



BA ritgerð
Félagsráðgjöf

Tvígreiningar og meðferðarúrræði

Íris Ósk Hlöðversdóttir

Jóna Margrét Ólafsdóttir
Maí 2016



HÁSKÓLI ÍSLANDS
FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

Tvígreiningar og meðferðarúrræði

Íris Ósk Hlöðversdóttir

171087-2449

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf

Leiðbeinandi: Jóna Margrét Ólafsdóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Maí 2016

Tvígreiningar og meðferðarúrræði

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Íris Ósk Hlöðversdóttir, 2016

Prentun: xxx
Reykjavík, Ísland, 2016

Útdráttur

Hugtakið tvígreining hefur enga formlega skilgreiningu en vísar yfirleitt til tvígreiningar á vímuefnasýki og geðröskun. Vímuefnasýki er algeng meðal einstaklinga sem glíma við geðhvarfasýki og hafa rannsóknir sýnt að í 50-60% tilfella eru einstaklingar með geðhvarfasýki einnig með vímuefnasýki.

Markmið verkefnisins er að gera sjúkdómunum góð skil og rýna betur í tenglin þeirra á milli ásamt helstu kenningum sem skýra háa tíðni þeirra. Þar að auki er fjallað um þau meðferðarúrræði og þær aðferðir sem hafa borið mestan árangur fyrir þennan hóp, ásamt því að skoða hvort Ísland sé að nota þær meðferðarnálganir í sinni þjónustu.

Niðurstöður gáfu til kynna að samþætt meðferð, meðferð innan sömu stofnunar sem meðhöndlar báða sjúkdóma á sama tíma hentar best og býður Ísland upp á þann möguleika hér. Best er jafnframt að styðjast við blöndu af lyfja-, einstaklings-, hóp- og fjölskyldumeðferðir.

Formáli

Verkefni þetta er 12 eininga lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Fyrst og fremst við ég þakka leiðbeinanda mínum, Jónu Margréti Ólafsdóttur, fyrir leiðsögn, gagnlegar ábendingar, og þolinmæði. Einnig vil ég þakka Ingu Sigurðardóttur og Alfreði Erni Finnssyni fyrir yfirllestur og síðast en ekki síst Magnúsi Erni Þórðarsyni fyrir yfirllestur og ómældan stuðning.

Efnisyfirlit

Útdráttur.....	3
Formáli.....	4
Efnisyfirlit.....	5
1 Inngangur	7
2 Geðraskanir	9
2.1 Geðheilsa	9
2.2 Tíðni geðraskana	10
2.3 Geðhvarfasýki	11
2.4 Vímuefnasýki.....	14
3 Tvígreiningar	18
3.1 Skilgreining.....	18
3.2 Tíðni	18
3.3 Kenningar	19
3.3.1 Sampáttakenningar	19
3.3.2 Afleidd vímuefnasýki.....	20
3.3.3 Afleidd geðröskun	20
3.3.4 Víxlverkunarkenningar	21
3.4 Sjúkdómsgreining.....	21
3.5 Afleiðingar.....	22
3.6 Sjúkdómsferill og meðferð.....	23
4 Meðferðarúrræði og aðferðir	24
4.1 Meðferðarúrræði við tvígreiningu	24
4.1.1 Framhaldsmeðferð.....	24
4.1.2 Samhliðameðferð	25
4.1.3 Sampætt meðferð.....	25
4.2 Aðferðir í meðferð við tvígreiningu, geðhvarfasýki og vímuefnasýki.....	26
4.2.1 Lyfjameðferð.....	27
4.2.2 Áhugahvetjandi samtal.....	29
4.2.3 Hugræn atferlismeðferð	30
4.2.4 Geðfræðsla.....	31
4.2.5 IPSRT	32

4.2.6 Hópmeðferð.....	33
4.2.7 Fjölskyldumeðferð.....	34
4.2.8 Eftirmeðferð.....	35
4.2.9 Sjálfshjálparhópar.....	36
5 Meðferðarúrræði á Íslandi	38
5.1 Meðferð við geðhvarfasýki	38
5.2 Meðferð við vímuefnasýki	40
5.3 Meðferð fyrir tvígreinda einstaklinga	41
6 Hlutverk félagsráðgjafa	43
7 Umræður og lokaorð	45
Heimildaskrá	49

1 Inngangur

Í þessu verkefni verður fjallað um tvígreiningar: geðhvarfasýki og vímuefnasýki. Hugtakið tvígreining er ekki skilgreint í flokkunarkerfum en vísar yfirleitt til tvígreiningar á geðröskun og vímuefnasýki (Rassool, 2006). Geðhvarfasýki er geðröskun og einkennist af miklum sveiflum á geðslagi (Miklowitz, 2011). Hugtakið vímuefni verður hér notað yfir öll þau efni sem hafa hugbreytandi áhrif og flokkast þau í eftirfarandi flokka: slævandi, örvandi og skynvillandi efni (Embætti Landlæknis, 2006).

Mikil tengsl eru á milli sjúkdómanna og sýna rannsóknir að í meira en helmingi tilfella eru einstaklingar sem greinast með geðhvarfasýki einnig með vímuefnasýki (Albanese og Pies, 2004).

Reynt verður að gera greinargóð skil á þessum tveimur sjúkdómum og skoða betur tengslin þeirra á milli. Leitast verður við að varpa ljósi á þau úrræði sem þykja virka best þegar kemur að meðferð tvígreiningar: geðhvarfasýki og vímuefnasýki. Gerð verður jafnframt grein fyrir íslenskum meðferðarúrræðum sem í boði eru fyrir sjúkdómanna.

Markmið verkefnisins er að skoða árangur meðferðarúrræða og aðferða í tengslum við tvígreiningu með tilliti til geðhvarfasýki og vímuefnasýki. Rannsóknarspurningar eru því eftirfarandi:

- Hvaða meðferðarúrræði er árangursríkast fyrir einstaklinga með tvígreiningu, geðhvarfasýki og vímuefnasýki?
- Hvaða aðferðir skila bestum árangri?

Ritgerðin skiptist í sjö kafla, í inngangi er greint frá innihaldi ritgerðarinnar, í öðrum kafla verður fjallað almennt um geðraskanir og farið svo nánar í skilgreiningar á sjúkdómunum, geðhvarfasýki og vímuefnasýki, ásamt helstu einkennum þeirra. Í þriðja hluta er farið í skilgreiningu á tvígreiningu og farið yfir helstu kenningar sem hafa komið fram og eiga að skýra háa tíðni tvígreininga. Einnig verður greint frá áhrifum tvígreiningar á einstakling.

Í kafla fjögur verður fjallað um þau meðferðarúrræði sem þykja henta hvað best og hafa sýnt árangur í meðferð við tvígreiningu, geðhvarfasýki og vímuefnasýki. Í kjölfarið verða meðferðarúrræði á Íslandi skoðuð, í kafla fimm, með það í huga hvort eitthvað vanti

upp á þá þjónustu. Kafli sex fjallar svo stuttlega um hlutverk félagsráðgjafa í meðferð með einstaklingum með tvígreiningar. Í lokakaflanum verða helstu niðurstöður verkefnisins dregnar saman og rannsóknarspurningunum svarað.

2 Geðraskanir

Í þessum kafla verður fjallað almennt um geðraskanir og farið nánar í geðhvarfasjúkdóm og vímuefnasjúkdóm. Byrjað verður á því að ræða um skilgreiningar er varða geðheilsu og geðröskun, sem og tíðni geðraskana. Því næst er umfjöllun um annars vegar geðhvarfasýki og hins vegar vímuefnasýki, ásamt skilgreiningum þeirra í flokkunarkerfunum DSM V og ICD 10.

2.1 Geðheilsa

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (e. World Health Organization, [WHO]) nær heilbrigði yfir líkamlega, andlega og félagslega vellíðan einstaklings, ásamt því að vera án sjúkdóma eða heilsubrestra (WHO, e.d.-g, e.d.-h).

Geðheilsu hafa allir og má segja að hún sé grundvöllur fyrir almennu heilbrigði og lífsánægju (Embætti landlæknis, e.d.-a). Að vera við góða geðheilsu, samkvæmt Embætti landlæknis, er að líða vel og hafa getu til að nýta hæfileika sína til fullnustu, geta tekist farsælega á við verkefni daglegs lífs og átt uppbyggileg og ánægjuleg samskipti við fólkið í kringum okkur, en ekki einungis það að vera laus við geðraskanir (Embætti landlæknis, e.d.-a). WHO skilgreinir góða geðheilsu sem ástand einstaklings þar sem hann er meðvitaður um eigin hæfni, hefur getu til þess að takast á við raunir daglegs lífs, er virkur og getur gefið frá sér til samfélags síns (Slade, 2010). Skilin eru ekki alltaf greinileg á milli góðrar geðheilsu og geðheilsubrestra. Alvarleg áföll geta til að mynda ýtt undir geðrænan vanda, líkt og líkamlegur heilsubrestur, missir eða umhverfisógnanir (Elín Ebba Ásmundsdóttir, 2007).

Erfitt getur verið að skilgreina hugtakið geðröskun, þar sem skilgreiningar eru margar og mismunandi og fer það í raun eftir því á hvaða tíma þær eru settar fram og hver það er sem skilgreinir (Hrefna Ólafsdóttir, 2006). WHO skilgreinir geðröskun sem ástand sem hefur áhrif á hugsun, tilfinningar, hegðun og félagsleg tengsl einstaklings. Dæmi um það eru þunglyndi, geðhvarfasýki, geðklofi, andlegur vanþroski og vímuefnasýki (WHO, e.d.-e, e.d.-f). Samtökin Geðhjálp skilgreina hugtakið sem röskun á geðheilbrigði. Þeir sem glíma við geðröskun eða upplifa erfiðleika geta fundið fyrir hinum ýmsu einkennum, svo sem miklum kvíða, ótta, þjáningu og sjálfsvígshögðun. Geðröskun geta einnig fylgt truflanir á hegðun og samskiptum, eins getur geðslag ýmist hækkað, lækkað eða verið flatneskjulegt. Einstaklingur með geðröskun getur fundið fyrir svefntruflunum, óróleika

og vonleysi, en einnig upplifað ofskynjanir og ranghugmyndir. Líkamleg einkenni geta verið til staðar, líkt og breytingar á matarlyst og einkenni frá taugakerfinu (Geðhjálp, e.d.).

Schinnar og feiri (1990) báru saman 17 skilgreiningar á alvarlegum og langvarandi geðröskunum sem voru í notkun í Bandaríkjunum á árunum 1972-1987. Í rannsókninni kom fram mikið ósamræmi milli skilgreininga, þar sem greindir þátttakendur voru á bilinu 4-88%. Víðtækasta skilgreiningin sem hafði flesta sameiginlega þætti, hlutfall greindra upp á 45-55%, var skilgreining *National institute of mental health* [NIMH] árið 1987. Í dag skilgreinir NIMH alvarlega geðröskun sem röskun á atferli, tilfinningum og geði, að undanskildum þroskaskerðingu og vímuefnasýki. Einstaklingur sýnir einkenni og gæti verið greindur nú þegar eða hefur verið það síðastliðið ár. Upplifa þarf nægjanlega tímalengd sjúkdóms samkvæmt viðmiðum DSM-5. Þá hefur sjúkdómur einnig leitt til alvarlegar skertrar hreyfigetu, sem truflar verulega eða takmarkar einn eða fleiri af helstu þáttum lífsins (NIMH, e.d.-b).

Geðraskanir geta aukið líkur á sjúkdómum, svo sem HIV vegna áhættu hegðunar eða áunninni sykursýki vegna þunglyndis. Geðraskanir geta einnig valdið skaða, hvort sem það eru meiðsli vegna bílslyss eða dauðsföll vegna sjálfsvígs. Heilsufar og lífstíll getur jafnframt aukið líkur á geðröskun, svo sem sykursýki og misnotkun vímuefna (Prince, Patel, Saxena, Maj o.fl., 2007).

2.2 Tíðni geðraskana

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin [WHO] telur að í hinum vestræna heimi þjáist um 22-24% íbúa af geðheilbrigðisvanda einhvern tíma á lífsferlinum. Ef þessar tölur eru færðar yfir á Íslendinga þá mun fjórði til fimmti hver einstaklingur upplifa geðröskun á lífsleiðinni (Geðhjálp, e.d.). Í Bandaríkjunum árið 2014 var áætlað að 43,6 milljónir manna eða 18,1%, 18 ára og eldri, væru með geðröskun af einhverju tagi (NIMH, e.d.-a) og 9,8 milljónir eða 4,2% með alvarlega geðröskun. (NIMH, e.d.-b).

Ef þessi hlutföll eru yfirfærð yfir á Ísland þar sem bjuggu 332.529 einstaklingar þann 1.janúar 2016 (Hagstofa Íslands, e.d.), þá er hlutfall einstaklinga með alvarlega geðröskun tæplega 14 þúsund manns. Talið er jafnframt að um 50.000 Íslendingar, fimm ára og eldri, eða 22% þjóðarinnar, eigi við geðræna kvilla af einhverju tagi að stríða á hverjum tíma (Elín Ebba Ásmundsdóttir, 2007).

Wittchen o.fl. (2011) skoðuðu rannsóknir og gögn í löndum Evrópusambandsins, auk Íslands, Noregs og Sviss til að meta tíðni geðraskana ár hvert. Niðurstöður þeirra sýndu að á hverju ári eru, 38,2% eða 164,8 milljónir, íbúa sem glíma við geðröskun.

2.3 Geðhvarfasýki

Geðhvarfasýki (e. bipolar affect disorder) er langvinnur sjúkdómur og hefur áhrif á um 60 milljónir manna um allan heim. Geðhvarfasýki er lyndisröskun (e. mood disorder) og einkennist af óeðlilega miklum sveiflum á geðslagi þar sem einstaklingur upplifir til skiptis geðhæð (örlyndi) og geðlægð (þunglyndi) (Miklowitz, 2011; WHO, e.d.-f). Samkvæmt orðanefnd læknafélaganna er íslenska þýðingin *tvíhverf lyndisröskun* sem vísar til þess að geðslag sveiflast á milli tveggja andstæðra skauta (Sigurður Páll Pálsson, 2005). Hér verður notað heitið geðhvarfasýki.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin [WHO] ber ábyrgð á því sem viðkemur heilsu innan samtaka Sameinuðu þjóðanna og sinnir forystuhlutverki í alþjóðlegum heilbrigðismálum, meðal annars með því að útbúa viðmið og staðla ásamt því að meta heilsu fólks (WHO, e.d.-a).

Stofnunin gefur út *International statistical classification of diseases and related health problems* [ICD 10] sem er alþjóðlegt flokkunarkerfi sjúkdóma. Kerfið er notað til að greina almennt heilsufarsástand þjóðfélagshópa ásamt því að fylgjast með tíðni og fjölda tilvika ákveðins sjúkdóms. Það innheldur skilgreiningar á sjúkdómum og einkennum þeirra, þar á meðal geðsjúkdómum og vímuefnasýki (WHO, e.d.-c).

Samkvæmt ICD 10 er geðhvarfasýki (e. Bipolar affective disorder) ein tegund lyndisraskana (e. Mood [affective] disorders) og einkennist af tveimur eða fleiri lotum þar sem geðslag og atferli er í verulegu ójafnvægi. Slíkt ójafnvægi lýsir sér í geðhæð, aukinni orku og ofvirkni (vægt örlyndi eða örlyndi) (e. hypomania or mania) og hins vegar geðlægð, minni orku og virkni (þunglyndi) (e. depression) (WHO, e.d.-d).

Undirflokkar geðhvarfasýki eru tíu og lýsir hver þeirra ástandi einstaklings hverju sinni. Fyrstu þrjú flokkarnir lýsa því hvort hann sé í vægu örlyndi eða örlyndi með eða án geðrofseinkenna. Næstu þrjú gefa til kynna hvort aðili sé í vægu eða miðlungs þunglyndi, alvarlegu þunglyndi með eða án geðrofseinkenna. Því næst er flokkur sem lýsir blönduðu ástandi eða að einstaklingur upplifir hraða breytingu á milli örlyndis og þunglyndis. Þar á

eftir er flokkur sem gerir grein fyrir því hvort einstaklingur er í jafnvægi og hefur verið það í nokkra mánuði. Að lokum eru það flokkarnir aðrir geðhvarfasjúkdómar og ótilgreindir geðhvarfasjúkdómar (WHO, (2004). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

Bandarísku geðlæknasamtökin (e. American psychiatric association, [APA]) eru stærstu geðlæknasamtök í heiminum. Markmið þeirra er að tryggja mannúðlega umönnun og árangursríka meðferð fyrir einstaklinga með geðraskanir, það er vitsmunalegar raskanir og raskanir vegna vímuefnanotkunar (APA, e.d.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [DSM V] er greiningarkerfi þeirra samtaka. Það er notað til að auðvelda greiningu, gera hana áreiðanlegri, ásamt því að vera góður leiðarvísir í skipulagningu og meðhöndlun upplýsinga, sem geta gefið nákvæma greiningu og þar með meðferð við tiltekinni geðröskun (APA, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*).

Í DSM V tilheyrir geðhvarfasýki floknum Geðhvarfasýki og tengdir sjúkdómar (e. Bipolar and related disorders). Samkvæmt honum skiptist geðhvarfasýki í sjö flokka og ber þar helst að nefna geðhvarfasýki I (e. Bipolar I disorder) og geðhvarfasýki II (e. Bipolar II disorder). Geðhvarfasýki I samanstendur af sveiflum á milli örlyndis (e. mania) og alvarlegs þunglyndis (e. major depression), þó er ekki skilyrði fyrir þunglyndi. Einstaklingur með geðhvarfasýki II þarf hins vegar að hafa upplifað að minnsta kosti eina lotu alvarlegs þunglyndis og eina lotu af vægu örlyndi (e. hypomania) (DSM V, 2013).

Vægt örlyndi og örlyndi er tímabil þar sem á sér stað augljós breyting á geðslagi og virkni einstaklings, meiri hluta dags og næstum hvern dag. Á þessu tímabili eru þrjú eða fleiri eftirfarandi einkenni að miklu leyti til staðar og sýna augljósa breytingu á hegðun einstaklings:

1. Aukið sjálfsöryggi eða mikilmennska.
2. Minni svefnþörf.
3. Aukin málgleði eða þörf fyrir að tala.
4. Hraðar hugsanir þannig að einstaklingur fer frá einni hugmynd til þeirrar næstu.

5. Einbeitingarleysi, athygli beinist auðveldlega að ómerkilegu eða óviðkomandi ytra áreiti.
6. Aukin hegðun sem hefur ákveðinn tilgang eða markmið (félagslega, kynferðislega, í skóla eða vinnu) eða óróleiki í hugsun.
7. Áhættuhegðun, aukin þátttaka í athöfnum sem eru líklegar til að hafa slæmar afleiðingar (hömlulaust kaupæði, ógætni í kynlífi eða óráðlegar fjárfestingar í viðskiptum) (DSM V, 2013).

Á þessu tímabili er jafnframt augljós breyting á atferli einstaklings svo aðrir taka eftir, ásamt truflun í geðslagi. Lotan er þó ekki vegna áhrifa vímuefna eða annarra lyfja eða sjúkdóma (DSM V, 2013).

Helsti munur í skilgreiningu á vægu örlyndi og örlyndi er að vægt örlyndi þarf að standa yfir í minnst 4 daga samfelld og vera til staðar meirihluta dags en örlyndi í minnst 1 viku (DSM V, 2013). Gerður er greinarmunur á alvarleika einkenna, það er hvort truflun á geði einstaklings er nógu alvarleg til að valda röskun á félagslegri virkni og starfsgetu. Eins ef þörf er á innlögn á sjúkrahús til að koma í veg fyrir skaða gagnvart honum sjálfum eða öðrum eða að einstaklingur upplifir geðrofseinkenni, þá er um örlyndislotu að ræða. Geðrofseinkenni eru til að mynda ofskynjanir og ranghugmyndir. Ef einkenni eru hins vegar ekki það alvarleg að þau valda ofangreindum atriðum þá er talað um væga örlyndislotu (DSM V, 2013).

Samkvæmt DSM V þarf þunglyndi að standa yfir í að minnsta kosti 2 vikur. Einstaklingur sem glímir við þunglyndi getur hins vegar upplifað depurð eða almennt áhugaleysi. Einkennandi fyrir þunglyndi er einnig þreyta og orkuleysi, en þó er einnig hægt að þjást af svefnleysi. Eins getur einbeitingarleysi og erfiðleikar með ákvarðanatöku einkennt ástandið. Eintaklingur getur fundið fyrir verulegri aukningu eða minnkun á matarlyst með tilheyrandi þyngdaraukningu eða –tapi. Hann getur fundið fyrir vonleysi, sektarkennd, tilfinningu um að vera einskis nýtur og jafnframt leitt hugann mikið að eigin mistökum (DSM V, 2013; Miklowitz, 2011; NAMI, e.d.-a; Sigurður Páll Pálsson, 2005). Öll þessi neikvæða hugsun getur svo leitt til sjálfsvígshugsana og jafnvel sjálfsvígstilrauna og hafa þónokkrar rannsóknir sýnt fram á háa tíðni sjálfsvíga meðal fólks sem glímir við

þunglyndi (DSM V, 2013; Novick, Swartz og Frank, 2010; Eroglu, Karakus og Tamam, 2013).

Geðhvarfasýki getur komið fram hvenær sem er en meðalaldur við upphaf sjúkdómsins er 25 ár og getur hann lagst jafnt á konur og karla. Lotur af annað hvort örlyndi eða þunglyndi geta staðið yfir frá nokkrum dögum upp í marga mánuði. Einkenni og alvarleiki ástandsins er einstaklingsbundið. Á milli lota er einstaklingur yfirleitt eðlilegur eða í jafnvægi, en sumir finna fyrir einkennum eftir síðustu lotu, svo sem svefntruflunum, áframhaldandi óróleika eða vægari útgáfu af örlyndi eða þunglyndi (Miklowitz, 2011; NAMI, e.d.-a).

Fólk með geðhvarfasýki er í mikilli hættu á að þjást einnig af kvíðasjúkdómum, áfallastreituröskun, ADHD, líkamlegum kvillum og vímuefnasýki (McElroy o.fl., 2001; Miklowitz, 2011). Margir nota áfengi og önnur vímuefni til að ná stjórn á skapi sínu eða meðhöndla sjúkdómseinkennin. Vímuefnaneysla getur þó gert sjúkdóminn verri, þannig getur neysla leitt til tíðari geðsveiflna og aukinna sjálfsvígstilrauna. Þegar um aðra sjúkdóma er að ræða, eins og vímuefnasýki, getur verið erfitt að greina og meðhöndla geðhvarfasýki (Hoblyn, Balt, Woodard og Brooks, 2009; NAMI, e.d.-a; Tolliver og Hartwell, 2012).

2.4 Vímuefnasýki

Vímuefni eru flokkuð eftir þeim áhrifum sem þau hafa á heila og miðtaugakerfi, og er þeim yfirleitt skipt upp í þrjá flokka. Í fyrsta lagi eru það örvandi efni, en það eru þau efni sem hraða starfsemi miðtaugakerfisins. Efnin eru til dæmis kókaín, amfetamín og alsæla. Í öðru lagi slævandi efni, en þau hægja á starfsemi miðtaugakerfisins. Efni sem flokkast þar undir eru meðal annars áfengi, sterk verkjalyf, svo sem morfín og sum kvíðastillandi lyf. Í þriðja lagi eru það skynvillandi efni sem valda ofskynjunum eða brenglaðri sýn á raunveruleikann, líkt og kannabis og sveppir (Embætti Landlæknis, 2006; Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012).

Sjúkdómur er hrörnun á heilsu, það er orsakir og einkenni sem leiða til eyðileggjandi ferlis í líkamanum. Þar sem vímuefnamisnotkun getur leitt til líkamlegrar og andlegrar hrörnunar þá er hægt að tala um vímuefnasjúkdóm (Dodgen og Shea, 2000).

Vímuefnasýki (e. substance use disorder, [SUD]) er krónískur og langvarandi sjúkdómur. Árið 2007 var talið að á bilinu 18-38 milljónir á heimsvísu ættu við vímuefnavanda að stríða (WHO, 2010). Áfengi var þó ekki meðtalið í þessum tölum en því er haldið fram að áfengi valdi um það bil 3,3 milljónum dauðsfalla á hverju ári (WHO, e.d.-b). Ekki er hægt að lækna sjúkdóminn en það er hægt að halda einkennum hans niðri með því að forðast vímuefni og huga að sálfélagslegum þáttum (Dodgen og Shea, 2000). Helsta vandamálið þegar kemur að meðferð við vímuefnasýki er það sem kallað er fall (e. relapse). Fall verður þegar einstaklingur nær ekki að halda sig frá vímuefnum og hefur neyslu þeirra að nýju (Bossert, Marchant, Calu og Shaham, 2013).

Samkvæmt ICD-10, flokkunarkerfi WHO, er fjallað um geð- og atferlisraskanir af völdum notkunar geðvirkra efna. Þessum flokki tilheyrir ýmsar raskanir, sem allar eiga það sameiginlegt, að vera afleiðing notkunar eins eða fleiri vímuefna (WHO, e.d.-d). Samkvæmt skilgreiningu ICD-10 er vímuefnasýki skaðleg notkun vímuefnis þar sem neyslan er farin að hafa neikvæð áhrif á andlega og/eða líkamlega heilsu einstaklings. Vímuefnasýki einkennist einnig af fíkn í efni, einstaklingur er þá orðinn háður efninu og hefur sterka löngun í eða þráhyggju fyrir efninu. Hann á þá jafnframt erfitt með að stjórna neyslu sinni og henni er haldið áfram þrátt fyrir neikvæðar afleiðingar. Mikill tími fer í neysluna, að útvega sér vímuefni, neysla þess og að jafna sig aftur. Skyldur daglegs lífs og frístundir sitja þá á hakanum. Einstaklingur hefur meira þol gagnvart vímuefninu og þarf meira af því en áður til að finna fyrir sömu áhrifum. Hann sýnir einnig líkamleg fráhvarfseinkenni ef neysla þess er hætt. Að lokum getur einstaklingur, með áframhaldandi neyslu, upplifað geðrof, minnisleysi og aðrar geðraskanir (ICD 10, 2004). Greiningarviðmið, samkvæmt DSM V (2013), fara eftir mynstri í vímuefnaneyslu einstaklings sem leiðir til marktækrar skerðingar eða vanlíðunar. Til þess að hægt sé að greina vímuefnasýki þurfa að minnsta kosti tvö af eftirfarandi einkennum að vera til staðar á 12 mánaða tímabili:

1. Vímuefni er tekið í meira magni eða yfir lengri tíma en áætlað var.
2. Viðvarandi löngun í vímuefni eða árangurslausar tilraunir til að draga úr eða ná stjórn á vímuefnneyslu.

3. Mikill tími fer í allt sem tengist neyslu, það er að útvega efnið, nota efnið eða ná sér eftir neyslu efnisins.
4. Þráhyggja eða mikil löngun í vímefnið.
5. Endurtekin neysla sem leiðir til þess að einstaklingi tekst ekki að sinna hlutverki sínu og skyldum í vinnu, skóla eða á heimili.
6. Áframhaldandi notkun efnis þrátt fyrir viðvarandi eða endurtekin vandamál í félagslegum eða mannlegum samskiptum, sem eru afleiðing vegna áhrifa sem neyslan hefur.
7. Dregið úr eða hætt mikilvægri virkni tengdri félagslífi, atvinnu eða afþreyingu vegna neyslunnar.
8. Endurtekin neysla í aðstæðum þar sem það er líkamlega hættulegt.
9. Áframhaldandi neysla þrátt fyrir vitneskju af langvarandi eða endurteknum líkamlegum eða sálrænum vandamálum, sem líklega eru tilkomin vegna neyslunnar.
10. Þol gagnvart vímuefninu sem kemur fram sem annað af eftirfarandi:
 - A. Þörf fyrir stærri skammta til að ná vímu eða tilætluðum áhrifum.
 - B. Mun minni áhrif með áframhaldandi neyslu sömu skammtastærðar.
11. Fráhvarf sem kemur fram sem annað af eftirfarandi:
 - A. Fráhvarfseinkenni fyrir tiltekið vímuefni.
 - B. Vímuefnis er neytt til að draga úr eða koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni.

Í greiningarkerfi DSM V (2013) er einnig miðað við alvarleika sjúkdóms, það er hvort hann er vægur, mildur eða alvarlegur. Til að greinast með væga vímuefnasýki þurfa 2-3 einkenni að ofan að vera til staðar, með milda þarf 4-5 einkenni og ef 6 eða fleiri einkenni eru til staðar er um alvarlega vímuefnasýki að ræða.

Áhættuþættir sem geta aukið líkur á þróun vímuefnasýki geta tengst lífsreynslu, svo sem fjölskyldumissi og skilnaði, langvarandi streitu, misþyrmingum og ofbeldi, en einnig eiginleikum einstaklings, líkt og lélegri sjálfstjórn eða neikvæðum tilfinningum og hugsunum (Sinha, 2008).

Einstaklingar með vímuefnasýki eru í aukinni hættu á að smitast af HIV, til að mynda með notkun sprautunála. Dauðsföll eru einnig algeng, meðal annars vegna inntöku á of stórum skammti, sjálfsvígs eða slyss vegna áhrifa vímuefnis (United Nations Office on Drugs and Crime, 2012).

3 Tvígreiningar

Í þessum hluta verður farið í fræðilega umfjöllun um tvígreiningar og gerð grein fyrir helstu kenningum sem geta varpað ljósi á eðli tvígreininga. Fyrst er fjallað um skilgreiningu og tíðni tvígreininga, því næst sjúkdómskenningar sem skýra háa tíðni þeirra, sjúkdómsgreiningu og afleiðingar. Að lokum verður rætt um sjúkdómsferil tvígreininga og meðferðir.

3.1 Skilgreining

Það var ekki fyrr en á 9. áratug síðustu aldar sem hugtakið tvígreining (e. dual diagnosis) fór að ryðja sér til rúms, þegar heilbrigðisstofnanir fóru að beina athygli sinni að einstaklingum með geðraskanir sem reyndu að takast á við röskunina með neyslu vímuefna (Drake og Wallach, 2000). Hins vegar hefur ekki alltaf verið samhljóða álit eða sameiginlegur skilningur á hugtakinu, því það getur átt við einstaklinga með mismunandi tvígreiningar. Til að mynda einstaklinga með líkamlegan sjúkdóm og geðröskun, þroskaskerðingu og geðröskun, eða geðklofa og vímuefnasýki (Rassool, 2006; Drake og Wallach, 2000).

Ekki er til ein ákveðin skilgreining fyrir hugtakið né er greining til sem slík í flokkunarkerfum, það er sem endanleg greining. Hugtakið er þó viðurkennt og notað af heilbrigðisstarfsfólki (Rassool, 2006). Í dag vísar það yfirleitt til tvígreiningar á vímuefnasýki og geðröskun, en sá hópur er nokkuð sundurleitur þar sem hugtakið nær yfir breitt svið geðraskana og vandamála tengdum vímuefnaneyslu (Rassool, 2006; Drake og Wallach, 2000). Því er oft átt við þá einstaklinga sem glíma við alvarlegar geðraskanir (e. Severe mental illness), það er geðrof, geðklofa og geðhvarfasýki, ásamt vímuefnasýki (Todd o.fl., 2004). Hér verður nánar fjallað um tvígreiningu, geðhvarfasýki og vímuefnasýki.

3.2 Tíðni

Vímuefnasýki er mjög algeng meðal einstaklinga með geðhvarfasýki (Mazza o.fl., 2009) og hafa rannsóknir sýnt að í 50-60% tilfella eru einstaklingar með geðhvarfasýki einnig með vímuefnasýki (Albanese og Pies, 2004; Drake og Mueser, 2000; Keck o.fl., 1998; NAMI, e.d.-b). Fólk með geðsjúkdóma er almennt viðkvæmara fyrir áhrifum vímuefna og er því líklegra til að þróa með sér vímuefnasýki en aðrir (Drake og Mueser, 2000).

Í Bandaríkjunum árið 2014 voru 20,2 milljónir manna, 18 ára og eldri, með vímuefnasýki og þar af voru 2,3 milljónir eða 11,3% með alvarlega geðröskun. Á sama tíma voru 9,8 milljónir með alvarlega geðröskun, þar af voru 2,3 milljónir eða 23,3% með vímuefnasýki (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2015).

Eiríkur Líndal og Jón G. Stefánsson (2009) gerðu rannsókn á algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Þar kom fram að lífstíðaralgengi geðhvarfasýki væri 1%, sem þýðir um 3.300 manns. Lífsalgengi geð- og atferliraskana af völdum áfengisneyslu var samanlagt 10,8% eða um 35.600 manns.

3.3 Kenningar

Mikil tengsl eru á milli geðhvarfasýki og vímuefnasýki og hafa verið skiptar skoðanir á því hvor sjúkdómurinn er orsökinn og hvor er afleiðing (Albanese og Pies, 2004).

Settar hafa verið fram kenningar sem skýra háa tíðni vímuefnasýki meðal fólks með geðraskanir og er yfirleitt talað um fjórar kenningar (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2003; Mueser, Drake og Wallach, 1998; Strakowski og DelBello, 2000). Hver kenning greinir tengslin á milli vímuefnanotkunar og geðraskana (Strakowski og DelBello, 2000). Þessar kenningar eru samþáttakenningar, kenningar um afleidda vímuefnasýki og afleidda geðröskun, auk víxlverkunarkenningar.

3.3.1 Samþáttakenningar

Samþáttakenningin (e. common-factor models) byggist á því að há tíðni sé vegna sameiginlegra áhættuþátta vímuefnasýki og geðröskunar. Einn eða fleiri þættir geta þannig aukið líkur á báðum sjúkdómum (Pettersen, Ruud, Ravndal og Landheim, 2013; Mueser o.fl., 2003; Mueser o.fl., 1998; Strakowski og DelBello, 2000). Þessir áhættuþættir geta verið tengdir einstaklingnum sjálfum, svo sem röskun á vitsmunalegri virkni, verri samkipta- og félagsfærni, ásamt verri færni í að takast á við vandamál (Gregg, Barrowclough og Haddock, 2007). Umhverfisþættir á borð við skaðleg samskipti innan fjölskyldu og sálrænt áfall í æsku (Gregg o.fl., 2007), ásamt sálfélagslegri streitu og álagstengdum atburðum (Strakowski og Delbello, 2000) eru einnig sameiginlegir áhættuþættir þessara sjúkdóma. Að lokum eru það félagslegir áhrifaþættir líkt og verri efnahagslegar og félagslegar aðstæður, það er minni menntun og lægri þjóðfélagsleg staða (Gregg o.fl., 2007).

3.3.2 Afleidd vímuefnasýki

Kenningar um afleidda vímuefnasýki (e. secondary substance use disorder models) ganga út frá því að geðröskunin auki hættuna á því að einstaklingur þrói með sér vímuefnasýki (Mueser o.fl., 2003; Mueser o.fl., 1998; Strakowski og DelBello, 2000). Reynt hefur verið að skýra þessa kenningu þannig að einstaklingar reyni oft að meðhöndla geðsjúkdóminn sjálfir, það er draga úr einkennum hans, með neyslu vímuefna (Gregg o.fl., 2007; Pettersen o.fl., 2013; Strakowski og DelBello, 2000). Einstaklingur neytir þá vímuefnanna til að takast á við tilfinningalegan- eða líkamlegan sársauka. Oft eru þetta einstaklingar sem eru á jaðri samfélagsins vegna samfélagslegrar stöðu sinnar, svo sem einstaklingar með geðhvarfasýki (Doweiko, 2012).

Rannsóknir hafa sýnt fram á auknar líkur á þróun vímuefnasýki meðal þeirra sem greindir eru með geðhvarfasýki, fremur en þeirra sem ekki eru greindir með geðhvarfasýki (Bizzarri o.fl., 2009; Pettersen o.fl., 2013; Swendsen o.fl., 2010). Winokur, Coryell, Akiskal, Jack o.fl. (1995) vildu kanna þætti sem tengja áfengissýki við geðhvarfasýki. Þátttakendur rannsóknarinnar voru einstaklingar með geðhvarfasýki, þar af 70 með áfengissýki og 161 án áfengissýki, ásamt skyldmönnum þeirra. Auk þess var samanburðarhópur sem samanstóð af kunningjum skyldmennanna. Í ljós kom meðal annars að áfengissýki var algengari meðal þeirra sem glímdu við geðhvarfasýki en í samanburðarhópnum.

3.3.3 Afleidd geðröskun

Kenningar um afleidda geðröskun (e. secondary psychiatric disorder models) eru andstæðar fyrri kenningu og gera ráð fyrir að vímuefnasýki auki líkur á alvarlegri geðröskun hjá einstaklingum sem annars myndu ekki þróa með sér þessa sjúkdóma (Pettersen o.fl., 2013; Mueser o.fl., 2003; Mueser o.fl., 1998; Strakowski og DelBello, 2000). Kenneson, Funderburk og Maisto (2013) komust til dæmis að því í rannsókn sinni að þeir einstaklingar sem þróuðu með sér vímuefnasýki fyrir 25 ára aldur voru í aukinni hættu á að þróa með sér geðhvarfasýki.

Strakowsky o.fl. (2005, 2007) hafa jafnframt sýnt fram á það með rannsóknum sínum að þegar einstaklingur er greindur fyrst með vímuefnasýki þá eru meiri líkur á bata heldur en þegar um afleidda vímuefnasýki er að ræða. Í þeirri fyrri (2005) var markmiðið að koma auga á áhrif áfengis á geðhvarfasjúkdómsferil. Þátttakendur voru 144, með geðhvarfasýki I, á aldrinum 12-45 ára, með enga sögu um innlögn og litla reynslu af

meðferð. Af 144 þátttakendum voru 27 með afleidda geðhvarfasýki, 33 með afleidda áfengissýki og 83 einungis með geðhvarfasýki. Þeim var fylgt eftir í fimm ár. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að hópurinn með afleidda geðhvarfasýki var líklegri til að ná bata og einnig fyrr, heldur en hinir. Hópurinn með afleidda áfengissýki eyddi meiri tíma í geðlotu og einkenni áfengissýkinnar heldur en hópurinn með afleidda geðhvarfasýki. Tíðni geðlota var þó svipuð milli hópa.

Niðurstaðan var að þeir sem hafa afleidda geðröskun upplifa færri geðlotur heldur en þeir sem eru með afleidda vímuefnasýki (Winokur o.fl., 1995).

3.3.4 Víxlverkunarkenningar

Samkvæmt víxlverkunarkenningum (e. bidirectional models) getur hvor röskun um sig aukið líkur á hinn, það er viðvarandi, gagnkvæm áhrif á milli vímuefnasýki og geðhvarfasýki (Pettersen o.fl., 2013; Mueser o.fl., 2003; Mueser o.fl., 1998; Strakowski og DelBello, 2000).

Báðir sjúkdómar geta þannig haft áhrif á og viðhaldið hvorum öðrum. Sjúkdómarnir fléttast saman í ákveðna hringrás þar sem afleiðingar eða einkenni annars eru það sem viðheldur hinum sjúkdómnum eða gerir hann verri og öfugt. (Morisano, Babor og Robaina, 2014; Smith og Randall, 2012). Til að mynda getur einstaklingur sem glímir við geðhvarfasýki reynt að meðhönda einkennin með neyslu vímuefna (Pettersen o.fl., 2013). Afleiðingar vímuefnasýki geta svo gert einkenni geðhvarfasýkinnar verri eða viðhaldið þeim (Mueser o.fl., 2003).

3.4 Sjúkdómsgreining

Erfitt getur reynst að greina geðhvarfasýki rétt og er það sérstaklega erfitt á fyrstu stigum sjúkdómsins. Aðalástæðan er sú að erfitt er að greina muninn á geðhvarfasýki I eða II, og einskauta þunglyndi (Phillips og Kupfer, 2013; Smith, Griffiths, Kelly, Hood, Craddock og Simpson, 2011) sem þýðir að einstaklingur upplifir aldrei örlyndiseinkenni (Sigurður Páll Pálsson, 2005).

Greining er sérstaklega erfið meðal þeirra sem leita aðstoðar á meðan þunglyndislotu stendur, sem og hjá þeim sem hafa enga greinilega sögu af örlyndi eða vægu örlyndi. Það er sérstaklega erfitt að greina geðhvarfasýki II þar sem þeir einstaklingar, samkvæmt skilgreiningu, upplifa einungis vægt örlyndi og því er erfiðara að koma auga á það en

örlyndi (Phillips og Kupfer, 2013). Önnur ástæða fyrir því að erfitt er að greina geðhvarfasýki er að hærri tíðni er á þunglyndislotum heldur en öryndislotum hjá einstaklingum með geðhvarfasýki I eða II, og þessir sjúkdómar byrja oft á þunglyndislotu. Einungis 20% þeirra einstaklinga sem glíma við geðhvarfasýki og upplifa þunglyndislotu eru greindir með sjúkdóminn á fyrsta ári sem þeir leita meðferðar. Meðaltími frá upphafi sjúkdóms að greiningu er 5-10 ár (Phillips og Kupfer, 2013). Geðhvarfasýki er því oft vangreindur sjúkdómur og talið að slíkt eigi sér stað í 3,3% til 21,6% tilvika (Smith o.fl., 2011).

Vímuefnasýki er einnig vangreindur sjúkdómur meðal fólks með geðraskanir. Þegar vímuefnasýki er greind þá eru áhrif sjúkdómsins á geðröskunina oft misskilin. Því er sjúklingum oft veitt árangurslaus og óviðeigandi meðferð, sem sýnir sig í tíðari bakslögum og innlögnum (Mueser o.fl., 2003).

3.5 Afleiðingar

Vímuefnasýki hefur mikil áhrif á einstakling með alvarlega geðröskun líkt og geðhvarfasýki, og getur gert ástand hans enn verra. Fyrir utan læknisfræðileg áhrif, það er tíðari bakslög og innlagnir, þá er aukin hætta á að tvígreindur einstaklingur reyni að taka sitt eigið líf (Mueser o.fl., 2003). Rannsóknir hafa sýnt fram á að sjálfsvígstílaunir eru algengar meðal fólks með alvarlegar geðraskanir og þá sérstaklega þeirra sem einnig eru greindir með vímuefnasýki (Suokas, Perala, Suominen, Saarni, Lönnquist og Suvisaari, 2010).

Einstaklingar með tvígreiningu: geðhvarfasýki og vímuefnasýki eru lakari í félagslegri virkni sem jafnframt eykur líkur á falli gagnvart vímuefni (Mazza o.fl., 2009). Þeir eiga það jafnframt til að komast í kast við lög, til að mynda vegna vörslu ólöglegra vímuefna, þjófnaðar eða árásar í tengslum við vímuefnið (Mueser o.fl., 2003). Sjúkdómurinn getur einnig haft töluverð áhrif á líkamlega heilsu viðkomandi, svo sem vegna áhættuhegðunar sem getur falið í sér óvarið samneyti og marga rekkjunauta eða notkun notaðra sprautunála sem eykur líkur á HIV smiti (Meade, Graff, Griffin og Weiss, 2008; Rosenberg o.fl., 2001). Öryndislotu hefur einnig verið tengd aukinni hættu á HIV smiti (Meade o.fl., 2008). Að auki hefur sjúkdómurinn neikvæð áhrif á ýmsa líkamsstarfsemi, svo sem áhrif alkóhóls á lifrarástandi (Mueser o.fl., 2003).

Hlutverk fjölskyldu og vina getur verið mikilvægt í tengslum við tvígreindan einstakling. Þau geta veitt honum félagslegan stuðning, svo sem stað til að búa á, fæði, aðstoð við að komast á milli staða og fjárhagslegan stuðning. Þar að auki getur slíkur stuðningur dregið úr sálrænum einkennum tvígreiningarinnar. Aðstandendur geta þó einnig valdið aukinni streitu og álagi, svo sem með viðbrögðum sínum og gagnrýni. (Hawkins og Abrams, 2007).

Einstaklingur með tvígreiningu er líklegri en aðrir til að sýna ofbeldishegðun, til dæmis vegna sterkrar löngunar í vímuefnið. Sú hegðun bitnar þá mögulega á fjölskyldu, vinum, meðferðaraðilum og öðrum (Steadman o.fl., 1998). Aðilinn á því frekar á hættu að lenda í erfiðleikum með að halda í fasta búsetu og að verða heimilislaus (Goldfinger o.fl., 1999). Alvarleiki þessara áhrifa eykst hjá einstaklingum með tvíþáttasjúkdóm sem leiðir til alvarlegri sjúkdómsferils, alvarlegra heilsufarslegra og félagslegra afleiðinga (Morisano o.fl., 2014).

3.6 Sjúkdómsferill og meðferð

Einstaklingar með tvígreiningu upplifa oft alvarlegri sjúkdómsferil, verri heilsufars- og félagslegar afleiðingar, erfiðari meðhöndlun og lengra bataferli. Því eru batahorfur verri en ef um einn sjúkdóm er að ræða (Morisano o.fl., 2014; Weiss, Kolodziej, Najavits, Greenfield og Fucito, 2000). Aðilar með geðhvarfa- og vímuefnasýki eru ólíklegri til að halda sér allsgáðum og meiri líkur eru á innlögn á sjúkrastofnun (Hoblyn o.fl., 2009; NAMI, e.d.-b; Weiss o.fl., 2000).

Meðferð við tvíþáttasjúkdómi er flóknari að því leyti að verið er að meðhöndla fleiri en einn sjúkdóm og velta þarf fyrir sér hvorn sjúkdóminn skuli meðhöndla á undan eða hvort meðhöndla ætti þá báða í einu (NAMI, e.d.-b).

4 Meðferðarúrræði og aðferðir

Í fjórða kafla verður farið yfir meðferðarúrræði og helstu aðferðir sem notaðar eru í meðferð einstaklinga með tvígreiningu.

Fyrst verður fjallað um þau meðferðarúrræði sem hafa verið í notkun erlendis og hvaða form talin eru henta best. Að því loknu verður fjallað um þær aðferðir sem helst hafa verið rannsakaðar innan lyfja-, einstaklings-, hópa- og fjölskyldumeðferða, og hvað rannsóknir hafa sýnt.

4.1 Meðferðarúrræði við tvígreiningu

Þegar meðhöndla á tvíþáttasjúkdóm, geðhvarfasýki og vímuefnasýki, þarf bæði meðferðir og endurhæfingu (Drake, Mueser og Brunette, 2007). Með meðferðum er átt við lyfjatöku og sálfræðiaðferðir sem notaðar eru til þess að draga úr eða ná stjórn á einkennum eða orsökum tvíþáttasjúkdómsins. Endurhæfing er til þess fallin að bæta þekkingu eða hæfni einstaklings og stuðning við hann til að hann geti náð tökum á sjúkdómnum (Drake, Mueser o.fl., 2007).

Deilt hefur verið um það hvort beri meiri árangur að meðhöndla sjúkdómana báða í einu eða hvorn í sínu lagi. Rannsóknir hafa sýnt fram á að árangursríkast sé að meðhöndla báða sjúkdóma samtímis. Nota meðferðir sem best henta hvorum sjúkdómi fyrir sig og setja í eina samþætta meðferðaráætlun, sem samtímis tekst á við geðhvarfasýki og vímuefnasýki (Morisano o.fl., 2014). Yfirleitt hefur verið fjallað um þrjár meðferðarnálganir, það er framhaldsmeðferð, samhliðameðferð og samþætta meðferð.

4.1.1 Framhaldsmeðferð

Framhaldsmeðferð (e. sequential treatment) byggir á því að einstaklingar hljóta meðferð vegna annars sjúkdómsins fyrst og meðferð við hinum þegar búið að koma þeim fyrri í jafnvægi (Morisano o.fl., 2014; Torrens, Rossi, Martines-Riera, Martinez-Sanvisens og Bulbena, 2012). Kerfin, það er geðheilbrigðiskerfi og meðferðarkerfi vegna vímuefnaneyslu, eru sjálfstæð og vinna sitt í hvoru lagi. Eini hlekkurinn á milli kerfanna er í raun skjólstæðingurinn sjálfur þegar honum er vísað áfram í næstu meðferð. Slík nálgun getur aukið líkur á að skjólstæðingur fylgi meðferðinni ekki eftir og hætti (Torrens o.fl., 2012). Yfirleitt er það vegna skorts á hvatningu og áhuga, ekki næg meðvitund um sjúkdóminn og á vandamálinu, eða vegna erfiðleika við að mynda ný tengsl við

meðferðaraðila (Mueser o.fl., 2003). Jafnframt gæti skjólstæðingi verið neitað um meðferð í öðru kerfinu vegna viðurvistar annars sjúkdóms (Torrens o.fl., 2012).

Þessi meðferðarnálgun skilur annan sjúkdóminn eftir ómeðhöndlaðan og því má segja að eðli tvígreiningar sé hundsað. Þar sem þessir sjúkdómar hafa gagnverkandi áhrif hvor á annan þá er líklegt að sá sjúkdómur sem skilinn er eftir ómeðhöndlaður geri hinn meðhöndlaða verri (Mueser o.fl., 2003; Torrens o.fl., 2012). Erfitt er því að koma jafnvægi á annan sjúkdóminn án þess að sinna hinum (Morisano o.fl., 2014; Mueser o.fl., 2003; Torrens o.fl., 2012).

Hér ættu kenningarnar um afleidda vímuefnasýki og afleidda geðröskun við, þar sem annar sjúkdómurinn er talinn undanfari hins (Palmieri og Accordino, 2004).

4.1.2 Samhliðameðferð

Samhliðameðferð (e. parallel treatment) kveður á um það að báðir sjúkdómar séu meðhöndlaðir á sama tíma en á sitthvorri stofnuninni með meðferðaráætlun á báðum stöðum (Morisano o.fl., 2014; Torrens o.fl., 2012). Þó svo hægt sé að ná ákveðinni samþættingu á milli kerfanna, þá er enn munur á þeirri hugmyndafræði sem stuðst er við í hvorri meðferð fyrir sig (Mueser o.fl., 2003; Torrens o.fl., 2012). Þar að auki útiloka mismunandi stefnur kerfanna og skipulagsmál oft árangursríkt samstarf á milli sérfræðinga (Torrens o.fl., 2012). Möguleikinn á minni samvinnu og litlum samskiptum milli kerfanna leiðir til meiri ábyrgðar á skjólstæðing (Morisano o.fl., 2014; Torrens o.fl., 2012). Oft eru þessir einstaklingar ekki hæfir til að bera slíka ábyrgð vegna alvarleika sjúkdómanna og því aukast líkurnar á því að þeir hætti meðferð (Mueser o.fl., 2003).

4.1.3 Samþætt meðferð

Samþætt meðferð (e. integrated treatment) nálgast bæði geðsjúkdóminn og vímuefnasýkina á sama tíma. Slík nálgun felur í sér að áætlun er veitt samtímis, bæði fyrir geðsjúkdóminn og vímuefnasýkina, af þverfaglegu meðferðarteymi innan sömu stofnunar (Morisano o.fl., 2014; Mueser o.fl., 2003; Torrens o.fl., 2012). Ágreiningur vegna mismunandi hugmyndafræði, meðal meðferðaraðila, er hér í lágmarki (Mueser o.fl., 2003; Torrens o.fl., 2012). Samþætt meðferð færir jafnframt ábyrgðina af skjólstæðingi yfir á meðferðaraðila sem auðveldar honum bataferlið, það er meðferðaraðili er ábyrgður fyrir því að veita meðferð vegna beggja sjúkdóma og skjólstæðingur þarf ekki að hugsa

um að færa sig á milli stofnana (Palmieri og Accordino, 2004). Hér eru báðir sjúkdómar hugsaðir sem undanfari hins, það er gagnverkandi áhrif á hvor annan, líkt og í víxlverkunarkenningum (Palmieri og Accordino, 2004).

Rannsóknir hafa sýnt verri batahorfur meðal einstaklinga sem hljóta samhliðameðferð heldur en samþætta meðferð. McHugo o.fl. (2004) leiddu það í ljós í sinni rannsókn að einstaklingar upplifa ekki eins alvarleg geðræn einkenni þegar notuð er samþætt meðferð og samhliðameðferð. Eins hefur verið fjallað um að samþætt meðferð beri almennt meiri árangur (Morisano o.fl., 2014; Schulte, Meier og Stirling, 2011; Sterling, Chi og Hinman, 2013). Schulte o.fl. (2011) gerðu rannsókn þar sem skoðuð voru fyrirbyggjandi gögn um ánægju meðferðar meðal einstaklinga með tvígreiningu. Í flestum þeirra var mesta ánægjan með samþætta meðferð þegar einblínt var á báða sjúkdóma í einu.

Flestar samþætтар meðferðir við tvígreiningu samanstanda af einstaklings-, hóp- og/eða fjölskyldumeðferð (Morisano o.fl., 2014; Mueser o.fl., 2003), ásamt lyfjameðferð (Albanese og Pies, 2004).

4.2 Aðferðir í meðferð við tvígreiningu, geðhvarfasýki og vímuefnasýki

Vegna margbreytileika geðhvarfasýki getur það reynst fagaðilum erfitt að greina sjúkdóminn. Erfitt getur verið til dæmis að greina á milli alvarlegs þunglyndis og þunglyndislotu geðhvarfasýki (Calkin og Alda, 2012; Kasper, 2003; Lloyd, Giaroli, Taylor og Tracy, 2011). Vangreining er því algeng meðal einstaklinga með geðhvarfasýki og því meiri hætta á því að þeir fái ekki viðeigandi meðferð. Það getur svo haft í för með sér lélegri félagsfærni, skaðleg áhrif óviðeigandi meðferðar, sem getur gert sjúkdóminn verri og jafnvel aukið líkur á sjálfsvígi (Lloyd o.fl., 2011).

Kelly, Daley og Douaihy (2012) leituðu gagna í rannsókn sinni um árangur lyfja- og sálfræðimeðferða. Niðurstöður þeirra leiddu í ljós að árangursríkust er margþætt meðferð með samsetningu af mismunandi atferlis-, lyfja- og sálfræðiaðferðum. Því alvarlegri sem sjúkdómarnir eru því ákafari ætti meðferðin að vera.

Viðmiðunarreglur benda einnig í auknum mæli á að ákjósanlegasta meðferðin við geðhvarfasýki sé samþætt meðferð, lyfja- og sálfræðimeðferð (Geddes og Miklowitz, 2013).

4.2.1 Lyfjameðferð

Fáar rannsóknir hafa verið gerðar sem veita einhverskonar viðmiðunarreglur varðandi lyfjameðferðir fyrir einstaklinga með lyndisröskun og vímuefnasýki (Pettinati, O'Brien og Dundon (2013). Það sem hefur komið í ljós eru helst áhrif lyfja á ákveðin einkennamynstur geðhvarfasýki, svo sem á örlyndi eða þunglyndi. Oft er því þörf á fleiri en einu lyfi til að meðhöndla margbreytileika þessa sjúkdóms (Brjann Bjarnason, 2005). Ákvörðun um hvaða lyfjameðferð skal nota, að mati Popovic o.fl. (2012), fer eftir hvort skautið er ríkjandi, það er hvort einstaklingur hafi tilhneigingu til að fara frekar í örlyndi eða þunglyndi.

Þau lyf sem helst hafa verið notuð við tvígreiningu, geðhvarfasýki og vímuefnasýki eru geðstillandi lyf eða óhefðbundin geðrofslyf, ásamt þunglyndislyfjum. Samhliða þeim er lyfjataka sérstaklega fyrir vímuefnasýki, líkt og naltrexone sem er notað gegn áfengissýki (Kelly o.fl., 2012).

Lítíum er ein tegund geðstillandi lyfja sem hefur fram til þessa mest verið notað gegn geðhvarfasýki. Sýnt hefur verið fram á að þegar meðhöndla þarf örlyndi í einstaklingum með geðhvarfasýki þá hentar vel að taka lítíum, eins ef um langtímameðferð er að ræða (Geddes og Miklowitz, 2013; Khouzam og Singh, 2006; Nivoli, Murru og Vieta, 2010; Popovic o.fl., 2012). Rannsókn Geddes, Burgess, Hawton, Jamison og Goodwin (2004) leiddi í ljós að lítíum minnkar líkur á örlyndi um 40% en þunglyndi um 22%. Lítíum virðist jafnframt draga út hættu á sjálfsvígi meðal fólks með lyndisröskun (Cipriani, Hawton, Stockton og Geddes, 2013). Rannsókn Cipriani, Pretty, Hawton og Geddes (2005) sýndi til að mynda að líkur á sjálfsvígi minnka um 60% samhliða notkun lyfisins.

Aukaverkanir Litíum eru þó áhyggjuefni þar sem það hefur áhrif á ýmsa starfsemi líkamans, svo sem vitsmunalega getu, meltingarveg, nýru, skjaldkirtil, hjarta og húð. Handskjálfti getur gert vart við sig, viðbragðshraði getur minnkað, auk þyngdaraukningar (Khouzam og Singh, 2006; Kasper, 2003). Vegna aukaverkana lyfisins gæti því þurft að nota aðra lyfjakosti (Geddes og Miklowitz, 2013).

Önnur tegund geðstillandi lyfja er Valproate, en það hefur reynst vel gegn örlyndi (The Balance, 2010). Þó hefur verið sýnt fram á að hjá einstaklingum með geðhvarfasýki l virkar betur að blanda saman Litíum og Valproate eða taka einungis Litíum, heldur en Valproate

eitt og sér (The Balance, 2010). Litíum ásamt Valproate virðist einnig draga úr áfengisneyslu (Kelly o.fl., 2012).

Geðrofslyf eru notuð í þeim tilfellum sem einstaklingur sýnir einkenni geðrofs, það er ranghugmyndir og ofskynjanir. Einnig eru þau notuð sem aukalyf með geðstillandi lyfjum (Kasper, 2003; Lloyd o.fl., 2011). Geðrofslyf eru notuð í bráðri meðferð við örlyndis- eða þunglyndislotum geðhvarfasýkinnar. Í skammtímameðferð við örlyndi hefur reynst vel að nota, meðal annars Olanzapine (Geddes og Miklowitz, 2013; Popovic o.fl., 2012). Quetiapine er önnur tegund geðrofslyfja og hefur það, ásamt olanzapine verið notað í bráðri meðferð við þunglyndi (Geddes og Miklowitz, 2013). Popovic o.fl. (2012) vildu þó meina að Quetiapine virkaði ögn betur við örlyndi en þunglyndi en þó lítill munur þar á.

Jafnframt hefur flogaveikilyfið Lamotrigine sýnt þokkalegan árangur gegn þunglyndi (Geddes og Miklowitz, 2013; Popovic o.fl., 2012). Flogalyf tekin með litíum hafa einnig borið árangur við að draga úr löngun í vímuefni (Kelly o.fl., 2012).

Litíum virkar hins vegar ekki eins vel þegar einstaklingur er einnig með vímuefnasýki (Khouzam og Singh, 2006). Rannsókn Tapp o.fl. (2015) leiddi auk þess í ljós að Quetiapine er ekki árangursrík meðferð við vímuefnasýki, þá sérstaklega kókaínneyslu. Zhornitsky o.fl. (2010) héldu því þó fram að geðrofslyf, sérstaklega Clozapine, gæti dregið úr vímuefnaneyslu einstaklinga með alvarlega geðröskun.

Meðferð við þunglyndislotu geðhvarfasjúkdóms getur verið talsverð áskorun, þar sem deilt hefur verið um hlutverk þunglyndislyfja gegn þessari tegund þunglyndis og fáar rannsóknir hafa sýnt fram á árangur (Geddes og Mikowitz, 2013). Þegar meðhöndla þarf þunglyndislotu geðhvarfasjúkdóms hafa rannsóknir sýnt fram á að þegar einungis eru notuð þunglyndislyf eykst hættan á því að einstaklingur fari í örlyndisástand. Því hefur verið bent á að betra sé að nota þau samhliða öðrum lyfjum (Ghaemi, Wingo, Filkowski og Baldessarini, 2008; Fountoulakis og Vieta, 2008; Kasper, 2003; Lloyd o.fl., 2011).

Ágreiningur hefur verið um það hvort láta ætti einstakling sem einnig er haldinn vímuefnasýki taka geðlyf. Lyfjameðferð gæti ýtt undir vímuefnanotkun (Pettinati o.fl., 2013). Hins vegar getur verið erfitt að meðhöndla vímuefnasýki hjá einstaklingum sem ekki eru á geðstillandi lyfjum og sýna einkenni geðsjúkdómsins (Mueser o.fl., 2003).

Að veita ákafa sálfélagslega meðferð ásamt lyfjagjöf virðist hafa góð áhrif á framgöngu sjúkdómsins. Rannsóknir hafa sýnt fram á betri árangur þannig heldur en lyfjameðferð ein og sér (Miklowitz, Otto, Frank, Reilly-Harrington, Kogan o.fl., 2007; Miklowitz, Otto, Frank, Reilly-Harrington, Wisniewski o.fl., 2007). Þær sálfræðimeðferðir sem notaðar hafa verið eiga það sameiginlegt að leggja áherslu á fræðslu og meðvitund um einkenni sjúkdómsins. Koma reglu á daglegar athafnir (Geddes og Miklowitz, 2013) og draga úr notkun vímuefna, efla lyfjatöku og koma auga á og meðhöndla fyrstu stigin í öryndis- eða þunglyndislotum. Áherslan á þessi atriði er þó mismunandi og fer eftir aðferðum (Geddes og Miklowitz, 2013; Gutierrez og Scott, 2004).

4.2.2 Áhugahvetjandi samtal

Áhugahvetjandi samtal er talið nauðsynlegur þáttur á byrjunarstigum vinnu með einstaklingum með tvígreiningu, þar sem þessir einstaklingar eru oft ekki meðvitaðir um þau áhrif sem neyslan hefur á þá sjálfa og aðstandendur þeirra. Þeir álíta jafnvel ekki að þeir eigi við vandamál að stríða. Meðferðin er notuð bæði með einstaklingi og í hóp (Horsfall, Cleary, Hunt og Walter, 2009).

Markmið þessarar aðferðar er að fá skjólstæðing til að skuldbinda sig til að gera jákvæðar breytingar. Slíkar breytingar varða til að mynda neyslu vímuefna, það að haldast í meðferð eða því að ná stjórn á veikindum (Cleary, Walter, Hunt, Clancy og Horsfall, 2008).

Meðferðaraðili reynir að auka skilning skjólstæðings á misræmi milli markmiða og núverandi hegðunar. Eins kannar hann hindranir sem geta orðið á bindindi skjólstæðings síns (Cleary o.fl. 2008). Meðferðaraðili veitir jafnframt faglegar upplýsingar um áframhaldandi neyslu vímuefnisins og líklegar afleiðingar og skoðar áhrif áframhaldandi neyslu á tengsl við fjölskyldu og maka (Cleary o.fl. 2008).

Tilgangurinn er að hjálpa skjólstæðingnum að gera sér grein fyrir áhrifum vímuefnaneyslunnar á getu hans til að ná persónulegum markmiðum og vekja áhuga hjá honum á að vinna úr neyslunni og stefna að þessum markmiðum (Mueser o.fl., 2003).

Rannsóknir hafa sýnt að áhugahvetjandi samtal er árangursrík aðferð, sérstaklega til að auka líkur á áframhaldandi þátttöku skjólstæðings í meðferðum við vímuefnasýki (Jones o.fl., 2011; Moos, 2007). Rannsóknir hafa einnig sýnt að þegar einungis er stuðst

við eitt til tvö viðtöl þá eru niðurstöður ekki sérstaklega áhrifamiklar, en þegar stuðst var við sex til níu viðtöl þá dró aftur á móti úr vímuefnaneyslu (Horsfall o.fl., 2009).

Að styðjast við samþætta meðferð í formi áhugahvetjandi samtals og hugrænnar atferlismeðferðar er góð aðferð þegar meðhöndla þarf bæði alvarlega geðröskun og vímuefnasýki. Áhugahvetjandi samtals getur dregið úr neyslu til skamms tíma litið og þegar hugræn atferlismeðferð er notuð samhliða, þá getur einnig orðið bati á andlegu ástandi (Cleary, Hunt, Matheson og Walter, 2009).

Jones o.fl. (2011) notuðu slíka meðferð í sinni rannsókn þegar þeir skoðuðu árangur hennar við geðhvarfasýki og vímuefnasýki. Stuðst var við áhugahvetjandi samtals til að auka skuldbindingu og þróa einstaklingsbundið meðferðarform í tengslum við bæði einkenni vímuefnasýki og geðhvarfasýki. Þegar búíð var að varpa ljósi á tengslin milli sjúkdómanna, var hugræn atferlismeðferð notuð til að draga úr neyslu og koma í veg fyrir bakslag. Samkvæmt niðurstöðum bar meðferðin árangur.

Rannsókn Barrowclough o.fl. (2010) leiddi hins vegar í ljós að samþætt meðferð áhugahvetjandi samtals og hugrænnar atferlismeðferðar, vegna alvarlegs geðsjúkdóms og vímuefnasýki, hafði ekki marktæk áhrif á framgöngu sjúkdómanna einu ári eftir meðferð.

4.2.3 Hugræn atferlismeðferð

Markmið þessarar aðferðar er að greina tengslin á milli andlegs ástands einstaklings og vímuefnaneyslunnar, skilja ástæður og afleiðingar notkunar, sem og fá þjálfun í því að koma auga á og forðast viðkvæmar aðstæður, það er aðstæður sem gætu ýtt undir neyslu eða lotu (Cleary o.fl., 2009). Einstaklingum eru kenndar aðferðir til að draga úr eða ná tökum á óþægilegum hugsunum eða tilfinningum og óæskilegri hegðun (Mueser o.fl., 2003). Auk þess er áhersla á að kenna aðferðir að bættri heilsu, sjálfsvirðingu og sjálfstjórn, sem og hvernig er best að takast á við streitu, ásamt þjálfun í félagsfærni (Mueser o.fl., 2003).

Tilgangurinn er að leiðrétta hugsanir, tilfinningar og hegðun viðkomandi (Cleary o.fl., 2009), þar sem samspil á milli hugsana, hegðunar og tilfinninga er undirstaða geðröskunar, þar á meðal þunglyndis og örlyndis (Meyer og Hautzinger, 2012). Hægt er að veita hugræna atferlismeðferð bæði fyrir einstaklinga og hópa (Cleary o.fl., 2009).

Þessi meðferð virðist draga úr einkennum þunglyndis, ásamt því að bæta félagslega virkni eftir aðeins einn mánuð (Searson, Manseli, Lowens og Tai, 2012). Lam o.fl. (2003) hafa einnig sýnt fram á með rannsóknum sínum að hugræn meðferð ber árangur eftir 1 ár. Sú meðferð var sérstaklega hönnuð til að koma í veg fyrir föll og fækka dögum í lotu hjá einstaklingum með geðhvarfasýki, ásamt inntöku geðstillandi lyfja. Í Viðbótarrannsókn þeirra 2 árum seinna sýndi að einstaklingarnir upplifðu færri daga í lotu en hins vegar dró ekki úr föllum líkt og á fyrsta árinu í meðferð. Einnig kom í ljós að meðferðin virkar betur gegn þunglyndi en örlyndi (Lam, Hayward, Watkins, Wright, og Sham, 2005).

Zaretsky, Lancee, Miller, Harris og Parikh (2008) töldu einnig að einstaklingar sem voru í hugrænni atferlismeðferð upplifðu 50% færri daga í þunglyndi heldur en þeir sem voru í einstaklingsgeðfræðslu (Zaretsky o.fl., 2008). Hins vegar hafa líka verið rannsóknir sem hafa leitt í ljós að hugræn atferlismeðferð veitir ekki betri árangur en hópageðfræðsla sem meðferð við geðhvarfasýki (Parikh o.fl., 2012; Zaretsky o.fl., 2008).

Aðrar rannsóknir hafa sýnt að með því að nota bæði aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar og geðfræðslu þá fækkar lotum, félagsleg virkni verður meiri, bjargráð einstaklinga verða betri við byrjunareinkennum og betri samvinna varðandi lyfjatöku (Costa, 2010; Gonzales-Pinto o.fl., 2004; Lam o.fl., 2000).

4.2.4 Geðfræðsla

Geðfræðsla er meðferð sem byggir á fræðslu og upplýsingagjöf varðandi sjúkdómana. Farið er yfir meðferð og batahorfur skjólstæðinganna og hvernig þeir geta hjálpað sér sjálfir við að halda sér heilum (Colom, Vieta, Martinez, Jorquera og Gastó, 1998; Smith, Jones og Simpson, 2010).

Markmiðið er að sjúklingar skilji og ráði við afleiðingar sjúkdómsins. Í geðfræðslu felst að veita einstaklingi fræðslu um sjúkdóminn og hvað það er sem kemur einkennum af stað, það er að skjólstæðingurinn læri að koma auga á eigin kveikjur. Þá er fræðsla um geðlyf, áhrif þeirra og aukaverkanir mikilvæg, auk þess sem lögð er áhersla á að skjólstæðingar læri að stjórna einkennum sjúkdómsins. Enn fremur eru einstaklingar fræddir um hættunnar sem tengjast vímefnanotkun, ásamt því að þeim er bent á mikilvægi daglegra venja, sérstaklega varðandi svefn (Smith o.fl., 2010).

Geðfræðsla getur verið framkvæmd sem einstaklings-, hóp- og/eða fjölskyldumeðferð (Smith o.fl., 2010). Meðferðin ætti þó að vera einstaklingsmiðuð, því einstaklingar hafa mismunandi sjúkdómsmyndur, mismunandi þætti sem auka líkur á lotum og búa við mismunandi félagslegar aðstæður (Colom o.fl., 1998; Smith o.fl., 2010).

Rannsóknir sýna að ef geðfræðsla á sér stað þegar einstaklingur er í stöðugu ástandi, þá eru minni líkur á innlögnum og lengri tími líður að næstu lotu. Það sama á við um fjölskyldumiðaða geðfræðslumeðferð, það er færri lotur og lengra á milli þeirra. Meðferðin er ekki hugsuð sem ein og sér heldur ásamt lyfjameðferð (Colom og Vieta, 2004; Colom o.fl., 1998).

Rannsóknir sýna jafnframt að ef þessi aðferð er notuð í hópmeðferð einstaklinga með geðhvarfasýki þá er líklegt að þeir upplifi færri lotur og að lengra verði á milli þeirra (Colom o.fl., 2004). Einnig er fjöldi og lengd innlagna færri og styttri (Colom o.fl., 2003; Colom o.fl., 2009).

Einungis ein rannsókn fannst sem notaði þessa aðferð í einstaklingsmeðferð fyrir geðhvarfasýki. Sú rannsókn leiddi í ljós að geðfræðsla minnkaði líkur á örlyndi en ekki þunglyndi, líklega vegna þess að byrjunareinkenni örlyndis eru augljósari og lengri en þunglyndis (Geddes og Miklowitz, 2013; Perry, Tarriner, Morris, McCarthy og Limb, 1999).

4.2.5 IPSRT

Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT) er meðferð sérstaklega hönnuð fyrir einstaklinga með geðhvarfasýki (Frank, Swartz og Kupfer, 2000). Aðferðin beinir athygli sinni að því að aðstoða einstakling með geðhvarfasýki í að öðlast innsýn í tengslin á milli geðsveiflna og mannlegra samskipta (Kelly o.fl., 2012).

Markmiðið er að koma jafnvægi á geðsveflur með því að byggja upp daglegar venjur hjá einstaklingnum, meðal annars svefnvenjur (Kelly o.fl., 2012). Sýnt hefur verið fram á að gagnkvæm tengsl eru á milli hringrásar líkamans, svefnvenja og lyndisraskana (Frank o.fl., 2000), til að mynda í rannsókn Leibenluft, Albert, Rosenthal og Wehr (1996) þar sem kom fram að minni svefn gæti leitt til örlyndis.

Frank o.fl. (2000) vildu meina að til væru ákveðin félagsleg merki, líkt og persónuleg tengsl, félagslegar kröfur eða verklegar athafnir sem hafa áhrif á hringrás líkamans. Að tapa félagslegu merki getur verið til dæmis missir maka eða annarra persónulegra tengsla.

Við það aukast líkur á því að einstaklingur þrói með sér geðræn einkenni eða að lota hefjist.

Meðferðaraðili veitir geðfræðslu, og hann ásamt skjólstæðingi vinna saman að því að halda einkennum niðri, auk þess vinna þeir að því að finna aðferðir sem skjólstæðingurinn getur nýtt til að ná tökum á daglegri virkni (Kelly o.fl., 2012).

Samkvæmt rannsókn Inder og fleiri (2015) á ungmennum með geðhvarfasýki hafði IPSRT áhrif á einkenni bæði þunglyndis og örlyndis, ásamt bættri félagslegri virkni. Að nota aðferðina í hópmeðferð hefur jafnframt reynst vel við þunglyndi í geðhvarfasýki (Hoberg, Ponto, Nelson og Frye, 2013).

4.2.6 Hópmeðferð

Hópmeðferðir eru fjölbreytilegar og geta byggt á aðferðum líkt og hugrænni atferlismeðferð (Doweiko, 2012), áhugahvetjandi samtali og geðfræðslu (Drake, O'Neal og Wallach, 2007). Þær byggja yfirleitt á fræðslu, jafningjastuðningi og áherslu á að ná stjórn á bæði geðröskuninni og vímuefnasýkinni á sama tíma (Drake, O'Neal o.fl., 2007).

Sambætt hópmeðferð (Integrative group therapy, IGT) er meðferð þróuð af Weiss, Najavits og Greenfield (1999) sérstaklega með geðhvarfasýki og vímuefnasýki í huga. Meðferðin byggist á geðfræðslu beggja sjúkdóma, að aðstoða skjólstæðinga í að viðkenna sjúkdómana, hjálpa þeim að langa til að vera allsgáðir og ná því markmiði. Aðstoða þá við að bjóða fram og fá gagnkvæman félagslegan stuðning á meðan þeir reyna að jafna sig á sjúkdómunum og að lokum hjálpa þeim að fylgja eftir lyfjameðferð og annarri meðferð sem mælt hefur verið með við geðhvarfasjúkdómi þeirra (Weiss o.fl., 1999).

Það hefur sýnt sig að meiri árangur næst með sambættri hópmeðferð en hópmeðferð með áherslu á vímuefnaneysluna þegar kemur að því að draga úr neyslu vímuefna hjá þessum sjúklingahópi (Weiss, Griffin, Kolodziej og Greenfield, 2007). Auk þess hafa fræðimenn hafa komist að því að það sem ber mestan árangur er jafningja hópmeðferð í meðferð við tvígreiningu, þá sérstaklega vímuefnasýkinni, þó batinn sé einnig á öðrum sviðum (Drake, Mueser o.fl., 2007; Drake, O'Neal o.fl., 2007).

Það sem hópmeðferð hefur fram yfir einstaklingsmeðferð er að einn meðferðaraðili vinnur með marga skjólstæðinga á sama tíma og er því ódýrara úrræði (Doweiko, 2012; Horsfall o.fl., 2009). Skjólstæðingarnir geta lært hver af öðrum og breytt félagslegum

viðhorfum og hegðun (Doweiko, 2012; Horsfall o.fl., 2009). Sjálfsálit getur aukist þar sem einstaklingar stofna til heilbrigðs sambands án vímuefna, mögulega í fyrsta skipti í lífi þeirra. Þeir sem eru lengra komnir geta svo verið fyrirmyndir fyrir þá sem eru rétt að byrja (Doweiko, 2012). Þetta meðferðarform byggir því að miklu leyti á því að bæta félagslega virkni og samskiptafærni (Horsfall o.fl., 2009). Þó er gott að hafa einstaklingsmeðferð meðfram hópmeðferð því þá hefur einstaklingur möguleikann á því að ræða ákveðin mál sem hann á erfitt með í hópi (Doweiko, 2012).

4.2.7 Fjölskyldumeðferð

Geðhvarfasýki og vímuefnasýki hefur áhrif á alla fjölskylduna líkt og komið var inn á í kaflanum um tvígreiningar. Þátttaka og stuðningur fjölskyldu í lífi þessara einstaklinga er tengt betri framgöngu sjúkdómanna (Clark, 2001). Atferli og tilfinningar sem sjúklingur upplifir hefur áhrif á alla í fjölskyldunni og byrði getur verið mikil á hana, svo sem vegna óstöðugs ástands sjúklings. Hún þarf því stuðning og fræðslu og ráð til að meðhöndla þetta óstöðuga ástand (Miklowitz, 2008).

Að bæta færni fjölskyldunnar í að takast á við erfiðleika og minnka streitu sem getur fylgt því að eiga í nánú sambandi við einstakling með tvígreiningu getur auðveldað fjölskyldunni áframhaldandi stuðningi (Mueser o.fl., 2013).

Meðferðin er ekki hugsuð sem ein og sér heldur ásamt lyfjameðferð. Hún felur í sér fræðslu til sjúklings og fjölskyldu um það hvers má vænta á meðan lota stendur yfir og hvað þau geta gert til að hjálpa við að koma í veg fyrir það. Að læra að þekkja byrjunareinkenni lota og útbúa áætlun fyrir fjölskyldu um það hvernig skal bregðast við þegar slík einkenni koma fram. Einnig felst þjálfun í samkiptum og úrlausn vandamála í meðferðinni (Miklowitz, 2008).

Markmiðið er að veita upplýsingar um sjúkdóminn til að bæta skilning fjölskyldu á honum og þar af leiðandi auka jákvæð viðhorf og stuðla að breyttri hegðun. Leitast er til að aðstoða fjölskyldumeðlimi við að læra að veita viðeigandi stuðning í því að ná og viðhalda bata (Doweiko, 2012). Kenna þeim að koma auga á byrjunareinkenni til að komast hjá alvarleika lotanna og mögulegri innlögn. Aukin vitneskja og skilningur leiðir af sér að öll fjölskyldan getur hjálpast að þegar einstaklingur er í lotu eða einkenni eru að byrja. Slík vitneskja hefur áhrif á meðvitund og viðurkenningu gagnvart sjúkdómnum,

líklegra að fjölskyldan taki hann í sátt og minnkar þar af leiðandi útskúfun og fordóma og eykur lífsgæði hvers fjölskyldumeðlims (Reinares, Colom, Martinez, Benabarre og Vieta, 2002). Jafnframt er reynt að koma auga á ágreining innan fjölskyldunnar eða milli skjólstæðings og maka sem gæti hafa átt þátt í vímuefnasýki skjólstæðings, þannig að hægt sé að vinna úr því (Doweiko, 2012).

Rannsóknir hafa sýnt að þessi aðferð ásamt lyfjameðferð minnkar fjölda lota og innlagna, bætir aðlögun sjúklings að fjölskyldu, atvinnu- og félagslega (Reinares o.fl., 2002). Rannsókn Mueser o.fl. (2013) leiddi í ljós verulegan bata beggja sjúkdóma á þremur árum. Eins hefur hún virkað vel gegn þunglyndi (Miklowitz o.fl., 2008) en rannsókn sem gerð var á börnum og ungmennum yfir 1 ár sýndi að fjölskyldumeðferð tengdist hraðari bata þunglyndis, veikindi tóku styttri tíma og ekki eins alvarleg örlyndis einkenni (Miklowitz o.fl., 2008). Meðferðin veitir fjölskyldumeðlimum stuðning (Perlick o.fl., 2010). Hún upplifir minni áhyggjur og fordóma gagnvart sjúkdómunum, sem og bætt hugarfar og eykur fjárhagslegan stuðningur gagnvart sjúklingi (Mueser o.fl., 2013).

Þegar einstaklingsmeðferð var borin saman við fjölskyldumeðferð kom í ljós að á tveimur árum urðu einstaklingar í fjölskyldumeðferðinni ólíklegri til að þurfa á innlögn að halda, auk þess sem þeir upplifðu færri lotur (Rea o.fl., 2003).

4.2.8 Eftirmeðferð

Meðferð líkur ekki við útskrift heldur er hún fyrsta skrefið að langtíma bata. Eftirmeðferðir (e. aftercare programs) geta dregið verulega úr bakslagi og auka líkur á áframhaldandi bata með því að viðhalda því sem var áorkað í meðferðinni (Doweiko, 2012). Eftirmeðferðir eru úrræði sem aðstoða einstaklinga við að endurheimta eða viðhalda andlegri, líkamlegri og félagslegri færni, auk þess að koma í veg fyrir frekari skerðingu (Velferðarráðuneytið, e.d.).

Rannsókn Drake og Whitley (2014) sýndi að þeir þættir sem einstaklingum með alvarlega geðröskun þykja mikilvægastir, þegar kemur að bata, er mikilvægi þess að þjónustan leggi áherslu á persónulegt og fjárhagslegt sjálfstæði, auk sjálfstæðrar búsetu. Samkvæmt þátttakendunum er bati aukinn með geðheilbrigðiskerfi sem valdeflir einstaklinga með alvarlegar geðraskanir til að taka ákvarðanir varðandi eigin meðferð út frá ákveðnum valkostum. Þannig er þeim sýnt traust og virðing í stað forsjarhyggju og

valdbeitingar (Drake og Whitley, 2014). Það sem tekið var sérstaklega fram var það að hafa val um búsetuúrræði og komast á atvinnumarkaðinn, ásamt félagslegum tengslum.

Önnur samfélagsleg meðferð hefur verið þróuð fyrir einstaklinga með alvarlegar geðraskanir en það er *Assertive community treatment (ACT)*. Slík meðferð byggist á þverfaglegu teymi geðheilbrigðissérfræðinga sem starfa saman og veita þjónustu fyrir einstaklinga (Bond og Drake, 2015). Þetta eru til að mynda geðlæknar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar og áfengis- og vímuefnaráðgjafar. Þjónustan er sérsniðin að þörfum og markmiðum hvers og eins (Bond, Drake, Mueser og Latimer, 2001). Hún byggir á heildarsýn, þar sem veitt er samþætt meðferð og samanstendur hún af meðferð sem snýr að lyfjum og því að hafa stjórn á einkennum sjúkdóms, endurhæfingu sem varðar atvinnu, samskiptafærni og búsetu, vímuefna meðferð og félagslegri þjónustu, ásamt aðstoð við fjölskyldu (Bond og Drake, 2015). Allir fundir með skjólstæðingi og fjölskyldu fara fram á heimili skjólstæðings eða úti í samfélaginu en ekki innan geðheilbrigðisstofnunar. Kostur þessarar meðferðar er teymisvinnan sem veitir samfellu í þjónustu í nokkurn tíma, þannig að skjólstæðingur útskrifast ekki þannig ólíklegra er að honum muni hraka. Ókosturinn er að meðferðin er kostnaðarsöm, en þó vegur upp á móti að hún getur dregið úr kostnaði annarra úrræða, svo sem spítalakostnaði eða göngudeildarþjónustu (Bond o.fl., 2001).

Rannsóknir hafa sýnt árangur og þá sérstaklega í fækkun spítalaheimsókna (Bond o.fl., 2001; Rapp og Goscha, 2004), en einnig getur eftirmeðferð aukið stöðugleika varðandi búsetu og bætt sjúkdómseinkenni og lífsgæði (Bond o.fl., 2001).

4.2.9 Sjálfshjálparhópar

Sjálfshjálparhópar geta veitt ómetanlegan félagslegan stuðning frá öðrum sem skilja hvað einstaklingur gengur í gegnum (Horsfall o.fl., 2009). Af þeim sjálfshjálparhópum sem til eru er *Alcoholics Anonymous (AA)* þekktast. AA felur í sér 12 spora kerfi, spor sem einstaklingar fara eftir sem leiða þá í átt að bata. Rannsóknir hafa sýnt gagnleg áhrif þeirra (Montgomery, Miller og Tonigan, 1995).

Vandinn er þó sá að oft er fjöldi fólks í slíkum hópum sem getur skapað óþægindatilfinningu hjá fólki með tvígreiningu, svo sem ótta og kvíða (Bogenschutz, Geppert og George, 2006; Mueser o.fl., 2003). Einstaklingar sem sækja þessa hópafundi

geta jafnframt haft sterkar skoðanir á lyfjatöku og mögulega haft áhrif á einstakling þannig að hann hættir að taka geðlyfin (Bogenschutz o.fl., 2006; Mueser o.fl., 2003).

Aðrir sjálfshjálparhópar sem byggja einnig á 12 spora kerfinu hafa þó verið þróaðir og þá sérstaklega fyrir einstaklinga með tvígreiningu. Annars vegar er það *Dual Recovery Anonymous* og hins vegar *Double Trouble in Recovery* (Mueser o.fl., 2003). Markmið *Double Trouble in Recovery* er til að mynda að bæta samskiptahæfni og færni til að leysa úr vandkvæðum svo einstaklingarnir geti átt í eðlilegum tengslum við aðra og geti leyst úr ágreiningi, sem og tekist á við aðstæður þar sem verið er að neyta vímuefna (Cleary o.fl., 2009). Rannsóknir á *Double Trouble in Recovery* hafa leitt í ljós að þátttaka í þeirri meðferð leiðir til minni vímuefnaneyslu og kvíða, sem og bættrar fylgni við lyfjainntöku. Ástæða þess er aukin tengslamyndun í öruggu og stuðningsríku umhverfi og þá helst tengsl við jafningja, ásamt aukinni þekkingu og innsæi gagnvart einkennum geðröskunarinnar, á lyfjatöku, tengingu við vímuefnaneysluna og viðurkenning sjúkdómanna (Matusow o.fl., 2013). Fleiri rannsóknir hafa jafnframt sýnt árangur, það er færri dagar í neyslu (Bogenschutz o.fl., 2014; Rosenblum o.fl., 2014) og betri lífsgæði (Rosenblum o.fl., 2014).

5 Meðferðarúrræði á Íslandi

Í þessum kafla verður fjallað um meðferðarúrræði fyrir einstaklinga með tvígreiningar, geðhvarfasýki og vímuefnasýki á Íslandi. Ýmsar stofnanir og frjáls félagasamtök bjóða upp á mismunandi meðferðarúrræði. Lögð verður áhersla á meðferðir sem heyra undir Landspítala og SÁÁ. Kaflinn hefst á umfjöllun um úrræði fyrir einstaklinga með geðhvarfasýki. Þar á eftir meðferð vegna vímuefnasýki og að lokum meðferðarúrræði sem er sérstaklega fyrir tvígreinda einstaklinga.

5.1 Meðferð við geðhvarfasýki

Á geðsviði Landspítala Háskólasjúkrahúss (LSH) eru þrjár innlagnadeildir. Þessar deildir eru bráðageðdeild 32C og 32CB sem er geðgjörgæsludeild (LSH, e.d.-a). Móttökugeðdeild 32A er almenn bráðamóttökudeild þar sem fjölpætt einstaklingsmiðuð meðferð fer fram. Líffræðilegir, sálrænir og félagslegir þættir sem geta haft áhrif á geðröskunina eru greindir, auk þess er áhersla lögð á samvinnu við fjölskyldu og nánustu aðstandendur í gegnum fjölskyldufundi. Fundirnir byggja á áætlanagerð með skjólstæðingi um meðferðarform, stuðning og þörf hans fyrir félagslega þjónustu (LSH, e.d.-l). Að lokum er það móttökugeðdeild 33C en þar starfar þverfaglegt teymi þar sem áherslan er einnig á greiningu þeirra þátta sem geta haft áhrif á geðröskunina, sem og samvinnu við fjölskyldu og aðstandendur á meðan innlögn stendur og í útskriftarferlinu. Hér er meðal annars um að ræða einstaklingsviðtöl, fjölskylduviðtöl, lyfjameðferð, raflækningar, hópmeðferð, félagsráðgjöf og fræðslu. Að meðferð lokinni útskrifast flestir heim til sín en eru í eftirfylgd um stund á göngudeild, á stofu hjá sérfræðingi eða hjá heimilislækni (LSH, e.d.-n).

Göngudeild 31E er staðsett á Landspítalanum og sinnir að mestu einstaklingum með lyndis-, kvíða- og persónuleikaraskanir. Hlutverk móttökuteymis er annars vegar að framkvæma greiningu og meðferð, hins vegar eftirmeðferð eftir innlagnir á 32A og 33C. Sérhæfð teymi starfa í tengslum við móttökuteymið, en þau eru staðsett á Hringbraut, Hvítabandi og eitt á Kleppi (LSH, e.d.-j).

Dagdeild Hvítabandi er staðsett á Skólavörðustíg 37 og tekur við ábendingum frá móttökuteymi göngudeildar og legudeildum. Meðferðinni er ætlað að draga úr einkennum sjúkdómsins, auka færni og lífsgæði, ásamt undirbúningi fyrir áframhaldandi endurhæfingu. Byggt er á dialektískri atferlismeðferð sem gengur út á að finna og hafa

stjórn á jafnvægi milli hugsana og tilfinninga, auka samskiptafærni og finna leiðir til að auka streituþol. Einnig er stuðst við sköpun, tjáningu slökun, markmiðssetningu, fræðslu, félagsfærniþjálfun hugrænnar atferlismeðferðar, hópmeðferð og vikuleg einstaklingsviðtöl. Meðferðin er allt að 6 mánuðir (LSH, e.d.-c).

Á dag- og göngudeild Kleppi er sinnt sérhæfðri eftirfylgni og meðferð fyrir skjólstæðinga með langvinnar geðraskanir, bæði á deildinni og í heimahúsum. Unnið er að því að útskrifa skjólstæðinga yfir til heilsugæslunnar, félagsþjónustu sveitarfélaga eða samfélagsteymis. Á deildinni eru fræðslustarf og námskeið þróuð fyrir skjólstæðinga og fjölskyldur þeirra, auk stuðnings við búsetukjarna og sambýli í tengslum við samfélagsteymið (LSH, e.d.-h). Samfélagsgeðteymið veitir einstaklingum stuðning í samfélaginu og er í samstarfi við velferðarþjónustu sveitarfélaga og heilsugæslu (LSH, e.d.-o). Teymið samanstendur af læknum, hjúkrunarfræðingum, félagsráðgjafa, sálfræðingi, iðjuþjálfara og sjúkraliðum. Hlutverk þeirra er að styðja tímabundið við nýútskrifaða einstaklinga. Markmið teymisins er að draga úr innlögnum og stytta innlagnartíma, rjúfa félagslega einangrun, virkja þátttöku þeirra í eigin bata og viðhalda og styrkja félagslegt tengslanet þeirra (LSH, e.d.-b).

Sérhæfð endurhæfingargeðdeild Landspítala er staðsett á Kleppi og er fyrir einstaklinga með alvarlegar geðraskanir. Einstaklingar sem þangað fara þurfa meðal annars endurmat á meðferð eða meðferð vegna versnandi geðsjúkdóms. Deildin meðhöndlar einnig einstaklinga sem glíma við alvarlegar atferlistruflanir, svo sem þroskaskerðingu, meðfram geðröskuninni. Um er að ræða einstaklingsmiðaða meðferð í samvinnu við fjölskyldu (LSH, e.d.-p). Önnur endurhæfingargeðdeild er staðsett á Kleppi sem veitir sjö og fimm daga þjónustu fyrir einstaklinga með alvarlegar geðraskanir, þá sérstaklega geðklofa (LSH, e.d.-d).

Laugarásinn meðferðargeðdeild sem tilheyrir geðsviði Landspítala, er úrræði fyrir ungt fólk á aldrinum 18-30 ára með geðrofssjúkdóm á byrjunarstigi. Þetta er að mestu leyti dagdeild en hefur þó sjö leguþláss. Starfsemin byggir á batahugmyndafræði, aðstoða einstaklinga við að ná betri töku á sjúkdómnum og daglegu lífi (LSH, e.d.-k).

Önnur geðheilbrigðisþjónusta fyrir utan Landspítala er til að mynda Heilsugæslan, Fjórðungssjúkrahúsið Akureyri, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og Geðheilsustöð Breiðholts (LSH, e.d.-f). Annar geðstuðningur utan heilbrigðisstofnana eru ýmis

félagasamtök, svo sem Geðhjálp og Hugarafl, og sjálfbóðaliðastörf líkt og Hlutverkasetur (LSH, e.d.-g).

5.2 Meðferð við vímuefnasýki

Móttökudeild 33A á Landspítalanum tekur á móti einstaklingum með fíknivanda. Um er að ræða afeitrunardeild þar sem einstaklingur er í meðferð hjá einu og sama þverfaglega teyminu allan þann tíma sem hann dvelur á deildinni. Líkt og á 33C þá útskrifast flestir heim til sín en eru þó í eftirfylgd í ákveðinn tíma (LSH, e.d.-m).

Sjúkrahúsið Vogur hjá Samtökum áhugafólks með áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ), sinnir einnig sérhæfðri meðferð fyrir einstaklinga með fíknivanda og eru þetta einu stofnanirnar með leyfi til að sinna slíkri meðferð (SÁÁ, e.d.-a). Á Vogu er pláss fyrir 60 einstaklinga og starfa þar læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og áfengis- og vímuefnaráðgjafar. Meðal dvalartími er tíu dagar. Þetta er umfangsmesta meðferðarstofnun landsins og flestir hefja meðferð sína þar. Meirihluti sjúklinga fer svo í eftirmeðferð á vegum SÁÁ, annaðhvort á göngudeild eða á meðferðarstöðvunum Staðarfelli og Vík á Kjalarnesi (SÁÁ, e.d.-b).

Í raun eru þetta fimm möguleikar sem í boði eru eftir dvöl á Vogu. Fyrsti valkostur er að fara heim og sækja stuðning frá göngudeild ef þess þarf. Annar kostur er fyrir þá sem búa á höfuðborgarsvæðinu, eru eldri en 25 ára og búa við sæmilegar félagslegar aðstæður og líkamlega heilsu. Þeir fá meðferð á göngudeild í Reykjavík fjögur kvöld í viku fyrstu fjórar vikurnar en eftir það einu sinni í viku næstu þrjá mánuðina. Þriðji möguleikinn er fyrir karla yngri en 55 ára að fara á Staðarfell eða konur og karla 55 ára og eldri að fara á Vík. Þar tekur við fjögurra vikna endurhæfing og eftir það stuðningur frá göngudeild í tvo til þrjá mánuði. Sá fjórði er fyrir endurkomukarla í fjórar vikur á Staðarfelli í sérstakri meðferð sem nefnist *Víkingameðferð*. Eftir hana fá þeir stuðning á göngudeild í eitt ár. Að lokum er það 30 daga meðferð á Vík sérstaklega fyrir konur og stuðningur á göngudeild í eitt ár eftir hana (SÁÁ, e.d.-b).

Göngudeildin í Reykjavík er staðsett á Landspítalanum, göngudeild fíknimeðferðar 31C. Deildin sinnir bæði greiningu og meðferð, og fær tilvísanir frá bráðamóttöku geðdeildar auk annarra heilbrigðisstofnana, líkt og SÁÁ. Einstaklingar fá hér til dæmis

fráhvarfsmeðferð, einstaklingsviðtöl eða hópmeðferð. Áfengisráðgjafar starfa á deildinni og hafa umsjón með daglegum stuðningshóp (LSH, e.d.-i).

5.3 Meðferð fyrir tvígreinda einstaklinga

Á fíknigeðdeild Landspítala er í boði meðferð fyrir einstaklinga með tvígreiningar. Áhersla er lögð á einstaklingsmiðaða nálgun og eru þar þverfagleg teymi sem vinna að því að greina þá þætti sem hafa ýtt undir eða viðhaldið báðum sjúkdómum. Innan fíknigeðdeildar eru svo móttökugeðdeild 33A, göngudeild fíknimeðferðar 31C og Teigur – dagdeild (LSH, e.d.-e).

Móttökugeðdeild 33A er lokuð deild sem sinnir einstaklingum með tvígreiningar í afeitrun. Sinnt er einstaklingsmiðaðri meðferð og hefur einstaklingur því sömu meðferðaraðila þann tíma sem hann er í innlögn. Við útskrift fara flestir heim en mæta á göngudeild, til sérfræðings eða heimilislæknis í eftirfylgd til ákveðins tíma (LSH, e.d.-m).

Á göngudeild fíknimeðferðar 31C eru gerðar einstaklingsmeðferðaráætlanir og halda sumir þar áfram í meðferð á göngudeild en öðrum er bent á önnur úrræði, svo sem móttökudeildina eða dagdeildina. Á deildinni fara fram, til dæmis fráhvarfsmeðferðir, einstaklingsviðtöl og hópmeðferðir. Áfengisráðgjafar eru á deildinni og halda utan um stuðningshóp á degi hverjum (LSH, e.d.-i).

Teigur – dagdeild er eftirmeðferðardeild og sinnir einstaklingum sem hafa náð lágmarksjafnvægi, til dæmis eftir afeitrun á móttökudeild 33A. Deildin býður upp á 5 vikna dagdeildarmeðferð þar sem sálfræðingar, áfengisráðgjafar og hjúkrunarfræðingar sjá að mestu leyti um starfið. Meðferðin er hópmeðferð, en þó einstaklingsmiðuð og er stuðst við hugmyndafræði hugrænnar atferlismeðferðar ásamt fræðslu. Í byrjun meðferðar eru greindir allir þeir þættir sem hafa haft áhrif á neyslu einstaklingsins, hvað eykur líkur á henni og hverju þurfi að breyta svo hann geti verið án vímuefna. Í vikunum eftir það er svo farið í aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar sem hægt er að nota til þess að takast á við vímuefnasýki og tilfinningar sem einstaklingur upplifir vegna hennar (LSH, e.d.-r). Ásamt hugrænni atferlismeðferð er stuðst við hugmyndafræði áhugahvetjandi samtals (Helgi Héðinsson og Hjördís Tryggvadóttir, 2013). Á deildinni eru geðlæknir, áfengis- og vímuefnaráðgjafar, sálfræðingar og félagsráðgjafar sem sjá að mestu um daglega

meðferðarvinnu, en einnig hjúkrunarfræðingar sem koma meðal annars að fræðslu til sjúklinga. (Embætti landlæknis, e.d.-b).

Batabrautin er eftirmeðferðarúrræði sem fólki er boðið í eftir meðferð á Teigi. Áfengis- og vímuefnaráðgjafi hefur umsjón með hópfundum sem haldnir eru einu sinni í viku í 12 vikur. Þar eru rifjaðir upp mikilvægir þættir sem einstaklingur fór í gegnum í meðferðinni, eins er öllum frjálst að ræða um allt það sem brennur á þeim, svo sem stöðu þann daginn, hindranir, framfarir og fleira (Helgi Héðinsson og Hjördís Tryggvadóttir, 2013).

6 Hlutverk félagsráðgjafa

Félagsráðgjafar í dag starfa hvarvetna í tengslum við velferð fólks. Félagsráðgjafar eru heilbrigðisstarfsmenn og starfa meðal annars eftir lögum um félagsráðgjöf nr. 95/1990 og siðareglum íslenskra félagsráðgjafa (Félagsráðgjafinn, e.d.). Siðareglurnar er sá grunnur sem starf félagsráðgjafa byggir á (Páll Ólafsson, 2010). Þar segir að félagsráðgjöfin byggist á virðingu fyrir sérkennum hvers og eins, sem og trú á hæfni einstaklings til að nýta hæfileika sína að fullu. Markmið faggreinarinnar er að vinna að úrlausn persónulegra og félagslegra vandamála og koma í veg fyrir félagslegt ranglæti (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Siðareglurnar skiptast í fjóra kafla. Í fyrsta hlutanum er farið yfir frumskyldur félagsráðgjafa, þar sem áherslan er á að gæta jöfnuðar á milli einstaklinga og greina ekki á milli. Þeim ber einnig skylda til að koma fram af heiðarleika og virðingu, ásamt því að reyna eftir bestu getu að byggja upp gagnkvæmt traust. Upplýsingaskylda er jafnframt hluti af frumskyldunum, þar sem félagsráðgjöfum ber skylda til að upplýsa skjólstæðinga um réttindi þeirra, skyldur og þau úrræði sem í boði eru. Auk þess ber þeim ávallt að gæta fyllsta trúnaðar gagnvart skjólstæðingum (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Annar hluti siðareglna varðar ábyrgðar- og hæfnisskyldur félagsráðgjafa, en þær kveða á um að þeir beri ábyrgð á eigin hæfni og þeim störfum og þjónustu sem þeir veita (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Þriðji hluti er um félagslegar skyldur, þar sem þeim ber til að mynda að miðla þekkingu sinni, meðal annars til annarra félagsráðgjafa, félagsráðgjafanema, annarra fagmanna og almennings (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Að lokum er það hlutinn um systur/bróðurlegar skyldur sem lúta að virðingu gagnvart hæfni, skyldum og ábyrgð annarra, hvort sem það eru félagsráðgjafar eða aðrar fagstéttir. Þeir skulu jafnframt miðla málum ef upp kemur faglegur ágreiningur (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.).

Hugmyndafræði félagsráðgjafa byggir fyrst og fremst á heildarsýn. Hugsunin er sú að hver einstaklingur er einstakur. Það er því nauðsynlegt að skoða aðstæður hans út frá öllum sjónarhornum og samspil aðstæðna við umhverfi hans, sem og fjöskyldu (Sigrún Júlíusdóttir, 2006; Vigdís Jónsdóttir, 2006). Áhersla félagsráðgjafa er einnig á valdeflingu. Sú hugmynd miðar að því að virkja einstakling, veita honum aukið vald, ásamt valkostum í tengslum við þá þjónustu sem hann þarfnast. Þessi aðferð á við um einstaklinga sem eru að reyna að ná tókum á lífi sínu og auka lífsgæði sín í gegnum ferli sjálfshjálpar (María Jónsdóttir, 2006). Meðferðarþjónustan sem þeir veita tekur mið af sálfélagslegum og

líkamlegum þáttum einstaklinga (Hrefna Ólafsdóttir, 2006) , ásamt vinnu með fjölskyldu þeirra (Lesser, 2000).

Í íslenskri heilbrigðisþjónustu er algengast að félagsráðgjafar starfi á sjúkrahúsum (Brynja Óskarsdóttir, 2006). Hlutverk þeirra er að veita einstaklingum ráðgjöf og upplýsingar um félagslega þjónustu, sem og stuðning við einstaklinga og fjölskyldur þeirra vegna veikindanna. Þar að auki starfa félagsráðgjafar náið með öðrum og sinna eftirmeðferð (Lesser, 2000; Vigdís Jónsdóttir, 2006). Mikil áhersla í starfi félagsráðgjafa er því á samskipti (Sigrún Júlíusdóttir, 2006). Ásamt því að vinna með sjúklingum og fjölskyldum þeirra veita félagsráðgjafar handleiðslu og kennslu fyrir framtíðar félagsráðgjafa, sbr. hlutinn um félagslegar skyldur. Þar sem LSH er kennslustofnun þá er það hluti af starfi þeirra þar (Brynja Óskarsdóttir, 2006).

Félagsráðgjafar mynda jafnframt tengslin á milli stofnana, samfélags og skjólstæðinga, og bæta þannig samfellu í þjónustu. Þeir eru tengiliðir við aðrar stofnanir og talsmenn skjólstæðinga (Sigrún Júlíusdóttir, 2006).

7 Umræður og lokaorð

Geðheilsa er öllum mikilvæg og nær hún yfir félagslega-, andlega- og líkamlega vellíðan einstaklings (WHO, e.d.-g ; WHO, e.d.-h). Geðröskun er hugtak sem erfiðara er að skilgeina en á þó jafnan yfir ástand sem hefur áhrif á hugsun, tilfinningar, hegðun og félagsleg tengsl (WHO, e.d.-e; WHO, e.d.-f). Talið er að um þriðjungur fólks í heiminum upplifi geðröskun á ári hverju (Wittchen o.fl., 2011).

Geðhvarfasýki er ein tegund geðraskana og einkennist af óeðlilega miklum geðsveiflum á milli örlyndis og þunglyndis (Miklowitz, 2011). Vímuefni eiga það sameiginlegt að hafa áhrif á miðtaugakerfið (Embætti Landlæknis, 2006). Vímuefnasýki er ólæknandi sjúkdómur en þó hægt að halda einkennum niðri með því að forðast vímuefni eða vinna í sálfélagslegum þáttum (Dodgen og Shea, 2000). Mikil tengsl eru á milli þessara sjúkdóma og er talið að í meira en helming tilfella eru aðilar með geðhvarfasýki einnig með vímuefnasýki (Albanese og Pies, 2004).

Hugtakið tvígreining er nokkuð vítt og ekki ein ákveðin skilgreining til greiningar. Tvígreining á þó yfirleitt við um geðröskun ásamt vímuefnasýki (Rassool, 2006). Há tíðni og mikil tengsl eru á milli þessara sjúkdóma og hafa komið upp kenningar sem reyna að skýra ástæðuna fyrir því. Vangreining er einnig algeng, til dæmis vegna þess hve erfitt getur verið að greina á milli þunglyndi í geðhvarfasýki og einskauta þunflyndi (Philips og Kupfer, 2013).

Ýmsar afleiðingar fylgja því jafnframt að vera með tvígreiningu. Ásamt byrði á fjölskyldu (Hawkins og Abrams, 2007), þá er þetta mikil byrði á einstaklinginn sjálfan sem leiðir til verri sjúkdómsferils og bata (Morisano o.fl., 2014). Því þarf góða og markvissa meðferð til að meðhöndla tvígreiningu: geðhvarfasýki og vímuefnasýki (NAMI, e.d.-b).

Þegar meðhöndla þarf tvígreiningu: geðhvarfasýki og vímuefnasýki hefur verið ágreiningur um það hvernig beri að nálgast sjúkdómana, með framhalds-, samhliða- eða samþættri meðferð (Morisano o.fl., 2014). Rannsóknir hafa sýnt að samþætt meðferð sé árangursríkust, þar sem báðir sjúkdómar eru meðhöndlaðir í einu innan sömu stofnunar (McHugo o.fl., 2004; Morisano o.fl., 2014; Schulte, Meier og Stirling, 2011). Bent hefur verið á að æskilegast sé að veita þessum sjúklingahópi lyfja-, atferlis- og sálfræðimeðferð (Kelly, Daley og Douaihy, 2012).

Það sem lyfjarannsóknir sýndu var að geðstillandi lyfið Litíum skilaði bestum árangri hvað langtíma meðferð varðar, auk þess dregur það úr örlyndi og minnkar líkur á sjálfsvígi (Cipriani, Hawton, Stockton og Geddes, 2013; Geddes og Miklowitz, 2013; Popovic o.fl., 2012). Litíum virkar þó ekki eins vel þegar einstaklingur er einnig með vímuefnasýki (Khouzam og Singh, 2006). Valproate, annað geðstillandi lyf, virðist henta vel við örlyndi (The Balance, 2010) og þegar tekið með Litíum hefur það dregið úr áfengisneyslu (Kelly o.fl., 2012). Geðrofslyf eru oft notuð sem aukalyf með geðstillandi lyfjum og í skammtíma meðferð (Lloyd, Giaroli, Taylor og Tracy, 2011). Lyfin Quetiapine og Olanzapine hafa bæði verið notuð við þunglyndi og örlyndi, en rannsóknir á þeim sýndu mismunandi áhrif (Geddes og Miklowitz, 2013; Popovic o.fl., 2012) og því vert að rannsaka þau betur. Quetiapine hefur ekki sýnt árangur við vímuefnasýki (Tapp o.fl., 2015) en Olanzapine getur hins vegar dregið úr vímuefnaneyslu tvígreindra einstaklinga (Zhornitsky o.fl., 2010). Flogaveikilyfið Lamotrigine sýndi einnig ágætan árangur gegn þunglyndi (Geddes og Miklowitz, 2013) og þegar þegar flogaveikilyf er tekið samhliða Litíum þá minnkar löngun í vímuefni (Kelly o.fl., 2012). Bent var á að ekki ætti að nota einungis þunglyndislyf vegna hættu á örlyndislotu og því betra að nota þau samhliða öðrum lyfjum (Lloyd, Giaroli, Taylor og Tracy, 2011).

Þær einstaklingsmeðferðir sem notaðar hafa verið eiga það sameiginlegt að leggja áherslu á fræðslu og meðvitund yfir einkennum sjúkdómsins og koma reglu á daglegar athafnir (Geddes og Miklowitz, 2013).

Áhugahvetjandi samtal virðist henta betur sem meðferð við vímuefnasýki (Jones o.fl., 2011) en þegar um tvígreiningu er að ræða þá er betra að bæta aðferðum hugrænnar atferlismeðferðar inn í meðferð (Cleary, Hunt, Matheson og Walter, 2009). Hugræn atferlismeðferð dró úr einnkennum þunglyndis, bætti félgaslega virkni, fækkaði dögum í þunglyndi um helming miðað við einstaklingsgeðfræðslu (Searson, Manseli, Lowens og Tai, 2012). Í einu rannsókninni á einstaklingsgeðfræðslu sýndu niðurstöður að hún minnkar líkur á örlyndi frekar en þunglyndi (Geddes og Miklowitz, 2013). Geðfræðsla í hóp fækkaði einnig lotum og lengra varð á milli þeirra (Colom o.fl., 2004). IPSRT hefur einungis verið notuð við geðhvarfasýki og hefur sýnt áhrif bæði á örlyndi og þunglyndi (Inder o.fl., 2015), sem hinar aðferðirnar hafa ekki sýnt og því vert að rannsaka hana betur og mögulega með tilliti til vímuefnasýki.

Sambætt hópameðferð með sérstaka áherslu á tvígreiningu: geðhvarfasýki og vímuefnasýki (Weiss o.fl., 1999) þykir henta vel og styðst hún við aðferðir áhugahvetjandi samtals, hugrænnar atferlismeðferðar og geðfræðslu (Doweiko, 2012; Drake, O'Neal og Wallach, 2007). Betra þykir að leggja áherslu á báða sjúkdómana í einu heldur en einunigs annan þeirra þegar kemur að hópmeðferð (Weiss, Griffin, Kolodziej og Greenfield, 2007), ásamt því að byggja þetta upp sem jafningahópmeðferð (Drake, Mueser og Brunette, 2007).

Sjúkdómarnir hafa áhrif á alla fjölskylduna, líkt og óstöðugt ástand sjúklingsins og því þarf hún líka stuðning, fræðslu og ráð til að takast á við ástandið (Miklowitz, 2008). Þátttaka og stuðningur fjölskyldu hefur verið tengt við betri framgöngu sjúkdómanna (Clark, 2001) en rannsóknir hafa sýnt að fjölskyldumeðferð fækkar lotum og innlögnum (Reinares o.fl., 2002), hraðari bati verður og styttri tími sem einstaklingur ver í þunglyndi og ekki eins alvarleg örlyndiseinkenni (Miklowitz o.fl., 2013).

Eftirmeðferðir eru mikilvægar fyrir áframhaldandi bata og hefur ACT, samfélagsleg teymisvinna, verið þróuð sérstaklega fyrir einstaklinga með alvarlegar geðraskanir. ACT byggir á sambættri meðferð og kemur að lyfjum, einkennum sjúkdóms, endurhæfingu í samfélaginu, vímuefnameðferð, félagslegri þjónustu og aðstoð við fjölskyldu (Bond og Drake, 2015). Rannsóknir gefa til kynna fækkun spítalaheimsókna (Bond o.fl., 2001; Rapp og Goscha, 2004).

Sjálfs hjálparhópar geta veitt ómetanlegan félagslegan stuðning og hefur hópurinn DTR verið þróaður sérstaklega fyrir einstaklinga með tvígreiningar (Mueser, Noordsy, Drake og Fox, 2003). Rannsóknarniðurstöður sýndu að hann dregur úr neyslu, bæta fylgni einstaklinga við lyfjatöku með aukinni meðvitund yfir sjúkdómunum og auka lífsgæði (Matusow o.fl., 2013; Rosenblum o.fl., 2014).

Meðferðir fyrir fólk með tvígreiningar á Íslandi fara helst fram á LSH og hjá SÁÁ. LSH er með ýmis úrræði í boði fyrir þá sem glíma við geðhvarfasýki og eins er SÁÁ með fjölda úrræða í boði fyrir þá sem eiga við vímuefnasýki að stríða. Það sem er hins vegar í boði fyrir einstaklinga með tvígreiningar er meðferð á fíknigeðdeild LSH (LSH, e.d.-e). Móttökudeild 33A er afeitrunardeild og starfa þar þverfagleg teymi og er skjólstæðingur með sama meðferðateymi allan þann tíma sem hann dvelur þar (LSH, e.d.-m). Á göngudeild 31C fer svo fram fráhrarfsmeðferð, einstaklings- og hópaviðtöl (LSH, e.d.-i).

Teigur-dagdeild sér svo um eftirmeðferð og sinnir þeim sem hafa náð lágmarksjafnvægi (LSH, e.d.-r). Meðferðin byggist á hópameðferð, þar sem stuðst er við hugræna atferlismeðferð, ásamt geðfræðslu og áhugahvetjandi samtali (Helgi Héðinsson og Hjördís Tryggvadóttir, 2013). Á deildinni starfa meðal annarra áfengis- og vímuefnaráðgjafar og félagsráðgjafar (Embætti landlæknis, e.d.-b).

Félagsráðgjafar koma iðulega að málum þessa sjúklingahóps og starfa þeir meðal annars á LSH (Embætti landlæknis, e.d.-b). Þar veita þeir skjólstæðingum ráðgjöf og upplýsingar, sem og stuðning við þá og fjölskyldur þeirra (Lesser, 2000; Vigdís Jónsdóttir, 2006). Eins starfa þeir í teyllum innan deilda LSH (LSH, e.d.-b).

Heimildaskrá

Albanese, M.J. og Pies, R. (2004). The bipolar patient with comorbid substance use disorder. *CNS drugs*, 18(9), 585-596. Sótt 4. ágúst 2015 af <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=1e578063-7ede-44e3-8370-89e30b4dee2b%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4207&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=13610782&db=aph>

APA. (e.d.). *About APA*. Sótt 5. apríl 2015 af <http://www.psychiatry.org/about-apa>

APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R. og Conrod, P. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 341. Sótt 289. mars 2016 af <http://search.proquest.com/docview/1778066485/fulltext/EFD23CCF7C24F25PQ/1?accountid=27513>

Bizzarri, J.V., Rucci, P., Sbrana, A., Miniati, M., Raimondi, F., Ravani, L. o.fl. (2009). Substance use in severe mental illness: self-medication and vulnerability factors. *Psychiatry Research*, 165, 88-95. Sótt 19. Febrúar 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165178107003630>

Bogenschutz, M., Geppert, C. og George, J. (2006). The Role of Twelve-Step Approaches in Dual Diagnosis Treatment and Recovery. *American Journal on Addiction*, 15, 50-60. Sótt 7. apríl 2016 af <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=9540b09b-a3ec-49d3-9465-a48366dadee4%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4207&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d&preview=false#AN=19540894&db=aph>

Bogenschutz, M.P., Rice, S.L., Tonigan, J.S., Vogel, H.S., Nowinski, J., Hume, D. o.fl. (2014). 12-STEP FACILITATION FOR THE DUALY DIAGNOSED: A RANDOMIZED CLINICAL TRIAL. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46, 403-411. Sótt 7. apríl 2016 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3976999/>

Bond, G.R. og Drake, R.E. (2015). The critical ingredients of assertive community treatment. *World Psychiatry, 14*, 240-242. Sótt 7. apríl 2016 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/wps.20234/full>

Bond, G.R., Drake, R.E., Mueser, K.T. og Latimer, E. (2001). Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Illness: Critical Ingredients and Impact on Patients. *Disease Management & Health Outcomes, 9*, 141-159. Sótt 7. apríl 2016 af <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=3bf27cb0-1e74-49be-847f-36525e618853%40sessionmgr105&vid=0&hid=102&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d&preview=false#db=aph&AN=4308076>

Bossert, J.M., Marchant, N.J., Calu, D.J. og Shaham, Y. (2013). The reinstatement model of drug relapse: recent neurobiological findings, emerging research topics, and translational research. *Psychopharmacology, 229*, 453-476. Sótt 2. mars 2016 af <http://link.springer.com/article/10.1007/s00213-013-3120-y>

Brjánn Bjarnason. (2005). Lyfjameðferð við geðhvarfasjúkdómi. *Geðvernd, 34*, 29-34. Sótt 23. mars 2016 af <http://www.hirsla.lsh.is/lsh/handle/2336/92221>

Brynja Óskarsdóttir. (2006). Um mikilvægi faghandleiðslu á sjúkrastofnunum. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn* (bls. 296-310). Reykjavík: Háskóli Íslands.

Calkin, C. og Alda, M. (2012). Beyond the guidelines for bipolar disorder: practical issues in long-term treatment with lithium. *Canadian journal of psychiatry, 57*(7), 437-445. Sótt 4. ágúst 2015 af <http://search.proquest.com/docview/1030426052/FCCA24C0C17C43A4PQ/11?accountid=27513>

Cipriani, A., Hawton, K., Stockton, S. og Geddes, J.R. (2013). Lithium in the prevention of suicide in mood disorders: updated systematic review and meta-analysis. *BMJ, 346*, 1-13. Sótt 24. mars 2016 af <http://www.bmj.com/content/bmj/346/bmj.f3646.full.pdf>

- Cipriani, A., Pretty, H. Hawton, K. og Geddes, J.R. (2005). Lithium in the Prevention of Suicidal Behavior and All-Cause Mortality in Patients With Mood Disorders: A Systematic Review of Randomized Trials. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1805-1819. Sótt 25. mars 2016 af
<http://ajp.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ajp.162.10.1805>
- Clark, R.E. (2001). Family Support and Substance Use Outcomes for Persons With Mental Illness and Substance Use Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 27, 93-101. Sótt 5. apríl 2016 af
http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/27/1/93.abstract?ijkey=1bab598542bdff994e956acf2632bd4a5d9a7f&keytype=tf_ipsecsha
- Cleary, M., Walter, G., Hunt, G.E., Clancy, R. og Horsfall, J. (2008). Promoting Dual Diagnosis Awareness in Everyday Clinical Practice. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Service*, 46, 43-9. Sótt 28. mars 2016 af
<http://search.proquest.com/docview/225534902?accountid=27513>
- Cleary, M., Hunt, G.E., Matheson, S. og Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 238-258. Sótt 29. mars 2016 af
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2008.04879.x/abstract>
- Colom, F. og Vieta, E. (2004). Improving the outcome of bipolar disorder through non-pharmacological strategies: the role of psychoeducation. *Rev Bras Psiquiatr*, 26, 47-50. Sótt 15. nóvember 2015 af http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000700011&script=sci_arttext&tlng=en
- Colom, F., Vieta, E., Martinez, A., Jorquera, A. og Gastó, C. (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 3-9. Sótt 15. nóvember 2015 af
<http://www.karger.com/Article/Pdf/12252>
- Colom, F., Vieta, E., Martinez, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A. o.fl. (2003). A Randomized Trial on the Efficacy of Group Psychoeducation in the Prophylaxis of Recurrences in Bipolar Patients Whose Disease Is in Remission. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 402-407. Sótt 15. nóvember 2015 af
<http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=207340>

Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Torrent, C., Reinares, M. o.fl. (2004). Psychoeducation in bipolar patients with comorbid personality disorders. *Bipolar disorders*, 6, 294-298. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5618.2004.00127.x/pdf>

Colom, F., Vieta, E., Sánchez-Moreno, J., Palomino-Otiniano, R., Reinares, M., Goikolea, J.M. o.fl. (2009). Group psychoeducation for stabilised bipolar disorders: 5-year outcome of a randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 194, 260-265. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://bjp.rcpsych.org/content/194/3/260.full.pdf+html>

Costa, R.T.D. (2010). Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10, 1089-99. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://search.proquest.com/docview/577563103/A95862BF74174FB0PQ/6?accountid=28822>

Dodgen, C.E. og Shea, W.M. (2000). *Substance Use Disorder: Assessment and Treatment*. San Diego : Academic Press.

Doweiko, H.E. (2012). *Concepts of chemical dependency* (8. útgáfa). USA: Brooks/Cole, Cengage Learning.

Drake, R.E. og Mueser, K.T. (2000). Psychosocial approaches to dual diagnosis. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 105-118. Sótt 30. júlí 2015 af <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/26/1/105.full.pdf>

Drake, R.E., Mueser, K.T. og Brunette, M.F. (2007). Management of persons with co-occurring severe mental illness and substance use disorder: program implications. *World Psychiatry*, 6, 131-136. Sótt 16. ágúst 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2174596/>

Drake, R.E., O'Neal, E.L. og Wallach, M.A. (2007). A systematic review of psychosocial research on psychosocial interventions for people with co-occurring severe mental

and substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 123-138. Sótt 21.nóvember 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17574803/>

Drake, R.E. og Wallach, M.A. (2000). Dual Diagnosis: 15 Years of Progress. *Psychiatric Services*, 51, 1126-29. Sótt 5. mars 2016 af <http://www.dualdiagnosis.co.uk/uploads/documents/originals/DD%2015%20years%20on%20-%20drake.pdf>

Drake, R.E. og Whitley, R. (2014). Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 59, 236-42. Sótt 6. apríl 2016 af <http://search.proquest.com/docview/1545106711/A1F0DFF3E9634ACFPQ/13?accountid=27513>

Eiríkur Líndal og Jón G. Stefánsson. (2009). Algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið*, 95, 559-64. Sótt 5. maí 2016 af <http://www.hirsla.lsh.is/lsh/handle/2336/85020?locale=is>

Elín Ebba Ásmundsdóttir. (2007). Geðrækt geðsjúkra: að ná tökum á tilverunni. *Iðjubjálfinn*, 2, 13-21. Sótt 19. febrúar 2016 af <http://www.hirsla.lsh.is/lsh/handle/2336/19612>

Embætti Landlæknis. (2006). Staðreyndir um vímuefni (2. útgáfa og endurbætt). Reykjavík: Lýðheilsustöð. Sótt 28. apríl 2015 af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item10615/stadreyndir_vimuefni06.pdf

Embætti landlæknis. (e.d.-a). *Geðrækt og fullorðnir*. Sótt 17. febrúar 2016 af <http://www.landlaeknir.is/heilsa-og-lidan/gedraekt/fullordnir/>

Embætti landlæknis. (e.d.-b). *Úttekt á gæðum og öryggi þjónustu á geðsviði Landspítala*. Sótt 7. ágúst 2015 af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item22653/Lokauttektarskyrsla%20-%20gedsvid%20LSHv.pdf>

Eroglu, M.Z., Karakus, G. og Tamam, L. (2013). Bipolar disorder and suicide. *Dusunen Adam The journal of psychiatry and neurological sciences*, 26, 139-147. Sótt 22. mars af <http://search.proquest.com/docview/1430974490?accountid=27513>

Félagsráðgjafafélag Íslands. (e.d.). *Síðareglur íslenskra félagsráðgjafa*. Sótt 4. Maí 2016 af http://www.felagsradgjof.is/Stjorn/Sidareglur_islenskra_felagsradgjafa/

Félagsráðgjafinn (e.d.). *Um félagsráðgjafann*. Sótt 4. maí 2016 af <http://www.felagsradgjafinn.is/um-f%C3%A9lagsr%C3%A1%C3%B0gjafann>

Fountoulakis, K.N. og Vieta, E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *The International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11(7), 999-1029. Sótt 5. ágúst 2015 af <http://search.proquest.com/docview/222383255/FCCA24C0C17C43A4PQ/13?accountid=27513>

Frank, E., Swartz, H.A. og Kupfer, D. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 593-604. Sótt 3. apríl 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0006322300009690>

Geddes, J.R., Burgess, S. Hawton, K., Jamison, K. og Goodwin, G.M. (2004). Long-Term Lithium Therapy for Bipolar Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Am J Psychiatry*, 161, 217-222. Sótt 24. mars 2016 af <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.161.2.217>

Geddes, J.R. og Miklowitz, D.J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *The Lancet*, 381, 1672-1682. Sótt 20. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613608570>

Geðhjálp. (e.d.). *Geðraskanir: Almennt um geðraskanir*. Sótt 21. Febrúar 2016 af <http://gedhjalp.is/fraedsla/gedraskanir/>

Ghaemi, S.N., Wingo, A.P., Filkowski, M.A. og Baldessarini, R.J. (2008). Long-term antidepressant treatment in bipolar disorder: meta-analyses of benefits and risks.

Acta Psychiatrica Scandinavica, 118(5), 347–356. Sótt 4. ágúst 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718794/>

Goldfinger, S.M., Schutt, R.K., Tolomiczenko, G.S., Seidman, L., Penk, W.E., Turner, W. o.fl. (1999). Housing placement and subsequent days homeless among formerly homeless adults with mental illness. *Psychiatric services*, 50, 674-679. Sótt 16. ágúst 2015 af <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.50.5.674>

Gonzales-Pinto, A., Gonzales, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J. o.fl. (2004). Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 83-90. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.0001-690X.2003.00240.x/pdf>

Gregg, L., Barrowclough, C. og Haddock, G. (2007). Reasons for increased substance use in psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27, 494-510. Sótt 6. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735806001140>

Gutierrez, M.J. og Scott, J. (2004). Psychological treatment for bipolar disorders: A review of randomised controlled trials. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 254(2), 92-98. Sótt. 5. ágúst 2015 af <http://search.proquest.com/docview/214158169/B235C7B2731C4FB4PQ/16?accountid=27513>

Hagstofa Íslands. (e.d.). *Lykiltölur mannfjöldans 1703-2016*. Sótt 28. febrúar 2016 af http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfjoldi__1_yfirlit__Yfirlit/MA N00000.px/

Hawkins, R.L. og Abrams, C. (2007). Disappearing acts: The social networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders. *Social Science & Medicine*, 65, 2031-2042. Sótt 6. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953607003504>

Helgi Héðinsson og Hjördís Tryggvadóttir. (2013). Hugræn atferlismeðferð við áfengisog vímuefnavanda og geðrænum vanda á fíknigeðdeild Landspítala. *Geðvernd*, 42, 27-

31. Sótt 7. ágúst 2015 af <http://gedvernd.is/wp-content/uploads/2011/08/Ge%C3%B0vernd-2013.pdf>

Hoberg, A.A., Ponto, J., Nelson, P.J. og Frye, M.A. (2013). Group Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Bipolar Depression. *Perspect Psychiatr Care*, 49, 226-234. Sótt 3. apríl 2016 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156105/>

Hoblyn, J.C., Balt, S.L., Woodard, S.A. og Brooks, J.O. (2009). Substance use disorders as risk factors for psychiatric hospitalization in bipolar disorder. *Psychiatric services*, 60(1), 50-55. Sótt 31. júlí 2015 af <http://search.proquest.com/docview/213078791/18580D2EF39F4A36PQ/3?accountid=27513>

Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E. og Walter, G. (2009). Psychosocial Treatments for People with Co-occurring Severe Mental Illnesses and Substance Use Disorders (Dual Diagnosis): A Review of Empirical Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 24-34. Sótt 28. mars 2016 af <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=fbe8556f-da04-4226-9127-1cf8b654f668%40sessionmgr4001&vid=0&hid=4207&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d&preview=false#db=aph&AN=36449575>

Hrefna Ólafsdóttir. (2006). Börn og geðræn vandkvæði. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn* (bls. 111-127). Reykjavík: Háskóli Íslands.

Inder, M.L., Crowe, M.T., Luty, S.E., Carter, J.D., Moor, S., Frampton, C.M. o.fl. (2015). Randomized, controlled trial of Interpersonal and Social Rhythm Therapy for young people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 17, 128-138. Sótt 3. apríl 2016 af https://www.researchgate.net/profile/Marie_Crowe/publication/267396057_Randomized_controlled_trial_of_Interpersonal_and_Social_Rhythm_Therapy_for_young_people_with_bipolar_disorder/links/546dab400cf26e95bc3cc372.pdf

Jones, S., Barrowclough, C., Allott, R., Day, C., Earnshaw, P. og Wilson, I. (2011). Integrated Motivational Interviewing and Cognitive-Behavioural Therapy for Bipolar Disorder with Comorbid Substance Use. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18, 426-437. Sótt 28. mars 2016 af <http://web.a.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=543f8ff3-7275-4782-90eb->

354486d97539%40sessionmgr4004&vid=0&hid=4207&bdata=JnNpdGU9ZWVhc3QtbGl2ZQ%3d%3d&preview=false#AN=65804089&db=aph

Jóna Margrét Ólafsdóttir. (2012). *Fíknisjúkdómar og samskipti: Viðbrögð og vinnureglur*. Sótt 15. mars 2015 af http://www.academia.edu/8938753/%C3%93lafsd%C3%B3ttir_J.M._2012_.F%C3%ADknisj%C3%BAkd%C3%B3mar_og_samskipti_Vi%C3%B0br%C3%B6g%C3%B0_og_vinnureglur_Addiction_and_communication_Intervention_and_work_protocols_.Reykjavik_University_of_Iceland_Press

Kasper, S. (2003). Issues in the treatment of bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 13(2), 37-42. Sótt 4. ágúst 2015 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X03000762?np=y>

Keck, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., West, S.A., Sax, K.W., Hawkins, J.M. o.fl. (1998). 12-Month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *The american journal of psychiatry*, 155(5), 646-652. Sótt 30. júlí 2015 af <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.155.5.646>

Kelly, T.M., Daley, D.C. og Douaihy, A.,B. (2012). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addict behaviors*, 37, 11-24. Sótt 17. ágúst 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21981788>

Kenneson, A., Funderburk, J.S. og Maisto, S.A. (2013). Substance use disorders increase the odds of subsequent mood disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 133, 338-343. Sótt 19. febrúar af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871613002305>

Khouzam, H.R. og Singh, F. (2006). Bipolar disorder: historic perspective, current pharmacologic treatment options and a review of quetiapine. *Expert review of neurotherapeutics*, 6(2), 131-144. Sótt 4. ágúst 2015 af <http://search.proquest.com/docview/889788232/FCCA24C0C17C43A4PQ/1?accountid=27513>

- Lam, D.H., Bright, J., Jones, S., Hayward, P., Schuck, N., Chisholm, D. o.fl. (2000). Cognitive therapy for bipolar illness – A pilot study of relapse prevention. *Cognitive therapy and research*, 24, 503-520. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://link.springer.com/article/10.1023/A:1005557911051>
- Lam, D.H., Hayward, P., Watkins, E.R., Wright, K. og Sham, P. (2005). Relapse Prevention in Patients With Bipolar Disorder: Cognitive Therapy Outcome After 2 Years. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 324-9. Sótt 29. mars 2016 af <http://search.proquest.com/docview/220483749?accountid=27513>
- Lam, D.H., Watkins, E.R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N. o.fl. (2003). A Randomized Controlled Study of Cognitive Therapy for Relapse Prevention for Bipolar Affective Disorder: Outcome of the First Year. *Arch Gen Psychiatry*, 60, 145-152. Sótt 29. mars 2016 af <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=207181&resultclick=1>
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-a). *Bráðageðdeild 32C og 32CB*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14174>
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-b). *Bæklingur samfélagsgeðteymis*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=27107>
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-c). *Dagdeild Hvítabandi*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14706>
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-d). *Endurhæfingargeðdeild 7 og 5 daga*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14186>
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-e). *Fíknigeðdeild*. Sótt 7. ágúst 2015 af <http://www.landspitali.is/?PageID=15511>
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-f). *Geðheilbrigðisþjónusta utan LSH*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/gedheilbrigdisthjonusta-utan-lsh/>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-g). *Geðstuðningur utan heilbrigðisstofnana*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/studningur-og-adstod/gedstudningur-utan-heilbrigdisstofnana/>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-h). *Göngudeild endrhæfingar*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14190>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-i). *Göngudeild fíknimeðferðar 31C*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14182>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-j). *Göngudeild 31E*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14181>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-k). *Laugarásinn - meðferðargeðdeild*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14189>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-l). *Móttökugeðdeild 32A*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14173>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-m). *Móttökugeðdeild 33A*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14176>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-n). *Móttökugeðdeild 33C*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14175>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-o). *Samfélagsgeðteymi*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=15548>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-p). *Sérhæfð endurhæfingargeðdeild*. Sótt 9. Apríl 2016 af <http://www.landspitali.is/?PageID=14185>

Landspítali Háskólasjúkrahús. (e.d.-r). *Teigur - dagdeild*. Sótt 7. ágúst 2015 af <http://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/deildir/fiknigeddeild/dagdeild-fiknimedferdar/>

Leibenluft, E., Albert, P.S., Rosenthal, N.E. og Wehr, T.A. (1996). Relationship between sleep and mood in patients with rapid-cycling bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 63, 161-168. Sótt 3. apríl 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0165178196028545>

Lesser, J.G. (2000). Clinical social work and family medicine: A partnership in community service. *Health & Social Work*, 25, 119-26. Sótt 15. apríl 2016 af <http://search.proquest.com/docview/210563093?accountid=27513>

Lloyd, L.C., Giaroli, G., Taylor, D. og Tracy, D.K. (2011). Bipolar depression: clinically missed, pharmacologically mismanaged. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 1(5), 153-162. Sótt 4. ágúst 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3736904/>

María Jónsdóttir. (2006). Þroskahömlun – lífsgæði og velferð. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn* (bls. 128-140). Reykjavík: Háskóli Íslands.

Matusow, H., Guarino, H., Rosenblum, A., Vogel, H., Uttaro, T., Khabir, S. o.fl. (2013). Consumers' Experiences in Dual Focus Mutual Aid for Co-occurring Substance Use and Mental Health Disorders. *Substance Abuse: Research and Treatment*, 7, 39-47. Sótt 7. apríl 2016 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23515888/>

Mazza, M., Mandelli, L., Nicola, M.D., Harnic, D., Catalano, V., Tedeschi, D. o.fl. (2009). Clinical features, response to treatment and functional outcome of bipolar disorder patients with and without co-occurring substance use disorder: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 115, 27-35. Sótt 7. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032708003571>

- McElroy, S.L., Altshuler, L.L., Suppes, T., Keck, P.E., Frye, M.A., Denicoff, K.D. o.fl. (2001). Axis I Psychiatric Comorbidity and Its Relationship to Historical Illness Variables in 288 Patients With Bipolar Disorder. *The american journal of psychiatry*, 153, 420-426. Sótt 21. júlí 2015 af <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.158.3.420>
- McHugo, G.J., Bebout, R.R., Harris, M., Cleghorn, S., Herring, G., Xie, H. o.fl. (2004). A randomized controlled trial of integrated versus parallel housing services for homeless adults with severe mental illness. *Schizophrenia Bulletin*, 30, 969-982. Sótt 17. ágúst 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15957201/>
- Meade, C.S., Graff, F.S., Griffin, M.L. og Weiss, R.D. (2008). HIV risk behavior among patients with co-occurring bipolar and substance use disorders: Associations with mania and drug abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 92, 296-300. Sótt 9. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871607002852>
- Meyer, T.D. og Hautzinger, M. (2012). Cognitive behavior therapy and supportive therapy for bipolar disorders: relapse rates for treatment period and 2-year follow-up. *Psychological Medicine*, 42, 1429-39. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://search.proquest.com/docview/1015640899/A95862BF74174FB0PQ/2?accountid=28822>
- Miklowitz, D.J. (2008). *Bipolar disorder: a family-focused treatment approach* (2. útgáfa). New York: The Guilford Press.
- Miklowitz, D..J. (2011). *The bipolar disorder survival guide* (2. útgáfa). New York: The Guilford Press.
- Miklowitz, D.J., Axelson, D.A., Birmaher, B., George, E.L., Taylor, D.O., Schneck, C.D. o.fl. (2008). Family-Focused Treatment for Adolescents With Bipolar Disorder: Results of a 2-Year Randomized Trial. *Arch Gen Psychiatry*, 65, 1053-1061. Sótt 22. nóvember 2015 af <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210139>
- Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Kogan, J.N., Sachs, G.S. o.fl. (2007). Intensive Psychosocial Intervention Enhances Functioning in Patients

With Bipolar Depression: Results From a 9-Month Randomized Controlled Trial. *Am J Psychiatry*, 164, 1340-1347. Sótt 26. mars 2016 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3579578/>

Miklowitz, D.J., Otto, M.W., Frank, E., Reilly-Harrington, N.A., Wisniewski, S.R., Kogan, J.N. o.fl. (2007). Psychosocial Treatments for Bipolar Depression: A 1-Year Randomized Trial From the Systematic Treatment Enhancement Program. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 419-426. Sótt 26. mars 2016 af <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=210013&resultclick=1>

Montgomery, H.A., Miller, W.R. og Tonigan, J.S. (1995). Does alcoholics anonymous involvement predict treatment outcome? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12, 241-246. Sótt 21. nóvember 2015 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/074054729500018Z>

Moos, R.H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and alcohol dependence*, 88, 109-121. Sótt 7. nóvember 2015 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871606004091>

Morisano, D., Babor, T.F. og Robaina, K.A. (2014). Co-occurrence of substance use disorders with other psychiatric disorders: implications for treatment services. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 31(1), 5-25. Sótt 28. júlí 2015 af <http://search.proquest.com/docview/1508437801/E63231CD95EB48C8PQ/28?accountid=27513>

Mueser, K.T., Drake, R.E. og Wallach, M.A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. *Addictive behaviors*, 23, 717-734. Sótt 15. ágúst 2015 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460398000732?np=y>

Mueser, K.T., Glynn, S.M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L.F. o.fl. (2013). A Randomized Controlled Trial of Family Intervention for Co-occurring Substance Use and Severe Psychiatric Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 39, 658-672. Sótt 5. apríl 2016 af <https://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/39/3/658.full>

Mueser, K.T, Noordsy, D.L., Drake, R.E. og Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice*. New York: The Guilford Press.

National alliance on mental illness. (e.d.-a). *Bipolar disorder*. Sótt 21. júlí 2015 af <https://www.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Bipolar-Disorder>.

National institute of mental health. (e.d.-b). *Serious mental illness (SMI) among U.S. adults*. Sótt 20. júlí 2015 af <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/serious-mental-illness-smi-among-us-adults.shtml>

Nivoli, A., Murru, A. og Vieta, E. (2010). Lithium: still a cornerstone in the long-term treatment in bipolar disorder? *Neuropsychobiology*, 62(1), 27-35. Sótt 4. ágúst 2015 af <http://search.proquest.com/docview/750427656/FCCA24C0C17C43A4PQ/12?accountid=27513>

Novick, D.M.; Swartz, H.A. og Frank, E. (2010). Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence. *Bipolar Disorders*, 12, 1-9. Sótt 21. mars 2016 af <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e19b7498-ed86-4fc2-8e30-cb655fa71d7a%40sessionmgr4002&vid=1&hid=4206>

Palmieri, C.D. og Accordino, M.P. (2004). Dual Diagnosis: Effective Treatment and Barriers to Recovery. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 35, 35-41. Sótt 27. mars 2016 af <http://search.proquest.com/docview/216491016?accountid=27513>

Parikh, S.V., Zaretsky, A., Beaulieu, S., Yatham, L.N., Young, L.T., Patelis-Siotis, I. o.fl. (2012). A Randomized Controlled Trial of Psychoeducation or Cognitive-Behavioral Therapy in Bipolar Disorder: A Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 803-10. Sótt 29. mars 2016 af https://www.researchgate.net/publication/229090101_A_Randomized_Controlled_Trial_of_Psychoeducation_or_Cognitive-Behavioral_Therapy_in_Bipolar_Disorder_A_Canadian_Network_for_Mood_and_Anxiety_Treatments_CANMAT_Study

Páll Ólafsson. (2010). Ávarp formanns FÍ. *Tímarit félagsráðgafa*, 1, 54-55. Sótt 4. maí 2016 af <http://www.felagsradgjof.is/files/4f75955238757.pdf>

Perlick, D.A., Miklowitz, D.J., Lopez, N., Chou, J., Kalvin, C., Adzhiasvili, V. o.fl. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12, 627-637. Sótt 22. nóvember 2015 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5618.2010.00852.x/pdf>

Perry, A., Tarrier, N., Morris, R., McCarthy, E. og Limb, K. (1999). Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*, 318, 149-153. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://www.bmj.com/content/318/7177/149?linkType=FULL&resid=318/7177/149&journalCode=bmj>

Pettersen, H., Ruud, T., Ravndal, E. og Landheim, A. (2013). Walking the fine line: Self-reported reasons for substance use in persons with severe mental illness. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8. Sótt 10. mars 2016 af <http://search.proquest.com/docview/1629449686?accountid=27513>

Pettinati, H.M., O'Brien, C.P. og Dundon, W.D. (2013). Current Status of Co-Occurring Mood and Substance Use Disorders: A New Therapeutic Target. *Am J Psychiatry*, 170, 23-30. Sótt 27. mars 2016 af <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.ajp.2012.12010112>

Phillips, M.L. og Kupfer, D.J. (2013). Bipolar disorder diagnosis: challenges and future directions. *The Lancet*, 381, 1663-1671. Sótt 26. febrúar 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673613609897>

Popovic, D., Reinales, M., Goikolea, J.M., Bonnin, C.M., Gonzalez-Pinto, A. og Vieta, E. (2012). Polarity index of pharmacological agents used for maintenance treatment of bipolar disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 22, 339-346. Sótt 23. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X11002616>

Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M. o.fl. (2007). Global Mental Health 1: No health without mental health. *The Lancet*, 14, 859-77. Sótt 23. febrúar 2016 af

http://search.proquest.com/docview/199003899?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo

Rapp, C.A. og Goscha, R.J. (2004). THE PRINCIPLES OF EFFECTIVE CASE MANAGEMENT OF MENTAL HEALTH SERVICES. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 27, 319-333. Sótt 7. apríl 2016 af <http://search.proquest.com/docview/204780194?accountid=27513>

Rassol, G.H. (2006). Understanding Dual Diagnosis: an Overview. Í G.H. Rassol (ritstjóri), *Dual Diagnosis Nursing* (bls. 3-15). Singapore: Blackwell Publishing. Sótt 7. mars 2016 af http://samples.sainsburysebooks.co.uk/9780470777541_sample_386581.pdf

Rea, M.M., Miklowitz, D.J., Tompson, M.C., Goldstein, M.J., Hwang, S. og Mintz, J. (2003). Family-Focused Treatment Versus Individual Treatment for Bipolar Disorder: Results of a Randomized Clinical Trial. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 71, 482-492. Sótt 6. apríl 2016 af https://www.researchgate.net/profile/Jim_Mintz/publication/10717131_Family-focused_treatment_versus_individual_treatment_for_bipolar_disorder_Results_of_a_randomized_clinical_trial/links/53e153d70cf24f90ff63a777.pdf

Reinares, M., Colom, F., Martinez, A., Benabarre, A. og Vieta, E. (2002). Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 71, 2-10. Sótt 22. nóvember 2015 af <http://search.proquest.com/docview/235453953/AE98B14F3BA2441APQ/2?accountid=28822>

Rosenberg, S.D., Trumbetta, S.L., Mueser, K.T., Goodman, L.A., Osher, F.C., Vidaver, R.M. o.fl. (2001). Determinants of risk behavior for HIV/AIDS in people with severe and persistent mental illness. *Comprehensive psychiatry*, 42, 263-271. Sótt 17. ágúst 2015 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X01078932>

Rosenblum, A., Matusow, H., Fong, C., Vogel, H., Uttaro, T., Moore, T.L. o.fl. (2014). Efficacy of Dual Focus Mutual Aid for Persons with Mental Illness and Substance Misuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 135, 78-87. Sótt 7. apríl 2016 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4261224/>

Samtök áhugafólks um áfengis og vímuefnavandann. (e.d.-a). *Meðferð - heilbrigðisþjónusta*. sótt 10. apríl 2016 af <http://saa.is/medferdir/hvad-er-medferd/>

Samtök áhugafólks um áfengis og vímuefnavandann. (e.d.-b). *Sjúkrahúsið Vogur*. sótt 10. apríl 2016 af <http://saa.is/medferdir/sjukrahusid-vogur/>

Schinnar, A.P., Rothbard, A.B., Kanter, R. og Jung, Y.S. (1990). An Empirical Literature Review of Definitions of Severe and Persistent Mental Illness. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 1602-8. Sótt 21. febrúar 2016 af <http://search.proquest.com/docview/220494889?accountid=27513>

Schulte, S.J., Meier, P.S. og Stirling, J. (2011). Dual diagnosis clients' treatment satisfaction - a systematic review. *BMC Psychiatry*, 11, 64-75. Sótt 27.mars 2016 af <http://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-11-64>

Searson, R., Manseli, W., Lowens, I. og Tai, S. (2012). Think Effectively About Mood Swings (TEAMS): A case series of cognitive-behavioural therapy for bipolar disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 770-779. Sótt 29. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005791611001029>

Sigrún Júlíusdóttir. (2006). Félagsraðgjöf í heilbrigðisþjónustu – eitt sérfræðisvið. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn* (bls. 33-48). Reykjavík: Háskóli Íslands.

Sigurður Páll Pálsson. (2005). Greining geðhvarfasjúkdóms. *Geðvernd*, 1, 6-12. Sótt 21. júlí 2015 af <http://gedvernd.is/wp-content/uploads/2012/08/2005.pdf>

Sinha, R. (2008). Chronic Stress, Drug Use, and Vulnerability to Addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1141, 105-130. Sótt 5. mars 2016 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1196/annals.1441.030/full#t1>

Slade, M. (2010). Mental illness and well-being: the central importance of positive psychology and recovery approaches. *BMC Health Service Research*, 10. Sótt 19.

febrúar 2016 af

<http://search.proquest.com/docview/902221862/C9620A8C36694AD9PQ/1?accountid=27513>

Smith, D.J., Griffiths, E., Kelly, M., Hood, K., Craddock, N. og Simpson, S.A. (2011). Unrecognised bipolar disorder in primary care patients with depression. *The British Journal of Psychiatry*, 199, 49-56. Sótt 29. febrúar 2016 af <http://bjp.rcpsych.org/content/199/1/49.full.pdf+html>

Smith, D., Jones, I. og Simpson, S. (2010). Psychoeducation for bipolar disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 16, 147-154. Sótt 15. nóvember 2015 af <http://apt.rcpsych.org/content/aptrpsych/16/2/147.full.pdf>

Smith, J.P. og Randall, C.L. (2012). Anxiety and Alcohol Use Disorders: Comorbidity and Treatment Considerations. *Current Reviews*, 34. Sótt 24. febrúar 2016 af <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/arcr344/414-431.htm>

Steadman, H.J., Mulvey, E.P., Monahan, J., Robbins, P.C., Appelbaum, P.S., Grisso, T. o.fl. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighborhoods. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 393-401. Sótt 16. ágúst 2015 af <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=203874&resultclick=1>

Sterling, S., Chi, F. og Hinman, A. (2013). Integrating Care for People With Co-Occurring Alcohol and Other Drug, Medical, and Mental Health Conditions. *Alcohol Res Health*, 33, 338-349. Sótt 17. Mars 2016 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/mid/NIHMS318046/>

Strakowski, S.M. og DelBello, M.P. (2000). The co-occurrence of bipolar and substance use disorders. *Clinical psychology review*, 20, 191-206. Sótt 6. ágúst 2015 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735899000252>

Strakowski, S.M., DelBello, M.P., Fleck, D.E., Adler, C.M., Anthenelli, R.M., Keck Jr, P.E. o.fl. (2005). Effects of Co-occurring Alcohol Abuse on the Course of Bipolar Disorder

Following a First Hospitalization for Mania. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 851-858. Sótt 23. febrúar 2016 af <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=208891>

Strakowski, S.M., DelBello, M.P., Fleck, D.E., Adler, C.M., Anthenelli, R.M., Keck Jr, P.E. o.fl. (2007). Effects of Co-occurring Cannabis Use Disorders on the Course of Bipolar Disorder After a First Hospitalization for Mania. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 57-64. Sótt 23. febrúar 2016 af <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=209965>

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015, september). *Behavioral Health Trends in the United States: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health*. Sótt 8. mars 2016 af <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUH-FRR1-2014/NSDUH-FRR1-2014.pdf>

Suokas, J.T., Perala, J., Suominen, K., Saarni, S., Lönnquist, J. og Suvisaari, J.M. (2010). Epidemiology of suicide attempts among persons with psychotic disorder in the general population. *Schizophrenia Research*, 124, 22-28. Sótt 4. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996410015380>

Swendsen, J., Conway, K.P., Degenhardt, L., Glantz, M., Jin, R., Merikangas, K.R. o.fl. (2010). Mental disorder as risk factors for substance use, abuse and dependence: results from the 10-year follow-up of the National Comorbidity Survey. *Addiction*, 105, 1117-1128. Sótt 11. febrúar 2016 af <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1360-0443.2010.02902.x/epdf>

Tapp, A., Wood, A.E., Kennedy, A., Sylvers, P., Kilzieh, N. og Saxon, A.J. (2015). Quetiapine for the treatment of cocaine use disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 149, 18-24. Sótt 25. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0376871615000241>

The BALANCE investigators and collaborators. (2010). Lithium plus valproate combination therapy versus monotherapy for relapse prevention in bipolar I disorder (BALANCE): a randomised open-label trial. *The Lancet*, 375, 385-395. Sótt 25. mars 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673609618286>

- Todd, J., Green, G., Harrison, M., Ikuesan, B.A., Self, C., Baldacchino, A. o.fl. (2004). Defining dual diagnosis of mental illness and substance misuse: some methodological issues. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11, 48–54. Sótt 28. júlí 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14723639>
- Tolliver, B.K. og Hartwell, K.J. (2012). Implications and Strategies for Clinical Management of Co-occurring Substance Use in Bipolar Disorder. *Psychiatric annals*, 42, 190-197. Sótt 31. júlí 2015 af <http://search.proquest.com/docview/1013721926/BC8D4FBCE6F3440BPQ/7?accountid=27513>
- Torrens, M., Rossi, P.C., Martines-Riera, R., Martinez-Sanvisens, D. og Bulbena, A. (2012). Psychiatric Co-Morbidity and Substance Use Disorders: Treatment in Parallel Systems or in One Integrated System?. *Substance Use & Misuse*, 47, 1005-1014. Sótt 17. mars 2016 af <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=3daaa273-a7a6-43ae-be16-d6d202b6686a%40sessionmgr103&vid=0&hid=124&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d&preview=false#db=aph&AN=76401005>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2012). *World Drug Report 2012*. Sótt 5. mars 2016 af http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_web_small.pdf
- Velferðarráðuneytið. (e.d.). *Endurhæfingarstarfsemi og meðferðarstofnanir*. Sótt 6. apríl 2016 af <https://www.velferdarraduneyti.is/heilbrigdisthjonusta/endurhaefingarstarfsemi-og-medferdarstofnanir/>
- Vigdís Jónsdóttir. (2006). Sjúkrastofnun og fagleg þjónusta. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn* (bls. 162-171). Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Weiss, R.D., Griffin, M.L., Kolodziej, M.E. og Greenfield, S.F. (2007). A Randomized Trial of Integrated Group Therapy Versus Group Drug Counseling for Patients With Bipolar Disorder and Substance Dependence. *Journal of Psychiatry*, 164, 100-107. Sótt 21. nóvember 2015 af

<http://search.proquest.com/docview/220483821/7355F43B2E82416EPQ/2?accountid=27513>

Weiss, R.D., Kolodziej, M.E., Najavits, L.M., Greenfield, S.F. og Fucito, L.M. (2000). Utilization of psychosocial treatments by patients diagnosed with bipolar disorder and substance dependence. *The american journal on addictions*, 9(4), 314-20. Sótt 31. júlí 2015 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11256355>.

Weiss, R.D., Najavits, L.M. og Greenfield, S.F. (1999). A Relapse Prevention Group for Patients with Bipolar and Substance Use Disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 47-54. Sótt 4. apríl 2016 af <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0740547298000117>

WHO. (2004). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (2. útgáfa). Genf: World Health Organization.

WHO. (2010). *ATLAS on substance use (2010): Resources for the Prevention and Treatment of Substance Use Disorders*. Sótt 3. maí 2016 af http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbatlaschone.pdf?ua=1

WHO. (e.d.-a). *About WHO*. Sótt 3. mars 2015 af <http://www.who.int/about/en/>

WHO. (e.d.-b). *Alcohol*. Sótt 3. mars 2015 af http://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/

WHO. (e.d.-c). *Classifications*. Sótt 3. mars 2015 af <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

WHO. (e.d.-d). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision*. Sótt 3. mars 2015 af <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F31>

WHO. (e.d.-e). *Mental disorders*. Sótt 20. júlí 2015 af
http://www.who.int/topics/mental_disorders/en/

WHO. (e.d.-f). *Mental disorders: key facts*. Sótt 20. júlí 2015 af
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>

WHO. (e.d.-g). *Mental health*. Sótt 20. júlí 2015 af
http://www.who.int/topics/mental_health/en/

WHO. (e.d.-h). *WHO definition of health*. Sótt 20. júlí 2015 af
<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Winokur, G., Coryell, W., Akiskal, H.S., Jack D, M. ofl. (1995). Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: Familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *The American Journal of Psychiatry*, 152, 365-72. Sótt 23. Febrúar 2016 af <http://search.proquest.com/docview/220450556?accountid=27513>

Wittchen, H.U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavson, A., Svenson, M, Jönsson, B. o.fl. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacology*, 21, 655-79. Sótt 4. maí 2016 af <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21896369>

Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., Harris, A. og Parikh, S. (2008). Is Cognitive-Behavioural Therapy More Effective Than Psychoeducation in Bipolar Disorder? *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 441-8. Sótt 19. mars 2016 af <http://search.proquest.com/docview/222799077?pq-origsite=gscholar>

Zhornitsky, S., Rizkallah, É., Pampoulova, T., Chiasson, J.P., Stip, E. og Rompré, P.P. (2010). Antipsychotic Agents for the Treatment of Substance Use Disorders in Patients With and Without Comorbid Psychosis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 30, 417-424. Sótt 26. Mars 2016 af https://www.researchgate.net/profile/S_Potvin/publication/45188788_Antipsychotic_Agents_for_the_Treatment_of_Substance_Use_Disorders_in_Patients_With_and_Without_Comorbid_Psychosis/links/00b4953bf44fbae1da000000.pdf