Kjarni núvitundarinngríps samkvæmt grein þeirra er að gefa núlíðandi augnabliki meðvitaða athygli án þess að dæma það. Grein Sverris og Gísla er fræðilegt yfirlit yfir rannsóknir sem skoða áhrif núvitundar á hvatvísi. **Bryndís Berg, hjúkrunarfræðingur**, fjallar um jákvæða sálfræði, upphaf hennar, helstu kenningar og verkfæri. Grein Bryndísar er góð samantekt og þar vitnar hún í grein Sin og Lyubomirsky frá árinu 2009 að „jákvætt inngrip er

það sem einstaklingur gerir með ásetningu og með að markmiði að rækta jákvæðar tilfinningar, jákvæða hegðun eða jákvæða vitund“. Allar þessar greinar gefa innsýn í fræðilega og klíniska þekkingu meðferða bæði fyrir fagfólk og almenning.

Alice Harpa Björgvinsdóttir, sérfræðingur í klínískri sálfræði, er fyrsti höfundur greinar um mat á árangri sérhæfðrar hópmeðferðar á félagsfærni og lágu sjálfsmati. Markmið rannsóknarinnar sem kynnt er í þessari grein er að kanna hvort sérhæfð félagsfærni meðferð í hópi hafi áhrif á félagsfærni og sjálfsmat. Niðurstöður rannsóknarinnar leiða í ljós að meðferðin ber marktækan árangur til að draga úr félagsfærni og auka sjálfsmat þátttakenda. Ekki var um samanburðarhóp að ræða sem þó hefði styrkt rannsóknina til muna eins og höfundar koma réttilega inn á í greininni. Þátttakendur voru 37 talsins, 31 kona og 6 karlar á aldrinum 16-59 ára. Sannarlega er um að ræða vel gerða rannsókn sem mikilvægt er að koma á framfæri.

Greinar í þessu tölublaði Geðverndar eru ritrýndar að einni undanskilinni. Öllu jöfnu fara tveir ritrýnar yfir greinarnar og koma með athugasemdir um hvað betur má fara. Ritrýnar Geðverndar í ár komu með ómetanlega rýni á greinarnar sem sannarlega bættu gæði þeirra. Ritrýnum eru þökkuð aðkoma að ritrýni. Grein Bryndísar Berg er námsverkefni sem fengið hefur prýðis umsögn í námi í jákvæðri sálfræði og birtist því í blaðinu án ritrýni. Á vormisseri ætlar ritstjóri og ritstjórn að semja skýrar leiðbeiningar um uppsetningu, orðafjölda, heimildavinnu o.fl. sem verða viðmið fyrir ritrýndar greinar í næstu tölublöðum Geðverndar. Þessar leiðbeiningar verða birtar á heimasíðu Geðverndarfélag Íslands á vormisseri 2019.

Viðtalið í þessu tölublaði er við **Mark Bellis, prófessor** í lýðheilsufræðum við Bangor Háskólann í Wales. Hann leiðir samráðsvettvang Alþjóða heilbrigðisstofnunarinnar (WHO) um fjárfestingu í heilsu og vellíðan, og situr í sérfræðiráði WHO um forvarnir gegn ofbeldi. Hann kom til Íslands á vegum Geðhjálpar og Geðverndarfélag Íslands á Alþjóðlega geðheilbrigðisdeginum þann 10. október sl. og hélt erindi um áföll í æsku (ACE sem er skammstöfun á e. Adverse Childhood Experiences) og hvernig þau hafa áhrif á heilsu á fullorðinsárum. Ritstjóri kallar eftir greinum í Geðvernd 2019 um þetta efni. Markmiðið verður að gefa út þemablað um áföll í æsku og afleiðingar þeirra.

Það hefur ætíð vera stefna Geðverndar að höfða til breiðs hóps lesenda um geðheilbrigðismál. Ritstjóri þakkar höfundum þessa blaðs fyrir metnaðarfullar og fróðlegar greinar. Hann þakkar einnig stjórn, ritstjórn og framkvæmdastjóra Geðverndarfélag Íslands fyrir samstarfið við útgáfu blaðsins.

Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir
ritstjóri Geðverndar

Heimildir:

- Aðgerðaáætlun til að fækka sjálfsvígum á Íslandi. Niðurstöður starfshóps apríl 2018. <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/frettir/frett/item34929/adgerdaaetlun-til-ad-faekka-sjalfsvigum-a-islandi>
- Andri Hauksteinn Oddsson. Depressive and anxiety symptoms among university students in Iceland <http://hdl.handle.net/1946/28674>. Óbirt meistararitgerð við Háskólann í Reykjavík
- Geðhjúkrun. Framlag hjúkrunarfræðinga til eflingar geðheilbrigðisþjónustu á landinu. Skýrsla unnin af fagsviði og fagdeild geðhjúkrunarfræðinga Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í tengslum við stefnu og aðgerðaráætlun velferðarráðuneytis í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. Júní 2017.
- Mark Bellis, Karen Hughes, Katie Hardcastle, Kathryn Ashton, Kat Ford, Zara Quigg, and Alisha Davies. The impact of adverse childhood experiences on health service use across the life course using a retrospective cohort study. *J Health Serv Res Policy*. 2017 Jul; 22(3): 168–177. Published online 2017 Jul 11. doi: [10.1177/1355819617706720] PMID: PMC5549819 Þingsályktun um stefnu og aðgerða-áætlun í geðheilbrigðis-málum til fjögurra ára. Samþykkt á Alþingi 29. apríl 2016. <https://www.althingi.is/altext/145/s/1217.html>

Sjálfsvígsáhættumat og viðeigandi meðferð

Staðreyndir um sjálfsvíg og sjálfsvígsferli

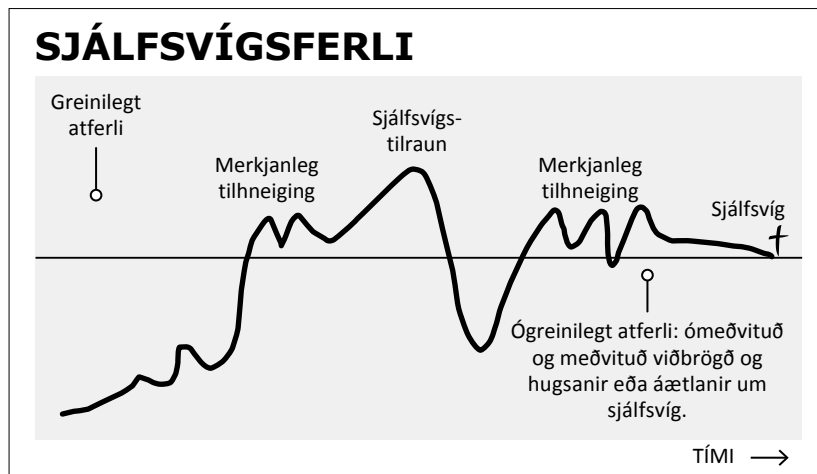
Sjálfsvíg er ekki sjúkdómur heldur er talað um sjálfsvígsferli (e. suicidal syndrome, sjá mynd 1) þar sem áhætta vex og dvínar á ævinni (1). Í samfélagsrannsókn Paykel í Bretlandi, frá árinu 1974 (2) svöruðu 7,8% að þeim fannst síðastliðið ár lífið ekki þess virði að lifa, 5,0% óskuðu þess að vera dánir, 2,3% hugsuðu um að enda líf sitt, 1,5% hugsaði alvarlega að taka líf sitt og 0,6% höfðu gert sjálfsvígstilraun síðastliðið ár. Aðrar rannsóknir sýna mikinn breytileika milli landa í algengi sjálfsvígsferlis. Það virðist algengast meðal kvenna, fráskildra og þeirra sem glíma við þunglyndi, kvíða og fíknivanda. Líftímaalgengi var milli 10-18% af einhverjum ofangreindra lífsleiða-, dauða- og sjálfsvíghugsana. Alls höfðu 3-5% gert tilraun til sjálfsvígs (3, 4). Hjá elstu aldurshópum er algengi sjálfsvígsferlis enn hærra. Í grein Skoog og félaga frá árinu 1996 (5) var mánaðaralgengi sjálfsvígsferlis 15% hjá einstaklingum án ellinglapa. Það tengdist sterklega þunglyndis-, kvíða- eða geðrofssjúkdómi. Í



Íslenskum rannsóknum, þar sem sendir voru út spurningalistar um sjálfsvígsferli, var sýnt fram á að þetta er algengt vandamál á Íslandi líkt og í öðrum löndum (6-7).

Sjálfsvíg er orsök dauða vegna þeirrar aðferðar sem einhver notar við að enda líf sitt. Hinsvegar er í raun um að ræða andlegan eða líkamlegan sjúkdóm, breytt hugarástand við neyslu ávana- og fíknilyfja eða krísa sem orsakar þann hugarheim sem leiðir til sjálfsvígstilraunar sem tekst, þ.e. sjálfsvígs. Sjálfsvíg er mjög persónuleg athöfn (8). Einstaklingur gerir eða gerir ekki eitthvað sem leiðir til dauða með hans vilja og ásetningi. Við sjálfsvíg er gert ráð fyrir að einstaklingur vissi/skildi að hegðunin leiddi til dauða (9). Þetta þýðir að alltaf verður vafi við óvænt andlát eldra fólks með ellinglöp eða óproskaðra barna. Sjálfsvíg eru því alltaf vantalin og svo bætist við hópur þar sem fólk deyr í umferðarslysum og við lyfjæitranir fíkla. Þar er oft erfitt að meta hvort um slys er að ræða eða einlægan (sterkan) ásetning að taka líf sitt. Stutt skilgreining á sjálfsvígi er sú hegðun að maður, með eigin

vilja og gerðum, lýkur lífi sínu. Sjálfsvíg (suicidum) eru því öll dauðsföll þar sem það er viljandi lífshættulegur verknadur á eigin líkama sem veldur dauða (1, 10). Sjálfsvíg á sér alltaf forsögu, sjálfsvígsferlið sjálft hefur upphafsreit. Fæst sjálfsvígsferli enda með sjálfsvígi eða dauða. Ég hef þekkt fólk sem gerði sína fyrstu sjálfsvígstilraun á táningsaldri en dó að lokum á nírræðisaldri, náttúrulegum dauðdaga. Á þessum árum voru nokkrar



Mynd 1.



sjálfsvígstilraunir á margra ára fresti. Það sem knúði sjálfsvígshættu á tímabilum voru reglulegar depurðarlotur í geðhvarfasjúkdómi (e. bipolar disorder). Það sem er merkilegt í alvarlegu sjálfsvígshættu er að þá er viljinn til að deyja, eyða sjálfum sér, orðin lífshvötinni sterkari. Það er umhugsunarefni að fólk missi lífsviljann og vilji í stað þess deyja. Þessi hugsanaferli skipta máli því við viðtöl og mat á sjálfsvígshættu er hægt að skoða og vinna með þessa þætti til að hjálpa, sbr. kjarnann í hugrænni samtalsmeðferð við þunglyndi. Þunglyndur sjúklingur hefur neikvæðar hugmyndir, vonlausa, neikvæða sýn á sjálfan sig, umhverfi sitt og framtíð, sbr. þunglyndispríhrýningur Aron Beck (11). Við sjálfsvíg eru flestir taldir haldnir þunglyndissjúkdómi eða vera í þunglyndisástandi (8). Auk þess er stór hluti karla og kvenna undir áhrifum áfengis, lyfja- eða eiturlyfja (4). Í doktorsritgerð Jan Beskov (12) frá Svíþjóð kom í ljós að 72% sjálfsvígna karla tengdust áfengi, annað hvort vegna langvarandi áfengisvanda, nýlegum missi ökuleyfis eða að þeir voru undir áhrifum áfengis við sjálfsvíg.

Hugtakið sjálfsvígstilraun (lat. tentamen suicidi, e. parasuicide) er notað um verknað einhvers gagnvart sjálfum sér sem raunverulega eða sennilega er lífshættulegur og sýnt þykir að viðkomandi hafi ætlað að enda líf sitt eða gefið það í skyn að slíkt væri ætlunin enda þótt dauði hlytist ekki af. Samkvæmt þessari skilgreiningu tilheyra þessum flokki þau tilvik þar sem augljós ætlan er á bak við og hin þar sem vilji til verknaðar er tvíbentur (e. ambivalence) (1). Það er mikilvægt að meta áhættustigið hjá þessum hópi með tilliti til hvaða meðferð þarf að velja strax. Þá þarf að skoða hvort innlögn dugi eða samtalsmeðferð á göngudeild. Þeir sem eru á báðum áttum þurfa auk þess samtalsmeðferð þar sem megintilgangurinn er að vekja vonina og lífsviljann á ný.

Fæstar sjálfsvígstilraunir enda með dauða. Nýgengi sjálfsvígstilrauna er talin vera 10-40 hærrí en sjálfsvígna ár hvert. Enginn veit þó með vissu þessi hlutföll. Sjálfsvígstilraun er yfirleitt skilgreind sem *hegðun eða athöfn sem hefði getað leitt til dauða*. Þegar þessir sjúklingar eru metnir eftir sjálfsvígstilraun kemur í ljós að hugsunin á bak við var mismunandi:

- a) sumir vilja deyja í raun
- b) aðrir voru að hrópa á hjálp og breytingar

- c) markmiðið var að hafa áhrif á einhvern, „manipulation“ (9).

Á umliðnum árum bættist við hugtakið „deliberate self-harm“, sjálfsskaði. Í raun hjálpar þetta hugtak lítið við flokkun sjálfsvígstilrauna en minnir á að sjálfsvígstilraunir eru sumar með mjög vægum vilja til að deyja (e. low suicide intent) og eru ekki sérstaklega alvarlegar, lífshættulegar í upphafi. Þessi hópur gerir síðar á ævinni alvarlegar sjálfsvígstilraunir og framkvæmir jafnvel sjálfsvíg. Þess vegna var hópurinn búinn til í rannsóknaskyni (13). Þessi hópur þarf einnig góða eftirfylgdar meðferð svo ekki fari illa.

Um sjálfsvígshættu og sjálfsvígshættuvarnir

Mikilvægt er að skilja að alltaf er hægt að bæta sjálfsvígshættuvarnir. Forvarnir, sbr. latnesku sögnina „praevenire“, inniber að fyrirbyggja áður en eitthvað gerist. Með því að efla góða heilsu (geðrækt), viðhalda henni, endurreisa heilbrigði, draga úr sjúkdómum, fötlun og álagi ætti að vera hægt að fækka bæði sjálfsvígstilraunum og sjálfsvígum. Fyrsta stigs forvörn er að lækka nýgengi sjálfsvígna. Þetta gerist með betri geðheilsu þjóðarinnar. Einnig er hægt að minnka aðgengi að t.d. eiturlyfjum, áfengi, skotvopnum, lyfjum o.s.frv. Breyta þarf viðhorfum í samfélaginu. Sjálfsvíg eru vandi alls samfélagsins og ekki einkamál heilbrigðisstétta. Efla þarf fræðslu í skólum og samfélagi. Minnka þarf fordóma fyrir geðsjúkdómum og auka áhuga á forvarnarstarfi.

Annars stigs forvarnir eru m.a. að minnka tíma í sjúklegu ástandi og lækka algengi sjúkdóms, ástands eða kvilla (hér sjálfsvígshættu). Hægt er að bæta sjúkdómshættu, meðferð og eftir meðferð ásamt því að bæta bráðþjónustu við fólk eftir sjálfsvígstilraun. Bæta þarf viðmót og viðhorf gagnvart sjúklingum í sjálfsvígshugleiðingum. Bæta á skyndimeðferð hjá áhættuhópum. Þetta er að mestu leyti hlutverk félags- og heilbrigðiskerfis.

Þriðja stigs forvörn væri að lækka eða uppræta og eyða langtímafötlun sem sjúkdómar valda. Það snýst um að langveikir þurfa sífellda endurhæfingu (8).

Tvær megin tegundir sjálfsvígshættuvarna beinast að annars vegar almennu þýði fólks og hins vegar að ákveðnum einstaklingum. Bæði inn-

gripin eru nauðsynleg til að ná árangri við að fækka sjálfsvígum. Bæði krefjast þekkingar á málefnum, skilnings, skipulags, fjármagns og eru langtíma aðgerðir. Nýlega eru komnar fram tillögur til að draga úr sjálfsvígum á Íslandi (14). Lesendur eru hvattir til að kynna sér þær til að skilja betur möguleika á sjálfsvígsvörnum. Tillögurnar eru í 6 megin liðum: 1) Efla geðheilsu og seiglu í samfélaginu. 2) Stuðla að gæðþjónustu á sviði geðheilbrigðis. 3) Að takmarka aðgengi að hættulegum efnum, hlutum og aðstæðum. 4) Aðgerðir til að draga úr áhættu meðal sérstakra áhættuhópa. 5) Stuðningur við eftirlifendur. 6) Efla þekkingu um sjálfsvíg og sjálfsvígsvörnar.

Sjálfsvígsvör tengjast mörgum fræðigreinum en í raun öllum þáttum samfélagsins. Þó að geðlæknisfræði, sálfræði, félagsfræði, siðfræði, heimspeki, mannfræði, stjórnmálafræði, trúfræði, líffræði, erfðafræði og dýrafræði hafi lagt sitt að mörkum til forvarna þá vitum við öll og skiljum að einstaklingur byrjar að mótast og dafna strax í móðurkviði. Vitað er að uppeldisaðstæður, umhverfisþættir, skóli og vinna skipta miklu í því að móta heilbrigðan einstakling. Áhættuþættir sjálfsvígna eru því gróft séð sálfræðilegir, félagslegir, líffræðilegir, persónulegir og svo samtvinnaðir umhverfi (8-9, 4). Þekktu áhrifaþætti við sjálfsvígstilraunir eða sjálfsvíg er hægt að sjá á mynd 2. Þættir sem sýndir eru á mynd tengjast oft innbyrðis. Athuga ber að sjúklingar í sjálfsvígshættu hafa mismunandi mikið af þessum þáttum. Taka

ber tillit til þessara áhrifaþátta við áhættumat og meðferðarval hvers og eins (mynd 2. var notuð við verkefnið *Þjóð gegn þunglyndi*, fyrirlestraröð á vegum Landlæknisembættisins).

Sjálfsvígshættumat

Við sjálfsvígshættumat er mikilvægt að vera sér meðvitandi um sjálfsvígsskilaboð. Þeim er auðvelt að missa af og greinast oft ekki fyrr en of seint (10). Sjálfsvígsskilaboð geta verið: 1) Bein í máli (yrt): „Ef þú ferð ætla ég að hengja mig“ 2) Óbein í máli (óyrt): „Þú veist ég get ekki lifað án þín“ eða aðrar vandtúlkaðar setningar eða duldar merkingar í orðum: „Bráðum sjáumst við ekki aftur“. Þetta eru yfirleitt orð sem tengjast dauða, lífi, að tynast eða hverfa. Eitthvað er gefið í skyn, eitthvað tvírætt. Sum skilaboð verða ekki skýr heilbrigðisstéttum eða ættingjum fyrr en eftir sjálfsvíg. Við verðum því að vera vakandi fyrir slíkum skilaboðum (hafa í undirmeðvitundinni) í klínísku starfi gagnvart öllum sjúklingum. 3) Bein sjálfsvígsskilaboð með hegðun: Sjúklingur er t.d. að safna töflum á sjúkrahúsi eða heima. 4) Óbein skilaboð með hegðun: Eldri kona byrjar að gefa burt eigur sínar og kallar til lögfræðing til að gera erfðaskrá. Sumir hætta að taka lyfin sín eða hirða ekki um sig. Vanræksluhegðun getur gefið í skyn skertan lífsviljan, tilgangleysis- og vonleysishugsanir. Þetta eru oft vísbendingar um alvarlegt sjálfsvígssferli. Í tengslum við þetta er mikilvægt að muna að vitað er að fólk leitar oft

læknis nálægt þeim tíma sem það fremur sjálfsvíg: Í doktorsritgerð Magda Waern (15) á sjálfsvígum aldraðra í Gautaborg kom í ljós að viku fyrir atburðinn komu til læknis 19-47%, og 42-77% mánuði fyrir atburðinn. Við komu til læknis var oftast ekki vitað um sjálfsvígssferlið sem var til staðar. Þó kom í ljós að ættingjar vissu oft um sjálfsvígshugsanir, dauðahugsanir og lífsleiða en fagfólk. Mikilvægt er því að hafa í huga þegar sjúklingur kemur til heilbrigðisstarfsfólks og ekkert finnst líkamlegt athugasvert, að hafa í huga leynt, dulið þunglyndi sem ástæðu



Mynd 2.



komu. Sjálfsvígshættumat er þegar að vera í gangi þó sjúklingur greini hvorki frá lífsleiða eða þunglyndiseinkennum að fyrri bragði.

Einnig er mikilvægt að hafa í huga áhættuþætti sjálfsvíga sem eru tölfraðilegir vegvísar fyrir hópa en þeir geta þó aldrei greint einstaklingshættu tölfraðilega. Dæmi um þetta er:

Kyn: Sjálfsvígshætta karla er þreföld á við konur. Konur eru hins vegar í helmingi meiri áhættu að gera sjálfsvígstilraun (16-19).

Aldur: Það er meiri hættu eftir 45 ára aldur hjá konum. Aldur eykur hættu hjá báðum kynjum. Mikilvægt er að muna að ungir karlar höfðu mjög mikla áhættu hér á Íslandi miðað við umheiminn á árabílinu 1980-2000 en síðan hefur dregið úr fyrir aldurshópin 15-24 ára en ekki aldurshópin 25-34. Miðaldra konur voru í mestri áhættu alla síðustu öld og fram á þennan dag (16-17).

Hjúskaparstaða: Fráskildir, ekkjur og ekklar eru í meiri hættu en giftir og kvæntir. Einbúar eru í mestri hættu en þeir búa við einangrun (16, 20-21).

Atvinna og iðja: Atvinnulausir og þeir sem finnast þeir ekki tilheyrja samfélaginu, og þeir sem hafa miklar fjárhagsáhyggjur (20-22). Vandí við rannsóknir á þessum þáttum er að deilt hefur verið um sjálfstæði atvinnuleysis sem áhættuþáttar sjálfsvígs. Vitað er að á Íslandi eru bætur og örorka viðgengin venja ólíkt því sem er í vanþróaðri þjóðfélögum. Enn eru engar vísbendingar um að t.d. „Hrunið“ hafi fjölgað sjálfsvígum á Íslandi ólíkt því sem sýnt hefur verið fram á í mörgum löndum. Auk þess eru tengslin flókin því geðraskanir geta valdið því að fólk hrekst af vinnumarkaði.

Geðsjúkdómar: Þunglyndi, geðhvörf, fíknisjúkdómar, geðklofi og persónuleikaraskanir. Öllum geðsjúkdómum og geðröskunum fylgir aukin hættu á sjálfsvígum. Þeir sem verða snemma veikir og leggjast oft inn á sjúkrastofnun eru í sérstakri hættu. Aðrir líkamlegir sjúkdómar auka einnig sjálfsvígshættu og eru algengari hjá geðsjúkum (8,16,20-21).

Líkamlegir sjúkdómar: Þreytandi og erfiðir langvarandi sjúkdómar. Ólæknandi taugasjúkdómar (t.d. flogaveiki). Sjúklingar sem hafa erfiða og oft ólæknandi verki (8-9, 16, 20-21). Líkamlegir sjúkdómar auka auk þess líkur á þunglyndi.

Sjálfsvígstilraunir: Fyrsta sjálfsvígstilraun er sterkasti áhættuþáttur fyrir sjálfsvígi síðar. Vitað

er að líkindi aukast með fjölda sjálfsvígstilrauna. Karlar hafa miklu meiri áhættu á sjálfsvíg eftir sjálfsvígstilraunir en konur. Undantekning er þó miðaldra eða eldri kona sem gerir sjálfsvígstilraun. Sjálfsvígshætta er talin vera aukin 1-2% á ári fyrstu 10 árin a.m.k. (16, 18-19).

Ættarsaga: Sjálfsvíg hjá náskyldum ættingja getur verið sjálfstæður áhættuþáttur, sjálfsvígíð hefur áhrif á viðkvæman ættingja, en hafa verður í huga að hér geta arfgeng sjálfsvígshættu eða geðsjúkdómar haft áhrif (20).

Vöntun á tengslum við jákvæða strauma, t.d. trú á æðri mátt/guð eða tilheyrja góðu samfélagi eða virkum og góðum félagsskap. Durkheim tengdi sjálfsvíg við upplausn í samfélaginu (9, 20). Fjölgun varð á sjálfsvígum eftir 1989 þegar Berlínarmúrin féll og mestur hluti efna-hags og gilda austurblokkarinnar hrundu. Þetta olli normleysi, upplausn, atvinnuleysi og aukinni drykkju. Nú eru margar fyrrum austantjaldsþjóða með flest sjálfsvíg heimi. Grænland hefur haft lengi mjög háa tíðni sjálfsvíga en þar hefur atvinnuleysi, drykkja og normleysi ríkt í áratugi hjá mörgum Grænlendingum (4). Bæta má við missi eða vöntun á mannlegum samböndum, t.d. vonbrigði í ástarmálum (8, 20-21).

Þættir eins og erfið uppvaxtarskilyrði, alvarleg áföll, misnotkun í æsku og foreldramissir í æsku (8-9, 20-21).

Sjúkdómsmyndir sem ber sérstaklega að skoða og útiloka

Við geðskoðun er mikilvægt að heilbrigðisstéttir séu vakandi fyrir því hvort sjálfseyðingar- og váhugsanir séu virkar. Eftirfarandi þarf að hafa í huga: 1) athuga ber hvort sjálfsvígshugsanir séu virkar, 2) athuga ber hvort ákveðin tjáning sé á undirbúningi og hvort aðferð við sjálfsvíg sé í hugsunum. Ekki má villa sýn að sumir einstaklingar sýna óhugnanlega rósemi, 3) vitað er að í upphafi og við lok á geðlæggðarlotuskeiði er sérstakt áhættutímabil fyrir sjálfsvígshugsanir, 4) hugarástand þar sem mikill kvíði, eirðarleysi og reiði ríkir. Einnig getur bæling og hömlur á tilfinningum verið sérstaklega varasamar, 5) skömm, sérstaklega nýlega, t.d. þegar afbrot er afhjúpað í fjölmiðlum eða við birtingu dóms. 6) lífeðlisfræðilegir áhættutímar, t.d. hormónasveiflur, 7) langvarandi svefnleysi, spennu eða verkir, 8) ólækn-

andi sjúkdómur eða ótti við hann, 8) drykkjusýki og lyfjamisnotkun, eitrun af lyfjum og fíkniefnum og slæm fráhvörf og uppgjafarfasir fíkniröskunar hjá langvarandi fíklum (20-21, 23-24).

Engir matskalar eru fullnægjandi

Hönnun klínískra tækja til að meta sjálfsvígshættu er ekki einföld, sérstaklega þegar meta skal sjálfsvígshættu hjá ákveðnum einstaklingi í forvarnarskyni. Til eru margir skalar (25) en enginn hefur náð verulegri útbreiðslu, fyrst og fremst vegna vafa um áreiðanleika og vissra óþæginda við að nota formlega skala í viðtölum við sjúklinga. Strax árið 1985 benti Motto (26) á að vandinn við að hanna sjálfsvígshættuskala liggur í þeirri staðreynd að sterkir áhættuþættir, t.d. heilsa, verða ekki alhæðir yfir stóran hóp og sterkir áhættuþættir í stórum hópi, t.d. aldur, eiga ekki endilega við um ákveðinn einstakling. Svipaðar voru niðurstöður Goldstein og féлага árið 1991 (27). Það reyndist mjög erfitt að hanna tölfraðilegt módel sem spáði fyrir um sjálfsvíg. Þrátt fyrir að spáð var fyrir hjá sjúklingum inni á geðdeildum sem voru í alvarlegustu áhættuhópum sjúklinga („multiple logistic model“ spáði ekki einum einasta sjúklingi rétt!).

Þess vegna þarf einnig að skoða og skilja áhættuþætti út frá því hvort þeir auki eða minnki líkur á sjálfsvíg. Lækkar einhver þáttur þröskuld fyrir sjálfsvíg? Er einhver þáttur sem kveikir áhættu? Ekki verður komist lengra en geta metið 1) litla eða væga áhættu, 2) miðlungs áhættu, og 3) mikla áhættu. Sérstækni sjálfsvígskvarða er nefnilega aldrei fullnægjandi. Það er kunnátta, næmi, reynsla og innsæi sem við verðum að treysta á að lokum auk góðra upplýsinga frá mikilvægum heimildarmönnum (ættungjum, vinum, sjúkraskrá).

Greiningarviðtal við áhættumat eftir sjálfsvígstilraun

Í greiningarviðtali eftir sjálfsvígstilraun þarf að vinna trúnað (ná meðferðarsambandi), kynna sig og útskýra tilgang viðtals. Markmiðið er að reyna að skilja atburðinn (tilraunina).

Eftirfarandi þarf að hafa í huga:

- 1) Gera þarf nákvæma úttekt á atburðum sólarhringana fyrir sjálfsvígstilraun. Athuga þarf hvernig aðstæður voru, var fyrirfram

gerð áætlun, var sjúklingur þá einangraður langt frá öðrum, skrifaði hann kveðjubréf? Hver var ástæða sjálfsvígstilraunarinnar? Hver var hegðun fyrir tilraun, var um að ræða neyslu (áfengi, lyf, eiturlyf)?

- 2) Hefur sjálfsvíg verið reynt áður? Greina þarf vandamál sem eru í gangi og tengjast sjálfsvígstilrauninni, hvert var eðli þess vanda og tímalengd, voru einhverjar breytingar nýlega? Einnig þarf að kanna hvort sálræn eða líkamleg vandamál séu til staðar, t.d. tengd tengslum við maka, börn, fjölskyldu, vini eða vinnufélaga. Er neysla til staðar?
- 3) Skoða þarf bakgrunn: Skoða þarf fjölskyldu- og persónusögu ásamt því að reyna að meta persónuleika sjúklings og reyna að meta aðlögunarhæfni hans.

Í greiningarviðtali þarf að reyna einnig að byrja að hjálpa sjúklingi að sjá úrræði til að komast úr sálarkreppu. Finna þarf úrræði úr krísu, eigin úrræði og annarra, t.d. vina og kanna þarf læknis- og/ eða sálfræðilega meðferð. Skoða þarf hver voru fyrri úrræði í erfiðleikum?

Meta þarf geðhag í viðtali, sérstaklega geðbrigði og hugsanir og átta sig á dýpt og alvarleika þunglyndis, meta kvíða, útiloka ranghugmyndir og meta innsæi og áttun. Meta þarf hvað eru raunveruleg vandamál frá sjónarhorni sjúklings. Meta þarf hjálparþörf og átta sig á hvað sjúklingur er fús að þiggja og hverja aðra þarf að fá í viðtal, t.d. maka eða aðra ættingja.

Í lok viðtals þarf að nást samkomulag um aðgerðir af hálfu meðferðaraðila og sjúklings og annarra sem hjálpa og koma sér saman um meðferðaráætlun (23, 25).

Mikilvægt er að velja réttan stað og stund, aðferð og tímalengd matsviðtals. Sjúklingur þarf að vera orðinn skýr ef um lyfjainntöku var að ræða. Rannsóknir á geðmati eftir sjálfsvígstilraun hafa sýnt að sjúklingum finnst þeir hafa verið metnir of snemma (48%). Sjúklingum fannst í helmingi tilfella viðtalið hjálpa þeim andlega og hafa jákvæð áhrif á eftirmeðferð. Bara helmingur sjúklinga vissi fyrirfram að geðlæknir kæmi. Fáir (9%) upplifðu neikvæð áhrif af geðviðtali. Í einungis 22% tilfella var haft samband við ættingja (28). Augljóst er því samkvæmt þessari rannsókn að bæta þarf geðmat eftir sjálfsvígstilraunir. Mikilvægt er því að gefa sér góðan tíma í viðtali og hafa það



í næði og í rólegu, tryggju, öruggu umhverfi. Í viðtali þarf að vinna traust sjúklings og koma til móts við hann með jákvæðu viðhorfi. Við finnum merki og einkenni sjálfsvígshugsanna ekki ef við spyrjum ekki reglulega! Við verðum alltaf að vera á verði í okkar starfi sem fagfólk í heilbrigðisþjónustu. Við verðum að vinna eins og fagmenn, fara yfir okkar gátlista líkt og flugmenn! Annars missum við af einhverju rauðu ljósi sem blikkar.

Í greiningarviðtali þarf

- 1) að leita orsaka og tilgangi/afleiðingu sjálfsvígstilraunar.
- 2) að gera sér grein fyrir ásetningi tilraunar.
- 3) meta hvort hætta sé á nýrri tilraun?
- 4) athuga önnur skammtíma eða langvinn vandamál sem sjúklingur kann að hafa.
- 5) greina geðræn vandamál og kanna hvort þau séu enn til staðar. Ef svo er hver er þá sjúkdómgreiningin og samhengið milli hennar og sjálfsvígstilraunarinnar?
- 6) komast að því hvers konar hjálp viðkomandi þarf og hvort hann vilji þiggja hana?

Að öllu ofantöldu er ljóst að greiningarviðtal er mjög mikilvægt og krefst hæfni, reynslu og kunnáttu.

- Við mat á alvöru ásetningstilraun þarf að meta hvort tilraunin var í skyndi eða fyrirfram ákveðin og hve lengi hún var undirbúin.
- Kanna þarf hvort sjúklingur hafi verið einn eða einhver nálægur.
- Meta þarf hvort líklegt væri að hann fyndist eftir tilraun?
- Hvaða ráðstafanir hafði sjúklingur gert til að tryggja eða hindra að hann fyndist?
- Hvaða lyf eða efni tók sjúklingur og hve mikið skildi hann eftir?
- Meta þarf magn áfengis sem neytt var.
- Hvaða áhrifa vænti sjúklingur að ofskammtur eða sjálfsáverki hefði?
- Fannst kveðjubréf eða önnur skrifleg skilaboð eða upptökur?
- Gerði hann ráðstafanir til að fá hjálp eftir tilraun og hvað leiddi til innlagnar á spítala?
- Hversu ánægður/sáttur er sjúklingurinn með að hafa lifað af sjálfsvígstilraunina? (23, 25).

Við verðum að nota lykilsurningar um hversu virkt sjálfsvígshættumat er reglulega við skoðun sjúklings. Það er eina leiðin til að vera viss um ástand sjúklings frá degi til dags.

Það sem stendur hér að neðan er kallað sjálfsvígshættumat (sbr. sænska, „suicid stegen“). Þetta er útvíkkun á svipuðum spurningum Paykel (sjá ofar um samfélagsrannsókn hans frá 1974).

Þessar spurningar eru jafn góðar, hvað næmi og sértækni varðar og hver einn og einasti sjálfsvígsskali sem notaður hefur verið (sjá töflu I.)

Tafla 1.

Spurningar	Einkenni (phenomen)
Hvernig líður þér?	Er grunur um þunglyndissjúkdóm?
Ertu þunglynd/ur, daufur, leiður?	
Virðist þér, finnst allt vera vonlaust?	
Finnst þér lífið vera tilgangslaust?	Dauðahugsanir byrjaðar ?
Lífsleið/ur?	
Hefurðu hugsað að það væri þægilegt, gott að losna við að lifa (sofna)?	Dauðahugsanir
Hefurðu hugsað að þú værir dauð/ur?	Dauðavænting, ósk
Hefurðu hugsun um að gera þér mein, að fremja sjálfsmorð	Sjálfsvígshugsanir*
Hefurðu viljað eða fundist þú nærri því að gera sjálfum þér mein?	Sjálfsvíg óskir eða sjálfsvígshvatir*
Hvenær hefurðu hugsað þér að gera þetta? Hvar og hvernig?	Sjálfsvígsháform og/ eða sjálfsvígshvatir*
Hefurðu einhvern tímann reynt að fremja sjálfsvíg? Hvenær og hvernig?	Sjálfsvígstilraun/ir

Tafla 1.

*Þeir sem eru með sjálfsvígshugsanir eða alvarlegri hugsanir ber stöðugt að meta á geðdeild með tilliti til þarfara á stöðugri gát. Við sjálfsvígsgát má ekki víkja frá sjúklingi og sjúklingur verður vera stöðugt í auglýn starfsfólks.

Alhliða og góð þjónusta eftir sjálfsvígstilraun felur því í sér:

- 1) Bráða lækni meðferð og mat.
- 2) Inngrip í krísu, hættuástand sem skapast hefur.

- 3) Aðgerðir til að reyna um leið að létta einangrun sjúklings sem er fastur í þunglyndi, vonleysi og jafnvel ranghugmyndum um líf sitt og tilgang. Hvetja skal sjúkling til að láta í ljós tilfinningar (t.d. reiði) á annan hátt en með hugsunum um að skaða sig.
- 4) Aðgerðir til að reyna að hindra lokaákvörðun um sjálfsvíg.
- 5) Aðgerðir til að hjálpa sjúklingi að endurnýja félagsleg tengsl.
- 5) Að lina ofsakvíða og svefnleysi með lyfjum, en með varúð. Ekki má gleyma því að góður svefn getur breytt ástandi sjúklings á undraskömmum tíma. Ekki má gleyma að sjúklingar sem eru haldnir eirðarleysisþunglyndi þurfa innlögn og sjálfsvígsgát. Sumir þeirra þurfa raflækningar. Þeir sem þurfa ekki innlögn þurfa eftirmeðferð sem verður að gera samning um (21, 23, 24, 25).

Eftirfylgd

Eftirmeðferð fer yfirleitt fram í einkaviðtölum en einstaka stundum í hópmeðferð. Eftir aðstæðum er fjölskyldan tekin með eins fljótt og hægt er. Meðferðin á að reyna að leiðrétta sálrænar og félagslegar truflanir. Reynt er að bæta sjálfsmat ásamt því að skoða félagslega stöðu og reyna að bæta úrræði eftir þörfum. Semja þarf við sjúkling um að leysa vandamál sín án þess að sýna sjálfsvígshægðun. Hjálpa þarf sjúklingi að finna leið til fullnægju og tilgangs í lífinu. Sálrænar orsakir eru margar fyrir þunglyndi, kvíða og síðar sjálfsvígshægðun. Baksviðs finnast mismunandi þættir sem hægt er að vinna með t.d.: samskiptaörðugleikar, einangrun, einvera, einmanaleiki, nýleg krísa, ástvinamissir, skilnaður, heitrof, fjölskylduerjur eða uppreisn gegn fjölskyldu, eignamissir, fjárhagsörðugleikar, mannorðshnekkir, svipting öku-leyfis, fall úr skóla, fangelsisdómur, gagnrýni eða uppsögn á vinnustað. Margir einstaklingar hafa lengi haft lágan kvíðaþröskuld og lítið álagsspól. Sumir eru að upplagi fælnir og öryggislausir. Sumir hafa lélega hvatastjórn og lágt sjálfsmat. Margir gera of sterkar, miklar kröfur til sjálfs sín, eru haldnir fullkomnunarátáttu. Þeir sem eru haldnir sjálfsvígshugsunum eru þá iðulega einnig þunglyndir og finnast aðstæður og ástand óbærileg viðureignar. Þetta leiðir til óbærilegra tilfinninga og örvæntingar. Í þunglyndi líður fólki stundum

svo illa að það er í raun ólýsanlegt en um leið óskiljanlegt. Í sorg skilur maður vanlíðan sína en oftast ekki í þunglyndi.

Lyfjameðferð með þunglyndislyfjum er iðulega nauðsynleg í alvarlegu þunglyndi en ekki í vægu þunglyndi. Geðrofslyf getur þurft að nota við geðrofseinkenni eða við örlyndi/óeirð eða við mikla þráhyggju eða reiði/hvatvísi inni á við.

Hvar sem eftirmeðferð fer fram má ekki gleyma að skoða áhrif líkamlegra sjúkdóma eða afleiðingar fyrri slysa. Dæmi um framangreint eru t.d. langvarandi sýkingar, langvarandi bæklun, krabbamein og önnur æxli og langvarandi sárir verkir. Þreyta og þunglyndi getur verið vegna blóðleysis, lélegs næringarástands og skorts á vítamínum (t.d. B12). Skert hreyfigeta og fötlun stuðlar að þunglyndi. Útiloka þarf að þróun elliglapa sé í gangi og annarra hrörnunarsjúkdóma. Lífræðilegar breytingar og andleg áhrif þessara sjúkdóma leiða bæði til þunglyndis og kvíða (13, 23).

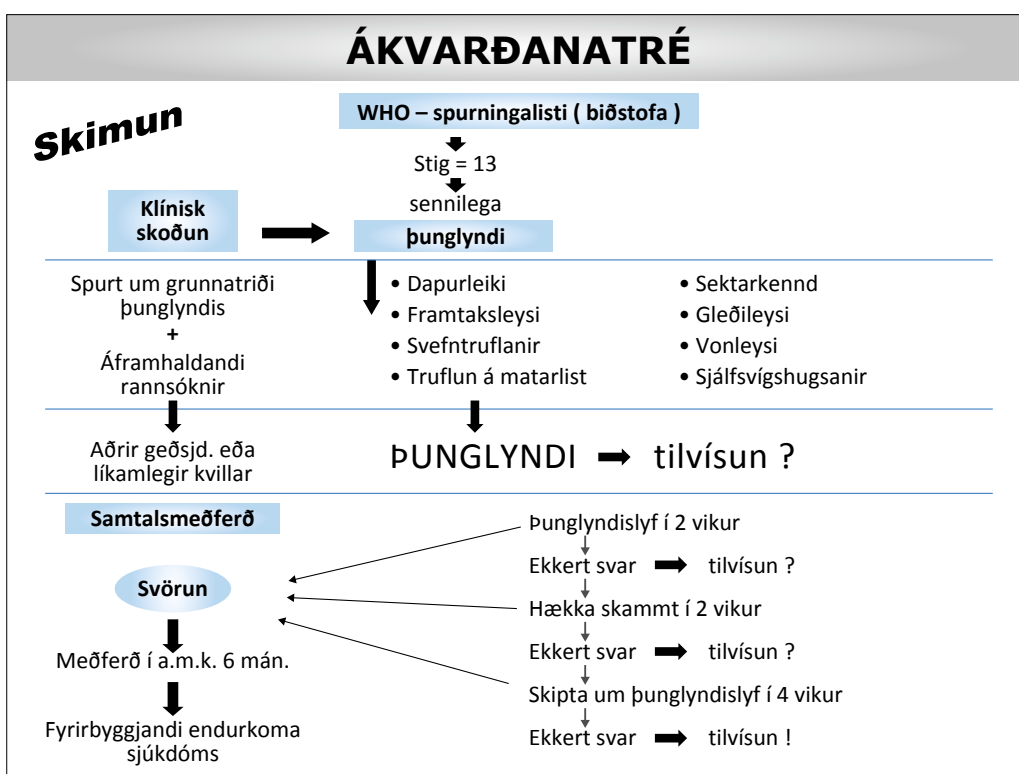
Sjálfsvígshætta er mismunandi eftir einingum og breytist með samfélagi

Sjálfsvígshætta er meira en tíföld á bráðageðdeildum, bráðamóttökum en úti í samfélaginu (18-19). Á öðrum stofnunum er sjálfsvígshætta einnig hærri en í samfélaginu. Við reglubundin viðtöl í heilsugæslu, hjúkrunarstofnunum og meðferðarkjörnum er mikilvægt að hafa dulin sjálfsvígshægðun í huga. Eðlilegri skimun þar er því skynsamlegust í formi spurninga um líðan, van- eða vellíðan og meta þannig óbeint þunglyndiseinkenni. Landlæknir í tengslum við verkefnið *Þjóð gegn þunglyndi* þýddi skalann fyrir mörgum árum, THE WHO-FIVE WELL-BEING INDEX (Vellíðunarskalinn). Sýni sá skali mikla vanlíðan er næsta skref að spyrja um þunglyndiseinkenni og nota svo þekkta þunglyndisskala til nánari staðfestingar. Síðan þarf að greina nánar hver er annar undirliggjandi vandi sem veldur þunglyndi ef það staðfestist (sjá mynd 3 og mynd 4). Þar sem sjálfsvígshugsanir eru yfirleitt tengdar djúpu eða alvarlegu þunglyndi og kvíðaeinkennum væri með þessu vinnulagi hægt að ná fyrr til þeirra sem eru í sjálfsvígshættu (29).

Undanfarnar tvær vikur	Alltaf	Oftast	Rómlega helming tímans	Tæplega helming tímans	Öðru hvoru	Aldrei
1. Var ég glaður/glöð og í góðu skapi.	5	4	3	2	1	0
2. Var ég róleg(ur) og afslappaður/afslöppuð	5	4	3	2	1	0
3. Var ég fullur af orku og krafti.	5	4	3	2	1	0
4. Leið mér vel og var úthvöld(ur) þegar ég vaknaði.	5	4	3	2	1	0
5. Var margt áhugavert að gerast á hverjum degi.	5	4	3	2	1	0

Landlæknisembættið
Directorate of Health

Mynd 3.



Mynd 4.

Mikilvægt er að ítreka að öllum geðröskunum fylgir aukinn hættu á sjálfsvígstílaunum og sjálfsvígum. Í rannsókn Guze og félagu árið 1970, fyrir

tæpum 50 árum (30) töldu höfundar að 15% sjúklinga með geðhvörf eða lyndisraskanir fyrirfæru sér. Það væri 30 sinnum meiri hættu en í

samfélaginu. Sjúklingar með þunglyndi og ranghugmyndir væru í mestri hættu. Einnig skipta vonleysishugsanir máli og svartsýni um framtíðina. Alkahólismi ber með sér aukna áhættu á sjálfsvígi (15%). Þetta gerist oft seint í drykkjuferlinu og þá er líkamleg geta og vinnugeta orðinn skert. Þá er þekkt að hinir drykkjusjúku eru orðnir þunglyndir og hafa nýlega einangrast og misst tengsl við lykilork, ættingja eða vini. Fyrri sjálfsvígstilraunir oft alvarlegar eru þekkar áður í sjálfsvígferlinu (31). Geðklofasjúklingar eru taldir svipta sig lífi í 10% tilfella og hættan er sérstaklega mikil á fyrstu árum sjúkdómsins. Bent hefur verið á að þó í bata sé komið og þar með aukið innsæi hjá sjúklingi geti ungir geðrofsjúklingar orðið daprir og þunglyndir þegar þeir átta sig á sjúkdómnum og afleiðingum hans. Oft eru þetta ungir karlmenn, atvinnulausir og nýútskrifaðir af geðdeild (23, 32).

Talið var þegar eldri flokkanir kvíðaraskanu voru greindar að þar væri aukin áhætta á sjálfsvígum. Við kvíðaraskanir er undirgrúpan felmtursröskun (e. panik disorder) í sérstakri áhættu. Í flestum rannsóknum eru persónuleikaraskanir taldar 10% af sjálfsvígum. Vandinn hér er skörun við neysluvanda við flesta geðsjúkdóma og sjúklingar með kvíðaröskun fá oft þunglyndislotur sem auka enn meir áhættu. Fólk með persónuleikaröskun er oft haldið óyndi, (e. dysthymia), er hvatvíst og árásgjarnt. Við bætist neysluvandi og að lokum útilokun frá félögum og vinum (23, 32-34).

Fylgjast þarf með þróun mála

Fyrir 50 árum (35) lýsti Sainsbury dæmigerðum einstaklingi sem reynir sjálfsvíg sem einstæðum eldri manni, eldri en 40 ára, væri á eftirlaunum eða atvinnulaus. Sjálfsvíg væri þekkt í fjölskyldu og þetta væri byrjun eða í lok sjúkdóms. Einkenni væru mikið eirðarleysi (e. agitation), sektarkennd, svefnleysi, uppgjöf, áfengisvandi, persónuleikabrenslun (e. psychopathic) og jafnvel líkamleg einkenni. Með breyttu þjóðfélagi hafa ungir karlmenn oft framíð sjálfsvíg. Í doktorsritgerð Bo Runeson frá árinu 1990 (36) kemur fram við sálarkrúfningu (e. psychologíc autopsy) á 58 sjálfsvígum að flestir voru karlmenn sem voru þunglyndir, 28% voru með persónuleikaröskun, oft bæði andfélagslegslega- og jaðarpersónuleikaröskun (óstöðug geðbrigði = borderline). Aðlög-

unarröskun (e. adjustment disorder) var greind í 14% tilfella og þá með lækkuðu geðslagi eða tilfinningalegum vanda. Misnotkun lyfja eða eiturlyfja hafði átt sér stað í 47% tilvika. Fæstir höfðu fengið viðeigandi þunglyndismeðferð. Sjálfsvígferlið var í sumum tilfellum mjög stutt en flestir höfðu haft þekkt einkenni í a.m.k. 1 ár. Þeir sem voru með geðhvarfa- og geðrofsjúkdóm voru í sérlega mikilli hættu. Þetta segir þá sögu að áhættuþættir sjálfsvíga og sjálfsvígstilrauna eru breytilegir í samfélögum manna og mikilvægt er því að vakta tíðni sjálfsvíga og sjálfsvígstilrauna. Það er að lokum samanlögð summa áhættuþátta og verndandi þátta hvers einstaklings sem að lokum ræður úrslitum hvað gerist. Að lokum er því vert að horfa á verndandi þætti sem skipta máli, einnig í sjálfsvígshættumati.

Verndandi þættir eru í raun andhverfa þeirra áhættuþátta sem lýst hefur verið að ofan. Verndandi þáttur er sem dæmi jákvæðni í viðhorfum (persónuleika), trúarleg staðfesta, sterk lífsánægja og geðheilbrigði ásamt því að hafa svarað meðferð við andlegum eða líkamlegum sjúkdómi, að vera frískur líkamlega og andlega, bindindi, góð fyrri meðferðarheldni (e. compliance), engin saga um sjálfsvíg í ætt, enginn saga um geðsjúkdóm í ætt, vera giftur/kvæntur, hafa vinnu, vera í stöðugu sambandi við maka, ung börn á heimili, styðjandi fjölskylda, hafa gott innsæi í aðstæður, sjúkdóma, einkenni og horfur. Það verndar að vera í raunveruleikatengslum. Góður félagslegur stuðning verndar og það að hafa góða aðlögunarhæfni og kunna að leysa vandamál (e. positive coping skills). Það er gott að kunna að hemja tilfinningar og sýna ábyrgð gagnvart fjölskyldu og öðrum. Allir þessir þættir að ofan eru dæmi um geðheilbrigði sem flestir sækjast eftir (8, 23-25).

Að lokum: Sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir valda miklu álagi, vanlíðan, kvíða, depurð og sorg, hjá bæði starfsfólki og aðstandendum. Sjálfsvíg hafa verið ein helsta ástæða glataðra æviára ungra karlmanna á undanföllum árum. Alltaf er hægt að bæta sjálfsvígforvarnir á öllum stigum. Málaflokkur sjálfsvígforvarna er ekki einkamál heilbrigðisstétta. Tryggja verður því viðhaldsmenntun, ábyrga samfélagssumræðu og sífelldar rannsóknir og fræðslu á þessu sviði til allra aðila. Í nýjustu leiðbeiningum um sjálfsvígforvarnir er



lögð mikil áhersla að hver meðferðareining búi til sína eigin meðferðaráætlun til að fækka þeim sem ekki fá viðeigandi þjónustu. Þar er grunnurinn betra sjálfsvígmat, betri eftirfylgd og að gera öryggisáætlun fyrir hvern sjúkling (37). Við verðum samt, líkt og sagt var hér að framan, að horfast í augu við það að erfitt er að spá fyrir um áhættu á sjálfsvígstilraun eða sjálfsvígi. Í grein Runeson og félaga frá árinu 2017 kom í ljós að flestir sjálfsvígsáættumatskvarðar voru ekki nógu áreiðanlegir. Mikil þörf er á að rannsaka þetta betur (38). Hins vegar er það jákvætt í nýlegum rannsóknum (39) að þunglyndisskali karla (GMDS) reyndist gildur til skimunar fyrir þunglyndi og algengi á þunglyndi karla reyndist hærra en fyrri rannsóknir höfðu gefið til kynna. Marktækt samband reyndist milli hækkunar á kortisóli og testósteróni að kvöldi sem gæti skýrt ytri einkenni hegðunar-röskunar (s.s. hvatvísi, reiði og árásargirni) hjá þunglyndum körlum. Samantekið gefa niðurstöðurnar vísbendingu um að þunglyndi sé vangreint og vanmeðhöndlað hjá körlum. Jafnframt styðja niðurstöðurnar skimum fyrir þunglyndi karla með GMDS skalanum í klínísku starfi. Þetta mun án ef geta aukið líkur á að ná til karlamanna áður en þeir byrja að íhuga sjálfsvíg.

Almennar heimildir:

- 1) Wasserman D, Wasserman C (2018). Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention A Global Perspective. Hægt að nálgast á: (<http://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780198570059.001.0001/med-9780198570059>)
- 2) Hawton K, Heering K, editors. The International Handbook of Suicide and attempted suicide. John Wileys & Sons Ltd, Baffins Lane, Chichester, West Sussex P019 1UD, England, 2000.
- 3) Hawton K, Catalan J. Attempted Suicide. A practical guide to its nature and management. Oxford University Press, Walton Street Oxford OX2 6DP, second editon reprinted 1988.

Almennar íslenskar heimildir:

- 1) Könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi og tillögur til úrbóta. Skýrsla nefndar um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi, 1996.
- 2) Óttar Guðmundsson. Þarf ég að deyja ef ég vill ekki lifa? JPV útgáfa, Reykjavík, 2014

Heimildir í greinartexta:

- 1) Guðrún Jónsdóttir, Páll Sigurðsson. Sjálfsvígstilraunir. Borgarspítalinn 10 ára, Afmælisrit, bls: 11-119, Geirsprent 1978.
- 2) Paykel E, Myers J.K, Lindenthal J.J, Tanner J (1974). Suicidal feelings in the General Population. A Prevalence study. Br.J. Psychiatry. 124: 460-469.

- 3) Weissman MM¹, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Joyce PR, Karam EG, Lee CK, Lellouch J, Lepine JP, Newman SC, Rubio-Stipec M, Wells JE, Wickramaratne PJ, Wittchen HU, Yeh EK (1999). Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. Psychol Med. Jan;29(1):9-17.
- 4) World Health Organization 2014. Preventing suicide: A global imperative. 1. Suicide, Attempted suicide. 2. Suicide – prevention and control. 3. Suicidal Ideation. 4. National Health Programs. ISBN 978 92 4 156477 9 (NLM classification: HV 6545). Hægt að nálgast á: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/.
- 5) Skoog I, Aevarsson O, Beskow J, Larsson L, Pálsson S, Waern M, Landahl S, Ostling S (1996). Suicidal feelings in a population sample of nondemented 85-year-olds. Am J Psychiatry.153(8):1015-20.
- 6) Könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi og tillögur til úrbóta. Skýrsla nefndar um könnun á tíðni og orsökum sjálfsvíga á Íslandi, 1996
- 7) Fréttablaðið Fréttir, 2018 Margir íhuga sjálfsvíg. Má nálgast: <https://www.frettabladid.is/frettir/margir-ihuga-sjalfsvig-1>.
- 8) Jan Beskov. Lönar sig suicidprevention. Gör prvention nágon nytta? Spirrapport 319: bls 69-93, 1991.
- 9) Hankoff, LD, Bernice Einsidler, editors. Suicide. Theory and Clinical Aspects. PSG Publishing Company, Inc. Littleton, Massachusetts, 1979.
- 10) Jan Beskow, Britt Johannsson, Nisse Sjöström. Psykiaterns Möte með Sjálmordaren eller Sjálmordsprevention på psykiatrisk klinik, en kvalitativ analys,1996. Rapport nr 1996:3. Vårdpedagogik-Omvårdnad.Institution för vårdutbildning, Göteborgs Universitet.
- 11) Carlo Perris. Kognitiv terapi i teori og praxis. Natur och Kultur, 1986
- 12) Jan Beskov. Suicide and mental disorder in Swedish men. Acta psychiatrica Scandinavica , 1979 (suppl. 277).
- 13) Turecki G, Brent DA (2015). Suicide and suicidal behaviour. Seminar. Review. Lancet. 19;387(10024):1227-39.
- 14) Aðgerðaráætlun til að fækka sjálfsvígum. Niðurstöður starfshóps Landlæknis. Kynnt heilbrigðisráðherra í apríl 2018. Hægt að nálgast á netinu: <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=77110b10-4f85-11e8-942b-005056bc530c>
- 15) Magda Waern. Suicide in the elderly. Göteborg: Univ. 2000. Dissertation.
- 16) Jónsdóttir G, Sigurðsson P (1977). Sjálfsvíg á Íslandi, 1962-1973. Læknablaðið 63: 47-63.
- 17) Pálsson SP, Óskarsson H, Jónsdóttir LS (2012). Lýðfræðileg rannsókn á sjálfsvígum á Íslandi, 1911-2009. Læknablaðið fylgirit 71: bls 7-8.
- 18) Pálsson SP, Guðrún Jónsdóttir Hannes Pétursson (1996). The mortality risk og psychiatric emergency patients. A follow-up study. Nord. J. Psychiatry, 50:207-216
- 19) Pálsson SP, Jónsdóttir G, Pétursson H (1991). Parasuicidal behaviour in an emergency room population. Nord Psychiatr Tidskr; 45; 351-356.
- 20) Hawton K. Assessment of Suicide risk,lecture (1987). Br. J. Psychiatry;150:145-153.
- 21) Retterstöl N. Selvmord, Död og Sorg. Universitetsforlage, Aktietrykkeriet Trondhjem 1978.
- 22) Milner A, Page A, LaMontagne AD (2014). Cause and effect in studies on unemployment, mental health and suicide: a meta-analytic and conceptual review. Psychol Med.44(5):909-17.
- 23) Kutch S, Chehil S. Suicide Risk Management. A Manual for Health Professionals. Lundbeck Institute, Blackwell Publishing, 2007.
- 24) Stengel E. Suicide and Attempted suicide. Studies in Social Pathology. Penguin Books Ltd, Harmondsworth, Middlesex, England,1967.

- 25) Pearlman CM, Neufeld E, Martin L, Goy M & Hirdes JP editors. *Suicides Risk Assessment Inventory: A resource Guide for the Canadian Health care Organizations*. Toronto, On: Ontario Hospital Association and Canadian Patient Safety Institute, 2011.
- 26) Motto JA, Heilbron DC, Juster RP (1985). Development of a clinical instrument to estimate suicide risk. *Am J Psychiatry*;142(6):680-6.
- 27) Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, Winokur G (1991). The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of a multivariate model applied to suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry* 48(5):418-22.
- 28) Suominen K, Isometsä E, Henriksson M, Ostamo A, Lönnqvist J (2004). Patients' evaluation of their psychiatric consultation after attempted suicide. *Nord J Psychiatry*, 58(1):55-9.
- 29) Per Bech, Suichi Awata. Measurements of suicidal behavior with psychometric scales. (Chapter 41, p. 305-311). In: Wassermann D, Wassermann C, editors. *Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention. A Global Perspective*. Oxford University Press, 2009.
- 30) Guze SB, Robins E (1970). Suicide and primary affective disorders. *Br J Psychiatry* Oct;117(539):437-8.
- 31) Hung GC, Cheng CT, Jhong JR, Tsai SY, Chen CC, Kuo CJ. *J Clin Psychiatry* (2015) Risk and protective factors for suicide mortality among patients with alcohol dependence 76 (12): 1687-93.
- 32) Miles CP (1977). Conditions predisposing to suicide: a review. *J Nerv Ment Dis*.164(4):231-46.
- 33) Weissman MM, Klerman GL, Markowitz JS, Ouellette R (1989) Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorder and attacks. *N Engl J Med*. 2;321(18):1209-14.
- 34) Hendin H, Mann JJ, editors. *The Clinical Science of Suicide Prevention*. Annals of the New York Academy of Sciences. Volume 932, 2001
- 35) Sainsbury P, Barraclough B (1968). Differences between suicide rates. *Nature* 21;220(5173): 1252.
- 36) Runeson B. *Suicide and mental disorder in Swedish youth*. Göteborg Univ.1990.Dissertation.
- 37) National Action Alliance for Suicide Prevention: Transforming Health Systems Initiative Work Group. (2018). *Recommended standard care for people with suicide risk: Making health care suicide safe*. Washington, DC: Education Development Center, Inc.
- 38) Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, Edbom T, Adamsson IJ, Waern M (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLoS ONE* 12(7): e0180292. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180292>.
- 39) Bjarni Sigurðsson. *Diagnosis of male depression in the community and its correlation with cortisol and testosterone*. University of Iceland, 2015. Dissertation: <https://skemman.is/handle/1946/23410?locale=en>.

Um höfund:

Sigurður Páll Pálsson er geðlæknir. Starfar sem yfirlæknir Réttar- og öryggisdeilda LSH. Lauk Dr. med. gráðu frá Gautaborgarháskóla árið 2000.

Útdráttur

Sjálfsvíg er lokastigið í sjálfsvígserli þar sem áhætta vex og dvínar á ævi einstaklings. Líftímaalgengi lífsleiða-, dauða- og sjálfsvígshugsanna er 10-18% en sjálfsvígstilrauna er 3-5% . Sjálfs-

víg og sjálfsvígstilraunir eru tengd öllum geðröskunum en sérstaklega eru það þunglyndis-, kvíða-, fíkn og geðrofssjúkdómur. Fæst sjálfsvígserli enda með sjálfsvígi. Sjálfsvígserforvarnir beinast að almennu þýði fólks eða að ákveðnum einstaklingum. Bæði inngrípin eru nauðsynleg til að ná árangri við að lækka sjálfsvígstíðni. Áhættuþættir sjálfsvíga eru sálfræðilegir, félagslegir, líffræðilegir, persónulegir og svo samtvinnuþættir umhverfi. Sjúklingar í sjálfsvígshættu hafa mismunandi mikið af þessum þáttum. Taka ber tillit til áhrifaþátta við áhættumat og meðferðarval hvers einstaklings. Mikilvægt er að leita að duldu sjálfsvígsskilaboðum.

Áhættuþættir sjálfsvíga geta aldrei greint einstaklingsáhættu. Hinsvegar eru karlar í þrefalt meiri hættu en konur en þær eru í helmingi meiri áhættu að gera sjálfsvígstilraun. Aldur eykur hættu á sjálfsvígi hjá báðum kynjum en miðaldra konur og yngri/eldri karlar eru í mestri hættu. Fyrri sjálfsvígstilraun er sterkasti áhættuþáttur fyrir sjálfsvígi síðar. Vitað er að líkindi aukast með fjölda sjálfsvígstilrauna. Karlar hafa miklu meiri áhættu á sjálfsvígi eftir sjálfsvígstilraunir en konur.

Engir sjálfsvígsmatsskalar eru fullnægjandi en þeir hjálpa okkur að vinna skipulega. Við verðum að nota lykilsurningar um hversu virkt sjálfsvígserli við skoðun sjúklinga. Það er eina leiðin til að vera viss um ástand sjúklings á hverjum degi. Lykilsurningar eru: 1) Hvernig líður þér? 2) Ertu þunglynd/ur, dauður, leiður? 3) Virðist þér, finnst allt vera vonlaust? 4) Finnst þér lífið vera tilgangslaust? 5) Ertu lífsleið/ur? 6) Hefurðu hugsað að þú værir dauð/ur? 7) Hefurðu hugsað að það væri þægilegt, gott að losna við að lifa (sofna)? 8) Hefurðu hugsað um sjálfsmorð? 9) Hefur þú áður gert sjálfsvígstilraun. Ástand við skoðun ákveður þá eftirfylgd sem er alltaf nauðsynleg en leggja ber þá inn á geðdeild sem eru í mikilli áhættu.

Summary

Suicide is the end stage of a suicidal process (suicidal syndrome) which increases and decreases in severity over the individual's life time. The lifetime prevalence of life is not worth living, death wishes and suicidal thoughts (all suicidal feelings) is 10-18% but 3-5% for suicide attempts (SA). Suicides and SA are correlated with all psychiatric disorders but mainly depressive-, anxiety-,



substance misuse- and psychotic disorders. Most suicidal syndromes do not lead to suicide. Suicide prevention focuses on two main targets, society and individuals. Both targets are important if to succeed in decreasing suicide rates (incidence). Risk factors for suicides are psychological, social, biological and environmental. Individuals in a suicidal crises (syndrome) have different profiles of above mention risk factors. Risk factors should be used in both suicide risk assessment and when different treatments options are decided on. It is important to look for and ask about silent suicidal thoughts. Risk factors can never calculate with certainty the individual's risk for suicide. Males have almost 3 times higher suicide risk than women, but women are at a twofold higher risk of SA. Age increases suicide risk in both genders. Women in middle age (45+) are at highest suicide risk but for males the young and old. Previous SA is the strongest risk factor for future suicide. The number of SA also increases

suicide risk. Males have much higher suicide risk after SA than women. No suicide risk assessment scale is certain to predict correctly future suicide risk. However, they are helpful in making the risk assessment structured. We thus need to use key questions regularly concerning how severe and active the suicidal process (syndrome) is when assessing patients. This also the only way to be sure about the suicidal process progress in our patient. Key questions asked should be: 1) How do you feel? 2) Are you depressed or sad? 3) Are you hopeless? 4) Is life not worth living? 5) Is life meaningless? 6) Have you thought or wished you were dead? 7) Have you had suicidal thoughts? 8) Have you planned suicide 9) Do you have previous history of a SA?

The severity of the patient's suicidal feelings should decide the patient's follow-up treatment. Patients with high suicidal risk should always be admitted to inpatient psychiatric treatment

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Reykjavík

A. Margeirsson ehf, Flúðaseli 48
A. Wendel ehf, Tangarhöfða 1
Aðalvík ehf, Síðumúla 13
Arev verðbréfafyrirtæki hf, Bankastræti 5
ARGOS ehf-Arkitektastofa Grétars og Stefáns, Eyjarslóð 9
Arkis arkitektar ehf, Kleppsvegi 152
Arkþing ehf, Bolholti 8
ASK Arkitektar ehf, Geirsgötu 9
Auglýsingastofan ENNEMM, Skeifunni 10
Áltak ehf, Fossaleyni 8
Árbæjarapótek ehf, Hraunbæ 115
Ásbjörn Ólafsson ehf, Köllunarklettsvegi 6
ÁTVR Vínubúðir, Stuðlahálsi 2
B. Ingvarsson ehf, Bildshöfða 18
Barnalæknaþjónustan ehf, Domus Medica, Egilsgötu 3
Bella Donna ehf – verslun, Skeifunni 8
BGI málarar ehf, Brekkubæ 17
Bifreiðaverkstæðið Armur, Skeifunni 5
BilaGlerið ehf, Bildshöfða 16
Bílasmiðurinn hf, Bildshöfða 16
Blaðamannafélag Íslands, Síðumúla 23
Bliksmiðjan Glófaxi hf, Ármúla 42
Bor ehf, Eldshöfða 23
Borgir ehf, fasteignasala, Grensásvegi 50
Bókhaldsþjónustan Vík, Síðumúla 12
Brúskur hársnyrtistofa, s: 587 7900, Höfðabakka 9
Calco ehf, Ólafsgæsla 117
Danica sjávarafurðir ehf, Suðurgötu 10
Dokkan, þekkingar- og tengslanet-www.dokkan.is
Dómkirkjan í Reykjavík
Drifa efnalaug og þvottahús, Hringbraut 119
Dýralæknastofa Reykjavíkur ehf, Grensásvegi 50
E.T. hf, Klettagördum 11
Efling stéttarfélag, Sætúni 1

Eignamiðlun ehf, Grensásvegi 11
Ellen Ingvadóttir-Löggiltur dómtúlkur og skjalapýðandi, Skipholti 50b
Endurvinnslan hf, Knarrarvogi 4
Ernst & Young ehf, Borgartúni 30
Ferðafélag Íslands, Mörkinni 6
Félag atvinnurekenda, Kringlunni 7
Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Suðurlandsbraut 22
Fínka ehf, málningarverktakar, Norðurási 6
Fjárfestingamiðlun Íslands ehf, Síðumúla 35
Fjárhald ehf
Fjölbrautarskólinn í Breiðholti, Austurbergi 5
Fríkirkjan í Reykjavík, Laufásvegi 13
Fylgifyskur ehf, Borgartúni 26
Gallerí Fold, Rauðarárstíg 12-14
Garðs Apótek, Sogavegi 108
GB Tjónaviðgerðir ehf, Draghálsi 6-8
Grafía-stéttarfélag í prent- og miðlunargreinum, Stórhöfða 31
Guðmundur Arason ehf, smíðajárn, Skútuvogi 4
Gull og silfur ehf, Laugavegi 52
Gullsmiðurinn í Mjódd, Álfabakka 14b
Hagi ehf-Hilti, Stórhöfða 37
Hagkaup, Holttagördum
Hagvangur ehf, Skógarhlíð 12
Hamborgarabúlla Tómasar – Við erum öll jöfn, Bildshöfða 18
Hampiðjan hf, Skarfagördum 4
Henson sports, Brautarholti 24
Hið íslenska bókmenntafélag, Hagatorgi Norðanmegin
Hljóðbók.is-hljóðvinnslan, Ármúla 7b
Hótel Leifur Eiríksson ehf, Skólavörðustíg 45
Hótel Óðinsvæ, Þórgötu 1
Hótel Örkin, sjómannaheimili, Brautarholti 29
Hreinsitækni ehf, Stórhöfða 37
Hreyfill, Fells múla 26
Hugmót ehf, Jakaseli 16

Höfðakaffi ehf, Vagnhöfða 11
IBH ehf, Vagnhöfða 21
Intellecta ehf, Síðumúla 5
Íslenska útflutningsmiðstöð hf, Síðumúla 84
Íþróttá- og tómsundasvið Reykjavíkur, Borgartúni 12-14
K. H. G. Þjónustan ehf, Eirhöfða 14
K.F.O. ehf, Sundagörðum 2
Keldan ehf, Borgartúni 25
Kemi ehf-www.kemi.is, Tunguhálsi 10
Kjöreign ehf, fasteignasala, Ármúla 21
Klettur-Skipaafgreiðsla ehf, Korngördum 5
Klipphúsið ehf, Bildshöfða 18
Kurt og Pí ehf, Skólavörðustíg 2
Kvika banki hf, Borgartúni 25
Kælitækni ehf, Rauðagerði 25
Landslag ehf, Skólavörðustíg 11
Landsnet hf-www.landsnet.is, Gylfahlöt 9
Landssamband lögreglumanna, Grettisgötu 89
Landssamtök lífeyrissjóða, Guðrúnartúni 1
Leigulistinn ehf, Skipholti 50b
Lífandi vísindi, Klapparstíg 25
Litla jólabúðin, Laugavegi 8
LOG lögmansstofa sf, Kringlunni 7
Löður ehf, Fiskislóð 29
Lögmannafélag Íslands, Álfamýri 9
Lögskil ehf, Suðurlandsbraut 48
Matthias ehf, Vesturfold 40
Meba- úr og skart, Kringlunni og Smáralind
Menna- og menningarmálaráðuneytið, Sölvhólsstötu 4
Menntaskólinn við Hamrahlíð, Hamrahlíð 10
Menntaskólinn við Sund, Gnoðarvogi 49
Motus ehf, Katrínartúni 4
Myconceptstore, Laugavegi 45
Nexus afþreying ehf, Nóatúni 17
Nói-Sírús hf, Hesthálsi 2-4
Nýi ökuskólinn ehf, Klettagördum 11
Nýsköpunarsjóður atvinnulífsins, Kringlunni 7

Aðgerðir til að fækka sjálfsvígum á Íslandi

Alþingi samþykkti þingsályktun í apríl 2016 um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. Ályktunin inniheldur bæði markmið og aðgerðaáætlun og fylgir fjármagn hverjum lið sem nánar er gerð grein fyrir í fylgigögnum tillögunnar. Í framhaldi af umsögn Geðverndarfélagins, Eyðisar Kr. Sveinbjarnardóttur þáverandi formanns félagsins, varð svokölluð fjölskyldubrú hluti ályktunarinnar, kafla A.4., með það að markmiði „að draga úr hættu á að geðheilsuvandi flytjist milli kynslóða með því að veita einstaklingum með geðraskanir og fjölskyldum þeirra fræðslu og meða þörf fyrir stuðning í uppeldishlutverki þeirra“, eins og segir í ályktuninni. Ályktunina má nálgast á vef Alþingis, hér: <https://www.althingi.is/altext/pdf/145/s/0405.pdf>

Annar hluti, og ekki síður mikilvægur, er um sjálfsvíg og sjálfsvígsforvarnir. Ályktunin skiptist í þrjá meginkafla, A, B og C, og er B um **Geðrækt og forvarnir**. Í samræmi við undirmarkmið B.4. í kaflanum skipaði Landlæknir starfshóp sem tók til starfa 13. október 2017 sem hafði það hlutverk að koma með tillögur um að „finna bestu aðferðir til að draga úr sjálfsvígum ungmenna.“ Starfshópurinn skilaði niðurstöðum í apríl á þessu ári. Starfshópurinn ákvað að horfa til allra aldurshópa en ekki einungis ungmenna þar sem „tíðni sjálfsvíga hér á landi er lægst meðal unglunga en annars svipuð yfir öll fullorðinsárin.“ Starfshópurinn lítur á það sem forsendu árangurs að „komið verði á fót föstum vettvangi fyrir uppbyggingu þekkingar og þróunar úrræða“ í sjálfsvígsforvörnum.

Tillögur starfshópsins skiptast í 6 liði:

1. Eflingu geðheilsu og seiglu í samfélaginu
2. Gæðaþjónustu á sviði geðheilbrigðis
3. Takmörkun á aðgengi að hættulegum efnum, hlutum og aðstæðum



4. Aðgerðum til að draga úr áhættu meðal sérstakra áhættuhópa
5. Stuðningi við eftirlifendur
6. Eflingu þekkingar á sviði sjálfsvíga og sjálfsvígsforvarna

Ástæða er til að fagna þessari vinnu sem er komin í gang. Meðal tillagna sem útfæra nánar markmiðin í tölulíðunum 6 hér að ofan má nefna (athugið að eftirfarandi eru ekki allar tillögurnar, heldur þær sem ritstjóra fannst ástæða til að draga fram):

- **Efla uppvaxtarskilyrði barna:** Jákvæð uppvaxtarskilyrði barna og góð tengsl við uppalendur eru mikilvægur verndandi þáttur fyrir geðheilsu og vellíðan alla ævi. Þar er lagður grunnur að hæfni barna til að eiga samskipti og mynda uppbyggileg tengsl við aðra.
- **Efla geðrækt og forvarnir í skóla- starfi:** Innleiða Youth Aware of Mental Health (YAM), gagnreynda nálgun að sjálfsvígsforvörnum í elstu bekkjum grunnskóla á Íslandi.
- **Efla aðgengi að menntun:** Sjálfsvígsá-hætta er meiri meðal þeirra sem búa við verri félags- og efnahagsstöðu, t.d. lægra menntunarstig og minni tekjur, heldur en hjá öðrum hópum í samfélaginu.
- **Efla geðrækt og forvarnir á vinnu- stöðum:** Útbúa leiðbeiningar til vinnuveitenda um geðrækt á vinnustöðum og efna til heildstæðrar kynningar á efninu.
- **Heilsueflandi samfélög á landsvísu:** Heilsueflandi samfélög (Health Promoting Communities) er heilðræn nálgun að bættu heilbrigði og aukinni vellíðan meðal almennings sem Embætti land-



læknis stýrir og leiðbeinir sveitarfélögum við að innleiða. Þessi nálgun tekur til breiðra samfélagslegra þátta þvert á æviskeiðið og styður sveitarfélög þannig við að vinna markvisst að því í öllu sínu starfi að skapa umhverfi og lífsskilyrði fyrir íbúana sem hámarka líkur á farsælu og góðu lífi.

- **Efla forvarnir:** Viðhalda banni við sölu áfengis í matvöruverslunum.
- **Efla forvarnir á sviði ofbeldis og áfalla:** Rannsóknir á áföllum í bernsku (Adverse Childhood Experiences – ACE) hafa leitt í ljós að erfið uppvaxtarskilyrði og áföll í æsku auka til muna líkur á því að fólk eigi við geðræna erfiðleika að stríða á fullorðinsárum. Því er mikilvægt að vinna að því að skapa börnum og ungmennum heilbrigð uppvaxtarskilyrði og stuðla að því að þau verði ekki fyrir ofbeldi eða vanrækslu í uppvexti. – Allir sem starfa með börnum og unglíngum fá árlega, samræmda fræðslu um hvernig eigi að tala við börn um ofbeldi og áföll og viðbrögð við slíkum tilfellum.
- **Samþætting geðheilbrigðisþjónustu á Íslandi:** Geðheilbrigðismál eru í eðli sínu viðfangsefni margra geira og því mikilvægt að góð samvinna sé á milli einstakra þjónustueininga og samfella sé tryggð í þjónustu. Nú þegar er búið að setja fram aðgerðir sem miða að samþættingu geðheilbrigðisþjónustunnar á Íslandi í stefnu og aðgerðaráætlun í geðheilbrigðismálum til ársins 2020. – Innleiða á aðgerðir A.1-A.9 úr geðheilbrigðisstefnu og aðgerðaáætlun til 2020 um samþætta og samfellda þjónusta við fólk með geðraskanir og fjölskyldur þeirra.
- **Auka aðgengi að lágþröskulda þjónustu í nærumhverfi:** Setja á fót tilrauna-verkefni milli ríkis og Reykjavíkurborgar í samvinnu við notendur um heildstæða ráðgjafarmiðstöð til að koma til móts við þarfir ungs fólks á aldrinum 16-25 ára á sviði líkamlegs heilbrigðis, geðheilbrigðis, náms og atvinnustuðnings og vímuefnavanda í anda „HeadSpace“ í Ástralíu.
- **Efla 1. og 2. stigs geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn og fullorðna:** Setja

á fót þverfagleg geðheilsuteymi sem sinna börnum með geð- og þroskaraskanir frá 0-18 ára og fjölskyldum þeirra í langtíma eftirfylgd í öllum heilbrigðisumdæmum.

- **Efla meðferðarúræði vegna áfalla, ofbeldis, sjálfsskaða og sjálfsvígsá-hættu:** Allt fagfólk í heilbrigðisþjónustu sækir minnst árlega námskeið um mat og meðferð við áföllum, ofbeldi, sjálfsskaða og sjálfsvígshættu.
- **Takmörkun á aðgengi að hættulegum efnum, hlutum og aðstæðum:** Snýst m.a. um lyfjaskápa, skotvopn og háar byggingar.
- **Draga úr hættu meðal áhættuhópa:** Fyrri sjálfsvígstilraunir eru áreiðanlegasti forspárþáttur sjálfsvíga.
- **Efling þekkingar:** Safna áreiðanlegum upplýsingum um sjálfsvíg og -tilraunir og stuðla einnig að ábyrgri fjölmiðlaumfjöllun um sjálfsvíg. Innleiða á reglubundna, samræmda fræðslu á sviði sjálfsvígsforvarna í símenntun starfsfólks heilbrigðis- og félagsþjónustu, barnaverndar, kennara, námsráðgjafa og starfsfólks félagsmiðstöðva, sbr. „Förste hjælp ved selvmordsfare“ í Noregi. Þetta er meðal þess sem gæti orðið reglubundið verksvið þekkingar- og þróunarmiðstöðvar áfalla-, ofbeldis- og sjálfsvígsforvarna.

Geðverndarfélagið fagnar þessari vinnu og væntir mikils af henni. Í starfshópnum sem vann aðgerðaráætlunina sátu:

1. Sigrún Daníelsdóttir, verkefnastjóri hjá Embætti landlæknis, formaður hópsins
2. Salbjörg Bjarnadóttir, verkefnastjóri hjá Embætti landlæknis
3. Agnes Agnarsdóttir, fagstjóri sálfræðiþjónustu hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
4. Anna Gunnhildur Ólafsdóttir, framkvæmdastjóri landssamtakanna Geðhjálp
5. Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir, yfirlæknir á Barna- og unglíngageðdeild Landspítala
6. Sigurður Páll Pálsson, yfirlæknir öryggis- og réttargeðþjónustu Landspítala og meðstjórnandi í Geðverndarfélagi Íslands
7. Sigrún Þórarinsdóttir, félagsþjónustufulltrúi hjá Sambandi íslenskra sveitarfélaga

Díalektísk atferlismeðferð

Inngangur

Díalektísk atferlismeðferð (*DAM, Dialectical Behavior Therapy*) er sálfræðimeðferð sem hefur verið beitt í vaxandi mæli á Íslandi undanfarin ár. Þessi meðferð er veitt bæði fullorðnum og unglingum hér á landi á Landspítala. Afbrigði af DAM meðferð eru í boði á einkareknum sálfræðistofum en sjaldnast er þar um fulla DAM meðferð að ræða. Mikilvægt er fyrir notendur geðheilbrigðisþjónustu og heilbrigðisstarfsfólk að þekkja meðferðina og helstu atriði hennar. Fyrir heilbrigðisstarfsfólk er nauðsynlegt að þekkja hvaða skjólstæðingahópum DAM gagnast best og hvenær meðferðin skilar mestum árangri. DAM meðferðin á uppruna sinn að rekja til hugrænnar atferlismeðferðar (*HAM*) og byggist meðferðin á aðferðum atferlissgreiningar, díalektískri heimspeki og Sen fræðum. Í upphafi var meðferðin þróuð til þess að hjálpa einstaklingum með jaðarpersónuleikaröskun (*Borderline personality disorder*) sem glímdu við viðvarandi sjálfsvígs-hugsanir og tíða sjálfsskaðahegðun. Marsha Linehan (1993), bandarískur sálfræðingur, gerði fyrstu slembdu samanburðarrannsóknina (*RCT*) á DAM fyrir 25 árum og sýndu niðurstöður að DAM meðferð er árangursríkari en hefðbundin meðferð í að meðhöndla einkenni jaðarpersónuleikaröskunar svo sem sjálfsskaða og sjálfsvígshegðun. Einnig virtist hún draga úr brottfalli úr meðferð og fækka innlögnum (Linehan, 1993).

Markmið þessarar greinar er að kynna og gera DAM meðferð skil. Fjallað verður um meðferðina sem veitt er við jaðarpersónuleikaröskun, árangur hennar og þróun. Varpað verður ljósi á DAM innlagnarmeðferð og rannsóknir á árangri hennar. Einnig verður greint frá DAM meðferð sem hefur verið þróuð fyrir unglunga og börn. Ásamt því verður lítillega fjallað um hvaða árangur DAM



hefur borið með tilliti til annarra raskana svo sem fíknisjúkdóma, áfallastreituröskunar og átraskana. Að lokum verður kynnt lítillega úr-ræði á LSH sem byggjast á DAM meðferð.

Hugmyndafræði og bakgrunnur DAM

Hugmyndafræði DAM byggist á samspili líffræði og félagslegs umhverfis (Linehan, 1993). Grunnforsendan er sú að jaðarpersónuleikaröskun þróist vegna þess að líffræðilega kerfið sem kemur jafnvægi á tilfinningar virkar ekki á réttan hátt. Samkvæmt Linehan (1993) má rekja það til frá-vika á líffræðilegum þáttum sem samtvinnast við tiltekna aðstæður í umhverfi sem styður ekki við né viðurkennir tilfinningar og hegðun. Þessi forsenda er leiðbeinandi í allri DAM meðferðarvinnu og notast sem grunnur fyrir sameiginlegan skilning skjólstæðings og meðferðaraðila, bæði hvað varðar vanda og meðferðarinnngrip. Díalektísk meðferð beinist að því að finna meðalveg á þeim andstæðum eða þverstæðum sem oft einkenna hugsun þeirra sem þjást af jaðarpersónuleikaröskun. Meðferðin dregur nafn sitt af díalektískri heimspeki Hegels. Grunnur DAM er að skapa jafnvægi á milli þess að breyta út frá atferlisfræðum og að gangast við raunveruleikanum eins og hann er.

DAM meðferð hefur fjögur meginmarkmið: a) að fækka sjálfsvígstilraunum og draga úr sjálf-skaðandi hegðun, b) að draga úr hegðun sem ógnar lífsgæðum, c) að draga úr hegðun sem hamlar eða truflar meðferð, og d) að auka færni. DAM er byggt upp af fjórum þáttum og hafa flestar rannsóknir verið gerðar á heildarmeðferð sem inniheldur alla þessa þætti. Þeir eru í fyrsta lagi hópmeðferð þar sem fram fer færniþjálfun og kennsla í núvitund, tilfinningastjórnun, streituþol og samskiptafærni. Í öðru lagi eru



einstaklingstímar þar sem unnið er einstaklingsmiðað með vanda skjólstæðings. Vandinn er kortlagður út frá DAM nálgun og unnið markvisst út frá stigum meðferðar. Í einstaklingstímum er skjólstæðingum hjálpað að þjálfa upp áður nefnda fjóra færniþætti. Í þriðja lagi eru þjálfunarsímtöl þar sem aðstoðað er við notkun á færni í daglegu lífi. Skjólstæðingar eru hvattir til þess að nýta símtölin í þeim tilgangi að fá aðstoð við að nýta færni í erfiðum aðstæðum. Í fjórða lagi er DAM meðferðarteymi sem hjálpar meðferðarðilum að vera innan díalektíska rammans, fá handleiðslu og fullvissu um að meðferð stefni að settum markmiðum.

Hlutverk meðferðaraðila er að skapa viðurkennandi umhverfi, aðstoða við að draga úr óhjálplegri hegðun og kenna færni til að takast á við tilfinningar og samskipti. DAM meðferð hentar vel til þess að hjálpa að finna tilgang með meðferð, fræða viðkomandi og fjölskylduna sem og að hjálpa honum að finna kjark til að takast á við lífið utan spítala (Linehan, 1993; 2015). Meðferðina er hægt að veita á göngudeild, í bráðateymi, á dagdeildum og á innlagnardeildum í styttri eða lengri innlögnum.

DAM og jaðarpersónuleikaröskun

Hugtakið jaðarpersónuleikaröskun var fyrst notað af Adolf Stern árið 1938 þegar hann lýsti hópi sjúklinga sem gátu ekki nýtt sér hefðbundna meðferð og pössuðu ekki inn í greiningarflokka þess tíma (Stern, 1938). Sálmeinafræði var þá skilgreind á vídd frá „eðlilegt“ til „taugaveiklunar“ til „geðrofs“. Stern skilgreindi þennan hóp á mörkum taugaveiklunar og geðrofs (Stern, 1938). Jaðarpersónuleikaröskun var löngum talin ólæknandi en á síðastliðnum árum hefur meðferðarúræðum við þessum vanda fjölgað. Nokkrar gagnreyndar sálfræðimeðferðir eru þekktar hvað varðar meðhöndlun á jaðarpersónuleikaröskun víða um heim (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins, & Unruh, 2017; Bateman & Fonagy, 1999; Linehan, 1993).

Þeir sem þjást af jaðarpersónuleikaröskun upplifa óstöðugleika í tilfinningum og eru tilfinningaviðbrögð þeirra oft mjög ýkt þar sem miklar skapsveiflur eru tíðar og erfiðleikar við tilfinningastjórn. Tímabil þunglyndis, kvíða og pirrings eru áberandi sem og vandi er tengist reiði og tjáningu reiði. Samskiptavandi er algengur og eru sambönd þeirra oft óreiðukennd og ofsafengin ásamt

því að einkennast af stöðugum árekstrum. Þrátt fyrir erfið sambönd þá leitast þeir við að halda í samböndin og nota oft öfgafullar aðferðir til að koma í veg fyrir sambandsslit. Höfnunartilfinning getur verið yfirþyrmandi (Linehan, 1993). Hegðunarmynstur fólks með jaðarpersónuleikaröskun einkennast oft af skaðlegri hegðun svo sem hvatvísi, sjálfsskaða- og sjálfsvígshegðun. Oft kemur fram óstöðugleiki í hugsun sem birtist sem geðrofslík einkenni. Þau einkenni eru til dæmis afsjálfgun (e. *depersonalization*) þar sem manneskjan tapar tilfinningu fyrir veruleika sjálfar sín, hugrof og ranghugmyndir sem koma upp þegar álag er mikið en fara dvínandi þegar álag minnkar. Algengt er að sjálfkennd sé óstöðug og jafnvel að þeir upplifi ekki eigið sjálf. Sjálfsvitund einkennist af tómlékatilfinningu og innsæisskorti (Linehan, 1993).

Rannsóknir og þróun á meðferðum fyrir jaðarpersónuleikaröskunum hófust ekki af alvöru fyrr en um 1980 (NICE Clinical Guidelines, 2009). Samkvæmt rannsóknum nota þeir sem greinast með jaðarpersónuleikaröskun heilbrigðisþjónustu oft en aðrir (Moran, Jenkins, Tylee, Blizard, & Mann, 2000). Ástæða þess að þeir leita sér aðstoðar er aðrar raskanir, t.d. þunglyndi eða kvíði en ekki einkenni sem fylgja jaðarpersónuleikaröskun. Mikil skörun er við aðrar geðraskanir og algengar fylgiraskanir eru þunglyndi og kvíðaraskanir (Leichenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011; Coid, Yang, Tyrer, Roberts & Ullrich, 2006). Í yfirlitsgrein Leichenring og félagar (2011) er jaðarpersónuleikaröskun sögð algengust geðraskanana í klínísku þýði eða 10%. Í Bandaríkjunum eru 9 til 40% þeirra sem nota oft þjónustu geðdeilda með jaðarpersónuleikaröskun (Lieb, Zanarini, Schmah, Linehan & Bohus, 2004). Í faraldsfræðilegum rannsóknum kemur fram að algengi jaðarpersónuleikaröskunar mælist frá 0,7% í Noregi (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001) til 1,8% í Bandaríkjunum (Swartz, Blazer, George & Winfield, 1990). Einnig sýna rannsóknir að röskunin er algengari hjá konum (70%) en körlum (30%) (Widiger og Weissman, 1991). Í almennu þýði er 1-2% fólks með jaðarpersónuleikaröskun. Allt að 10% fólks í göngudeildarmeðferð er með röskunina og 20% af innlagnarsjúklingum (Torgersen o.fl., 2001; Swartz o.fl., 1990; Widiger og Weissman, 1991; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005). Dánartíðni er há vegna sjálfs-

víga hjá þessum hópi, allt að 10% fremja sjálfsvíg sem er 50 sinnum hærra dánartíðni að þessum völdum en hjá almennu þýði (American Psychiatric Association, 2001).

DAM er útbreidd og ein mest rannsakaða gagnreynda sálfræðimeðferðin við jaðarpersónuleikaröskun (Stoffers, Völlum, Rücker, Timmer, Hubbard & Lieb, 2012). Í samantektarrannsókn á 16 rannsóknum á DAM meðferð við jaðarpersónuleikaröskun sýndu niðurstöður góðan árangur af DAM meðferð fyrir einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun í sjálfsvígshættu og með sjálfskaðandi hegðun (Kliem, Kröger & Kosfelder, 2010). Samkvæmt yfirlitsgrein Leichsenring og féлага (2011) hafa niðurstöður rannsókna leitt til þess að American Psychiatric Association (2001) mælir með sálfræðimeðferð sem aðalmeðferð við jaðarpersónuleikaröskun og lyfjameðferð sem viðbótarmeðferð við einkennum á erfiðustu veikindatímabilum. Einnig hafa verið gerðar rannsóknir á styttri útgáfu DAM sem er 20 vikna göngudeildarmeðferð í færniþjálfun án einstaklingsmeðferðar. Niðurstöður þeirra rannsókna sýndu að styttri meðferð getur gagnast, bæði þeim sem eru með vægari einkennum jaðarpersónuleikaröskunar og þeim sem eru í mikilli sjálfsvígshættu (McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Streiner, 2017).

Þeir sem eru með jaðarpersónuleikaröskun finna fyrir tilgangsleysi og finnst lífið ekki þess virði að lifa því. (Linehan, 1993; 2015). Eitt megininntak DAM meðferðar er skuldbinding gagnvart meðferð þar sem skjólstæðingur vinnur að breytingum á lífi sínu með það að markmiði að byggja upp líf sem er þess virði að lifa. Mikilvægt er að hjálpa honum að setja sér raunhæf markmið í meðferð þannig að hann upplifi sig sem hæfan einstakling sem geti lifað utan stofnana en ekki hjálparlausan í þörf fyrir stöðuga umönnun heilbrigðiskerfisins.

DAM á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustu

Göngudeildarmeðferð er algengasta uppsetning á DAM meðferð (Linehan, 2015). Stór hluti meðferðarinnar felst í því að styðja fólk í að takast á við lífið og aðstæður daglegs lífs með færni sem þjálfar þarf upp á milli meðferðartíma. Þannig verður hver og einn sjálfstæðari og finnst hann ráði við aðstæður og eigið líf.

Þeir sem greindir eru með jaðarpersónuleikaröskun eru líklegri til að þurfa á innlagnarþjónustu að halda vegna mikils sjálfsskaða og aukinnar sjálfsvígshættu (Van den Bosch, Sinneve, Hakkaart-van Roijen & van Furth, 2014). Þegar þörf er á innlögn eiga einstaklingar oft erfitt með að nýta færni til að koma jafnvægi á tilfinningar. Það getur því verið mikilvægt að hefja DAM meðferð í innlögn og þjálfar nýjar aðferðir við að koma jafnvægi á tilfinningar og hegðun á meðan á innlögn stendur (Swenson, Sanderson, Dulit & Linehan, 2001).

Þeir sem hafa verið greindir með persónuleikaröskun eru tilfinningalega mjög viðkvæmir og hafa oft þörf fyrir mikla og langvarandi þjónustu (Leichsenring, o.fl., 2011). Erfiðleikar við að veita fólki með jaðarpersónuleikaröskun viðeigandi þjónustu á göngudeild, eða jafnvel ónæg úrræði fyrir þennan hóp, hafa oft valdið auknu álagi á innlagnardeildir. Þrýstingur er oft mikill að leggjast inn. Innlagnir og umönnun fólks með jaðarpersónuleikaröskun getur verið flókin fyrir alla aðila. Starfsfólk finnur til vanmáttar við að takast á við hegðun sem ógnar lífi, hvatvísi og miklum tilfinningasveiflum. Starfsfólki finnst það hafi ekki næg úrræði til að hjálpa. Á sama tíma er upplifunin vonleysi, að ekkert hjálpi og að líðan batni ekki. Það getur leitt til þess að samskipti við starfsfólk geta verið mjög spennuþrungin (Swenson o.fl. 2001). Þetta getur ýtt undir neikvætt samspil þar sem ábyrgð er varpað á milli og reynt að finna eitthvað eða einhvern sem hægt er að kenna um. Gjarnan verður misskilningur í samskiptum sem leiðir til meiri erfiðleika og aukins álags á starfsfólk sem og einstaklinginn sjálfan. Starfsfólki fer jafnvel að finnast að viðkomandi „langi“ ekki að batna eða sé að „ráðskast með“ alla í kringum sig og þannig getur innlagnarumhverfið virst sem það styðji ekki þá sem á þurfa að halda. Þeir sem leggjast endurtekið inn hætta oft að treysta starfsfólki og eiga það til að sjá það sem óvin sem refsar og er ósveigjanlegur í viðmóti (Swenson o.fl., 2001).

Innlagnir fólks með jaðarpersónuleikaröskun hafa verið umdeildar og almennt talið að þær beri að forðast (Gunderson, 2001; Linehan, 1993; Livesly, 2003). Í sumum tilfellum eru innlagnir nauðsynlegar og því mikilvægt að nýta þann tíma til að hjálpa fólki að hefja meðferð sem getur síðan haldið áfram á dag- eða göngudeild. Mark-



miðað með slíkri meðferð á innlagnardeild er að hjálpa einstaklingum að nýta aðferðir til að draga úr sjálfsvígshættu, endurteknum innlögnum og tilfinningaspennu í innlögn. Einnig er markmið meðferðar að hjálpa fólki að skuldbinda sig í göngudeildarmeðferð og sjá hag í að stunda hana (Kröger, Röepke & Kliem, 2014; Kröger, Harbeck, Armbrust & Kiem, 2013; Bohus, Haaf, Simms, Limberger, Schmah, Unckel, Lieb & Linehan, 2004; Swenson o.fl., 2001).

Erlendis hefur DAM meðferð á innlagnardeild verið í þróun. Reynt er að skapa umhverfi þar sem starfsfólk deildar viðurkennir vanda og tilfinningar og aðstoðar við að finna eigin markmið í meðferð. Þar fer fram fræðsla um DAM meðferð og hvernig hægt er að læra og æfa hjálplegar aðferðir til að takast á við vanda sem glímt er við (Swenson o.fl., 2001). Jákvæður niðurstöður rannsókna af innlagnarmeðferðum hefur ýtt undir áhuga á DAM innlagnarmeðferð og að skoða hvernig sú meðferð getur hjálpað þeim sem eru með alvarlegustu einkenni jaðarpersónuleikaröskunar (Kröger o.fl., 2013; 2014). Rannsóknir sem gerðar hafa verið á DAM innlagnarmeðferð hafa bent til árangurs bæði hvað varðar fækkun einkenna jaðarpersónuleikaröskunar og minni sjálfsvígshæðun (Bohus o.fl., 2004; Kröger o.fl. 2013).

Á Íslandi er DAM teymi starfandi á Hvítabandi LSH og er þar veitt fjögurra mánaða DAM dagdeildarmeðferð. Fólk með persónuleikaraskanir, þunglyndi eða kvíða getur nýtt sér þetta úrræði. Ein rannsókn hefur verið gerð á dagdeildarmeðferðinni á Hvítabandinu (Pálína Ásgeirsdóttir, 2012) þar sem markmiðið var að árangursmeta með einliðasniði þriggja mánaða dagdeildarmeðferð. Aðalniðurstöður þeirrar rannsóknar voru að meðferðin skilaði þátttakendum ólíkum árangri, þeir náðu miklum, litlum eða engum árangri og af því leiðir að þörf er fyrir frekari rannsóknir á DAM meðferð á Íslandi.

DAM hópmeðferð sem göngudeildarúrræði hefur verið veitt á geðsviði Landspítala frá árinu 2011 fyrir einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun. Það úrræði kallast Lífsfærni og er 24 vikna vikuleg hópmeðferð ásamt einstaklingsviðtölum. Á Kleppi er DAM meðferð tengd 5 og 7 daga endurhæfingardeild. Skjólstæðingar 5 og 7 daga deildar fara í hópmeðferð þrisvar sinnum í viku en síðan er starfsfólk deildarinnar reiðubúið til aðstoðar við þjálfun aðferða.

DAM meðferð fyrir börn, unglinga og foreldra þeirra

Árangur DAM meðferðar á vanda sem tengist öfgafullum sveiflum í tilfinningalífi hefur leitt til þess að farið var að skoða þetta meðferðarform fyrir fleiri hópa. Sjálfsskaða- og sjálfsvígshæðun sem og öfgafullar tilfinningasveiflur tiltekens hóps unglinga hefur á margan hátt þótt líkjast tilfinningasveiflum sem birtast hjá einstaklingum með jaðarpersónuleikaröskun. Rannsóknir hafa beint að því hvort hægt sé að meðhöndla slíkan vanda á unglingsárum og jafnvel koma í veg fyrir frekari þróun á einkennum jaðarpersónuleikaröskunar (Rathus & Miller, 2002). Árið 1997 gáfu Miller, Rathus og Linehan út aðlagaða útgáfu DAM meðferðar fyrir unglinga. Í DAM fyrir unglinga er áhersla lögð á að hafa fjölskylduna með í meðferðinni. Tengslavandi er oft orðinn alvarlegur þegar vanlíðan unglinga er mikil sem birtist þá í alvarlegum samskiptavanda. Mikilvægt er að hjálpa foreldrum að vera til staðar fyrir börnin sín og leiðbeina þeim. Að nýta DAM til að hjálpa unglingum og foreldrum að takast á við vandann hefur reynst árangursríkt (MacPherson, Cheavens, & Fristad, 2013; Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008).

Meðferð fyrir unglinga og fjölskyldur þeirra er 20 vikna meðferð sem er byggð á sömu færniþáttum og meðferð sem veitt er fullorðnum. Að auki var bætt við fimmta þætti, að ganga gullna meðalveginn, sem miðar þá að því að hjálpa fjölskyldum að bæta örugg tengsl á milli fjölskyldumeðlima en oft á tíðum hefur mikið samskiptaröf orðið á milli unglingsins og foreldra.

DAM meðferð fyrir unglinga hefur verið veitt á göngudeild Barna- og unglingsgeðdeildar LSH frá árinu 2012. Þar eru bæði unglingar og foreldrar saman í meðferðarhópnum og gefst þá gott tækifæri til að ræða vanda sem kemur upp í daglegu lífi. Ein árangursrannsókn hefur verið gerð á þeirri meðferð á BUGL og voru helstu áhrif meðferðar á sjálfsskaðandi hegðun. Niðurstöður bentu til færri tilvika sjálfsskaðandi hegðunar á meðferðartímabili (Guðrún Ólafsdóttir, 2013).

Kenning Linehan um samspil líffræðilegra þátta og umhverfis í þróun á jaðarpersónuleikaröskun hefur fengið sérfræðinga til að þróa og aðlaga DAM fyrir yngri börn og foreldra þeirra. Markmiðið með aðlagaðri útgáfu er að styðja foreldra og kenna þeim færni til að takast á við tilfinningu-

ingaviðkvæmni og reiðiköst barna á uppbyggilegan hátt (Perepletchikova, Axelrod, Kaufman, Rounsaville, Douglas-Palumberi & Miller, 2011). Einnig eru færniþættir DAM aðlagðir að þroska barna og kenndir á áhugaverðan hátt fyrir börn. Allir færniþættir eru kenndir, núvítund, streitupól, tilfinningastjórnun og samskiptafærni. Rannsóknir á útgáfu fyrir börn eru á frumstigi en gefa vonir um góðan árangur (Perepletchikova o.fl., 2011).

DAM og aðrar geðraskanir

Margar fylgiraskanir eru til staðar með jaðarpersónuleikaröskun og geta gert það að verkum að flókið er að veita þessum skjólstæðingahópi meðferð. Rannsóknir hafa verið gerðar á árangri DAM meðferðar við fíkniefnavanda, átröskun og áfallastreitu.

Í meðferðarhandbók Linehan (2015) eru sérstakir færniþættir miðaðir að meðferð við fíknivanda. Rannsóknir benda til að DAM meðferð geti gagnast við fíkniefnavanda hvort sem hún er veitt ein og sér eða samhliða viðhaldsmeðferð við opióðafíkn. Árangur DAM er meiri en af viðhaldsmeðferð við opióðafíkn eingöngu eða annarri meðferð sem byggð er á ráðgjafarþjónustu í samfélaginu (Van den Bosch, Verheul, Schippers & van den Brink, 2002; Dimeff, Rizvi, Brown & Linehan, 2000; Pennay, Cameron, Reichert, Strickland, Lee, Hall, & Lubman, 2011; Lee, Cameron & Jenner, 2015). Aðrar rannsóknir benda til að DAM dragi úr neyslu fíkniefna, dragi úr sjálfsskaða og sjálfsvígshæðun og auki meðferðarheldni. Einnig eru vísbendingar um að DAM geti aukið félagslega færni (Lee, Cameron & Jenner, 2015; Owens, Nason & Yeater, 2017).

DAM hefur einnig verið lagað að átröskunum. Rannsóknir benda til að DAM geti verið árangursrík þegar hefðbundin átröskunarmeðferð ber ekki árangur hjá einstaklingum með jaðarpersónuleikaröskun (Harned, Chapman, Dexter-Mazza, Murray, Comtois & Linehan, 2008; Kröger, Schweiger, Sipos, Kliem, Arnold, Schunert & Reinecker, 2010).

Þar að auki hefur langvinn berskjöldun (e. *prolonged exposure*) verið samtvinnuð við DAM meðferð (LB-DAM) fyrir þá sem eru með jaðarpersónuleikaröskun, áfallastreituröskun og sjálfsskaðahegðun. Niðurstöður rannsókna gefa til kynna að LB-DAM sé öruggt meðferðarform og geti dregið úr einkennum áfallastreituröskunar og

sjálfsskaða enn frekar en DAM meðferð eingöngu (Harned, Korslund & Linehan, 2014).

Rannsóknir DAM á öðrum röskunum eru í stöðugri þróun og þörf er á frekari rannsóknum á árangri DAM við mismunandi vanda. Áhugavert verður að fylgjast með frekari þróun og innleiðingu á DAM meðferð.

Samantekt

Í þessari grein hefur DAM meðferð verið kynnt, fjallað um notkun meðferðarinnar við ýmsum röskunum og rannsóknir á árangri hennar. Vegur DAM hefur vaxið og gagnsemi meðferðarinnar er studd mörgum rannsóknum. Ef horft er á grunnhugmyndafræði DAM, að gangast við raunveruleikanum eins og hann er og að breyta með aðferðum atferlisfræðinnar, þá er DAM meðferð góður kostur fyrir þá sem glíma við mismunandi vanda. DAM er meðferð sem krefst ítarlegrar þjálfunar og mannauðs þannig að hægt sé að veita heildstæða meðferð sem inniheldur alla fjóra þætti meðferðar. Meðferðin er því kostnaðarsöm og því ekki á allra færi að sækja slíka meðferð nema innan opinbera heilbrigðiskerfisins þar sem langir biðlistar eru til staðar. Meðferðin hefur verið veitt um nokkurt skeið sem göngu- deildar- og dagdeildarúrræði á Landspítala og hjá sjálfstætt starfandi sálfræðingum. Þróun meðferðarinnar á innlagnardeildum Landspítala er á frumstigi og benda erlendar rannsóknir til að það geti verið góð viðbót við þá meðferð sem þegar er veitt á innlagnardeildum. Erlendar rannsóknir hafa einnig sýnt að þeir sem fara í DAM meðferð á göngudeild eða í innlögn eru líklegri til að þurfa ekki endurtekið á innlagnarþjónustu að halda og að það dregur úr sjálfsskaða og sjálfsvígshættu. Mikilvægt er því að halda áfram að þróa DAM meðferð á Íslandi. Auka þarf aðgengi að DAM meðferð í göngu- og dagdeild og huga að áframhaldandi þróun á innlagnardeildum. Með því móti er hægt að veita gagnreynda, markvissa meðferð á ýmsum stigum meðferðar, hvort sem er á innlagnardeild, dag- eða göngudeild.

Heimildir

- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1–52.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569.



- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M.F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K. & Linehan, M.M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Choi-Kain, L.W., Finch, E.F., Masland, S.R., Jenkins, J.A. & Unruh, B.T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4, 21-30.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A. & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431. DOI: 10.1192/bjp.188.5.423
- Dimeff, L., Rizvi, S.L., Brown, M. & Linehan, M.M. (2000). Dialectical behavior therapy for substance abuse: A pilot application to methamphetamine-dependent women with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 457-468.
- Guðrún Ólafsdóttir (2013). Dialektísk atferlismeðferð fyrir unglunga og foreldra þeirra: Árangursmat með einliðasniði. Óbirt Cand.Psych ritgerð. Háskóli Íslands, Heilbrigðisvísindasvið. <http://hdl.handle.net/1946/17309>
- Gunderson, J.G. (2001). *Borderline Personality Disorder: A Clinical Guide*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Harned, M.S., Chapman, A.L., Dexter-Mazza E.T., Murray, A., Comtois, K.A. & Linehan, M.M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: a 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075. DOI: 10.1037/a0014044.
- Harned, M.S., Korslund, K.E. & Linehan, M.M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical behavior therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy prologed exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17.
- Kliem, S., Kröger, C. & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936-951.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T. & Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a 15-month follow-up. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 381-388.
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust M. & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 411-416.
- Kröger, C., Röepke, S. & Kliem, S. (2014). Reasons for premature termination of dialectical behavior therapy for inpatients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 60, 46-52.
- Lee, N.K., Cameron, J. & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and Alcohol Review*, 34, 663-672.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S. & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74-84.
- Lieb, K., Zanarini, M.C., Schmahl, C., Linehan, M.M. & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2015). *DBT Skills Training Manual: second edition*. New York: The Guilford Press.
- Livesley WJ. (2003). *The Practical Management of Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- MacPherson, H.A., Cheavens, J.S. & Fristad, M.A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents: theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 16, 59-80. DOI 10.1007/s10567-012-0126-7.
- McMain, S.F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L. & Streiner, D.L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135, 138-148.
- Miller, A. L., Rathus, J. H. & Linehan, M. M. (1997). *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York: The Guilford Press.
- Moran, P., Jenkins, R., Tylee, A., Blizard, R. & Mann, A. (2000). The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 102, 52-57.
- NICE Clinical Guidelines, No. 78, (2009). Borderline Personality Disorder: Treatment and Management. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Leicester (UK): British Psychological Society.
- Owens, M.D., Nason, E. & Yeater, E. (2017). Dialectical behavior therapy for multiple treatment targets: a case study of a male with comorbid personality and substance use disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*, DOI 10.1007/s11469-017-9798-z.
- Pálína Ásgeirsdóttir. (2012). *Dagdeildarmeðferð byggð á dialektískri atferlismeðferð Linehan fyrir fólk með þaðarpersónuleikaröskun: Árangursmat með einliðasniði*. Óbirt MS ritgerð. Háskóli Íslands, Heilbrigðisvísindasvið.
- Pennay, A., Cameron, J., Reichert, T., Strickland, H., Lee, N.K., Hall, K. & Lubman, D.I. (2011). A systematic review of interventions for co-occurring substance use disorder and borderline personality disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 363-373.
- Perepletchikova, F., Axelrod, S.R., Kaufman, J., Rounsaville, B.J., Douglas-Palumberi, H. & Miller, A.L. (2011). Adapting dialectical behavior therapy for children: towards a new research agenda for paediatric suicidal and non-suicidal self-injurious behaviours. *Child Adolescent Mental Health*, 16, 116-121.
- Rathus, J.H. & Miller, A.L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Stoffers, J.M., Völm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N. & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database*. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Swartz M.S., Blazer, D., George L. & Winfield I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorder*, 4, 257-72.
- Swenson, C.R., Sanderson, C., Dulit, R.A. & Linehan, M.M. (2001). The application of Dialectical behavior therapy for patient with borderline personality disorder on inpatient units. *Psychiatric Quarterly*, 72, 307-324.
- Torgersen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590-96.
- Van den Bosch L.M.C., Verheul, R., Schippers, G.M. & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 27, 911-923.

- Van den Bosch, L.C., Sinnaeve, R., Hakkaart-van Roijen, L.H. & Van Furth, E.F. (2014). Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 15, 152.
- Widiger, T.A. & Weissman, M.M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015–21.
- Woodberry, K.A. & Popenoe, E.J. (2008). Implementing Dialectical Behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 277–286.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1911–1918.

Um höfunda:

Ágústa Ingibjörg Arnardóttir er sálfræðingur á Sól sálfræði- og lækniþjónustu.

Þórey Edda Heiðarsdóttir er sálfræðingur hjá VIRK Starfsendurhæfingarsjóði.

Ágrip

Dialektísk atferlismeðferð (DAM) er gagnreynt meðferðarform sem notað er í vaxandi mæli erlendis sem og hér á landi. Upphaflega var meðferðin þróuð fyrir fólk með jaðarpersónuleikaröskun en á síðastliðnum árum hefur hún verið prófuð og rannsökuð sem meðferð við ýmsum öðrum röskunum. Jaðarpersónuleikaröskun er langvinn röskun sem hefur víðtæk áhrif á líf fólks, fjölskyldur þeirra og umhverfi. Þörf þessa skjólstæðingahóps fyrir heilbrigðisþjónustu er oft mikil en viðeigandi meðferðarúrræði geta verið af skornum skammti. Mikilvægt er fyrir heilbrigðisstarfsfólk, fólk með geðraskanir og aðstandendur þeirra að þekkja gagnreynd meðferðarform. Markmið þessarar greinar er að kynna DAM og þróun þessa meðferðarforms. Kenningarlegur bakgrunnur meðferðarinnar verður kynntur. Fjórum meginmarkmiðum meðferðarinnar verður lýst. Farið verður yfir helstu aðferðir sem notaðar eru í meðferðinni og fjallað verður um fjóra þætti DAM, einstaklingsmeðferð, færniþjálfun, þjálfunarsímtöl og teymisvinnu. DAM er oftast veitt sem göngudeildarmeðferð en einnig í formi dagdeildar eða sem hluti af innlagnarmeðferð. Greint verður frá rannsóknum sem hafa verið gerðar á DAM og hvernig meðferðin hefur þróast fyrir fleiri skjólstæðingahópa en þá sem greinast með jaðarpersónuleikaröskun. Fjallað verður um þróun og rannsóknir þessarar meðferðar fyrir börn, unglunga og foreldra þeirra. Rannsóknir hafa einnig sýnt jákvæðar niðurstöður á meðferð

við öðrum geðröskunum svo sem átröskun, fíknivanda og þrálátu þunglyndi.

Summary

Dialectical behavioral therapy (DBT) is a psychosocial treatment which is increasingly popular with mounting evidence for its efficacy in treating individuals with borderline personality disorder (BPD). Originally the treatment was designed for individuals with BPD but in recent years the treatment has been subject of extensive research and has been adapted for other disorders. BPD is a complex disorder which has a multifaceted effect on peoples' lives, their families and environment. These individuals often urgently require treatment but appropriate treatment options are often limited. It is important for health care professionals, individuals with mental disorders and their relatives to be familiar with evidence-based treatments. DBT has proven to be an effective treatment for individuals suffering from BPD and other mental disorders. The purpose of this article is to provide an overview of the background, principles and techniques of DBT. There are four primary targets in DBT that aim to obtain behavioral control. These are decreasing life threatening behaviors, treatment interfering behaviors, quality of life interfering behaviors and to increase life improving skills. We will summarize the four modes of DBT which are individual therapy, skills training, phone consultation and therapist consultation meetings. We will also address the treatment in different settings, the prevalent setting for DBT being outpatient service but the treatment can also be administrated in an inpatient service as well as in day treatment programs. Research conducted on DBT will be summarized. DBT has been adapted for treatment of other mental disorders than BPD i.a. substance use disorders, eating disorders and treatment resistant depression. DBT has also been adapted to treat children, adolescents and their parents as well as adapted as an integral part of inpatient therapy. We will briefly address each of these topics.

Keywords: psychological therapy, Dialectical Behavioral Therapy, borderline personality disorder, self-harm, evidence-based treatment

Núvitund og hvatvísi

Inngangur

Núvitund er aðferð sem rekja má aftur um 2500 ár til búddískra fræða þar sem lögð er rækt við að þróa með sér meðvitað næmi (e. conscious awareness) á athygli og augnablik. Þannig er athyglinni beint að hverju andartaki án þess að leggja á það dóm eða skilgreina á annan hátt (Leary og Tate, 2007; Williams, 2008). Á níunda áratug síðustu aldar var Jon Kabat-Zinn fyrstur til að beita núvitund á klínískar raskanir sem fól í sér að bjóða upp á námskeið í núvitundarmiðaðri streituminnkun (e. mindfulness-based stress reduction, MBSR). Í kjölfarið komust Kabat-Zinn og félagar að því að hún gagnaðist fólki með langvarandi verki og kvíða (Kabat-Zinn, 1990).

Eftir að Kabat-Zinn opnaði fyrir notkunarmöguleika núvitundar í heilbrigðisþjónustunni hafa aðrar meðferðir verið þróaðar sem byggja að hluta til á núvitundariðkun. Þar má m.a. nefna díalektíska atferlismeðferð (DAM) (e. dialectic behavior therapy), núvitundarmiðaða hugræna meðferð (e. mindfulness based cognitive therapy; MBCT), núvitundarmiðaða bakslagsvörn (e. mindfulness based relapse prevention; MBRP) og núvitundarþjálfun (e. mindfulness training). Ofangreindar meðferðir eiga það sameiginlegt að bera nokkurn árangur gagnvart t.d. vímuefnaröskunum (e. substance use disorders), átröskunum (e. eating disorders), jaðarpersónuleikaröskun (e. borderline personality disorder) og athyglisbrest með ofvirkni (e. attention deficit hyperactivity disorder; ADHD), en allar þessar raskanir einkennast m.a. af lítilli sjálfstjórn og mikilli hvatvísi (Kristeller og Hallett, 1999; Linehan, 1993; (Mitchell o.fl., 2017; Witkiewitz, Marlatt og Walker, 2005).

Núvitundarinngríp leggja áherslu á að gefa núlíðandi augnabliki meðvitaða athygli án þess



að taka afstöðu eða fella dóm. Í meðferð eru sjúklingar hvattir til að viðurkenna og samþykkja hugsanir sínar, tilfinningar, skynjanir og umhverfi með forvitni að leiðarljósi (Bishop o.fl., 2004; Teasdale o.fl., 2000). Þar af leiðandi nær sjúklingurinn að beina athygli sinni frá grufli (e. rumination) um fortíðina eða áhyggjum sem leiðir til þess að hann nær betur að meðhöndla streituvalda sem leitt geta til kvíða og þunglyndis (Kabat-Zinn, 2003).

Hvatvísir hafa tilhneigingu til að framkvæma eftir hentugleika, þar sem birtingarmynd hegðunarinnar einkennist af skorti á fyrirbyggju, ígrundun og tilliti til afleiðinga (VandenBos, 2007). Flestir eiga við hvatvísi af einhverju tagi að stríða, hins vegar er hún tíðari hjá einstaklingum sem glíma við ofangreindar geðraskanir og getur haft neikvæðar afleiðingar (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, og Swann, 2001). Hvatvísi hefur verið tengd við neikvæðar tilfinningar og skerta tilfinningastjórn (e. emotion dysregulation) en óljóst er hvort hún sé orsök eða afleiðing (Roemer o.fl., 2009). Einnig er talið að hvatvísa skorti sjálfstjórn (e. self-regulation) eða hömlunarstjórn (e. inhibitory control) og framkvæmi því án vitundar (e. acting without awareness) (Carver og White, 1994; Fujita, 2011). Sjálfstjórn veitir einstaklingum eiginleikann að stjórna eigin athygli, hugsunum, tilfinningum og hvötum. Hæfnin til að beina athygli er mikilvæg þar sem hún gerir fólki kleift að velja það áreiti sem þeir ætla að beina athyglinni að. Án sjálfstjórnar er erfiðara að vera sér meðvitandi um valmöguleika í ólíkum aðstæðum. Þetta er mikilvægt fyrir þá sem eiga erfitt með hvatvísa hegðun eins og fíkn eða sjálfsskaða þar sem hegðun og hugsun er á sjálfstýringu. Þessi skortur á meðvitund gerir þeim kleift að halda áfram endurteknu og neikvæðu

hegðunarmynstri sem byggir á því að framkvæma út frá skyndihvötum. Þegar unnið er með hvatvísi út frá núvitund er markmiðið að kenna fólki að fylgjast með tilfinningalegri reynslu án þess að breyta henni. Með öðrum orðum myndar einstaklingurinn svigrúm milli áreitis og viðbragðs og íhugar viðbragðið í staðinn fyrir að framkvæma út frá skyndihvötum (Lattimore, Fisher og Malinowski, 2011).

Til eru nýlegar fylgnirannsóknir sem staðfesta neikvæð tengsl milli núvitundar og hvatvísi sem gefa til kynna að hvatvísir einstaklingar geti notið góðs af iðkun núvitundar (Murphy og MacKillop, 2012; O'Reilly, Cook, Spruijt-Metz og Black, 2014; Peters, Erisman, Upton, Baer og Roemer 2011; Reid, Bramen, Anderson og Cohen, 2014; Yavuz, Yavuz og Onal, 2018). Aðrar rannsóknir benda til þess að iðkun núvitundar geti leitt til aukinnar sjálfsstjórnar, tilfinningastjórnunar og athygli (Baer o.fl., 2009; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer og Toney, 2006; Brown og Ryan, 2003).

Markmið þessarar samantektar er að kanna hvort frekari vísindalegan stuðning megi finna við að hvatvísir einstaklingar geti notið góðs af meðferð sem byggir á núvitund. Stuðst var við niðurstöður rannsókna sem kannað hafa áhrif núvitundar á klíníska geðsjúkdóma sem einkennast af hvatvísi. Ef núvitund getur aukið þolgæði við hvatvísi gætu meðferðir byggðar á núvitund mögulega verið gagnlegar til að hjálpa til við einkennastjórnun margvíslegra geðsjúkdóma.

Aðferð

Í þessari fræðilegu samantekt voru dregnar saman rannsóknir sem eiga við um núvitundarinngríp og hvatvísi. Þar sem ekki hafa verið gerðar margar rannsóknir á beinum áhrifum núvitundar á hvatvísi voru einnig skoðuð áhrif núvitundarinngrípa á einstaklinga með geðsjúkdóma þar sem hvatvísi er ríkjandi þáttur. Einungis var notast við íhlutunarrannsóknir sem könnuðu áhrif inngrípa, byggðum á núvitund, á hvatvísa hegðun. Heimildaleit og úrvinnsla gagna stóð frá tímabilinu febrúar 2016 til október 2018. Við val á heimildum var notast við heimildir frá árinu 1990 eða síðar.

Þær rannsóknir sem fundust í gagnaleitinni uppfylltu inntökuskilyrði samantektarinnar, en þær samanstóðu af: 1) frumheimildum, 2) notast

ekki við myndgreiningar rannsóknir (e. neuroimaging), 3) inngrípum byggð á núvitund, 4) fjalla um hvatvísi tengd einkenni, 5) eru ritrýndar og 6) ritaðar á ensku. Rannsóknir voru fyrst og fremst valdar ef þær fjölluðu um áhrif íhlutana byggðum á núvitund á hegðun þar sem hvatvísi er eitt af aðal einkennum m.t.t. þess að hafa neikvæðar afleiðingar fyrir viðkomandi. Leitað var að rannsóknum með kerfisbundnum hætti þar sem ítarleg leit er gerð á þremur gagnagrunnum: Ebscohost (1990-2018), Google Scholar (1995-2018) og Elsevier (1985-2018) undir leitarorðunum: *núvitund* (e. mindfulness), *hvatvísi* (e. impulsivity), *jaðarpersónuleikaröskun* (e. borderline personality disorder), *ADHD*, *vímuefnaneysla* (e. substance use), *lotugræði* (e. bulimia), *hvatastjórn* (e. impulse control) AND/OR *sjálfsstjórn* (e. self-regulation).

Í rannsóknunum sem fundust var notast við inngrípin MBCT, MBSR, DAM, núvitundarþjálfun og núvitundarbyggð inngríp (e. mindfulness based interventions) sem öll byggja að einhverju leyti á hugmyndafræði núvitundar. Elsta rannsóknin var birt í maí árið 1999 og sú nýlegasta kom út í janúar 2016. Yngsti þátttakandinn var 11 ára og sá elsti 70. Fjöldi þátttakenda var frá 14 til 168. Í níu rannsóknum var notast við samanburðarhóp og tilviljunarkennda skiptingu (e. randomization) (Alberts, Thewissen og Raes, 2012; Alberts, Smeets og Thewissen, 2010; Bowen, Chawla, Collins, Witkiewitz og Hsu, 2009; Mitchell o.fl., 2017; Soler o.fl., 2016; Telch, Agras og Linehan, 2001; Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul og Brink, 2005; Verheul o.fl., 2003; Witkiewitz, Bowen, Douglas og Hsu, 2013).

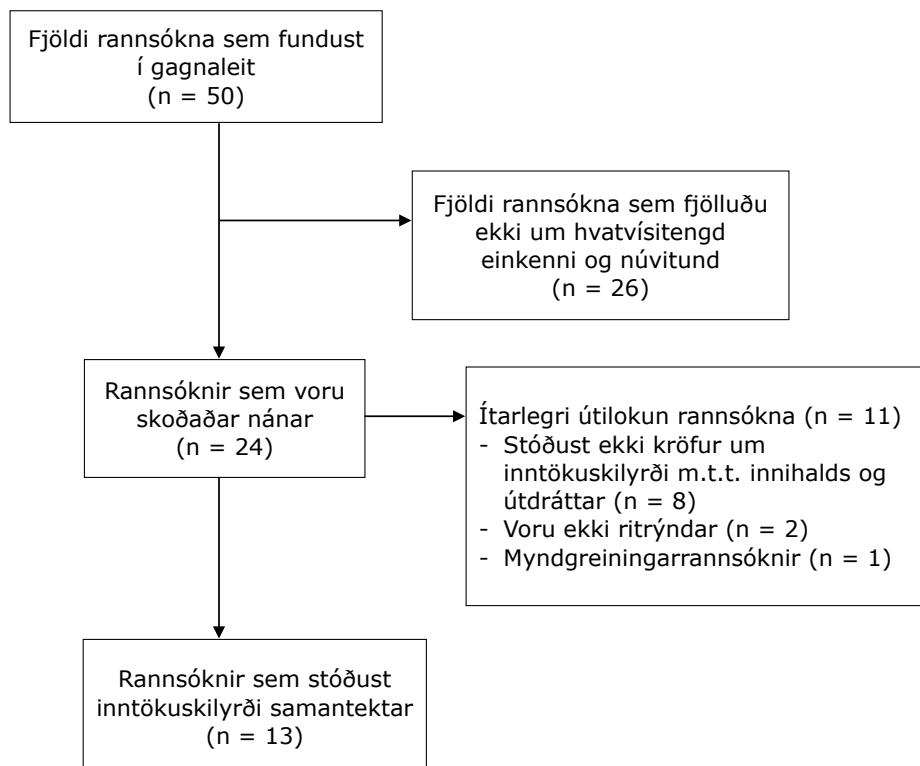
Eins og sjá má á flæðiritinu á mynd 1 voru alls 37 rannsóknir útilokaðar eftir að hafa verið skimaðar m.t.t. inntökuskilyrða. Ástæður fyrir útilokun rannsókna voru þær að margar þeirra skorti íhlutun, þær könnuðu ekki hvatvísa hegðun eða voru ekki ritrýndar. Eftir útilokun stóðu 13 rannsóknir eftir sem stóðust inntökuskilyrðin m.t.t. innihalds.

Niðurstöður

Jaðarpersónuleikaröskun

Samkvæmt DSM-5 einkennist jaðarpersónuleikaröskun af langvarandi mynstri óstöðugleika í samskiptum, sjálfsmynd, tilfinninga og hvatvísi (American Psychiatric Association, 2013). Þegar einstaklingar með röskunina upplifa yfirþyrmandi

Flæðirit



Mynd 1 sýnir flæðirit yfir val á rannsóknum sem teknar voru fyrir í samantektinni

tilfinningasveiflur geta þeir brugðist við með hvatvísri hegðun eins og áfengisneyslu, misnotkun vímuefna, sjálfskaða og jafnvel sjálfsvígstílaunum (Hayes, Beevers, Feldman, Laurenceau og Perlman, 2005; Hayes, Wilson, Gifford, Follette og Strosahl, 1996; Linehan, 1993). Rannsóknir gefa til kynna að núvitundarhugleiðsla geti fækkað sjálfsvígstílaunum og dregið úr sjálfskaðandi hegðun og sé þar af leiðandi hentug viðbótarmeðferð fyrir einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun (Ivanovski og Malhi, 2007; Mark, Williams og Swales, 2004).

DAM er sú meðferð sem hefur hvað mestan rannsóknarfræðilegan bakgrunn við jaðarpersónuleikaröskun, en meðferðin byggir að hluta til á núvitund (Linehan o.fl., 1994). Marsha Linehan þróaði meðferðina aðallega fyrir fullorðna einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun sem stunda sjálfskaðandi hegðun. Í DAM eru kenndar aðferðir til að takast á við erfiðar tilfinningar, stjórnun þeirra og núvitund, en núvitundarþættir meðferðarinnar byggja á sátt og að dæma ekki svo einstaklingurinn þrói sátt við sjálfan sig og umhverfið (Linehan o.fl., 1991; Linehan, 1993).

Rannsóknir á áhrifum DAM á jaðarpersónuleikaröskunar hafa sýnt að meðferðin geti dregið úr sjálfskaðandi hegðun, hvatvísi og fíkniefnavanda (Linehan o.fl., 1991; Linehan, 1993; Verheul o.fl., 2003). Tilviljunarkennd samanburðarannsókn (e. randomized control trial) Verheul og féлага (2003) sýndi jákvæð áhrif 12 mánaða meðferðar DAM á sjálfsvígshegðun og hvatvísi kvenna (n = 58) með jaðarpersónuleikaröskun með/án fíkniefnavanda í samanburði við þær sem fengu venjubundna meðferð. Niðurstöður sýndu að dregið hafði úr sjálfskaðandi hegðun og hvatvísi sex mánuðum eftir DAM en eftir 18 mánuði urðu fá sem engin bakslög. Takmörkun rannsóknarinnar var sú að DAM meðferðin var borin saman við hefðbundna meðferð sem gerir höfundum erfiðara fyrir að álykta um áhrif meðferðarinngrípsins (Verheul o.fl., 2003). Einnig er ómögulegt að vita að hversu miklu leyti núvitundarhluti inngrípsins hafi áhrif á einkenni þátttakenda miðað við aðra hluta inngrípsins. Þetta á einnig við um margar þeirra rannsókna sem hér á eftir koma sem eru samsett inngríp núvitundar og annarra bjargráða eða inngrípa.

Í rannsókn Bosch og féлага (2005) var þátttakendum úr rannsókn Verheul og féлага (2003) fylgt eftir með skimunarlistum aðeins sex mánuðum eftir að rannsóknin var framkvæmd. Þátttakendur úr hópnum sem fékk DAM héldu áfram að sýna færri einkenni sjálf skaðandi hegðunar, fíkniefnavaða og hvatvísi miðað við samanburðarhópinn en engar framfarir urðu hjá þeim sem fengu ekki meðferð. Möguleiki er að um ofmat hafi verið að ræða á niðurstöðum þar sem rannsakendur höfðu ekki fulla stjórn á ýmsum breytum á borð við alvarleika einkennanna (Bosch o.fl., 2005).

Rannsókn Soler og féлага (2016) bar saman áhrif núvitundarþjálfunar (n = 19) og kennslu í skilvirkum samskiptum (e. interpersonal effectiveness skills) (n = 25) á hvatvísi þátttakenda með jaðarpersónuleikaröskun í sex vikur. Hóparnir voru mældir fyrir og eftir íhlutun á elleftu útgáfu hvatvísikvarða Barratts (e. barratt impulsivity scale), sem er 30 atriða sjálfsmatskvarði sem metur hvatvísi. Auk hans voru þátttakendur látnir taka fimm taugasálfræðileg próf sem mæla svarhömlun, tímaskyn og frestun umbunar. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að núvitundarþjálfun geti haft jákvæð áhrif á ákveðna þætti hvatvísi. Í lok rannsóknar áttu þátttakendur auðveldara með að fresta snemmbúnni umbun, en erfiðleikar með frestun umbunar eru taldir tengjast sjálf skaða (e. self-injury) og neyslu eiturylfja. Viðbótar niðurstöður á prófi sem mælir tímaskyn (e. the time paradigm test) sýndu einnig að tímaskyn þátttakenda batnaði þar sem marktækar breytingar urðu í kjölfar núvitundarinngrípsins. Hins vegar sýndu aðrar niðurstöður ekki marktækar breytingar á svarhömlun og hvatvísi þegar þátttakendur voru látnir meta einkenni sín á spurningalistum (Soler o.fl., 2016).

Áthegðun

Lotugræðgi (e. bulimia nervosa) og lotuofát (e. binge eating disorder) eru raskanir sem rekja má til skorts á tilfinningastjórnun. Átköstin lýsa sér í skorti á stjórn þar sem óhóflegt magn matar er innbyrt á skömmum tíma. Þannig geta átköstin ásamt erfiðleikum og skertri tilfinningastjórn endurspeglast í mikilli hvatvísi (Safer, Telch og Agras, 2001).

Rannsóknir gefa til kynna að núvitundarfærni sé hentug til að meðhöndla átraskanir þar sem færnin stuðlar að aukinni sjálfstjórn, eflingu

innsæis og samþættingu tilfinningalegrar, vitsmunalegrar og atferlistengdrar starfsemi (Kristeller o.fl., 1999; Safer, Robinson og Jo, 2010; Telch o.fl., 2001).

Í rannsókn Kristeller og féлага (1999) voru könnuð áhrif MBCT á konur (n = 18) í yfirþyngd sem voru greindar með lotuofát. Þátttakendur fóru í gegnum sex vikna meðferð þar sem þeir áttu að stunda almenna hugleiðslu (e. general meditation) og minniháttar hugleiðslu (e. mini meditations) ásamt næringar hugleiðslu (e. eating meditation). Almenna hugleiðslan leiddi af sér aukningu á valinni athygli (e. focused attention) og meðvituðu næmi. Að borða og hugleiða var notað við hegðun, viðhorfum og tilfinningum í tengslum við fæðuinntöku. Minniháttar hugleiðslan fólst í að stoppa í augnablik og vera meðvituð um tilfinningar og hugsanir rétt fyrir máltíð eða átköst. Niðurstöður sýndu að þátttakendur eyddu að meðaltali 15,82 klukkustundum í hugleiðslu og að átköstum fækkaði úr 4,02 skiptum í 1,57 skipti á viku. Samkvæmt frásögnum þátttakenda jókst meðvituð stjórn á meðan fæðuinntöku stóð og þeir áttu auðveldara með að taka eftir seddu vísbindingum (e. satiety cues). Helstu takmarkanir rannsóknarinnar voru þær að hana skorti tilviljunarkennda skiptingu, þar af leiðandi er erfitt að segja til um hvort breytingarnar hafi komið vegna meðferðarinnar (Kristeller o.fl., 1999).

Í tengslum við átköst beinir DAM athygli að sambandinu milli skertrar tilfinningastjórnar og stjórnlauss áts (Safer o.fl., 2010). Í DAM við lotugræðgi er litið á átköst (e. binge eating) og hreinsun (e. purging) sem leiðir til að hafa áhrif á, breyta eða stjórna erfiðu tilfinningaástandi. Niðurstöður samanburðarrannsóknar Telch o.fl. (2001) á áhrifum DAM á konur (n = 44) með lotuofát leiddu í ljós að 89% þeirra sem fengu meðferðina hættu átköstum í lok meðferðar. Aðeins 12,5% þeirra sem ekki fengu meðferð og 56% þeirra sem fengu meðferð voru án átkasta sex mánuðum síðar. Þessar niðurstöður gefa enn frekar til kynna að DAM geti dregið úr löngunum og hvötum til ofáts þegar fólk upplifir neikvæðar tilfinningar, frekar en að láta stjórnast af neikvæðum tilfinningum. Helstu takmarkanir þessara niðurstöðna eru þær að ekki er vitað með fullri vissu hvaða þættir DAM stuðluðu að framför þátttakenda. Einnig var notast við biðlistahóp sem þýðir að rannsóknin sýnir aðeins að DAM



meðferðin er betri en engin meðferð við þessari hegðun (Telch o.fl., 2001).

Rannsókn Smith og féлага (2008) bar saman MBSR ($n = 36$) við CBSR (e. cognitive behavioral stress reduction) ($n = 14$) við lotuofáti. Þær aðferðir sem voru notaðar voru hugleiðsla, líkamsskönnun og að borða með núvitund. Niðurstöður sýna að lotuofát minnkaði marktækt hjá hópnum sem fékk MBSR þar sem áhrifastærðin var miðlungs ($d = 0,43$) í samanburði við CBSR ($d = 0,10$). Svipaðar niðurstöður fundust í rannsókn Leahey, Crowther og Irwin (2008), en þau könnuðu áhrif 10-vikna MBCT meðferðar á lotuofát og tilfinningalegt ofát hjá sjö einstaklingum. Niðurstöður leiddu í ljós að tilfinningastjórn jókst í kjölfar núvitundariðkunar sem leiddi til lækkunar í lotuofáti ($d = 1,47$) og tilfinningalegu ofáti ($d = 0,90$) í kjölfar meðferðar. Þessi rannsókn hafði litla úrtaksstærð sem gefur til kynna að niðurstöðurnar hafa ekki mikið alhæfingargildi (Leahey o.fl., 2008).

Aðrar rannsóknir benda til þess að íhlutanir byggðar á núvitund geti haft áhrif á óhilbrigða matarhegðun. Niðurstöður sýna að aðferðir núvitundar eins og meðvitað næmi á sedduvísingardingar geti dregið úr löngun í mat (e. food craving), stjórnleysi þegar það kemur að tilfinningalegu áti (e. emotional eating) og ytra áti (e. external eating) (Alberts o.fl., 2012; Alberts o.fl., 2010).

Hegðunarvandi og ADHD

Bögels og félagar (2008) könnuðu hvort meðferð byggð á MBCT væri áhrifarík til að meðhöndla vandamál sem tengdust athygli og hegðunarvanda hjá börnum ($n = 14$) á aldrinum 11-17 með ADHD, mótþróa, hegðunarröskun og einhverfurófsröskun samanborið við biðlistahóp sem fékk enga meðferð. Notast var við sjálfsmatskvarða til að meta sjálfstjórn, vandamál tengd athygli, meðvitund (e. being attuned) og hegðunarvanda (e. externalizing behavior) (t.d. hvatvísi og ýgi). Áhrifastærðir sýndu að eftir átta vikna þjálfun minnkuðu hegðunarvandi ($d = 1,1$, há áhrifastærð) og vandamál tengd athygli ($d = 1,1$, há áhrifastærð). Auk þess jókst sjálfstjórn barnanna ($d = 0,8$, há áhrifastærð).

Tilviljunarskipt samanburðarrannsókn Mitchell og féлага (2017) kannaði áhrif núvitundarhugleiðslu á athygli, ofvirkni/hvatvísi, stýrifærni (e.

executive functioning) og tilfinningastjórn hjá þátttakendum með ADHD ($n = 11$) og biðlistahópi ($n = 9$). Niðurstöður sýndu marktækan mun á ofvirkni/hvatvísi ($d = 1,76$) og tilfinningastjórn ($d = 1,56$) milli hópa ásamt háum áhrifastærðum sem gefa til kynna að núvitundarinngríp geti dregið úr ofvirkni/hvatvísi hjá einstaklingum með ADHD.

Helstu vankantar ofangreindra rannsókna einkennast af smáum úrtaksstærðum þar sem möguleiki er að áhrifastærðir niðurstaðna hafi verið ofmetnar (Bögels o.fl., 2008; Mitchell o.fl., 2017).

Áfengis og vímuefnavandi

Þáttur hvatvísi í vímuefnaröskunum byggir á því að neytandinn missir stjórn á óuppbyggilegri hegðun sem einkennist af sjálfsskaða og erfiðleikum með að halda löngunum niðri sem geta leitt hann til neyslu (Verdejo-García, Lawrence og Clark, 2008). Ýmsar meðferðir hafa verið þróaðar til að meðhöndla vímuefnaraskanir, þar á meðal MBRP sem var hönnuð af Alan Marlatt (1985) og byggir á samþættingu hugleiðsluáðferða og hugrænnar atferlismeðferðar. Markmið MBRP er að auka vitund fyrir áreitum sem auka líkur á bakslagi og hugsunum sem leiða til aukinnar neyslu. Auk þess leggur MBRP áherslu á meðvitund og samþykki allrar reynslu og miðlar hæfileikum til einstaklingsins svo hann geti tekist á við neikvæða reynslu (Marlatt o.fl., 1985).

Rannsóknir gefa til kynna að núvitundarþjálfun MBRP leiði til aukinnar athygli og hömlunarstjórnar með því að kenna leiðir til að fylgjast með óþægilegum tilfinningum og löngunum án þess að bregðast við þeim á neikvæðan hátt (Chambers, Lo og Allen, 2008; Hoppes, 2006). Samanburðarrannsókn Bowen og féлага (2009) kannaði árangur MBRP meðferðar á einstaklinga ($n = 168$) með vímuefnaröskun þar sem notast var við tilviljunarkennda skiptingu. Vímuefnin sem þátttakendur notuðu voru aðallega áfengi, kókaín, amfetamín, heróín og kannabis. Þátttakendum var skipt í MBRP hóp og hóp sem fékk hefðbundna meðferð sem samanstóð af 12-spora kerfi og fræðslu. MBRP hópurinn hittist vikulega í tvo tíma á átta vikna tímabili en mælingar voru gerðar fyrir meðferð, eftir meðferð og tveimur og fjórum mánuðum eftir meðferð. Niðurstöður leiddu í ljós að MBRP hópur náði að minnka áfengis- og vímuefnaneysludaga sína úr 27 dögum af

60 niður í 0,1 dag eftir að meðferð lauk. Einnig náði hópurinn sem fékk hefðbundna meðferð að draga úr neyslu sinni en ekki eins mikið og MBRP þar sem neysludagar fóru úr 28,9 af 60 í 2,6 af 60. Eftir tvo mánuði tilkynnti MBRP hópurinn um 2,1 neysludaga af 60 að meðaltali en hópurinn sem fékk hefðbundna meðferð notaði áfengi eða vímuefni í 5,4 daga af 60 að meðaltali. Hjá MBRP hópi dró meira úr löngun og samþykki jókst en markmið rannsóknarinnar var að draga úr neyslu og löngun, auka núvitund og sátt. Tveimur mánuðum eftir meðferð virtist munurinn milli hópanna ennþá vera mikill en eftir fjóra mánuði var hann orðinn að engu (Bowen o.fl., 2009).

Witkiewitz, Bowen, Douglas og Hsu (2013) greindu niðurstöður rannsóknar Bowen o.fl. (2009) með því að skoða mögulegar millibreytur sem gætu haft áhrif á tengsl MBRP og breytinga í löngun. Niðurstöður rannsóknarinnar staðfestu niðurstöður Bowen og féлага (2009) um að millibreyturnar samþykki ($d = 0,41$, miðlungs áhrifa-stærð) og að dæma ekki ($d = 0,45$) hefðu áhrif á neikvæð tengsl MBRP og löngunar. Hins vegar ber að nefna að millibreyturnar höfðu ekki bein áhrif á samband á milli MBRP og löngunar, heldur gerði samsetning þeirra rannsókna kleift að spá fyrir um breytingar í löngun (Witkiewitz., 2013).

Umræður

Þessi kerfisbundna samantekt tók saman rannsóknir og kannaði áhrif meðferða byggðum á núvitund á hvatvísi í geðröskunum. Rannsóknir hafa sýnt að gagnvirk tengsl milli núvitundar og hvatvísi séu til staðar sem bendir til þess að hvatvísir einstaklingar geti mögulega notið góðs af iðkun aðferða sem byggja á núvitund (Murphy og MacKillop, 2012; Peters o.fl., 2011).

Niðurstöður þeirra rannsókna sem farið var yfir í þessari samantekt benda til þess að inn-grip sem byggð eru á núvitund geti að einhverju leyti dregið úr hvatvísi hjá fólki. Í rannsókn Soler og féлага (2016) áttu þátttakendur með jaðarpersónuleikaröskun auðveldara með að standast freistingar og fresta snemmbúinni umbun í kjölfar meðferðar. Aðrar rannsóknir gefa til kynna að meðferðir sem byggja á núvitund geti dregið úr vímuefna- og áfengisneyslu (Bowen o.fl., 2009), dregið úr óheilbrigðri matarhegðun (O'Reilly o.fl., 2014) auk hegðunarvanda (Bögels o.fl., 2008) og ofvirkni/hvatvísi í ADHD (Mitchell o.fl., 2017).

Eins og staðan er í dag getur reynst erfitt að setja fram áreiðanlegar og réttmætar ályktanir um áhrif núvitundarinngripa á hvatvísi miðað við ofangreindar rannsóknir. Í fyrsta lagi voru þær misvandaðar, í öðru lagi var niðurstöðum þeirra lýst misvel og í þriðja lagi var erfitt að greina hvort um marktækar niðurstöður var að ræða í flestum tilfellum. Aðrir vankantar þeirra rannsókna sem fjallað var um í þessari fræðilegu samantekt voru að a) þær höfðu litlar úrtaks-stærðir (Alberts o.fl., 2010; Alberts o.fl., 2012; Bögels o.fl., 2008, Kristeller, 1999 Leahey o.fl., 2008; Mitchell o.fl., 2017), b) mikið brottfall (Soler o.fl., 2016) eða c) notuðust við hefðbundna meðferð (Bosch o.fl., 2005; Bowen o.fl., 2009; Verheul o.fl., 2003) eða biðlistahóp þar sem rannsóknirnar skorti hóp sem fékk virka meðferð (e. active treatment) eða íhlutun mun seinna heldur en tilraunahópur (Bowen o.fl., 2009; Bosch o.fl., 2005; Verheul o.fl., 2003). Einnig ber að taka fram að þrátt fyrir að DAM, MBCT og MBRP byggja að hluta til á núvitund er erfitt að greina hvaða þættir meðferðarinnar stuðluðu nákvæmlega að framförum þátttakenda (Bosch o.fl., 2005; Verheul o.fl., 2003). Með öðrum orðum hefðu aðrir þættir í inngrípunum en núvitundariðkunin sjálf getað valdið framförunum sem rannsóknirnar lýsa sem afleiðingu vegna iðkunar inngrípsins.

Framtíðarrannsóknir ættu að reyna að einangra ákveðinn hvatvísispátt og skoða hvaða þættir núvitundar draga úr þeirri hegðun sem hvatvísi leiðir af sér. Auk þess ættu rannsóknir að hafa stærri úrtök, jafnari kynjaskiptingu og breytilegri félags- og efnahagslega stöðu þátttakenda svo hægt sé að auka alhæfingargildi niðurstaðna. Síðast en ekki síst væri skynsamlegt að notast við samanburðarhóp sem fengi íhlutun sambærilega við inngrípið að undaskildum núvitundarþættinum. Í náninni framtíð væri einnig athyglisvert að skoða hvort núvitund geti aukið sjálfsstjórn grunnskólalabarna í samanburði við börn sem fengu ekkert inngríp en ýmsar rannsóknir gefa til kynna að slík færni geti aukið sjálfsstjórn hjá bæði fullorðnum og börnum (Bögels o.fl., 2008; Kristeller og Hallett, 1999).

Ef núvitund byggir á meðvitund til að taka eftir í augnablikinu og ef hvatvísi byggir á því að framkvæma án meðvitundar má færa rök fyrir því að iðkun núvitundar geti mögulega dregið úr hvatvísi. Niðurstöður þessa yfirlits sýna að



núvitund er inngríp sem er vert að skoða betur þegar kemur að meðferð sjúkdóma þar sem hvatvísi er lykilþáttur. Einnig er mikilvægt að skoða möguleg inngríp við hvatvísi en hún hefur margar birtingarmyndir og getur verið afar hamlandi og skaðleg fyrir þá sem við hana kljást. Þar sem núvitund er frekar öruggt og ódýrt inngríp, sem útilokar sjaldnast önnur inngríp á sama tíma, er mikilvægt að hafa hana í huga sem valmöguleika í meðferð raskana sem fela í sér hvatvísi.

Heimildir

- Alberts, H. J., Mulkens, S., Smeets, M. og Thewissen, R. (2010). Coping with food cravings. Investigating the potential of a mindfulness-based intervention. *Appetite*, 55(1), 160-163. doi:10.1016/j.appet.2010.05.044
- Alberts, H. J., Thewissen, R. og Raes, L. (2012). Dealing with problematic eating behaviour. The effects of a mindfulness-based intervention on eating behaviour, food cravings, dichotomous thinking and body image concern. *Appetite*, 58(3), 847-851. doi: 10.1016/j.appet.2012.01.009
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5. útgáfa). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Baer R. A., Walsh E. og Lykins L. B. (2009). Assessment of mindfulness. Í F. Didonna (ritstjóri), *Clinical handbook of mindfulness* (bls. 153-171). New York: Springer.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. og Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. doi:10.1177/1073191105283504
- Barkley, R. A. (ritstjóri). (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder* (3. útgáfa). New York: Guilford Press.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., . . . Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical psychology: Science and practice*, 11(3), 230-241. doi:10.1093/clipsy.bph077
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K. og Hsu, S. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305. doi:10.1080/08897070903250084
- Brown, K. W. og Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 84(4), 822.
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., de Schutter, S. og Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(02), 193-209. doi:10.1017/S1352465808004190
- Carver, C. S. og White, T. L. (1994). Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 67(2), 319. doi:10.1037/0022-3514.67.2.319
- Chambers, R., Lo, B. C. Y. og Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive therapy and research*, 32(3), 303-322. doi:10.1007/s10608-007-9119-0
- Chiesa, A., og Serretti, A. (2010). A systematic review of neurobiological and clinical features of mindfulness meditations. *Psychological medicine*, 40(08), 1239-1252. doi:10.1017/S0033291709991747
- Fujita, K. (2011). On conceptualizing self-control as more than the effortful inhibition of impulses. *Personality and Social Psychology Review*. doi:10.1177/1088868311411165
- Hayes, A. M., Beevers, C. G., Feldman, G. C., Laurenceau, J. P. og Perlman, C. (2005). Avoidance and processing as predictors of symptom change and positive growth in an integrative therapy for depression. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 111-122. doi:10.1207/s15327558ijbm1202_9
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. og Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hoppes, K. (2006). The application of mindfulness-based cognitive interventions in the treatment of co-occurring addictive and mood disorders. *CNS spectrums*, 11(11), 829-851.
- Ivanovski, B. og Malhi, G. S. (2007). The psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness forms of meditation. *Acta neuropsychiatrica*, 19(2), 76-91. doi:10.1111/j.1601-5215.2007.00175.x
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: The program of the Stress Reduction Clinic at the University of Massachusetts Medical Center*. New York: Delta
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156. doi:10.1093/clipsy/bpg016
- Kristeller, J. L. og Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of health psychology*, 4(3), 357-363. doi:10.1177/135910539900400305
- Lattimore, P., Fisher, N. og Malinowski, P. (2011). A cross-sectional investigation of trait disinhibition and its association with mindfulness and impulsivity. *Appetite*, 56(2), 241-248. doi:10.1016/j.appet.2010.12.007
- Leahey, T. M., Crowther, J. H. og Irwin, S. R. (2008). A cognitive-behavioral mindfulness group therapy intervention for the treatment of binge eating in bariatric surgery patients. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(4), 364-375. doi:10.1016/j.cbpra.2008.01.004
- Leary, M. R. og Tate, E. B. (2007). The multi-faceted nature of mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 251-255. doi:10.1080/10478400701598355
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D. og Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064. doi:10.1001/archpsyc.1991.01810360024003
- Mark, J. Williams, G., og Swales, M. (2004). The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Archives of Suicide Research*, 8(4), 315-329. doi:10.1080=13811110490476671
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. Í G. A. Marlatt og J. R. Gordon (ritstjórar), *Relapse prevention* (bls. 250-280). New York: Guilford Press.
- Mitchell, J. T., McIntyre, E. M., English, J. S., Dennis, M. F., Beckham, J. C. og Kollins, S. H. (2017). A pilot trial of mindfulness meditation training for ADHD in adulthood: impact on core symptoms, executive functioning, and emotion dysregulation. *Journal of attention disorders*, 21(13), 1105-1120. doi:10.1177/1087054713513328
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. og Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *American journal of psychiatry*, 158(11), 1783-1793. doi:10.1176/appi.ajp.158.11.1783
- Murphy, C. og MacKillop, J. (2012). Living in the here and now: interrelationships between impulsivity, mindfulness, and alcohol misuse. *Psychopharmacology*, 219(2), 527-536. doi:10.1007/s00213-011-2573-0
- O'Reilly, G. A., Cook, L., Spruijt-Metz, D. og Black, D. S. (2014). Mindfulness-based interventions for obesity-related

- eating behaviours: a literature review. *Obesity reviews*, 15(6), 453-461. doi:10.1111/obr.12156
- Peters, J. R., Erisman, S. M., Upton, B. T., Baer, R. A. og Roemer, L. (2011). A preliminary investigation of the relationships between dispositional mindfulness and impulsivity. *Mindfulness*, 2(4), 228-235. doi:10.1007/s12671-011-0065-2
- Reid, R. C., Bramen, J. E., Anderson, A. og Cohen, M. S. (2014). Mindfulness, emotional dysregulation, impulsivity, and stress proneness among hypersexual patients. *Journal of clinical psychology*, 70(4), 313-321. doi:10.1002/jclp.22027
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M. og Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142-154. doi: 10.1016/j.beth.2008.04.001
- Ryan, R. M. (2005). The developmental line of autonomy in the etiology, dynamics, and treatment of borderline personality disorders. *Development and Psychopathology*, 17, 987-1006. doi:10.1017/S0954579405050467
- Safer, D. L., og Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 106-120. doi: 10.1016/j.beth.2009.01.006
- Safer, D. L., Telch, C. F. og Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 632-634. doi:10.1176/appi.ajp.158.4.632
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C. og Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-10. doi:10.1186/s40479-015-0035-8
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., og Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(4), 615.
- Telch, C.F., Agras, W.S. og Linehan, M.M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating Disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1061- 1065. doi:10.1037/0022-006X.69.6.1061
- van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R. og van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241. doi:10.1016/j.brat.2004.09.008
- VandenBos, G. R. (ritstjóri). (2007). *APA Dictionary of Psychology*. Washington: American Psychological Association.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T. og Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(2), 135-140. doi:10.1192/bjp.182.2.135
- Williams, J. M. G. (2008). Mindfulness, depression and modes of mind. *Cognitive Therapy and Research*, 32(6), 721-733. doi:10.1007/s10608-008-9204-z
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H. og Hsu, S. H. (2013) Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.04.001
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. og Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211-228. doi:10.1891/jcop.2005.19.3.211

Yavuz, B. G., Yavuz, M. og Onal, A. (2018). Examining the factors that are correlated with mindfulness with a focus on attention deficit hyperactivity symptoms. *Perspectives in psychiatric care*. doi:10.1111/ppc.12290

Um höfunda:

Dr. Gísli Kort Kristófersson er sérfræðingur í geðhjúkrun og dósent við Háskólann á Akureyri.

Sverrir Björn Einarsson er MSc í klínískri sálfræði og starfar á einkastofu.

Abstract

Mindfulness is an approach that can be traced back 2500 years and is influenced by Buddhist roots. Its focus is on meditation based on developing mindful awareness in the moment. Research from different fields of study suggest that mindfulness training can lead to improved attention and impulse control by teaching methods that monitor uncomfortable feelings and longings without responding to them in a negative manner. Relationships have been found between high levels of impulsivity and self-injurious behavior, emotion dysregulation and suicide attempts, but these factors are important symptoms in eating disorders, substance use disorders and borderline personality disorder, to name a few. The objective of this literature review is to look into the effects of mindfulness on impulsivity where theoretical knowledge on the effects of mindfulness-based interventions is integrated with what we know about impulsivity or mental illnesses which are characterised by impulsivity. Of the 50 applicable research studies found only 13 complied with the criteria of the paper. The age of participants ranged from 11 years of age to 70 years of age. The number of participants ranged from 14 to 168. Results indicate that mindfulness could be useful to cope with symptoms of impulsivity for various groups. Correlational studies confirm an inverse relationship between mindfulness and impulsivity which suggests that impulsive individuals can benefit from practicing mindfulness. In the studies that were the subject of this review, participants found various benefits of mindfulness practice on impulsivity related symptoms. The studies were quite limited though, in methodology and number of participants. There is compelling logic that indicates that mindfulness might in many cases have an alleviating effect on impulsivity for many different subpopulations. However, this has not been supported enough through interventional studies.



More research is needed to further ascertain the possibility of an inverse correlational relationship between impulsivity and mindfulness.

Keywords: mindfulness, impulsivity, mental illnesses, self regulation

Útdráttur

Núvitund er aðferð sem má rekja aftur um 2500 ár til búddískra fræða en hún felur í sér hugleiðslu sem byggir á því að þróa með sér meðvitað næmi (e. mindful awareness) á augnablikið. Rannsóknir á ólíkum sviðum gefa til kynna að núvitundarþjálfun geti leitt til aukinnar athygli og hvatastjórnunar með því að kenna leiðir til að fylgjast með óþægilegum tilfinningum og löngunum án þess að bregðast við þeim á neikvæðan hátt. Aukin tengsl hafa fundist á milli mikillar hvatvísi og sjálfsskaðandi hegðunar, skertrar tilfinningastjórnar og sjálfsvígstílauna, en þessir þættir eru lykileinkenni átraskana, vímuefnaraskana og jaðarpersónuleikaraskana. Þar af leiðandi væri gríðarlega mikilvægt fyrir þessa hópa og aðstandendur þeirra að auðga meðferðarúrreiði til að draga úr neikvæðum áhrifum hvatvísi. Tilgangur þessa fræðilega yfirlits var að skoða áhrif

núvitundar á hvatvísi þar sem samræmd var fræðileg þekking á áhrifum núvitundarinngripa á hvatvísi eða á geðsjúkdóma sem einkennast af hvatvísi. Alls fundust 50 rannsóknir sem komu til greina en af þeim voru aðeins 13 sem uppfylltu lágmarks skilyrði rannsakenda fyrir þátttöku. Í þeim rannsóknum sem voru teknar með í yfirlitið var aldursbilið 11 til 70 ár og fjöldi þátttakenda á bilinu 14 til 168. Niðurstöður benda til þess að núvitund gæti hentað vel til að takast á við einkenni hvatvísi fyrir ýmsa hópa. Fylgnirannsóknir staðfesta gagnstæð tengsl milli núvitundar og hvatvísi sem bendir til þess að hvatvísir einstaklingar geti haft hag af iðkun núvitundar. Í þeim rannsóknum sem farið var yfir í þessari kerfisbundnu samantekt áttu núvitundariðkendur auðveldara með að vera sér meir meðvitandi um sjálfa sig, auka sátt og bregðast ekki við sjálfkrafa hugsunum og tilfinningum miðað við samanburðarhópa. Engu að síður er langt í land til að staðfesta þessi tengsl milli hvatvísi og núvitundar, og fleiri rannsókn, sérlega inngripsrannsókn, er þörf, til að sannreyna tengslin.

Lykilorð: núvitund, hvatvísi, geðsjúkdómur, sjálfsstjórn

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAÐA STUÐNING:

Reykjavík

Ormsson, Lágmúla 8
Ólafur Þorsteinsson ehf, Vatnagörðum 4
Pfaff hf, Grensásvegi 13
Pixel ehf, Ármúla 1
Premis ehf, Holtavegi 10
Prikað ehf, Bankastræti 12
Rafkaup hf, Ármúla 24
Rafneisti ehf, Hraunbæ 99
Rafstjórnhf, Stangarhyl 1a
Rafsvið sf, Viðarhöfða 6
Rarik ohf, Dvergshöfða 2
Reki ehf, Höfðabakka 9
Reykjavík Residence Hotel, Laugavegi 182
Réttur – ráðgjöf & málflytningur, Klapparstíg 25-27
RG Lögmenn ehf, Skeifunni 17
Samtök starfsmanna fjármálaþjónustufyrirtækja-SSF, Nethyl 2e
SFR stéttarfélag í almannþjónustu, Grettisgötu 89
Sigurraf ehf, Stararíma 5
Sjávargrillið ehf, Skólavörðustíg 14
Sjóvá, Kringlunni 5
Skerping Veigars, Geithömrúm 3
Skóarinn í Kringlunni ehf, Kringlunni 4-6
Skólavefurinn.is, Laugavegi 163
Slökkvilið höfuðborgarsvæðisins bs, Skógarhlíð 14
SM kvótáþing ehf, Tryggvagötu 11
Stilling ehf, Kletthálsi 5
Stimplagerðin ehf, Síðumúla 21
Stjá, sjúkrapjálfun, Háttúni 12
Stólpi Gámar, Klettagörðum 5

Sýningakerfi hf, Sóltúni 20
Söngskólinn í Reykjavík, Laufásvegi 49
Tannálfur, tannlæknastofa, Þingholtsstræti 11
Tannréttingar sf, Snorrabraut 29
Tékkland bifreiðaskoðun ehf, Borgartúni 24
THG Arkitektar ehf, Faxafeni 9
Tónmenntaskóli Reykjavíkur, Lindargötu 51
Tösku- og hanskabúðin ehf, Laugavegi 103
Úti og inni sf, Þingholtsstræti 27
VA arkitektar ehf, Borgartúni 6
Verslunarskóli Íslands, Ofanleiti 1
Verslunin Brynja ehf, Laugavegi 29
Vélsmiðjan Harka hf, Hamarshöfða 7
Við og Við sf, Gylfaflöt 3
Wiium ehf, Vesturfold 34
Wurth á Íslandi ehf, Norðlingabraut 8
Yrki arkitektar ehf, Myrargötu 26
Ökuskólinn í Mjódd ehf, Þarabakka 3
Örninn – hjól, Faxafeni 8

Seltjarnarnes

Seltjarnarneskirkja
Sjávarsýn ehf, Bakkavör 28
Vekurð ehf, Hofgarðar 11

Kópavogur

ALARK arkitektar ehf, Dalvegi 18
Arnardalur sf, Þinghólsbraut 58
Bilamarkaðurinn, Smiðjuvegi 44e
Bílasprautun og réttingar Auðuns, Auðbrekku 27
Blikksmiðjan Vík ehf, Skemmuvegi 42
Domusnova fasteignasala, Nýbýlavegi 8
Garcia ehf, Prymsölum 1

goddi.is, Auðbrekku 19
Hamraborg ehf, Lundi 92
Hefilverk ehf, Jörfalind 20
Hilmar Bjarnason ehf, rafverktaki, Smiðjuvegi 11
Ilex ehf, Víkurhvarfi 6
Ingi hópferðir ehf, Laufbrekku 16
Init ehf, Smáratorgi 3
Inmarsat Solutions ehf, Hlíðasmára 10
Ísfix ehf, Smiðjuvegi 6, græn gata
JS-hús ehf, Skemmuvegi 34a
Kambur ehf, Geirlandi v/Suðurlandsveg
Kraftvélar ehf, Dalvegi 6-8
Krua Thai, veitingastaður, Bæjarlind 14-16
Lyfja hf, Hagasmára 1
Lyfjaval ehf, Hlíðasmára 2
mammaveitbest.is Laufbrekku 30 & Njálsgötu 1
MHG verslun ehf, Víkurhvarf 8
Ólafssynir ehf, Fagrahjalla 84
Pottagaldrar ehf, Dalbrekku 42
Rafbreidd ehf, heimilistækjavíðgerðir, Akralind 6
Rafmiðlun hf, Ögurhvarfi 8
Rafsetning ehf, Björtusólum 13
Rafvirkni ehf, Akralind 9
Rakarastofan Herramenn, Hamraborg 9
Slökkvitækjaþjónustan ehf, Bakkabraut 16
Stálgæði ehf, Smiðjuvegi 9a
Suðurverk hf, Hlíðasmára 11
Útfararstofa Íslands ehf, Auðbrekku 1
Vetrarsól ehf, verslun, Askalind 4
Ýmus ehf, heildverslun, Dalbrekku 58
Zenus – sófar & gluggatjöld, Smiðjuvegi 9

Bryndís Berg

Jákvæð sálfræði

upphaf, helstu kenningar og verkfæri

Jákvæð sálfræði skoðar styrkleika og dyggðir venjulegs fólks og hvað fær það til að blómstra. Ekki er gert lítið úr neikvæðum hliðum lífs, sjúkdómum, neyð eða vanlíðan heldur er horft frá öðru sjónarhorni, á jákvæða þætti mannlegrar reynslu (Gable og Haidt, 2005). Jákvæð sálfræði er regnhlífarhugtak fyrir rannsóknir og kenningar um það hvað gerir lífið þess virði að lifa því (Seligman, Steen, Park og Peterson, 2005).

Færa má rök fyrir því að jákvæð sálfræði sé mörg þúsund ára gömul og megi rekja til heimspekinga til forna og trúarleiðtoga sem töluðu um dyggðir, hamingju og hið góða samfélag. Í allmarga áratugi hafa vísindamenn rannsakað jákvæð viðfangsefni eins og fórnfýsi, styrkleika og hamingju. Fyrstur til að nota hugtakið jákvæð sálfræði var mannúðarsálfræðingurinn Abraham Maslow þegar hann skrifaði árið 1954 að sálfræðin hefði fjallað miklu meira um neikvæðar hliðar mannsins en jákvæðar hliðar hans. Fleiri komu í kjölfarið en það sem vantaði var samþætting, að tengja fræðin og fræðimenn saman í það verkefni að varpa ljósi á jákvæðar hliðar lífsins. Í því tilliti telst jákvæð sálfræði um tuttugu ára gömul. Það sem markar upphafið er að sálfræðingurinn Dr. Martin Seligman tekur höndum saman við hóp fræðimanna og myndar *The Positive Psychology Network*. Jafnvel þó Seligman gerði sér grein fyrir þörfinni fyrir hagnýtingu jákvæðrar sálfræði þá lagði hann meiri áherslu á það í upphafi að jákvæð sálfræði hefði vísindalegan grunn (Hefferon og Boniwell, 2011 og Snyder og Lopez, 2009).

Seligman skrifaði árið 2004 bókina *Character Strengths and Virtues* ásamt Christopher Peterson. Bókin var skrifuð til að veita fræðilegan ramma (*theoretical framework*) til að þróa



verkfæri fyrir jákvæða sálfræði. Þeir vildu geta flokkað styrkleika á sama hátt og DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) flokkar geðraskanir. Í bókinni þróuðu þeir flokkunarkerfi styrkleika sem kallast the *Values in Action (VIA) Strengths Survey*, eða VIA styrkleikakönnunin. VIA styrkleikakönnunin er spurningalisti sem mælir mannlega styrkleika og dyggðir á áreiðanlegan hátt. Í VIA styrkleika-prófinu eru styrkleikar flokkaðir í sex meginflokka sem hver um sig hefur undirflokka þannig að um er að ræða 24 styrkleika alls. Eftir að hafa tekið prófið raðast styrkleikarnir eftir því hvernig einstaklingur hefur svarað prófinu og þeir fimm efstu eru þá flokkaðir sem megin styrkleikar. Kenna má leiðir eða æfingar til að vinna með þessa styrkleika dags daglega og hægt er að vinna með mikilvæga styrkleika sem flokkast neðar og efla þá (Peterson og Seligman, 2004).

Árið 1975, löngu áður en jákvæð sálfræði varð fræðigrein kom ungværskættaði sálfræðingurinn Mihaly Csikszentmihalyi fyrst fram með kenningu sína Flæði (*Flow*) og fellur hún undir regnhlíf jákvæðrar sálfræði. Flæði er einbeitingarástand sem maður kemst í þegar hann er niðursökkinn í verkefni sem reynir á hæfileika hans. Í flæði gleymir viðkomandi sér algjörlega, tíminn flýgur áfram og hann gleymir jafnvel að borða og drekka og finnur ekki fyrir þreytu. Upplifunin er gefandi og áreynslulaus því það er jafnvægi milli áskorunar og getu. Fólk í flæði er drifið áfram af innri áhugahvöt. Csikszentmihalyi segir fólk vera hamingjusamast þegar það er í flæði (Csikszentmihalyi, 2014).

Hugarfar skiptir miklu máli og með hugarfari getur hver og einn haft áhrif á hamingju sína og vellíðan. Carol Dweck setti fram kenningu um hugarfar (*Mindset*) árið 2006. „Hugarfarið sem þú



tileinkar þér hefur djúpstæð áhrif á það hvernig þú hagar lífi þínu” er haft eftir henni. Dweck talar um tvennskonar hugarfar: hugarfar festu og hugarfar grósku (*fixed mindset and growth mindset*). Þeir sem hafa hugarfar festu trúa því að færni sé fasti og að maður fæðist með ákveðna hæfileika og gáfur og sé leiksoppur aðstæðna. Þeir sem hafa hugarfar grósku trúa því að hæfni og gáfur sé hægt að rækta og þroska með því að leggja sig fram. Það er hægt að vera með hugarfar festu á sumum sviðum og hugarfar grósku á öðrum. Sá sem hefur hugarfar festu forðast áskoranir, gefst auðveldlega upp, lítur á vinnu og fyrirhöfn sem veikleika, forðast gagnrýni og finnst sér ógnað þegar öðrum gengur vel. Sú sem hefur hugarfar grósku tekst á við áskoranir, leitast við að sigrast á þeim, lítur á vinnu og fyrirhöfn sem leið að velgengni, vill læra af gagnrýni og finnur lærdóm og hvatningu í velgengni annarra. Mikilvægt er að einstaklingur túlki áskoranir, gagnrýni og bakslög með hugarfari grósku, að best sé að leggja sig meira fram og reyna nýjar leiðir eða aðferðir en ekki hugsa með hugarfari festu að það vanti hæfileika og getu. Það er hægt að bæta sig. Það er grunnur náms samkvæmt kenningu Dweck um hugarfar (Dweck, 2006 og 2015).

Það er mikilvægt að vera sér meðvitandi um vægi jákvæðra tilfinninga. Kenning Barbara Fredrickson (2004) um jákvæðar tilfinningar (*The broaden-and-build theory of positive emotions*) gengur út á að allar jákvæðar tilfinningar muni víkka eða breikka hugsunarhátt hvers og eins (*broaden* tilgátan) og að reynslan af jákvæðum tilfinningum muni með tímanum byggja upp varanlega persónulega auðlind sem hægt er að leita í (*build* tilgátan). Neikvæðniskekkja (*negativity bias*) er sú mannlega tilhneiging að gefa slæmri reynslu meiri vægi heldur en góðri (Rozin og Royzman, 2001). Fleiri jákvæðar tilfinningar þarf á móti hverri neikvæðri til þess að maður náí að blómstra (Fredrickson, 2004).

Sjálfsákvörðunarkenningarnar SÁK (*Self-Determination Theories, SDT*) eru kenningar um áhugahvöt (*motivation*) og vellíðan (*well-being*). Þær voru upphaflega þróaðar af þeim Edward L. Deci og Richard M. Ryan (1985). Um er að ræða sex undirkenningar (*mini-theories*) og er ein þeirra kenningin um sálfræðilegar grunnþarfir (*basic needs theory*) Samkvæmt Deci og Ryan eru sálfræðilegar grunnþarfir mannsins þrjár:

- Þörfin fyrir **sjálfræði** (*autonomy*), að upplifa að athafnir séu í samræmi við eigin sannfæringu eða innri gildi.
- Þörf fyrir **hæfni** (*competence*), að upplifa sig hæfan, hafa tiltrú á eigin hæfni í tilteknu samhengi.
- Þörf fyrir **félagstengsl** (*relatedness*), tilfinningin að tilheyra, finna umhyggju, að það sem maður leggi að mörkum skipti máli.

Kenningin segir að virkni einstaklings og vellíðan fari eftir því hvort sálfræðilegum grunnþörfum hans sé mætt. Ef manni finnst þessar þarfir vera uppfylltar þá gerir hann hlutina af innri áhugahvöt sem leiðir til farsældar (*well-being*). Ef einstaklingur gerir hlutina af ytri áhugahvöt t.d. þrýstingi eða fyrir umbun þá festist sú hegðun ekki í sessi. Í Sjálfsákvörðunarkenningunni er sjálfíð ekki hugsað sem fastmótaður kjarni heldur virkt reynsluferli, dýnamískur andlegur strúktúr sem stöðugt leitast við að henda reiður á þeim mýgrút innri og ytri atburða sem líf einstaklings samanstendur af (Deci og Ryan, 1985, Ryan og Deci, 2000).

Verkfæri jákvæðrar sálfræði kallast jákvæð inngríp (*positive psychology interventions*). Jákvætt inngríp er það sem einstaklingur gerir með ásetningu og með það að markmiði að rækta jákvæðar tilfinningar, jákvæða hegðun eða jákvæða vitund (Sin og Lyubomirsky, 2009). Lyubomirsky, King og Diener (2005) og Sheldon og Lyubomirsky (2006) skiptu jákvæðum inngrípum í þrjá flokka; **Hegðun, hugsun og áhugahvöt**. Dæmi um **hegðun** gæti verið líkamsrækt og góðvild í garð annarra. **Hugsun** er t.d. það að túlka atburði í jákvæðu ljósi og finna fyrir þakklæti. Með **áhugahvöt** væri einstaklingurinn tilbúinn að leggja á sig það sem skiptir máli til að ná markmiðum sem endurspeglar djúpstæð gildi.

Núvitund, þakklætisæfingar, góðverk, hreyfing til að auka vellíðan og notkun styrkleika eru dæmi um jákvæð inngríp. Safngreining (*meta-analysis*) sýndi að jákvæð inngríp geta verið áhrifarík í að auka bæði vellíðan (*subjective well-being*) sem er það hvernig maður metur sína eigin hamingju og sálfélagslega vellíðan (Sin og Lyubomirsky, 2009). Það er meiri ávinningur af hamingju en bara vellíðan. Hamingjusamt fólk er heilbrigðara, nýtur meiri velgengni og félagsleg þátttaka þess

er meiri og orsakasambandið liggur í báðar áttir (Lyubomirsky, King og Diener, 2005).

Hamingja er mikið háð erfðum og aðstæðum en að stórum hluta getur hver og einn skapað sína eigin hamingju (Lyubomirsky, 2008; Huppert, 2009).

Heimildskrá

- Csikszentmihalyi, M. (2014). Toward a psychology of optimal experience. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 209-226). Springer Netherlands
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Intrinsic motivation and self-determination in human behaviour. New York: Plenum Press.
- Dweck, C. S. (2006). *Mindset: The new psychology of success*. Random House Incorporated.
- Dweck, C. (2015). Carol Dweck revisits the growth mindset. *Education Week*, 35(5), 20-24.
- Fredrickson, B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 359(1449), 1367
- Gable, S. L. og Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, 9(2), 103-110. doi:10.1037/1089-2680.9.2.103
- Hefferon, K. og Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, Research and Applications*. McGraw-Hill Education (UK).
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164.
- Lyubomirsky, S (2008). *The how off happiness: A scientific approach to getting the life you want*. Penguin

- Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological bulletin*, 131(6), 803.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Peterson, C., & Seligman, M. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification*. New York: Oxford University Press.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68.
- Rozin, P., & Royzman, E. B. (2001). Negativity bias, negativity dominance, and contagion. *Personality and social psychology review*, 5(4), 296-320.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N. og Peterson, C. (2005). Positive psychology progress – Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60(5), 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Sheldon, K. M., & Lyubomirsky, S. (2006). How to increase and sustain positive emotion: The effects of expressing gratitude and visualizing best possible selves. *The journal of positive psychology*, 1(2), 73-82.
- Sin, N. L. og Lyubomirsky, S. (2009). Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: a practice-friendly meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(5), 467-487.
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (Eds.). (2009). *Oxford handbook of positive psychology*. Oxford University Press, USA.

Um höfund:

Bryndís Berg er hjúkrunarfræðingur með diplóma í jákvæðri sálfræði og vinnur í teymi réttar- og öryggisgeðbjónustu á Göngudeildinni á Kleppi, Landspítala.



Alice Harpa Björgvinsdóttir, Sigrún Vilborg Heimisdóttir,
Justyna Wróblewska og Sólveig Dröfn Jónsdóttir

Mat á árangri sérhæfðrar félagsfælnihópmeðferðar á félagsfælni og lágt sjálfsmat

Félagsfælni (e. social anxiety) er kvíðaröskun sem einkennist af þrálátum kvíða og ótta við félagslegar aðstæður þar sem frammistaðan kann að verða neikvætt metin af öðrum. Kvíði getur komið upp þegar einstaklingur þarf að vera í félagslegum aðstæðum en einnig getur tilhugsunin ein verið nóg til að vekja upp kvíða, hann reynir að forðast félagslegar aðstæður eða þraukar í þeim þrátt fyrir mikinn kvíða. Félagsfælni má skipta í víðtæka fælni og sértæka fælni. Víðtæk þýðir að viðkomandi er kvíðinn í flestum félagslegum aðstæðum en sértæk þegar hann er kvíðinn í fáum eða afmörkuðum aðstæðum (American Psychiatric Association, 2013). Reynsla er einn þeirra áhrifaþátta sem virðist gegnir hlutverki í þróun kvíða og fælni sem lærist með skilyrðingu, herminámi eða beinni kennslu (Eiríkur Örn Arnarson, 1984). Algengast er að félagsfælni komi fram á unglingsárum og hún er líkleg til að vara alla ævi ef fólk fær ekki viðeigandi meðferð (Beidel og Turner, 1998). Félagsfælni er þriðja algengasta geðröskunin og algengasta kvíðaröskunin (Furmark, 2002). Rannsóknir þar sem notast hefur verið við greiningarviðmið DSM-III-R og DSM-IV gefa til kynna að samtímaalgengi félagsfælni sé um 7% og lífstíðaralgengi um 12% (Kessler, Berglund og félagar, 2005; Ruscio og félagar, 2008; sjá í Stein og Stein, 2008).

Líkan Beck og féлага frá 1985 er eitt fyrsta líkanið sem notað var til að útskýra félagsfælni. Þar er áhersla lögð á óhjálpleg viðhorf og skekkju í hugsun. Óhjálpleg viðhorf snúast um þær hugmyndir sem fólk hefur um sjálft sig og hvernig það eigi að hegða sér í félagslegum aðstæðum. Þegar einhver er innan um fólk fylgist hann náið með eigin líðan sem truflar getu hans til að vinna úr og bregðast við þeim aðstæðum sem hann er í. Það getur haft áhrif á upplifun annarra í kringum



hann sem staðfestir þá skoðanir viðkomandi um að hann sé dæmdur. Skekkja í hugsun veldur því að sá félagsfælni túlkar viðbrögð annarra sem gagnrýni. Einnig kemur fram skekkja í athyglisstýringu sem veldur því að sá félagsfælni beinir frekar sjónum sínum að því sem er ógnandi (Beck, Emery og Greenberg, 1985).

Í líkani Clark og Wells frá 1995 er meiri áhersla lögð á athygli en verið hafði í fyrri módelum. Sjálfmiðuð athygli og öryggishegðun gegnir þar lykilhlutverki. Samkvæmt módelinu er talið að athygli einstaklinga með félagsfælni beinist inn á við þegar þeir telja sig í hættu af að verða metnir af öðrum. Sjálfmiðaða athyglin eykur kvíðanæmið sem ýtir undir neikvæðar hugsanir. Þar með er einstaklingurinn kominn með bjagaða mynd af sér sem veldur því að hann á erfiðara með að túlka og bregðast við félagslegum aðstæðum. Öryggishegðun er svo allt það sem hann gerir til að afstýra því að hann komi illa fyrir eða eigi á hættu neikvætt mat annarra. Öryggishegðun kemur í veg fyrir að fólk takist á við eigin ótta. Dæmi um augljósa öryggishegðun er að forða sér eða leggja á flóttu, viðkomandi getur annað hvort forðast að fara í aðstæður eða farið fyrir (flúið) úr aðstæðum. Einnig er til öryggishegðun sem er ekki alveg eins augljós, svokölluð hliðrun. Þá fer fólk í aðstæðurnar en veigrar sér við að takast á við eigin kvíða. Dæmi um það getur til dæmis verið að farða sig mikið til að aðrir sjái ekki roða í kinnum. Öryggishegðun getur viðhaldið kvíðanum því viðkomandi telur að hún sé ástæðan fyrir því að ekki fór verr í félagslegu aðstæðunum. Sökum öryggishegðunar getur hann ekki komist að því hvort hans eigin hugmyndir eigi við rök að styðjast og hvort aðstæðurnar hefðu farið á versta veg ef henni hefði verið sleppt (Heimberg og Becker, 2002).

Margt hefur gerst í meðferð við félagsfælni síðustu ár. Mikil þróun hefur orðið og mikið hefur verið lagt í að skoða ólíkar meðferðarnálganir s.s. hugræna meðferð (cognitive therapy), atferlistilraunir (behavioral experiments), berskjöldun (exposure), slökunarþjálfun (relaxation training), hugrænt endurmat (cognitive restructuring) og þjálfun í félagsfærni (social skills training) (McManus o.fl., 2009). Hugræn atferlismeðferð er eitt algengasta meðferðarformið við félagsfælni og er sú meðferð sem er skoðuð hér. Sumir vilja meina að eingöngu eigi að horfa á atferlishlutann því hugræni þátturinn bæti ekki miklu við. Samkvæmt Rodebaugh, Holaway og Heimberg (2004) reyndist hugræn atferlismeðferð ekki skila meiru en atferlishlutinn (berskjöldun) einn og sér. Aðrar rannsóknir hafa þó sýnt að áhrifin séu meiri og vari lengur ef hugræn meðferð og atferlismeðferð eru notaðar saman (Juster og Heimberg, 1995; Taylor, 1996). Árangur af lyfjameðferð hefur einnig verið skoðaður og borinn saman við ólíkar sálfræðimeðferðir. Niðurstaða flestra rannsókna bendir til að lyfjameðferð með SSRI lyfjum og hugræn atferlismeðferð skili mestum árangri (Stein og Stein, 2008; Heimberg o.fl., 1998). Flestar rannsóknir benda til að lyfjameðferð sé fljótvirkari en að hugræn atferlismeðferð hafi varanlegri áhrif og komi frekar í veg fyrir bakslög (Heimberg o.fl., 1998). Meðferð við félagsfælni byggir á því að að fá fólk til að mæta ótta sínum með berskjöldun og endurskoða neikvæðar hugsanir. Þjálfun í slökun til að ná betri stjórn á lífeðlislegri örvun og þjálfun í félagslegri færni er einnig hluti af meðferðinni (Stein og Stein, 2008). Síðustu ár hafa menn reynt að sameina í eitt marga þá meðferðarþætti sem eru taldir skipta máli í meðferð við félagsfælni. Kostir hópmeðferðar umfram einstaklingsmeðferð, þegar kemur að félagsfælni, eru nokkrir. Viðvera í hóp felur í sér berskjöldun. Auðvelt er að skapa kvíðvænlegar aðstæður með æfingum og hlutverkaleikjum. Hægt er að fylgjast með fólki í félagslegum aðstæðum og sjá til þess að það dvelji nógu lengi í erfiðum aðstæðum, eða þar til kvíðinn fer minnkandi. Gott getur verið að fá að heyra frá öðrum í svipuðum aðstæðum og þannig getur fólk stutt hvert annað. Helsti ókosturinn er að erfitt er að laga meðferðina að hverjum og einum (Heimberg og Becker, 2002).

Lágt sjálfsmat er ekki geðgreining heldur hlið-
arbreyta sem hefur nokkuð óljósa skilgreiningu. Flestir eru þó sammála um að hugtakið eigi við um grunnskoðanir einstaklings á eigin verðleikum. Hugtakið snýr að sjálfsvirðingu og hvort viðkomandi þyki vænt um sjálfan sig. Lágt sjálfsmat einkennist af sjálfsþagfinni, vantrú á eigin getu, lítilli félagslegri virkni, niðurbældri reiði, einmanleika og stundum skömm. Fólk með hátt sjálfsmat hefur tilhneigingu til að beina athyglinni að uppbyggingu og lausnamiðaðri hugsun (Baumeister, Campell, Krueger og Vohs, 2003). Rannsóknir hafa sýnt að sjálfsmat er ekki stöðugt í gegnum allt lífið heldur þróast það með árunum (Block og Robins, 1993). Reynsla er talin vera mótandi áhrifaþáttur og þar geta hlutir eins og gagnrýni, félagsleg tengsl, áföll og fleira haft áhrif (Baumeister o.fl., 2003).

Sjálfsmati má skipta í meðvitað/ljóst (*explicit*) og ómeðvitað/leynt (*implicit*). Meðvitað/ljóst sjálfsmat er eitthvað sem við getum stjórnað (Fazio og Olson, 2003). Það er talið hafa bein áhrif á ákvarðanir svo sem að hliðra sér frá því að tala í hópi eða treysta sér ekki til að gera eitthvað (Rudolph, Schröder-Abé, Riketta og Schütz, 2010). Ómeðvitað/leynt sjálfsmat er þá birtingarmynd ósjálfráðra viðbragða svo sem að roðna ef þarf að tala fyrir framan aðra (Fazio og Olson, 2003). Í flestum rannsóknum er verið að horfa á meðvitað sjálfsmat en það er það sem sjálfsmatlistar mæla (Jordan, Spencer og Zanna, 2005; Zeigler-Hill og Jordan, 2010).

Í líkani Fennell frá 1998 er áhersla á að fyrri reynsla (til dæmis vanræksla, ofbeldi eða skortur á hrósi, kærleika eða hlýju) ásamt meðfæddum þáttum, móti grunnskoðanir/kjarnaviðhorf fólks um sjálft sig. Þau stýra því að hverju athygli okkar beinist og hvernig við túlkum upplýsingar úr umhverfinu. Þar sem fólk trúir þessum grunnskoðunum/kjarnaviðhorfum (til dæmis að það sé einskis virði) kemur það sér upp lífsreglum til að verja sig fyrir sannleikanum um sjálft sig. Lífsreglurnar hafa svo áhrif á hvernig fólk hegðar sér. Dæmi um lífsreglur: Að verða að vera bestur í öllu, að mega ekki gera mistök eða sýna öðrum veikleika. Lífsreglur geta verið góðar, t.d. að ekki valda öðrum öðrum skaða. En þær geta líka verið mjög ósveigjanlegar: „Ég verð alltaf að standa mig 100%.“ Í raun má segja að lífsreglurnar miði



að því að viðhalda andliti út á við, til að aðrir sjái ekki hvernig viðkomandi er í raun og veru. Í daglegu lífi eru síðan ákveðnar kveikjur sem verða til þess að grunnskoðanir virkist. Fyrri hluti líkansins miðast að kvíða þar sem hugsanir eru oft hrakspárhugsanir eða neikvæð forspá sem leiða til óhjálplegrar hegðunar, svo sem hliðrunar eða forðunar. Þessi óhjálplega hegðun (að forðast eða hliðra) ýtir undir sjálfsgagnrýnishugsanir og staðfestir þær neikvæðu hugmyndir sem einstaklingurinn hefur um sig og leiðir til þunglyndis (Fennell, 1998).

Mismunandi meðferðir hafa verið þróaðar síðustu áratugi til að efla sjálfsmat. Meðferðirnar byggja margar á hugrænni atferlismeðferð. Áhersla hefur að mestu verið á breytingar á grunnskoðunum/kjarnaviðhorfum sem eru undirliggjandi áhrifaþáttur í sjálfsmati (Padesky, 1994; Beck, 1995; Fennell, 1999). Rannsóknir hafa sýnt góðan árangur við að efla sjálfsmat (Fennell, 1998; McManus o.fl., 2009; Rigby og Waite, 2006; Waite o.fl., 2012). Rannsóknir hafa einnig sýnt árangur hugrænnar atferlismeðferðar í hópi við að efla sjálfsmat. Flestar meðferðir hafa verið byggðar á meðferðarlíkani Fennell frá 1998. Í rannsóknnum kemur fram að sjálfsmat eykst og kvíði og þunglyndi minnkar (Fennell, 1998).

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru 37 talsins, 31 (83,8%) konur og 6 (16,2%) karlar. Aldursþönnin var 16-59 ára. Allir þátttakendur fengu hugræna atferlismeðferð við félagsfélunni hjá Sálfræðiþjónustu Norðurlands. Meðferðin fór fram í hópi. Þátttakendur voru í meðferð í þremur mismunandi hópum (n=10, n=13, n=14) á tímabilinu 2011-2012. Sumir komu í gegnum tilvísun, til dæmis frá VIRK starfsendurhæfingarsjóði, Heilsugæslustöðinni á Akureyri eða Sjúkrahúsinu á Akureyri en aðrir komu á eigin vegum. Allir þátttakendur fengu forviðtal hjá sálfræðingi þar sem einkenni félagsfélunni voru metin (með óstöðluðu klínísku viðtali og með félagsfélunilistum (SIAS og SPS). Þeir sem náðu greiningarviðmiðum fyrir félagsfélunni (yfir 30 stig á SIAS og/eða SPS) fengu að taka þátt í hópmeðferðinni. Einu útilokunarviðmiðin voru virk geðrofseinkenni eða vímuefnaneysla. Þátttakendur voru allir með viðtæka félagsfélunni

ásamt fylgiröskunum. Af þeim 37 sem hófu meðferð voru 4 sem ekki luku meðferð (mættu hvorki í lokatíma né eftirfylgdartíma). Brottfall var því 10,8%. Ástæða brottfalls var alvarleg kvíðaeinkenni, forðunarhegðun og persónulegar ástæður.

Mælitæki

Allir þátttakendur mættu í forviðtal áður en hópmeðferðin hófst þar sem vandi þeirra var metinn með óstöðluðu klínísku viðtali og með spurningarlistum sem meta félagsfélunni (SIAS og SPS). Einnig voru spurningalistar lagðir fyrir í upphafi, við lok meðferðar og í eftirfylgdartíma sem fór fram um það bil mánuði eftir að meðferð lauk. Eftirfarandi spurningarlistar voru lagðir fyrir: Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), Social Phobia Scale (SPS), Robson Self Concept Questionnaire (SCQ).

Social Interaction Anxiety Scale (SIAS) (Mattick & Clarke, 1998).

Spurningalistinn metur samskiptakvíða. Listinn samanstendur af 20 fullyrðingum og metur þátttakandi hversu vel hver fullyrðing á við um sig á fimm punkta kvarða frá núlli (alls ekki einkennandi) og upp í fjóra (mjög einkennandi). Stigafjöldi fæst með því að leggja saman allar fullyrðingarnar. Fjöldi stiga getur verið á bilinu 0-80 stig (Osman, Gutierrez, Barrios, Kopper og Chiro, 1998). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur þýddi kvarðann. Rannsóknir hafa verið gerðar hérlendis á próffræðilegum eiginleikum listans sem gefa góðar niðurstöður (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B. Eggertsdóttir, 2004).

Social Phobia Scale (SPS) (Mattick & Clarke, 1998).

Spurningalistinn metur frammistöðukvíða. Listinn samanstendur af 20 fullyrðingum og metur þátttakandi hversu vel hver fullyrðing á við um sig á fimm punkta kvarða frá núlli (alls ekki einkennandi) og upp í fjóra (mjög einkennandi). Stigafjöldi fæst með því að leggja saman allar fullyrðingarnar. Fjöldi stiga getur verið á bilinu 0-80 stig (Osman, Gutierrez, Barrios, Kopper og Chiro, 1998). Pétur Tyrfingsson sálfræðingur þýddi kvarðann. Rannsóknir hafa verið gerðar hérlendis á próffræðilegum eiginleikum listans sem gefa góðar niðurstöður (Margrét A. Hauksdóttir, 2005; Óla B. Eggertsdóttir, 2004).

Osman og félagar (1998) skoðuðu próffræðilega eiginleika SIAS og SPS. Kvarðarnir eru taldir meta ólíka þætti félagsfælni. Samtímaréttmæti var gott. Halla Ósk Ólafsdóttir (2012) gerði rannsókn á próffræðilegum eiginleikum íslenskrar þýðingar SIAS og SPS. Sú rannsókn leiddi í ljós háa fylgni milli kvarðanna sem benti til góðs samleitniréttmætis. Innri samkvæmni kvarðanna var einnig góð með Cronbachs alfa yfir 0,8 á báðum kvörðum.

Sjálfsmatskvarði Robsons (Self Concept Questionnaire, SCQ) (Robson, 1989)

Spurningalistinn mælir sjálfsmat. Kvarðanum er ætlað að meta viðhorf einstaklinga til sjálfs síns. Spurningalistinn samanstendur af 30 fullyrðingum og metur þátttakandi sjálfan sig á sjö punkta kvarða eftir því hversu sammála eða ósammála hann er fullyrðingunni (Addeo, Greene og Geisser, 1994). Fjöldi stiga getur verið mest 210 stig. Kvarðinn var þýddur af Sóleyju Dröfn Davíðsdóttur sálfræðingi.

Addeo og félagar (1994) skoðuðu próffræðilega eiginleika kvarðans. Niðurstöður þeirra sýndu gott hugtakaréttmæti hans. Þeir sögðu kvarðann meta þrjá þætti, sjálfsfyrirlitningu, aðlögun og sjálfsvirðingu. Há fylgni fannst milli kvarðans við aðra sambærilega kvarða sem bendir til góðs samleitniréttmætis og aðgreiningarréttmætis. Einnig hafa rannsóknir sýnt fram á háan áreiðanleika með Cronbachs alfa upp á 0,89 (Ghaderi og Scott, 2001).

Framkvæmd

Þegar tilvísun barst meðferðaraðilum var skjólstæðingur boðaður í forviðtal. Þar fór fram óstaðlað klínískt viðtal og lagðir fyrir matslistar fyrir félagsfælni. Ef viðkomandi uppfyllti greiningarviðmið fyrir félagsfælni (sem voru 30 stig eða meira á SIAS og/eða SPS) var hann fræddur um hugræna atferlismeðferð og um hópmeðferðina og hvað í henni fælist. Viðkomandi var síðan gefið færi á að spyrja um meðferðina. Í forviðtalinu var félagsfælnin kortlögð og tryggt var að viðkomandi uppfyllti ekki útilokunarskilyrði sem voru virk geðrofseinkenni eða vímuefnaneysla. Markmið með forviðtalinu var ekki síst að mynda tengsl við skjólstæðing áður en lagt væri af stað inn í hópmeðferð. Með því var verið að reyna að

auka líkurnar á því að viðkomandi treysti sér til að mæta í hópinn.

Tveir sálfræðingar sáu um að veita meðferðina. Hugræn atferlismeðferð við félagsfælni var veitt í hópi og fór hópmeðferðin fram í húsnæði Sálfræðiþjónustu Norðurlands eða á vettvangi (þegar þátttakendur gerðu atferlisæfingar). Hver hópmeðferð stóð yfir í 10 skipti auk eftirfylgdartíma. Tímarnir voru vikulega og stóðu yfir í um tvær klukkustundir í senn. Í upphafi hvers tíma var hringt í þá sem ekki voru mættir og höfðu ekki boðað forföll. Allir þátttakendur voru beðnir um að skrifa undir upplýst samþykki í fyrsta tíma og gefa þannig leyfi fyrir því að niðurstöður matslista yrðu notaðar í rannsókn. Einnig voru lagðir fyrir matslistar í fyrsta tíma, síðasta tíma og í eftirfylgdartíma. Meðferðarformið var hugræn atferlismeðferð við félagsfælni. Þátttakendur fengu ekki að vita hvað gert yrði í hverjum tíma fyrir utan að það yrði fræðsla og æfingar. Fyrri tíminn fór oftast í heimavinnu og fræðslu, til dæmis um þætti sem viðhalda félagsfælni, öryggishegðun, berskjöldun, neikvæðum hugsunum, athyglisstýringu og fleira. Seinni tíminn snérist um æfingar í berskjöldun eða því að mæta kvíða. Þá var einnig farið í gegnum ýmsar æfingar sem snéru að félagslegum samskiptum s.s. samtalstækni, æfingu í að taka gagnrýni, setja mörk og fleira. Æfingar urðu meira krefjandi eftir því sem á leið meðferðina. Einnig lærðu þátttakendur aðferðir til að viðhalda árangri og hvernig ætti að draga úr líkum á bakslagi eftir að meðferð lyki.

Tölfræðileg úrvinnsla

Meðferðaraðilar söfnuðu gögnum og kóðuðu persónuupplýsingar til að ekki væri hægt að rekja upplýsingar til þátttakenda. Því næst fengu sálfræðinemar við Háskólann á Akureyri gögnin til úrvinnslu. Sótt var um leyfi til vísindasiðanefndar (nr. VSNb2013010042-0307) og rannsóknin tilkynnt til persónuverndar (nr. S6140/2013).

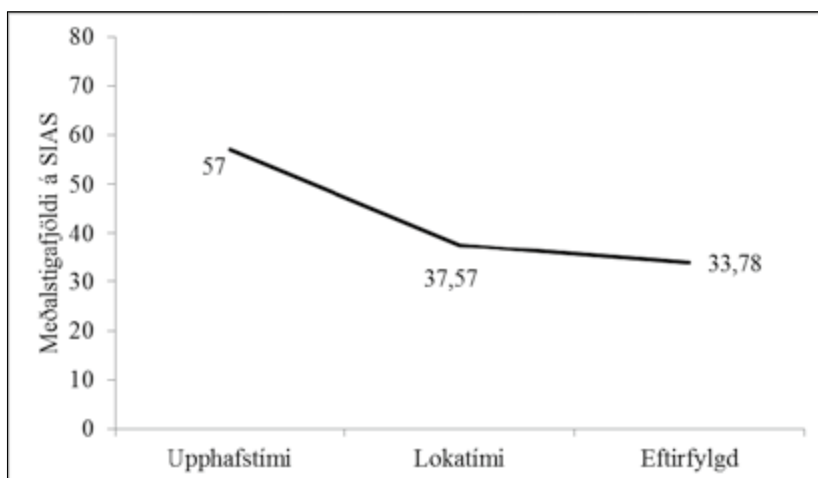
Tölfræðileg úrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu SPSS 20. Meðferðarárangur var metinn með háðum ANOVA-prófum og brottfall með óháðum t-prófum. Auk þess var áhrifastærð Cohen's d reiknuð. Alvarleiki einkenna var flokkaður og athugað hversu mikið einkenni jukust eða minnkuðu milli matstíma. Skoðað var hvort sjálfsmat hækkaði marktækt á meðferðartíma og hvort fylgni væri á milli breytinga á félagsfælni og sjálfsmati.

Í rannsókninni var leitast við að rannsaka áhrif meðferðar á félagsfælnieinkenni og sjálfsmat.

Niðurstöður

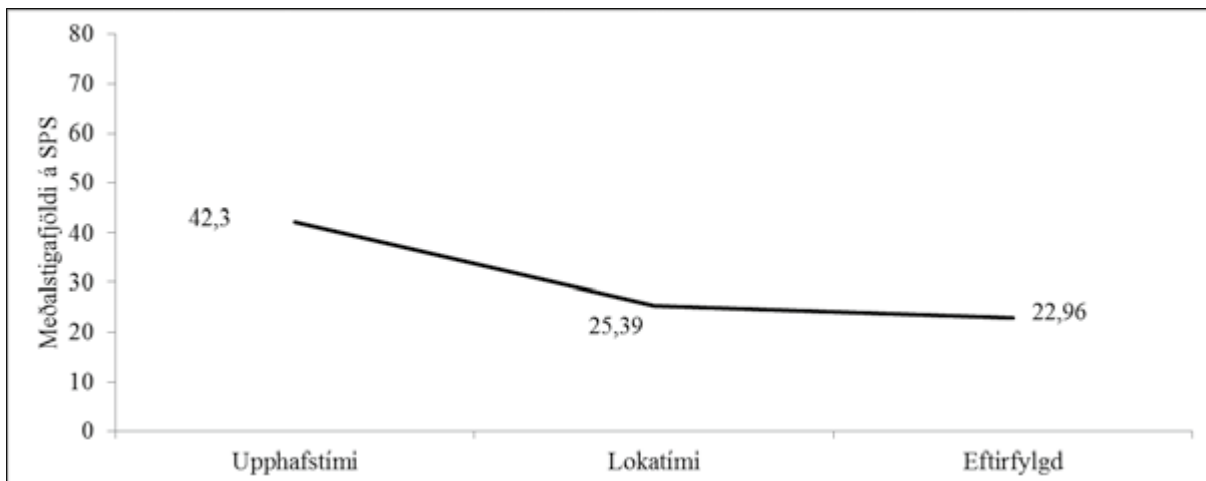
Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort sérhæfð félagsfælnimeðferð (HAM hópmeðferð fyrir félagsfælni) hefði áhrif á félagsfælni og einnig á sjálfsmat þátttakenda.

Notast var við háð ANOVA próf til að meta áhrif meðferðar á félagsfælnieinkenni. Skoðuð voru skor á SIAS og SPS félagsfælnivörðum bæði fyrir og eftir meðferð og eins í eftirfylgdartíma.



Mynd 1. Áhrif meðferðar á stigafjölda á SIAS félagsfælnikvarðanum

Eins og sjá má á myndum 1 og 2 hafði meðferð áhrif á einkenni félagsfælni á þann hátt að það dró úr einkennum. Breytingarnar voru marktækar, $F(2)=35,98$, $p<0,05$ og SPS, $F(2)=24,84$, $p<0,05$. Bonferroni eftirapróf sýndi að það var



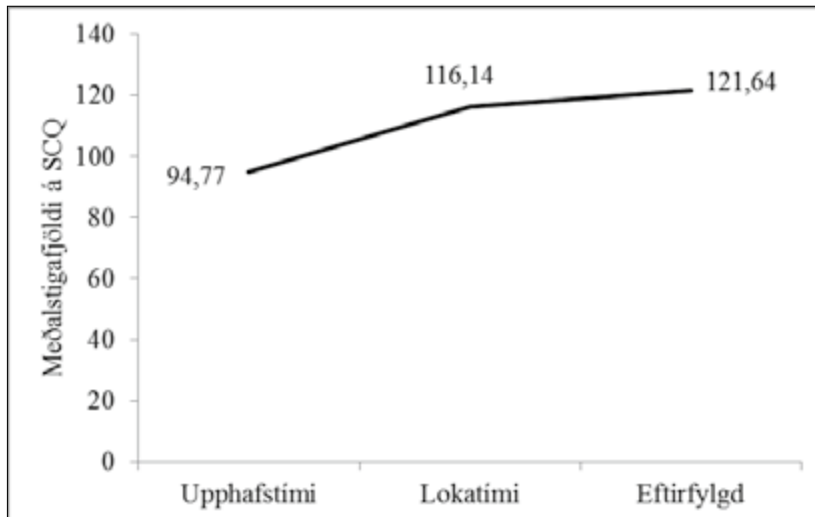
Mynd 2. Áhrif meðferðar á stigafjölda á SPS félagsfælnikvarðanum

marktæk lækkun á stigafjölda á milli upphafstíma (tíma 1) og lokatíma (tíma 10) en ekki á milli lokatíma og eftirfylgdar. Einnig var marktæk lækkun á milli upphafstíma og eftirfylgdar. Stigafjöldi var flokkaður eftir alvarleika einkenna til að skoða hversu margir voru með alvarleg félagsfælnieinkenni fyrir meðferð samanborið við fjölda þeirra eftir meðferð. Þeir sem skoruðu á bilinu núll til 19 höfðu enga félagsfælni, stigafjöldi frá 20 til 29 benti til hliðrunarhegðunar en þó ekki nægileg einkenni til að ná viðmiðunarmörkum fyrir félagsfælni, 30 til 39 benti til félagsfælni, 40 til 49 stig voru flokkuð sem töluverð félagsfælni og 50 stig

eða fleiri bentu til alvarlegrar félagsfælni. Í byrjun meðferðar voru 70,3% þátttakenda með alvarleg einkenni félagsfælni á SIAS en í lokatíma voru aðeins 29,7% þátttakenda sem sýndu alvarleg einkenni. Í eftirfylgd hafði hlutfall þátttakenda með alvarleg einkenni hækkað í 43,2%. Áður en meðferð hófst voru 32,4% þátttakenda með alvarleg einkenni á SPS. Í lokatíma meðferðar hafði hlutfallið lækkað niður í 18,9% en í eftirfylgd hækkaði hlutfallið

í 37,8%. Þeir sem höfðu alvarlegustu einkennin náðu ekki að viðhalda árangrinum frá lok meðferðar til eftirfylgdar.

Í rannsókninni var skoðað hvort sérhæfð félagsfælnimeðferð (HAM hópmeðferð fyrir félagsfælni) hefði áhrif á sjálfsmat þátttakenda þrátt fyrir að meðferðin væri sniðin að félagsfælni.



Mynd 3. Áhrif meðferðar á stigafjölda á SCQ sjálfsmatskvarðanum.

Skoðuð voru skor á SCQ sjálfsmatskvarðanum sem lagður var fyrir bæði fyrir og eftir meðferð og eins í eftirfylgdartíma.

Eins og sjá má á mynd 3 hafði meðferðin áhrif á sjálfsmat þátttakenda á þann hátt að sjálfsmatið varð betra. Breytingarnar voru marktækar, $F(2)=14,68$, $p<0,05$ á milli fyrsta tíma og síðasta tíma en ekki kom fram marktækur munur á milli lokatíma og eftirfylgdartíma.

Alvarleika einkenna á SCQ var skipt í fernt. Stigafjöldi á bilinu núll til 109 var mjög lágt sjálfsmat, 110 til 129 var lágt sjálfsmat, 130 til 139 var ágætt sjálfsmat en þó undir viðmiðunarmörkum (139) og 140 eða hærra benti til þess að sjálfsmatið væri gott. Í upphafstíma voru 64,9% þátttakenda með mjög lágt sjálfsmat en það hlutfall lækkaði niður í 24,3% í bæði lokatíma og eftirfylgd. Aðeins 5,4% voru yfir viðmiðunarmörkum í byrjun meðferðar en í lokatíma hafði það hlutfall hækkað upp í 37,8%. Hlutfall þátttakenda með gott sjálfsmat hélt áfram að hækka eftir að meðferð lauk og í eftirfylgd var það komið í 51,4%.

Skoðuð var fylgni á milli félagsfælni og sjálfsmats á öllum tímamörkum meðferðar og mældist hún í öllum tilvikum marktæk og neikvæð. Hæst var hún á milli stigafjölda SIAS og SCQ í eftirfylgd en þá mældist hún -0,77. Lægst mældist fylgnin á milli SIAS og SCQ í upphafstíma en þá var hún -0,63. Þetta bendir til þess að þegar stigafjöldi á félagsfælnikvörðum lækkar, hækki stigafjöldi á sjálfsmatskvarðanum. Áhrifastærðir voru skoðaðar til að meta áhrif meðferðar á einkenni þátttakenda á félagsfælnikvörðunum tveimur og

sjálfsmatskvarðanum. Reiknaðar voru áhrifastærðir Cohens d á mælitækjunum þremur. Áhrifastærðir voru í meðallagi á öllum þremur kvörðum, eða á bilinu 0,411 til 0,621. Mest voru áhrifin á SIAS og minnst á SCQ. Áhrifastærð fyrir SPS var 0,53.

Umræða

Markmið rannsóknar var að kanna hvort sérhæfð félagsfælnimeðferð í hópi hefði áhrif á félagsfælni og ekki síst hvort sú meðferð hefði áhrif á sjálfsmat þátttakenda. Eins og sjá

má á niðurstöðum benda þær til að meðferðin hafi haft jákvæð áhrif á að draga úr kvíða, sem er í samræmi við aðrar niðurstöður í sambærilegum rannsóknum. Skor þátttakenda lækkuðu á báðum kvörðum sem mældu félagsfælni. Hlutfall þeirra sem byrjuðu með alvarleg einkenni félagsfælni lækkaði og margir þátttakendur voru komnir undir greiningarviðmið fyrir félagsfælni við lok 10. tíma. Almenn er markmið meðferðaraðila að kenna skjólstæðingi aðferðir til að bæta líðan og þjálfa hann í að beita þeim aðferðum og verða þannig sjálfbjarga með bjargráð. Það telst því gott ef einkenni halda áfram að batna eftir að meðferð líkur því það bendir til þess að einstaklingur hafi náð valdi á þeim aðferðum sem honum voru kenndar. Ekki náðist að sýna fram á þetta í þessari rannsókn. Einkenni héldu ekki áfram að lækka eftir að eiginlegri meðferð lauk (10. tími) og þar til eftirfylgdartími var mánuði síðar. Skýringar á því geta verið margar en ein möguleg er að þeir sem hafa alvarlegustu einkennin þurfi almennt lengri tíma í meðferð til að læra að tileinka sér þessar aðferðir sem notaðar eru. Þeir ná því ekki að standa á eigin fótum án stuðnings frá meðferðarhópi. Niðurstöður sýndu einnig að meðferðin hafði jákvæð áhrif á sjálfsmat þátttakenda, en skor þeirra hækkuðu á kvarða sem mældi sjálfsmat.

Niðurstöður fyrir félagsfælni voru að mestu eins og spáð var fyrir um og sambærilegar við niðurstöður annarra rannsókna sem gerðar hafa verið. Það sem er áhugavert við niðurstöðurnar er að þær gefa vísbendingar um að hægt sé að hafa áhrif á sjálfsmat með hugrænni atferlismeð-



ferð sem er sérhæfð/sérnsniðin að félagsfélun. Þetta kallar á vangaveltur um hvaða þættir það séu sem eru sameiginlegir með þessum tveimur hugtökum. Ætla má að það séu ákveðnir grunnþættir sem séu sambærilegir í félagsfélun og lágu sjálfsmati og að sérhæfða meðferðin hafi áhrif á þá. Þegar viðhaldandi þættir í félagsfélun og lágu sjálfsmati eru skoðaðir, koma fram ákveðin líkindi. Öryggishegðun er viðhaldandi þáttur í báðum. Birtingarmyndin getur mögulega verið sú að leggja sig allan fram og sýna ekki veikleika og gera þar af leiðandi miklar kröfur til sjálfs sín. Einnig getur einstaklingur farið í að hliðra sér frá, fresta eða sleppa hlutum. Neikvæð forspá um dóma og að standast ekki kröfur virðast einnig í báðum tilvikum vera stýrandi þáttur og viðhaldandi. Í sérhæfðu félagsfélunihópmeðferðinni er lögð mikil áhersla á berskjöldun. Einstaklingur fer í aðstæður, upplifir stjórn og byrjar svo smá saman að snúa við neikvæðu forspánni. Samhliða þessu eykst trú á eigin getu sem bæði dregur úr kvíða í aðstæðum og ýtir undir sjálfsmat. Samkvæmt líkani Fennell (1998) er kvíði sú breyta sem þarf að vinna með fyrst til að draga úr líkum á þróun þunglyndis hjá fólk með lágt sjálfsmat. Það styður enn frekar að kvíði sé sú breyta sem eigi að beina athyglinni að, hvort sem um er að ræða félagsfélun eða lágt sjálfsmat.

Þar sem niðurstöður þessarar rannsóknar gefa vísbendingar um að sérhæfð félagsfélunihópmeðferð hafi áhrif á tvenns konar vanda (og jafnvel fleiri) er mögulega áhugavert að skoða hvort það sé ávinningur af slíku úrræði, bæði út frá hagkvæmni sjónarmiði og einnig út frá batamiðaðri hugsun. Væri hægt að stytta meðferðir við sjálfsmati með því að leggja meiri áherslu á vinnu með kvíða og atferlistilraunir þar sem dregið er úr öryggishegðun? Er mikilvægt að meta félagsfélun hjá þeim sem eru með lágt sjálfsmat? Getur félagsfélunimeðferð skilað jafn góðum eða betri árangri við lágu sjálfsmati en meðferð sem er sniðin að lágu sjálfsmati? Einnig væri áhugavert að rannsaka frekar áhrif beinnar berskjöldunar á sjálfsmat?

Nokkra fyrirvara má setja við rannsóknina. Fyrst má nefna að ekki var til staðar samanburðarhópur/biðlistahópur (sem fær enga meðferð) en það hefði styrkt rannsóknina til muna. Án samanburðarhóps er ekki hægt að fullyrða að sá árangur sem náðist sé tilkominn vegna með-

ferðarinnar. Þær rannsóknir sem notast hafa við samanburðarhóp hafa sýnt að engin breyting til batnaðar á sér stað hjá samanburðarhópi (Sala-berria og Echeburua, 1998; Taylor, 1996). Félagfélun er vandi sem er þess eðlis að hann er langvinnur og hann gengur sjaldan til baka, þ.e. batnar án inngrips (Wittcen og Fehm, 2003). Úrtakið í þessari rannsókn var lítið og alhæfingargildi því takmarkað þrátt fyrir að niðurstöður séu samhljóða öðrum rannsóknum á þessu sviði. Ekki var stýrt fyrir áhrifum lyfja. Einhverjir þátttakendur voru á lyfjum á meðan á meðferð stóð en ekki var fylgst sérstaklega með mögulegum lyfjabreytingum. Þátttakendur voru þó fyrir meðferð hvattir til að byrja ekki á lyfjum eða breyta lyfjaskömmtum á meðan á hópmeðferðinni stæði. Kynjahlutfall í rannsókninni var ójafnt þar sem karlmenn voru í miklum minnihluta. Þátttakendur komu í gegnum tilvísanir og allir sem náðu grein-ingarvæðingum fyrir félagsfélun fengu inngöngu í hópinn og rannsóknina. Ekki var því stjórnað fyrir kyni í rannsókninni. Samkvæmt DSM-5 er tíðni félagsfélun hærrí hjá konum en körlum (American Psychiatric Association, 2013). Ef kynjahlutfall í öðrum rannsóknum er skoðað kemur fram að þrátt fyrir að konur séu líklegri til að greinast með félagsfélun þá séu karlar líklegri til að leita sér meðferðar við slíkum vanda. Þær niðurstöður eru sérstaklega áhugaverðar í ljósi þess að konur eru almennt duglegri en karlar við að leita sér meðferðar við öðrum kvíðavanda en félagsfélun (Asher, Asnaani og Aderka (2017); American Psychiatric Association, 2013; Turk o.fl., 1998). Niðurstöður úr öðrum rannsóknum skýra því ekki þennan mikla mun sem er á kynjum í þessari rannsókn en vert er þó að nefna að konur virðast vera í meirihluta ef horft er til íslenskra rannsókna (Sigurður Viðar, Sigurbjörg J. Ludvigsdóttir, Sóley D. Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári, 2011). Má því velja fyrir sér hvort íslenskt þýði sé á einhvern hátt öðruvísi þegar kemur að kynjahlutverkum, þ.e. að karlar á Íslandi fái meira svigrúm þegar kemur að því að vera til baka í félagslegum aðstæðum á meðan erlendis sé það síður viðurkennt og valdi því meiri hömlum en á Íslandi. Því leiti erlendir karlmenn sér oftast meðferðar en íslenskir. Að lokum má nefna að umsjónarmenn meðferðarinnar sáu um fyrirlagningu lista en það gæti mögulega hafa ýtt undir þóknunaráhrif.

Heimildaskrá

- Addeo, R. R., Greene, A. F. og Geisser, M. E. (1994). Construct validity of the Robson Self-esteem Questionnaire in a college sample. *Educational and Psychological Measurement*, 54(2), 439-446. doi: 10.1177/0013164494054002018
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Washington, DC: APA
- Asher, M., Asnaani, A. og Aderka, I. M. (2017). Gender differences in social anxiety disorder: A review. *Clinical Psychology Review*, 56, 1-12. doi.org/10.1016/j.cpr.2017.05.004
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I. og Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest*, 4(1), 1-44. doi: 10.1111/1529-1006.01431
- Beck, A. T., Emery, G. og Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C. og Turner, S. M. (1998). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social phobia*. Washington: American Psychological Association.
- Block, J. og Robins, R. W. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child Development*, 64(3), 909-923. doi: 10.1111/1467-8624.ep9308115044
- Clark, D. M., og Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. Í R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, og F. R. Schneier (Ritstj.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (bls. 69-93). New York: The Guilford Press.
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Orsillo, S. M., Holt, C. S., Gitow, A., Street, L. L., Schneier, F. R. og Liebowitz, M. R. (1998). An investigation of gender differences in social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (3), 209-223. doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00010-3
- Eiríkur Örn Arnarson (1984). Fælni-óbærilegur ótti. *Heilbrigðismál*, 3, 29-34.
- Fazio R. H., Olson M. A. (2003). Implicit measures in social cognition research: Their meaning and uses. *Annu Rev Psychology*, 54, 297-327. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145225
- Fennell, M. (1998). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Adv. Psychiatr. Treat.* 4, 296-304. doi: 10.1192/apt.4.5.296
- Fennell, M. (1999). *Overcoming low self-esteem*. London: Robinson Press.
- Furmark, T. (2002). Social phobia: Overview of community surveys. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 84-93.
- Ghaderi, A. og Scott, B. (2001). Prevalence, incidence and prospective risk factors for eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(2), 122-130. doi: 10.1034/j.1600-0447.2001.00298.x
- Halla Ósk Ólafsdóttir. (2012). *Athugun á próffræðilegum eiginleikum og aðgreiningarhæfni social interaction anxiety scale (SIAS) og social phobia scale (SPS)*. (Óbirt cand. psych ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/12111>
- Heimberg, R. G. og Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia*. New York: The Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., Juster, H. R., Vampeas, R., Bruch, M. A., Cloitre, M., Fallon, B., Klein, D. F., (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133-1141.
- Jordan, C. H., Spencer, S. J. og Zanna, M. P. (2005). Types of high self-esteem and prejudice: How implicit self-esteem relates to ethnic discrimination among high explicit self-esteem individuals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 693-702. doi: 10.1177/0146167204271580
- Juster, H. R. og Heimberg, R. G. (1995). Social phobia: Longitudinal course and long-term outcome of cognitive-behavioral treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 821-842.
- Margrét A. Hauksdóttir. (2005). *Félagsfælni: Athugun á próffræðilegum eiginleikum Social interaction anxiety scale, Social phobia scale og Post-event processing questionnaire*. (Óbirt lokaritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Mattick, R. P. og Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McManus, F., Waite, P. og Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: a case example. *Cogn. Behav. Pract.* 16, 266-275. doi: 10.1016/j.cbpra.2008.12.007
- McManus, F., Clark, D. M., Grey, N., Nick, J., Hirsch, C., Fennell, M., Hackmann, A., Waddington, L., Liness, S. og Manley, J. (2009) A demonstration of the efficacy and two of the components of cognitive therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 496-503.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Barrios, F. X., Kopper, B. A. og Chiros, C. E. (1998). The social phobia and social interaction anxiety scales: Evaluation of psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 20(3), 249-264. doi: 10.1023/A:1023067302227
- Óla B. Eggertsdóttir. (2004). *Athugun á próffræðilegum eiginleikum SIAS og SPS og á tengslum félagskvíða og bakpanka*. (Óbirt lokaritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 267-278.
- Rigby, L. og Waite, S. (2006). Group Therapy for Self-Esteem, Using Creative Approaches and Metaphor as Clinical Tools. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, (3), 361-364
- Robson, P. (1989). Development of a new self report questionnaire to measure self esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M. og Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Rudolph, A., Schröder-Abé, M., Riketta, M. og Schütz, A. (2010). Easier when done than said!: Implicit self-esteem predicts observed or spontaneous behavior, but not self-reported or controlled behavior. *Psychologie of Psychology*, 218 (1), 12-19. doi./10.1027/0044-3409/a000003
- Salaberria, K. og Echeburua, E. (1998). Long-term outcome of cognitive therapy's contribution to self-exposure in vivo to the treatment of generalized social phobia. *Behavior Modification*, 22, 262-284.
- Sigurður Viðar, Sigurbjörg J. Ludvígsdóttir og Sóley D. Davíðsdóttir, Helena Jónsdóttir og Unnur Jakobsdóttir Smári (2011). Hugræn atferlismeðferð í hóp við félagsfælni: Árangursmæling við Kvíðameðferðarstöðina. *Sálfræðiritið*, bls. 85-100.
- Stein, M. B. og Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371, 1115-1125.
- Taylor, S. (1996). Meta-analysis of cognitive-behavioral treatments for social phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(1), 1-9. doi: 10.1016/0005-7916(95)00058-5
- Waite, P., McManus, F. og Shafran, R. (2012). Cognitive behaviour therapy for low self-esteem: a preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43 (4), 1049-1057



Wittchen, H. U. og Fehm, L. (2003). Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 4-18.

Zeigler-Hill, V. og Jordan, C. H. (2010). *Two faces of self-esteem: Implicit and explicit forms of self-esteem*. Í Gawronski, B. og Payne, B.K. ritstjórar. *Handbook of implicit social cognition: Measurement, theory and applications*, (bls 392-407). New York: The Guilford Press.

Um höfundu:

Alice Harpa Björgvinsdóttir er framkvæmdastjóri lyflækningasviðs á Sjúkrahúsinu á Akureyri, eigandi Sálfræðiþjónustu Norðurlands og sérfræðingur í klínískri sálfræði.

Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beina til Alice H. Björgvinsdóttur, sérfræðings í klínískri sálfræði hjá Sálfræðiþjónustu Norðurlands, Hvannavöllum 14, 600 Akureyri. Netfang: alice@salfrædithjonusta.is. Hluti af rannsóknarniðurstöðum hafa áður verið kynntar á ársþingi Félags sálfræðinga á Norður- og Austurlandi (FSNA) 2014.

Sigrún Vilborg Heimisdóttir er eigandi Sálfræðiþjónustu Norðurlands og sérfræðingur í klínískri sálfræði á endurhæfingarvæðingardeild Sjúkrahússins á Akureyri og hjá Sálfræðiþjónustu Norðurlands.

Justyna Wróblewska er MSc. í mannauðsstjórnun. Hún vinnur sem þjónustutengill hjá Arion banka.

Sólveig Dröfn Jónsdóttir er MSc. í vinnu og skipulagssálfræði. Hún vinnur sem verkefnastjóri á Landspítalanum.

Útdráttur

Félagsfælni er kvíðaröskun sem hefur í för með sér mikla skerðingu á félagslegri virkni fólks í daglegu lífi og sjálfsmat gegnir mikilvægu hlutverki í geðheilsu. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort sérhæfð félagsfælnimeðferð í hópi hefði áhrif á félagsfælni og sjálfsmat þátttakenda. Þátttakendur voru 37 og þurftu að ná greiningarviðmiðum fyrir félagsfælni til að taka þátt í meðferðinni. 10 tíma meðferð auk eftirfylgdar var veitt af tveimur sálfræðingum og svöruðu þátttakendur matslistum í upphafstíma, lokatíma og í eftirfylgd. Niðurstöður leiddu í ljós að meðferðin var árangursrík við félagsfælni og hún hafði auk þess í för með sér marktæka hækkun á sjálfsmati. Stigafjöldi þátttakenda á

félagsfælnikvörðunum SIAS og SPS sýndi marktæka lækkun milli upphafstíma og lokatíma og milli upphafstíma og eftirfyldartíma. Stigafjöldi á sjálfsmatskvarðanum SCQ hækkaði einnig frá upphafstíma að lokatíma og milli upphafstíma og eftirfyldar. Hlutfall þátttakenda sem mældust með alvarleg félagsfælnieinkenni lækkaði verulega á milli upphafs- og lokatíma en jókst aftur á milli lokatíma og eftirfyldar. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til skilvirkni hugrænnar atferlismeðferðar við bæði félagsfælni og lágu sjálfsmati.

Abstract

Social phobia is a mental disorder that can greatly affect the quality of daily life for those who suffer from it and self-esteem plays an important role in mental health. The aim of this study was to estimate the effect of a cognitive behavior therapy for social phobia and low self-esteem. There were 37 participants and they had to reach 30 points on the social phobia scales to participate in the treatment. The treatment was 10 sessions and was carried out by two psychologist and participants were required to fill out evaluation scales in the first and last session as well as in follow-up. Results showed that the treatment was significantly effective for social phobia and also caused a significant increase in self-esteem. Participants' mean scores on social phobia scales, SIAS and SPS, continued to decrease after treatment and their scores on SCQ, Robson self concept questionnaire, continued to increase. The percentage of participants who had severe symptoms of social phobia decreased significantly between first and last session and increased between the last session and follow-up. These findings indicate the effectiveness of cognitive behavioral therapy for social phobia and low self-esteem.



REYKJANESBÆR
reykjanesbaer.is



Viðtal við Mark Bellis

Erfið reynsla í uppvexti og áhrif hennar (ACE)

„Allt það fjármagn sem er varið í að veita börnum betri vernd og styðja þau, draga úr áföllum og auka seiglu, borgar sig margfaldlega á æviskeiði barnsins.“

– Mark Bellis

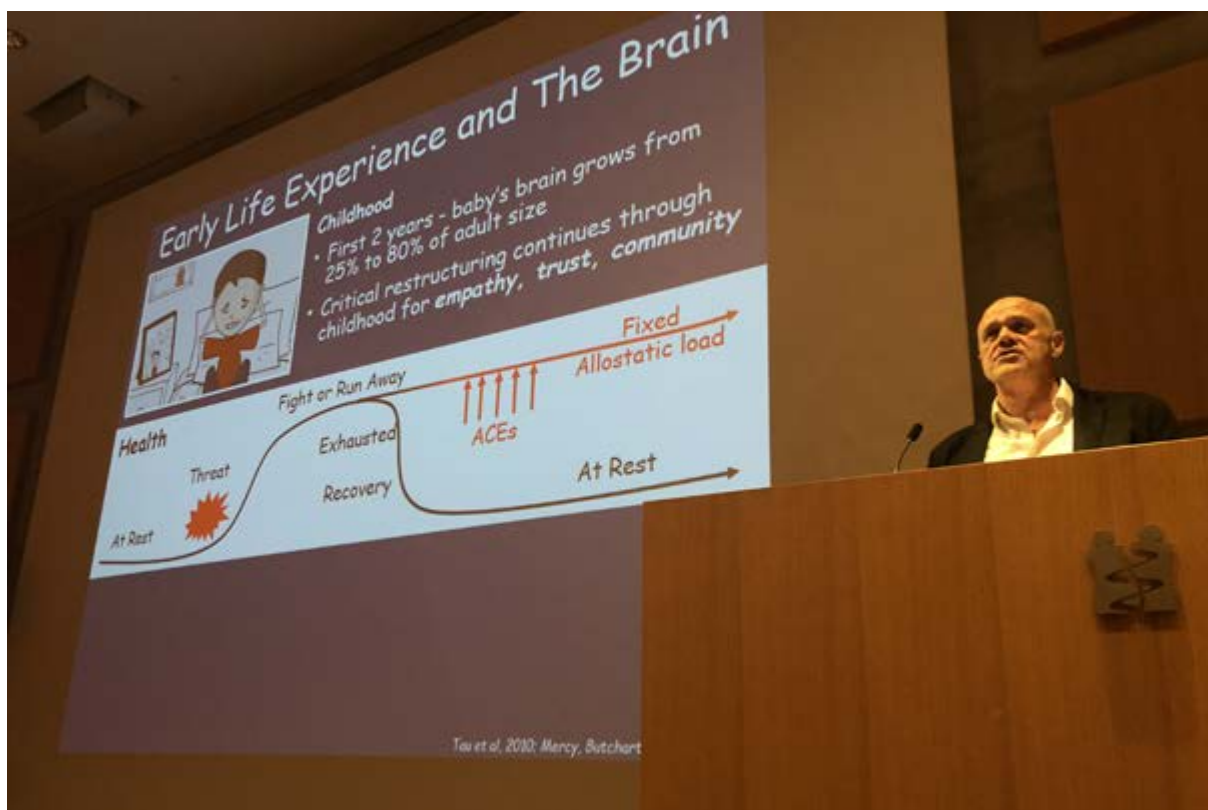


ACE eru atburðir í æsku sem hafa bein skaðleg áhrif á barnið (t.d. kynferðisleg, andleg eða líkamleg misnotkun) eða hafa áhrif á umhverfið sem þau alast upp í (t.d. að upplifa heimilisofbeldi).

Á opnu málþingi Geðhjálp og Geðverndarfélags Íslands 10. október sl, á alþjóðlega geðheilbrigðisdeginum, ræddi prófessor Mark Bellis um áhrif erfiðrar reynslu í æsku á heilsu á fullorðinsárum, kostnað og forvarnir, en hann er stjórnandi rannsókna við Lýðheilsustofnun Wales og er prófessor í Lýðheilsufræðum við Bangor University. Þá leiðir hann samráðsvettvang alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO)

Viðtal: Bryndís Nielsen

Á undanförunum árum og áratugum hefur skilningur fólks á mikilvægi uppvaxtaráranna aukist. Rannsóknir hafa ítrekað sýnt að áföll í æsku (e. adverse childhood experiences – ACE) geta haft mjög alvarlegar afleiðingar fyrir bæði andlega og líkamlega heilsu fólks á fullorðinsárum.



Mark Bellis flytur fyrirlestur sinn á málþinginu.



Mark Bellis átti fund með velferðarráðherra, Ásmundi Einari Daðasyni.

um fjárfestingu í heilsu og vellíðan, og situr í sérfræðiráði WHO um forvarnir gegn ofbeldi. Við settumst niður með Mark að erindi hans loknu og ræddum þessi mál.

ACEs og áhrif þeirra á andlega og líkamlega heilsu

Tæpur helmingur okkar upplifir áföll einhvern tímann á uppvaxtarárum okkar, en líkurnar á neikvæðum afleiðingum áfalla aukast verulega eftir því sem áföllum fjölga. Þannig hafa um 14% barna í Wales orðið fyrir fleiri en fjórum áföllum og eru þá komin í mikinn áhættuhóp, en í erindi sínu benti Bellis á að tölur áfalla milli Evrópulanda séu ekki ólíkar.

Áföll í æsku geti haft miklar og margvíslegar afleiðingar, alla lífsleiðina: „Áföllin hafa áhrif á hvernig barnið þroskast, bæði andlega og líkamlega. Það er líklegra til að eiga í erfiðleikum í skóla, og áföllin geta haft langvarandi áhrif á hegðun þeirra, t.d. aukin áfengis-, fíkniefna- og tóbaksnotkun og andfélagsleg hegðun. Áhrifin geta líka náð lengra og aukið líkur á að fólk greinist með sjúkdóma á borð við krabbamein, kransæðasjúkdóma og sykursýki. Fólk sem hefur upplifað áföll í æsku er líklegra til að greinast með

þessi vandamál 10-15 árum fyrir en fólk sem átti örugga og áhyggjulausa æsku.“

Áföll hafa áhrif á líffræðilegan þroska

„Áföll í barnæsku hafa áhrif á mörg ólík kerfi innan líkamans, til dæmis hvernig heilinn þroskast og hvernig ónæmiskerfið þróast,“ segir Bellis og segja megi að um líffræðilega breytingu sé að ræða þar sem barnið þroskast í umhverfi sem það skynjar sem eitrað eða jafnvel ofbeldisfullt, og elst því upp með verndar- og viðgerðakerfi sem starfa í sífellu af fullum krafti. „Vandamálið er að öll kerfi sem starfa af þessum krafti til lengri tíma slitna á endanum og það er ein orsökina – en við sjáum breytingar alveg niður á genastigið og í dag sjáum við einnig að þetta hefur bein áhrif á hvernig heilinn þroskast. Þetta getur líka leitt til langvarandi heilsuvandamála: geðsjúkdóma, krabbameins og hjartasjúkdóma.“

Hvað er hægt að gera?

Þegar Bellis er spurður að því hvernig skuli bregðast við slíkum vandamálum segir hann að í fyrsta lagi sé mikilvægt að koma í veg fyrir að börnin verði fyrir áföllum. „Og það getum við gert með ýmsum hætti, t.d. með því að styðja betur við fjöl-

skyldur sem eru í áhættuhópi. Ef við getum mögulega komið í veg fyrir áföll er það auðvitað best.

En þegar áföllin hafa átt sér stað getum við styrkt hluti á borð við seiglu, til dæmis með því að efla stuðningsnet sem gæti dregið úr líkum á alvarlegum afleiðingum síðar meir. Seiglu aukum við t.d. með því að sjá til þess að barnið hafi einhvern fullorðinn til að treysta á og leita til eða að fólk hafi aðgang að öðrum stuðningi í samfélaginu sínu,” segir Bellis og bendir á að það að ef barn hafi ekki nema einn fullorðinn sem það treysti og geti leitað til, geti það dregið verulega úr líkum á neikvæðum afleiðingum áfallanna.

„Að lokum verðum við að tryggja að allir sem starfa í þjónustuhlutverki í stofnunum okkar séu sér meðvitandi um áhrif áfalla og hvernig skuli bregðast við þeim, svo að þeir geti brugðist rétt við. Líka þegar fólk þarf á stuðningi að halda vegna einhvers sem gerðist í barnæsku, sem hefur síðan leitt til alls kyns andlegra eða líkamlegra heilsvandamála. Upplýst viðmót þjónustuaðila tákna að fólkíð viti hvernig eigi að bera kennsl á þessi einkenni og veita eins góðan stuðning og hægt er að gefa.”

Bellis leggur áherslu á þann mikla ávinning fyrir bæði einstaklinginn og samfélagið verði betur tekið á mállefnum sem tengjast ACEs: „Ef við komum í veg fyrir ACEs eða afleiðingar þeirra getum við dregið úr fjölda þeirra sem annars enduðu í fangelsum um 65% og dregið úr ofbeldi um 60%. Við gætum bætt verulega heilbrigði þessara einstaklinga og dregið úr langvarandi sjúkdómum sem eru afar dýrir fyrir samfélagið. Við öllum upp sterkari börn sem munu ekki eiga við þessi vandamál að stríða síðar í lífinu, í stað þess að hlaða öllum kostnaðinum á hinn enda lífsskeiðisins,” segir Bellis og segir þetta því ekki bara bæta líf barnanna, heldur draga verulega úr álagi á samfélagskerfin.

Samvinna er lykilatriði

Á stuttri dvöl sinni á landinu fór Mark Bellis á fund velferðarráðherra, Ásmundar Einars Daðasonar, og ræddu þeir meðal annars hvernig hægt er að byggja upp kerfi héraendis til að koma í veg fyrir og draga úr áföllum barna. „Fundurinn með ráðherranum var mjög jákvæður, hann virðist hafa mjög mikinn áhuga á þessum málum og vissi nú þegar mikið um ACE sem er frábær byrjun. Ég skynjaði að það væri áhugi á að gera meira, til að

koma í veg fyrir áföll og styðja við börn sem hafa þurft að kljást við áföll hér. Ég vona einlæglega að við getum átt í samstarfi þvert á landamæri, til að deila upplýsingum um hvernig við tökumst á við þessi mál í framtíðinni.”

Bellis bendir á að fjölmörg þeirra vandamála, sem við sjáum í kerfinu okkar, eiga rætur að rekja til áfalla í æsku. „Lausnirnar er einnig að finna í æskunni, og þær snúast allar um samvinnu. Segjum sem dæmi að lögregluþjónn komi að máli sem tengist heimilisofbeldi, þar sem börn gætu átt í hlut. Þá væri hægt að tilkynna skóla barnsins um málið svo að hann sé í stakk búinn til að taka á móti barninu næsta dag. Það tákna að barnið getur fengið stuðning í skólanum, jafnvel tekið afsíðis í öruggt umhverfi, og síðan snúið aftur í bekkinn þegar því líður betur. Og það er miklu betra en að barnið mæti í áfalli í skólann og verði svo séð sem vandræðagæmsi ef það hagar sér illa.”

Í heimalandi Bellis, Wales, kom hann að stofnun sérstakrar stjórnstöðvar fyrir ACE (e. Ace Hub) til að koma á þessu samstarfi. „Stjórnstöðin er afar mikilvæg því hún tengir saman ólíkar stofnanir, en stjórnstöðin er fjármögnuð af heilbrigðis-, mennta- og félagsmálaráðuneytum. Markmiðið er að tengja saman allar þessar ólíku stofnanir, og í stjórnstöðinni höfum við sett upp hluti eins og netkerfi þar sem við getum deilt upplýsingum, þjálfunarefni og tæki til að meta vinnu okkar, svo að við getum tryggt að það sem við gerum beri tilætlaðan árangur. Ég myndi því byrja á að tengja saman allar þessar upplýsingar og tryggja að stofnanirnar séu að vinna saman, allt frá þeim sem eru í beinu sambandi við fólkíð yfir í ríkisstofnanir til að tryggja að réttar stefnur séu settar niður til að styðja við og vernda börn.”

Aukin þjónusta – lægri kostnaður

Bellis bendir á að besta ávöxtunin fæst nánast alltaf þegar við fjárfestum í börnum. „Það tryggir okkur ekki bara öruggari og heilbrigðari börn, sem er frábært hvar sem er, það gefur okkur heilbrigðari fullorðna einstaklinga með betri menntun og störf og sem leggja meira af mörkum til efnahagslífsins. Allt það fjármagn sem er varið í að veita börnum betri vernd og styðja þau, draga úr áföllum og auka seiglu, borgar sig margfaldlega á æviskeiði barnsins,” og sé því samfélagið að spara verulega sé hugað að vandamálum snemma.

Úr velsku rannsókninni 2015 sem sýnir t.d. eftirfarandi upplýsingar:

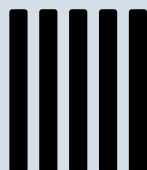
Borið saman við fólk með engin ACE, er fólk með fleiri en 4 ACE...

- 4 sinnum líklegra** til að drekka of mikið
- 6 sinnum líklegri** til að verða óvart ólétt/geta barn á táningsárum
- 6 sinnum líklegri** til að reykja e-sígarettur eða tóbak
- 6 sinnum líklegri** til að stunda kynlíf undir 16 ára aldri
- 11 sinnum líklegri** til að hafa reykt kannabis
- 14 sinnum líklegra** til að hafa þolað ofbeldi undanfarna 12 mánuði
- 15 sinnum líklegri** til að hafa beitt ofbeldi undanfarna 12 mánuði
- 16 sinnum líklegri** til að hafa notað krakk eða heróín
- 20 sinnum líklegri** til að hafa setið í fangelsi á lífsleiðinni

Með því að koma í veg fyrir ACE hjá næstu kynslóð gætum við dregið úr...



Heróín/krakkneyslu
(á lífsleiðinni)
um 66%



Fangelsun
(á lífsleiðinni)
um 65%



Ofbeldi beitt
(á síðastliðnu ári)
um 60%



Ofbeldi þolað
(á síðastliðnu ári)
um 57%



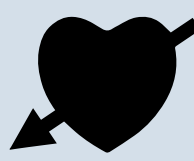
Ofbeldi þolað
(á lífsleiðinni)
um 42%



Táningsólétt
a um 41%



Áhætturykkju
um 35%



**Byrja snemma að
stunda kynlíf**
(f. 16 ára)
um 31%



Reykingum
(tóbak eða rafrettur)
um 24%



Slæmu mataræði
um 16%

Þessar tölur koma frá stórrri opinberri rannsókn sem gerð var í Wales árið 2015 :
Adverse Childhood Experiences and their association with health-harming behaviours in the Welsh adult population (Public Health Wales NHS Trust).



ACE – spurningalistinn (af heimasíðu Geðhjálpar):

Ace-spurningalistinn felur í sér tíu spurningar um áföll og erfiða reynslu á fyrstu 18 æviárum þínum. **(Spurningunni er svarað játandi ef eitthvað af ofangreindu gerðist einu sinni eða oftar.)**

Geðrænn vandi

1. Þjó einhver á heimili þínu sem þjáðist af þunglyndi, öðrum geðrænum vandamálum eða sjálfs-morðshugleiðingum?

Fíknivandi

2. Þjó einhver á heimili þínu sem átti við áfengisvandamál að stríða, var alkóhólisti, misnotaði lyf eða fíkniefni?

Fangelsisvistun

3. Þjó einhver á heimili þínu sem fór einhvern tímann í gæsluvarðhald eða fangelsi?

Skilnaður foreldra

4. Slitu foreldrar þínir einhvern tímann samvistum eða skildu?

Heimilisofbeldi

5. Sást þú eða heyrðir þú foreldri eða heimilismeðlim vera sleginn, kýldan, sparkað í eða verða fyrir öðrum barsmíðum á heimili þínu?

Líkamlegt ofbeldi

6. Flengdi, sló, sparkaði, kýldi eða lamdi foreldri, forráðamaður eða annar heimilismeðlimur þig?

Tilfinningalegt ofbeldi

7. Varstu móðgaður, niðurlægður, var öskrað eða æpt á þig eða þér blótað af foreldri, forráðamanni eða öðrum heimilismeðlimi?

Líkamleg vanræksla

8. Vanræktu foreldrar þínir í langan tíma að sjá þér fyrir fullnægjandi mat og drykk, hreinum fatnaði eða hreinu og hlýju húsnæði.

Tilfinningaleg vanræksla

9. Fannst þér oft eða mjög oft að enginn í fjölskyldu þinni elskaði þig eða fannst að þú værir mikilvæg(ur) eða einstök/einstakur? Eða að fjölskyldumeðlimir þínir pössuðu ekki upp á hver annan, væru ekki nánir hver öðrum eða studdu hver annan?

Kynferðisleg misnotkun

10. Snerti einhver þig á kynferðislegan hátt þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?
Reyndi einhver að láta þig snerta sig kynferðislega þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?
Reyndi einhver að þvinga þig til maka (munnmaka, endaparmsmaka eða kynmaka) þegar þú vildir ekki að hann/hún gerði það?

Pistill formanns Geðverndarfélagsins 2018

Ungir aðstandendur

Löngum hefur verið gengið út frá því að erfðir eigi stærstan þátt í að fólk greinist með alvarlega geðsjúkdóma. Þó svo að erfðir eigi þar að öllum líkindum verulegan þátt, er þó ljóst að umhverfið hefur einnig mikil áhrif og þá getur verið erfitt er að meta þátt hvors um sig. Auk þess er líklegt að mörg gen, fremur en eitt einstakt, liggja til grundvallar sjúkdómum og áhrif þeirra og samspil geta skapað flókna mynd. Sýnt hefur verið fram á að þrátt fyrir að ekki verði breytingar á DNA þá geti aðstæður í lífi fólks valdið því að gen fara að haga sér á annan hátt en þau eru vön. Um er að ræða svokallaðar utangenaerfðir (e.epigenetics) sem verða til vegna ytri þátta og fela í sér að breytingar verða á próteinum erfðaefnisins sem hafa áhrif á hvort, hvenær og hversu mikið tiltekið gen er tjáð. Áhrifa umhverfisins gætir hvað mest á meðan viðkvæmt taugakerfið er í mótun en það þroskast mest á meðgöngu og fyrstu ár ævinnar. Á þeim tíma erum við fullkomlega háð því að okkur séu skapaðar aðstæður sem stuðla að góðum þroska. Börn hafa oft lítil sem engin áhrif á aðstæðurnar sem þau búa við og ekki er alltaf hægt að tryggja þeim vænleg þroskaskilyrði. Eitt af því sem talið er valda börnum miklu tilfinningalegu álagi er að þeim sé falin óeðlilega mikil ábyrgð, jafnvel ábyrgð á velferð foreldra sinna. Börn sem aðstandendur (e. young carers) hafa í seinni tíð fengið mikla athygli um allan heim. Menn gera sér sífellt betur grein fyrir því hvaða afleiðingar það hefur fyrir barn ef valdahlutföll skekkjast og það sett í stöðu þess sem ber ábyrgð. Margar rannsóknir sýna að börn í þeirri stöðu eru í allt að sjöfaldri hættu á að ánetjast vímuefnum, tvisvar sinnum líklegri til að fá geðsjúkdóm og komast oftast í kast við lög. Börn sem missa foreldra sína eru í aukinni hættu



sérstaklega ef andlátíð er svíplegt og verður í kjölfar ofbeldis, slyss eða af völdum sjálfsvígs. Börnum sem eru í hlutverki aðstandenda er hættara við að falla úr skóla en það hefur forspárgildi þegar kemur að framtíðarhorfum. Þeim er hættara við að missa heilsu og starfsþrek og hlutfall þeirra sem hafa verið í umönnunarhlutverki sem börn er hærra á meðal öryrkja. Rannsóknir hafa sýnt að börnin átta sig ekki endilega á því sjálf að þau séu í umönnunarhlutverki, þau telja jafnvel sjálfssagt að þeirra þarfir séu stöðugt látnar víkja fyrir þörfum foreldra eða yngri systkina en afleiðingar langavarandi tilfinningalegs álags eru alvarlegar og geta haft afgerandi áhrif síðar.

Þegar hafa verið kortlögð tíu algeng áföll í barnsku sem geta átt þátt í að skerða lífsgæði og heilsufar þegar við eldumst. Fimm þeirra snúa beint að barninu sjálfu og fimm að þáttum í fari umönnunaraðila. Ástæður þess að barn verður fyrir slíku áfalli geta verið margt konar og skapast meðal annars vegna veikinda foreldra, fátæktar eða skorts á viðeigandi stuðningi. ACE rannsóknin sýndi svart á hvítu að verði barn fyrir áfalli í barnsku er líklegt að það komi fram í heilsufarsvanda síðar á lífsleiðinni. Eftir því sem áföllin eru fleiri aukast líkurnar á andlegum og líkamlegum veikindum og jafnvel ótímabærum dauðsföllum með tilheyrandi kostaði fyrir samfélagið allt. Það liggur því beint við að reyna að sporna við því að áföll eigi sér stað.

Í nágrannalöndunum hefur verið reynt að hlúa að börnum sem búa við erfiðar aðstæður og byggja upp grunnþjónustu þar sem hugað er að þessum þáttum. Þessi þjónusta hefur víða verið fest í lög og ábyrgð heilbrigðisstarfsmanna og annars fagfólks skilgreind sérstaklega. Lögð er áhersla á að gefa fjölskyldum gaum og greina vel aðstæður þeirra. Sýnt hefur verið fram á

að öflug þjónusta, þar sem tryggð er aðkoma og samvinna allra fagstétta getur sparað mikla fjármuni þegar fram í sækir. Sé litið til þess að umverfisþættir hafi áhrif á andlega og líkamlega heilsu er augljóst að því fyrr sem við grípum inn í og veitum viðeigandi aðstoð, því minni hætta er á að afleiðingarnar verði alvarlegar. Með því að bæta heilsufar foreldra, draga úr fátækt og veita fjölskyldum stuðning má efla velferð barna og draga úr líkum á að þau verði fyrir áföllum. Slíkt hlýtur að teljast skynsamlegt. Í stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára sem heilbrigðisráðuneytið gaf út árið 2016 kemur fram að verkefnið „Tölum um börnin“/Fjölskyldubrúin verði innleitt innan velferðarþjónustu (heilbrigðis-, félags- og menntakerfis) á tímabilinu. Markmiðið á að vera að draga úr hættu á að geðheilsuvandi flytjist milli kynslóða með því að veita fólki með geðraskanir og fjölskyldum þeirra fræðslu, meta þörf fyrir stuðning í uppeldishlutverki og styðja börn fólks með geðraskanir í samræmi við aldur og þroska. Lagt var upp með að þverfaglegt teymi sérfræðinga ynni að innleiðingu með því að þjálfar starfsfólk í heilsugæslu í þeim vinnubrögðum sem verkefnið gerir kröfu til. Nú tveimur árum eftir að stefnan tók gildi bólar enn ekkert á þessu úrræði. Þrátt fyrir að áætluninni hafi fylgt sundurliðuð kostnaðaráætlun er ekki enn búið að þjálfar fagfólk innan heilsugæslunnar til að veita þessa þjónustu og engin sambærileg úrræði eru í boði. Stjórn Geðverndarfélag Íslands hefur ítrekað bent á þetta og kallað eftir efndum. Félagið hefur auk þess boðist til að halda utan um þjálfun og innleiðingu verkefnisins. Nú hafa verið stofnuð geðheilsuteymi innan Heilsugæslunnar og gera má ráð fyrir að þjónustuþegar þeirra teyma séu í sérstökum áhættuhópi þegar kemur að flutningi geðheilsuvanda milli kynslóða. Þrátt fyrir að rannsóknir sýni fram á mikilvægi þess að sinna börnum þeirra sem glíma við alvarleg veikindi og að hættan á að þau veikist sjálf sé aukin er bara gert ráð fyrir einu stöðugildi fjölskyldufræðings

fyrir allt höfuðborgarsvæðið og enn ekki búið að ráða í starfið þrátt fyrir að tvö af þremur teyimum hafi þegar tekið til starfa.

Geðverndarfélag Íslands hefur sett sér skýra stefnu sem byggir meðal annars á langtímarannsóknnum á tengslum áfalla í bernsku við heilsufar á fullorðinsárum. Markmiðið er að vekja athygli á mikilvægi þess að styðja við fjölskyldur þar sem veikindi steðja að og undirstrika mikilvægi þess að stuðlað sé að forvörnum til að hindra frekari skaða.

Í því ljósi höfum við reynt að lyfta umræðu um stöðu barna sem aðstandenda, lagt áherslu á aðgang að gjaldfrjálsri geðheilbrigðisþjónustu fyrir börn, og að hugað sé að fjölskyldum þar sem foreldrar glíma við langvinna sjúkdóma, fíknivanda eða félagslegan vanda. Rannsóknir hafa sýnt að mikilvægasta forvörnin er falin í því að hlúa vel að börnum á meðan þau eru að taka út tilfinningalegan þroska, draga úr því að þau verði fyrir áföllum og stuðla að heilbrigðum uppeldisskilyrðum. Ef foreldrar eru einhverra hluta vegna ekki færir um að sinna því hlutverki þarf samfélagið að stíga inn og búa yfir úrræðum til að létta fjölskyldum lífið.

Í geðheilbrigðisstefnu íslenskra stjórnvalda koma fram fyrriheit um að stuðla að aðgerðum sem styðja foreldra í uppeldis- og umönnunarhlutverki enda mun slíkt hafa víðtæk jákvæð áhrif á samfélagið í heild og skila sér í farsælli skólagoöngu, minna brottfalli úr skólum, minna álagi innan réttarvörslukerfisins og betri atvinnu- og efnahagsstöðu. Með því að tryggja öllum börnum á Íslandi öryggi og hagstæð skilyrði þess til að þroskast og verða virkir samfélagsþegnar getum við sparað ómældar fjárhæðir svo ekki sé talað um tilfinningalega velsæld. Það er okkar trú að með þverpólitískri sátt sé hægt að koma á forvörnum sem skila okkur bættu samfélagi á allan hátt.

Gunnlaug Thorlacius, formaður

Fréttir af starfi félagsins

Aðalfundur Geðverndarfélags Íslands var haldinn fimmtudaginn 26. apríl 2018 að Há-túni 10. Fundurinn var með venjubundnu sniði með dagskrá skv. lögum félagsins.

Gunnlaug Thorlacius flutti skýrslu stjórnar og greindi frá framtíðarverkefnum félagsins, sem hér fylgja á eftir. Kristínu Gyðu Jónsdóttur voru þökkud vel unnin störf í þágu félagsins og fundurinn samþykkti stefnu Geðverndarfélagsins um geðheilbrigði til næstu 10 ára.



Í stjórn voru kosin

Gunnlaug Thorlacius, félagsráðgjafi, formaður
Anna María Jónsdóttir, geðlæknir
Arnbjörg Guðmundsdóttir, sjúkraþjálfari
Eydís K Sveinbjarnardóttir, geðhjúkrunarfræðingur
Jón Ólafur Ólafsson, hjúkrunarfræðingur
Sigurður Páll Pálsson, geðlæknir
Víðir Arnar Kristjánsson, viðskiptafræðingur

Stjórnin skipti með sér verkum á fyrsta stjórnarfundum og var Anna María kosin varaformaður, Víðir Arnar gjaldkeri, Sigurður Páll Pálsson bréfitari, Jól Ólafur ritari, Arnbjörg og Eydís meðstjórn-



Gunnlaug Thorlacius flytur skýrslu stjórnar.

endur og jafnframt var Eydís kjörin ritstjóri tímaritsins Geðverndar.

Skýrsla stjórnar fyrir starfsárið 2017–2018

Geðverndarfélag Íslands hefur að leiðarljósi að standa vörð um geðheilbrigði og hefur sett sér eftirfarandi gildi; fræðsla, forvarnir, samvinna, rann- sóknir og mun skýrsla stjórnar bera keim af því

Starfsárið fór vel af stað og hefur stjórn félagsins fundað að jafnaði einu sinni í mánuði. Víðir Sigrúnarson geðlæknir gekk til liðs við félagið á síðasta aðalfundi og fljótlega eftir það settist Anna Rós Jóhannesdóttir í stjórn minnigarsjóðs Óalfíu Jónsdóttur í stað Helgu Sifjar Friðjónsdóttur.

Geðverndarfélag Íslands sendi þrjá fulltrúa á aðalfund ÖBÍ í september á þeim fundi var kjörinn nýr formaður bandalagsins

Fræðsla og forvarnir:

Á undanförunum árum hefur áhersla á velferð og geðheilbrigði ungbarna farið vaxandi og sjónir fagfólks beinst í auknum mæli að forvörnum

strax á meðgöngu. Fyrir nokkrum árum var haldið málþing um geðvernd í barneignarferli það er að segja á meðgöngu og eftir fæðingu. Í kjölfar þess var stofnaður þverfaglegur hópur frá ýmsum stofnunum samfélagsins sem hefur hist reglulega og lagt á ráðin og á Geðverndarfélag Íslands fulltrúa í hópnum en markmið hans hefur verið að vekja umræðu í samfélaginu og fá ráðamenn til að móta heildstæða stefnu í geðheilbrigðismálum barna frá fæðingu. Hópurinn hefur kennt sig við fyrsta 1001 daginn í lífi barna og vísar titillinn til tímabilsins frá getnaði til tveggja ára aldurs. 1001 hópurinn stóð fyrir vitundarvakningu dagana 10.-17. október í tengslum við alþjóða geðheilbrigðisdaginn en vikan samanstóð af ýmiskonar uppákomum, greinaskrifum, heimsóknum á vinnustaði auk þess sem ákall var sent á alla þingmenn um að gera velferð barna að baráttumáli sínu og stuðla að þverpólískri sátt um að standa vörð um rétt barna með það að leiðarljósi að draga úr líkum á að þau lendi í áföllum af öllum toga. Í tengslum við vitundarvakningarvikuna kynnti Geðverndarfélagið myndbandið Heilasmíði sem félagið hefur látið þýða og talsetja. Myndbandið bætist við annars ágætt



Frá aðalfundinum.



Kristínu Gyðu færðar þakkir fyrir langt og farsælt starf fyrir Geðverndarfélagið.

safn forvarnarefnis sem finna má á heimasíðu félagsins gedvernd.is Vitundarvakingarvika 1001 hópsins gekk vel og ekki útilokað að hún verði endurtekin að ári.

Tímaritið Geðvernd kom út í byrjun árs í fyrsta sinn undir ritstjórn Eydísar Sveinbjarnardóttur. Tímaritið var að venju metnaðarfullt en það hefur ætíð verið stefna ritstjórnar að það höfði til breiðs lesendahóps um geðheilbrigðismál. Stefnt er að því að tímaritið komi út á haustmiss-eri 2018 og er sú vinna í góðum farvegi.

Stjórn ákvað að fá hönnuð til að breyta útliti tímaritsins og er það mat okkar að sú breyting hafi tekist vel. Tímaritið liggur frammi á fundinum og öllum velkomnið að taka sér eintak.

Samvinna við aðrar stofnanir:

Í lok árs 2017 var gengið frá sölu á húseign félagsins við Álfaland en það ferli hafði tekið nokkurn tíma. Allar greiðslur hafa borist og ágóðinn verið settur á ávöxtunarreikning og hluti fjáris bundinn til skamms tíma í senn. Ljóst er að fjármunirnir félagsins munu verða nýttir í samræmi við þá stefnu sem félagið hefur sett sér en í dag mun Stjórn GÍ leggja fram tillögu sem felur í sér nokkur verkefni og við vonumst eftir góðum umræðum og aðstoð fundarins við að finna út hver

verða næstu skref. Það er von okkar að fjármunir félagsins nýtist markvisst í að gera stefnuna að veruleika.

Með sölu hússins var að mestu lokið þeim kafla í sögu félagsins er snýr að rekstri húseigna og umsjón með starfsemi sértækra búsetuúr-ræða ef undan er skilin ein íbúð við Kleppsveg sem félagið á og rekur fyrir fjölskyldur sem sækja þjónustu á Barna- og unglingsgeðdeild LSH. Reksturinn hefur verið hefðbundin og lítil afskipti GÍ á árinu. Íbúðin hefur nýst vel og starfsfólk Barna- og unglingsgeðdeildar hefur lýst almennri ánægju með aðgang aðstandenda að íbúðinni. Íbúðin er alltaf fullnýtt og fögnum við því enda stuðningur við snemmtæk inngríp í anda stefnu félagsins.

GÍ hefur tekið þátt í starfi hagsmunafélaga um bættu menningu í geðheilbrigðismálum og hefur fulltrúi frá GÍ hefur setið í samráðshópi félaganna. Hópurinn tekið á því sem hæst ber á hverjum tíma og meðal annars haldið stjórnvöldum við efnið þegar kemur að stefnumótun innan mála-flokksins.

Geðverndarfélag Íslands sótti eins og undanfarin ár um styrk til Öryrkjabandalags Íslands fyrir rekstri á skrifstofu félagsins og útgáfu tímaritsins Geðverndar.

Geðverndarfélag Íslands hefur einnig list áhuga á að taka þátt í umræðum við Háskólann á Akureyri og Geðverndarfélag Akureyrar um hönnun hinnar fullkomnu heilbrigðisstefnu.

Rannsóknir:

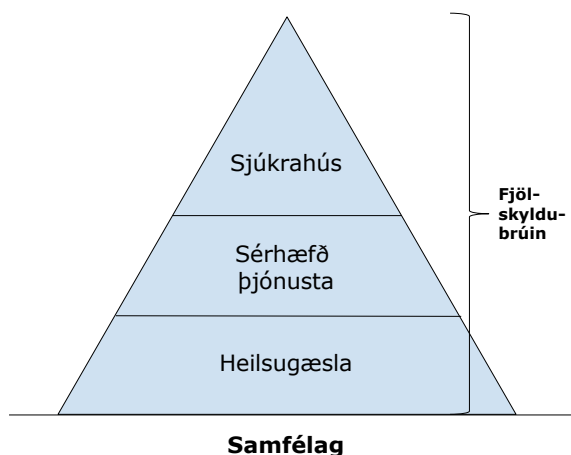
Ekki voru auglýstir styrkir úr sjóðum Geðverndarfélagsins þetta árið frekar en í fyrra þar sem talsvert hefur gengið á styrkfé. Stjórn hefur ákveðið að styrkja þá sjóðina en það hefur ekki enn verið gert og því ekki tímabært að veita styrki.

Á döfinni:

Ýmislegt hefur borið á góma á fundum stjórnar félagsins og uppi eru hugmyndir um að þýða og talsetja meira af fræðslufni fyrir almenning og halda áfram að halda á lofti nýjustu þekkingu á því sem snýr að forvörnum í geðheilbrigðismálum og fellur að stefnu félagsins. Í tilefni af Alþjóða geðheilbrigðisdeginum í október næstkomandi hefur verið ákveðið að bjóða Mark Bellis til landsins en hann hefur samþykkt að halda erindi á Alþjóða geðheilbrigðisdeginum 10. október nk. Mark er breskur læknir og tengiliður við Alþjóða heilbrigðisstofnunina í geðheilbrigðismálum og hefur verið í fararbroddi í umræðunni um forvarnir og áhættuþætti er snúa að geðsjúkdómum.

Áfram verður reynt að halda stjórnvöldum við efnið og til stendur að ná tali af heilbrigðisráðherra til að fylgja eftir ýmsu sem fram kom í geðheilbrigðisáætlun en hefur ekki verið efnt.

Aðalfundur 2018 samþykkti einnig geðheilbrigðisstefnu félagsins. Hún fer hér á eftir.



Stefna Geðverndarfélags Íslands (GÍ) um geðheilbrigði ungra barna á Íslandi

Inngangur

Gagnreyndar rannsóknir sýna að tíminn **frá getnaði til tveggja ára aldurs** er afgerandi fyrir þroska og velferð barna. Nærandi og næm umönnun ungbarna er grundvallaratriði sem leggur grunninn að góðri sjálfsmynd, andlegri og líkamlegri heilsu og félagslegri velferð á fullorðinsárum. Að leggja góðan grunn í upphafi æviskeiðs í lífi barna eykur líkur á farsæld á fullorðinsárum sem stuðlar að hagsæld fyrir samfélagið allt. Rannsóknir sýna að snemmtækur stuðningur og sálfélagsleg inngrip við fjölskyldur ungbarna kostar lítið miðað samfélagslegan kostnað ef ekkert er að gert – niðurstaðan er sparnaður fyrir samfélagið. London School of Economics (LSE) gaf út skýrslu árið 2014 sem sýndi að fyrir hverja krónu sem eytt er í þennan málaflokk mætti spara 30. Miðað við íslenskan raunveruleika og árlega fæðingartíðni mætti spara **7 milljarða** íslenskra króna fyrir hvern árgang með því að sinna foreldrum á meðgöngu og börnum þeirra fyrstu tvö árin á fullnægjandi hátt.

Það, hvernig við önnumst börn frá fæðingu til tveggja ára aldurs, ræður framtíð þeirra sem hefur í kjölfarið áhrif á framtíð samfélags okkar. Ástrík, örugg og traust samskipti barns og foreldra ásamt lærdómshvetjandi fjölskyldu og heimili, byggir upp:

- tilfinningalega **velliðan** (stundum kallað geðheilbrigði barns);
- hæfni til að móta og viðhalda jákvæðum **samskiptum** við aðra;
- **heilann og heilbrigða heilastarfsemi** (um 80% af vexti heilans á sér stað fyrir þriggja ára aldur)
- **móðurmálsfærni**, og
- hæfileikann til að **læra** ("mjúku" eiginleikarnir til að tengjast öðrum, þrífast vel og í framhaldinu fara að læra "hörð" sannindi



Gunnlaug Thorlacius, formaður GÍ.

sem varða leið að námi síðar meir: að öllu þessu er grunnurinn lagður á fyrstu mánuðum í lífi hvers barns. Lítið stuðningur, sérstaklega þegar barni er ekki forðað frá ofbeldi eða vanrækslu, getur haft varanleg áhrif á líf þess).

Rannsóknir hafa einnig sýnt að að því betur sem haldið er utan um fjölskyldur og börn sem aðstandendur geðsjúkra, t.a.m. með samtali þar sem öll fjölskyldan kemur saman, því betur líður allri fjölskyldunni og líkur minnka á að veikindi flytjist áfram til næstu kynslóðar. Mikilvægt er að fjölskyldan einangrist ekki og reyni að fela hinn veika fyrir umheiminum.

Sýnt hefur verið fram á að áföll af ýmsum toga geta haft margþætt áhrif á lífsskilyrði og lífsgæði. Það sem hefur komið í ljós á síðustu áratugum er að börn geta upplifað áföll (relational trauma) vegna álags og veikinda innan fjölskyldunnar. Þessi áföll eru ekki alltaf sýnileg öðrum þar sem þau eiga sér stað innan veggja heimilisins og þess vegna verið kölluð „hinn þögli faraldur“. Komið hefur í ljós að afleiðingar slíkra áfalla geta verið langvinn og haft í för með sér “bresti” í bæði andlegri og líkamlegri heilsu.

Alvarleg áföll í bernsku, þegar heilinn er enn í

mótun, hafa almennt meiri áhrif en þau sem við verðum fyrir síðar á lífsleiðinni og því er mikið fengið með því að forða börnum frá því að lenda í erfiðum aðstæðum og minnka skaðann með snemmtækum stuðningi og inngripum.

Stefna Geðverndarfélags Íslands

GÍ álitur að geðheilbrigðisþjónustu eigi að byggja á þrepunum sem koma fram á myndinni hér að framan:

Samfélag

- Efla þarf **samfélagslega meðvitund** um mikilvægi fyrstu tveggja ára á lífi hvers barns, frá getnaði. Auka þarf almenna þekkingu og skilning á að hvert barn fái tækifæri til heilbrigðrar tengslamyndunar við foreldra og að það sé verndað fyrir afleiðingum þunglyndis foreldra, ofbeldis og áfengis- og eiturfjaneyslu þeirra.
- Efla þarf almenna vitund og þekkingu á afleiðingum áfalla í bernsku og auka þekkingu og notkun **ACE spurningalistans** (Adverse Childhood Experience International Questionnaire) til að greina og kortleggja vandann svo hægt sé að vísa í viðeigandi úrræði.

Heilsugæslan

- Heilsugæslan þarf að verða vettvangur **þverfaglegar** vinnu með fjölskyldum, konum á meðgöngu, fjölskyldu og barni fyrstu tvö ár í lífi þess. Mikilvægt er að fagfólk heilsugæslunnar geti greint heilsufars- og þroskavanda barna út frá samspili við umönnunaraðila.
- **Fjölskyldubruin** er gagnreynt úrræði sem miðar að því að hindra að börn verði fyrir neikvæðum áhrifum vegna veikinda foreldra sinna. Slíkt úrræði ætti að vera hluti af starfsemi allra **heilsugæslustöðva** ásamt því að vera hluti af úrræðum sérfræðipjónustu á **spítala**.
- **Fjölskylduhús** á að starfrækja í samstarfi heilsugæslu, sveitarfélags og velferðarsamtaka í hverju sveitarfélagi. Fjölskylduhúsið er vettvangur þverfaglegar vinnu með fjölskyldum, sérstaklega þeim sem standa höllum fæti.

Sérhæfð þjónusta

- veita á sérhæfða þjónustu þeim fjölskyldum sem standa höllum fæti, s.s. með meiri þjónustu, tíðari heimsóknum og nákvæmara eftirliti. Slík þjónusta á

ekki að hafa í för með sér kostnað fyrir fjölskyldur. Þetta má gera að fyrirmynd breska **Family Nurse Partnership Programme, Solihull Approach ofl.**

- Þessi úrræði gætu verið til staðar í fyrstastigs-þjónustu heilsugæslunnar þar sem veitt er viðbótarþjónusta við það sem allir fá.

Sjúkrahús

- sjúkrahús veitir sérhæfða þjónustu við alvarlegum geðheilsuvanda með þverfaglegri sérhæfðri fjölskyldumiðaðri nálgun.

Geðverndarfélag Íslands telur að til þess að bæta aðstæður barna í íslensku þjóðfélagi fyrstu árin þurfi að

- stytta vinnuvikuna til að foreldrar fái meiri tíma með börnum sínum
- lengja **fæðingarorlof í 18 mánuði**
- styrkja fagþekkingu starfsfólks leikskóla og ráða fleiri leikskólakennara í stað ófagmenntaðs starfsfólks
- auka skilning og þekkingu stjórnmalamanna á mikilvægi fyrstu árána í lífi hvers barns



Húsfyllir var á málþinginu 10. október.



- stofna **Fjölskylduhús** í samstarfi heilsugæslu, sveitarfélags og velferðarsamtaka þar sem fjölskyldur og börn geta hist og átt samskipti til að auka tengsl og haft aðgang að fagfólki þegar á þarf að halda

Geðverndarfélagið telur einnig að mynda eigi **stuðningshópa** fyrir börn og unglinga sem eiga geðveika foreldra sem heilsugæslan / Fjölskylduhús haldi utan um.

Geðverndarfélagið telur brýnt að **ítarlegar rannsóknir** verði framkvæmdar á aðstæðum barna á Íslandi í samvinnu við háskóla landsins.

Mark Bellis á málþingi á Alþjóðlega geðheilbrigðisdeginum

húsfyllir var á málþingi Geðverndarfélagsins og Geðhjálpar 10. október 2018, á alþjóðlega geðheilbrigðisdeginum, það komu um 500 manns, setið var í öllum sætum, tröppum, allt gólfpláss var notað og margir stóðu, auk þess sem

opnaður var annar salur þar sem hægt var að fylgjast með dagskránni á skjá. Fundinum var einnig varpað á netið, bæði hér á facebook síðu Geðverndarfélagsins og á heimasíðu Geðhjálpar. Um 2100 manns fylgdust með útsendingunni. Hægt er að smella á upptökuna hér á síðunni og horfa á fundinn. Upptökunni verður einnig komið fyrir á youtube-rás Geðverndarfélagsins en þar er nú komið gott safn fræðandi myndbanda <https://www.youtube.com/channel/UCam1UrVqihBtQt5UYPRk8Kw/videos>

Mark Bellis átti fund með barnamálaráðherra, Ásmundi Einari Daðasyni, og ráðherrann sýndi málefnið mikinn áhuga, hafði kynnt sér málið mjög vel fyrir fundinn og er ákveðinn í að þoka málefnum barna til betri vegar, m.a. með því að koma ACE aðferðafræðinni með einhverjum hætti fyrir innan velferðarkerfisins. Ráðherrann sagðist vel gera sér grein fyrir hve mikið væri hægt að spara með því að grípa börn og halda utan um þau eins snemma á æviskeiðinu og hægt er.





Vegetarian * Cruelty free * Soy free * Gluten free * Dairy free * Gelatin free

Sugarbearhair hárvitamin sem styrkir hár, húð og neglur

Ég er björn sem elskar hár
Dökkt, ljóst, brúnt, rautt og
alla liti þar á milli

Ég elska allar hárgerðir

Ég ákvað að búa til vitamin fyrir
þig upp úr alvöru berjum svo þú
munir eftir því að taka það á
hverjum degi

Ég gerði vitaminið líka
krúttlegt og sætt, eins og ég
er sjálfur

Útsölustaðir: Pilus Hárstofa, Aristo Hárstofa & Apótek Mos







Regalofagmenn

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Kópavogur

ZO-ON International ehf, Nýbýlavegi 6
Porvar Hafsteinsson, Guláþingi 66
Þvegillinn ehf, Glóðólum 1

Garðabær

AH Pípulagnir ehf, Suðurhrauni 12c
AP-Þrif ehf, Skeiðarás 12
Garðabær, Garðatorgi 7
Garðasókn, Kirkjuhvoli
Geislataekni ehf – Laser þjónustan,
Suðurhrauni 12c

Hannes Arnórsson ehf, Móafliot 41
K.C. Málun ehf, Kjarmóum 16
Krókur, Vesturhrauni 5
Loftorka Reykjavík ehf, Miðhrauni 10
Pípulagnaverktakar ehf, Miðhrauni 18
S.S. Gólf ehf, Miðhrauni 22b
Val – Ás ehf, Suðurhrauni 2
Vörukaup ehf, heildverslun, Miðhrauni 15
Öryggisgirðingar ehf, Suðurhrauni 2

Hafnarfjörður

Atlantic Shipping ehf, Fjarðargötu 13-15
Betri Bygging ehf, Reykjavíkurvegi 24
Bókhaldstofan ehf, Bæjarhrauni 10
Dverghamar ehf, Lækjarbergi 46
Efnamóttakan hf, Berghellu 1
Eiríkur og Einar Valur ehf, Norðurbakka 17b
Eldvarnarþjónustan ehf, Móabará 37
Enjo, Reykjavíkurvegi 64
Fjarðarmót ehf, Melabraut 29
Fjörukráin-Hótel Víking, Strandgötu 55
Flensborgarskólinn, Hringbraut 10
G. Rúnar ehf, tannlæknastofa,
Reykjavíkurvegi 62
Gaflarar ehf, rafverktakar, Lónsbraut 2
gardyrkjan.is, Lyngbarði 2
Gunnars mæjónes ehf, Dalshrauni 7
H. Jacobsen, Reykjavíkurvegi 66
Hafnarfjarðarhöfn, Óseyrarbraut 4
Hallbertsson ehf, Glitvangi 7
H-Berg ehf, Grandatröð 12
Hvalur hf, Reykjavíkurvegi 48
Ísfell ehf, Óseyrarbraut 28
Jarðfræðistofan ehf, Holshrauni 7
Netorka hf, Bæjarhrauni 14
Opal Sjávarfang ehf, Grandatröð 4
PON-Pétur O Nikulásson ehf, Melabraut 23
Rafrún ehf, Gjótuhrauni 8
SJ Tréverk ehf, Melabraut 20
Stoð hf, stoðtækjasmíði, Trönuhrauni 8
Suðulist Ýlir ehf, Lónsbraut 2
Sæblik ehf – Holtanesti, Melabraut 11
Tannlæknastofa Harðar V Sigmarssonar sf,
Reykjavíkurvegi 60
Umbúðamiðlun ehf, Fornubúðum 3
Úthafsskip ehf, Fjarðargötu 13-15
Verkalýðsfélagið Hlíf, Reykjavíkurvegi 64
Vélarverkstæði Hjalta Einars ehf, Melabraut
23-25
Vélsmiðjan Altak ehf, Drangahrauni 1
Viðir og Alda ehf, Reykjavíkurvegi 52a
Viðistaðakirkja
VSB verkfræðistofa ehf, Bæjarhrauni 20

Reykjanesbær

Bókhalds- og rekstrarþjónusta Gunnars
Þórarinssonar, Hafnargötu 91
DMM Lausnir ehf, Hafnargötu 91
Ferðaþjónusta Reykjaness ehf
Fjölbrautaskóli Suðurnesja, Sunnubraut 36
Hótel Keflavík ehf, Vatnsnesvegi 12
M² Fasteignasala & Leigumiðlun,
Hólmgarði 2c
Maron ehf
Nesraf ehf, Grófinni 18a
Plastgerð Suðurnesja ehf, Framnesvegi 21

Pulsuvagninn í Keflavík
Reiknistofa fiskmarkaða hf, lðavöllum 7
Suðurlflug ehf, Keflavíkurflugvelli
TSA ehf, Brekkustíg 38
Verkalýðs- og sjómannafélag Keflavíkur og
nágrennis, Krossmóa 4a
Verslunarmannafélag Suðurnesja,
Vatnsnesvegi 14
Vísir, félag skipstjórnarmanna á Suðurnesjum,
Hafnargötu 90

Grindavík

Grindavíkurbær, Víkurbraut 62
Verkalýðsfélag Grindavíkur, Víkurbraut 46

Sandgerði

Hvalsneskirkja

Garður

Aukin Ökuréttindi ehf, Ósbraut 5
Útskálakirkja, Útskálum

Mosfellsbær

Álguggar JG ehf, Flugumýri 34
Elektrus ehf – löggiltur rafverktaki,
Bröttuhlíð 1
Elmir-teppaþjónusta ehf, Arnartanga 52
Fagverk verktakar sf, Spóahöfða 18
Fasteignasala Mosfellsbæjar ehf, Þverholti 2
Grindverk ehf, Tröllateig 23
Ísfugl ehf, Reykjavegi 36
Mosfellsbakarí, Háholti 13-15
Múr og meira ehf, Brekkutanga 38
Nonni litli ehf, Þverholti 8
Pípulagningaþjónusta B Markan ehf,
Kvíslartungu 42
Vélsmiðjan Orri ehf, Flugumýri 10

Akranes

Bilver, bílaverkstæði ehf, Innnesvegi 1
Bókasafn Akraness, Dalbraut 1
Sjúkraþjálfun Georgs Janussonar,
Kirkjubraut 28
Smurstöð Akraness sf, Smiðjuvöllum 2
Snókur verktakar ehf, Vogatungu
Trésmiðjan Akur ehf, Smiðjuvöllum 9
Valfell fasteignasala
Ver ehf, Jörundarholti 226
Þorgeir og Ellert hf, Bakkatúni 26

Borgarnes

Borgarbyggð, Borgarbraut 14
Búvangur ehf, Brúarlandi
Kaupfélag Borgfirðinga, Egilsholti 1
Skorradalshreppur
Sprautu- og bifreiðaverkstæðið Borgarness sf,
Sólbakka 5

Stykkishólmur

Málflutningsstofa Snæfellsness, Aðalgötu 4
Stykkishólmsbær, Hafnargötu 3

Grundarfjörður

Þjónustustofan ehf, Grundargötu 30

Ólafsvík

Ingibjörg ehf, Grundarbraut 22

Hellissandur

Skarðsvík ehf, Helluhóli 1

Reykhólahreppur

Reykhólahreppur, Mariutröð 5a
Þörungaverksmiðjan hf

Ísafjörður

Arctic Fish ehf, Aðalstræti 20
GG málningarpjónusta ehf, Aðalstræti 26

Hamraborg ehf, Hafnarstræti 7
Orkubú Vestfjarða ehf, Stakkanesi 1
Samgöngufélagið-www.samgongur.is,
Engjavegi 29
Skipsbækur ehf, Hafnarstræti 19
Verkalýðsfélag Vestfirðinga, Hafnarstræti 9

Bolungarvík

Bolungarvíkurkaupstaður
Endurskoðun Vestfjarða ehf, Aðalstræti 19
Sigurgeir G. Jóhannsson ehf, Hafnargötu 17
Vélsmiðjan-Mjólnir ehf, Hafnargötu 53

Flateyri

Sytra ehf, Ólafstúni 5

Patreksfjörður

Fiskmarkaður Patreksfjarðar ehf, Þórsstötu 9

Þingeyri

Tengill, rafverktaki, Aðalstræti 49

Hvammstangi

Húnaþing vestra, Hvammstangabraut 5
Hvammstangakirkja

Blönduós

Blönduóskirkja
Þöntunar og viðgerðarþjónusta Villa ehf,
Árbraut 19
Stéttarfélagið Samstaða, Þverbraut 1

Skagaströnd

Sveitarfélagið Skagaströnd, Túnbraut 1-3
Trésmiðja Helga Gunnarssonar ehf,
Mánabraut 2

Sauðárkrúkur

Dögun ehf, Hesteyri 1
Fjölbrautaskóli Norðurlands vestra,
Bóknámsshúsinu
Sjúkraþjálfun Sigurveigar ehf, Borgarfliot 1

Varmahlíð

Akrahreppur Skagafirði

Siglufjörður

Fjallabyggð, Gránugötu 24
Primex ehf, Óskarsgötu 7
Siglufjarðarkirkja

Akureyri

Akureyrarhöfn, Fiskitanga
AUTO ehf, bílapartasala, Setbergi
Blikk- og tækniþjónustan ehf, Kaldbaksgötu 2
Blikkrás ehf, Óseyri 16
Enor ehf, Hafnarstræti 53
Finnur ehf, Óseyri 2
Framtal sf, Kaupangi Mýrarvegi
Grófgil ehf, Glerárgötu 36
Hagvís ehf, Hvammi 1
Hársnyrtistofan Samson, Sunnuhlíð 12
HSH verktakar ehf, Skarðshlíð 7
Húsprýði sf, Múlasíðu 48
Höldur ehf, bílaleiga, Tryggvabraut 12
Kollgáta Arkitektúr, Kaupvangsstræti 29
Lögmannshlíð lögfræðiþjónusta ehf,
Glerárgötu 36
Menntaskólinn á Akureyri, Eyrarlandsvegi 28
Miðstöð ehf, Lónsbakka 1-3
Norðurorka hf, Rangárvöllum
Pípulagningaþjónusta Bjarna F Jónassonar
ehf, Melateigi 31
Rofi ehf, Freyjunesi 10
Samherji ehf, Glerárgötu 30
Samvirkni ehf, Hafnarstræti 97
Skútaberg ehf, Sjafarnesi 2-4
Steyrustöð Akureyrar ehf, Sjafarnesi 2-4

ÞÖKKUM EFTIRTÖLDUM VEITTAN STUÐNING:

Akureyri

Steypusögun Norðurlands ehf, Viðivöllum 22
Tannlæknastofa Árna Páls, Kaupangi við
Mýrarveg
Veitingastaðurinn Krua Siam, Strandgötu 13

Grenivík

Grýtubakkahreppur

Grímsey

Sígurbjörn ehf
Sæbjörg ehf, Öldutúni 3

Dalvík

EB ehf, Gunnarsbraut 6
Flæðirípulagnir ehf, Svæði
Katla ehf, byggingafélag, Melbrún 2

Ólafsfjörður

Árni Helgason ehf, vélaverkstæði,
Hlíðarvegi 54

Húsavík

Framhaldsskólinn á Húsavík, Stóragarði 10
Skóbúð Húsavíkur ehf, Garðarsbraut 13
Trésmiðjan Rein ehf, Rein

Laugar

Kvenfélag Reykdæla, Laugum

Mývatn

Dimmuborgir guesthouse, Geiteyjarströnd 1
Jarðböðin við Mývatn, Jarðbaðshólum

Kópasker

Eyjafjarðar- og Þingeyjarprófastsdæmi,
Skinnastaði

Egilsstaðir

Bókráð, bókhald og ráðgjöf ehf, Miðvangi 2-4
Héraðsprent ehf, Miðvangi 1
Hitaveita Egilsstaða og Fella ehf,
Einhleypingi 1
Jónval ehf, Lagarfelli 21
Menntaskólinn á Egilsstöðum, Tjarnarbraut 25
Miðás ehf, Miðási 9

Reyðarfjörður

Fjarðabyggð, Hafnargötu 2
Launafi ehf, Hrauni 3

Eskifjörður

Egersund Ísland ehf, Hafnargötu 2
Fjarðarþrif ehf, Strandgötu 46c
Tandrabergh ehf, Strandgötu 8

Neskaupstaður

Haki ehf verkstæði, Þiljuvöllum 10
Samvinnufélag útgerðamanna, Hafnarbraut 6
Síldarvinnslan hf, Hafnarbraut 6

Fáskrúðsfjörður

Loðnuvinnslan hf, Skólavegi 59
Vöggur ehf, Grímseyri 11

Djúpavogur

Hótel Framtíð ehf, Vogalandi 4

Höfn í Hornafirði

Framhaldsskólinn í A-Skaftafellsýslu,
Nýheimum
Heilbrigðisstofnun Suðausturlands,
Vikurbraut 31
Rósaberg ehf, Háhóli
Sveitarfélagið Hornafjörður, Hafnarbraut 27
Uggi SF-47, Fiskhóli 9

Selfoss

Árvirkinn ehf, Eyravegi 32
Bifreiðaverkstæðið Klettur ehf, Hrísmýri 3
Bilaleigu Selfoss – Car Rental Selfoss
Búhnykkur sf, Stóru-Sandvík
Eðalbyggingar ehf, Háheiði 1
Ferðapjónustan Úthlíð-www.uthlid.is s: 699
5500, Úthlíð II
Fjölbrautaskóli Suðurlands, Tryggvagötu 25
Flóahreppur, Þingborg
Gesthús Selfossi, gistihús og tjaldsvæði,
Engjavegi 56
Hótel Geysir, Haukadal
Hótel Gullfoss, Brattholti
Jeppasmiðjan ehf, Ljónsstöðum
Jötunn vélar ehf, Austurvegi 69
Málarinn Selfossi ehf, Mýrarlandi 3
Nesey ehf, Suðurbraut 7
Pylsuvagninn Selfossi við brúarendann

Hveragerði

Flóra garðyrkjustöð, Heiðmörk 38

Þorlákshöfn

Sveitarfélagið Ölfus, Hafnarbergi 1
Þorlákshafnarhöfn
Þorlákskirkja

Ölfus

Eldhestar ehf, Völlum
Garpar ehf, Reykjakoti 2

Eyrbakkí

Máni ÁR70 ehf, Háeyrarvöllum 26

Laugarvatn

Ásvélar ehf, Hrísholti 11
Menntaskólinn að Laugarvatni

Flúðir

Flúðasveppir ehf, Undirheimum
Hrunamannahreppur

Hella

Kanslarinn veitingahús, Dynskálum 10

Hvolsvöllur

Ferðapjónusta bænda Stóru-Mörk, Stóru-
Mörk 3
Rangárþing eystra, Austurvegi 4

Vík

Mýrdælingur ehf, Suðurvíkurvegi 2

Vestmannaeyjar

Bíla- og vélaverkstæðið Nethamar ehf,
Flötum 31
Bókasafn Vestmannaeyja, Safnahúsi
Gröfupjónustan Brinks ehf, Ásavegi 27
Hótel Vestmannaeyjar, Vestmannabraut 28
Ísfélag Vestmannaeyja hf, Tangagötu 1
Íþróttabandalag Vestmannaeyja
Miðstöðin ehf, Strandvegi 30
Ós ehf, Illugagötu 44
Skipalyftan ehf, Eiðinu
Vestmannaeyjabær, Ráðhúsinu
Vélaverkstæðið Þór ehf, Norðursundi 9
Vinnslustöðin hf, Hafnargötu 2



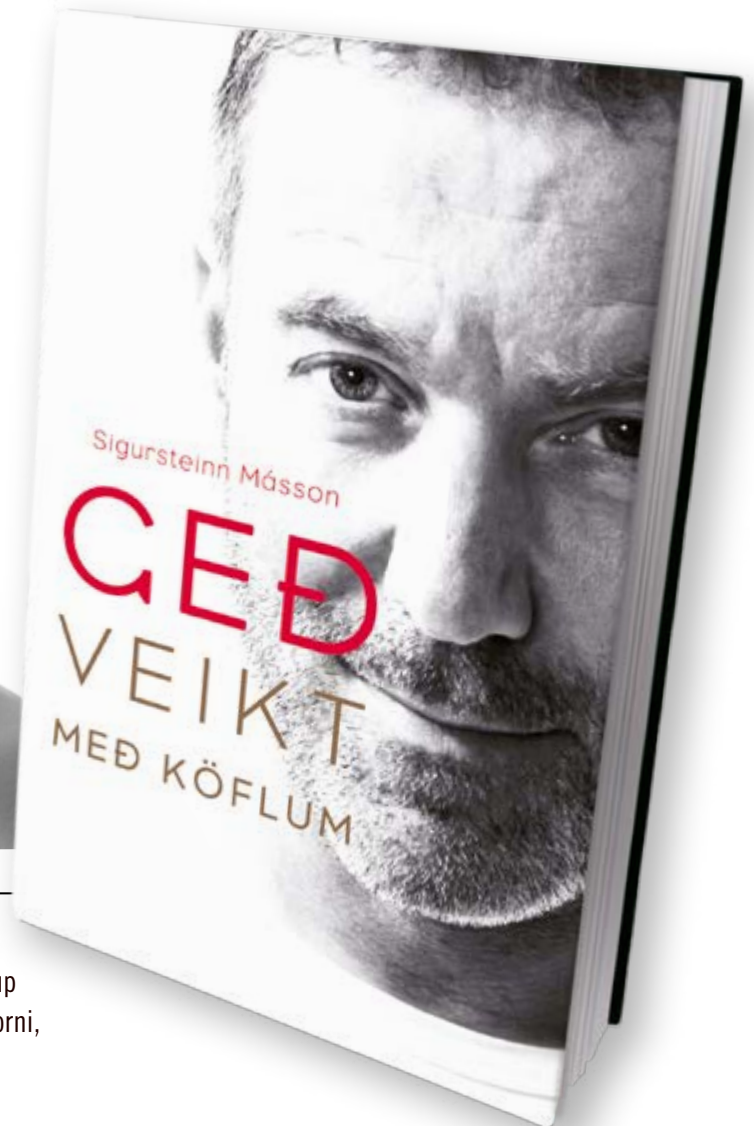
- ALLTAF BETRI

GEÐVEIKT MEÐ KÖFLUM EFTIR SIGURSTEIN MÁSSON

MANNBÆTANDI!

„Stórskemmtileg bók, bráðfyndin, rómantísk og mannþætandi!“

Gísli Marteinn Baldursson, Vikan/ RÚV



Í bókinni *Geðveikt með köflum* fjallar Sigursteinn Másson af einlægni og hispursleysi – en líka kankvísi – um lífshlaup sitt og andleg veikindi, hvernig hann sá samsæri í hverju horni, og meðal annars um þátt Guðmundar- og Geirfinnsmála í veikindunum.

ÁHRIFAMIKIL FRÁSÖGN AF GLÍMU VIÐ ERFIÐAN SJÚKDÓM OG TVÍSÝNA LEIÐ TIL BATA.



