



Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is



IV. VÍSINDAÞING GEÐLÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS

Hótel Klaustri, Kirkjubæjarklaustri,
28.-30. september 2012

Læknablaðið 2012; 98/ Fylgirit 71: 1-20.



CONCERTA[®]

Methylphenidate HCl



IV. Vísindafing Geðlæknafélags Íslands

Hótel Klaustri, Kirkjubæjarklaustri,
28.-30. september 2012

Vísindafing Geðlæknafélagsins er mikilvægur hluti af endurmenntun geðlækna og annarra sem koma að málefnum geðsjúkra á Íslandi. Þingið er um margt skylt endurmenntunarviku norrænu geðlæknafélaganna sem þó eru haldnar ár hvert og standa í viku. Við hér sinnum þessu á einni helgi. Þetta kallar á að við þurfum að vera dugandi í að sækja fundi innanlands og utan til þess að tryggja að sjúklingar okkar hafi ætíð aðgang að bestu þekkingu á því hvernig má lækna þá. Hér skiptir fjölbreytni miklu, við þurfum að sækja til Norðurlandanna og annarra Evrópuríkja en einnig til Ameríku. Þá þurfum við að deila þessu okkar á meðal og til sjúklinga okkar, jafnframt því sem við kynnum verkefni okkar. Vísindafingið er þannig vettvangur okkar til þess að deila því sem við best vitum okkar sjúklingum til framdráttar. Við þurfum að halda þessari þekkingu hátt á lofti þannig að hún verði ráðandi í umræðunni um hvað er best. Á sama tíma þurfum við sýna þolinmæði og umburðarlyndi gagnvart ýmsum öðrum hugmyndum og tryggja það að fjölbreytni og gerjandi hugsun ríki. Staðgóð þekking og vönduð þekkingaröflun verður þannig til. Sjúklingarnir og við njótum þess er fram líður.

Staðgóð þekking er ekki nóg. Við þurfum að koma henni á framfæri þannig að ráðamenn í samfélaginu breyti rétt. Lýsandi dæmi um þetta er að í núverandi fjárlagafrumvarpi er gert ráð fyrir að hætt verði greiðsluþátttöku í metýlfenídatlyfjum fyrir fullorðna. Röksemdin sem þar kemur fram er þessi „enda eru lyfin einungis ætluð börnum og unglungum samkvæmt klínískum leiðbeiningum“. Þetta er þrátt fyrir það að í klínískum leiðbeiningum er ítarlega fjallað um skammtastærðir þessara lyfja þegar fullorðnir einstaklingar eru meðhöndlaðir.

Þetta dæmi lýsir um margt vanda okkar við að koma bestu upplýsingum á framfæri. Þrátt fyrir að við deilum í okkar hópi um hve margir fullorðnir þurfi á þessum lyfjum að halda er ljóst að ákveðinn hópur þarf á þeim að halda.

Fleiri dæmi má nefna, til dæmis er lúta að örorku- og endurhæfingarmati, sem sjúklingar okkar þurfa endurtekið að fara í gegnum til þess að tryggja viðurværi sitt í veikindum sínum. Þar fáum við mörg hver þá tilfinningu að besta þekking ráði ekki alltaf niðurstöðunni.

Okkar leið til þess að taka á þessum vandamálum er öflun og miðlun þekkingar.

Kristinn Tómasson
Formaður Geðlæknafélags Íslands

Undirbúningsnefnd

Halldóra Jónsdóttir
Magnús Haraldsson
Sigurður Páll Pálsson
Þórgunnur Ársælsdóttir

Ritari þingsins:
Sigurlaug J. Sigurðardóttir

Aðalstyrktaraðili þingsins:



Aðrir styrktaraðilar:

AstraZeneca Lundbeck
Actavis Pfizer
GlaxoSmithKline Servier

Hlíðasmára 8,
201 Kópavogi
564 4104 – 564 4106

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Anna Gunnarsdóttir
Gylfi Óskarsson
Hannes Hrafnkelsson
Sigurbjörgur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
Þórunn Jónsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védis Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Dógg Arnadóttir
dogg@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Ljósmynd á forsiðu:
Haukur Snorrason

Upplag
100

Prentun: Oddi ehf.

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu.
Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/ Science Edition og Scopus.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/ Science Edition and Scopus.

ISSN: 0254-1394

IV VÍSINDAÞING GEÐLÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS

28. – 30. SEPTEMBER Á HÓTEL KLAUSTRI

FÖSTUDAGUR 28. SEPTEMBER

Mæting kl. 14:00 á Hótel Klaustri

15:00-15:10: **Setning þings**
Ávarp Kristins Tómassonar, formanns Geðlæknafélags Íslands

Áhrif kreppu á geðheilbrigði

Fundarstjóri Þórgunnur Ársælsdóttir

- 15:10-15:30 **Hefur þörfin fyrir innlagnir á almennar móttökudeildir geðsviðs Landspítala aukist í kjölfar aukins atvinnuleysis vegna kreppunnar?**
Engilbert Sigurðsson, prófessor
- 15:30-15:50 **Áhrif kreppu á þátttakendur í langtímarannsókn á geðheilsu kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu**
Hjalti Einarsson, aðstoðarmaður sálfræðinga
- 15:50-16:10 **Bráða- og langtímaáhrif íslensku fjármálakreppunnar á geðheilsu í alþjóðlegu samhengi**
Páll Matthíasson, geðlæknir

Punglyndi karla og kvenna

Fundarstjóri Halldóra Jónsdóttir

- 16:10-16:30 **Reynsla kvenna með geðsjúkdóm af endurteknum áföllum vegna ofbeldis**
Sigríður H. Bjarnadóttir, geðhjúkrunarfræðingur
- 16:30-16:50 Stutt kaffihlé og samlokur. Kynningar lyfjafyrirtækja
- 16:50-17:10 **Geðheilsa íslenskra kvenna á meðgöngu**
Linda Bára Lýðsdóttir, sálfræðingur
- 17:10-17:30 **Testósterón og geðheilsa karla í samfélagsrannsókninni „Suðurnesjamenn“**
Bjarni Sigurðsson, lyfjafræðingur og doktorsnemi
- 17:30-17:50 **Lýðfræðileg rannsókn á sjálfsvígum á Íslandi, 1911-2009**
Sigurður Páll Pálsson, geðlæknir
- 17:50-18:10 **Próun sjálfsvíga á Norðurlöndum 1980-2009, sérstaða Íslands**
Högni Óskarsson, geðlæknir
- 18:10-18:30 **Jóga á geðdeild**
Þórgunnur Ársælsdóttir, geðlæknir
- 18:45 Gönguferð
- 19:45 Rútuferð að Efri-Vík í kvöldverð

LAUGARDAGUR 29. SEPTEMBER

ADHD

Fundarstjóri Magnús Haraldsson

- 09:00-09:30 **Greiningarviðtal K-SADS-PL: Menningarleg aðlögun og athugun á réttmæti í klínísku þýði íslenskra unglínga**
Bertrand Lauth, barnageðlæknir
- 09:30-09:50 **Niðurstöður 119 staðlaðra geðgreiningarviðtala (DISC) 9-17 ára einstaklinga er leituðu til barna- og unglíngageðlæknis**
Helga Hannesdóttir, geðlæknir
- 09:50-10:10 **Rannsóknir á sálfræðimeðferð fyrir fulloröna með ADHD**
Brynjar Emilsson, sálfræðingur

10:10-10:40 Kaffihlé og kynningar lyfjafyrirtækja

Af fíknisjúkdómum og fleira

Fundarstjóri *Magnús Haraldsson*

- 10:40-11:00 **Rannsókn á notkun methýlfenídat í æð meðal íslenskra vímuefnaneytenda**
Guðrún Dóra Bjarnadóttir, deildarlæknir
- 11:00-11:20 **Skaðaminnkun í verki**
Helga Sif Friðjónsdóttir, hjúkrunardeildarstjóri
- 11:20-11:40 **Hvernig á að meðhöndla fíkniefnaneytendur sem sjá engan vanda með neyslu sinni?**
Hugleiðingar um sjálfsákvörðunarrétt, markmið og hópefli
Baldur Heiðar Sigurðsson, sálfræðingur
- 11:40-12:00 **Læknar og sjálfsvíg**
Óttar Guðmundsson, geðlæknir

12:00-13:30 Hádegisverður í boði Geðlæknafélagsins á Hótel Klaustri

Af geðheilbrigðisþjónustu, ofl

Fundarstjóri *Halldóra Jónsdóttir*

- 13:30-14:10 **Réttargeðlækningar í Noregi**
María Sigurjónsdóttir, geðlæknir – gestafyrirlestur í boði Geðlæknafélags Íslands
- 14:10-14:25 **Samfélagsgeðteymi geðsviðs Landspítala 2010-2012**
Magnús Haraldsson, geðlæknir
- 14:25-14:40 **Upp undir Laugarásnum á ég eitt lítið kot**
Nanna Briem, geðlæknir
- 14:40-14:55 **Sérhæfð geðlæknisþjónusta fyrir þroskahamlaða með alvarlegar geðraskanir á göngudeild geðsviðs Landspítala að Kleppi**
Kristófer Þorleifsson, geðlæknir
- 14:55-15:10 **Meðferð tvígreindra á fíknigeðdeild Landspítala á tímum umbreytinga**
Kjartan J. Kjartansson, geðlæknir
- 15:10-15:30 **Geðheilsa og vinna**
Kristinn Tómasson, geðlæknir
- 15:30-16:00 Kaffihlé og lyfjakynningar

Blandað efni

Fundarstjóri *Sigurður Páll Pálsson*

- 16:00-16:30 **Áhrif framfara í erfðafræði á þróun sjúkdómsgreiningarkerfa í læknisfræði**
Engilbert Sigurðsson, prófessor
- 16:30-16:50 **Áhrif geðklofatengds eintakabreytileika á litningi 15 (15q11.2) á fylgihreyfingar augna**
Magnús Haraldsson, geðlæknir
- 16:50-17:20 **Meðferðarheldni lyfjameðferðar hjá sjúklingum með alvarlega geðsjúkdóma**
Halldóra Jónsdóttir, geðlæknir
- 17:20-17:40 **Þættir sem hafa áhrif á meðferðarheldni hjá sjúklingum með átraskanir**
Guðrún Mist Gunnarsdóttir, læknanemi
- 17:40-18:00 **HAM og lyfjameðferð við lyndis- og kvíðaröskunum: Beinn samburður og mat á gagnsemi samþættrar meðferðar**
Magnús Blöndahl, sálfræðingur
- 18:00-18:20 **Gagnsemi psychodýnamískrar meðferðar**
Ísafold Helgadóttir, deildarlæknir
- 18:20 Vísindadagskrá slitið

Hátíðarkvöldverður á Hótel Klaustri sem hefst með fordrykk klukkan 19:30
Veislustjóri *Birna Guðrún Þórðardóttir*

ÚTDRÆTTIR ERINDA

1. Hefur þörfin fyrir innlagnir á almennar móttökudeildir geðsviðs Landspítala aukist í kjölfar aukins atvinnuleysis vegna kreppunnar?

Engilbert Sigurðsson^{1,2}

¹Geðsviði Landspítala, ²læknadeild Háskóla Íslands

Inngangur: Atvinnuleysi hefur verið mjög lágt á Íslandi síðustu fjóra áratugi. Frá 1991 til haustsins 2007 nam það að meðaltali 3,3% og aðeins um 1,5-2% 2006-7. Við hrun bankanna í októberbyrjun 2008 jókst það hratt. Það nam 8% 2009 og náði hámarki í tæplega 10% veturinn 2010-2011. Samdráttur í efnahagslífi og aukni atvinnuleysis hefur verið tengt auknu nýgengi þunglyndiseinkenna, sjálfsvígstilrauna, ofnotkunar áfengis og innlagna á bráðageðdeildir í rannsóknum í Bandaríkjunum og N-Evrópu.

Aðferðir: Sótt gögn um fjölda innlagna og innlagnardaga á almennar móttökudeildir geðsviðs á tveimur 12 mánaða tímabilum fyrir hrun bankanna um mánaðarmótin september-október 2008 og þremur 12 mánaða tímabilum eftir fall þeirra.

Niðurstöður: Fjöldi innlagna stóð í stað á tímabilinu október 2006 til október 2011 þótt nýting rúma hafi ekki verið hærrí en um 90% að jafnaði. Fjöldi innlagnardaga dróst hins vegar saman um 9% fyrsta árið eftir hrun en um 13% á öðru og þriðja ári eftir bankahrunið miðað við tímabilið október 2006 til október 2008. Meðallegutími á móttökudeildum 32A, 32C og 33C styttest úr 13 dögum frá október 2006 til október 2008 í 11,5 daga frá október 2009 til október 2011. Tölur fyrstu sex mánuða ársins 2012 benda ekki til breytinga.

Ályktanir: Ólíkt því sem hefur verið reyndin í ýmsum vestrænum löndum, svo sem Svíþjóð og Bandaríkjunum, hefur hröð og mikil aukning atvinnuleysis og mikill samdráttur í þjóðartekjum ekki leitt til aukins fjölda innlagna á bráðamóttökudeildir geðsviðs Landspítala né leitt til lengri innlagna. Fjöldi innlagna hefur staðið í stað og meðallegutími styst um 13%.

2. Áhrif kreppu á þáttakendur í langtímarannsókn á geðheilsu kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu

Halldóra Ólafsdóttir, Hjalti Einarsson, Jón Friðrik Sigurðsson, Linda Bára Lýðsdóttir

Geðsviði Landspítala

Inngangur: Áhrif fjármálahrunsins 2008 á líðan fólks hefur vakið áhuga fræðimanna, en rannsóknir á áhrifum fjármálahruna á þjóðarvísu verða þó ávallt erfiðleikum bundnar vegna fjölda þeirra einstaklingsbundnu breyta sem geta haft áhrif á þetta samband. Í ljósi raunverulegra fjárhagsbreytinga hjá fólki getur verið athyglisvert að skoða einnig áhrif huglægs mats fólks á stöðu sinni. Með mati á raunverulega fjárhagsstöðu, samtímis huglægri, má fá skýrari mynd af áhrifum fjármálhruna á geðheilsu. Þannig má betur gera grein fyrir samspili geðsögu, áfalla, sálfélagslegra breyta og geðlíðanar fólks.

Aðferð: Mæður ungra barna á höfuðborgarsvæðinu og Akureyri sem tóku þátt í langtímarannsókninni „Geðheilsa kvenna á meðgöngu og

eftir fæðingu“ voru beðnar um að svara ítarlegum spurningalista um fjármálatengda þætti. Spurningalistinn var sendur með netkönnun til 2300 þátttakenda, svör bárust frá 1100 þátttakenda. Gerð var tölfræðileg greining þar sem mat var lagt á endurteknar mælingar á geðheilsu og samspili þeirra við fjárhagslega örðugleika ásamt fjölda bakgrunnsbreyta.

Niðurstöður: Athugun á sambandi fjárhagslegra erfiðleika, huglægu mati á þeim vanda og geðheilsu leiddi í ljós að sterkt samband er á milli þessara þátta og það er háð félagslegum og sálfélagslegum aðstæðum þátttakenda.

3. Bráða- og langtímaáhrif íslensku fjármálakreppunnar á geðheilsu í alþjóðlegu samhengi

Páll Matthíasson geðlæknir^{1,2}, Halldóra Ólafsdóttir geðlæknir^{1,2}

¹Geðsviði Landspítala, ²læknadeild Háskóla Íslands

Fjármálakreppan sem dundi yfir Ísland haustið 2008 var mjög víðtæk og hröð. Fjármálakerfi landsins hrundi, atvinnuleysi fimmfaldaðist, gengi hlutabréfamarkaðarins lækkaði um meira en 90%, verg þjóðarframleiðsla féll og gengi krónunnar lækkaði um rúmlega helming.

Miðað við reynslu annarra landa mátti gera ráð fyrir auknu álagi á geðheilbrigðisþjónustu landsins. Afleiðingar fjármálakreppunnar í Finnlandi á 9. áratug síðustu aldar voru slæmar á fjölskyldur og börn og íslensk stjórnvöld hétu því að styðja barnafjölskyldur og unga atvinnulausa. Staðreyndin var hins vegar sú að fjárlög til geðsviðs Landspítala lækkuðu um 20% á næstu þremur árum.

Sameiginlegur vinnuhópur margra stofnana fylgdist með áhrifum hrunsins á heilsuþætti og notkun heilbrigðisþjónustu. Í ljósi þess hversu víðtæk og alvarleg fjármálakreppan sem dundi yfir Ísland var, kemur á óvart hversu óveruleg áhrif hennar virðast hafa verið á heilsu. Komum kvenna á bráðamóttökur vegna brjóstverkja fjölgaði fyrstu vikuna eftir hrun. Fyrsta árið eftir hrun fjölgaði komum fólks á bráðamóttöku geðdeildar en innlögnum á geðdeild fækkaði. Sjálfsvígstilraunum fjölgaði en tala sjálfsvíga var óbreytt. Það dró úr notkun geðlyfja.

Skýringar á því hversu lítil áhrif hrunsins mælast gætu verið þær að of stutt sé um liðið frá hruni, að verndandi þættir innan samfélagsins hjálpi eða hugsanlega óvænt jákvæð áhrif hrunsins. Rætt verður um niðurstöðurnar og þær settar í samhengi við reynslu bæði fátækari og ríkari landa sem þolað hafa efnahagslegt eða pólitískt hrun undanfarna áratugi.

4. Reynsla kvenna með geðsjúkdóm af endurteknum áföllum vegna ofbeldis

Sigríður Hrönn Bjarnadóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Sigrún Sigurðardóttir
Geðteymi Reykjavíkur

Inngangur: Rannsóknir hafa sýnt að endurtekin áföll geta haft slæmar afleiðingar í för með sér fyrir heilsu manna. Áhrif ofbeldis á börn eru

að þau geta þróað með sér langvinnan heilsufarsvanda þar sem á full-orðinsárum geta komið fram geðræn, líkamleg og félagsleg vandamál. Rannsóknir hafa jafnframt sýnt að meðal geðsjúkra hefur hátt hlutfall áfalla ekki verið greint.

Tilgangur: Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna áhrif áfalla á líðan og heilsu kvenna með geðsjúkdóm sem hafa lent í endurteknum áföllum af völdum ofbeldis. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla kvenna með geðsjúkdóm af endurteknum áföllum vegna ofbeldis og hver eru áhrif áfallanna?

Aðferð: Við framkvæmd rannsóknarinnar var notuð fyrirbærafræðileg, eigindleg rannsóknaraðferð sem kennd er við Vancouver-skólann. Þátttakendur voru 8 konur á aldrinum 35-55 ára. Tekin voru tvö viðtöl við 7 kvennanna en aðeins eitt viðtöl við eina þeirra, samtals 15 viðtöl. Allar konurnar eru greindar með geðsjúkdóm.

Niðurstöður: Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu endurtekin áföll frá barnæsku til fullorðinsára sem höfðu alvarlegar afleiðingar á líðan og heilsu þátttakenda í rannsókninni. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu aukinn tilfinningalegan og geðrænan vanda kvennanna og upplifun þeirra á skertri heilsu. Niðurstöðunum var skipt í 5 meginþemu: 1) *Reynsla af áföllum*. 2) *Andleg líðan sem barn og unglingur*. 3) *Stuðningur og tengslanet*. 4) *Tilfinningalegur vandi í dag*. 5) *Staðan í dag, geðrænin og líkamlegir sjúkdómar*.

Ályktun: Rannsóknin sýnir að endurtekin áföll frá æsku til fullorðinsára geta haft niðurbrotandi og varanleg áhrif á einstaklinginn, brotið niður sjálfmynd hans og haft áhrif á andlega, líkamlega og félagslega líðan. Rannsóknin gæti varpað ljósi á mikilvægi þess að spyrja eftir áfallasögu hjá geðsjúkum og veita viðeigandi meðferð.

5. Geðheilsa íslenskra kvenna á meðgöngu

Linda Bára Lýðsdóttir¹, Halldóra Ólafsdóttir¹, Hjalti Einarsson¹, Jón Friðrik Sigurðsson^{1,2}, Louise Howard³, Marga Thome²

¹Geðsviði Landspítala, ²Háskóla Íslands, ³King's College

Inngangur: Þunglyndi og kvíðaraskanir eru tiltölulegar algengar hjá konum. Rannsóknir á geðheilsu kvenna á meðgöngu hafa þó aðallega beinst að þunglyndi og fáar rannsóknir verið gerðar á kvíða. Rannsóknir hafa sýnt að ef kvíði á meðgöngu er ómeðhöndlaður þá aukast líkur á þunglyndi annaðhvort í lok meðgöngunnar eða eftir barnsburð. Aðrar rannsóknir benda til neikvæðra áhrifa kvíða og streitu á þroska fóstur.

Markmið: Meginmarkmið rannsóknarinnar er að kanna algengar geðraskanir hjá íslenskum konum sem skimuðust þunglyndar á 16. viku meðgöngu.

Aðferðir: Rannsókn þessi er hluti af stórrí langtímarannsókn á geðheilsu íslenskra kvenna á meðgöngu og eftir barnsburð. Skimað var fyrir þunglyndi hjá rúmlega 2292 konum sem sóttu þjónustu í mæðravernd heilsgæslunnar á 16. viku meðgöngu. Þær konur sem skimuðust jákvæðar (n=274) eða lentu í samanburðarhópi (n=201) voru boðaðar í greiningarviðtöl hjá reyndum sálfræðingum eða geðlæknum. Skimunartækin voru *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) og *Depression Anxiety Stress Scales* (DASS), bæði áreiðanleg og réttmæt til skimunar. Notast var við *Mini International Neuropsychiatric Interview Plus* til að greina konurnar.

Niðurstöður: Niðurstöður gáfu til kynna að hjá þeim konum sem skimuðust jákvæðar á 16. viku meðgöngu greindust fleiri konur með kvíðaröskun eina og sér heldur en konur sem greindust með þunglyndi og enga kvíðaröskun. Hjá þeim konum sem greindust með þunglyndi var samsláttur við kvíðaröskun almennur. Þunglyndi og almenn kvíðaröskun voru algengustu greiningarnar.

Ályktun: Þeir sem sinna konum í mæðravernd þurfa að átta sig á því að samsláttur við aðrar geðraskanir er almennur hjá konum sem þjást af þunglyndi á meðgöngu og að í mörgum tilfellum er ekki um þunglyndi að ræða heldur aðrar geðraskanir og þá sérstaklega almenna kvíðaröskun.

Heimildir

- Gudjonsson GH, Sigurðsson JF, Lydsdóttir LB, Ólafsdóttir H. The relationship between adult romantic attachment and compliance. *Personal Individ Diff* 2008; 45: 276-280.
- Bick D, Howard LM. When should women be screened for postnatal depression? *Exp Revi Neurotherapeut* 2010; 10: 151-4.

6. Testósterón og geðheilsa karla í samfélagsrannsókninni „Suðurnesjamenn“

Bjarni Sigurðsson¹, Sigurður Páll Pálsson², María Ólafsdóttir³, Ólafur Þór Ævarsson⁴, Magnús Jóhannsson¹

¹Háskóla Íslands, rannsóknarstofu í lyfja- og eiturefnafræði, ²Landspítala, ³Heilsugæslunni í Árbæ, ⁴Forvarnir, sjálfstætt starfandi geðlækningar

Bakgrunnur: Sambandi testósteróns og þunglyndiseinkenna í fyrri rannsóknnum hefur bæði verið lýst við há- og lággildi testósteróns (U-laga samband). Í samfélagsrannsókn á körlum var kannað samband milli testósteróns, mælt í munnvatni, og geðheilbrigðis.

Aðferðir: Rannsakaðir voru 137 karlar með Beck Depression Inventory (BDI), Gotland Male Depression scale (GMDS), Montgomery-Åsberg Depression rating scale (MADRS), almennum heilsufarsspurningum og að lokum með geðskoðun hjá geðlækni í hálfstrúktúruðu geðviðtali. Greining var samkvæmt DSM-IV fyrir þunglyndi (major depressive disorder, MDD). Testósterón var mælt tvisvar á einum degi í daglegu umhverfi við vinnu eða heima (kl. 7.00 og 22.00) í undirhóp (n=46).

Niðurstöður: Morgungildi voru marktækt hærri en kvöldgildi (236 vs. 145 pg/ml; parað t-próf; p=0,009). Testósterón gildi reyndust marktækt lægri með hækkuðum aldri en aldur skýrir einungis lítinn hluta sambandsins eða 16%. Ekkert samband reyndist milli kvöldgilda testósteróns og klínísk viðmiðs GMDS en samband var við MADRS (p=0,017) og BDI (p=0,031) ef leiðrétt var fyrir geðlyfjum. Ekki var samband við geðsögu, líkamlega sjúkdóma eða menntunarstig.

Þegar hópnun var skipt í þrjá jafnstóra hópa eftir hækkanði kvöldgildum testósteróns var marktækt samband milli þeirra sem greindust þunglyndir samkvæmt BDI-skalanum og þess hóps sem var með hæstu gildin þegar lyfjanotkun var útilokuð (p=0,038). Karlar sem voru þunglyndir samkvæmt MADRS voru einnig með marktækt hærri testósterón (p=0,015) og án geðlyfja (p=0,020).

Ályktun: Karlar með hærri gildi testósteróns virðast líklegri til að vera með einkenni þunglyndis en frekari rannsókna er þörf. Taka þarf tillit til geðlyfjanotkunar þegar er verið að mæla áhrif testósteróns á þunglyndiseinkenni karla.

7. Lýðfræðileg rannsókn á sjálfsvígum á Íslandi, 1911-2009

Sigurður Páll Pálsson, Högni Óskarsson, Lilja Sigrún Jónsdóttir
Geðsviði Landspítala

Markmið: Rannsaka nýgengi og lýðfræðilega þætti sjálfsvíga frá 1911-2009.

Niðurstöður: Sjálfsvíg voru 1932 á 99 árum; 13,8 per 100000 (karlar 21,1/100000; konur 6,5 /100000). Kynjahlutfall (karlar/konur) var 3-4 en var 2,5 í upphafi síðustu aldar. Aldraðir höfðu hæstu sjálfsvígstíðni í upphafi tímabils en um miðbik síðustu aldar varð hækkan hjá ungum

körllum en lækkun aldraðra hélt sér. Sjálfsvíg eru sjaldgæf hjá yngri en 15 ára, yfirgnæfandi drengir (14/1). Meðalaldur sjálfsvíga lækkaði hjá körllum (47,7 vs. 39,3, $P=0,000$) á tímabilunum 1911-1940 borið saman við tímabilið 1971-2000 en hækkaði hjá konum (40,7 vs. 48,1, $P=0,001$). Aldur/kynja breyting varð 1941-1950. Meðalaldur kvenna 2001-2009 var 50 ár en karla 41,8.

Hjúskaparstaða: Karlar voru oftast einhleypir (50%) en konur í 34,4% tilfella. Ekkjur (12,5%) en ekklar (6,1%). Fráskildar voru 11,1% kvenna en 9,1% karla ($P=0,000$). **Sjálfsvígsaðferðir:** Karlar beittu oftast ákveðnari (violent) aðferð. Greina mátti tilhneigingu í lok tímabils að konur beittu meira ákveðnum (violent) aðferðum en þessi tilhneiging minnkaði vegna aukinnar notkunar lyfja (42%) og gas (14%) hjá konum síðustu 9 ár. Flest sjálfsvíg gerast í maí, bæði kyn (10,2%).

Staður: Flest sjálfsvíg gerast á heimili einstaklings (50%). Á víðavangi (16,6%), sjó/ár eða vötn (13,4%), vinnustaður (5,2%), geðdeild (1,1%), önnur meðferðar úrræði (1,0%), almennar legudeildir (0,7%), fangelsi (0,7%) og skóli (0,6%).

Geðraskanir voru staðfestar í 50 % tilfella, oftast þunglyndi. Þó upplýsingar vanti í sumum tilfellum eru niðurstöðurnar sambærilegar við rannsókn G. Jónsdóttur¹ sem yfirfór allar aðgengilegar sjúkráhus-skýrslur.

Ályktun: Ísland og Noregur (áður lægst) lækkaðu ekki sína tíðni líkt og gerðist í Svíþjóð, Danmörku og Finnlandi (enn hæst) síðustu áratugi.²

Heimildir

1. Jónsdóttir G. Sjálfsvíg á Íslandi, 1962-1973. Læknablaðið 1977; 63: 47-63.
2. Sigurðardóttir G.Á. Selvmord i Norden - selvmordsraternes udvikling gennem de sidste årtie. **Vejleder:** August Wang. Bacheloropgave i lægevidenskab. Københavns Universitet, 2010.

8. Þróun sjálfsvíga á Norðurlöndum 1980-2009, sérstaða Íslands

Högni Óskarsson, David Titelman, Kristian Wahlbeck, Merete Nordentoft, Lars Mehlum, Guo-Xin Jiang, Annette Erlangsen, Latha Nruham, Danuta Wasserman

Inngangur: Sjálfsvíg eru í fyrsta og öðru sæti dánarorsaka á Norðurlöndum í aldursþópnum 15-24ra ára. Samanburður milli landanna fimm er áhugaverður vegna svipaðra lýðfræðilegra og félagslegra þátta. Hér verður borin saman og rædd þróun sjálfsvíga í löndunum fimm á árabílinu 1980-2009.

Aðferðir: Sjálfsvígstölum árin 1980-2009 var safnað úr dánarmeina-skrám fyrir alla 15 ára og eldri og sérstaklega fyrir hópin 15-24ra ára. Sjálfsvígstíðni var reiknuð og þróun tímabilsins greind fyrir hvert land og svo fyrir karla og konur. Svæðisbundin tíðni á árinu 2009 var einnig reiknuð.

Niðurstöður: Sjálfsvígstíðni fyrir karla lækkaði á Norðurlöndum frá bílinu 25-50/100.000 1980 niður í 20-36 árið 2009. Fyrir konur varð lækkunin frá 9-26/100.000 árið 1980 niður í 8-11 árið 2009. Kynjahlutfall var að meðaltali óbreytt, 3:1. Sjálfsvígstíðni ungra kvenna í Finnlandi og Svíþjóð hækkaði á tímabilinu. Lækkunin varð mest í Finlandi og Danmörku, enda hæst þar í upphafi tímabilsins. Í lok tímabilsins var sjálfsvígstíðnin enn hæst í Finnlandi, en á hinum Norðurlöndum stefndi þróunin að svipuðum endapunkti. Tíðnin á Íslandi einkenndist af miklum sveiflum milli ára, en var á svipuðu róli í byrjun og enda tímabilsins.

Umræða: Lækkun sjálfsvígstíðninnar er enginn endapunktur. Það veldur áhyggjum hve sjálfsvígstíðnin helst há hjá yngsta aldurshópnum. Sömuleiðis er það umhugsunarefni þrátt fyrir mikla lækkun hafa Finnar enn hæstu tíðni Norðurlandþjóða. Og ekki síst að þrátt fyrir verulega

lækkun hjá annars staðar stendur Ísland í stað, þó samanburður við hinar þjóðirnar sé mjög viðunandi. Þessar staðreyndir þarf að takast á við.

9. Læknar og sjálfsvíg

Óttar Guðmundsson

Geðsviði Landspítala

Sjálfsvíg eru algengari meðal lækna en annarra háskólamenntaðra stétta. Á undanförunum árum hafa nokkrir íslenskir læknar svipt sig lífi. Reynt verður að skýra þetta fyrirbæri í ljósi ákveðinna staðreynda:

1. Læknar hafa venjulega ímugust á sjálfsvígum og sjálfsvægendum.
2. Læknar eiga erfitt með að tala um sjálfsvígshugmyndir sínar við aðra lækna.
3. Læknar gera venjulega eina tilraun sem heppnast.
4. Læknar hafa gott aðgengi að banvænum lyfjum.
5. Læknar eiga erfitt með að leita hjálpar vegna þunglyndis.
6. Alkóhólismi hjá læknum er venjulega ómeðhöndlaður lengi.
7. Læknar bera litla virðingu fyrir sársauka og dauðanum.

Hvað er hægt að gera til að breyta þessu?

10. Greiningarviðtal K-SADS-PL: Menningarleg aðlögun og athugun á réttmæti í klínísku þýði íslenskra unglínga

Bertrand Lauth

Barna- og unglíngageðdeild Landspítala

Meginmarkmið þessarar ritgerðar var að vinna að þvermenningarlegri aðlögun á Íslandi á greiningarviðtali *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL)*. Jafnframt að sannreyna áreiðanleika matsmanna á þýðingunni, að meta notagildi og áhrif þess að innleiða hálfstaðlað viðtal yfir á legugeðdeild fyrir unglínga, og meta bæði samleitni- og fráleitniréttmæti á algengustu greiningum sem koma fram í þessu úrtaki: alvarleg geðlægð, athyglisbrestur með ofvirkni, mótþróaþrjúskurðskun, félagsfælni, aðskilnaðarkvíðaröskun, almenn kvíðaröskun.

Önnur markmið rannsóknarinnar voru að meta samleitniréttmæti sem og næmi og sérhæfi viðmiðana sem eru notuð í skimunarhluta viðtalsins, og þá að skoða samræmi og samkvæmni milli klínískra upplýsinga sem koma frá unglíngum og foreldrum þeirra.

Hin þvermenningarlega aðlögun hefur þannig leitt af sér íslenska útgáfu sem felur í sér svipaðan skilning á milli matsmanna og tækt jafngildi. K-SADS-PL hefur í dag hlotið almenna viðurkenningu bæði hjá „klíníkum“ og rannsakendum á Íslandi. Greiningarviðtalið er þannig orðið hluti af venjubundnu matsferli sem notað er fyrir sjúklinga á BUGL en einnig á mörgum öðrum greiningar- eða rannsóknarstöðvum, í skólasálfræðipjónustu og hjá sjálfstætt starfandi fagaðilum.

Meginmismunur í greiningarmati rökstyður gagnsemi greiningarviðtala við sjúklinga á legudeild. Niðurstöður endurspeglar mikilvægi þess að afla klínískra upplýsinga bæði frá unglíngum og foreldrum þeirra, þó vægi þeirra sé mismunandi eftir greiningarsviðum og viðtölin séu tímafrek. Nánari rannsóknir ættu að beinast að kanna samband milli ólíkra klínískra upplýsinga og ytri viðmiðana eins og geðræn einkenni foreldra eða samband og tengsl foreldra og barna.

11. Niðurstöður 119 staðlaðra geðgreiningarviðtala (DISC) 9-17 ára einstaklinga er leituðu til barna- og unglingageðlæknis

Helga Hannesdóttir, Anna Rún Ólafsdóttir
Geðsviði Landspítala

Markmið: DISC er staðlað geðgreiningarviðtal sem nær yfir 34 algengustu geðgreiningar hjá börnum og unglingum og byggist á DSM-IV/ICD-10 greiningarkerfum. DISC er ætlað til notkunar af þjálfuðu starfsfólki, sem þarf ekki að hafa klíniska menntun. Geðgreiningarviðtalið getur einnig verið sjálfsvarandi (raddsett) fyrir börn/ungmenni á aldrinum 9-17 (21) ára. Öll tilnefnd viðmiðunaratriði til greiningar þurfa að vera til staðar til þess að sjúkdómgreiningu sé fullnægt. DISC hefur verið notað í stórum faraldsfræðilegum rannsóknum erlendis en einnig við klínískar rannsóknir á börnum og ungmennum með geðraskanir til að fá nákvæmar greiningar og veita þjónustu innan heilsugæslu, skóla og stofnana. DISC er mest rannsakaða geðgreiningarviðtal í USA bæði klínískt og í normal þýði. Einnig er til sambærilegt foreldraviðtal fyrir foreldra barna/unglinga 6-17 ára. Markhópur þessi eru tilvísanir úr heilsugæslu og frá sálfræðideildum skóla.

Niðurstöður: Greiningarniðurstöður og fjöldi greininga verða kynntar. Meðal annars kvíðaraskanir, lyndisraskanir, átraskanir, hegðunarraskanir, fíkniraskanir, OCD og mótþróaþrjúskurðskun (ODD). Meðalaldur rannsakaðra barna er 14 ára og tíðni geðgreininga er hærri hjá stúlkum en drengjum. Algengasta röskun drengja er CD en félagsfælni hjá stúlkum. ADHD og félagsfælni er algengasta samslúttarröskunin. Niðurstöður gefa til kynna hvaða greiningar og samsjúkdómar heilsugæslulæknar og skólasálfræðingar fást við.

12. Rannsóknir á sálfræðimeðferð fyrir fullorðna með ADHD

Brynjar Emilsson
Landspítala og King's College London

Athyglisbrestur með ofvirkni (ADHD) er röskun á taugaþroska sem hefur hamlandi áhrif á einstaklinginn vegna erfiðleika með athygli og einbeitingu, ofvirkni og hvatvísi. Einkenni ADHD koma fram á barnsaldri eða snemma á unglingsaldri og viðhelst hjá mörgum fram á fullorðinsaldur. Alþjóðlegar rannsóknir sýna að fáir fullorðnir með ADHD fá sértæka meðferð fyrir sínum einkennum. Í klínískum leiðbeiningum er mælt með örvandi lyfjameðferð sem fyrstu meðferð og á síðustu árum hefur notkun örvandi lyfja aukist töluvert. Sértæk sálfræðimeðferð fyrir fullorðna með ADHD hefur ekki verið í boði hér á landi en rannsóknir erlendis sýna fram á jákvæðan árangur. Framkvæmd var slembuð samanagerðarrannsókn á sálfræðilegri meðferð fyrir fullorðna með ADHD. Þátttakendum (95) var tilviljanakennt skipt í tvo hópa þar sem tilraunahópur fékk sálfræðimeðferð í hóp en samanburðarhópur var á óbreyttri meðferð. Báðir hópar voru á sértækum ADHD-lyfjum á tímabilinu. Mælingar voru fyrir meðferð, eftir meðferð og við þriggja mánaða eftirfylgd. Notast var við mat óháðs geðlæknis sem og sjálfsmat þátttakenda. Niðurstöður sýndu jákvæðan árangur sálfræðimeðferðar sem hélst þremur mánuðum eftir að meðferð lauk. Samhliða var framkvæmd forkönnun á föngum (N=26) með hamlandi ADHD-einkennum. Niðurstöður bentu til að sálfræðimeðferðin leiði til betra sjálfsmats, betri lífsgæða og minni andfélagslegra viðhorfa. Niðurstöður þessara rannsókna benda því til að sálfræðimeðferð gagnist vel fullorðnum með ADHD og að fólk læri til lengri tíma að nýta þær aðferðir sem það lærir í meðferðinni. Sálfræðimeðferð í hóp er því árangursrík og ódýr meðferð en ljóst er að þættir eins og sértæk lyfjameðferð, utnumhald og stuðningur í meðferð hefur áhrif á meðferðarárangur.

13. Rannsókn á notkun methýlfenídat í æð meðal íslenskra vímuefnaneytenda

Guðrún Dóra Bjarnadóttir
Geðsviði Landspítala

Misnotkun á methýlfenídat er tiltölulega nýtt og vaxandi vandamál víða. Lítið hefur verið ritað og birt um misnotkun methýlfenídat. Notkun methýlfenídat á Íslandi hefur aukist gríðarlega undanfarin ár. Samanburður við Norðurlandaþjóðirnar sýnir að notkun per íbúa á Íslandi er margfalt hærri en ástæðan er ekki kunn. Methýlfenídat er orðið eitt aðalefnið sem er misnotað á Íslandi. Æ fleiri leggjast inn til meðferðar og í afeitrun á Íslandi vegna methýlfenídatmisnotkunar.

Markmið rannsóknarinnar er að athuga tíðni, umfang og einkenni notkunar á methýlfenídat í æð hjá vímuefnaneytendum. Neyslumynstur er óþekkt, til dæmis skammtastærðir og tíðni notkunar á dag. Einnig hafa upplifanir vímuefnaneytenda, hliðar- og fráhrarfseinkenni á methýlfenídat ekki verið rannsakað.

Rannsóknin er cross-sectional survey. Er áætlað að fá 150 manns í rannsóknina þar sem tekið verður viðtal og lagður fyrir spurningalisti. Fyrri hlutinn metur tíðni og umfang methýlfenídatnotkunar meðal sprautufíkla og gerir samanburð mögulegan við þá sem nota önnur efni í æð. Í seinni hlutanum verður farið dýpra í einkenni neyslunnar.

Neysla methýlfenídat er vaxandi vandamál í heiminum. Mikilvægt er að staðfesta og lýsa neyslu og neyslumynstri sprautunotenda á methýlfenídat. Einnig mikilvægt að skoða skaðann sem hlýst af sprautuneytslu. Því er þekking á þessu vandamáli bæði nauðsynlegt fyrir Ísland sem og önnur lönd.

14. Skaðaminnkun í verki

Helga Sif Friðjónsdóttir, hjúkrunardeildarstjóri
Geðsviði Landspítala

Víða í stórborgum Evrópu og Bandaríkjunum liggur hugmyndafræði skaðaminnkunar (*Harm Reduction*) til grundvallar þjónustu fyrir einstaklinga sem nota vímuefni. Þar er viðurkennt að á hverjum tíma eru einstaklingar í samfélaginu sem vilja ekki eða geta ekki hætt neyslu og meginmarkmiðið því að minnka heilsufarslegan, félagslegan og fjárhagslegan skaða sem vímuefnaneysla veldur einstaklingi, samfélagi og þjóð. Ekki er lítið á neytandann sem siðlausan, veikan eða glæpamann heldur fyrst og fremst sem manneskju. Markmið skaðaminnkunar er því að einstaklingar sem stunda áhættuhegðun af einhverju tagi, haldi lífi, viðhaldi heilsu og efla heilsufar. Skaðaminnkandi inngríp eru nauðsynleg viðbót við núverandi forvarnir og heilsuefningu er miða að því að efla lýðheilsu í íslensku samfélagi.

Nálaskiptiþjónusta er inngríp sem byggir á skaðaminnkun. Slík þjónusta snýst ekki einungis um að afhenda „sjúklingum“ hreinan sprautubúnað og farga óhreinum. Mikilvægur þáttur í þjónustunni eru samskipti án skilyrða og kvaða en rannsóknir sýna að oftast en ekki leiða slík samskipti til ábyrgari hegðunar notenda þjónustunnar. Lykilþáttur í árangri nálaskiptiþjónustu er að staðsetja hana í nærumhverfi jaðarhópa með opnunartíma á forsendum notenda þjónustunnar.

Skaðaminnkunarverkefni Reykjavíkurdeildar Rauða krossins hefur nú verið starfrækt í tæp þrjú ár og er meginmarkmið þess að draga úr þeim skaða sem hlýst af neyslu með sprautubúnaði sem og efla heilsu þeirra jaðarhópa sem þangað leita. Þetta er sjálfbærliða verkefni sem byggir á hugmyndafræði skaðaminnkunar. Sagt verður frá þróun verkefnisins og núverandi stöðu þess.

15. Hvernig á að meðhöndla fíkniefnaneytendur sem sjá engan vanda með neyslu sinni? Hugleiðingar um sjálfsákvörðunarrétt, markmið og hópefli

Baldur Heiðar Sigurðson
 Geðsviði Landspítala

Endurhæfingardeild Landspítala á Laugarási vinnur um þessar mundir að því að byggja upp þjónustu fyrir ungt fólk með nýgreindar geðrofsraskanir. Margir þeirra nota fíkniefni sem oft getur hindrað árangur þeirra í endurhæfingunni þótt skjólstæðingarnir sjálfir séu annarrar skoðunar. Það er mikilvægt að greina vel á milli þeirra sem hafa engan áhuga á breytingum og hinna sem farnir eru að velja breytingum fyrir sér. Ef þeir sjá enga ástæðu til að hætta neyslu er ekki grundvöllur fyrir áhugahvetjandi viðtölum þar sem þau miða að því að vinna með togstreitu sem þegar er fyrir hendi. Því er nauðsynlegt að vinna með þeim sér, með það að markmiði að öðlast betri skilning á því hvaða áhrif neyslan hefur á framgang þeirra og líðan og búa til togstreitu hjá þeim sem verða fyrir neikvæðum áhrifum af neyslunni. Ræddar verða hugleiðingar okkar á Laugarási um hvernig við viljum standa að þeirri meðferð og nokkur atriði reifuð sem mikilvægt er að hafa í huga þegar form slíkrar meðferðar er ákveðið.

16. Jóga á geðdeild

Þórgunnur Ársælsdóttir
 Geðsviði Landspítalans

Inngangur: Fyrstu heimildir um rannsóknir á áhrifum jóga eru frá árinu 1851. Þá lýsti indverskur læknir hvernig iðkendur gátu haft áhrif á líkamsstarfsemina með stjórnun öndunar og þar með magni koltvísýrings í blóði. Síðan hefur fjöldi vísindarannsókna farið fram á áhrifum jóga á heilsufar og líðan fólks, og frá árinu 1998 hefur heilbrigðismálastofnun Bandaríkjanna veitt fé í rannsóknir á þessum áhrifum. Rannsóknir síðustu ára hafa sýnt minnkun á sjúkdómseinkennum og aukningu á lífsgæðum hjá fólki með þunglyndi, kvíðaraskanir, geðklofa, fíkisjúkdóma og ADHD.

Efniviður og aðferðir: Sjúklingum í endurhæfingu á Kleppspítala var boðið að koma í jóga tvisvar í viku, klukkustund í senn. Þeir voru beðnir um að meta líðan sína á „visual analog skala“ (VAS) fyrir og eftir tímann. Þær breytur sem voru mældar voru kvíði/spenna, depurð, reiði, verkir, innri ró/kyrrð, og vellíðan.

Niðurstöður: Alls fengust mælingar frá 18 manns, 5 körlum og 13 konum. Meðalaldur þeirra var 42,3 ár og fjöldi mælinga fyrir hvern einstakling var á bilinu 1-15 skipti. Mælingar fyrir kvíða og depurð lækkuðu marktækt, mælingar fyrir reiði og verki lækkuðu einnig en minnkunin var ekki tölfræðilega marktæk. Mælingar fyrir innri ró og vellíðan hækkuðu marktækt.

Ályktanir: Iðkun jóga dró marktækt úr kvíða og depurð og jók innri ró og vellíðan hjá sjúklingum á endurhæfingarsviði á Kleppi. Hafa ber í huga að enginn samanburðarhópur var til staðar í þessari rannsókn.

17. Norsk réttargeðlæknisfræði

María Sigurjónsdóttir
 Regional sikkerhetsavdeling Helse Sør-Øst, Dikemark, Oslo Universitetssykehus, Norge

Norskri réttargeðlæknisfræði er skipt í þrennt. Í fyrsta lagi geðheilbrigðisþjónusta fyrir fólk í fangelsum. Í öðru lagi geðheilbrigðisþjónusta fyrir fólk sem er dæmt til meðferðar og fyrir geðveika einstaklinga sem

hafa ofbeldishegðun án dóms til meðferðar. Í þriðja lagi geðrannsóknir fyrir dómstóla.

Geðrannsóknir fyrir dómstóla eru gerðar af geðlæknum og sálfræðingum sem taka að sér slík verkefni í privat praksis. Geðrannsóknirnar eiga að ákvarða hvort sakborningur hefur geðraskanir sem skipta máli fyrir sakhæfi og fyrir þann dóm sem sakborningur getur fengið. Skýrslurnar eru yfirfarnar af réttarlæknisfræðinefnd sem metur gæði þeirra (>600 á ári). Þeir sem taka að sér geðrannsóknirnar eru til staðar í réttarsalnum á meðan á málaferlum stendur og gera grein fyrir niðurstöðum sínum. Þegar sakborningur neitar að tala við þá sem eiga að gera geðrannsóknina, neitar aðgangi að heilbrigðisupplýsingum eða hefur einkenni og/eða hegðun sem er erfitt að túlka er hægt að skoða einstaklinginn í réttarsalnum eða biðja dómstólinn um sólarhringsvistun á geðdeild til rannsóknar (4-5 á ári).

Í Noregi eru þrjú réttarstig, tingrett, lagmannsrett og hæstiréttur. Í tingrett eru venjulega 1-2 fagðómarar og 2-3 meðdómendur. Í lagmannsrett er kviðdómur (5-7) sem ákvarðar hvort sakborningur er sekur og tveir fagðómarar sem ákveða dóminn.

Dómar eru mismunandi eftir sakhæfi sakbornings. Ef sakborningur er fundinn ósakhæfur vegna geðrofa (psykose) og brotið er alvarlegt er hann dæmdur til meðferðar. Ef sakborningur er fundinn ósakhæfur vegna þroskahömlunar og brotið er alvarlegt fær hann dóm til umönnunar. Ef sakborningur er fundinn sakhæfur getur hann fengið venjulegan fangelsisdóm eða sérdóm sem getur í raun verið ótímabundinn (forvaring).

18. Samfélagsgeðteymi geðsviðs Landspítala 2010-2012

Magnús Haraldsson, Guðbjörg Sveinsdóttir, Páll Matthíasson
 Samfélagsgeðteymi geðsviðs Landspítala, Reynimel 55

Inngangur: Uppbyggingu sérhæfðrar samfélagsþjónustu fyrir fólk með geðraskanir hefur miðað hægar hér á landi en í ýmsum nágrannalöndum okkar. Á síðustu árum hefur í auknum mæli verið kallað eftir slíkri þjónustu og í ársbyrjun 2010 var sett á laggirnar þverfaglegt samfélagsgeðteymi sem heyrir undir geðsviði Landspítalans. Teymið var í fyrstu hugsað sem tveggja ára tilraunaverkefni og lauk því tímabili í mars 2012. **Markmið:** Kynning á starfsemi og árangri samfélagsgeðteymis Landspítala á fyrstu tveimur starfsárum þess.

Aðferðir: Safnað var helstu tölulegu upplýsingum um starfsemi teymisins á tímabilinu mars 2010 til mars 2012. Borinn var saman fjöldi og lengd innlagna hjá skjólstæðingum fyrir og eftir að þeir komu í teymið.

Niðurstöður: Samfélagsgeðteymi Landspítala sinnti 117 einstaklingum með alvarlegar geðraskanir fyrstu tvö árin. Teymið hafnaði 36 beiðnum. Flestar tilvísanir komu frá geðdeildum Landspítala (74%). Geðklofi, geðhvarfasýki og aðrir geðrofssjúkdómar eru langalgengustu aðalgreiningar skjólstæðinga teymisins (73%). Þegar borinn var saman fjöldi innlagna 18 mánuðum áður en skjólstæðingar komu í teymið og 18 mánuðum eftir að þeir komu í teymið kom í ljós að innlögnum fækkaði um 36% úr 125 í 81 (p<0,001). Að sama skapi fækkaði innlagnadögum um 58% úr 2375 í 1017 eða um 1358 daga (p<0,001).

Umræða: Ljóst er að þjónusta samfélagsgeðteymis hefur dregið verulega úr fjölda og lengd innlagna á bráðageðdeildir geðsviðs Landspítala. Verið er að safna upplýsingum um lífsgæði skjólstæðinga með 16 atriða Quality Of Life Scale og einnig mun interRAI Community Mental Health matstækið sem brátt verður tekið í notkun nýtast við að meta þarfir skjólstæðinga og gæði þjónustunnar.

19. Upp undir Laugarásnum á ég eitt lítið kot

Nanna Briem
Geðsvið Landspítala

Snemminngrip í geðrofssjúkdóma (early intervention) dregur úr ein-kennum, eykur meðferðarheldni, bætir líðan, lífsgæði og horfur ungra einstaklinga sem eru í fyrsta geðrofi. Snemminngrip er líka ódýrara meðferðarform en hefðbundna leiðin. Á Laugarásvegi 71 í Reykjavík er deild fyrir ungt fólk með geðrofssjúkdóma. Þar hefur mikil uppbygging átt sér stað síðustu árin og er hún samt sem áður rétt að byrja. Laugarásinn eins og hann er kallaður sinnir nú rúmlega 30 manns, þar af eru 7 innliggjandi. Þungamiðja starfseminnar er dagdeild og allir þjónustuþegar Laugarásins tengjast henni. Þar er boðið er upp á ýmis meðferðarúrræði, stuðning, virkni og umfram allt jákvætt og uppbyggjandi umhverfi þar sem bjartsýni ræður ríkjum. Í erindinu verður fjallað nánar um starfsemina á Laugarásnum í dag og hvert við stefnum í framtíðinni.

20. Sérhæfð geðlæknisþjónusta fyrir þroskahamlaða með alvarlegar geðraskanir á göngudeild geðsviðs Landspítala að Kleppi

Kristófer Þorleifsson
Geðsvið Landspítala

Inngangur: Þroskahamlaðir með geðraskanir hafa í gegnum tíðina ekki fengið skipulagða geðlæknisþjónustu hér á landi fyrr en nú síðustu árin. Komið var á fót samstarfshópi um málefni þessa hóps í kjölfar stefnumörkunar geðsviðs Landspítala í Iðnó 25. júní 2009 með aðkomu fagfólks frá endurhæfingargeira geðsviðs að Kleppi, frá Svæðisskrifstofu málefna fatlaðra í Reykjavík og Suðurnesjum ásamt Þroskahjálpi. Frá áramótum 2010-2011 í stað Svæðisskrifstofa fulltrúar af Velferðarsviði sveitafélaga á Vesturlandi, höfuðborgarsvæði, Suðurnesjum og Suðurlandi. Frá ársbyrjun 2010 hefur þroskahömluðum með geðraskanir skipulega verið vísað til greiningar og meðferðar hjá geðlækni í göngudeild á Kleppi.

Efniviður: Þrjú markhópar

1. Fólk með mjög mikla þroskahömlun og geðrænan vanda. Í mjög studdri búsetu.
2. Fólk með meðalmikinn þroskavanda og verulegan geðrænan vanda.
3. Fólk með lítinn þroskavanda og/eða lítinn geðrænan vanda.

Áætlað var að um 30-35 væru í hópi 1 og um 150-200 í hópi 2 á Suðvesturhorninu

Niðurstöður: Frá 1. janúar 2010 til 30. júní 2012 hefur samtals 94 þroskahömluðum einstaklingum með alvarlegar geðraskanir verið vísað til greiningar og meðferðar, 64 karlar eða 68,1% og 30 konur eða 31,9%. Aldursdreifing frá 18 ára til 77 ára. Í erindinu verður greint frá sjúkdómsgreiningum (geðraskanir -þroskaröskunum) og þeim meðferðarúrræðum sem beitt er. Jafnframt fjallað um fjölvanda þessa hóps (þroskahömlun-geðröskun-flogaveiki-líkamlegar fatlanir) og mikilvægi þess að veita heildræna meðferð.

21. Meðferð tvígreindra á fíknigeðdeild Landspítala á tímum umbreytinga

Kjartan J. Kjartansson
Geðsviði Landspítala

Geðsjúkdómar og fíknivandi fara svo oft saman að gera verður ráð fyrir hvoru tveggja við mat á vanda skjólstaðings. Umfangsmikið meðferðarlíkan á samþættri meðferð tvígreindra (Integrated Treatment

for Dual Disorders, (IDDT)) sem Mueser og félagar í Dartmouth, NH, USA hönnuðu hefur vakið verðskuldaða athygli og víða verið innleitt að fullu eða hluta til. Þó hefur verið bent á vandamál við innleiðingu slíkrar samþættrar meðferðar. Rannsóknir á meðferðarárangri IDDT verða kynntar. Einnig verður fjallað um nokkrar helstu niðurstöður leiðbeininga NICE frá maí 2012 um meðferð einstaklinga með geðrof og vímuefnamisnotkun.

Á fíknigeðdeild Landspítala hefur verið lögð áhersla að sinna tvígreindum. Fyrirhugaðar breytingar á geðsviði með stofnun geðgjör-gæsludeild ásamt skýrum ábendingum fyrir innlögn um á 33A koma væntanlega til að minnka álagið á þeirri deild. Skapast því tækifæri til að nýta mannaúð fíknigeðdeildar í meðferðarvinnu utan legudeildar. Markmiðið er að útvíkka smám saman þjónustuna. Áhersla verður á ítarlegra mat sem og málalæðingunni sem byggir á meðferðarmarkmiðum og betri eftirfylgd, virkri vettvangsvinnu og meðferð í nærumhverfi skjólstaðingsins (assertive outreach, Assertive Community Treatment (ACT)), meiri fjölskylduvinnu og betri samvinnu við aðra aðila sem einkum sinna tvígreindum. Þann 12.10.2012 verður vinnudagur fíknigeðdeildar þar sem unnið er með fyrirhugaða breytingu á þjónustu fíknigeðdeildar og er áætlað að halda eftirfylgdardund í apríl 2013. Matstækið interRAI ESP/MH/CMH verður síðan innleitt á næstunni og þar með verður hægt að fylgjast með mati og þjónustu sjúklinga í meðferð á auðveldari og markvissari hátt.

22. Geðheilsa og vinna

Kristinn Tómasson
Vinnueftirlit Ríkisins

Gott og heilsusamlegt vinnuumhverfi er hluti af grundvallarmann-réttindum. Vinna er grundvöllur velferðar okkar og velmegunar en þrátt fyrir þetta er vinnuumhverfi oft þannig að það hefur slæm áhrif á heilsu starfsmanna. Í þessari rannsókn er athugað hvernig félagslegir vinnuumhverfisþættir hafa áhrif á geðheilsu starfsmanna.

Aðferðir: Árið 2007 gerði Lýðheilsustöð spurningalistarannsókn í samvinnu við Vinnueftirlitið og fleiri á heilsu og líðan 10.000 Íslendinga á aldrinum 18-79 ára. Alls svöruðu 5909. Þeim sem svöruðu 2007 var síðan fylgt eftir 2009. Af þeim svöruðu 4092. Hér verður rannsakað samspil þriggja vinnuumhverfisþátta, það er heildarvinnuálags, hlutverka-ágreiningar og sanngirni við stjórnun, við almenna geðheilsu, það að hafa verið greindur með geðsjúkdóm og tekið lyf. Notuð eru framvirk líkön.

Niðurstöður: Almenn mat á andlegri heilsu 2009 er fyrst og fremst fall af því mati sem gert var tveimur árum áður og hjúskaparstétt en ekki af vinnuumhverfisþáttunum. Mat á almennum áhyggjum og kvíða er lítið tengt vinnuumhverfisþáttunum. Hins vegar tengist nýgreining læknis á þunglyndi 2009 sanngirni stjórnunar sem hann bjó við á vinnustað tveimur árum áður. Breyting á notkun kvíðastillandi lyfja frá 2007 til 2009 er fall af heildarvinnuálagi. Breyting á notkun þunglyndislyfja er hins vegar ekki háð vinnuumhverfi beint. Breyting á notkun svefnlyfja tengist hlutverkaágreiningu 2007.

Ályktun: Geðheilsa er beintengd vinnuumhverfi, bæði varðandi það að veikjast vegna þess sem og hvernig einstaklingurinn bregst við töku lyfja. Samspilið virðist þó flókið. Þessi niðurstaða kallar á það að meiri áhersla sé lögð á bætt félagslegt vinnuumhverfi sem lið í að bæta geðheilsu almennings.

23. Áhrif framfara í erfðafræði á þróun sjúkdómsgreiningarkerfa í læknisfræði

Engilbert Sigurðsson^{1,2}, Magnús Haraldsson^{1,2}, Ísafold Helgadóttir¹, Sólveig Rósa Davíðsdóttir¹, Sunna Arnarsdóttir¹

¹Geðsviði Landspítala, ²læknadeild Háskóla Íslands

Inngangur: Framfarir í greiningu erfðabreytileika hafa leitt til aukins skilnings á samspili erfða og svipgerðar í tilurð langvinnra sjúkdóma í heila. Lýst hefur verið mörgum svæðum þar sem eintakabreytileiki, vegna úrfellinga eða tvöfaldana á litningasvæðum, hefur mikil og fjölþætt áhrif á svipgerð. Meðal þessara litningasvæða eru 1q21.1, 2p16.3, 15q11.2, 15q13.3, 16p11.2 og 22q11.2 þar sem eintakabreytileiki tengist aukinni áhættu á geðklofa, raunar margföldun áhættu á sumum þessara svæða.

Aðferð: Farið yfir lykilmargir um tengsl erfða og geðklofa annars vegar og einhverfu hins vegar sem hafa birst í vísindaritum með hæstu tilvísanatiðni á síðustu 5 árum. Fjallað verður um hvert stefnir í uppbyggingu sjúkdómaflokkunarkerfanna ICD-11 og DSM-5 sem áætlað er að líti dagsins ljós á næsta ári. Kenningar nóbelsverðlaunahafans Kahneman's á sviði atferlis- og forspárvísinda verða hafðar til hliðsjónar í umræðu um kosti og galla þessara nýju útgáfa.

Niðurstöður: Á síðustu 5 árum hefur í fyrsta sinn tekist að greina marga algenga erfðaþætti sem hafa lítil áhrif hver fyrir sig á þróun geðklofa. Einnig hafa fundist sjaldgæfir erfðabreytileikar sem geta margfaldað áhættuna á þróun geðklofa og aukið marktækt áhættuna á þróun annarra sjúkdóma í miðtaugakerfi, svo sem einhverfu, flogaveiki, ADHD og þroskahamlana. Þessir áhættuþættir hafa samkvæmt nýjustu rannsóknnum fremur reynst tengdir hækkandi aldri feðra en mæðra andstætt því sem er tilfellið í Down's heilkenni.

Ályktanir: Mikilvægt er að alþjóðasamtök geðlækna endurskoði aðferðafræði samtakanna við flokkun geðsjúkdóma í ICD-11. Einnig kann nú að vera tímabært að endurskilgreina landamæri flokkunar geðsjúkdóma, taugasjúkdóma og þroskahamlana í ljósi nýrrar þekkingar.

24. Áhrif geðklofatengds eintakabreytileika á litningi 15 (15q11.2) á fylgihreyfingum augna

Magnús Haraldsson^{1,2}, Sólveig Rósa Davíðsdóttir¹, Sunna Arnarsdóttir¹, Ísafold Helgadóttir¹, Ulrich Ettinger³, Engilbert Sigurðsson^{1,2}

¹Geðsviði Landspítala, ²læknadeild Háskóla Íslands, ³sálfræðideild Háskólans í Bonn, Þýskalandi

Inngangur: Á síðustu 5 árum hafa fundist tengsl á milli eintakabreytileika (copy number variants) í erfðafni og hættu á geðklofa. Með eintakabreytileika er átt við stökkbreytingu í byggingu DNA þar sem ýmist verður úrfelling eða tvöföldun á DNA bútum. Vitað er að ákveðin frávik í fylgihreyfingum (smooth pursuit) augna tengjast geðklofa. Fylgihreyfingar notar fólk til dæmis þegar það fylgist með pendúl sem sveiflast. Fylgihreyfingar hafa mikið verið rannsakaðar í geðklofa þar sem líklegt er talið að frávik geti tengst erfðafræðilegum áhættuþáttum sjúkdómsins. Einstaklingar með geðklofa hafa hægari hreyfingar og hærri tíðni af stökkhreyfingum (saccades) á prófum sem mæla fylgihreyfingar.

Aðferðir: Fylgihreyfingar voru mældar með innrauðri ljóstækni (infrared oculography) hjá 190 einstaklingum með geðklofa og 400 heilbrigðum. Þátttakendur fylgdust með punkti á tölvuskjá sem hreyfðist lárétt með jöfnum hraða. Hver einstaklingur var prófaður með þremur hraðastillingum 12°, 24° og 36°/s. Þátttakendur voru arfgerðargreindir með tilliti til úrfellingar á litningi 15q11.2.

Niðurstöður: Einstaklingar með geðklofa höfðu hægari fylgihreyfingar ($p < 0,001$) og hærri tíðni stökkhreyfinga ($p < 0,001$) en heilbrigðir. Tólf heilbrigðir og tveir einstaklingar með geðklofa höfðu úrfellingu á litningi 15q11.2. Þátttakendur með eintakabreytileika höfðu marktækt hægari fylgihreyfingar ($p = 0,019$) og voru áhrifin sterkust við hraðann 25°/s ($p = 0,005$). Ekki fundust marktæk áhrif á tíðni stökkhreyfinga.

Ályktanir: Truflanir á fylgihreyfingum augna í geðklofa voru staðfestar. Niðurstöður benda til þess að úrfelling á litningi 15q11.2 tengist verri frammistöðu á fylgihreyfiprófi. Þessi eintakabreytileiki kann því að hafa áhrif á taugafraeðileg kerfi sem tengjast athygli, hreyfistjórn og hreyfiskynjun augna og þá ef til vill að auka hættu á sértækum náms-erfiðleikum eins og lesblindu.

25. Meðferðarhaldni lyfjameðferðar hjá sjúklingum með alvarlega geðsjúkdóma

Halldóra Jónsdóttir

Geðsviði Landspítala

Inngangur: Léleg meðferðarhaldni lyfjameðferðar hjá sjúklingum með geðklofa og geðhvörf hefur áhrif á þróun og gang þessara sjúkdóma. Áætlanir á meðferðarhaldni eru mismunandi milli rannsókna og endurspeglar ósamræmi í rannsóknar aðferðum. Það er því mikilvægt að mæla meðferðarhaldni í stórum, vel skilgreindum sjúklingahópum frá mismunandi heilbrigðiskerfum. Með betri meðferðarhaldni minnkar þjáning sjúklinga og einnig kostnaður í heilbrigðiskerfinu. Það er því mikilvægt að auka skilning okkar á því af hverju sjúklingar fylgja ekki ráðum um meðferð.

Markmið: Ákvarða stig meðferðarhaldni í norsku þýði sjúklinga með alvarlega geðsjúkdóma og einnig að finna áhættuþætti fyrir lélegri meðferðarhaldni.

Aðferðir og þýði: Mikilvægt var að leysa aðferðafræðileg vandamál eins og mælingar meðferðarhaldni, en einnig mælingar á innsæi og viðhorfum til lyfjameðferðar. Meðferðarhaldni var mæld með stöðluðum spurningalistum, en einnig voru blóðgildi lyfja mæld. Rannsóknarþýðið samanstóð af 280 sjúklingum.

Niðurstöður: Meðferðarhaldni lyfjameðferðar í sjúklingahópnum var nokkuð góð. Einfaldir spurningalistar virðast vera áreiðanleg aðferð til að mæla meðferðarhaldni. Niðurstöður benda einnig til að mæla megi innsæi sjúklinga með geðklofa og geðhvörf með Innsæisskala Birchwoods og að mæla megi viðhorf til lyfjameðferðar með Beliefs about Medication Questionnaire. Í þessu þýði reyndust notkun áfengis og fíkniefna vera mikilvægur áhættuþáttur fyrir lélegri meðferðarhaldni í báðum sjúklingahópum, en einnig neikvæð viðhorf til lyfjameðferðar. Lélegt innsæi var einnig áhættuþáttur, sérstaklega í hópnum með geðklofa. Niðurstöðurnar benda til að vitræn skerðing sé ekki áhættuþáttur í þessum sjúklingahópum.

26. Þættir sem hafa áhrif á meðferðarhaldni hjá sjúklingum með átraskanir

Guðrún Mist Gunnarsdóttir¹, Sigurður Páll Pálsson², Guðlaug Þorsteinsdóttir²

¹Læknadeild Háskóla Íslands, ²geðeild Landspítala

Tilgangur: Rannsaka meðferðarhaldni sjúklinga í átröskunarmeðferð á Landspítala og skoða áhrifaþætti brottfalls.

Efniviður og aðferðir: Inntökuskilyrði: Sjúklingum sem var vísað í meðferð til átröskunarteymis geðdeildar Landspítala tímabilið 1.9.2008-

31.12.2011 og fengu átröskunargreiningu. Afturskyggn rannsókn og eftirfylgd lauk 1.5.2012. Lýðfræðilegar og klínískar breytur unnar úr sjúkraskrá.

Niðurstöður: Alls bárust 260 tilvísanir til teymisins, 186 einstaklingar mættu í greiningarviðtal, 14 einstaklingar mættu ekki, 26 afþökkuðu tíma, 16 náðist ekki í og 18 fóru í önnur úrræði. Fjórir greindust ekki með átröskun. Endanlegt úrtak var því 182 einstaklingar (71,5%), 176 konur og 6 karlar. Meðalaldur var 26,3 ár ($\pm 8,6$). Greiningar skiptust í; lotugræðgi (52,7%), átröskun ekki nánar skilgreind (36,8%), lystarstol (10,4%). Meðallengd sjúkdóms var 8,1 ár ($\pm 7,1$). LPS var 15,6-37,6. Sögu um áföll höfðu 79,6% , 74,7% fengu aðra geðgreiningu og 30,8% greindust með fíknisjúkdóm.

99 (54,4%) sjúklingar luku ekki meðferð, 50 (27,5%) sjúklingar luku meðferð og 33 (18,1%) sjúklingar voru enn í meðferð þegar eftirfylgni lauk. Meðaldagafjöldi í meðferð var 76 (+101) að brottfalli. 27 (14,8%) sjúklingar komu aftur í meðferð á rannsóknartíma. Ekki var marktækur munur á brottfalli eftir klínískum eða félagslegum þáttum. Meðferðarheldni mældist marktækt ($p < 0,05$) betri hjá þeim sjúklingum sem höfðu lokið háskólagráðu og þeim sem höfðu sjálfir frumkvæði að meðferð. Sjúklingar með fíknigreiningu höfðu tilhneigingu til verri meðferðarheldni ($p = 0,074$).

Ályktanir: Brottfallstíðni er há. Klínískir og félagslegir þættir skipta litlu máli varðandi brottfall, nema fíkniraskanir en skoða þarf skilgreiningar á brottfalli og áhættutíma. Eigð frumkvæði að meðferð og æðri menntun auka meðferðarheldni. Vinna þarf með batavilja sjúklinga og meðferðarnálgun.

27. HAM og lyfjameðferð við lyndis- og kvíðaröskunum: Beinn samanburður og mat á gagnsemi samþættrar meðferðar¹

Magnús Blöndahl Sighvatsson¹, Hafrún Kristjánsdóttir^{1,2}, Engilbert Sigurðsson², Jón Friðrik Sigurðsson^{1,2}

¹Landspítala, ²læknadeild Háskóla Íslands

Inngangur: Hugræn atferlismeðferð (HAM) og lyfjameðferð með þunglyndislyfjum mæta skilmerkjum gagnreynrar meðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum. Beinn samanburður á HAM og lyfjameðferð er ekki eins algengur og ætla mætti og fáar rannsóknir hafa kannað hvort samþætt meðferð bæti meðferðarárangur.

Aðferð: Heimilda var leitað í helstu gagnagrunnum út frá leitarorðum. Einnig var leitað til reyndra rannsakennda erlendis á sviði HAM við öflun heimilda.

Niðurstöður: HAM og þunglyndislyfjameðferð reyndust jafn áhrifarík meðferð við þunglyndi. HAM virtist gagnast betur en þunglyndislyf við meðferð felmturröskunar, árátta- og þráhyggjuröskunar og félagsfælni. Í meðferð almennrar kvíðaröskunar hefur HAM eingöngu verið borin

saman við róandi lyf með jöfnum árangri við meðferðarlok. Höfundum er aðeins kunnugt um einn beinan samanburð HAM og þunglyndislyfja við heilsukvíða, áfallastreituröskun og óyndi. Í þeim rannsóknum voru HAM og SSRI-lyf jafn áhrifarík. Afar fáar rannsóknir hafa farið fram á gagnsemi lyfja almennt við sértækri fælni. Langtímaárangur HAM er mun betri en lyfjameðferðar og vísbendingar eru um að hrösun sé jafn mikil í HAM sem lokið er og í viðhaldsmeðferð með þunglyndislyfjum. Hvað varðar samþætta meðferð fer það eftir alvarleika þunglyndisins hvort nota eigi HAM, lyfjameðferð eða samþætta meðferð. Við meðferð algengra kvíðaröskana virðast lyf ekki bæta neinu við HAM og í sumum tilfellum hefur lyfjameðferð truflandi áhrif á virkni HAM, til dæmis samþætt meðferð HAM og róandi lyfja eða þríhringalyfja við felmturröskun.

Ályktanir: Auka þarf algengi almennings að HAM hér á landi. Líklega er samþætt meðferð óþörf í flestum tilfellum lyndis- og kvíðaröskana. Einstaklingar ættu að geta valið á milli gagnreynra meðferðarúrræða.

¹Sighvatsson MB, Kristjánsdóttir H, Sigurðsson E, Sigurðsson JF. Gagnsemi hugrænna atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. Læknablaðið 2011; 97: 613-9.

28. Gagnsemi psychodýnamískrar meðferðar

Ísafold Helgadóttir

Geðsviði Landspítala

Psychodýnamísk meðferð er samtalsmeðferðarform sem byggir á langri klínískri reynslu og heildstæðum kenningum um sjúklegt sálarlíf (psychopathology) og er engin önnur hefð sem býður upp á jafnlanga þjálfun í klínískri nálgun. Meðferðin hefur löngum verið gagnrýnd fyrir skort á rannsóknarstuðningi fyrir gagnsemi hennar, líkt og önnur nýrri form virðast hafa öðlast, einkum hugræn atferlismeðferð, sem býr yfir þeim kostum með tilliti til rannsókna að vera tímabundin, með skýrar markmiðasetningar og staðlaða uppbyggingu. Meðferðaraðilar hafa fundið fyrir þörf á samtalsmeðferðarformi sem á við í flóknari tilvikum og nær viðvarandi árangri og hefur meðal annars verið horft á ný til dýnamískrar meðferðar í því tilliti.

Markmið þessa fyrirlestrar er að kynna niðurstöður nýjustu rannsókna á virkni og gagnsemi psychodýnamískrar meðferðar við ýmsum geðröskunum fullorðinna. Niðurstöður þeirra benda til að dýnamísk meðferð sé árangursrík meðferð sem hefur áhrifastærðir sem jafnast á við áhrifastærðir annarra rannsóknastuddra meðferða. Að auki virðast áhrif meðferðarinnar vara lengi og í mörgum tilfellum aukast eftir að meðferð lýkur. Fjallað verður um áhrif bæði skammtíma- og langtíma-meðferðar og þau áhrif borin saman við áhrif annarra gagnreynra meðferða.

HÖFUNDASKRÁ

Anna Rún Ólafsdóttir	11	Kristófer Þorleifsson	20
Annette Erlangsen.....	8	Lars Mehlum.....	8
Baldur Heiðar Sigurðson	15	Latha Nrugham	8
Bertrand Lauth	10	Lilja Sigrún Jónsdóttir.....	7
Bjarni Sigurðsson.....	6	Linda Bára Lýðsdóttir.....	2, 5
Brynjar Emilsson	12	Louise Howard	5
Danuta Wasserman	8	Magnús Haraldsson.....	18, 23, 24
David Titelman	8	Magnús Jóhannsson.....	6
Engilbert Sigurðsson.....	1, 23, 24, 27	Magnús Blöndahl Sighvatsson.....	27
Guðbjörg Sveinsdóttir	18	Marga Thome.....	5
Guðlaug Þorsteinsdóttir	26	María Ólafsdóttir	6
Guðrún Dóra Bjarnadóttir	13	María Sigurjónsdóttir	17
Guðrún Mist Gunnarsdóttir	26	Merete Nordentoft	8
Guo-Xin Jiang	8	Nanna Briem	19
Hafrún Kristjánsdóttir	27	Ólafur Þór Ævarsson	6
Halldóra Jónsdóttir	25	Óttar Guðmundsson	9
Halldóra Ólafsdóttir	2, 3, 5	Páll Matthíasson	3, 18
Helga Sif Friðjónsdóttir	14	Sigríður Hrönn Bjarnadóttir	4
Helga Hannesdóttir	11	Sigríður Halldórsdóttir.....	4
Hjalti Einarsson	2, 5	Sigrún Sigurðardóttir.....	4
Högni Óskarsson.....	7, 8	Sigurður Páll Pálsson.....	6, 7, 26
Ísafold Helgadóttir	23, 24, 28	Sólveig Rósa Davíðsdóttir.....	23, 24
Jón Friðrik Sigurdsson.....	2, 5, 27	Sunna Arnardóttir	23, 24
Kjartan J. Kjartansson	21	Ulrich Ettinger	24
Kristian Wahlbeck	8	Þórgunnur Ársælsdóttir	16
Kristinn Tómasson	22		