

SÁLFRÆÐIRITID

25. ÁRGANGUR 2020

ICELANDIC JOURNAL OF PSYCHOLOGY

Endurtekið þunglyndi

Hvað einkennir það og
hversu árangursrík er meðferð
og forvörn gegn því?

Algengi líkamsskynjunar- röskunar á Íslandi

Hugfræði og skynjunar- vísindi í íslömskum vísindaheimi miðalda

Þunglyndiskvarði fyrir börn

Kerfisbundið yfirlit yfir
próffræðilega eiginleika
íslenskrar útgáfu

Störf sjálfstætt starfandi sálfræðinga í samkomubanni í mars og apríl 2020

Bókarýni:

Skömmin – Úr vanmætti í sjálfsöryggi
Náðu tökum á þunglyndi

Titlar lokaritgerða í sálfræði



SÁLFRÆÐINGAFÉLAG
ÍSLANDS



Til greinahöfunda

1. Sálfræðiritið er vettvangur fyrir vandaða og metnaðarfulla fræðilega umræðu um sálfræði og skyldar greinar. Að öllu jöfnu skulu greinar vera á íslensku og áhersla er lögð á að notuð séu íslensk fræðiheiti, sé þess kostur. Í undantekningartilvikum er tekið við greinum á ensku. Þetta á við erlenda fræðimenn sem stunda rannsóknir hérlandis og óska eftir að kynna íslenskum lesendum rannsóknir sínar.
2. Sálfræðiritið kemur út í október ár hvert og þær greinar sem eiga að koma til álita í ritinu þurfa að berast ritstjóra fyrir 1. febrúar sama ár.
3. Sálfræðiritið birtir bæði rannsóknarritgerðir og yfirlitsgreinar. Allt aðsent efni sem tengist sálfræði með einum eða öðrum hætti metur ritnefnd og skoðar með tilliti til útgáfu.
4. Þær kröfur eru gerðar til greinahöfunda að þeir lúti viðteknum venjum um fræðilega framsetningu efnis og vísindaleg vinnubrögð. Greinum sem ekki standast kröfur um framsetningu og efnistök hafnar ritnefnd hvort sem um er að ræða innsendar greinar eða boðsgreinar.
5. Ákvörðun um birtingu byggir á faglegri umsögn um gæði greina og möguleika höfunda til að bregðast við athugasemdum. Innsent efni sem tekið er til ritrýningar fær umsögn þriggja sérfræðinga sem allir skulu vera utan ritnefndar. Umsagnir eru nafnlausar og ritrýnendur fá ekki að vita nöfn höfunda og höfundar fá ekki að vita nöfn ritrýna. Umsögn fylgir ákvörðun um birtingu eða synjun. Algengast er að grein sé samþykkt með fyrirvara um að brugðist sé við ábendingum og tilmælum um breytingar. Eftir að greinarhöfundur hefur brugðist við athugasemdum er grein hans lesin yfir að nýju og honum sendar nýjar ábendingar, fyrri ábendingar ítrekaðar eða hann látinn vita að grein hans sé endanlega samþykkt með áorðnum breytingum.

Framsetning efnis

1. Handrit greina skal senda í tölvupósti til ritstjóra ásamt bréfi frá höfundi. Ef tveir eða fleiri eru höfundar þarf að koma fram í bréfinu hver þeirra verði í forsvari fyrir greinina ásamt yfirlýsingu um að handritið sé sent með samþykki allra höfunda og þeir séu samþykkir röð höfunda eins og hún birtist í handritinu.
2. Innsendar greinar skulu ekki hafa birst í öðrum tímaritum og ekki vera í skoðun hjá öðrum ritnefndum. Undantekning er gerð ef ritnefnd telur greinar sem birst hafa í viðurkenndum erlendum fagtímaritum eftirsóknarverðar til birtingar á íslensku.
3. Miða skal við að framsetning efnis sé í samræmi við nýjustu reglur bandaríska sálfræðingafélagsins (APA) hverju sinni. Greinahöfundar skulu að auki taka mið af fyrri greinum í Sálfræðiritinu varðandi eftirfarandi: Útdráttur skal einnig vera á ensku, og honum fylgir titil greinar og efnisorð á ensku svo og upplýsingar um höfunda á ensku. Athygli er vakin á því að vitna skal til skírnar- og föðurnafns íslensks höfundar en ekki föðurnafns eingöngu eins og gildir um erlenda höfunda. Í Handbók Sálfræðiritsins má finna gagnlegar leiðbeiningar um framsetningu efnis, uppsetningu og fleira.
4. Nauðsynlegt er að höfundar gefi til kynna í handriti hvar þeir vilja að töflur og myndir séu settar. Höfundar skulu takmarka fjölda viðauka og einungis nota neðanmálsgreinar í undantekningartilvikum.
5. Stafabil í texta eiga aldrei að vera fleiri en eitt. Þegar þau þurfa að vera fleiri (t.d. við töflugerð) skal nota dálklykil á lykilorði. Skammstafanir tölfraðiheita skal skáletra. Ensk orð sem höfð eru innan sviga skal einnig skáletra.
6. Greinahöfundar fá senda próförk af uppsettum greinum til skoðunar. Höfundar leiðrétta þá villur en ekki er ætlast til að gerðar séu efnislegar breytingar á próförk. Litið er svo á að þegar höfundar samþykkja að grein fari í umbrot sé hún endanleg frá þeirra hendi. Ritnefnd áskilur sér rétt til að breyta orðalagi eða stafsetningu ef nauðsyn krefur við lokafrágang ritsins.
7. Allar nánari upplýsingar um uppsetningu greina er að finna á heimasíðu Sálfræðingafélags Íslands, www.sal.is

SÁLFRÆÐIRITID

TÍMARIT SÁLFRÆÐINGAFÉLAGS ÍSLANDS

25. ÁRGANGUR

2020

Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands er gefið út einu sinni á ári. Áskrift að tímaritinu er hægt að panta hjá ritstjóra (ritstjorn@sal.is) eða hjá Sálfræðingafélagi Íslands (sal@sal.is, sími 595-5190). Tilkynningum um breytt heimilisföng er hægt að koma áleiðis eftir sömu leiðum.

Upplýsingar um ritið eru á vef Sálfræðingafélags Íslands (www.sal.is).

Efni þessa tímarits má ekki afrita með neinum hætti, svo sem ljósmyndun, ljósritun, prentun, hljóðritun eða á annan sambærilegan hátt, að hluta eða í heild, án skriflegs leyfis höfunda og útgefanda.

Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands

© Sálfræðingafélag Íslands, Borgartúni 6, 105 Reykjavík.

ISSN 1022-8551

Icelandic Journal of Psychology

© Icelandic Psychological Association, Borgartúni 6, 105 Reykjavík, Iceland.

ISSN 1022-8551

For more information see the publisher's website (www.sal.is)

SÁLFRÆÐIRITIÐ

Tímarit Sálfræðingafélags Íslands
25. árgangur, 2020

Ritstjórar: Guðmundur Skarphéðinsson, Rannveig Sigurvinsdóttir og Sigurður Viðar

Efnisyfirlit

Frá ritstjórum

Guðmundur Skarphéðinsson, Rannveig Sigurvinsdóttir og Sigurður Viðar 5

Ritrynt efni

Endurtekið þunglyndi

Hvað einkennir það og hversu árangursrík er meðferð og forvörn gegn því?

Ragnar P. Ólafsson 7

Algengi líkamsskynjunarröskunar á Íslandi

Hrefna Harðardóttir, Arna Hauksdóttir, Heiðrún Hlöðversdóttir,

Unnur Anna Valdimarsdóttir og Andri Steinþór Björnsson 25

Hugfræði og skynjunarvísindi í íslömskum vísindaheimi miðalda

Árni Kristjánsson 41

Þunglyndiskvarði fyrir börn (Children's Depression Inventory)

Kerfisbundið yfirlit yfir próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu

Guðrún M. Jóhannesdóttir, Linda R. Jónsdóttir og Guðmundur Á. Skarphéðinsson 57

Störf sjálfstætt starfandi sálfræðinga í samkomubanni í mars og apríl 2020

Hafrún Kristjánsdóttir, Linda Bára Lýðsdóttir og María Kristín Jónsdóttir 73

Bókarýni

Skömmín – Úr vanmætti í sjálfsöryggi

Umsögn: Anna María Valdimarsdóttir 85

Náðu tökum á þunglyndi

Umsögn: Ragnar P. Ólafsson 87

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands

og Háskólann í Reykjavík haust 2019 til haust 2020 89

ICELANDIC JOURNAL OF PSYCHOLOGY

Journal of the Icelandic Psychological Association

Volume 25, 2020

Editors: Guðmundur Skarphéðinsson, Rannveig Sigurvinsdóttir and Sigurður Viðar

Content

Editorial

Guðmundur Skarphéðinsson, Rannveig Sigurvinsdóttir and Sigurður Viðar 5

Peer-reviewed content

Recurrent depression

Defining features and effectiveness of treatment and prevention strategies

Ragnar P. Ólafsson 7

Body dysmorphic disorder in Iceland

Hrefna Harðardóttir, Arna Hauksdóttir, Heiðrún Hlöðversdóttir,

Unnur Anna Valdimarsdóttir and Andri Steinþór Björnsson 25

Cognitive psychology and vision science in the medieval Islamic world

Árni Kristjánsson 41

Children's Depression Inventory

Systematic review of psychometric properties in Iceland

Guðrún M. Jóhannesdóttir, Linda R. Jónsdóttir and Guðmundur Á. Skarphéðinsson 57

Psychologists' private practice during restrictions on gatherings in March and April 2020

Hafrún Kristjánsdóttir, Linda Bára Lýðsdóttir and María Kristín Jónsdóttir 73

Book reviews

Skömmín – Úr vanmætti í sjálfsöryggi

Reviewer: Anna María Valdimarsdóttir 85

Náðu tökum á þunglyndi

Reviewer: Ragnar P. Ólafsson 87

Titles of Master's theses in psychology from the University of Iceland

and Reykjavík University fall 2019 to fall 2020 89

Frá ritstjórum

Þessi útgáfa er 25. árgangur Sálfræðiritsins – Tímarits Sálfræðingafélags Íslands. Í ritinu eru fimm ritrýndar og vandaðar greinar. Í ár eru efnistösk ritsins sérstaklega fjölbreytt, bæði hvað varðar umfjöllunarefni og tíma. Þar má til dæmis nefna sögulegt sjónarhorn sem Árni Kristjánsson setur fram í grein sinni um hugfræði og skynjunarvísindi í íslömskum vísindaheimi miðalda. Ritið tekur einnig á mállefnum líðandi stundar, til dæmis með grein Hafrúnar Kristjánsdóttur, Lindu Báru Lýðsdóttur og Maríu Kristínar Jónsdóttur um störf sálfræðinga í COVID-19-heimsfaraldrinum. Þar kemur til dæmis skýrt fram að störf sálfræðinga eru í sífelldri þróun til að þjónusta skjólstæðinga sem best, til dæmis með notkun rafrænna lausna og fjarfundarbúnaðar. Þunglyndi fær einnig sérstakan sess í riti ársins þar sem Ragnar P. Ólafsson fjallar á greinargóðan hátt um endurtekið þunglyndi, meðferðir og forvarnir. Grein Guðrúnar M. Jóhannesdóttur, Lindu R. Jónsdóttur og Guðmundar Á. Skarphéðinssonar fjallar um próffræðilega eiginleika þunglyndiskvarða fyrir börn. Í ritinu birtist einnig grein um algengi líkamsskynjunarröskunar á Íslandi eftir Hrefnu Harðardóttur, Örnú Hauksdóttur, Heiðrúnu Hlökkversdóttur, Unni Önnu Valdimarsdóttur og Andra Steinþór Björnsson. Í ár hefur einnig verið tekið upp það fyrirkomulag, sem áður tíðkaðist, að birta bókarrýni um bækur sem tengjast sálfræði sem skrifaðar hafa verið á íslensku. Í þessu riti birtast tveir slíkir dómur. Anna María Valdimarsdóttir sálfræðingur rýnir bókina Skömmin – Úr vanmætti í sjálfsöryggi eftir Guðbrand Árna Ísberg. Þar að auki rýnir Ragnar P. Ólafsson bókina Náðu tökum á þunglyndi eftir Sóleyju Dröfn Davíðsdóttur. Báðar þessar bækur komu út árið 2019 og bókarrýnin sýnir að höfundum tekst báðum að koma sálfræðilegum mállefnum vel til skila svo að bækurnar gagnast bæði sálfræðingum og almennum lesanda. Eins og áður eru svo birtir titlar lokaritgerða í sálfræði á framhaldsstigi sem unnar hafa verið við Háskóla Íslands og Háskólann í Reykjavík síðan síðasta hefti Sálfræðiritsins kom út.

Notkun tæknilausna í sálfræðimeðferð hefur tekið miklum framförum síðastliðin ár og hefur

hún aukist mikið á síðastliðnu ári eins og fram kemur í grein um störf sálfræðinga í heimsfaraldri. Ritstjórn telur mikil sóknarfæri felast í því að nota tæknilausnir og fjarlækningar til að bæta aðgengi skjólstæðinga að þeirri bestu mögulegu meðferð, sem völ er á, og hjá meðferðaraðilum sem hafa þá reynslu og sérþekkingu sem slík meðferð þarfnast. Aukinn aðgangur gæti sérstaklega gagnast skjólstæðingum sem búa utan höfuðborgarsvæðisins og þurfa sérhæfða meðferð en einnig þeim sem treysta sér illa, af einhverjum ástæðum, að þiggja meðferð hjá ókunnugum aðila utan heimilisins. Við teljum einnig að nýjar tæknilausnir geti í einhverjum tilvikum gefið okkur möguleika til þess að bæta árangur meðferðar enn frekar ásamt því að gera meðferðina hagkvæmari. Þetta á til dæmis við meðferð við kvíðaröskunum og árattu- og þráhyggjuröskun þar sem meðferðaraðilar geta leiðbeint skjólstæðingum sínum með berskjöldunaræfingar í þeim aðstæðum þar sem einkenni koma frekar fram. Ritstjórn hvetur því sálfræðinga að huga að þessum nýju tæknilausnum, til dæmis sem efni í framtíðargreinar sendar inn til Sálfræðiritsins. Ritstjórn telur mikilvægt að þær rannsóknir sem birtar eru í Sálfræðiritinu séu eins aðgengilegar og mögulegt er og að auðvelt sé að finna upplýsingar sem fram koma í þeim. Þess vegna hóf ritstjórn þá vinnu – á síðasta starfsári – að koma Sálfræðiritinu á rafrænt form og er það von okkar að þeirri vinnu ljúki á komandi starfsári.

Ritstjórar vilja þakka öllum þeim sem komu að ritinu, hvort sem það var með því að senda inn grein, ritrýna eða prófarkalesa greinarnar. Ritstjórar Sálfræðiritsins vilja eindregið hvetja sálfræðinga og annað fagfolk til að senda inn greinar í framtíðinni, hvort sem greinarnar segja frá rannsóknarniðurstöðum, eru yfirlitsgreinar eða fjalla um annað efni, svo sem pistla eða hugrenningar sem tengjast sálfræði.

Með kveðju,
Guðmundur Skarphéðinsson
Rannveig Sigurvinsdóttir
Sigurður Viðar
Ritstjórar

Endurtekið þunglyndi

Hvað einkennir það og hversu árangursrík er meðferð og forvörn gegn því?

Ragnar P. Ólafsson
Háskóli Íslands

Oft er skrifað að þunglyndi sé algeng og alvarleg geðröskun sem kosti samfélagið mikið. Þunglyndi er þó ekki einsleitt fyrirbæri. Þótt meiri athygli hafi beinst að stökum lotum þunglyndis og meðferð í bráðafasa hefur áhugi beinst í auknum mæli að því að hluti fólks upplifir endurteknar þunglyndislotur yfir ævina. Í þessari grein er lýst einkennum alvarlegs þunglyndis (e. major depressive disorder) hjá fullorðnum, sem hrjáir 15–18% fólks einhvern tíma ævinnar. Um helmingur upplifir þunglyndi aftur, oftast innan fimm ára. Hætta á nýrri lotu eykst með auknum lotufjölda en meðalfjöldi lota í úrtökum fólks með endurtekið þunglyndi er á bilinu fimm til níu. Í greininni er fjallað um lýðfræðilega og sálfélagslega þætti sem tengjast þunglyndi og endurtekningu þess. Einnig er fjallað um árangur tveggja helstu meðferðarinngripa, lyfjameðferðar og hugrænnar atferlismeðferðar (HAM), ásamt árangri forvarnarmiðaðrar (ForHAM) og núvitundarmiðaðrar (NúHAM) hugrænnar atferlismeðferðar. Í lok greinarinnar er leitast við að draga saman atriði úr rannsóknum sem gætu verið gagnleg fyrir sálfræðinga að hafa í huga sem koma að mati og meðferð þunglyndis. Nokkur atriði eru einnig rædd sem geta verið mikilvæg í áframhaldandi rannsóknum á þunglyndi og þróun meðferðar við því.

Efnisorð: þunglyndi, endurtekið þunglyndi, fullorðnir, meðferð, forvörn.

Þunglyndi er algeng og alvarleg geðröskun sem er mjög kostnaðarsamt fyrir samfélagið (Kessler, 2012). Afleiðingar heilsubreysts vegna þunglyndis eru miklar hvort sem um er að ræða fjölda veikindadaga eða kostnað við veikindi fólks í formi fjarvista frá vinnu eða vegna heilbrigðisþjónustu til að ráða niðurlögum vandans (Greenberg, Fournier, Sisitsky, Pike og Kessler, 2015; Mathers og Loncar, 2015; The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012). Gera má ráð fyrir að um fimmtungur fólks gangi í gegnum alvarlegt þunglyndi á einhverjum tíma æviskeiðsins (Kessler og Bromet, 2013). Helmingur árlegra sjálfsvíga í heiminum á sér stað í þunglyndislotu og er fólk, sem tekst á við alvarlegt þunglyndi, um 20 sinnum líklegra til að falla fyrir eigin hendi heldur en fólk almennt (Otte o.fl., 2016). Þessar tölur miðast við geðgreininguna alvarlegt þunglyndi (e. major depressive disorder) sem einkennist af alvarlegri þunglyndislotu (e. major depressive episode) þar sem tiltekin þunglyndiseinkenni hafa varað nánast alla daga og allan daginn í tvær

vikur eða lengur. Allt að fjórðungur fólks mun upplifa þunglyndi í einhverri mynd yfir ævina. Þá er átt við ýmsar tegundir þunglyndis auk alvarlegs þunglyndis, til dæmis það sem nú er kallað viðvarandi þunglyndi (e. persistent depressive disorder) en hét áður óyndi (e. dysthymia) og þunglyndi sem hluti af öðrum geðröskunum, svo sem geðhvörfum (e. bipolar disorders). Þunglyndi er alvarlegur heilsufarslegur vandi sem hefur hvað mesta samfélagslega byrði í för með sér af sjúkdómum heimsins (Mathers og Loncar, 2015).

Í þessari grein verður fjallað um þunglyndi sem einkennist af endurteknum alvarlegum þunglyndislotum, oft kallað endurtekið alvarlegt þunglyndi (e. recurrent major depressive disorder) og hrjáir um helming þeirra sem upplifa þunglyndi. Sú spurning hlýtur því að vakna hvaða þættir geta valdið aukinni hættu á að falla endurtekið í þunglyndi. Sjónum er því beint að

Fyrirspurnum um greinina svarar Ragnar P. Ólafsson prófessor, Sálfræðideild Háskóla Íslands (ragnarpo@hi.is).

nokkrum lýðfræðilegum (e. demographic) og klínískum þáttum sem rannsakendur hafa skoðað í þessu sambandi. Fjallað er um árangur tveggja algengustu meðferða í bráðafasa – lyfjameðferðar og hugrænnar atferlismeðferðar eða HAM (e. cognitive behavioural therapy). Sjónum er einnig beint að tveimur af helstu aðferðunum til að verja fólk fyrir endurkomu þunglyndis, þ.e. forvarnarmiðaðri hugrænni atferlismeðferð (e. preventive cognitive behavioural therapy), hér nefnd ForHAM, og nútíttundarmiðaðri hugrænni atferlismeðferð (e. mindfulness-based cognitive therapy) eða NúHAM. Gagnsemi þessara bráða- og forvarnarmeðferða er skoðuð. Í lok greinarinnar eru helstu atriði umfjöllunarinnar tekin saman og horft til framtíðar á sviðinu.

Einkenni og algengi þunglyndis

Einkenni

Þunglyndi er fyrst og fremst truflun í tilfinningum og líðan fólks sem varir það lengi að hún hefur merkjanleg eða greinileg áhrif á líf þess í leik og starfi. Í þeim tilvikum er hægt að tala um lotu þunglyndis eða alvarlega þunglyndislotu eins og það er nefnt í tveimur helstu greiningakerfum fyrir geðraskanir, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-5; APA, 2013) og *International Classification of Diseases* (ICD-10; WHO, 1992). Gert er ráð fyrir að í alvarlegri þunglyndislotu séu einkenni þunglyndis til staðar næstum alltaf, þ.e. svo til alla daga og nánast allan daginn í alla vega tvær vikur (APA, 2013). Kjarnaeinkenni þunglyndislotu eru skilgreind í greiningakerfum sem depurð (lækkað geðslag) eða gleðileysi og áhugaleysi. Depurð eða skorti á áhuga eða ánægju þarf að fylgja önnur einkenni, svo sem breytingar á matarlyst eða líkamsþyngd, svefni, hreyfingum og hegðun (aukið eirðarleysi eða hægagangur), aukin þreyta og orkuleysi, neikvæður hugsunarháttur í eigin garð, svo sem að finnast maður vera einskis virði, eða óhófleg óviðeigandi sektarkennd, erfiðleikar við að hugsa skýrt, taka ákvarðanir og einbeita sér, svo og endurteknar dauðahugsanir, sjálfs-vígshugsanir og jafnvel áætlanir eða tilraunir til sjálfsvígs. Greiningaviðmið DSM gera ráð fyrir að þunglyndislotu sé til staðar ef annað af tveimur

kjarnaeinkennum þunglyndis kemur fram, það er depurð eða gleðileysi/ánægjuleysi, ásamt fjórum af sjö öðrum einkennum sem talin voru upp og eru sett upp í töflu 1. Séu bæði kjarnaeinkenni þunglyndislotu til staðar er nóg að þrjú þeirra komi fram.

Birtingarmynd sumra einkenna er dæmigerðari en önnur. Til dæmis er algengara – og því dæmigerðara – að þunglyndi komi fram sem minni matarlyst (eða þyngdartap) og minni svefn. Aukin matarlyst (þyngdaraukning) og meiri svefn er óalgengara og telst því vera ódæmigerð einkenni þunglyndis. Rétt er að geta þess að þunglyndislotu getur verið væg (e. mild), miðlungs alvarleg (e. moderate) eða alvarleg (e. severe) og fer sú flokkun eftir áhrifum sem þunglyndiseinkennin hafa á daglegt líf fólks og fjölda einkenna sem fólk hefur (APA, 2013).

Birtingarmynd þunglyndis getur verið nokkuð ólík milli fólks. Undirtegundir þunglyndis eru skilgreindar í greiningakerfum sem taka mið af mun í birtingarmynd þunglyndislotunnar eða skýrum tengslum hennar við ytri aðstæður eða atburði. Svo dæmi séu tekin þá er hægt að gefa til kynna hvort þunglyndislotu hefur á sér sterkan kvíðablæ (e. with anxious distress), er með ódæmigerð einkenni (e. with atypical features) eða geðrofseinkenni (e. with psychotic features) og hvort upphaf hennar fylgi reglubundið árstíðum (e. with seasonal pattern) eða komi fram í kjölfar fæðingar (e. with postpartum onset). DSM-greiningakerfið skilgreinir alls níu mismunandi undirtegundir þunglyndis en ekki verður fjallað sérstaklega um þær hér. Ekki er ljóst hvert klínískt notagildi skilgreininganna er en vera kann að sumar þeirra séu gagnlegri en aðrar (van Loo, de Jonge, Romeijn, Kessler og Schoevers, 2012).

Rétt er að nefna að skilgreining geðraskanar í geðgreiningakerfum eins og DSM og ICD er umdeild og eiga þær deilur sér langa sögu (sjá t.d. Wakefield, 2016). Réttmæti greiningakerfa og skilgreining geðraskanar er auðvitað mikilvægt umræðuefni en er ekki hluti af viðfangsefni þessarar greinar. Á síðustu árum hafa verið settar fram aðrar hugmyndir um hvernig geðrænum vanda sé best lýst, hann mældur eða flokkaður (sjá t.d. Clark, Cuthbert, Lewis-Fernández, Narrow og

Tafla 1 Einkenni þunglyndis í samanhaldi við aðrar tegundir geðraskana sem oft fylgja því.

Birtingarmynd einkenna eftir rökunum		
Einkenni	<i>Alvarlegt þunglyndi</i>	<i>Kvíðaraskanir</i>
Depurð	Geðslag (mood) er áberandi þekkað alla daga og mestallan daginn. Getur komið fram sem pirringur hjá ungu fólki.	Algengt í kvíða en sjaldnast jafnmikil eða viðvarandi (alla daga, allan daginn) og tengist frekar viðfangsefnum sem kveikja kvíða.
Áhuga- leysi / gleðileysi	Minni áhugi/ánægja eða gleði tengd áhugamállum og jákvæðum atvörðum og skipta því orðið minna máli. Leiðir til þess að fólk einangrar sig.	Getur verið til staðar en oftar staðbundnarar eða áreitisbundnarar og ekki viðvarandi. Gera þarf greinamun á áhugaleysi og forðunarhegðun/frestun í kvíða.
Matarlyst/ líkams- þyngd	Minni (eða meiri) lyst, þurfa að muna eftir að borða eða jafnvel þvinga sig til þess (eða aukin sókn í (tiltek- inn) mat). Getur komið fram í þreyttri líkamsþyngd.	Oftr dregur tímabundið úr matarlyst í miklum kvíða en leiðir ekki til þyngdarþreytinga nema kvíði sé viðvarandi yfir langan tíma.
Svefni- breytingar	Erfitt að sofa, vakna upp um miðja nótt og geta ekki sofnað aftur; eða vakna of snemma án ástæðu. Aukinn svefn hjá sumum.	Geta verið algengar, sérstaklega ef áhyggjur eru miklar og viðvarandi. Að öllu jöfnu ekki jafn viðtækar.
Hreyfingar og hegðun	Hægari hreyfingar /hegðun (tal, hugsun, líkamshreyf- ingar) eða einðarleysi (erfitt að stífa kyrr, fílla við hluti að ástæðulausu) sem er augljóslega sjáanlegt öðrum.	Ekkir hægari hreyfingar eða hegðun en einðarleysi vegna kvíða og spennu algengt. Fólk getur verið uppspent og á nállum vegna áhyggja.
Preyta og orkuleysi	Viðvarandi preyta og orkuleysi án áreynslu, athafnir daglegs lífs (t.d. hreinlæti, umhirda) og hversdagsleg verkefni kosta meiri fyrirhöfn, taka meiri tíma eða eru ekki framkvæmd.	Kemur frekar fram ef kvíði er mikill og viðvarandi og getur þá tengst svefnerfðuleikum en líka viðvarandi og stanslausri spennu.
Sjálfsmat og sektar- kend	Að vera einskis virði, óraunhæf neikvæðni í eigin garð, upptekin af fyrri mistökum. Mikil sektarkennd sem á sér ekki stóð í raunveruleikanum.	Lítið sjálfstraust algengt í kvíða, sektarkennd í sum- um tilvikum en þá oft tengd ábyrgð og koma í veg fyrir hugsanlegan skaða/afleiðingar.
Hugsun, einbeiting og ákvarð- anataka	Hugsun hægt, einbeiting hverful, minni líka, ákvarðan- ir verða erfiðar (erfitt að komast að niðurstöðu). Meira hamlandi eftir því sem verkefni verða meira krefjandi.	Einbeiting er slæm í kvíða, erfitt að festa hugann og eins og hugurinn stundum temnist ef kvíði er mikill. Erfiðleikar við ákvarðanatöku algengir en oft tengt áhyggjum af mistökum/afleiðingum.
Hugsanir um dauð- ann og sjálfsvíg	Frá hugsunum um að sleppa undan eða hverfa frá vanlífan og erfiðleikum (lífsleiði) í stöðugar hugsanir um dauðann og áætlun og eða framkvæmd til að ná því markmiði.	Óalgengt í kvíða, sjálfsvíg sjaldnast tengd kvíða einum og sér. Algengara að óttast dauðann og forðast að hugsa um hann frekar en að sækja í hugsanir um hann.

Ath. Einkennin byggja á DSM-5 greiningarkerfinu.

Reed, 2017; Cuthbert og Insel, 2013; Kotov o.fl., 2017; McNally, 2016; Nelson, McGorry, Wichers, Wigman og Hartmann, 2017). Þessar hugmyndir hafa verið uppspretta fjölda rannsókna sem munu bregða ljósi á hvaða leiðir eru vænlegastar til að ná utan um geðrænan vanda og stuðla að markvissari og árangursríkari meðferðum.

Algengi og gangur þunglyndis

Algengi geðraskana getur miðast við fjölda þeirra sem greinast á tilteknum tímapunkti, oft kallað stundaralgengi (e. point-prevalence), á tilteknu tímabili, svo sem undanfarna 12 mánuði sem er ársalgengi (e. 12 month prevalence), eða lífstíðaralgengi (e. life-time prevalence). Ársalgengi alvarlegs þunglyndis er í kringum 6% samkvæmt niðurstöðum könnunar Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO (World Health Organisation)) á meðal almennings í 18 löndum (Bromet o.fl., 2011). Talsverður munur var á milli landa eða 2,2% í Japan og upp í 10,4% í Brasilíu. Þessi munur getur átt sér margvíslegar skýringar, til dæmis vegna efnahagslegra en einnig aðferðafræðilegra þátta (Bromet o.fl., 2011; Kessler og Bromet, 2013; Malhi og Mann, 2018). Rannsóknir sýna að algengi þunglyndis yfir æviskeiðið er tvisvar til þrisvar sinnum hærra en ársalgengi, eða 15–18% (Malhi og Mann, 2018). Íslenskar faraldsfræðirannsóknir á landsvísu hafa enn ekki verið framkvæmdar en niðurstöður úr úrtaki á Stór-Reykjavíkursvæðinu eru almennt sambærilegar erlendum niðurstöðum (Jón Stefánsson og Eriður Línal, 2009). Algengast er að fyrsta þunglyndislota komi fram á aldursbilinu 15–35 ára og sýna tölur að miðgildi meðalaldurs er um 25 ára og að um 40% sjúklinga upplifi sína fyrstu lotu fyrir tvítugt (Otte o.fl., 2016). Þunglyndi er helmingi algengara á meðal kvenna en karla. Kemur sá kynjamunur fram strax á unglingsárum og helst nokkuð jafn út æviskeiðið (Kuehner, 2017).

Meðallengd þunglyndislota er í kringum 20 vikur (Otte o.fl., 2016). Breytileiki er þó mikill í rannsóknum sem sýna meðallengd lotu á bilinu 13–30 vikur. Hjá um 70–90% þunglyndra gengur það yfir innan eins árs (Otte o.fl., 2016). Lengri lotum fylgja minni líkur á bata og má gera ráð fyrir að hjá allt að 10–20% sjúklinga

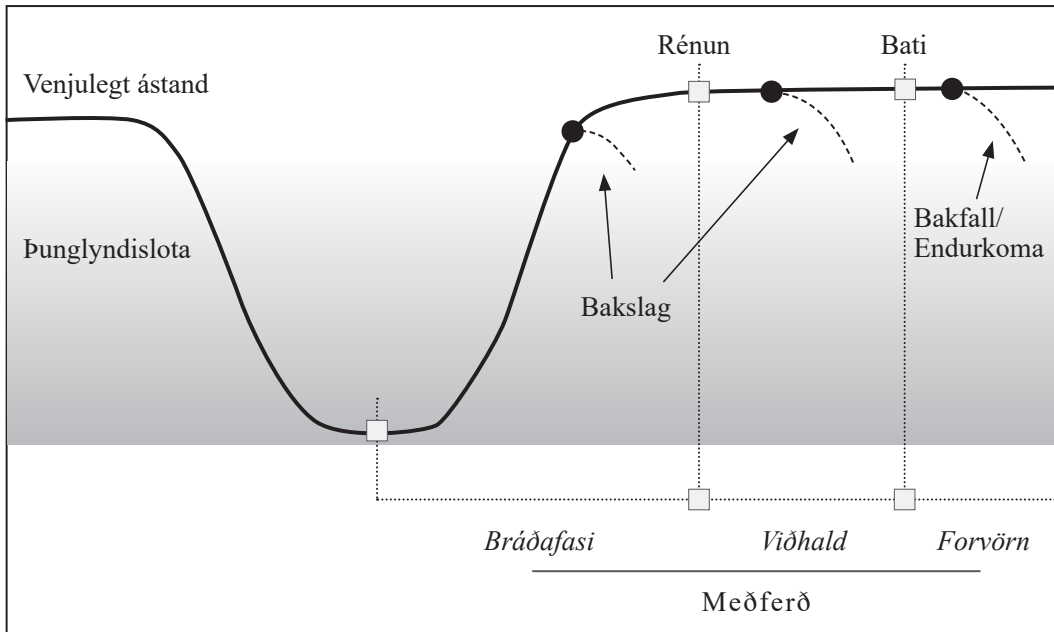
verði þunglyndislota þrálátar og vari í tvö ár eða lengur (Malhi og Mann, 2018).

Tölur um lífstíðaralgengi alvarlegs þunglyndis undirstrika mikilvægi þess að halda uppi öflugum eftirliti með þunglyndiseinkennum til að hlúa að geðheilbrigði fólks. Nákvæmt mat á einkennum getur fylgt í kjölfar skimunar ef grunur leikur á að slík einkenni séu að festa sig í sessi. Fræðsla og efling til sjálfshjálpar geta verið nægjanleg inngríp á þessu stigi til að afstýra því að einkennin versni og þunglyndi verði alvarlegra (sjá t.d. Gualano o.fl., 2017).

Endurtekið þunglyndi

Gera má ráð fyrir að á bilinu 40–60% þeirra sem upplifa alvarlega þunglyndislota í fyrsta skipti muni gera það aftur og oftast innan fimm ára frá fyrstu lotu (Eaton o.fl., 2008; Moffitt o.fl., 2010). Tímabil milli þunglyndislota styttest og er hluti af auknum alvarleika veikindanna en ekki eru vísbendingar um að loturnar sjálfar lengist með endurtekningu (Kessler og Bromet, 2013). Líkur á endurkomu þunglyndis aukast með hverri nýrri lotu og benda rannsóknir til að um 70% fólks, sem upplifir þunglyndislota í annað sinn, muni upplifa þá þriðju og að um 80–90% fólks, sem upplifir lotu í þriðja sinn, muni upplifa sína fjórðu lotu sé ekkert að gert (Burcusa og Iacono, 2007; Malhi og Mann, 2018). Meðalfjöldi þunglyndislota í endurteknu þunglyndi hefur mælst í rannsóknum á bilinu fimm til níu yfir ævina (Malhi og Mann, 2018).

Það virðist því byggjast upp aukið næmi fyrir þróun þunglyndis við endurteknar þunglyndislota. Sumir hafa bent á að það sé eins og hver þunglyndislota skilji eftir sig ör sem geri fólk móttækilegra fyrir þróun nýrrar lotu og hefur þessi kenning verið kölluð ör-kenningin eða *scar hypothesis* (t.d. Wichers, Gerschwind, van Os og Peeters, 2010). Ekki er þó ljóst hvort skýringa á slíku öri sé frekar að finna í sálfræðilegum ferlum og næmisþáttum, í líffræðilegum ferlum eða í hvorutveggja (Farb, Irving, Anderson og Segal, 2015; Marchetti, Koster, Sonuga-Barke og De Raedt, 2012). Þó er ljóst að aukin hætta á endurkomu þunglyndis með hverri nýrri þunglyndislota undirstrikar mikilvægi þess að: a) strax



Mynd 1 Gangur þunglyndislotu ásamt helstu hugtökum (byggt á Bockting o.fl., 2015).

í yfirstandandi lotu sé fólki boðin viðeigandi meðferð til að ráða niðurlögum lotunnar eins fljótt og hægt er og að sú meðferð sé nægjanlega löng til að einkenni séu ekki lengur til staðar; b) upplýsa fólki um líkurnar á endurkomu þunglyndis; c) veita fræðslu um hvernig bregðast eigi við ef einkenni gera aftur vart við sig og læra að þekkja fyrstu merki þess; d) og veita viðhalds- eða forvarnarmeðferð í takt við mat á veikindunum og hættu á endurkomu og haga eftirfylgd í samræmi við það. Fjallað er sérstaklega um forvarnarmeðferð síðar í greininni.

Umfjöllunin endurspeglar þann eiginleika þunglyndis að vera lotubundinn sjúkdómur sem getur komið aftur. Gangi veikinda er skipt upp í upphaf (e. onset), bráðafasi (e. acute phase), niðurlag eða rénun (e. remission) og bata (e. recovery). Í mynd 1 er þessi hefðbundni gangur þunglyndislotu teiknaður upp.

Myndin lýsir bakslagi (e. relapse) sem á sér stað áður en fullum bata (e. recovery) hefur verið náð en getur átt sér stað þótt einkenni hafi rénað (e. remission). Miðað er við að um rénun einkenna sé að ræða ef þau hafa ekki verið til staðar í 2 mánuði. Um bakfall eða endurkomu (e. recurrence) þunglyndis er að ræða ef þunglyndislota kemur aftur

eftir að fullum bata hefur verið náð. Hefur verið miðað við að bata sé náð ef engin einkenni hafa verið til staðar í fjóra til sex mánuði og viðkomandi hefur náð að fullu fyrri færni sinni í leik og starfi. Meðferð er veitt í bráðafasi (e. acute treatment), eftir að einkenni hafa rénað til að viðhalda ávinningi og ná fullum bata (e. maintenance treatment) og eftir að fullum bata er náð til að veita forvörn (e. preventive treatment) gegn endurkomu þunglyndis (Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken og Dobson, 2015). Það kann að vera eðlismunur annars vegar á veikindum þeirra þar sem þunglyndiseinkenni taka sig aftur upp, áður en þunglyndislota er að fullu gengin yfir (þ.e. bakslag), og hins vegar á veikindum þeirra sem falla aftur í þunglyndi eftir að bata er náð (endurkoma eða bakfall). Breytileg líðan meðan á rénun stendur, sem kallast einkennaleifar (e. residual symptoms), tengist almennt auknum líkum á endurkomu þunglyndis og verri langtímahorfum (Bockting o.fl., 2015).

Þunglyndi og aðrar geðraskanir

Algengast er að kvíðaraskanir (e. anxiety disorders) greinist samhliða alvarlegu þunglyndi en neysluvandi (e. substance abuse) og vandi

í hvatastjórn, þ.e. hvatvísiraskanir (e. impulse control disorders), eru einnig algengar fylgiraskanir. Tölur frá Bandaríkjunum sýna að um 70% þeirra sem greinast með þunglyndi einhvern tíma á ævinni, greinast einnig með að minnsta kosti eina aðra geðröskun, 59% með einhverja kvíðaröskun, 24% með neyslutengdan vanda og 30% með hvatvísiraskanir (Kessler, Chiu, Demyler og Walters, 2005). Þessar tölur eru auðvitað lægri sé samsláttur raskana skoðaður á einu ári en slíkar tölur gefa betri mynd af geðhag fólks á afmörkuðu tímabili. Sé miðað við samslátt raskana innan eins árs fylgja kvíðaraskanir alvarlegu þunglyndi í 57% tilvika, neysluvandi í um 8% tilvika og hvatvísiraskanir í um 17% tilvika (Kessler o.fl., 2005). Af kvíðaröskunum greinist almenn kvíðaröskun (e. generalized anxiety disorder), felmtursröskun (e. panic disorder) og áfallastreituröskun (e. post-traumatic stress disorder) oftast samhliða þunglyndi (Mineka og Vrshek-Schallhorn, 2014). Athygli vekur að algengara er að þunglyndi fylgi í kjölfar annarrar röskunar, sem fólk greinist með, en að þunglyndi sé undanfari hennar (Mineka og Vrshek-Schallhorn, 2014).

Í töflu 1 eru einkenni þunglyndislotu og birtingarmynd þeirra skoðuð með hliðsjón af kvíðaröskunum og geðrofsröskunum. Þótt svipuð einkenni geti komið fram í tengslum við báðar þessar raskanir er birtingarmyndin stundum ólík. Til dæmis er athygli og einbeiting oft lítil í kvíða en það tengist frekar sterkri kvíðatilfinningu sem kviknar í tilteknum aðstæðum eða við afmörkuð áreiti. Þunglyndi er líka hluti af birtingarmynd annarra raskana, svo sem geðhvarfasjúkdóma (e. bipolar disorders). Geðhvörf af tegund I einkennast af oflætislotu (e. manic episode) þar sem fólk upplifir meðal annars hækkað geðslag eða aukinn pirring, uppblásið sjálfsálit eða mikilmennskuhugmyndir, hefur minni þörf fyrir svefn, á erfitt með að halda einbeitingu auk þess sem það verður framtakssamara og áhættusæknara og getur upplifað geðrofseinkenni svo sem ofskynjanir og ranghugmyndir (APA, 2013). Í vægri oflætislotu (e. hypomanic episode) eru svipuð, en vægari, einkenni til staðar en án geðrofseinkenna og er þá um geðhvörf af tegund II að ræða (APA, 2013). Tegund I er greind þegar fólk upplifir oflætislotu en flestir þeirra sem greinast með sjúkdóminn

upplifa einnig þunglyndislotu í sínum veikindum (Youngstrom og Perez-Algorta, 2014). Bæði væg oflætislotu og alvarleg þunglyndislotu þurfa að hafa átt sér stað til að fólk sé greint með tegund II (APA, 2013).

Mikilvægt er að fagfólk meti alltaf hvort saga sé um oflætislotu eða væga oflætislotu þegar um þunglyndi er að ræða. Þær upplýsingar eru mjög mikilvægar við val og útfærslu meðferðar og eftirfylgdar. Þetta þarf að gera þrátt fyrir að geðhvarfasjúkdómar séu mun sjaldgæfari en alvarlegt þunglyndi en ársalgengi geðhvarfasjúkdóma af annarri hvorri tegundinni er um 1% (APA, 2013).

Lýðfræðilegir og klínískir þættir sem tengjast þunglyndi

Þekking á, hvaða þættir tengjast þunglyndi og endurkomu þess, er mikilvæg til að geta spáð fyrir um þróun þess og metið líkur á endurkomu. Slíkar upplýsingar eru líka mikilvægar fyrir kenningar um þunglyndi og til að þróa ný meðferðarúrræði og gera þau sem fyrir eru markvissari. Umfjöllunin hér miðast við helstu lýðfræðilegu og klínísku þætti sem hafa verið rannsakaðir í tengslum við endurtekið þunglyndi. Einnig er fjallað stuttlega um sálfræðilega og líffræðilega þætti sem tengjast endurteknu þunglyndi. Það er gert til að gefa lesandanum hugmynd um að hverju rannsóknir á þeim sviðum hafa helst beinst en er hvorki ætlað að vera tæmandi eða ítarleg umfjöllun um efnið. Umfjöllunin í þessum kafla byggir í flestum tilvikum á niðurstöðum heildargreininga helstu rannsókna á þáttunum sem fjallað er um.

Kyn

Eins og áður hefur komið fram er þunglyndi helmingi algengara hjá konum en körlum og er sú niðurstaða stöðug milli rannsókna (Kuehner, 2017). Þessi kynjamunur virðist þó fyrst og fremst vera bundinn við fyrstu þunglyndislotu og bakslag í veikindunum áður en fullum bata er náð því að flestar rannsóknir, sem skoðað hafa kynjamun í endurteknu þunglyndi, hafa sýnt að slíkur munur er ekki til staðar (Burcusa og Iacono, 2007). Konum er því ekki hættara til að falla aftur í þunglyndi en körlum eftir að fullum

bata er náð. Kynjamunur í upphafi þunglyndis á sér mögulega margar ástæður, bæði líffræðilegar (t.d. streitusvörun, starfsemi hormóna) og sálfélagslegar (t.d. ofbeldi, þjóðfélagsleg staða) (Kuehner, 2017).

Efnahags- og hjúskaparstaða

Tengsl eru milli verri efnahagsstöðu, að vera ekki í sambúð eða sambandi og að þróa með sér þunglyndi en þessir þættir spá ekki fyrir um endurtekið þunglyndi (Borcusa og Iacono, 2007). Verri efnahagsstaða getur samt haft áhrif á þróun endurtekins þunglyndis vegna skerts aðgengis að meðferð og forvörnum (t.d. Otte o.fl., 2016).

Aldur við upphaf fyrstu lotu, fjöldi og alvarleiki þunglyndislota og einkennaleifar við meðferðarlök

Lægri aldur við upphaf fyrstu þunglyndislota og fjöldi fyrri lota tengjast auknum líkum á endurkomu alvarlegs þunglyndis (Buckman o.fl., 2018; Borcusa og Iacono, 2007). Niðurstöður sumra rannsókna hafa þó verið misvísandi og mismunandi aðferðir við útreikninga og undirbúning gagna milli rannsókna gera túlkun í sumum tilvikum erfiða. Einkennaleifar við meðferðarlök tengjast auknum líkum á endurkomu þunglyndis (Buckman o.fl., 2018) og undirstrika forvarnargildi þess að meðferð sé nógu löng og fylgi reglulegu mati á þunglyndiseinkennum. Alvarleiki fyrstu, dýpstu eða síðustu þunglyndislota tengist endurkomu þunglyndis (meiri alvarleiki tengist aukinni hættu) og samsláttur við kvíðaraskanir eða kvíðaeinkenni óháð greiningu gerir slíkt hið sama (Buckman o.fl., 2018).

Lífsatburðir

Samband alvarlegra lífsatburða og þunglyndis er almennt vel þekkt. Á bilinu 50–80% fólks í sinni fyrstu þunglyndislota greinir frá skyndilegum og alvarlegum lífsatburði í aðdraganda veikinda (Monroe, Slavich og Georgiades, 2014). Hins vegar greina færri frá slíkum atburðum í aðdraganda síðari þunglyndislota sem hefur styrkt þá hugmynd að seinni lotur kvikni vegna aukinnar næmni sem hefur myndast og því þurfi minna til að setja síðari lotur af stað (Segal, Williams og Teasdale, 2002).

Niðurstöður nýlegrar heildargreiningar (Nelson, Klumpparendt, Doeblér og Ehring, 2017), sem tók til alls 184 rannsókna, sýndi að um helmingur fólks með þunglyndi í þessum rannsóknum átti sögu um harðræði eða alvarlega atburði í æsku. Fólk með slíka sögu var þrisvar til fjórum sinnum líklegra til að upplifa þunglyndi á fullorðinsárum sem kom fram fyrr á ævinni og var bæði viðvarandi og lét síður undan meðferð. Alvarlegir atburðir í æsku, svo sem líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi, auka hættu á að fólk falli í þunglyndislota á fullorðinsárum. Það sama er uppi á teningnum í endurteknu þunglyndi. Heildargreining sem tók til 16 faraldsfræðilegra rannsókna sýnir að harðræði í æsku tvöfaldar hættu á endurteknu þunglyndi á fullorðinsárum (Nanni, Uher og Danese, 2012).

Sálrænir og líffræðilegir þættir

Af nógu er að taka þegar kemur að hugsmíðum í sálfræðilegum kenningum um myndun og viðhaldandi þætti í þunglyndi. Rannsóknir á neikvæðum viðhorfum (e. dysfunctional attitudes), þunglyndisþönkum (e. depressive rumination), hugnæmi (e. cognitive reactivity) og skýringarstíll (e. attributional style) eru fyrirferðarmiklar og sýna að þessar hugsmíðar tengjast bráðu þunglyndi og greina meðal annars vel á milli þunglyndra og heilbrigðra (Ingram, Atchley og Segal, 2011). Hins vegar virðast þessir þættir ekki hafa jafn sterk tengsl við endurkomu þunglyndis. Nýleg heildargreining Brouwer og féлага (2019) á langsníðsrannsóknum á hugsmíðum úr hugrænum atferliskenningum, sálaraflskenningum, persónuleikakenningum og úr næmi-streitulíkönun sýndi að einungis hugsmíðar úr hugrænum atferliskenningum (neikvæður eignunarstíll og neikvæð viðhorf) og persónuleikakenningum (taugaveiklun) spáðu fyrir um bakslag og endurkomu þunglyndis. Áhrifastærðir voru litlar sem höfundar draga í efa að hafi klínískt gildi. Einungis 66 rannsóknir voru teknar með í lokaúrvinnslu heildargreiningarinnar þar sem margar uppfylltu ekki aðferðafræðileg viðmið höfunda, sem undirstrikar þörf á að rannsakendur hugi betur að hönnun rannsókna sinna.

Nýleg heildargreining var einnig gerð á forspárgildi líffræðilegra þátta fyrir upphaf og

endurkomu þunglyndis (Kennis o.fl., 2020). Rannsóknirnar beindust að þáttum eins og formgerð og virkni heilans, meltingarstarfsemi, ónæmiskerfinu, innkirtlastarfsemi og starfsemi taugaboðefna, hormónum, þroska og vexti taugafurma. Niðurstöður úr alls 75 greinum voru greindar en heildargreiningin leiddi í ljós að enginn þessara líffræðilegu þátta hafði marktæka forspá um bakslag eða endurkomu þunglyndis í langsníðsrannsóknum. Rannsóknir á forspárgildi líffræðilegra þátta í endurteknu þunglyndi eru sama marki brenndar og rannsóknir á sálfræðilegum þáttum að því leyti að of fáar rannsóknir standast strangar aðferðafræðilegar kröfur um gæði sem gerðar eru í greiningum af þessu tagi.

Meðferð við endurteknu þunglyndi

Bandarískar rannsóknir sýna að flestum, sem leita sér aðstoðar vegna þunglyndis, er boðin lyfjameðferð (Olfson og Marcus, 2009). Sambærilegar upplýsingar hér á landi eru ekki til en miðað við byggingu heilbrigðisþjónustunnar og stöðu sálfræðinga innan hennar er ekki ástæða til annars en að ætla að það sama eigi við á Íslandi (sjá einnig Hafrún Kristjánsdóttir, Þóra Sigfríður Einarsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson, 2016).

Meðferð með SSRI-lyfjum er árangursríkari en lyfleysa (e. placebo) í bráðafasa þunglyndis (Cipriani o.fl., 2018). HAM er einnig árangursrík meðferð í bráðafasa (Cuijpers o.fl., 2013) þótt ekki sé hægt að bera árangurinn saman við jafn öflugt samburðarskilyrði og lyfleysa er (Cuijpers, 2017). Árangur í þessu sambandi þýðir að um 50–60% fólks uppfyllir ekki lengur greiningarviðmið fyrir þunglyndi (Cuijpers o.fl., 2014; Malhi og Mann, 2018). Þessi árangur miðast við rannsóknir þar sem meðferð hefur verið beitt samkvæmt meðferðarhandbók (HAM) eða klínískum leiðbeiningum (lyf) í stöðluðum aðstæðum í tiltölulega einsleitum sjúklingahópum. Helstu atriðum HAM og lyfjameðferð í bráðafasa þunglyndis er lýst í töflu 2.

Samanburður á árangri þessara tveggja lykilmeðferða hefur sýnt að meðferðirnar eru álíka árangursríkar (Cuijpers, 2017; Cuijpers o.fl., 2020; sjá einnig Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og

Jón Friðrik Sigurðsson, 2011). Þar með er þó ekki öll sagan sögð. Nýlegar niðurstöður heildargreiningar, þar sem unnið var úr einstaklingsgögnum allra þátttakenda úr 16 rannsóknum á árangri lyfjameðferðar í samanburði við HAM, sýndu að lyfjameðferð var árangursríkari en HAM þegar mælingar á þunglyndiseinkennum í lok meðferðar voru skoðaðar en ekki var munur á meðferðunum í meðferðarsvörun eða hlutfalli þátttakenda þar sem þunglyndi hafði gengið yfir (Weitz o.fl., 2015). Nýleg og uppfærð greining þessara gagna, sem náði til þátttakenda í alls 17 rannsóknum (þar af 14 sem voru í þeirri fyrri), sýnir að lyfjameðferð er árangursríkari en HAM í að draga úr fimm af þeim 17 einkennum þunglyndis sem voru mæld í öllum rannsóknunum, það er depurð, sektarkennd, sjálfsvígshugsunum, kvíða og almennum líkamlegum einkennum (Boschloo o.fl., 2019). Samantekið þá benda þessar niðurstöður til að lyfjameðferð og HAM séu álíka árangursríkar fyrir fólk með alvarlegt þunglyndi en hugsanlega geti lyfjameðferð verið árangursríkari ef tiltekin einkenni eru í forgrunni vandans. Niðurstöður heildargreininganna byggja þó á árangursrannsóknum sem ekki voru sérstaklega hannaðar til að skoða ákveðin einkenni eða tilteknar tegundir þunglyndis, heldur var markmiðið með þeim að bera saman tvær tegundir meðferðarforma í hópum þunglyndra. Framhaldsrannsóknir, sem beinast að einstaka undirtegundum og einkennum, þurfa að leiða í ljós hvort niðurstöður heildargreininganna haldi eða ekki. Æskilegt er að skoðuð séu áhrif mismunandi tegunda þunglyndislyfja í því sambandi (sjá t.d. Cipriani o.fl., 2018) en þunglyndislyf voru sett saman í einn flokk í þessum greiningum. Mikilvægt er að benda á að í klínískum leiðbeiningum um þunglyndismeðferð (NICE, 2009; Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines team for depression, 2004), er mælt með HAM á öllum stigum vandans en að samsett meðferð með HAM (eða samskiptameðferðar) og lyfjum sé viðeigandi ef um alvarlegt þunglyndi er að ræða.

Þróun einkenna og bakfalls á eftirfylgdartímabili að lokinni bráðameðferð gefur upplýsingar um langtímaárangur meðferðanna. HAM virðist vera árangursríkari við 12 og 24 mánaða

Tafla 2 Samanburður á meðferðarformum við endurteknu alvarlegu þunglyndi og til forvarnar nýjum þunglyndislotum.

Lyf	HAM	ForHAM	NúHAM
A.m.k. 12 mánuðir	4-5 mánuðir; 15-20 skipti	2 mánuðir; 8 skipti	2 mánuðir; 8 skipti
Einstaklingsmeðferð	Einstaklings- eða hópmeðferð	Hópmeðferð (7-12 einst.)	Hópmeðferð (8-14 einst.)
• Notkun fyrstu-línu þunglyndislyfja og henni haldið áfram í að minnsta kosti 6-8 vikur til af fá svörun. Ef ekki, þá endurskoða skammta og/eða skipta um lyfjategund. Æskilegt að lyfjameðferð sé haldið áfram í 6-12 mánuði eftir fyrstu þunglyndislotu, þrjú ár ef um endurteknar lotur er að ræða. • Fyrstu línu þunglyndislyf: -SSRI s.s. sertralín (Zoloft, Sertral), fluoxetín (Prozak, Fontex, Fluoxín), citalopram (Cipramil, Opropram), escitalopram (Cipralax, Esopram), paroxetín, (Seroxat, Paxetín) -SNRI s.s. venlafaxín (Efexor, Venlafaxín), duloxetín (Cymbalta) -NASSA s.s. mirtazepín (Remeron, Miron)	• Skipulögð dagskrá í hverjum tíma. • Kortlagning þar sem núverandi vandi er skoðaður út frá aðstæðum, hugsun, hegðun og þeim tilfinningum sem kvikna hverju sinni. • Meðferðarplan og forgangsroðun út frá kortlagningu sem yfirleitt inniheldur eftirfarandi þætti: -Virknimat -Auka ánægjulegar athafnir -Hugsanaskráning -Endurmat hugsana og viðhorfa -Forvarnaráætlun	• Skipulögð dagskrá í hverjum tíma. • Bera kennsl á neikvæðar hugsanir og viðhorf, meðal annars með því að nota vertical-arrow aðferðina. • Hvetja til viðhorfsbreytinga, frá neikvæðum í átt að jákvæðum, með samtaltækni (socratic questioning) og hvetja fólk til að æfa sig heima í því.	• Skipulögð dagskrá í hverjum tíma sem inniheldur sambland af fræðslu, jóga- og hugleiðsluæfingum til að ýta undir athyglisstjórn og aukna vitund um það sem er hér og nú, án þess að dæma eða hafna. • Hugleiðsluæfingar. • Auka fjarlægð frá eigin upplifunum, staldra við og velja meðvitað hvernig bregðast eigi við. • Að sýna sér aukna samkennd og mildi.

HAM=Hugræn-atferlismeðferð; ForHAM=Forvarnarmiðuð hugræn-atferlismeðferð; NúHAM=Núvitundarmiðuð hugræn-atferlismeðferð.

eftirfylgd, þegar lyfjameðferð er tekin út eftir bráðafasa, en jafn árangursrík ef lyfjameðferð hefur verið haldið áfram (Cuijpers o.fl., 2013). HAM hefur því áfram áhrif eftir að meðferð er hætt og forvarnargildi hennar er meira en lyfja fyrstu tvö árin eftir að þunglyndislotu léttir og meðferð er hætt. Endurkoma þunglyndis er þó algeng á þessu tímabili, í sumum rannsóknum um 40% einu og hálfu ári eftir árangursríka HAM-meðferð (Vittengl, Clark, Dunn og Jarrett, 2007; sjá einnig Dobson o.fl., 2008; Hollon o.fl., 2005) og er líklega hærri. Svipaða sögu er að segja um lyfjameðferð þótt henni sé haldið áfram en við það bætist að sumir vilja síður taka lyf til

lengri tíma vegna aukaverkana, auk þess sem erfitt getur verið að hætta á lyfjum (Bockting o.fl., 2008). Því er þörf á viðbótarinnngripum, og þá öðrum en lyfjum, til að varna endurkomu þunglyndis eftir árangursríka meðferð.

Forvarnarmeðferð eftir að bata er náð

Hluti þunglyndisvanda samfélaga liggur í viðvarandi þunglyndi sem kemur og fer út æviskeiðið. Við þessu hefur meðal annars verið brugðist með því að hanna forvarnarmeðferðir sem veittar eru eftir að bata hefur verið náð. Gengið er út frá

því að í raun er til árangursrík bráðameðferð við þunglyndi (lyfjameðferð og HAM) en að þörf sé á að styðja við þann árangur sem næst eftir að meðferð lýkur (Segal, William og Teasdale, 2002). Rannsóknir á forvarnarmiðuðum útgáfum af HAM hafa einungis sprottið upp á síðustu 20 árum en sögu rannsókna á árangri HAM við bráðu þunglyndi má rekja allt aftur til fyrstu greinar sem birtist um efnið árið 1977 (Rush, Beck, Kovac og Hollon, 1977). Skýringin á þessari áratugalöngu tölfræðilega sögu er mögulega sú að í upphafi voru rannsækendur fyrst og fremst uppteknir af því að prófa og staðfesta árangur meðferðarúrræða sinna í bráðafasa þess vanda sem var mest knýjandi að reyna að beisla. Ef til vill dvelja rannsækendur lengur við viðfangsefni sín en raunveruleikinn kallar á.

Forvarnarinngríp eru sniðin að því að efla og viðhalda bata, eftir að honum er náð, og ná þannig að draga úr líkum á endurkomu þunglyndis eða seinka henni. Vísbendingar eru um að sálfræðileg forvarnarinngríp séu árangursríkari en lyf í því að draga úr bakslagi (Biesheuvel-Leliefeld o.fl., 2015). Hér er um að ræða fimm mismunandi tegundir sálrænna inngrípa, þ.e. HAM, NúHAM, Samskiptameðferð (e. interpersonal psychotherapy, IPT), Þrautalausnameðferð (e. problem-solving therapy, ST) og Sálaraflsmeðferð (e. psychodynamic therapy, DT). Ekki var marktækur munur á árangri þessara forvarnarmeðferða samkvæmt þessari heildargreiningu (Biesheuvel-Leliefeld o.fl., 2015).

Hér verður sjónum beint sérstaklega að tveimur forvarnarinngrípum sem hafa fengið aukna athygli í rannsóknum á undanförunum árum, annars vegar ForHAM og hins vegar NúHAM. Í töflu 2 koma fram helstu sérkenni þessara forvarnarinngrípa. Skoðaðar eru niðurstöður rannsókna á árangri þeirra við að draga úr endurkomu þunglyndis hjá fólki sem hefur fyrri reynslu af því.

Forvarnarmiðuð hugræn atferlismeðferð (ForHAM)

Niðurstöður rannsókna sýna að ForHAM getur dregið úr endurkomu þunglyndis, eða seinkað endurkomu, yfir tveggja ára tímabil. Hollenskur rannsóknahópur hefur meðal annars borið áhrif meðferðarinnar saman við venjubundið eftirlit og fylgt hópi þátttakenda eftir í alls 10 ár, en

þeir voru upphaflega 187 talsins sem höfðu jafnað sig á þunglyndi. Niðurstöðurnar sýna að á fyrstu tveimur árunum höfðu 46% þeirra sem höfðu fimm eða fleiri þunglyndislotur að baki upplifað þunglyndi aftur í samanburði við 72% sem voru í venjubundnu eftirliti (Bockting o.fl., 2005). Þremur árum síðar (5,5 árum eftir að rannsóknin hófst) höfðu 75% þeirra sem fengu ForHAM fallið í þunglyndi, samanborið við 95% þeirra sem ekki fengu meðferðina, og var þá miðað við þá sem höfðu fjórar eða fleiri lotur að baki (Bockting, Spinhoven, Wouters, Koeter og Schene, 2009). Staðan var líka tekin 10 árum frá upphafi rannsóknarinnar og reyndist þá ekki vera munur á hlutfalli þeirra sem féllu í þunglyndi en ForHAM seinkaði þó endurkomu. Var í þetta skipti miðað við þá sem höfðu þrjár lotur eða fleiri að baki (Bockting, Hollon, Jarrett, Kuyken og Dobson, 2015). Þessi sami rannsóknarhópur hefur nýlega birt niðurstöður nýrrar rannsóknar sem sýna að þessi sama forvarnarmeðferð er jafn árangursrík og lyfjameðferð yfir tveggja ára tímabil og að sambland lyfjameðferðar og ForHAM er árangursríkari en lyfjameðferð ein og sér (Bockting o.fl., 2018).

Núvitundarmiðuð hugræn atferlismeðferð (NúHAM)

Í klínískri sálfræði hefur mikil aukning orðið í notkun núvitundarmiðaðra meðferðarúrræða á undanförunum tveimur áratugum. Þessa aukningu má meðal annars rekja til rannsókna á forvarnarmeðferð við endurteknu þunglyndi eða NúHAM (Segal o.fl., 2002) en fyrstu niðurstöður á árangri þeirrar meðferðar birtust árið 2000. Slembivalsrannsóknir á árangri meðferðarinnar eru nú alls 10 þegar þetta er skrifað og hafa niðurstöðurnar meðal annars verið teknar saman í heildargreiningum á sviðinu (Kuyken o.fl., 2016; Piet og Hougaard, 2011). Niðurstöður fyrstu rannsóknarinnar á NúHAM sýndu að bakslag hjá fólki, sem fékk meðferðina auk hefðbundinna meðferða, var minna yfir 14 mánaða tímabil (40%) í samanburði við þá sem eingöngu fengu hefðbundna meðferð (66%) og var þá miðað við fólk sem hafði þrjár þunglyndislotur eða fleiri að baki (Teasdale o.fl., 2000). Sami rannsóknahópur endurtók leikinn og sýndi að bakslag var minna í NúHAM (36%)

en hópi fólks sem fékk eingöngu hefðbundna meðferð (78%) og var aftur um að ræða fólk með þrjár þunglyndislotur eða fleiri (Ma og Teasdale, 2004). Þessi ávinningur NúHAM hefur verið staðfestur í seinni rannsóknum (Godfrin og van Heeringen, 2010), þó ekki í rannsókn Bondolfi og félaga (2010) þótt tími að bakslagi hafi verið lengri í NúHAM í þeirri rannsókn. Samanburður NúHAM við lyfjameðferð sýnir að um jafn árangursríkar meðferðir er að ræða (Kuyken o.fl., 2008, 2015; Segal o.fl., 2010).

Þessar niðurstöður sýna að sé NúHAM bætt við hefðbundið heilbrigðiseftirlit hjá fólki með ríka þunglyndissögu (þrjár lotur eða meira) þá ver það gegn endurkomu þunglyndis. Sú forvörn er hins vegar ekki meiri heldur en lyfjameðferð veitir ein og sér. Það sem meðal annars er áhugavert við rannsóknir á NúHAM er að nokkrir aðrir þættir hafa kerfisbundið verið mældir til að safna upplýsingum um hverjum meðferðin henti og hverjum ekki. Til dæmis hafa sumar rannsóknir sýnt að meðferðin veiti forvörn, umfram hefðbundna meðferð, fyrir þá sem hafa sögu um þrjár lotur en sá munur sé ekki til staðar ef um eina eða tvær lotur sé að ræða (Ma og Teasdale, 2004; Teasdale o.fl., 2000). Alhæfingagildi þessara niðurstæðna er þó óljóst. Þar sem fyrstu tvær rannsóknir á sviðinu sýndu nokkuð skýrt fram á þetta, hafa nánast allar rannsóknir upp frá því afmarkað rannsóknarhópa sína við fólk með þrjár lotur eða fleiri (sjá þó rannsókn Farb og félaga hér á eftir). Þótt þetta sé að vissu leyti skiljanlegt út frá siðferðilegu sjónarmiði (veita ekki meðferð þegar merki eru um að hún gagnist ekki eða jafnvel hafi öfug áhrif) hefur það leitt til þess að lítið er vitað nákvæmlega um hver ástæðan fyrir þessu er og hversu traust hún er.

Annað sem rannsóknir á NúHAM hafa leitt í ljós eru hugsanleg áhrif fyrri sögu um harðræði og ofbeldi í æsku á meðferðarárangur. Tvær rannsóknir benda til að NúHAM veiti betri forvörn gegn þunglyndi en hefðbundin meðferð eða lyfjameðferð í hópum þeirra sem hafa slíka sögu. Kuyken og félagar (2015) rannsökuðu þetta í úrtaki 424 fyrrum þunglyndra með þrjár lotur eða fleiri. Í hópi þeirra sem höfðu sögu um alvarlega misnotkun í æsku féllu 47% aftur í þunglyndi eftir NúHAM en 59% eftir lyfjameðferð. Í hópi þeirra sem höfðu litla eða

enga sögu um slíkt féllu 42% aftur í þunglyndi eftir NúHAM en 35% eftir lyfjameðferð. Rannsókn Williams og félaga (2014) sýndi að í úrtaki 255 einstaklinga með þrjár eða fleiri lotur, féllu 41% þátttakenda eftir NúHAM en 65% í hefðbundinni meðferð meðal þeirra sem höfðu upplifað harðræði og áföll í æsku. Á meðal þeirra sem höfðu sjaldan eða aldrei upplifað slíkt féll 51% eftir NúHAM en 43% eftir hefðbundna meðferð. Þessi rannsókn er einnig merkileg fyrir þær sakir að hluta þátttakenda var vísað í samanburðarskilyrði í rannsókninni sem samanstóð af öllum sömu meðferðarþáttum og NúHAM innihélt, nema að því leyti að ekki voru stundaðar neinar hugleiðslu- eða jógaæfingar eins og gert er í NúHAM. Rannsóknin var því í raun hönnuð til að kanna hvort slíkar æfingar séu drifkrafturinn í árangri NúHAM. Svo reyndist ekki vera þar sem þetta virka meðferðarskilyrði (en án hugleiðslu- og jógaæfinga) skilaði sama árangri og NúHAM og var árangursríkara en hefðbundin meðferð (Williams o.fl., 2014). Nauðsyn þess að stunda hugleiðslu- og jógaæfingar fyrir þann árangur sem fylgir NúHAM er því óljós og þarf að rannsaka betur.

Niðurstöður þessara tveggja rannsókna hafa verið túlkaðar á þann veg að NúHAM veiti betri vörn en hefðbundin meðferð (Williams o.fl., 2014) og lyfjameðferð (Kuyken o.fl., 2015) hjá þeim sem hafa upplifað harðræði, ofbeldi og misnotkun í æsku. Sé rýnt í tölurnar kemur í ljós að þetta virðist vera vegna þess að hefðbundin meðferð og lyfjameðferð sýna minni árangur í hópum þeirra sem hafa upplifað harðræði og misnotkun, frekar en að mikill munur sé á virkni NúHAM eftir því hvort um slíka sögu er að ræða (41–47%) eða ekki (42–52%).

Forvarnargildi NúHAM og ForHAM hefur verið borið saman í einni rannsókn til þessa sem notaði aðra útgáfu ForHAM en var í þeim rannsóknnum sem sagt var frá hér að framan og sýndar eru í töflu 2. Farb og félagar (2018) báru meðferðirnar saman í úrtaki 166 fyrrum þunglyndra með eina lotu eða fleiri að baki yfir tveggja ára tímabil. Meðferðirnar voru jafn árangursríkar. Ekki var munur á endurkomu þunglyndis sem var 22% í NúHAM og 21% í ForHAM. Lágt hlutfall endurkomu þunglyndis vekur athygli í þessari rannsókn.

Umræða

Um það bil helmingur þeirra sem upplifa þunglyndi í fyrsta skipti mun gera það aftur. Gera má ráð fyrir að tími milli lota styttest með hverri nýrri lotu ásamt því að líkur á nýrri lotu aukast hratt með auknum fjölda lota. Fáir, ef nokkrir, af þeim lýðfræðilegu þáttum sem tengjast fyrstu lotu þunglyndis, spá fyrir um endurtekið þunglyndi. Fagfólk getur því ekki tekið þær upplýsingar með í reikninginn til að átta sig á hættu skjólstaðinga sinna við að falla aftur í þunglyndi. Fyrsta lota snemma á ævinni og saga um harðræði og misnotkun í æsku (andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi) tengjast aukinni hættu á að falla aftur í þunglyndi. Einkennaleifar að lokinni meðferð gera það líka sem undirstrikar meðal annars forvarnargildi þess að meðhöndla þunglyndi nægjanlega lengi og vel þar til einkenni eru að fullu í rénun. Rannsóknir sýna að sama árangri má ná með HAM og lyfjum en áhrif HAM vara lengur eftir að meðferð er hætt. Gera má ráð fyrir að sálfræðimeðferð við þunglyndi sé ábótavant hér á landi því að hún er kostnaðarsöm, í það minnsta á stofum sálfræðinga, og ólíklegt að margir eigi þess kost að ljúka HAM-meðferð eins og hún hefur verið veitt í rannsóknum sem árangurstölur byggja á. Of stutt meðferð eykur því líkur á endurteknum vanda og óvíst að nokkuð hafi sparast þegar upp er staðið. Niðurgreiðsla sálfræðipjónustu, sem nú virðist vera í burðarliðnum, mun verða til mikilla bóta ef veitt meðferð fylgir klínískum leiðbeiningum.

Mikilvægt er að meta vel þunglyndissögu fólks til að kortleggja fyrri lotur og fá þannig upplýsingar um hættu á endurteknum veikindum. Rannsóknir benda til að líkur á endurkomu aukist hratt með lotufjölda og er gott að hafa slíkar upplýsingar til hliðsjónar þegar tekin er ákvörðun um eftirfylgd og frekari meðferð. Eins og fram kom skilar forvarnarmiðuð meðferð, bæði NúHAM og ForHAM, árangri í hópi fólks með 3 lotur eða fleiri að baki sem er í mikilli hættu á að falla aftur í þunglyndi. Mögulega eru verjandi áhrif þessara inngripa svipuð og fást með lyfjum og því raunhæfur valkostur sem er án nokkurra aukaverkana.

Þótt rannsóknir sýni að HAM skili árangri í svo standi árangri í þunglyndi er ljóst að betur má ef

duga skal. Í raun er árangurinn ekki ásættanlegur. Um helmingur þeirra sem er boðin meðferð nær fullum bata við meðferðarlok en um helmingur þeirra mun falla aftur í þunglyndi innan tveggja ára sé miðað gróflega við tölur úr árangursrannsóknum. Þetta þýðir í raun að sálfræðimeðferð við þunglyndi mun, yfir tveggja ára tímabil, ekki hafa náð að skila varanlegum bata fyrir 75% þeirra sem eiga kost á henni í upphafi. Sumir telja að það séu merki um að árangur HAM sé að dragast saman (Johnsen og Friberg, 2015) en það er þó umdeilt (Waltman, Creed og Beck, 2016). Hvort það er raunin eða ekki þá virðist árangurinn ekki hafa aukist sem væri samt raunhæft að ætla að myndi gerast. Það er vegna þess að endurteknar prófanir á sama meðferðarúrdræðinu (eða svipuðum) ættu stig af stigi að veita upplýsingar fyrir hverja meðferðin virkar og fyrir hverja hún virkar ekki, við hvaða aðstæður og hverju ætti að breyta til að ná meiri árangri. Þetta hefur vantað og gæti tengst fræðilegri framþróun á sviðinu. Þrátt fyrir öflugar rannsóknir á hugrænum kenn-ingum um þunglyndi hafa rannsóknirnar ekki leitt af sér niðurstöður sem skila sér í bættum meðferðarárangri. Merki um þetta gætu meðal annars verið niðurstöður nýlegrar heildargrein-ingar sem var rædd hér fyrr í greininni og sýndi að einungis tvær hugsmíðar úr hugrænum kenn-ingum hafi tengsl við endurkomu þunglyndis í langsníðsrannsóknum (Brouwer o.fl., 2019). Síðustu tvo áratugina hafa rannsóknir á núvitund komið af krafti inn í klíníska sálfræði og verið fyrirferðarmiklar hvað þunglyndi varðar. Þrátt fyrir að þessi nálgun geti að mörgu leyti verið spennandi og með henni hafi valkostum fjölgað fyrir þá sem takast á við endurtekið þunglyndi, þá er enn ekki ljóst hverju NúHAM bætir við umfram það sem hefðbundin HAM-meðferð veitir. NúHAM virðist álíka árangursrík og ForHAM og tiltölulega lítið er vitað um árangur NúHAM við þunglyndi í bráðafasa.

Lítill breyting í árangri meðferðarúrdræða og árangur nýrra úrræða, sem er sambærilegur við árangur þeirra sem fyrir eru, benda til vissrar stöðnunar á sviðinu. Þó eru merki um breytingar sem geta verið vænlegar til árangurs í framtíðinni. Rannsóknir í klínískri sálfræði, meðal annars á þunglyndi, hafa færst enn nær öðrum sviðum,

svo sem geðlæknisfræði og hugrænum taugavísindum, sem munu leiða til líkana sem innihalda blöndu þátta úr öllum þessum áttum (t.d. Beck og Bredemeier, 2016). Slík líkön geta hugsanlega verið betri ef fyrri líkön, sem hafa þróast innan afmarkaðri fræðasviða, gefa of einsleita mynd af því sem þau eiga að endurspegla. Tækniþróun hefur einnig verið ör og hefur opnað möguleika í rannsóknum og mælingum sem hafa ekki verið í boði hingað til. Mælingar yfir netið, í gegnum snjallsíma og fleiri slíkir kostir gera rannsakendum kleift að prófa og þróa kenningar sínar og meðferðarúræði út frá gögnum sem er safnað í rauntíma í raunverulegum aðstæðum fólks. Nýjar úrvinnsluaðferðir hafa blásið lífi í rannsóknir með einstaklingssniði (e. single-case designs) þar sem hægt er að fylgjast náið með breytingum í gegnum endurteknar mælingar sem safnað er í rauntíma (Fisher, 2015). Slíkar aðferðir eru meðal annars notaðar til að velja meðferðarluta út frá sérkennum fólks eða vanda þess og mæla árangurinn (sjá t.d. Fisher o.fl., 2019). Þessi þróun skapar nýja möguleika til að mæla ferli, sem breytast meðan á meðferð stendur sem getur skilað mikilvægum upplýsingum til að aðlaga og breyta meðferðum og bæta þannig árangur (Hofmann, Curtiss og Hayes, 2020). Mögulega eru því spennandi tímar fram undan.

Þróun í rannsóknum skapar einnig tækifæri fyrir fagfólk og heilbrigðiskerfið til að bæta þjónustu við þá sem eru veikir. Meðferð og umönnun þeirra sem þjást af þunglyndi er þar engin undantekning. Tækniþróun gefur færi á rafrænni eftirfylgd, meðal annars með þéttara og víðtækara mati en hingað til hefur verið hægt en einnig með inngrípum sem geta verið mismunandi að gerð og umfangi. Þótt endurtekið þunglyndi sé lotubundinn sjúkdómur er oft um langvarandi veikindi að ræða og þarf að sníða eftirfylgd og ut anumhald að því. Ef fræðileg líkön í klínískri sálfræði og geðlæknisfræði þróast með þeim hætti að geta veitt nákvæmari forspá um hvernig þunglyndislotu vindur fram, jafnvel á einstaklingsbundinn hátt, fylgir þróun meðferðarinnngripa í kjölfarið sem getur skilað sér í meiri árangri og bættum lífsgæðum þeirra sem þjást af þunglyndi.

Recurrent depression:

Defining features and effectiveness of treatment and prevention strategies

Major depressive disorder (MDD) is a prevalent mental disorder, with 15–18% of adults suffering from it at some point in their life. The resulting social costs are therefore high. However, MDD is not a unitary phenomenon, and different forms have been identified. In recent years, increased attention has been given to the recurrent nature of MDD. Research shows that around half of those who experience depression for the first time experience recurrent episodes, with risk for onset increasing with every new episode. In this paper, symptoms of MDD in adults are described along with major demographic and psychosocial factors that are associated with onset and recurrence of depression. Efficacy of empirically supported treatment and prevention protocols are reviewed, focusing on pharmacotherapy, cognitive behavioural therapy, mindfulness based cognitive therapy and preventive cognitive therapy. Main research findings, that may be useful for practicing psychologists involved in assessing and treating depression, are summarised. Finally, several issues are discussed, that may be important for future research and treatment development in the field of depression.

Keywords: *depression, recurrence, adults, treatment, prevention.*

Corresponding author: Ragnar P. Ólafsson, Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Iceland (ragnarpo@hi.is).

Heimildaskrá

- APA (American Psychiatric Association). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fimmta útgáfa). Washington: Höfundur.
- Beck, A. T. og Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596–619. doi:10.1177/2167702616628523
- Biesheuvel-Leliefeld, K. E., Kok, G. D., Bockting, C. L., Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Marwijk, H. W. J. og Smit, F. (2015). Effectiveness of psychological interventions in preventing recurrence of depressive disorder: Meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 174, 400–410. doi:10.1016/j.jad.2014.12.016
- Bockting, C. L. H., Hollon, S. D., Jarrett, R. B., Kuyken, W. og Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review*, 41, 16–26. doi:10.1016/j.cpr.2015.02.003
- Bockting, C. L. H., Klein, N. S., Elgersma, H. J., van Rijsbergen, G. D., Slofstra, C., Ormel, J., ... Burger, H. (2018). Effectiveness of preventive cognitive therapy while tapering antidepressants versus maintenance antidepressant treatment versus their combination in prevention of depressive relapse or recurrence (DRD study): A three-group, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 5(5), 401–410. doi:10.1016/S2215-0366(18)30100-7
- Bockting, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J. og Kamphuis, J. H. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 647–657. doi:10.1037/0022-006X.73.4.647
- Bockting, C. L. H., Smid, N. H., Koeter, M. W. J., Spinhoven, P., Beck, A. T. og Schene, A. H. (2015). Enduring effects of preventive cognitive therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 185, 188–94. doi:10.1016/j.jad.2015.06.048
- Bockting, C. L. H., Spinhoven, P., Wouters, L. F., Koeter, M. W. J. og Schene, A. H. (2009). Long term effects of preventive cognitive therapy in recurrent depression: A 5.5-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70(12), 1621–1628. doi:10.4088/JCP.08m04784blu
- Bockting, C. L. H., ten Doesschate, M. C., Spijker, J., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J. og Schene, A. H. (2008). Continuation and maintenance use of antidepressants in recurrent depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(1), 17–26. doi:10.1159/000110056
- Bondolfi, G., Jermann F., der Linden, M. V., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget B. W., ... Bertschy, G. (2010). Depression relapse prophylaxis with mindfulness-based cognitive therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*, 122(3), 224–231. doi:10.1016/j.jad.2009.07.007
- Boschloo, L., Bekhuis, E., Weitz, E. S., Reijnders, M., DeRubeis, R. J., Dimidjian, S., ... Cuijpers, P. (2019). The symptom-specific efficacy of antidepressant medication vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of depression: Results from an individual patient data meta-analysis. *World Psychiatry*, 18(2), 183–191. doi:10.1002/wps.20630
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G., ... Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Brouwer, M. E., Williams, A. D., Kennis, M., Fu, Z., Klein, N. S., Cuijpers, P. og Bockting, C. L. H. (2019). Psychological theories of depressive relapse and recurrence: A systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Clinical Psychology Review*, 74, 101773. doi:10.1016/j.cpr.2019.101773
- Buckman, J. E. J., Underwood, A., Clarke, K., Saunders, R., Hollon, S. D. og Pilling, S. (2018). Risk factors for relapse and recurrence of depression in adults and how they operate: A four-phase systematic review and meta-synthesis. *Clinical Psychology Review*, 64, 13–38. doi:10.1016/j.cpr.2018.07.005
- Burcusa, S. L. og Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959–985. doi:10.1016/j.cpr.2007.02.005
- Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., Chaimani, A., Atkinson, L. Z., Ogawa, Y., ... Geddes, J. R. (2018). Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Lancet*, 391(10128), 1357–1366. doi:https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32802-7

- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow W. E. og Reed, G. M. (2017). Three approaches to understanding and classifying mental disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72–145. doi:10.1177/1529100617727266
- Cuijpers, P. (2017). Four decades of outcome research on psychotherapies for adult depression: An overview of a series of meta-analyses. *Canadian Psychology*, 58(1), 7–19. doi:10.1037/cap0000096
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Berking, M., Bockting, C. L. H. og Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. *BMJ Open*, 3(4):e002542. doi:10.1136/bmjopen-2012-002542
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D. og van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. doi:10.1016/j.jad.2014.02.026
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A. og Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92–107. doi:10.1002/wps.20701
- Cuthbert, B. N. og Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. doi:10.1186/1741-7015-11-126
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. J., ... Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468–477. doi:10.1037/0022-006X.76.3.468
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, B. H., Bienvenu, O. J. og Zandi, P. (2008). Population based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 65(5), 513–520. doi:10.1001/archpsyc.65.5.513
- Farb, N., Anderson, A., Ravindran, A., Hawley, L., Irving, J., Mancuso, E., ... Segal, Z. V. (2018). Prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder with either mindfulness-based cognitive therapy or cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 200–204. doi:10.1037/ccp0000266
- Farb, N. A. S., Irving, J., Anderson, A. og Segal, Z. V. (2015). The two-factor model of relapse/recurrence vulnerability in unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 38–53. doi:10.1037/abn0000031
- Fisher, A. J. (2015). Toward a dynamic model of psychological assessment: Implications for personalized care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83(4), 825–836. doi:10.1037/ccp0000026
- Fisher, A. J., Bosley, H. G., Fernandez, K. C., Reeves, J. W., Soyster, P. D., Diamond, A. E. og Barkin, J. (2019). Open trial of a personalized modular treatment for mood and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 116, 69–79. doi:10.1016/j.brat.2019.01.010
- Godfrin, K. A. og van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 738–746. doi:10.1016/j.brat.2010.04.006
- Greenberg, P. E., Fournier, A. A., Sisitsky, T., Pike, C. T. og Kessler, R. C. (2015). The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(2), 155–162. doi:10.4088/JCP.14m09298
- Gualano, M. R., Bert, F., Martorana, M., Voglino, G., Andriolo, V., Thomas, R., ... Siliquini, R. (2017). The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: Systematic review of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 58, 49–58. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.006
- Hafrún Kristjánsdóttir, Þóra Sigfríður Einarisdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson. (2016). Getum við hjálpað fólki og sparað fjármuni með auknu aðgengi að gagnreynðri sálfræðimeðferð? *Sálfræðiritið*, 20–21, 93–102.
- Hofmann, S. G., Curtiss, J. E. og Hayes, S. C. (2020). Beyond linear mediation: Toward a dynamic network approach to study treatment processes. *Clinical Psychology Review*, 76, 101824. doi:10.1016/j.cpr.2020.101824
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., ... Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 417–422. doi:10.1001/archpsyc.62.4.417
- Ingram, R. C., Atchley, R. A. og Segal, Z. V. (2011). *Vulnerability to depression: from cognitive neuroscience to prevention and treatment*. New York: Guilford Press.
- Johnsen, T. J. og Friborg, O. (2005). The effects if cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 747–768. doi:10.1037/bul0000015

- Jón Stefánsson og Eiríkur Líndal (2009). Algengi geðraskana á Stór-Reykjavíkursvæðinu. *Læknablaðið*, 95(9), 559–564.
- Kennis, M., Gerritsen, L., van Dalen, M., Williams, A., Cuijpers, P. og Bockting, C. (2020). Prospective biomarkers of major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry*, 25, 321–338. doi:10.1038/s41380-019-0585-z
- Kessler, R. C. og Bromet, E. J. (2013). The epidemiology of depression across cultures. *Annual Review of Public Health*, 34, 119–138. doi:10.1146/annurev-publhealth-031912-114409
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. og Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617–627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M., ... Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(4), 454–477. doi:10.1037/abn0000258
- Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *Lancet Psychiatry*, 4(2), 146–158. doi:10.1016/S2215-0366(16)30263-2
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966–978. doi:10.1037/a0013786
- Kuyken, W., Hayes, R., Barrett, B., Byng, R., Dalgleish, T., Kessler, D., ... Byford, S. (2015). Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): A randomised controlled trial. *Lancet*, 386: 63–73. doi:10.1016/S0140-6736(14)62222-4
- Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., ... Dalgleish, T. (2016). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*, 73(6), 565–574. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0076
- Ma, S. H. og Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31–40. doi:10.1037/0022-006X.72.1.31
- Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Jón Friðrik Sigurðsson. (2011). Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. *Læknablaðið*, 97(11), 613619.
- Malhi, G. S. og Mann, J. J. (2018). Depression. *Lancet*, 392, 2299–2312. doi:10.1016/S0140-6736(18)31948-2
- Marchetti, I., Koster, E. H. W., Sonuga-Barke, E. J. S. og De Raedt, R. (2012). The default mode network and recurrent depression: A neurobiological model of cognitive risk factors. *Neuropsychology Review*, 22, 229–251. doi:10.1007/s11065-012-9199-9
- Mathers, C. D. og Loncar, D. (2015). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*, 3(11), 2011–30. doi:10.1371/journal.pmed.0030442
- McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95–104. doi:10.1016/j.brat.2016.06.006
- Mineka, S. og Vrshek-Schallhorn, S. (2014). Comorbidity of unipolar depressive and anxiety disorders. Í I. H. Gotlib og C. L. Hammen (ritstjórar), *Handbook of depression* (þriðja útgáfa, bls. 84–102. New York: Guilford Press.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Taylor, A., Kokaua, J., Milne, B. J., Polanczyk, G. og Poulton, R. (2010). How common are common mental disorders? Evidence that lifetime prevalence rates are doubled by prospective versus retrospective ascertainment. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 40, 899–909. doi:10.1017/S0033291709991036
- Monroe, S. M., Slavich, G. M. og Georgiades, K. (2014). The social environment and depression: The roles of life stress. Í I. H. Gotlib og C. L. Hammen (ritstjórar), *Handbook of depression* (þriðja útgáfa, bls. 277–295. New York: Guilford Press.
- Nanni, V. Uher, R. og Danese, A. (2012). Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 169, 141–151. doi:10.1176/appi.ajp.2011.11020335
- Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P. og Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 96–104. doi:10.1192/bjp.bp.115.180752
- Nelson, B., McGorry, P. D., Wichers M., Wigman, J. T. W. og Hartmann, (2017). Moving from static to dynamic models of onset of mental disorder: A review. *JAMA Psychiatry*, 74(5), 528–534. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.0001

- NICE. (2009). Depression in adults | Guidance and guidelines | NICE. Sótt 19. ágúst 2020 af <http://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- Olfson, M. og Marcus, S. C. (2009). National patterns in antidepressant medication treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 848–856. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.81
- Otte, C., Gold, S. M., Penninx, B. W., Pariente, C. M., Etkin, A., Fava, M., ... Schatzberg, A. F. (2016). Major depressive disorder. *Nature Reviews*, 2, 16065. doi:10.1038/nrdp.2016.65
- Piet, J. og Hougaard E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 1032–1040. doi:10.1016/j.cpr.2011.05.002
- Royal Australian and New Zealand college of psychiatrists clinical practice guidelines team for depression. (2004). Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(6), 389–407. doi:10.1111/j.1440-1614.2004.01377.x
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M. og Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1(1), 17–37. doi:10.1007/BF01173502
- Segal, Z., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L., ... Levitan, R. (2010). Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67(12), 1256–1264. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.168
- Segal, Z. V., Williams, J. M. og Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2012). *How mental illness looses out in the NHS*. London: Centre for Economic Performance, LSE.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. og Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615–623. doi:10.1037/0022-006X.68.4.615
- van Loo, H. M., de Jonge, P., Romeijn, J. W., Kessler, R. C. og Schoevers, R. A. (2012). Data-driven subtypes of major depressive disorder: A systematic review. *BMC Medicine*, 10, 156. doi:10.1186/1741-7015-10-156
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W. og Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475–488. doi:10.1037/0022-006X.75.3.475
- Wakefield, J. C. (2016). Diagnostic issues and controversies in DSM-5: Return of the false positives problem. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 105–132. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032814-112800
- Waltman, S. H., Creed, T. A. og Beck, A. T. (2016). Are the effects of cognitive behavior therapy for depression falling? Review and critique of the evidence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(2), 113–122. doi:10.1111/cpsp.12152
- Weitz, E. S., Hollon, S. D., Twisk, J., van Straten, A., Huibers, M. J., David, D., ... Cuijpers, P. (2015). Baseline depression severity as a moderator of depression outcomes between cognitive behavioral therapy versus pharmacotherapy: An individual patient data meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(11), 1102–1109. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.1516
- Wichers, M., Gershwind, N., van Os, J. og Peeters, F. (2010). Scars in depression: Is a conceptual shift necessary to solve the puzzle? *Psychological Medicine*, 40(3), 359–365. doi:10.1017/S0033291709990420
- Williams, J. M., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., ... Russel, I. T. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: Randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275–286. doi:10.1037/a0035036
- WHO (World Health Organisation). (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (ICD-10). Genf: Höfundur.
- Youngstrom, E. og Perez-Algorta, G. (2014). Feature sand course of bipolar disorder. Í I. H. Gotlib og C. L. Hammen (ritstjórar), *Handbook of depression* (þriðja útgáfa, bls. 142–162. New York: Guilford Press.

Algengi líkamsskynjunarröskunar á Íslandi

Hrefna Harðardóttir, Arna Hauksdóttir, Heiðrún Hlöðversdóttir,
Unnur Anna Valdimarsdóttir og Andri Steinþór Björnsson
Háskóli Íslands

Líkamsskynjunarröskun (LSR; e. body dysmorphic disorder) er geðröskun sem einkennist af þráhyggju um útlitsgalla sem er ekki til staðar. Þessum hugsunum fylgir mikil vanlíðan og skerðing á virkni. Megintilgangur rannsóknarinnar var að (a) meta algengi LSR í almennu úrtaki á Íslandi og (b) bera saman bakgrunn og klínísk einkenni þeirra sem skimast með LSR við þá sem skimast með almenna kvíðaröskun (AKR) og þátttakendur sem ekki skimast með einkenni þessara geðraskana (samanburðarhópur). Þátttakendur voru 854. Alls skimuðust 34 (4%) þátttakendur með LSR (88% konur) og 50 (6%) með AKR (64% konur). Þátttakendur sem skimuðust með LSR voru líklegri til að vera einhleypir, atvinnulausir og í veikindaleyfi eða öryrkjar en þátttakendur án LSR eða AKR. Þeir sem skimuðust með LSR sýndu jafnframt fleiri einkenni þunglyndis og streitu en einstaklingar í samanburðarhópi og voru líklegri til að hafa sjálfsvígshugsanir og að hafa gert tilraun til sjálfsvígs. Að jafnaði var ekki munur á hópunum sem skimuðust með LSR og AKR en þó var hærra hlutfall einstaklinga, sem skimuðust með LSR, sem hafði gert sjálfsvígstilraun. Niðurstöður benda til þess að LSR sé algeng geðröskun í almennu þýði sem hafi margvísleg neikvæð áhrif á líf fólks. Það er mikilvægt að auka þekkingu meðal almennings og heilbrigðisstarfsfólks á LSR, helstu einkennum hennar og viðeigandi meðferð við röskuninni.

Efnisorð: líkamsskynjunarröskun, útlitsgallar, algengi, skimun, almenn kvíðaröskun.

Líkamsskynjunarröskun (LSR; e. body dysmorphic disorder), tilheyrir nýjum flokki innan flokkunarkerfis Ameríska geðlæknafélagsins (Diagnostic Statistical Manual, 5. útgáfa (DSM-5)) sem nefnist *Áráttu- og þráhyggjuröskun og skyldar raskanir* (e. Obsessive-compulsive and related disorders) (American Psychiatric Association, 2013). Helsta einkenni LSR er þráhyggja af útlitsgalla sem er ekki til staðar eða er smávægilegur. Þessum hugsunum fylgir mikil vanlíðan og skerðing á virkni, til dæmis á félagslegum samskiptum, atvinnu og námi. Nýju viðmiði var bætt við fyrir greiningu röskunarinnar í nýjustu útgáfu DSM. Viðkomandi þarf að hafa brugðist við hugsunum um líkamslýtið með einhverjum hætti (t.d. að athuga líkamshlutana í spegli, snyrta líkamshlutann, fela hann eða bera útlit sitt sífellt saman við aðra) (American Psychiatric Association, 2013).

Líkamsskynjunarröskun hefur verið lýst áður af ýmsum fræðimönnum og hefur hún gengið undir ýmsum nöfnum í meira en öld (Phillips, 1991). Röskunin hefur eingöngu verið rannsökuð

á kerfisbundinn hátt síðan um miðjan 9. áratug síðustu aldar (Crerand, Phillips, Menard og Fay, 2005). Rannsóknir á LSR hafa aukist síðustu ár en þó er margt enn óljóst hvað röskunina varðar. Hún virðist vera vangreind en jafnframt hafa alvarlegar afleiðingar í för með sér (Veale og Bewley, 2015).

Einkenni líkamsskynjunarröskunar

Það helsta sem vitað er um LSR byggist á tveimur rannsóknum sem geðlæknirinn Katharine A. Phillips gerði á tveimur stórum úrtökum einstaklinga með LSR, annars vegar 188 þátttakendum, sem leituðu meðferðar, og hins vegar

Hrefna Harðardóttir er MPH frá Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Arna Hauksdóttir er prófessor við Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Heiðrún Hlöðversdóttir, er MPH frá Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Unnur Anna Valdimarsdóttir er prófessor við Miðstöð í lýðheilsuvísindum við Læknadeild Háskóla Íslands. Andri Steinþór Björnsson er prófessor við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Andra, netfang: asb@hi.is.

200 þátttakendum sem tóku þátt í framsýnni langtímarannsókn á ferli LSR (Phillips og Diaz, 1997; Phillips, Menard, Fay og Weisberg, 2005c). Niðurstöður bentu til þess að kynjahlutfall LSR hafi verið nokkuð jafnt og voru konur 49% í fyrrnefndu rannsókninni og 68,5% í þeirri síðarnefndu (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Röskunin virðist koma fram að meðaltali um 16–17 ára aldur en algengast er að hún komi fram um tólf ára aldur (Björnsson o.fl., 2013). Þrátt fyrir það hefur röskunin lítið verið rannsökuð meðal barna og unglinga (Phillips o.fl., 2005c). Þeir sem þjást af LSR eyða oft mörgum klukkutímum á dag í að hugsa um útlit sitt og getur þessi þráhyggja valdið verulegu uppnámi (Phillips, 1991). Þessar hugsanir geta beinst að hvaða líkamshluta sem er en algengast er að einstaklingar séu uppteknir af húðinni (t.d. af bóllum eða hrukkum), nefi (stærð og lögun) og hári (t.d. að hár líti „ekki rétt“ út). Einstaklingar með LSR geta orðið uppteknir af mismunandi göllum á ólíkum tímabilum og yfir ævina er algengast að þeir séu uppteknir af fimm til sjö líkamshlutum (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Lítið er svo á að innsæi fólks um hvernig það lítur út í raun og veru spanni vítt róf, allt frá því að vera með gott innsæi í það að vera með ekkert innsæi og miklar ranghugmyndir um eigið útlit (American Psychiatric Association, 2013). Ranghugmyndir hjá sjúklingum með LSR einkennast af því að þeir eru sannfærðir um að tilteknir líkamshlutar séu ljótir eða jafnvel afskræmdir og að aðrir sjái það sama og þeir (Eisen, Phillips, Coles og Rasmussen, 2004).

Fólk með LSR bregst næstum alltaf við þráhyggjunni með einhvers konar athöfnum til að draga úr þeirri vanlíðan sem fylgir hugsunum þótt athafnirnar hafi oft þveröfug áhrif. Einstaklingar með LSR eiga erfitt með að stjórna þessari hegðun og ver helmingur þeirra þremur klukkutímum á dag eða meira í hegðunina (Phillips, Gunderson, Mallya, McElroy og Carter, 1998; Phillips, McElroy, Keck, Pope og Hudson, 1993). Dæmi um þessa hegðun er að einstaklingurinn ber líkamshluta sína saman við líkamshluta annarra, athuga þá endurtekið í spegli, biðja um

hughreystingu frá öðrum og snyrta sig óhóflega mikið (American Psychiatric Association, 2013). Einnig er algengt að þeir hylji „galla“ sinn, til dæmis með farða, húfu eða klæðnaði. Slíkri öryggishegðun er ætlað að koma í veg fyrir að þeir verði sér til skammar eða verði niðurlægðir (Phillips, 2009). Fólk með LSR forðast yfirleitt tilteknar félagslegar aðstæður af ötta við höfnun vegna þess hvernig það upplifir eigið útlit og getur slík forðun leitt til mikillar félagslegrar einangrunar (Kelly, Walters og Phillips, 2010).

Algengi

LSR virðist vera vangreind geðröskun meðal annars vegna þess að fólk með þessa röskun upplýsir meðferðaraðila sjaldan um þessar hugsanir og hegðun. Í fimm rannsóknum var skimað fyrir LSR hjá þátttakendum og metið hvort þeir hefðu áður fengið greiningu á henni í sjúkraskrá sinni. Þátttakendur voru ýmist innliggjandi á geðdeild eða sóttu meðferð á göngudeild geðspítala og kom í ljós að enginn af þeim sem greindist með LSR hafði áður fengið þá greiningu. Þá kom einnig fram að enginn þátttakandi taldi sig myndu ræða um einkenni sín að fyrra bragði heldur einungis ef meðferðaraðili spyrði beint um útlitstengdar hugsanir, jafnvel þótt þátttakendurnir teldu að neikvæðar hugsanir um útlit væri þeirra meginvandi (Dyl, Kittler, Phillips og Hunt, 2006; Grant, Kim og Crow, 2001; Phillips o.fl., 1993; Phillips, Nierenberg, Brendel og Fava, 1996; Zimmerman og Mattia, 1998). Helstu ástæður fyrir því að halda þessum hugsunum leyndum voru skömm, ótti við neikvæð viðbrögð frá meðferðaraðila eða skilningsleysi og að gera sér ekki grein fyrir því að LSR er raunveruleg geðröskun sem hægt er að meðhöndla (Conroy o.fl., 2008).

Almennt þýði

Sjö rannsóknir hafa kannað algengi LSR á full-orðnu fólki í almennu þýði í Bandaríkjunum, Þýskalandi, Svíþjóð og Ítalíu. Fjöldi þátttakenda var 673–2552 og algengið mældist á bilinu 0,7%–3,2% (Brohede, Wingren, Wijma og Wijma, 2015; Buhlmann o.fl., 2010; Faravelli o.fl., 1997; Koran, Abujoude, Large og Serpe, 2008; Otto, Wilhelm, Cohen og Harlow, 2001;

Rief, Buhlmann, Wilhelm, Borkenhagen og Braehler, 2006; Schieber, Kollei, de Zwaan og Martin, 2015). Í yfirlitsgrein var vegið algengi þessara sjö rannsókna 1,9% (Veale, Gledhill, Christodoulou og Hodsoll, 2016). Þetta bendir til þess að LSR sé algengari en lystarstol og geðklofi en þær geðraskanir hafa fengið mun meiri athygli rannsakenda og meðferðaraðila í gegnum tíðina (Hudson, Hiripi, Pope og Kessler, 2007; McGrath, Saha, Chant og Welham, 2008; Merikangas o.fl., 2007). Til samanburðar má nefna að algengi almennrar kvíðaröskunar (e. generalized anxiety disorder) í almennu þýði er á bilinu 1,3–3,1% en lífstíðaralgengi röskunarinnar er á bilinu 4,5–5,1%, og er hún tvöfalt algengari hjá konum en körlum (Carter, Wittchen, Pfister og Kessler, 2001; Kringlen, Torgersen og Cramer, 2001; Pirkola o.fl., 2005; Wittchen, Zhao, Kessler og Eaton, 1994).

Nemendaúrtök

Átta erlendar rannsóknir hafa verið gerðar meðal háskólanema þar sem þátttakendafjöldi var 101–1041. Niðurstöður bentu til þess að algengi LSR sé nokkuð breytilegt og örlítið hærra hjá háskólanemum en í almennu úrtaki, eða 1,2%–5,8% og er vegið algengi úr þessum rannsóknum 3,3% (Bartsch, 2007; Bohne, Keuthen, Wilhelm, Deckersbach og Jenike, 2002a; Bohne o.fl., 2002b; Boroughs, Krawczyk og Thompson, 2010; Cansever, Uzun, Donmez og Ozsahin, 2003; Liao o.fl., 2009; Sarwer o.fl., 2005; Taqui o.fl., 2008; Veale o.fl., 2016).

Klínísk úrtök

Röskunin er algeng á meðal þeirra sem sækja þjónustu á geðspítala. Þrjár erlendar rannsóknir, sem könnuðu algengi LSR á göngudeildum geðspítala, sýndu að algengi var á bilinu 3,2%–11,0% og er vegið algengi 5,8% (Kelly, Zhang og Phillips, 2015; Veale o.fl., 2016; Wilhelm, Otto, Zucker og Pollack, 1997; Zimmerman og Mattia, 1998). Algengi LSR meðal sjúklinga sem leita sálrænnar meðferðar á dagdeild er 7,2% og lífstíðaralgengi er 9,1% (Bjornsson o.fl., 2016). LSR hjá fullorðnum sjúklingum, sem liggja á geðspítala, hefur verið metin í fjórum rannsóknum og er algengi þar á bilinu 1,9%–16,0% og

vegið algengi 7,4% (Conroy o.fl., 2008; Grant o.fl., 2001; Kollei o.fl., 2011; Veale, Akyuz og Hodsoll, 2015; Veale o.fl., 2016). Algengi LSR hjá unglingum á lokuðum geðdeildum hefur verið metið í tveimur erlendum rannsóknum og er það 6,7% og 14,0% og vegið algengi er 7,4% (Dyl o.fl., 2006; Grant o.fl., 2001; Veale o.fl., 2016).

Algengi LSR á stofum lýta- og húðlækna

Algengt er að þeir sem þjást af LSR sækji í fegrunaraðgerðir eða húðmeðferð til að laga „útlitsgalla“ sinn. Algengi LSR hjá þeim sem leita meðferðar á húðmeðferðarstofu er á bilinu 4,2%–29,0% og vegið algengi 11,3% (Calderon o.fl., 2009; Conrado o.fl., 2010; Dogruk o.fl., 2014; Hsu, Ali Juma og Goh, 2009; Phillips, Dufresne, Wilkel og Vittorio, 2000; Veale o.fl., 2016). Ellefu erlendar rannsóknir hafa verið birtar sem kanna algengi LSR meðal einstaklinga sem leita til lýtalækna. Niðurstöður benda til þess að algengið í þessum aðstæðum virðist breytilegt eða á bilinu 6,3%–53,0%. Þessi breytileiki gæti meðal annars stafað af litlu samræmi í mælitækjum sem notuð eru til að skima fyrir einkennum röskunarinnar en vegið algengi úr þessum rannsóknum er 13,2%. Það bendir til þess að margir þeirra sem leita til húð- og lýtalækna eru í raun með LSR (Altamura, Paluello, Mundo, Medda og Mannu, 2001; Aouizerate o.fl., 2003; Bellino o.fl., 2006; Dey o.fl., 2015; Ishigooka o.fl., 1998; Lai, Lee, Yeh og Chen, 2010; Pavan o.fl., 2006; Sarwer, Wadden, Pertschuk og Whitaker, 1998; Vargel og Ulusahin, 2001; Veale o.fl., 2016; Veale o.fl., 2014; Vindigni o.fl., 2002).

LSR á Íslandi

Ein rannsókn hefur verið birt á Íslandi sem kannar LSR meðal skjólstæðinga sem sóttu meðferð hjá átröskunarteymi geðsviðs Landspítala (Ásmundur Gunnarsson, Sigurlaug María Jónsdóttir og Andri S Björnsson, 2014). Þátttakendur voru 24 konur og greindust 37,5% þeirra með LSR. Um 33% þátttakenda, sem greindust með LSR, höfðu áður fengið þá greiningu. Þátttakendur með LSR voru líklegri til að greina frá sjálfsvígshugsunum og einnig að hafa gengist undir lýtaaðgerð en aðrir þátttakendur. Önnur rannsókn kannaði algengi húðkroppunaráráttu meðal 55

háskólanema á Íslandi og voru 9% þátttakenda með húðkroppunaráráttu einnig með LSR (Ívar Snorrason, Jakob Smári og Ragnar P. Ólafsson, 2009).

Fylgiraskanir

Algengt er að einstaklingar með LSR séu einnig með aðrar geðraskanir. Algengasta fylgiröskunin er alvarlegt þunglyndi sem virðist oft stafa af þeirri vanlíðan sem LSR hefur í för með sér en þar er ævialgengi samsláttar um 75%, þar á eftir er áfengis- og fíkniefnamisnotkun (30–50%), félagsfælni (37–39%) og áráttu- og þráhyggjuröskun (32–33%). Því fleiri fylgiraskanir sem einstaklingur þjáist af þeim mun neikvæðari áhrif hefur það á líf hans (Grant, Menard, Pagano, Fay og Phillips, 2005; Gunstad og Phillips, 2003; Phillips o.fl., 2005c).

Lífsgæði og sjálfsvígshætta

LSR getur haft gríðarleg áhrif á þá sem þjáast af röskuninni. Fyrirgreindar rannsóknir Phillips á LSR sýna að almennt eru lífsgæði fólks með LSR minni en hjá fólki úr almennu úrtaki en 22,7% fyrrnefnda hópsins eru á örorkubótum, 38% eru atvinnulaus og 77% telja að einkenni sín hafi neikvæð áhrif á náms- og starfsgetu sína (Didie, Menard, Stern og Phillips, 2008; Phillips og Diaz, 1997; Phillips, Menard, Fay og Pagano, 2005b; Phillips o.fl., 2005c). Einstaklingar með LSR eru líklegri til að vera einhleypir (31%) og með lægri tekjur en þeir sem eru lausir við röskunina (Rief o.fl., 2006). Á bilinu 27–31% fólks með LSR hafa ekki yfirgefið heimili sitt í viku eða meira einhvern tíma á ævinni vegna hugsana um eigið útlit (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Sjálfvígshugsanir eru yfirleitt þrálátar hjá fólki með LSR en í einni rannsókn höfðu 78% þátttakenda með LSR einhvern tíma á lífsleiðinni hugsað um að fyrirfara sér og um 28% höfðu reynt að fremja sjálfsvíg (Phillips o.fl., 2005a). Í kerfisbundnu yfirliti, sem kannaði tíðni sjálfsvígshugsana og -tilrauna hjá einstaklingum með LSR, kom í ljós að tíðni sjálfsvígshugsana er á bilinu 17%–72% og tíðni sjálfsvígstilrauna er á bilinu 2,6%–62,0% (Angelakis, Gooding og

Panagioti, 2016). Í langtímarannsókn til fjögurra ára var sjálfsvígstíðnin 45 sinnum hærri en í almennu þýði sem er hærra hlutfall en hjá fólki með þunglyndi, átraskanir eða geðhvörf (Harris og Barraclough, 1997; Phillips og Menard, 2006).

Tilgangur rannsóknar

Aðeins ein rannsókn hefur verið birt hér á landi sem kannar algengi LSR og hún var gerð á klínísku úrtaki. Sú rannsókn, sem um ræðir í þessari grein, er fyrsta rannsókn á Íslandi sem kannar algengi í almennu úrtaki.

Megintilgangur rannsóknarinnar var að (a) meta algengi LSR í almennu úrtaki á Íslandi og (b) bera bakgrunn og fylgieinkenni þeirra sem skimast með LSR saman við hóp sem skimast með almenna kvíðaröskun (AKR) – en það er röskun sem hefur mikil áhrif á líf þeirra sem greinast með hana – en einnig við hóp sem ekki skimast með einkenni þessara geðraskanana (samanburðarhóp). Fyrir fram var búist við því að þeir sem skimast með LSR sýni alvarlegri einkenni þunglyndis, kvíða, streitu og almennt lélegri virkni en samanburðarhópur. Einnig var búist við því að þeir sem skimast með LSR hafi tíðari sjálfsvígshugsanir og hafi oftast reynt sjálfsvíg en þeir sem skimast með AKR og þeir sem skimast ekki með þessar raskanir.

Aðferð

Þátttakendur

Alls fengu 1640 einstaklingar á aldrinum 20–69 ára boð um þátttöku í rannsókninni sem var hluti af rannsókninni *Heilsusaga Íslendinga* og var framkvæmd í samstarfi Háskóla Íslands og Krabbameinsfélags Íslands. Gagnasöfnun hófst í febrúar 2014 og stóð fram í maí sama ár. Úrtak kvenna, sem átti tíma í krabbameinsskoðun hjá Leitarstöð Krabbameinsfélagsins í Reykjavík, fékk boð um þátttöku. Karlar á höfuðborgarsvæðinu voru valdir með slembivali úr Þjóðskrá og allir þátttakendur fengu sent kynningarbréf og símtal með boði um þátttöku. Notuð voru gögn frá 854 þátttakendum, sem svöruðu spurningalistanum *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ, sjá síðar í greininni) sem metur LSR,

376 körlum ($M = 45,6$ ára, $sf = 13,2$ ár) og 478 konum ($M = 52,6$ ára, $sf = 11,1$ ár). Þátttakendum var skipt í þrjá hópa: Þá sem skimuðust með LSR ($n = 34$), þá sem skimuðust með almenna kvíðaröskun en ekki með LSR ($n = 50$) og þá sem skimuðust með hvoruga röskunina (samanburðarhópur, $n = 770$). Þeir sem skimuðust bæði með LSR og almenna kvíðaröskun voru settir í LSR-hópinn. Allir þátttakendur skrifuðu undir upplýst samþykki og fylltu út rafrænan spurningalista. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og fékk leyfi Vísindasiðanefndar (VSNb2013010025/03.07).

Mælitæki

Bakgrunnsbreytur

Þátttakendur voru beðnir um að veita upplýsingar um ýmsa bakgrunnspætti eins og kyn, aldur, hjúskaparstöðu, menntunarstig, stöðu á atvinnu-markaði og tekjur.

Body Dysmorphic Disorder Questionnaire

Spurningalistinn *Body Dysmorphic Disorder Questionnaire* (BDDQ) var notaður til að skima fyrir einkennum líkamsskynjunarröskunar. Listinn er sjálfsmatskvarði með fjórum spurningum sem byggjast á greiningarviðmiðum DSM-IV (Phillips, 2005). Listinn var þýddur árið 2013 af Ásmundi Gunnarssyni og Andra Steinþóri Björnssyni. Þeir þátttakendur, sem svöruðu fyrstu tveimur spurningum listans játandi, héldu áfram með listann. Þær eru „Hefur þú áhyggjur af útliti þínu?“ og „Hugsar þú mikið um útlitstengd vandamál þín og vildir að þú gætir hugsað minna um þau?“ Þriðja atriði listans snýr að þeim áhrifum sem hugsanirnar hafa haft á líf þátttakanda þar sem viðkomandi þurfti að haka í að minnsta kosti einn valmöguleika af fjórum: „Þær hafa komið mér í uppnám“, „Þær hafa komið í veg fyrir samskipti með vinum mínum eða haft neikvæð áhrif á samskipti við annað fólk, félagslíf eða tilhugalíf“, „Þær hafa valdið mér vandamálum í skóla, vinnu eða á öðrum sviðum“ og „Það er eitthvað sem ég forðast vegna útlits míns“. Fjórða og síðasta atriðið metur þann tíma sem fer í að hugsa um útlitið á venjulegum degi (þar sem viðkomandi þarf að leggja saman

heildartímann yfir daginn). Þar eru valmöguleikarnir: „minna en 1 klst á dag“, „1–3 klst á dag“ og „meira en 3 klst á dag“. Samkvæmt DSM-5 er miðað við að fólk þurfi að verja klukkustund eða meira á dag í þrálátar hugsanir um útlit sitt. Mælitækið var hannað til að skima fyrir LSR og fyrri erlend rannsókn á 66 þátttakendum á geðdeild gaf til kynna að mælitækið hafi 100% næmi og um 89% sértæki (Crerand o.fl., 2005). Réttmæti BDDQ-spurningalistans var metið í almennu þýði í Svíþjóð og kom þá í ljós að listinn hafði 94% næmi og 90% sértæki, 71% af þeim þátttakendum, sem skimuðust með LSR samkvæmt BDDQ, voru greindir með röskunina í klínísku greiningarviðtali (Brohede, Wingren, Wijma og Wijma, 2013). Próffræðilegir eiginleikar listans hafa ekki verið skoðaðir hérlandis.

General Anxiety Disorder-7

Spurningalistinn *General Anxiety Disorder-7* (GAD-7) er sjö atriða sjálfsmatsmælikvarði sem var notaður til að skima fyrir og mæla alvarleika einkenna almennrar kvíðaröskunar (GAD) og svara þátttakendur hversu vel atriðin eiga við síðustu tvær vikur. Þátttakandi er beðinn um að svara sjö spurningum á fjögurra punkta kvarða (frá 0 = „aldrei“, 1 = „nokkra daga“, 2 = „meira en helming tímans“ og 3 = „nánast daglega“) þar sem alls er hægt að skora 0–21 stig. Dæmi um spurningar eru: „Hefur þú verið spennt(ur) á taugum og kvíðin(n)?“ og „Hefur þér ekki tekist að bægja frá þér áhyggjum eða hafa stjórn á þeim?“. Miðað var við að þeir sem fengu 10 stig eða fleiri á spurningalistanum skimuðust með almenna kvíðaröskun og er þetta í samræmi við rannsókn Spitzers og félaga sem sýnir að mælitækið hefur 89% næmi og 82% sértæki (Spitzer, Kroenke, Williams og Lowe, 2006). Innri áreiðanleiki spurningalistans er einnig góður. Íslenska útgáfan af GAD-7 er talin hafa viðunandi próffræðilega eiginleika (Rósa Ingólfssdóttir, 2014).

Perceived Stress Scale

Mælitækið *Perceived Stress Scale* (PSS-10) var notað til að meta upplifun þátttakanda af streitu undanfarinn mánuð. Spurningalistinn samanstendur af 10 atriðum sem eru metin á 5

punkta kvarða (frá 0 = „aldrei“, 1 = „sjaldan“, 2 = „stundum“, 3 = „oft“ og 4 = „mjög oft“. Atriðin eru lögð saman og hærri gildi á listanum gefa til kynna meiri streitu þátttakanda. Dæmi um spurningar eru: „Hefur þér fundist þú vera ófær um að hafa stjórn á mikilvægum þáttum í lífi þínu?“ og „Hefur þér fundist þú ekki ráða við það sem þér bar að framkvæma?“ Rannsóknir benda til þess að innri áreiðanleiki listans sé góður ($\alpha = 0,75\text{--}0,86$) og hefur hann fylgni við aðra lista sem mæla streitu (Cohen, Kamarck og Mermelstein, 1983). Mælitækið var þýtt af Guðrúnu Árnadóttur en ekki hafa verið birtar niðurstöður um próffræðilega eiginleika íslensku þýðingarinnar.

Patient Health Questionnaire-9

Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) er sjálfsmatskvarði sem var notaður til að skima fyrir einkennum þunglyndis og meta alvarleika þeirra samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV. Kvarðinn inniheldur 9 atriði þar sem spurt er hve oft á síðustu tveimur vikum viðkomandi hefur fundið fyrir ákveðnum vandamálum. Svarað er á fjögurra punkta kvarða (frá 0 = „aldrei“, 1 = „nokkra daga“, 2 = „meira en helming tímans“ og 3 = „nánast daglega“) þar sem hægt er að fá 0–27 stig. Dæmi um spurningar eru: „Hefur þú verið niðurdregin(n), dapur/döpur eða vonlaus“ og „Hefur þú átt erfitt með að sofna eða sofa alla nóttina eða sofið of mikið“. Tulkun á stigafjölda er eftirfarandi: 5–9 stig: væg þunglyndiseinkenni; 10–14 stig: miðlungsalvarleg þunglyndiseinkenni; 15–19 stig: miðlungs til alvarleg þunglyndiseinkenni; 20–27 stig: alvarleg þunglyndiseinkenni. Próffræðilegir eiginleikar listans eru góðir en rannsóknir sýna að spurningalistinn hefur 88% næmi og 88% sértæki (Kroenke, Spitzer og Williams, 2001). Próffræðilegir eiginleikar íslensku þýðingarinnar hafa verið metnir og er innri áreiðanleiki spurningalistans góður (Cronbach $\alpha = 0,61\text{--}0,95$) (Valdís Eyja Pálsdóttir, 2007).

The Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

The Alcohol Use Disorder identification Test (AUDIT) er sjálfsmatsmælikvarði sem var útbúinn

af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) til að skima fyrir áfengisvanda. Mælitækið inniheldur 10 spurningar sem tengjast áfengisneyslu, því hversu háður áfengi einstaklingur er og vandamálum sem tengjast áfengisdrykkju. Gefur hver spurning 0–4 stig. Aukinn fjöldi stiga gefur til kynna auknar líkur á áfengisvanda (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente og Grant, 1993). Rannsóknir benda til þess að þeir sem fá 8 stig eða fleiri á kvarðanum séu með áfengisvanda, með sértæki á bilinu 66% (Nayak, Bond, Cherpitel, Patel og Greenfield, 2009) til 85% (Tsai, Tsai, Chen og Liu, 2005) og næmi frá 94% (Nayak o.fl., 2009) til 96% (Tsai o.fl., 2005). Próffræðilegir eiginleikar kvarðans hafa ekki verið skoðaðir hérlandis.

Vímuefnavandi

Vímuefnavandi yfir ævina hjá þátttakendum var metinn með sex spurningum. Fyrsta spurningin kannaði hvort viðkomandi hefði tekið einhvers konar efni, fyrir utan áfengi og tóbak, til að komast í vímu. Önnur spurning kannaði hvort viðkomandi notaði efnin reglulega. Ef hann svaraði báðum spurningum játandi var hann metinn með vímuefnavanda. Eins var spurt um steranotkun og lyfseðilsskyld lyf til að komast í vímu og þurfti viðkomandi að nota efnið reglulega til að vera skilgreindur með vímuefnavanda.

Sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir

Sjálfsvígshugsanir voru metnar með spurningunni „Hefur þú einhvern tíma íhugað alvarlega að stytta þér aldur?“ þar sem svarmöguleikarnir voru „Nei“, „Já, einu sinni“, „Já, nokkrum sinnum“, „Já, oft“ og „Veit ekki/kýs að svara ekki“. Þeir sem höfðu hugsað um að fremja sjálfsvíg einu sinni eða oft var metnir með sjálfsvígshuganir. Sjálfsvígstilraunir voru metnar með spurningunni „Hefur þú einhvern tíma gert tilraun til að stytta þér aldur?“ þar sem svarmöguleikarnir voru „Já“, „Nei“ og „Veit ekki/kýs að svara ekki“.

Úrvinnsla

Tölfræðiforritið R (útgáfa 1.0.153) var notað við úrvinnslu gagna. Lýsandi tölfræði (meðaltöl, staðalfrávik og hlutföll) var notuð til að lýsa þátttakendum. T-próf og Kí-kvaðröt eða

Tafla 1 Bakgrunnur þátttakenda með líkamsskynjunarröskun, almenna kvíðaröskun og bakgrunnur frá samanburðarhópi.

Breytur ^a	LSR (n=34)	Almenn kvíðaröskun (n=50)	Samanburðar- hópur (n=770)	p-gildi ^b	p-gildi ^c	p-gildi ^d
Lýðfræðilegar breytur						
Kyn (% konur)	30 (88,2)	32 (64,0)	416 (54,0)	0,02 ^{*c}	<0,01 ^{**c}	<0,01 ^{**c}
Aldur	43,1 (13,1)	45,2 (12,9)	47,0 (12,6)	0,19 ^f	<0,01 ^{**f}	0,12 ^f
20 – 35	9 (26,5)	11 (22,0)	120 (15,8)			
36 – 50	14 (41,2)	15 (30,0)	261 (34,3)			
51 – 69	11 (32,4)	24 (48,0)	379 (49,9)			
Hjúskaparstaða				0,83 ^c	0,04 ^{**}	0,08 ^c
Einhleyp(ur)	12 (35,3)	15 (30,6)	148 (19,4)			
Í sambandi/gift(ur)	22 (64,7)	34 (69,4)	613 (80,6)			
Menntun				0,47 ^c	0,25 ^c	0,28 ^c
Grunnskóli	8 (20,6)	9 (18,0)	130 (16,9)			
Framhaldsmenntun	11 (32,4)	20 (40,0)	217 (28,1)			
Háskólamenntun	9 (26,5)	17 (34,0)	324 (42,1)			
Annað	6 (17,6)	4 (8,0)	98 (12,7)			
Atvinnustaða				0,3 ^c	0,02 ^{**}	<0,01 ^{***}
Í starfi/námi	24 (70,6)	39 (78,0)	650 (84,4)			
Atvinnulaus	3 (8,8)	2 (4,0)	21 (2,7)			
Veikindaleyfi/örorka	5 (14,7)	9 (18,0)	42 (5,5)			
Eftirlaun/heimavinnandi/orlof	2 (5,8)	0	53 (6,9)			
Tekjur (á mánuði)				0,54 ^c	<0,01 ^{***}	0,11 ^c
<300 þús. kr.	17 (54,8)	21 (43,7)	221 (30,4)			
301 – 500 þús. kr.	12 (38,7)	18 (37,5)	257 (35,4)			
501 – 700 þús. kr.	1 (3,2)	4 (8,3)	140 (19,3)			
>700 þús. kr.	1 (3,2)	5 (10,4)	107 (14,8)			

^a Niðurstöður kynntar sem n (%) eða meðaltal (sf).^b LSR-hópur borinn saman við hóp sem skimaðist með almenna kvíðaröskun.^c LSR-hópur borinn saman við samanburðarhóp.^d Hópur með almenna kvíðaröskun borinn saman við samanburðarhóp.^e Fisher's exact test.^f T-próf.

* Marktækt miðað við vengigildið 0,05.

** Marktækt við vengigildið 0,01.

Fisher's exact test voru notuð til að bera saman bakgrunnsbreytur og klínísk einkenni á milli þátttakenda sem skimuðust með LSR, þátttakenda sem skimuðust með almenna kvíðaröskun og þátttakenda í samanburðarhópi. Í marktektarprófum var miðað við alfastuðul (α) 0,05.

Niðurstöður

Bakgrunnur

Kynjahlutfall úrtaksins í heild sinni var nokkuð jafnt, þar sem 56,3% voru konur og meðalaldur þátttakenda var 49,5 ár ($sf = 10,6$). Um 96% þátttakenda fæddust á Íslandi og voru 80% í föstu sambandi, 41% hafði lokið háskólaprófi og voru 79% í vinnu. Í töflu 1 má sjá samanburð á lýðfræðilegum breytum hópanna þriggja, það er þeirra þátttakenda sem skimuðust með LSR, þeirra sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (og skimuðust ekki með LSR) og svo að lokum þátttakenda í samanburðarhópi (sá hópur sem hvorki skimaðist með LSR né almenna kvíðaröskun). Hæst hlutfall kvenna var í LSR-hópnum (88%) samanborið við hóp með almenna kvíðaröskun (64%; $p = 0,02$) og samanburðarhóp án beggja raskana (54%; $p < 0,01$). Enginn annar munur var á bakgrunnsbreytum þeirra sem skimuðust með LSR og almenna kvíðaröskun. Enginn munur var á menntun hjá hópnum þremur. Marktækur munur var á aldri ($p < 0,01$), hjúskaparstöðu ($p = 0,04$) og atvinnustöðu ($p = 0,02$) hjá LSR-hópnum og samanburðarhópi, þar sem þátttakendur sem skimuðust með LSR voru yngri en þátttakendur í samanburðarhópi, líklegri til að vera einhleypir, atvinnulausir og í veikindaleyfi eða öryrkjar. Alls voru 8,8% þeirra sem skimuðust með LSR atvinnulausir og 14,7% í veikindaleyfi eða öryrkjar samanborið við 2,7% atvinnulausra og 5,5% í veikindaleyfi eða öryrkjar í samanburðarhópi. Einnig var marktækur munur á atvinnustöðu hjá hópi sem skimaðist með almenna kvíðaröskun og samanburðarhópi ($p < 0,01$) þar sem þátttakendur, sem skimuðust með almenna kvíðaröskun, voru líklegri til að vera í veikindaleyfi eða öryrkjar. Marktækur munur var á mánaðartekjum þátttakenda sem skimuðust með LSR og þátttakenda í samanburðarhópi ($p < 0,01$) en um 55% þátttakenda

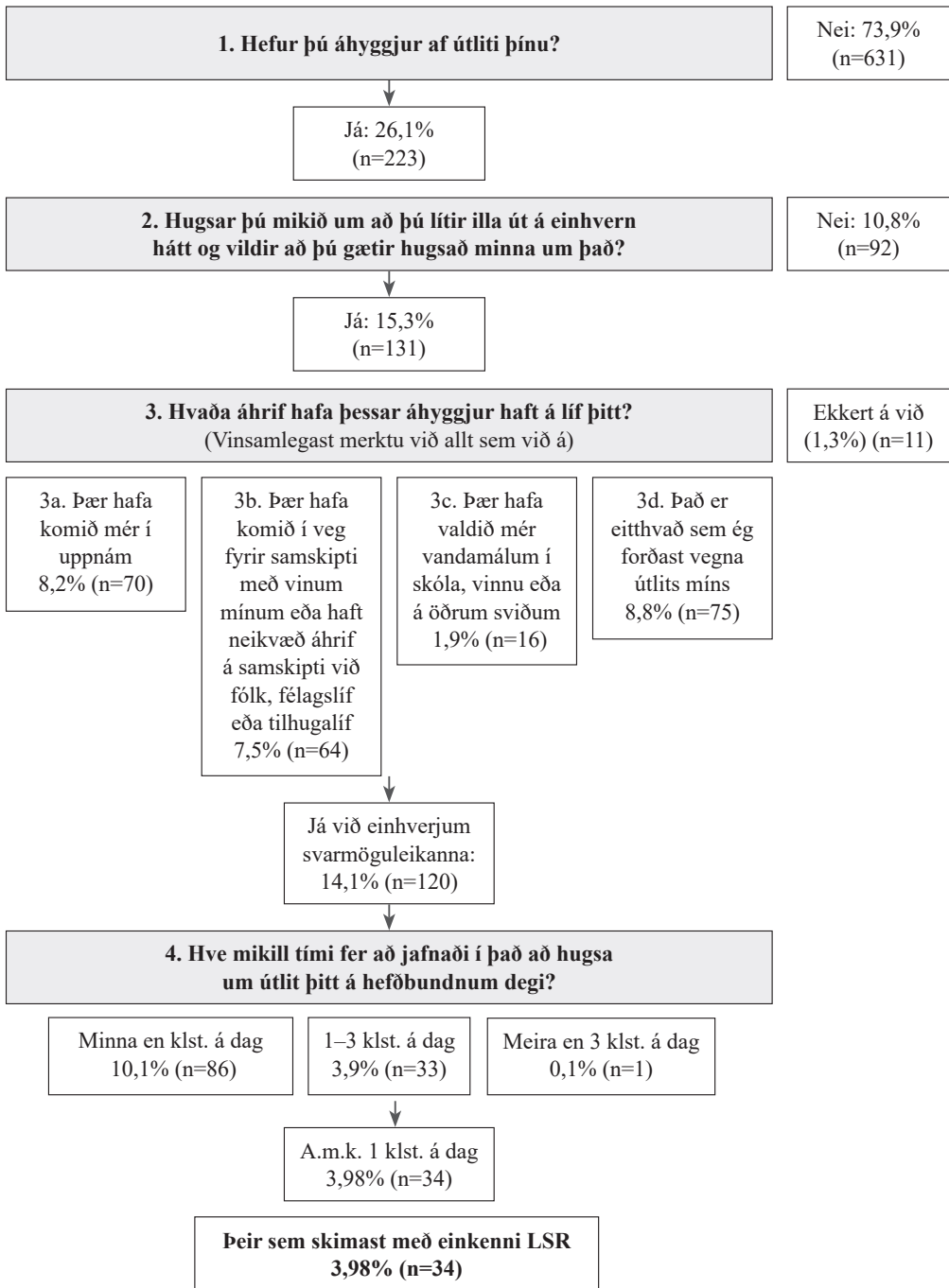
í fyrirnefnda hópnum voru með lægri tekjur en 300 þúsund krónur á mánuði samanborið við 30% í samanburðarhópi og aðeins voru 6% af fyrirnefnda hópnum með hærri tekjur en 700 þúsund á mánuði borið saman við tæp 30% í þeim síðarnefnda. Ekki var marktækur munur á tekjum hjá LSR-hópi og hópi sem skimaðist með almenna kvíðaröskun en þó voru þátttakendur, sem skimuðust með LSR, líklegri til að vera með lægri laun en þátttakendur sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (55% borið saman við 44%), og ólíklegri til að vera með hærri laun en 700 þúsund krónur á mánuði heldur en einstaklingar sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (3% samanborið við 10%). Enginn munur var á mánaðartekjum hjá hópi sem skimaðist með almenna kvíðaröskun og samanburðarhópi.

Algengi

Í töflu 1 má sjá hvernig þátttakendur svöruðu hverri spurningu mælitækisins BDDQ. Alls voru 26% þátttakenda með neikvæðar hugsanir um útlit sitt og um 14% töldu að áhyggjurnar sem þeir höfðu af útliti sínu hefðu einhver neikvæð áhrif á líf þeirra (sjá spurningu 3). Af þeim sem svöruðu spurningunni um áhyggjur af útliti sínu játandi voru 65% konur. Alls skimuðust 4% þátttakenda með LSR, eða 34 af 854 þátttakendum, og voru konur þar í talsverðum meirihluta (88%). Meðalaldur þeirra sem skimuðust með LSR var 43,1 ár ($sf = 13,1$). Alls skimuðust 6% (50 af 854) þátttakenda með almenna kvíðaröskun og var meirihluti þeirra konur (64%) (meðalaldur 46 ár ($sf = 12,9$)).

Fylgiraskanir og liðan

Í töflu 2 má sjá mun á ýmsum fylgiröskunum og einkennum milli hópa. Þeir sem skimuðust með almenna kvíðaröskun voru með fleiri einkenni þunglyndis og streitu en þeir sem skimuðust með LSR en munurinn var þó ekki marktækur. Þátttakendur, sem skimuðust með LSR og almenna kvíðaröskun, voru með hærri þunglyndiseinkenni, kvíðaeinkenni og streitueinkenni en samanburðarhópur án beggja raskana og var munurinn marktækur. Einstaklingar, sem skimuðust með LSR (35%) og almenna kvíðaröskun (38%), voru líklegri



Mynd 1 Svör þátttakenda við spurningalistanum BDDQ (n=854).

til að þjást af fíknivanda en einstaklingar án beggja raskana (19%). Þátttakendur í LSR-hópnum og þátttakendur, sem skimuðust með

almenna kvíðaröskun, voru líklegri til að hafa sjálfsvígshugsanir en samanburðarhópur, 38% í LSR-hópi, 34% í hópi sem skimaðist með

Tafla 2 Framvinda og lífsgæði þátttakenda með líkamsskynjunarröskun, almenna kvíðaröskun og í samanburðarhópi.

Breytur ^a	LSR (n=34)	Almenn kvíðaröskun (n=50)	Samanburðarhópur (n=770)	p-gildi ^b	p-gildi ^c	p-gildi ^d
Þunglyndi ^e	9,6 (5,9)	10,7 (5,2)	3,1 (3,0)	0,41 ^j	<0,01 ⁱ **	<0,01 ^j **
Kvíði ^f	8 (4,7)	12,1 (2,4)	2,8 (2,5)	<0,01 ^j **	<0,01 ^j **	<0,01 ^j **
Streita ^g	17,3 (7,5)	19,6 (4,7)	10,6 (5,2)	0,13 ^j	<0,01 ⁱ **	<0,01 ^j **
Áfengisvandi ^h	8 (4,1)	9,2 (6,1)	6,5 (3,4)	0,53 ^j	0,22 ^j	0,06 ^j
Fíkniefnavandi	12 (35,3%)	19 (38,0%)	146 (18,9%)	0,98 ⁱ	0,03 ⁱ *	<0,01 ⁱ **
Sjálfsvígshugsanir	13 (38,2%)	17 (34,0%)	70 (9,1%)	0,87 ⁱ	<0,01 ⁱ **	<0,01 ⁱ **
Sjálfsvígstilraunir	6 (17,6%)	3 (6,0%)	13 (1,2%)	0,18 ⁱ	<0,01 ⁱ **	0,11 ⁱ

^a Niðurstöður kynntar sem n (%) eða meðaltal (sf).

^b LSR-hópur borinn saman við hóp með almenna kvíðaröskun (þeir sem skoruðu hærra en 10 á GAD-7).

^c LSR-hópur borinn saman við samanburðarhóp.

^d Hópur með almenna kvíðaröskun borinn saman við samanburðarhóp.

^e Þunglyndi var metið með mælitækinu PHQ-9, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á PHQ-9 (sf).

^f Kvíði var metinn með mælitækinu GAD-7, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á GAD-7 (sf).

^g Streita var metin með mælitækinu PSS-10, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á PSS-10 (sf).

^h Áfengisvandi var metinn með spurningalistanum AUDIT, niðurstöður birtar sem meðaltal stiga á AUDIT.

ⁱ Fisher's exact test

^j T-próf

* Marktækt við vengigildið 0,05.

** Marktækt við vengigildið 0,01

almenna kvíðaröskun og 9% í samanburðarhópi. Sjálfsvígstilraunir voru marktækt algengari hjá LSR-hópnum (18%) miðað við samanburðarhópinn (1%), en ekki var munur á LSR-hópi og hópi með almenna kvíðaröskun (6%) og síðarnefnda hópnum og samanburðarhópi.

Umræða

Þessi rannsókn er sú fyrsta á Íslandi og önnur á Norðurlöndunum sem kannar algengi LSR í almennu þýði (Brohede o.fl., 2015). Niðurstöður benda til þess að LSR sé algeng röskun í almennu þýði hér á landi en alls skimuðust 4% með LSR samkvæmt spurningalistanum BDDQ. Að auki höfðu 26% þátttakenda áhyggjur af útliti sínu en uppfylltu ekki skilmerki fyrir greiningu LSR. Vert er að taka fram að til að greina LSR er nauðsynlegt að fari fram greiningarviðtal til að ganga úr skugga um að útlitsgallar séu ekki raunverulegir og að einkennin skýrist ekki betur

með annarri geðröskun. BDDQ er skimunartæki, en þó má nefna að fyrri rannsókn bendir til þess að næmi þess sé 94% og sértæki 90%, og 71% þeirra sem skimast með LSR greinist með röskunina í klínísku greiningarviðtali (Brohede o.fl., 2013). Ef áætlað er að um 71% þátttakenda með einkenni LSR nái greiningarviðmiðum í klínísku viðtali þá eru tæplega 3% þátttakenda með LSR. Þetta er hærra algengi LSR en í flestum öðrum erlendum rannsóknum, sem gerðar hafa verið á úrtaki úr almennu þýði, þar sem algengi hefur mælst 0,7–3,2% og vegið meðaltal 1,2% (Brohede o.fl., 2015; Buhlmann o.fl., 2010; Faravelli o.fl., 1997; Koran o.fl., 2008; Otto o.fl., 2001; Rief o.fl., 2006; Schieber o.fl., 2015).

Niðurstöður sýndu að konur voru 88% af þeim sem skimuðust með röskunina en hingað til hafa rannsóknir bent til þess að hlutfallið sé mun jafnara (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Enginn munur var á hæsta menntunarstigi hjá þeim er skimuðust með LSR og hjá

þátttakendum í samanburðarhópi. Það er ekki í takt við fyrri rannsóknir en samkvæmt þeim eru einstaklingar með LSR almennt með minni menntun en þeir sem eru heilbrigðir (Phillips o.fl., 2005c). Niðurstöður sýndu, í samræmi við fyrri rannsóknir, að algengara var að þátttakendur í LSR-hópi væru einhleypir borið saman við samanburðarhóp (35% á móti 19%) sem er hugsanlega vegna þeirrar félagslegu einangrunar sem röskuninni fylgir (Rief o.fl., 2006). Munur var á hópi þátttakenda sem skimuðust með LSR og samanburðarhópi þegar atvinnustaða þeirra var skoðuð, þótt munurinn hafi ekki náð tölfraðilegri marktækt, og voru þeir fyrrnefndu líklegri til að vera atvinnulausir, í veikindaleyfi eða öryrkjar borið saman við þátttakendur í samanburðarhópi sem er í takt við fyrri rannsóknir (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c). Þá var einnig munur á mánaðartekjum milli hópa en líkt og niðurstöður fyrri rannsókna hafa bent til eru einstaklingar með LSR líklegri til að vera með lægri tekjur en þeir sem eru ekki með röskunina (Phillips og Diaz, 1997; Phillips o.fl., 2005c).

Fyrir fram var gert ráð fyrir að þátttakendur, sem skimuðust með LSR, væru líklegri til að vera með alvarlegri einkenni þunglyndis, kvíða og streitu en samanburðarhópur og gekk það eftir. Fyrri rannsóknir benda til þess að almennt sé andleg líðan sjúklinga með LSR mun verri en hjá heilbrigðum einstaklingum, þeir upplifa meiri streitu og sýna fleiri einkenni þunglyndis (Gunstad og Phillips, 2003; Phillips o.fl., 2005b). Þátttakendur, sem skimuðust með almenna kvíðaröskun, voru með enn fleiri þunglyndiseinkennum en þátttakendur sem skimuðust með LSR en það skýrist að hluta til með því að einkenni þunglyndis og almennrar kvíðaröskunar skarast.

Ekki kom fram marktækur munur á hópunum þremur þegar áfengisvandi var skoðaður. Þessar niðurstöður má skýra að hluta með litlu úrtaki og líklegt er að munur hefði komið fram í stærri rannsókn. Í takt við fyrri rannsóknir (Grant o.fl., 2005) kom hins vegar fram munur á fíknivanda hjá einstaklingum, sem skimuðust með LSR og almenna kvíðaröskun, og hjá samanburðarhópi.

Fyrir fram var búið við því að þeir sem skimuðust með LSR upplifðu frekar sjálfsvígs-hugsanir og væru líklegri til að hafa gert tilraun

til sjálfsvígs þar sem fyrri rannsóknir hafa bent til þess að fólk með LSR sé í aukinni sjálfsvígs-hættu miðað við flesta aðra klíníska hópa. Niðurstöður þessarar rannsóknar staðfesta þetta en einstaklingar sem skimast með LSR og almenna kvíðaröskun voru líklegri til að upplifa sjálfsvígs-hugsanir (38% og 34%) heldur en einstaklingar án þessara raskana (9%). Sjálfsvígstilraunir á lífsleiðinni voru hins vegar mun algengari hjá þeim þátttakendum sem skimuðust með LSR (18%) en hjá þeim sem skimuðust með almenna kvíðaröskun (6%) eða hjá samanburðarhópi án beggja raskana (1%). Ekki var spurt út í orsakir sjálfsvígs-hugsana og sjálfsvígstilrauna í spurningalistanum sem hér var notaður og er því ekki hægt að meta hvort slíkar hugsanir séu tilkomnar vegna LSR-einkenna.

Alls skimuðust 5,6% með almenna kvíðaröskun í þessari rannsókn sem er hærra en niðurstöður fyrri rannsókna í almennu þýði hafa sýnt. Þar er algengi röskunarinnar á bilinu 1,3–3,1% en lífstíðaralgengi röskunarinnar er á bilinu 4,5–5,1%. GAD-7-spurningalistinn er einungis skimunartæki og nauðsynlegt er að framkvæma greiningarviðtal til að ganga úr skugga um að almenn kvíðaröskun sé til staðar. Af þeim sem skimuðust með almenna kvíðaröskun voru 64% konur en fyrri rannsóknir benda til þess að röskunin sé tvöfalt algengari hjá konum en körlum (Carter o.fl., 2001; Kringlen o.fl., 2001; Pirkola o.fl., 2005; Wittchen o.fl., 1994). Fyrri rannsóknir hafa sýnt að áfengis- og vímuefnavandi sé ekki algengur hjá þeim sem eru með almenna kvíðaröskun (Carter o.fl., 2001) en niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að hátt hlutfall þeirra sem skimuðust með almenna kvíðaröskun væru með vímuefna- eða áfengisvandavanda.

Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að engar upplýsingar eru til um þá einstaklinga sem kusu að taka ekki þátt í rannsókninni eða luku ekki við spurningalistann. Úrtak þeirra sem skimuðust með LSR var tiltölulega lítið og gæti það hafa haft áhrif á tölfraðilegan styrk greininga. Aðrar takmarkanir eru að kanna þarf próffraðilega eiginleika hinnar íslensku útgáfu af BDD-Q og annarra mælitækja í þessari rannsókn. Að lokum má nefna að konur voru ekki valdar til þátttöku með slembiúrtaki eins og karlarnir.

Næstu skref ættu að beinast að því að meta algengi LSR í enn stærra úrtaki í almennu þýði hér á landi. Til að meta réttmæti og áreiðanleika BDDQ-spurningalistans hér á landi þyrfti að kalla inn hluta af þeim þátttakendum, sem myndu skimast með LSR úr stærra úrtaki, og meta þá með klínísku greiningarviðtali.

Niðurstöður rannsóknarinnar varpa ljósi á algengi LSR hér á landi og hvaða áhrif röskunin getur haft á fólk. Þeir sem skimuðust með LSR eru mun líklegri til að hafa þunglyndiseinkenni, finna fyrir streitu og búa við sjálfsvígshugsanir heldur en samanburðarhópur. Einnig fylgir röskuninni mikil vanvirkni á mikilvægum sviðum lífsins en hlutfall atvinnulausra er til dæmis hærra hjá fólki sem skimaðist með þessa röskun. LSR virðist hafa svipuð áhrif á líðan og almenn kvíðaröskun en þó fylgir fyrirnefndu röskuninni meiri sjálfsvígshætta.

Þeir sem þjást af röskuninni og fá ekki rétta greiningu fá þar með ekki viðeigandi meðferð. Algennt er að þeir sem þjást af LSR sæki í lýtaeða húðaðgerðir til að láta laga „lýti“ sitt, en þessar aðgerðir bera sjaldan árangur og geta valdið skaða (Veale, 2000). Mikilvægt er því fyrir húð- og lýtalækna að vera meðvitaðir um þessa geðröskun, helstu einkenni og hvernig má skima fyrir henni (Phillips, Grant, Siniscalchi og Albertini, 2001). Rannsóknir á meðferðarúræði fyrir LSR hafa mest beinst að hugrænni atferlismeðferð og lyfjameðferð með SRI-lyfjum (e. serotonin reuptake inhibitors) en mikil þörf er á því að þróa enn frekar meðferð við röskuninni (Harrison, Fernandez de la Cruz, Enander, Radua og Mataix-Cols, 2016)

Ljóst er að einstaklingar með LSR einangrast og eru oft útilokaðir frá eðlilegri virkni í samfélaginu vegna röskunarinnar. Einnig mæta þeir oft vanþekkingu og skilningsleysi þegar þeir leita sér hjálpar vegna birtingarmynda röskunarinnar. Það er því mjög brýnt að auka þekkingu meðal almennings og meðal fagfólks, einkum sálfræðinga, geðlækna og lýtalækna, og rannsaka betur algengi og áhrifaþætti LSR í almennu þýði.

Body dysmorphic disorder in Iceland

Body Dysmorphic Disorder (BDD) is a psychiatric disorder characterized by a preoccupation with a perceived defect in physical appearance that is not noticeable to others or appears to be slight. The aims of this study were to examine the prevalence of BDD in the general population in Iceland and to compare background characteristics and clinical symptoms of individuals with BDD to individuals with generalized anxiety disorder and a comparison group of individuals with neither disorder.

Data was gathered from 854 individuals, from women attending a cancer screening program in Iceland ($n = 689$) and a random sample of men from the general population ($n = 709$). In a web-based questionnaire, BDD was assessed with the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire. Participants were classified into three groups: BDD group (34 individuals), GAD group (50 individuals) and comparison group (770 individuals).

Overall, results indicated 4% prevalence of BDD. Individuals with BDD were more likely to be single, unemployed, on a medical leave and on disability than the comparison group. They were also more likely to suffer from symptoms of depression and anxiety than the latter group. There were few differences between the BDD group and the GAD group; however, the individuals who were screened with BDD were more likely to have a past suicidal attempt. In conclusion, BDD appears to be a common psychiatric disorder in a general population in Iceland and associated with considerable impairment in functioning.

Keywords: *Body dysmorphic disorder, prevalence, assessment clinical features, generalized anxiety disorder.*

Hrefna Harðardóttir, MPH, Department of Medicine, University of Iceland. Arna Hauksdóttir, professor, Department of Medicine, University of Iceland. Heiðrún Hlöðversdóttir, MPH, Department of Medicine, University of Iceland. Unnur Anna Valdimarsdóttir, professor, Department of Medicine, University of Iceland. Andri Steinþór Björnsson, professor, Department of Psychology, University of Iceland. Correspondance concerning this article should be addressed to Hrefna Harðardóttir, MPH, Department of Medicine, University of Iceland, 101 Reykjavík, Iceland. E-mail: hrh41@hi.is.

Heimildir

- Altamura, C., Paluello, M. M., Mundo, E., Medda, S. og Mannu, P. (2001). Clinical and subclinical body dysmorphic disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(3), 105–108. doi: 10.1007/s004060170042
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Washington, DC: Höfundur.
- Angelakis, I., Gooding, P. A. og Panagioti, M. (2016). Suicidality in body dysmorphic disorder (BDD): A systematic review with meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 49, 55–66. doi:10.1016/j.cpr.2016.08.002
- Aouizerate, B., Pujol, H., Grabot, D., Faytout, M., Suire, K., Braud, C., . . . Tignol, J. (2003). Body dysmorphic disorder in a sample of cosmetic surgery applicants. *European psychiatry*, 18(7), 365–368. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.02.001
- Ásmundur Gunnarsson, Sigurlaug María Jónsdóttir og Andri S Björnsson. (2014). Líkamsskynjunarröskun: Algengi í átröskunarteymi Geðsviðs Landspítala háskólasjúkrahúss. *Sálfræðiritið*, 19, 93–106.
- Bartsch, D. (2007). Prevalence of body dysmorphic disorder symptoms and associated clinical features among Australian university students. *Clinical Psychologist*, 11(1), 16–23. doi:10.1080/13284200601178532
- Bellino, S., Zizza, M., Paradiso, E., Rivarossa, A., Fulcheri, M. og Bogetto, F. (2006). Dysmorphic concern symptoms and personality disorders: A clinical investigation in patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry Research*, 144(1), 73–78. doi:10.1016/j.psychres.2005.06.010
- Björnsson, A. S., Didie, E. R., Grant, J. E., Menard, W., Stalker, E. og Phillips, K. A. (2013). Age at onset and clinical correlates in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 893–903. doi:10.1016/j.comppsy.2013.03.019
- Björnsson, A. S., Magnúsdóttir, S., Wessman, I., Beard, C., Lee, J., Hearon, B. A. og Björgvinsson, Þ. (2016). Prevalence and characteristics of body dysmorphic disorder among patients in a partial hospital program. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204(7), 554–557. doi:10.1097/nmd.0000000000000543
- Bohne, A., Keuthen, N. J., Wilhelm, S., Deckersbach, T. og Jenike, M. A. (2002a). Prevalence of symptoms of body dysmorphic disorder and its correlates: A cross-cultural comparison. *Psychosomatics*, 43(6), 486–490. doi:10.1176/appi.psy.43.6.486
- Bohne, A., Wilhelm, S., Keuthen, N. J., Florin, I., Baer, L. og Jenike, M. A. (2002b). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German college student sample. *Psychiatry Research*, 109(1), 101–104. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00363-8
- Boroughs, M. S., Krawczyk, R. og Thompson, J. K. (2010). Body dysmorphic disorder among diverse racial/ethnic and sexual orientation groups: Prevalence estimates and associated factors. *Sex Roles*, 63(9), 725–737. doi:10.1007/s11199-010-9831-1
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B. og Wijma, K. (2013). Validation of the Body Dysmorphic Disorder Questionnaire in a community sample of Swedish women. *Psychiatry Research*, 210(2), 647–652. doi:10.1016/j.psychres.2013.07.019
- Brohede, S., Wingren, G., Wijma, B. og Wijma, K. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder among Swedish women: A population-based study. *Comprehensive Psychiatry*, 58, 108–115. doi:10.1016/j.comppsy.2014.12.014
- Buhlmann, U., Glaesmer, H., Mewes, R., Fama, J. M., Wilhelm, S., Brahler, E. og Rief, W. (2010). Updates on the prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychiatry Research*, 178(1), 171–175. doi:10.1016/j.psychres.2009.05.002
- Calderon, P., Zemelman, V., Sanhueza, P., Castrillon, M., Matamala, J. og Szot, J. (2009). Prevalence of body dysmorphic disorder in Chilean dermatological patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 23(11), 1328. doi:10.1111/j.1468-3083.2009.03154.x
- Cansever, A., Uzun, O., Donmez, E. og Ozsahin, A. (2003). The prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in college students: A study in a Turkish sample. *Comprehensive Psychiatry*, 44(1), 60–64. doi:10.1053/comp.2003.50010
- Carter, R. M., Wittchen, H. U., Pfister, H. og Kessler, R. C. (2001). One-year prevalence of subthreshold and threshold DSM-IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depression and Anxiety*, 13(2), 78–88. doi:10.1002/da.1020
- Cohen, S., Kamarck, T. og Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *The Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385–396. doi:10.2307/2136404
- Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C. og Rivitti, E. A. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. *Journal of the European Academy of Dermatology*, 63(2), 235–243. doi:10.1016/j.jaad.2009.09.017

- Conroy, M., Menard, W., Fleming-Ives, K., Modha, P., Cerullo, H. og Phillips, K. A. (2008). Prevalence and clinical characteristics of body dysmorphic disorder in an adult inpatient setting. *General Hospital Psychiatry*, 30(1), 67–72. doi:10.1016/j.genhosppsych.2007.09.004
- Crerand, C. E., Phillips, K. A., Menard, W. og Fay, C. (2005). Nonpsychiatric medical treatment of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(6), 549–555. doi:10.1176/appi.psy.46.6.549
- Dey, J. K., Ishii, M., Phillis, M., Byrne, P. J., Boahene, K. D. og Ishii, L. E. (2015). Body dysmorphic disorder in a facial plastic and reconstructive surgery clinic: Measuring prevalence, assessing comorbidities, and validating a feasible screening instrument. *JAMA Facial Plastic Surgery*, 17(2), 137–143. doi:10.1001/jamafacial.2014.1492
- Didie, E. R., Menard, W., Stern, A. P. og Phillips, K. A. (2008). Occupational functioning and impairment in adults with body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 561–569. doi:10.1016/j.comppsy.2008.04.003
- Dogruk, Kacar, S., Ozuguz, P., Bagcioglu, E., Coskun, K. S., Uzel Tas, H., Polat, S. og Karaca, S. (2014). The frequency of body dysmorphic disorder in dermatology and cosmetic dermatology clinics: A study from Turkey. *Clinical and Experimental Dermatology*, 39(4), 433–438. doi:10.1111/ced.12304
- Dyl, J., Kittler, J., Phillips, K. A. og Hunt, J. I. (2006). Body dysmorphic disorder and other clinically significant body image concerns in adolescent psychiatric inpatients: Prevalence and clinical characteristics. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(4), 369–382. doi:10.1007/s10578-006-0008-7
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Coles, M. E. og Rasmussen, S. A. (2004). Insight in obsessive compulsive disorder and body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 10–15. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.010
- Faravelli, C., Salvatori, S., Galassi, F., Aiazzi, L., Drei, C. og Cabras, P. (1997). Epidemiology of somatoform disorders: A community survey in Florence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(1), 24–29. doi:10.1007/bf00800664
- Grant, J. E., Kim, S. W. og Crow, S. J. (2001). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in adolescent and adult psychiatric inpatients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(7), 517–522. doi:10.4088/jcp.v62n07a03
- Grant, J. E., Menard, W., Pagano, M. E., Fay, C. og Phillips, K. A. (2005). Substance use disorders in individuals with body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(3), 309–316; quiz 404–305. doi:10.4088/jcp.v66n0306
- Gunstad, J. og Phillips, K. A. (2003). Axis I comorbidity in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 270–276. doi:10.1016/s0010-440x(03)00088-9
- Harris, E. C. og Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 205–228. doi:10.1192/bjp.170.3.205
- Harrison, A., Fernandez de la Cruz, L., Enander, J., Radua, J. og Mataix-Cols, D. (2016). Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review*, 48, 43–51. doi:10.1016/j.cpr.2016.05.007
- Hsu, C., Ali Juma, H. og Goh, C. L. (2009). Prevalence of body dysmorphic features in patients undergoing cosmetic procedures at the National Skin Centre, Singapore. *Dermatology*, 219(4), 295–298. doi:10.1159/000228329
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr. og Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040
- Ishigooka, J., Iwao, M., Suzuki, M., Fukuyama, Y., Murasaki, M. og Miura, S. (1998). Demographic features of patients seeking cosmetic surgery. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 52(3), 283–287. doi:10.1046/j.1440-1819.1998.00388.x
- Ívar Snorrason, Jakob Smári og Ragnar P. Ólafsson. (2009). Húðkroppunarárátt: klínísk einkenni og tengsl við geðræn vandamál í úrtaki háskólanema. *Sálfræðiritið*, 14, 103–113. Sótt af <http://hdl.handle.net/2336/85775>
- Kelly, M. M., Walters, C. og Phillips, K. A. (2010). Social anxiety and its relationship to functional impairment in body dysmorphic disorder. *Behavior Therapy*, 41(2), 143–153. doi:10.1016/j.beth.2009.01.005
- Kelly, M. M., Zhang, J. og Phillips, K. A. (2015). The prevalence of body dysmorphic disorder and its clinical correlates in a VA primary care behavioral health clinic. *Psychiatry Research*, 228(1), 162–165. doi:10.1016/j.psychres.2015.04.007
- Kollei, I., Martin, A., Rein, K., Rotter, A., Jacobi, A. og Mueller, A. (2011). Prevalence of body dysmorphic disorder in a German psychiatric inpatient sample. *Psychiatry Research*, 189(1), 153–155. doi:10.1016/j.psychres.2011.02.009
- Koran, L. M., Abujaoude, E., Large, M. D. og Serpe, R. T. (2008). The prevalence of body dysmorphic disorder in the United States adult population. *CNS Spectrums*, 13(4), 316–322. doi:10.1017/s1092852900016436

- Kringlen, E., Torgersen, S. og Cramer, V. (2001). A Norwegian psychiatric epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 158(7), 1091–1098. doi:10.1176/appi.ajp.158.7.1091
- Kroenke, K., Spitzer, R. L. og Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606–613. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x
- Lai, C. S., Lee, S. S., Yeh, Y. C. og Chen, C. S. (2010). Body dysmorphic disorder in patients with cosmetic surgery. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(9), 478–482. doi:10.1016/s1607-551x(10)70075-9
- Liao, Y., Knoesen, N. P., Deng, Y., Tang, J., Castle, D., Bookun, R., . . . Liu, T. (2009). Body dysmorphic disorder, social anxiety and depressive symptoms in Chinese medical students. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45, 963–971. doi:10.1007/s00127-009-0139-9
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D. og Welham, J. (2008). Schizophrenia: A concise overview of incidence, prevalence, and mortality. *Epidemiologic Reviews*, 30(1), 67–76. doi:10.1093/epirev/mxn001
- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M., Petukhova, M. og Kessler, R. C. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543–552. doi:10.1001/archpsyc.64.5.543
- Nayak, M. B., Bond, J. C., Cherpitel, C., Patel, V. og Greenfield, T. K. (2009). Detecting alcohol-related problems in developing countries: A comparison of 2 screening measures in India. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 33(12), 2057–2066. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.01045.x
- Otto, M. W., Wilhelm, S., Cohen, L. S. og Harlow, B. L. (2001). Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women. *The American Journal of Psychiatry*, 158(12), 2061–2063. doi:10.1176/appi.ajp.158.12.2061
- Pavan, C., Vindigni, V., Semenzin, M., Mazzoleni, F., Gardiolo, M., Simonato, P. og Marini, M. (2006). Personality, temperament and clinical scales in an Italian Plastic Surgery setting: What about body dysmorphic disorder? *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10(2), 91–96. doi:10.1080/13651500500487677
- Phillips, K. A. (1991). Body dysmorphic disorder: The distress of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1138–1149. doi:10.1176/ajp.148.9.1138
- Phillips, K. A. (2005). *The broken mirror: Understanding and treating body dysmorphic disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A. (2009). *Understanding body dysmorphic disorder: An essential guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Phillips, K. A., Coles, M. E., Menard, W., Yen, S., Fay, C. og Weisberg, R. B. (2005a). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66(6), 717–725. doi:10.4088/jcp.v66n0607
- Phillips, K. A. og Diaz, S. F. (1997). Gender differences in body dysmorphic disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(9), 570–577. doi:10.1097/00005053-199709000-00006
- Phillips, K. A., Dufresne, R. G., Jr., Wilkel, C. S. og Vittorio, C. C. (2000). Rate of body dysmorphic disorder in dermatology patients. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 42(3), 436–441. doi:10.1016/s0190-9622(00)90215-9
- Phillips, K. A., Grant, J., Siniscalchi, J. og Albertini, R. S. (2001). Surgical and nonpsychiatric medical treatment of patients with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 42(6), 504–510. doi:10.1176/appi.psy.42.6.504
- Phillips, K. A., Gunderson, C. G., Mallya, G., McElroy, S. L. og Carter, W. (1998). A comparison study of body dysmorphic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59(11), 568–575. doi:10.4088/jcp.v59n1102
- Phillips, K. A., McElroy, S. L., Keck, P. E., Jr., Pope, H. G., Jr. og Hudson, J. I. (1993). Body dysmorphic disorder: 30 cases of imagined ugliness. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 302–308. doi:10.1176/ajp.150.2.302
- Phillips, K. A. og Menard, W. (2006). Suicidality in body dysmorphic disorder: A prospective study. *The American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1280–1282. doi:10.1176/appi.ajp.163.7.1280
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. og Pagano, M. E. (2005b). Psychosocial functioning and quality of life in body dysmorphic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46(4), 254–260. doi:10.1016/j.comppsy.2004.10.004
- Phillips, K. A., Menard, W., Fay, C. og Weisberg, R. (2005c). Demographic characteristics, phenomenology, comorbidity, and family history in 200 individuals with body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 46(4), 317–325. doi:10.1176/appi.psy.46.4.317
- Phillips, K. A., Nierenberg, A. A., Brendel, G. og Fava, M. (1996). Prevalence and clinical features of body dysmorphic disorder in atypical major depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(2), 125–129. doi:10.1097/00005053-199602000-00012

- Pirkola, S. P., Isometsa, E., Suvisaari, J., Aro, H., Joukamaa, M., Poikolainen, K., . . . Lonnqvist, J. K. (2005). DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population: Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(1), 1–10. doi:10.1007/s00127-005-0848-7
- Rief, W., Buhlmann, U., Wilhelm, S., Borkenhagen, A. og Brahler, E. (2006). The prevalence of body dysmorphic disorder: A population-based survey. *Psychological Medicine*, 36(6), 877–885. doi:10.1017/s0033291706007264
- Rósa Ingólfssdóttir. (2014). *Psychometric properties of the Icelandic version of the Generalized Anxiety Disorder-7* (óbirt Bs-ritgerð). Háskólinn í Reykjavík. Sótt af <http://hdl.handle.net/1946/19443>
- Sarwer, D., Cash, T., Magee, L., Fleming Williams, E., Thompson, J., Roehrig, M., . . . Romanofski, M. (2005). Female college students and cosmetic surgery: An investigation of experiences, attitudes, and body image. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 115(3), 931–938. doi:10.1097/01.PRS.0000153204.37065.D3
- Sarwer, D. B., Wadden, T. A., Pertschuk, M. J. og Whitaker, L. A. (1998). Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 101(6), 1644–1649. doi:10.1097/00006534-199805000-00035
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. og Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791–804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Schieber, K., Kollei, I., de Zwaan, M. og Martin, A. (2015). Classification of body dysmorphic disorder: What is the advantage of the new DSM-5 criteria? *Journal of Psychosomatic Research*, 78(3), 223–227. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.01.002
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. og Lowe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092–1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Taqi, A. M., Shaikh, M., Gowani, S. A., Shahid, F., Khan, A., Tayyeb, S. M., . . . Naqvi, H. A. (2008). Body dysmorphic disorder: Gender differences and prevalence in a Pakistani medical student population. *BMC Psychiatry*, 8(1), 20. doi:10.1186/1471-244x-8-20
- Tsai, M. C., Tsai, Y. F., Chen, C. Y. og Liu, C. Y. (2005). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Establishment of cut-off scores in a hospitalized Chinese population. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(1), 53–57. doi:10.1097/01.alc.0000151986.96710.e0
- Valdís Eyja Pálsdóttir. (2007). Réttmæti sjálfsmatskvarðans Patient Health Questionnaire (PHQ) gagnvart geðgreiningarviðtalinu Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) við að greina geðraskanir hjá 48 heilsugæslusjúklingum (meistaraprófsritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Vargel, S. og Ulusahin, A. (2001). Psychopathology and body image in cosmetic surgery patients. *Aesthetic Plastic Surgery*, 25(6), 474–478. doi:10.1007/s00266-001-0009-7
- Veale, D. (2000). Outcome of cosmetic surgery and DIY surgery in patients with body dysmorphic disorder. *Psychiatric Bulletin*, 24, 218–220. doi:10.1192/pb.24.6.218
- Veale, D., Akyuz, E. U. og Hodsoll, J. (2015). Prevalence of body dysmorphic disorder on a psychiatric inpatient ward and the value of a screening question. *Psychiatry Research*, 230(2), 383–386. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.023
- Veale, D. og Bewley, A. (2015). Body dysmorphic disorder. *The BMJ*, 350. doi:10.1136/bmj.h2278
- Veale, D., Gledhill, L. J., Christodoulou, P. og Hodsoll, J. (2016). Body dysmorphic disorder in different settings: A systematic review and estimated weighted prevalence. *Body Image*, 18, 168–186. doi:10.1016/j.bodyim.2016.07.003
- Veale, D., Naismith, I., Eshkevari, E., Ellison, N., Costa, A., Robinson, D., . . . Cardozo, L. (2014). Psychosexual outcome after labiaplasty: A prospective case-comparison study. *International Urogynecology Journal*, 25(6), 831–839. doi:10.1007/s00192-013-2297-2
- Vindigni, V., Pavan, C., Semenzin, M., Granà, S., Gambaro, F. M., Marini, M., . . . Mazzoleni, F. (2002). The importance of recognizing body dysmorphic disorder in cosmetic surgery patients: Do our patients need a preoperative psychiatric evaluation? *The European Journal of Plastic Surgery*, 25(6), 305–308. doi:10.1007/s00238-002-0408-2
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Zucker, B. G. og Pollack, M. H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 499–502. doi:10.1016/s0887-6185(97)00026-1
- Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C. og Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355–364. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950050015002
- Zimmerman, M. og Mattia, J. I. (1998). Body dysmorphic disorder in psychiatric outpatients: Recognition, prevalence, comorbidity, demographic, and clinical correlates. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 265–270. doi:10.1016/s0010-440x(98)90034-7

Hugfræði og skynjunarvísindi í íslömskum vísindaheimi miðalda

Árni Kristjánsson

Rannsóknastofa í sjónvísindum, Háskóli Íslands

Aristóteles sagði að maðurinn mæti sjónskynjun öðrum skynfærum meira. Í gegnum heimspeki- og vísindasöguna hefur miklum tíma verið varið í rannsóknir á sjónskynjun og eru rannsóknir og kenningar Keplers oft nefndar sem upphafspunktur nútímasjónskynjunarvísinda. En í þeirri frásögn er horft fram hjá merku framlagi vísindamanna innan íslamska menningarheimsins á miðöldum. Íslamskir vísindamenn varðveittu ekki einungis þekkingu Forn-Grikkja, heldur bættu þeir miklu við hana. Vísindamenn eins og Ibn-lshaq, Al-Kindí, Avicenna og þó sér í lagi Alhazen lögðu mikið af mörkum til skilnings á sjónskynjun og vísindagrein þeirri sem nú er kölluð hugfræði og höfðu mikil áhrif á sporgöngumenn sína á endurreisnartímanum, þar á meðal Kepler. Raunar er *Bók um ljósfræði* eftir Alhazen eitthvert merkasta rit um sjónskynjun sem komið hefur út. Alhazen kynnti til sögunnar hugmyndir um hvernig sólarljós endurvapest í umhverfinu og berst inn í augað og hvernig ímynd varpast á ljósnæm svæði innan augans, auk þess sem bókin er líklega fyrsta heildstæða ritið um sálfræði skynjunar. Viðfræg lausn Keplers á gátunni um endurvarp ljóss á sjónbotninn endurspeglar áhrif Alhazens úr ritum vísindamanna á 13. og 14. öld sem höfðu aðgang að hugmyndum hans.

Efnisorð: *saga sálfræðinnar, íslömsk sálfræði, skynjunarvísindi.*

Í frægri bók Edwins G. Boring (1942) um sögu skynjunarsálfræðinnar er tímalína um sögu hugmynda um skynjun. Þar kynnir Boring helstu kenningasmiði þessarar sögu. Sú tímalína hefst árið 1600 og er fyrsta nafnið á henni Jóhannes Kepler (1570–1630). Hugmyndasagan er svo rak-in frá uppgötvunum Keplers fram til 20. aldar. Nær ekkert er hins vegar minnst á rannsóknir og uppgötvanir vísindamanna innan íslamska menningarheimsins á miðöldum. Þetta segir meira en mörg orð um hvernig lítið hefur verið á sögu skynjunarvísinda fyrir tíma Keplers. Að sönnu gerði Kepler ómetanlegar uppgötvanir og leysti mörg vandamál sem lengi vöfðust fyrir vísindamönnum en upphaf skynjunarvísinda er rétt að færa aftur í tímann um að minnsta kosti 600–700 ár.

Í hugmyndasögunni er oft skautað fram hjá merkum vísindauppgötvunum innan Arabaheimsins á miðöldum og látið sem lítið hafi gerst á þessum langa tíma frá fornöld að endurreisnartímanum, tíma sem spannar miðaldirnir. Kannski á þetta við þegar fjallað er um vísindi og heimspeki á Vesturlöndum en þær voru ekki jafn myrkar í hinum

íslamska menningarheimi. Á þessum tíma voru mörg Miðausturlanda fjölmenningsfélög þar sem þekking og menntun voru höfð í hávegum (Khan, 2016a; Maziak, 2005). Til dæmis ríkti töluvert umburðarlyndi gagnvart öðrum trúarbrögðum. Maímónides, hinn þekkti heimspekingur gyðingdóms, skrifaði, sem dæmi, á arabísku og voru helstu áhrifavaldar hans íslömsku heimspek-ingarnir Al-Farabí, Avicenna og Averrós.

Ein ástæðan fyrir því hversu lítið er fjallað um vísindastarf innan íslamska menningarheimsins á miðöldum er eflaust skortur á aðgengi að frumheimildum. En á síðustu áratugum hefur töluvert verið bætt úr þessu og innan þekkingarfræði og skynjunarvísinda ber hæst þýðingu Abdelhamids Sabra á bók Ibn al-Haythams (Alhazens á latínu) um ljósfræði, *Kitāb al-Manāẓir* frá 1039 (Ibn Al-Haytham, 1989).

Árni Kristjánsson er prófessor við Rannsóknarstofu í sjónvísindum, Sálfræðideild, Heilbrigðisvísindasviði, Háskóla Íslands, Odda við Sturlugötu, Reykjavík, og National Research University, Higher School of Economics, Moskvu, Rússlandi. Netfang: ak@hi.is

Ætlun mín í þessari grein er að fjalla um framlag menningarheims Araba á miðöldum til hugfræði og skynjunarvísinda með aðaláherslu á sjónskynjun. Helstu vísindamenn Arabaheimsins settu fram áhugaverðar og frumlegar hugmyndir um hugfræði, ljósfræði og sjónskynjun sem ná hámarki með meistaraverki Alhazens¹.

Baksvið vísindastarfs innan íslam

Eftir að grísk-rómverska gullaldarskeiðið í heimspeki leið undir lok við upphaf miðalda færðist miðpunktur vísindastarfs til íslamskra menningarsvæða, til kalífadæmana í Austurlöndum nær, Norður-Afríku, og til hins íslamska hluta Íberíuskaga. Á þessum tíma varð mikil útrás íslamskra áhrifa. Borgir eins og Bagdad Damaskus, Cordoba og Samarkand auðguðust á viðskiptum og var miklum fjármunum veitt í vísindastarf.

Menntun var mikils metin innan þessa menningarheims og fáfræði talin svo skammarleg að ómenntaðir fóru með það eins og mannsmorð (Scott, 1994). Á sama tíma átti vísindastarf innan hinna fornu menningarþjóða undir högg að sækja hjá keisurum austur-rómverska heimsveldisins og undir kristni². Fjölræðingurinn Al-Farábí (872–950) sagði að heimspeki hefði losnað undan oki fáfræðinnar þegar hún barst til íslamska menningarheimsins (Al-Khalihli, 2010; Saliba, 2007). Heimspekin var að hans mati ofsótt undir kristninni en naut verndar innan íslam. Hugmyndir hinna svokölluðu mutazilíta nutu hylli innan íslam á þessum tímum (Fakhry, 2004). Mútazilítar voru skynsemishyggiðmenn, húanistar og hófsemdarmenn í trúmálum sem mátu þekkingaröflun mikils. Markmið þeirra í vísindum og trúmálum var að hylla afl skynseminnar. Mútazilítar voru andsnúnir því að Kóraninn innihéldi allt sem vita þyrfti og að leita utan hans væri and-íslamskt. Þetta er að sjálfsögðu gamalkunnugt stef um baráttu trúar og vísinda en þarna fengu vísindin að njóta vafans.

Þó að framlag þessara arabísku vísindamanna sé vanmetið á okkar vesturlandamiðuðu tímum

(Al-Khalihli, 2010; Gal og Morris, 2013; Saliba, 2007; Turner, 1995) endurspeglast margar hugmyndir vísindamanna íslamska fræðaheimsins á miðöldum í hugmyndum evrópskra vísindamanna og heimspekinga endurreisnartímans og nýaldar, hugmyndir sem lögðu grunninn að vísindabyltingu 16. og 17. aldar. En nú er jafnvel vitnað til hugmynda vísindamanna innan íslams sem hálfgerðs skemmtiefnis, og má þar nefna hugmyndir eins og að augun varpi geislum sem lýsa upp umhverfið sem geri okkur kleift að sjá – hugmynd sem raunar er rétt að eigna Forn-Grikkjum frekar en vísindamönnum íslams. En þessa hugmynd má að hluta rekja til þess að fullnægjandi þekkingu á ljósfræði, lífeðlisfræði og líffærafræði augans skorti. Til dæmis voru útgeislunarhugmyndir um sjónskynjun studdar góðum hornafræðilegum rökum og örðugt var að ímynda sér hvernig upplýsingar frá umhverfinu kæmust til augans áður en betri þekking á eðli ljóssins og ljósbrotseiginleikum augans bauðst. Alhazen, einn merkasti vísindamaður íslamska menningarheimsins leysti þessa helstu gátu skynjunarvísindanna um hvort við öðlumst sjónrænar upplýsingar með inngeislun eða útgeislun ljóss. Alhazen sýndi fram á hversu auðveldlega ljós gæti borist inn í augað og augasteinninn varpað ímynd af umhverfinu á sjónbotn sem er næmur fyrir ljósi (Árni Kristjánsson, 2018).

Þó Boring (1942) hafi sett upphafspunkt sögu sjónskynjunarvísinda við Jóhannes Kepler var Kepler beint eða óbeint undir áhrifum íslamskra vísindamanna miðalda. Kepler og þeir sem helst höfðu áhrif á hann eins og John Peckham (1230–292), Erasmus Vitellonius (einnig þekktur sem Witelo, f. 1230) og Roger Bacon (1219–1292) höfðu aðgang að ljósfræði Alhazens (Smith, 1992). Augasteinninn brýtur ljós og varpar ímynd af heiminum á sjónbotn. Vegna ljósbrotseiginleika augans snýr þessi ímynd af heiminum öfugt þannig að neðri hluti sjónsviðs varpast á efri hluta sjónbotns og hægri hluti sjónsviðs varpast á vinstri helming sjónbotns. Þessi uppgötvun hefur löngum verið eignuð Kepler

1 Hér eftir nota ég latnesku útgáfu nafnsins.

2 Til dæmis var stærðfræðingurinn og stjörnufræðingurinn Hypatía frá Alexandríu myrt af æstum múg kristinna manna árið 370.

(2000), að hluta með réttu, en hún á sér þó augljósar rætur í rannsóknnum Alhazens á hvernig linsur, eins og augasteinninn, brjóta ljós og varpa ímynd. Við uppgröft í borginni Nimrud (sem er þar sem nú er Írak) um miðbik 19. aldar fundust merki um rannsóknir á linsum frá 7. öld og nýlegar þýðingar á verkum ljósfræðingsins Ibn-Sahls (940–1000) (Rashed, 1990) sýna að mörg lögmál um endurvarp ljóss, sem gjarnan eru eignuð vísindamönnum endurreisnartímans, eins og t.d. Galíleó og Leónardó Da Vinci, voru þekkt á 10. öld hjá vísindamönnum sem störfuðu fyrir Abbasíd-kalífadæmið. Verkan linsa var einnig þekkt meðal Forn-Grikkja og til dæmis reyndi Arkímedes að kveikja í skipum Rómverja, þegar þeir réðust á Sýrakúsu, með linsu sem var nægjanlega öflug til þess að mynda brennipunkt sem dugði til að kveikja í skipum Rómverjanna (Middleton, 1961; Simms, 1977).

Áhrif Forn-Grikkja

Á blómatíma vísindastarfs innan íslams fór jafnframt fram mikið þýðingarstarf þar sem rit forngrísku heimspekinganna og vísindamannanna voru þýdd á arabísku (Virk, 2003). Vísindamenn Arabaheimsins drógu aldrei dul á að þeir ættu grískum vísindamönnum og heimspekingum, og sérstaklega Aristótelesi (384–322 f.Kr), mikið að þakka og eru hugmyndir Aristótelesar útgangspunktur í mörgum ritum þeirra.

Hins vegar er rangt að vísindastarf innan Arabaheimsins hafi fyrst og fremst fólgið í að varðveita rit Aristótelesar og annara heimspekinga fornaldar sem þá lágu í gleymsku á Vesturlöndum. Nærtækasta heimildin um þetta kemur frá vísindasagnfræðingi innan íslamska menningarheimsins, Ibn Ishaq Al-Nadím (lést undir lok 10. aldar). Al-Nadím skrifaði samtímasögu og aldarspegil þessa tíma í ritinu *Kitāb al-Fihrist* (Al-Nadím, 1998), sem fyrst kom út árið 987. Al-Nadím birtir þar lista yfir þá sem þýddu rit vísindamanna fornaldar. En þessi samtímalýsing sýnir jafnframt að mikil einföldum felst í að halda fram að vísindastarf þeirra hafi fyrst og fremst falist í þýðingum

eða að þýðingarstarfið hafi verið forsenda vísindastarfs (Saliba, 2007, bls. 28–29).

Rétt er að vísindamenn Arabaheimsins varðveittu rit Aristótelesar og annara forngrískra heimspekinga. Stór þekkingar- og þýðingasetur voru sett á fót í Bagdad og í Toledó í Andalúsíu. En arabísku vísindamennirnir gerðu miklar viðbætur við þessi rit og voru meintar þýðingar iðulega endursagnir með viðbótum og betrubótum fremur en þýðingar. Oft voru því uppgötvanir og kenningar Aristótelesar, Evklíðs eða Ptólemajosar notaðar sem grunnur og frekari uppgötvunum bætt við. Til dæmis leit Al-Farabí (872–950) svo á að hlutverk hans væri að koma þekkingu Forn-Grikkja á framfæri en jafnframt að betrubæta, bæta við og útskýra (Eastwood, 1979). *Kitāb al-Fihrist* sýnir glögggt að fjarri lagi er að íslamskir vísindamenn hafi litið á verk Forn-Grikkja sem upphaf og endi þekkingarinnar og oft má greina lítillæti í skrifum þeirra þar sem þeir eigna Forn-Grikkjum sínar eigin hugmyndir. Íslamskir vísindamenn miðalda gerðu margar mikilvægar þekkingarfræðilegar uppgötvanir og ekki er víst að framfarir í vísindum 16. og 17. aldar hefðu gengið jafn hratt fyrir sig hefði ekki verið hægt að byggja á þeim grunni.

Aðbúnaður vísindamanna

Bagdad var líklega mikilvægasta menningarborg þessa blómaskeiðs vísindastarfs innan íslam. Á 8.–10. öld sátu þar framsýnir kalífar sem höfðu vísindi og listir í hávegum. Á tímum Abbasíd-kalífadæmisins, sem reis í Bagdad á síðari hluta 8. aldar, stóð vísindastarf í miklum blóma. Á meðal þessara höfsömu kalífa má nefna Al Mansúr (714–775) sem stofnaði Abbasíd-kalífadæmið og byggði borg friðarins (Madīnat as-Salām) í Bagdad á árunum 762–767. Afkomandi hans var Harun Al-Rashid (786–809), sem kallaður var „hinn mildi“³ og jukust þýðingar á vísindaritum fornaldar yfir á arabísku mikið á hans tíma. Sem dæmi má nefna að talið er að þetta þýðingarstarf hafi tryggt aðgang okkar að ritum Galens frá Bergamó.

3 Þetta er að sjálfsgöðu fyrirmyndin að engum öðrum en Harún hinum milda, sem miðaldra lesendur kannast við úr teiknamyndasögnum um Flaráð Stórvésir.

Mikill blómatími vísindastarfs átti sér svo stað á valdatíma Al-Ma'múns (813–833), sem var annar sonur Al-Rashids og var vísindamaðurinn *Ibn-Ishaq* áhrifamikill. Vísindamenn voru sendir í umfangsmikla leiðangra eins og til dæmis til að mæla ummál heimsins. Al-Ma'mún og hirð hans voru undir áhrifum hinna hófsömu nútazíla, og lýsti Al-Ma'mún því formlega yfir að Kóraninn væri skapaður en ekki eilífur (Al-Khalihli, 2010; Saliba, 2007).

Mikilvægasta framlag Al-Ma'múns til vísindanna er stofnun hins svokallaða *Húss vísdomsins* (*Bayt al-Hikma*) (Al-Khalihli, 2010). Sagan segir að Al-Mamún hafi dreymt rauðskeggjaðan mann sem vitjaði hans og sagðist vera Aristóteles (Saliba, 2007); og að hann hafi vitjað hans til þess að hvetja hann til afreka á sviði vísindanna og til þess að búa vel að vísindamönnum. Varð þessi draumur honum því hvatning til þess að stofna *Hús vísdomsins*.

Þetta vísindastarf lagði grunninn að endur-reisnartímanum og að uppgötvunum Kóperníkusar, Keplers og Galíleós (Hatfield og Epstein, 1979; Saliba, 2007; Van Hoorn, 1972; Virk, 2003). Gott dæmi um uppgötvunar á tímum *Húss vísdomsins*, sem staðist hafa tímans tönn, er stærðfræðiritið *Kitab al-jabr* eftir Muḥammad ibn Mūsā Al-Khwārizmī (780–850). Al-Khwārizmī notaði þar altækar reiknireglur (algóríþma⁴) í stað einstakra dæma, meðal annars til þess að leysa annars stigs jöfnur, aðferð sem við þekkjum undir samheitinu algebra sem byggir á arabíska heitinu al-jabr.

Áhrif Aristótelesar

Rit Aristótelesar voru flest öll þýdd á arabísku. Innan þekkingarfræði lagði Aristóteles áherslu á að gera þyrfti greinarmun á einstökum skynfærum og því sem hann kallaði samþættingarskynfæri (*aisthēsis koinē*) (Aristóteles, 1985, 425a,b). Hann taldi að einstök skynfæri (sjón, heyrn, snerting og lyktarskyn) hefðu sitt eigið viðfang en margt í skynjun yrði einungis skilið

með vísan til samþættingarskynfæris sem sér um túlkun á veruleikanum. Aristóteles gerði sér grein fyrir að skynjun okkar á veruleikanum er heildræn og krefst samþættingar upplýsinga frá öllum skynfærum og túlkunar á þeim. Þetta er gegnumgangandi hugmynd í langflestum nútímakeningum um skynjun (sjá t.d. Marr, 1982 og Rock, 1983), oft rakin til Hermanns von Helmholtz en réttara er að eigna Aristótelesi og Alhazen þessa hugmynd (Árni Kristjánsson, 2012, 2018). Margir vísindamenn í íslömskum samfélögum miðalda tóku upp þessa hugmynd Aristótelesar.

Gott dæmi um áhrif Aristótelesar á vísindamenn Arabaheimsins eru hugmyndir fjölfræðingsins Al-Farabís um sjónskynjun. Hann sagði að sjónskynjun væri kraftur eða tilhneiging í efninu sem er einungis til sem megund⁵. Það er einungis fyrir tilstilli ljóssins frá sólinni sem sjónskynjun raungerist sem er vel þekkt hugmynd úr kenningakerfi Aristótelesar (1999). Áhrif Aristótelesar má einnig glögg sjá í skrifum Alhazens eins og fjallað er um síðar í þessari grein. Þannig fjallaði Alhazen um að litur sé megund sem raungerist með tilkomu ljóss.

Þekkingarfræði í íslömskum menningarheimi miðalda

Eitt meginviðfangsefni íslamskra vísindamanna á miðöldum var hvað geri okkur yfirhöfuð kleift að sjá. Forngrískir heimspekingar og vísindamenn höfðu velt þessu fyrir sér og voru þrjár kenningar ráðandi. Í fyrsta lagi útgeislunarkenningar sem gerðu ráð fyrir að eldur bærist úr augum okkar og lýsti upp umhverfið. Þannig sagði Empedókles (492–432 f.Kr.) að eldurinn úr augum okkar gerði okkur kleift að sjá og notaði hann líkingu um mann sem gengur um að næturlagi með kyndil sem lýsir upp hluta umhverfisins (Árni Kristjánsson, 2012)⁶. Evklíð (~250–350 e.Kr.) og Ptólemajos (~100–170 e.Kr.) settu báðir fram áhrifamiklar útgeislunarkenningar um sjónskynjun. Helsti kostur útgeislunarkenninga

4 Orðið algóríþmi er einmitt dregið af nafninu Al-Khwarismi.

5 Megund er það sem tiltekið fyrirbæri hefur möguleika á að verða eða breytast í.

6 Þetta er samkvæmt frásögn Þeófrastosar (í Sedley, 1992).

var hversu vel þær gengu upp horna- og rúmfræðilega. Platón (427–347 f.Kr.) hélt fram *samvirknikenningu* þar sem ljós frá augunum veldur umbreytingu á andrúmsloftinu sem gerir okkur kleift að sjá í gegnum það⁷. Galen frá Bergamó (130–210 e.Kr.) hélt einnig fram slíkri *samvirknikenningu* (Siegel, 1970). Að síðustu voru *inngeislunarkenningar* eins og kenning Aristótelesar þar sem gert er ráð fyrir því að upplýsingar berist frá umhverfinu inn um augað, þar sem síðan er unnið úr þeim.

Íslömsku heimspekingarnir gerðu, í stuttu máli, uppgötvanir sem leiddu í ljós að *inngeislunarkenningin* var langbesta og einfaldasta skýringin á skynferlinu og felst eitt mikilverðasta framlag íslamskra vísinda til þekkingarfræðinnar í lausn þessarar gátu. Þessar uppgötvanir náðu hápunkti í verkum Alhazens. Hér fjalla ég um hugmyndir helstu vísindamanna íslamska menningarsvæðisins á miðöldum um þekkingarfræði og skynjun með sérstakri áherslu á skoðanir þeirra á því hvað geri okkur kleift að sjá. Athyglinni er beint að sjónskynjun því að þótt arabískir vísindamenn miðalda hafi sannarlega hugað að öðrum skynfærum var mestu þúðri eytt í að reyna að skilja sjónskynjun. Kannski endurspeglar þetta enn áhrif Aristótelesar því að Aristóteles sagði að maðurinn mæti sjónskynjun meira en önnur skynfæri.

Al-Kindí (801–873)

Al-Kindí fæddist í Basra sunnarlega á því svæði þar sem nú er Írak. Hann bjó síðar í Bagdad og stundaði vísindastarf innan Húss vísindómsins sem Al-Mamún hafði þá nýverið stofnað (Adamson, 2007). Í *Kitāb al-Fihrist* kallar Al-Nadīm hann heimspeking Arabanna. Í ritinu *De Aspectibus* (á latínu) fjallar Al-Kindí um ljósfræði og sjónskynjun (Lindberg, 1971a). *De Aspectibus* var áhrifamikil rit og hafði meðal annars áhrif á Roger Bacon og Robert Grosseteste á Vesturlöndum sem og sporgöngumenn Al-Kindís innan íslamska menningarheimsins (Lindberg, 1971b). Skrif Al-Kindís voru undir miklum áhrifum Aristótelesar og Evklíðs. Al-Kindí

taldi hlutverk sitt vera að koma þekkingu Forn-Grikkja, sérstaklega Aristótelesar, á framfæri, að miðla upplýsingum og fylla í eyður í skrifum gömlu meistaranna (Adamson, 2007).

Al-Kindí lagði áherslu á mikilvægi notkunar greinandi stærðfræði við vísindastarf og honum fannst kenning Evklíðs um hvernig ljós ferðast í beinum línunum vel til þess fallin að útskýra áhrif sjónarhorns á það hvernig við sjáum, sérstaklega vegna rúm- og hornafræðilegrar nákvæmni kenningarinnar sem getur meðal annars útskýrt dýptarskynjun (þó að grunnforsendan sé röng).

Al-Kindí sagði að *útgeislunarkenningar* um sjónskynjun hlytu að vera sannar sem er athyglisvert vegna þess hve mikill aðdáandi Aristótelesar hann var. En þetta má rekja til áhrifa Evklíðs og Ptólemajosar. Al-Kindí sagði að eyrun væru holulaga til að taka við upplýsingum en augun kúpt til að senda upplýsingar. Hann taldi jafnframt að fjarvíddarskynjun yrði aðeins hægt að útskýra hornafræðilega með því að gera ráð fyrir að rúmmál geislanna, sem augun gefa frá sér, aukist eftir því sem fjær dregur auganu, líkt og keila sem hefur toppinn við augað og grunnflötinn við hinn skynjaða hlut (Lindberg, 1971b).

Evklíð gerði einmitt ráð fyrir að augað gæfi frá sér ljósgeisla sem ferðuðust frá auganu að hlutunum í umhverfinu og að rúmmál geislanna jykist svo að þeir yrðu keilulaga. Ptólemajos og Al-Kindí sögðu að þessi keila væri heil og óbrotin (Smith, 1999) en þéttari í miðju sem var í andstöðu við hugmyndir Evklíðs sem taldi keiluna samanstanda af aðskildum geislum (Lindberg, 1971b). Al-Kindí gerði ráð fyrir að nákvæmni væri mest í miðju keilunnar vegna þess að þar væru flestir geislar og taldi hann sig þannig geta útskýrt af hverju sjónin er skýrust í miðju sjónsviðsins. Þetta tengist einum rökunum sem Al-Kindí beitti gegn *inngeislunarkenningum* því að hann sagði að ef ljósið bærast inn um augað ættum við að geta séð allt í sjónsviði jafn skýrt, en sjónin væri skýrust í miðju sjónsviðs (Lindberg, 1971b). Al-Kindí vék þó frá Evklíð og Ptólemajosi með því að halda fram að *útgeislunin* kæmi frá hornhimnunni en ekki innan úr auganu sjálfu eins og Evklíð og Ptólemajos

7 Sjá í samræðunni Tímajos (Platón, 1961, bls. 1151-1211).

gerðu ráð fyrir. Evklíð og Ptólemajos lögðu of mikla áherslu á hornafræði á kostnað sálfræðilegrar nálgunar á viðfangsefnið. Til dæmis vildi Evklíð að kenningar um skynjun yrðu fyrst og fremst rúmfræðilegt viðfangsefni (Lindberg, 1978).

Það flækir greiningu á hugmyndum Al-Kindís að einnig má finna samvirknihugmyndir í anda Platóns og Galens frá Bergamó í skrifum hans. Hann gerði ráð fyrir að ljósgeislar væru ekki efnislegir heldur ylli hinn sjónræni kraftur umbreytingu á andrúmsloftinu sem gerði okkur kleift að sjá. Þarna virðist Al-Kindí setja fram galeníska túlkun á hugmyndum Evklíðs. Raunar má, ef til vill, rekja samvirknihugmyndir Al-Kindís til þess að honum voru ljósir gallarnir á útgeislunarkenningum.

Í frægu textabroti (Wade, 1999, bls. 19; Lindberg, 1976, bls. 21–22) dró Al-Kindí saman hugmyndir um hvernig sjón gæti komið til og fjórar helstu kenningar Forn-Grikkja um það. Sjón gæti komið til við inngeislun, eins og atómistarnir Demókrítus og Epikúros og fleiri héldu fram, útgeislun eins og hjá Evklíð og Ptólemajosi, samvirkni í anda Platóns og Galens og að form hlutanna finnist í andrúmsloftinu og berist þaðan til skynfæranna. Komst Al-Kindí að þeirri niðurstöðu að einungis útgeislun gæti gert grein fyrir sjónferlinu á sannfærandi hátt (Lindberg, 1971a). Al-Kindí talaði því með skýrum hætti gegn hugmyndum um inngeislun ljóss en mikilvægt er að kenningin, sem hann var andsnúinn, og sú sem hann sá sem hinn möguleikann við útgeislun, var hugmyndin um inngeislun forma (Lindberg, 1978) en ekki inngeislun ljóss. Á þessum tímum lá ekki fyrir sennileg kenning um hvernig ljós gæti borist inn í augað. Til þess skorti betri þekkingu á ljósfræði og því hvernig ljósbroti í augasteininum er háttað. Það beið Alhazens og Johannesar Keplers að útskýra hvernig augasteinninn gæti brotið ljós og varpað ímynd á ljósnæm svæði í auganu.

En þrátt fyrir að Al-Kindí hafi haft rangt fyrir sér um hvað geri okkur kleift að sjá, gerði hann margar mikilvægar uppgötvanir sem sporgöngumenn hans innan íslamska vísindaheimsins og vísindamenn endurreisnartímans nýttu

sér. Til dæmis hélt hann því fram að hlutirnir í umhverfinu vörpuðu geislum í allar áttir, sem er rétt lýsing á endurvarpi ljóss í umhverfinu, og er hugmynd sem Alhazen tók síðar upp (Lindberg, 1976, bls. 30).

Al-Kindí hafði jafnframt skoðanir á aðferðum við þekkingaröflun og vísindastarf. Hann benti á mikilvægi þess að hafa opinn huga, óttast ekki nýjar og framandi hugmyndir, þó að þær komi frá öðrum löndum eða þjóðflokkum, og meta leitina að sannleikanum ofar öllu (Al-Khalihli, 2010, bls. 124; Kheirandish, 2009).

Hunain Ibn-Ishaq (809–873)

Ibn-Ishaq er þekktastur vísindamannanna sem störfuðu við Hús vísidómsins í Bagdad á 9. öld. Ber það umburðarlyndi þessara tíma vitni að Al-Mamún setti hann yfir Hús vísidómsins þrátt fyrir að hann væri kristinn (Al-Nadim, 987/1998, bls. 693). Ibn-Ishaq var tungumála- maður, öflugur þýðandi og skrifaði þekktu kennslubók í sjónvísindum og augnlækningum (Azmi, 1996), sem er líklega fyrsta kennslubók- in í slíkum vísindum. Þar má meðal annars finna fyrstu nákvæmu teikninguna af augnvöðvunum sem er þekkt.

Þekkingarfræði Ibn-Ishaqs byggði á samvirknikenningu um sjónskynjun í anda Galens frá Bergamó sem gerði ráð fyrir að krafturinn frá auganu umbreyti andrúmsloftinu sem geri okkur kleift að sjá (Eastwood, 1982). Þessa hugmynd má jafnframt finna hjá Platóni, í samræðunni Tímajosi (Platón, 1961), eins og áður var getið. Samkvæmt slíkum kenningum berst ekkert efnislegt frá skynjandanum að því sem skynjað er. Skynjun verður gegnum hið gagnsæja andrúmsloft sem umbreytist vegna þess að það kemst í samband við augað.

Að sama skapi hafnaði Ibn-Ishaq inngeislunarkenningum og fundust honum slíkar kenningar fráleitar meðal annars vegna þess að hann taldi ómögulegt að atómasöfn gætu ferðast til svo margra einstaklinga samtímis sem horfa á sama hlutinn. Það er í sjálfu sér hægt að taka undir að það er ósennileg hugmynd – og þarna komum við aftur að því að erfitt var að setja fram sennilegar inngeislunarkenningar þegar þekking á

eðli ljóssins var ekki betri en hún var á þessum tíma. Til þess að inngæislunarkenningar yrðu sennilegar þurfti einhverja hugmynd um hvernig ljós gæti borist inn í augað. Á þessum tíma skorti einfaldlega nauðsynlega þekkingu á eðli ljóss. En eins og Alhazen benti síðar á var sama vandamál raunar innfalið í útgeislunar- og samvirkni kenningum því að einhvern veginn þurftu upplýsingarnar að komast aftur til skynjandans og hlutirnir í umhverfinu þurfa því að endurvarpa geislunum sem skynjandinn gefur frá sér (Ibn Al-Haytham, 1989).

Al-Farabí (um 872–950)

Al-Farabí er einnig þekktur sem Abu-Nasr og Alfarabíus. Hann bjó og starfaði lengst af í Bagdad en einnig í Damascus og Aleppó. Al-Farabí var andsnúinn hugmyndum Al-Kindís og Ibn-Ishaqs um útgeislun og samvirkni. Hann hélt fram inngæislunarkenningu um sjónskynjun þar sem hann gerði ráð fyrir að upplýsingar ferðuðust frá hlutunum að auganu.

Al-Farabí sagði að í sjónræna kraftinum, sem finna má í auganu, sé engin megund sem leitt geti til sjónskynjunar heldur geri sólarljósið okkur kleift að sjá. Samkvæmt Al-Farabí raungerist sjónskynjun í ljósinu sem berst frá sólinni (Lindberg, 1976). Sjónskynjun þarfnast ekki einungis andrúmslofts heldur einnig ljóss. Taldi Al-Farabí að ljósið raungerist í skynjun og notar þarna hugtök og orðfæri Aristótelesar.

Deilt er um hvort Al-Farabí hafi verið inngæislunarsinni eða samvirknisinni (Eastwood, 1979). Samkvæmt Lindberg (1978) varði hann útgeislunarkenningar með skýrum hætti. En Eastwood (1979) bendir á að margt í skrifum hans bendi til þess að hann hafi aðhyllst samvirkni kenningar.

Inngæislunarkenningar skiptu miklu máli vegna þess að ef upplýsingar (ljós, með öðrum orðum) berast auganu er hægt að rannsaka sjónskynjun óháð hornafræðinni, sem útgeislunarkenningar krefjast óhjákvæmilega, því að einfaldlega er hægt að fást við spurninguna um hvernig unnið er úr upplýsingunum sem berast auganu. Það var því hægt að brjótast undan oki kenninga Evklíðs. Hvort Al-Farabí aðhylltist samvirkni kenningar

eða inngæislunarkenningar skiptir þó líklega ekki mestu máli heldur frekar að Al-Farabí áttaði sig á göllum útgeislunarhugmynda Al-Kindís og grískra forvera hans.

Hvers vegna útgeislun?

Hvers vegna héldu vísindamenn og heimspekingar fornaldar svo fast í útgeislunarkenningar? Nærtakasta skýringin er að nægileg þekking á öðrum sennilegum möguleikum var einfaldlega ekki fyrir hendi. Þegar arabísku vísindamennirnir höfnuðu kenningum um inngæislun sjónupplýsinga höfnuðu þeir ekki nútímahugmyndum um inngæislun ljóss. Þekkingin á eðli ljóssins á þeirra tímum bauð hreinlega ekki upp á það. Inngæislunarkenningin, sem þeir litu á sem hinn möguleikann við útgeislun, voru kenningar í anda atómista fornaldar, Lúsippíusar og nemanda hans, Demókrítosar, sem og Epíkúrosar og kenningar hans um *eidola* (Burkert, 1977; Wade, 1998), sem fól í sér að ímyndir hlutanna bærust frá þeim að augunum (Árni Kristjánsson, 2012). Samkvæmt Epíkúrosi var þykkt ímynda á við eitt atóm. Slíkar ímyndir, eða eftirmyndir, af hlutunum bárust samkvæmt kenningunni í allar áttir í umhverfinu. Sjónskynjunarkenning Epíkúrosar var því inngæislunarkenning en af allt öðru tagi en slíkar kenningar í dag. Hann gerði ráð fyrir að hlutirnir leiddu til skynvitundar um sjálfa sig í huga skynjandans, og að þeir veittu upplýsingar um eðli sitt með því að senda frá sér hin svokölluðu *eidola*. Slíkar hugmyndir má einnig finna hjá rómverskum vísindamönnum, eins og Lúkretíusi (um 56 f.Kr.) (Ronchi, 1970).

Það eru augljósir gallar á þessari kenningu og hægt er að hafa skilning á efasemdum vísindamanna um hana og að þeim hafi þótt aðrir möguleikar sennilegri, jafnvel útgeislun frá auganu. Til dæmis er erfitt að skilja hvernig hlutirnir í heiminum geta stöðugt gefið frá sér eitt-hvað efnislegt, sem berst öllum sem gjóa á það augum. Það beið því frekari uppgötvana á eðli ljóss að vísindamenn miðalda öðluðust skilning á þessu ferli. Íslömsku vísindamennirnir, Avicenna, og sér í lagi Alhazen, lögðu þarna mikið af mörkum.

Avicenna (Abdullah Ibn-Sinha, 980–1037)

Persneski vísindamaðurinn Avicenna (öðru nafni Abdullah Ibn-Sinha) er einn merkasti heimspekingur og vísindamaður miðalda. Avicenna var fjölfræðingur eins og margir vísindamenn voru langt fram á 20. öld og er því ekki rúm til að rekja allt hans starf hér.

En hvað þekkingarfræði varðar var hugmynda-kerfi Aristótelesar útgangspunktur í kenningum Avicenna. Því hefur verið haldið fram að heimspeki 12. og 13. aldar í Evrópu, sem var aristótélisk í eðli sínu (helst tengd skólaspekinni), hefði verið óhugsandi án útleggingar Avicenna á fræðum Aristótelesar (McGinnis 2010).

Margar af merkustu hugmyndum arabíska vísindaheimsins um sjónskynjun og þekkingarfræði, og þar af leiðandi evrópskra vísindamanna endurreisnartímans og vísindabyltingarinnar, eiga rætur í hugmyndum Avicenna. Einnig má finna ýmis líkindi milli hugmynda Alhazens og Avicenna. En þó að þeir hafi verið samtímamenn er erfitt að segja til með vissu hve mikið þeir vissu af hugmyndum hvor annars.

Eitt þekktasta rit Avicenna heitir *Kitab al-Shifa*, sem þýða mátti sem *Lækningabókin*. Nafnið er viðeigandi því að markmið Avicenna með bókinni var að lækna vanþekkingu. Þar fjallar Avicenna um margt, meðal annars um sálfræði og þekkingarfræði. Þar tók hann meðal annars upp hugmynd Aristótelesar um samþættingarskynfærið (Kaukua, 2014). Samkvæmt Aristótelesi (1985) gegnir samþættingarskynfærið tveimur meginhlutverkum í skynferlinu: Í fyrst lagi sameinar það upplýsingar frá mismunandi skynfærum í eina heildartúlkun á veruleikanum. Í öðru lagi dregur samþættingarskynfærið fram skynjaða eiginleika eins og hreyfingu, magn og stærð (Robinson, 1989; Smith, 2001). Hugmyndir Avicenna voru svipaðar þessu og vísa leiðina að annarri ekki síður mikilvægri hugmynd Avicenna, um hlutverk skynseminnar í túlkun skynáreita (Hasse, 2000).

Samkvæmt Avicenna var augasteinninn meginlíffærið í sjónskynjun og hélt hann því fram að augasteinninn tæki við upplýsingum, hugmynd sem Galen frá Bergamó hélt líka fram (Siegel, 1970, bls. 58). Þessi hugmynd er gölluð og við

vitum nú að hlutverk augasteinsins er að varpa mynd af umheiminum á augnbotn þar sem ljósnæmar frumur breyta ljósi í taugaboð.

Avicenna hafnaði útgeislunarkenningum og tíndi til ýmis góð rök gegn þeim (Akdogan, 1984; Árni Kristjánsson, 2012). Til dæmis fann Avicenna geislum frá auganu ekki pláss eðlisfræðilega. Hann velti fyrir sér hvernig það mætti vera að rúmmál vatns ykist ekki þegar horft er á það en þó sjáum við til botns. Hann hélt því fram að það væri ekkert tóm sem gefið gæti geislunum pláss. Avicenna hafnaði jafnframt galenískum samvirknikenningum á þeirri forsendu að umbreytingar á andrúmslofti myndu leiða til breytingar á efninu fyrir alla en ekki bara skynjandann sjálfan. Ættu þeir sem sjá illa þá ekki að sjá betur þegar þeir horfa á sama hlutinn og þeir sem sjá vel (Lindberg, 1976)?

Avicenna taldi að rétt eins og skynupplýsingar (aðrar en litur og ljós) eru ekki skynjaðar vegna þess að eitthvað berist frá skynfærunum að hlutunum, hittir þá fyrir eða sameinast þeim á einhvern hátt, þá kemur sjónskynjun ekki til vegna þess að geislar berist frá auganu að hinum sjáanlega hlut, heldur vegna þess að form hlutarins berist auganu gegnum gagnsæjan miðil (Lindberg, 1978, bls. 150).

Avicenna sagði að ef geislar ættu að eiga einhver efnisleg samskipti við auga skynjandans verði þeir annaðhvort að vera samfelld efni og fylla rúmið að fjarlægustu stjörnum (sem hann taldi ólíklegt) eða skiljast að og þá yrði mynd okkar of umheiminum kornótt. En ef geislarnir halda sig ekki við augað eru þeir gagnslausskýring á skynjun. Og Avicenna velti líka upp hvers vegna vindur hafi þá ekki áhrif á skynjun? Avicenna taldi hið síðastnefnda jafnframt andmæli gegn samvirknikenningum (Lindberg, 1976). Einnig benti hann á að ef geislarnir stækkuðu eins og keila frá auganu – eins og Evklíð gerði ráð fyrir – ættu fjarlægir hlutir að virðast stærri en ekki minni eins og raunin er.

Öfugt við forvera sinn, Al-Kindí, hafnaði Avicenna útgeislunarkenningum því algjörlega. Í *Kitab al-shifa* útleggur Avicenna kenningu sína um sjónskynjun sem – af þeirri hógværð sem einkenndi íslamska vísindamenn miðalda – hann kallaði aristótéliska. Sjónskynjun verði

ekki vegna þess að eitthvað berist frá auganu að því sem við horfum á heldur vegna þess að form hlutanna berist gegnum gagnsæjan miðil. Hugmyndir Avicenna eru að sönnu nokkuð í ætt við það sem Aristóteles sagði um sjónskynjun í *De anima*: „Litir hreyfa við hinu gagnsæja efni, t.d. andrúmslofti, og þar sem þetta efni er samfellt hefur það síðan áhrif á skynfærið“ (Aristóteles, 1985). Það sem hins vegar skorti í skynjunarkenningu Avicenna var heildstæð útskýring á því hvernig ljós getur borist inn í augað.

Avicenna og maðurinn fljúgandi

Frá þekkingarfræðilegum sjónarhóli er eitt áhuga-verðasta framlag Avicenna hugartilaun hans um fljúgandi manninn sem hann setti fram í riti sínu *De anima* (um sálina)⁸.

Avicenna ímyndaði sér mann sem flýgur um án þess að hafa beina skynreynslu af neinu í umhverfinu (Brown, 2001; Marmura, 1986; Toivanen, 2015). Maðurinn fær engar upplýsingar gegnum skynfærin en hefur samt sem áður vitund um sjálfan sig. Avicenna taldi slíka vitund um eigið sjálf vera rök fyrir tilvist sálarinnar og er þessi hugartilaun hans athyglisverð sem slík. En hugartilaunin er ekki síður athyglisverð frá hugfræðilegu og þekkingarfræðilegu sjónarhorni þótt Avicenna hafi sjálfur ekki endilega hugsað hana svo. Slíkar hugmyndir eru vel þekktar í heimspekisögunni og eru kenndar við sjálfsveruhughyggju (Brynjólfur Bjarnason, 1954, bls. 36; Descartes, 1637/1991). Á 17. öld velti, til dæmis, René Descartes því fyrir sér hvernig hann gæti verið viss um að illkvittinn og máttugur demón hafi ekki gert sitt ítrasta til að blekkja hann og að veröldin, sem hann teldi sig skynja í kringum sig, væri ekki til en að demóninn væri að reyna að reyna að sannfæra hann um tilvist þessa gerviheims (Descartes 1637/1991, 15). Þessi spurning lifir enn góðu lífi og til dæmis spurði heimspekingurinn Hilary Putnam (1991) hvernig við gætum vitað að við séum ekki fórnarlömb vitfírrings sem hefur fjarlæggt heila okkar úr líkamanum, geymir hann í næringarvökva

og sér til þess með sérhæfðum búnaði að okkur finnist við vera inni í líkamanum eftir sem áður.

Ibn al-Haytham (Alhazen) (975–1039)

Um Ibn al-Haytham, sem venjulega gengur undir nafninu Alhazen, hefur verið sagt að hann sé merkastur eðlisfræðinga frá Arkímedesi, allt fram að Isaac Newton, og að hann sé upphafsmaður nútímaljósfræði (Unal og Elcioglu, 2009). Ég hef einnig kallað hann fyrsta hugfræðinginn því að framlag hans til sálfræði hugstarfs og skynjunar var gríðarlegt (Árni Kristjánsson, 2018). Hann lagði áherslu á rannsóknir og raunprófanir og á skipulega hugsun sem væri innblásin af raunprófunum (Gilchrist, 1996; Sabra, 1989; Smith, 2001) og að láta skoðanir ekki ráða því hvað við teljum vera rétt. Þetta er í ágætu samræmi við tíðarandann þegar Alhazen var uppi (Kheirandish, 2009).

Meginhluti skrifna Alhazens snerist reyndar um ljós og sjónskynjun. Leiða má að því líkur að öll þekking á auganu hafi, fram að hugmyndum Leonardos Da Vinci, verið byggð á hugmyndum Alhazens. Bók hans um ljósfræði, *Kitab Al-Manazir*, var hugsuð sem eins konar andsvar við skrifum Ptólemajosar (Smith, 2004). Alhazen leit svo á að úrvinnsla sjónáreita ætti sér stað í stigum; hún byrjaði með ljósgeislun, í kjölfarið fylgdi örvun skynnema (svokölluð *skynhrif*) og svo tæki við eiginleg skynjun þar sem skilningurinn leikur lykilhlutverk. Alhazen sagði: „Ekki verður allt sem við skynjum með sjóninni til í gegnum skynhrifin ein og sér heldur greinum við marga eiginleika hlutanna, sem við skynjum, með úrvinnslu og ályktun.“ Hann bætti svo við: „Sjónin ein og sér býr ekki yfir slíkum ályktunarhæfileikum heldur er skilningurinn þar að verki. Ýmsar aðgreiningar, sem rekja má til skilningsins, geta ekki orðið til án þess að skynhrif leiki þar hlutverk“ (El-Bizri, 2005; Ibn al-Haytham, 1989; Sabra, 1978, bls. 172–173).

Þetta viðhorf er gríðarframsýnt (Smith, 2004, bls. 188) og þarna greinir Alhazen að skynhrif og skynjun sem er aðgreining sem oft er eignuð skoska heimspekingnum Thomasi Reid

⁸ Þessi bók ber sama nafn og hin fræga bók Aristótelesar um þekkingarfræði.

(1764/1997). Erfitt er að finna nútímalegri texta um sjónskynjun fyrr en komið er fram á 19. öld, nánar tiltekið í lífeðlisfræðilegri ljósfræði Hermanns Von Helmholtz (1925).

Líkt og Avicenna, og Aristóteles á undan honum (Robinson, 1999), andmælti Alhazen útgeislunarkenningum og benti til dæmis á að þegar við horfum á sólina verðum við fyrir sársauka vegna þess að geislar sólarinnar brenna sjónuna (van Hoorn, 1972, bls. 113). Alhazen fjallaði einnig um eftiráhrif: eftir að við höfum horft á hjartan hlut í tiltekinn tíma sjáum við dökkan blett sem smám saman hverfur. Alhazens sagði að þetta bæri því vott að ljós berist inn í augað frekar en að það berist frá auganu.

Líklegast eru mikilvægustu uppgötvunar Alhazens innan ljósfræði og skynjunarvísinda þær sem hann gerði með því sem síðar var kallað *camera obscura*. Alhazen gerði lítið gat á myrkvað herbergi og athugaði síðan hvernig ljósið varpaðist inn í herbergið í gegnum gatið (Ibn Al-Haytham, 1989; Wade, 1998) (sjá einnig Sabra, 1989). Hann áttaði sig á að þetta herbergi líktist auga og ljósopi þess. En myndin, sem varpaðist af umhverfinu, sneri öfugt. Fannst honum það ekki ásættanleg niðurstaða og gerði ráð fyrir að geislunum í auganu væri snúið við innan augans áður en það bærst að ljósnæmum svæðum. Jóhannes Kepler stóð frammi fyrir sama vandamáli 500 árum síðar og var lausn hans sú rétta. Kepler sýndi fram á að ljósbrot innan augans færi einfaldlega fram á þennan hátt og að það væri hlutverk skilningsins að fást við þessar upplýsingar (Kepler, 2000). Þannig aðskildi Kepler ljósfræði og sálfræði skynjunar. Kepler lýsti þessu svo í frægri málsgrein úr *Ljósfræði* hans: „Ég mun eftirláta náttúruvísindamönnunum að komast að því hvernig þessi ímynd er sett saman og að ráða í þau andlegu lögmál sem ráða sjónskynjun á sjónbotni og í augunum, hvort þessi mynd birtist sálinni eða einhverju öðru dómsvaldi skynjunar eða sálar, eða hvort sálin sendi dómsfulltrúa frá stjórnsstöðvum heilans sem mætir þessum upplýsingum í sjóntauginni eða nethimnunni líkt því að dómur félli á lægra dómstigi“ (Kepler, 2000; sjá Smith, 1998 og Straker, 1981).

Hins vegar var uppgötvun Alhazens um hvernig

ljósgeislar varpast um ljósop afar stórt skref fram á við til aukins skilnings á sjónskynjun. Og hugmyndir Alhazens um endurvarp ljóss í umhverfinu voru ekki síður byltingarkenndar. Hann hélt því fram að ljós ferðaðist í beinni línu og að hver einasti punktur á hlutnum, sem ljós varpast á, endurvarpi ljósinu í allar áttir og að ljósið ferðist mishratt eftir því hvaða efni það streymir gegnum (Ibn al-Haytham, 1989; Khan, 2016a). Þessi hugmynd Alhazens markar þáttaskil í ljósfræði, eðlisfræði og skynjunarvísindum. Með kenningu sinni um skynjun tókst Alhazen að samþætta nákvæma stærðfræðiútleiggingu á ljósi og ljósbroti, lífeðlisfræði og sálfræði skynjunar innan heildrænnar inngeislunarkenningar um sjónskynjun.

Aristóteles hafði fjallað um það sem hann kallaði samþættingarskynfæri. Auðvelt er að sjá það fyrir sér sem skilninginn en Alhazen ætlaði skilningnum stórt hlutverk í skynjun við túlkun áreita og tók hann þessa hugmynd Aristótelesar upp í kenningum sínum. En hugmyndir Alhazens um að skilningurinn vinni úr sjónáreitunum standa umfjöllun Aristótelesar stóru skrefi framár.

Alhazen komst að þeirri niðurstöðu að skilningurinn skipti mestu um skynjun okkar og taldi það vera í eðli mannsins að meta sjónáreitin og draga ályktanir um þau án þess þó að þurfa að beita hugsun sinni viljandi. Þannig eru ályktanir, þar sem forsendurnar eru augljósar, manninum eðlislægar því að þegar við skynjum niðurstöðu ályktunarinnar erum við ekki meðvituð um að við höfum dregið einhverja ályktun. Ályktunarhæfni okkar sér um þetta án þess að hún þurfi að hugsa eða erfiða á nokkurn hátt heldur endurspeglar þetta eðli okkar, sem og vana. Þessi hugmynd minnir um marga á kenningu Hermanns von Helmholtz um ómeðvitaðar ályktanir en þó er mikilvægt að greina að hugmyndir Helmholtz og Alhazens því að Helmholtz taldi að þessar ómeðvituðu ályktanir væru lærðar en Alhazen taldi þær endurspeglar eðli okkar, ásamt námi, sem er mun nútímalegra viðhorf (Ibn Al-Haytham, 1989, bók II, bls. 136–137).

Í öðrum og þriðja hluta *Bókar um ljósfræði* fjallar Alhazen síðan um ýmis viðfangsefni sem ekki er fjallað um innan þekkingarfræði fyrr en í hugfræðibyltingunni á 6. og 7. áratug 20. aldar

(sjá Árne Kristjánsson, 2018). Það er magnað að lesa í 1000 ára gömlu riti umfjöllun um hugfræði sem gæti sómt sér vel í kennslubókum um skynjun og hugfræði á 21. öldinni (sjá umfjöllun í Árne Kristjánsson, 2018).

En þó Alhazen hafi komist mjög langt með að leysa gátuna um hvernig augasteinninn myndar ímynd af umheiminum á sjónbotni þá tókst honum það þó ekki alveg vegna þess að hann gerði ráð fyrir að ljósbrot innan augans tryggði að sjónmyndin væri upprétt. Leiddar hafa verið að því líkur að trúarlegar eða menningarlegar ástæður hafi komið í veg fyrir að hægt hafi verið að leysa gátuna um ímyndina sem varpast á sjónbotni, gátuna sem beið þá Keplers (Oon og Subramaniam, 2009). Til dæmis er ekki ljóst hversu mikinn aðgang arabískir vísindamenn miðalda hafi haft að upplýsingum úr krufningum vegna þess að krufningar voru litnar hornauga í arabíska menningarheiminum (Savage-Smith, 1995).

Ekki er fullkomlega ljóst hvað Alhazen taldi vera hið næma skynfæri (Wade, 1998). Oftast virðist hann þó eiga við augasteininn og að ljósið varpast á aftasta hluta hans en einnig eru merki um að hann hafi talið sjónbotninn vera svæðið sem mynd af umheiminum er varpað á. Það var að lokum Kepler sem tók af allan vafa um að ímynd af heiminum er varpað á sjónbotni þar sem finna má frumur (stafi og keilur) sem eru næmar fyrir ljósinu sem þangað berst (Kepler, 2000).

Gareth S. Mathews (1978) segir að miðaldakenning um sjónskynjun, sem hann rekur til Alhazens, sé best lýst með eftirfarandi fullyrðingu Keplers: „Sjónskynjun á sér stað þegar ímynd veraldarinnar, sem er framan við augað, varpast á hið kúpta ljósrauða yfirborð sjónbotnsins.“ Bæði Kepler og Alhazen gerðu sér grein fyrir því að það sem tekur við er úrvinnsla og í henni felst skynferlið og jafnframt að augað er framlenging heilans eins og Galen hafði áður haldið fram.

Í samhengi við umfjöllun um Alhazen er að lokum rétt að minnast á Kamal al-Din Al-Farísí (1267–1319) sem var, líkt og Alhazen, leiðandi í lífeðlisfræðilegri ljósfræði. Hann skrifaði meðal annars ítarlegar athugasemdir við áður nefnda bók Alhazens um ljósfræði, *Kitab al-Manazir* (Ibn

Al-Haytham, 1989), og bárust þessi skrif hans víða. Al-Farísí átti því mikinn þátt í útbreiðslu hugmynda Alhazens (Sabra, 2007).

Engum blöðum er um það að fletta að Alhazen hafði gríðarleg áhrif á sporgöngumenn sína. Þótt framlag Keplers sé að sönnu mikilsvert og hann hafi leyst margar gátur (Alhazen gerði sér til dæmis ekki grein fyrir að sjónan væri hið næma líffæri heldur hélt hann því fram að það væri augasteinninn), markar bók Alhazens um ljósfræði þáttaskil. Þegar hann hafði sýnt fram á hvernig inngæislun ljóss virkaði gátu vísindamenn snúið sér að því að rannsaka hvernig unnið er úr upplýsingunum sem berast inn um ljósupaugans. Einnig má segja að Alhazen hafi snúið útgeislunarkenningum Evklíðs og Ptólemajosar á hvolf svo að hægt var að nýta hornafræðina að baki kenningum þeirra í inngæislunarkenningunum. Samkvæmt Evklíð og Ptólemajosi ferðuðust geislarnir frá auganu og mynduðu keilu og stækkaði breiðari endi keilunnar eftir því sem fjær dró auganu. Hornafræðilega má segja að Alhazen hafi einfaldlega snúið keilunni við og sýnt fram á annan möguleika við inngæislun, þ.e. hvernig ljósgeislar geti borist ljósnæmum svæðum í auganu.

Einnig er mikilvægt að Alhazen hélt því fram að hægt væri að skilja skynjun á tveimur mismunandi stigum, bæði út frá eðli ljóss og út frá sálfræði skynjunar (Árne Kristjánsson, 2012, 2018; Parker, 2005; Sabra, 1978; Wade, 1999). Hann hélt því fram að þegar við skynjum heiminn byggjum við upp innri ímynd sem endurspeglar túlkun okkar á umheiminum en það er í góðu samræmi við nútímakennningar um skynjun.

Ibn Sahl (940–1000)

Ibn Sahl starfaði innan Abbasíð-kalífadæmisins og gerði rannsóknir innan rúmfræði og hornafræði, ásamt rannsóknum á sjónskynjun, og þá helst ljósbroti og linsum (Rashed, 1990). Hann er þekktastur fyrir ritið *Kitab al-Parraqat* þar sem hann fjallaði um ljósbrot og brennipunkta. Hann virðist til dæmis hafa uppgötvað það sem síðar hefur verið kallað lögmál Snells um ljósbrot, um hvernig ljós brotnar þegar það ferðast í gegnum efni sem er þéttara en andrúmsloftið,

600 árum áður en Willebrord Snellius, sá sem lögmálið er kennt við, lýsti því (Khan, 2016a; Kwan, Dudley og Lantz, 2002). Kwan og félagar halda því fram að réttara sé að kenna lögmálið við Ibn Sahl en Snellius.

Al-Biruni (973–1048)

Þegar rætt er um þekkingarfræði í íslömskum vísindum miðalda er rétt að geta um Al-Biruni sem meðal annars hélt því fram að Forn-Grikkir hefðu reitt sig um of á rökgreiningu á kostnað raunprófana og tilrauna (Boruch, 1984). Þetta taldi hann hafa leitt þá til rangra niðurstaðna um margt og reyndi Al-Biruni meðal annars að prófa kenningar Aristótelesar vísindalega. Þetta sýnir fram á hvernig íslamskir vísindamenn voru óhræddir við að benda á galla í kenningakerfi Forn-Grikkja og reyndu að betrubæta þeirra hugmyndir. Einnig ber þetta vott um að þeir lögðu áherslu á gildi raunprófana (Kheirandish, 2009).

Averrós (Ibn Rushd, 1126–1198)

Að síðustu þarf að geta Averrós sem líklegast er merkasti vísindamaður íslamska menningarheimsins undir lok blómaskeiðs hans á miðöldum. Eins og svo oft er raunin með arabíska vísindamenn miðalda var heimspeki Averrós í anda Aristótelesar. Hann fjallaði um skynjun út frá samþættingarskynfærinu og um hlutverk skilningsins í úrvinnslu skynupplýsinga. Hann lagði áherslu á að til þess að skilja skynjun væri nauðsynlegt að gera ráð fyrir aðkomu skynseminnar að því ferli og fetaði þannig í fótspor Aristótelesar, Avicenna og Alhazens. Averrós var sá íslömsku fjölfræðinganna sem þróaði hugmyndir Aristótelesar hvað mest. Hvað skynjun varðar hélt Averrós því fram að andrúmsloftið taki við formi hlutanna og beri formið að ytra byrði augans sem færir það síðan að samþættingarskynfærinu.

Í takti við aristótélíska anda kenninga sinna, sagði Averrós að skynfærin væru megund hinna skynjuðu hluta en ekki hlutirnir sjálfir. Þannig skynjum við ekki hlutina sjálfa heldur eitthvað sem líkist þeim. Averrós fjallaði síðan um

hvernig vitsmunirnir tækju við upplýsingum frá skynnemunum og ynnu úr þeim. Averrós velti því fyrir sér hvort hið næma yfirborð augans væri augnbotninn (Ivry, 1966, 1995; Wade, 1998;), öfugt við skoðun Alhazens.

Averrós hafnaði einnig hugmyndum Platóns um upprifjun þekkingar (Platón, 1993). Hann sagði að ef nám fæli í sér upprifjun hugmynda sem þegar liggja fyrir innra með okkur ættum við að geta notið þeirra án skynfæranna; færði hann rök fyrir því að skynfærin væru þá jafnframt óþörf og taldi hann það vera andstætt náttúrulegumálunum að eitthvað óþarft væri skapað (Averrós, 1967).

Al-Fárizí (d. 1320)

Al-Farizi fetaði í fótspor Alhazens og veittu rannsóknir hans innsýn í hvernig litir regnbogans verða til. Varð hann þar með um 400 árum á undan Newton (1730/1979) að rannsaka og skilja hið tvöfalda ljósbrot sem á sér stað innan vatnsdropa og þar með leyndarmál regnbogans (Khan, 2016b), sem er venjulega þakkað Isaac Newton (Sabra, 2007; Topdenir, 2007). Þó ekki standi til hér að fara að líkja Al-Farizi við Newton sjáum við samt hér enn eitt dæmið um hvernig uppgötvanir í íslamska menningarheiminum á miðöldum hafa fallið í gleysku.

Lokaorð

Á 12. öld jukust samskipti Vesturlanda og íslamskra ríkja til mikilla muna (t.d. í Andalúsíu) og barst meðal annars *Bók um ljósfræði* eftir Alhazen til Vesturlanda og hafði þar mikil áhrif eins og áður hefur komið fram. Öldum saman var hinn íslamski menningarheimur í fararbroddi framfara í vísindum. Margir spyrja sig hvað breyttist, sem varð þess valdandi að þeir misstu þetta leiðtogahlutverk, og gera þá ráð fyrir að eitthvað hafi verið gert rangt sem rétt var gert á Vesturlöndum nútímans (Lewis, 2002). Eflaust eru margar skýringar á hnignun vísindastarfs innan íslamska menningarheimsins. Ein er líklegast sú að áhrif hinna frjálslyndu mótazilíta minnkuðu og bókstafstrú jókst. Það er þó ekki markmiðið hér að fjalla um þetta heldur frekar að benda á

Það sem var vel heppnað. Smám saman færðist miðja vísindastarfs vestar, endurreisnartímabilið hófst og vísindabyltingin fylgdi í kjölfarið. Ég held því fram hér að þar hafi verið byggt á grunni sem rekja má til vísindamanna Austurlanda nær á miðöldum.

Markmið mitt hér hefur verið að reyna að sannfæra lesandann um hve umfangsmikið vísindastarfið var innan Arabaheimsins á miðöldum, hversu frumlegar margar hugmyndir vísindamannanna voru og hve miklu þetta starf skipti fyrir framhaldið. Ég hef að mestu einblínt á þekkingarfræði og sálfræði en þessir vísindamenn gerðu merkar uppgötvanir á ýmsum öðrum sviðum. Í þessu yfirliti hef ég reynt að benda á að ósanngjarnt er að líta á framlag arabískra og íslamskra vísindamanna á miðöldum sem einhvers konar neðanmálsgrein í vísindasögunni.

Cognitive psychology and vision science in the medieval Islamic world

Aristotle claimed that man valued the sense of sight over the other senses. Visual perception has received a lot of attention throughout the history of science. Johannes Kepler's pioneering work is often mentioned as the starting point for such research. But this narrative neglects the considerable contributions of scientists working within Islamic states in medieval times. These Islamic scientists did not only translate and preserve the work of the ancient Greeks but made many adjustments and clarifications. Most importantly, they also made their own discoveries. Scientists such as Ibn-Ishaq, Al-Kindí, Avicenna and in particular Alhazen made many important discoveries in visual perception and cognitive psychology and had a large influence on the scientists of the renaissance, including Kepler. Alhazen's *Book of Optics* is undoubtedly one of the greatest books on visual perception ever published. Alhazen introduced how light from the sun is reflected throughout the environment and enters the eye. Kepler's well-known solution to the mystery of the retinal image owes a considerable debt to Alhazens work through the influence of western scientists who preceded Kepler and had access to Alhazens work.

Keywords: *History of psychology, Islamic psychology, Perception*

Árni Kristjánsson, Professor at Research Institute of Vision Science, Faculty of Psychology, School of Health Sciences, University of Iceland, Oddi by Sturlugata, Reykjavík, Iceland, and National Research University, Higher School of Economics, Moscow, Russia. Email: ak@hi.is

Heimildir

- Adamson, P. (2007). *Al-Kindi*. Oxford: Oxford University Press.
- Akdogan, C. (1984). Avicenna and Albert's refutation of the extramission theory of vision. *Islamic Studies*, 23(3), 151–157.
- Al-Khalihli, J. (2010). *The House of wisdom: How Arabic science saved ancient knowledge and gave us the renaissance*. New York: Penguin Books.
- Al-Nadim, M. (1987/1998). *The Fihrist: A 10th century AD survey of Islamic culture* (ensk þýðing: B. Dodge). Chicago: Kazi publications.
- Aristóteles. (1999). *Frumspekin I*. (islensk þýðing: Svavar Hrafn Svavarsson). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Aristóteles. (1985). *Um sálina* (islensk þýðing: Sigurjón Björnsson). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Averrós, *Long commentary on the De anima* (ensk þýðing: Arthur Hyman). Í A. Hyman og J. J. Walsh (ritstjórar), *Philosophy in the middle ages: The Christian, Islamic, and Jewish traditions* (bls. 304–323). New York: Harper and Row, 1967.
- Azmi, K. (1996). Hunain bin Ishaq on ophthalmic surgery. *Bulletin of the Indian Institute of History of Medicine* 26, 69–74.
- Árni Kristjánsson. (2012). *Innra augað*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Árni Kristjánsson. (2018). Fyrsti skynjunarsálfræðingurinn? Skynjunarsálfræði og hugfræði í Bók um ljósfræði eftir Ibn al-Haytham (Alhazen). *Sálfræðiritið*, 15, 19–33.
- Boring, E. G. (1942). *Sensation and perception in the history of experimental psychology*. New York: D. Appleton-Century Companion.
- Boruch, R. F. (1984). Ideas about social research, evaluation, and statistics in medieval Arabic literature: Ibn Khaldun and Al-Biruni. *Evaluation Review*, 8(6), 823–842.
- Brown, D. J. (2001). Aquinas' missing flying man. *Sophia*, 40(1), 17–31.
- Burkert, W. (1977). Air-imprints or eidola: Democritus' aetiology of vision. *Illinois Classical Studies*, 2, 97–109.
- Descartes (1637/1991). Orðræða um aðferð (islensk þýðing: Magnús G. Jónsson). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Eastwood, B.S. (1979). Al-Fārābī on extramission, intromission, and the use of Platonic visual theory. *Isis*, 70(3), 423–425.
- Eastwood, B. S. (1982). The elements of vision: The micro-cosmology of Galenic visual theory according to Hunyan Ibn Ishaq. *Transactions of the American Philosophical Society*, 72(5), 1–59.
- El-Bizri, N. (2005). A philosophical perspective on Alhazen's optics. *Arabic Sciences and Philosophy*, 15(2), 189–218.
- Fakhry, M. (2004). *A history of Islamic philosophy*. New York: Columbia University Press.
- Gal, O. og Chen-Morris, R. (2013). *Baroque science*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Gilchrist, A. (1996). The deeper lesson of Alhazen. *Perception*, 25, 1133–1136.
- Hatfield, G. C. og Epstein, W. (1979). The sensory core and the medieval foundations of early modern perceptual theory. *Isis*, 70(3), 363–384.
- Hasse, D. N. (2000). *Avicenna's De anima in the Latin West: The formation of a peripatetic philosophy of the soul 1160–1300*. London: The Warburg Institute.
- Helmholtz, H. von. (1925). *Helmholtz's treatise on physiological optics* (III. bindi) (ensk þýðing: J. P. C. Southall). New York: The Optical Society of America.
- Hume, D. (1998). *Rannsókn á skilningsgáfunni ásamt ævisögu höfundar* (islensk þýðing: Atli Harðarson). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Ibn Al-Haytham [Alhazen]. (1989). *Book of optics* (ensk þýðing: A. I. Sabra). London: The Warburg Institute.
- Ivry, A. L. (1966). Averroes on intellection and conjunction. *Journal of the American Oriental Society*, 86(2), 76–85.
- Ivry, A. L. (1995). Averroes' middle and long commentaries on the De anima. *Arabic Sciences and Philosophy*, 5(1), 75–92.
- Ivry, A. L. (2008). The ontological entailments of Averroes' understanding of perception. Í S. Sknuutila og P. Kärkkäinen (ritstjóri), *Theories of perception in medieval and early modern philosophy* (bls. 73–86). Amsterdam: Springer.
- Kaukua, J. (2014). Avicenna on the soul's activity in perception. Í J. F. Silva og M. J. Yrjönsuuri (ritstjórar), *Active perception in the history of philosophy: From Plato to modern philosophy* (bls. 99–116). Heidelberg: Springer.
- Kepler, J. (2000). *Optics* (ensk þýðing: W. H. Donahue). Santa Fe, New Mexico: Green Lion Press.
- Khan, S. A. (2016a). Medieval Arab contributions to optics. *Digest of Middle East Studies*, 25(1), 19–35.

- Khan, S. A. (2016b). Medieval Arab understanding and the rainbow formation. *Europhysics News*, 37(3), 10.
- Kheirandish, E. (2009). Footprints of „experiment“ in early Arabic optics. *Early Science and Medicine*, 14(1), 79–104.
- Kwan, A., Dudley, J. og Lantz, E. (2002). Who really discovered Snell's law? *Physics World*, 15(4), 64.
- Lewis, B. (2002). *What went wrong?: The clash between Islam and modernity in the middle east*. New York: Oxford University Press.
- Lindberg, D. C. (1971a). Alkindi's critique of Euclid's theory of vision. *Isis*, 62(4), 469–489.
- Lindberg, D. C. (1971b) Lines of influence in thirteenth-century optics: Bacon, Witelo, and Pecham. *Speculum*, 46(1), 66–83.
- Lindberg, D. C. (1976). *Theories of vision from Al-Kindi to Kepler*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lindberg, D. C. (1978). The intromission-extramission controversy in islamic visual theory: Alkindi versus Avicenna. Í P. K. Machamer og R. Turnbull (ritstjórar), *Studies in perception: Interrelations in the history of philosophy and science* (bls. 137–159). Columbus, Ohio: Ohio State University Press.
- Marmura M. (1986). Avicenna's flying man in context. *The Monist*, 69(3), 383–395.
- Marr, D. (1982). *Vision*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Matthews, G. B. (1978). A medieval theory of vision. Í P. K. Machamer og R. Turnbull (ritstjórar), *Studies in perception: Interrelations in the history of philosophy and science* (bls. 186–199). Columbus, Ohio: Ohio State University Press.
- Maziak, W. (2005). Science in the Arab world: Vision of glories beyond. *Science*, 308(5727), 1416–1418.
- McGinnis, J. (2010). *Avicenna*. Oxford: Oxford University Press.
- Middleton, W. K. (1961). Archimedes, Kircher, Buffon, and the burning-mirrors. *Isis*, 52(4), 533–543.
- Newton, I. (1730/1979). *Optics, or a treatise of the reflections, refractions, inflections and colours of light*. Chelmsford, Massachusetts: Courier Corporation.
- Oon, P. T. og Subramaniam, R. (2009). The nature of light: I. A historical survey up to the pre-Planck era and implications for teaching. *Physics Education*, 44(4), 384.
- Parker, A. (2005). *Seven deadly colours: The genius of nature's palette and how it eluded Darwin*. London: The Free Press.
- Platón. (1961). *Collected dialogues*. Ritsj. E. Hamilton og H. Cairns. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Platón. (1993). *Menón* (íslensk þýðing: Sveinbjörn Egilsson). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Putnam, H. (1991). *Reason, truth and history*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rashed, R. (1990). A pioneer in anaclastics: Ibn Sahl on burning mirrors and lenses. *Isis*, 81(3), 464–491.
- Reid, T. (1764/1997). *An inquiry into the human mind: On the principles of common sense*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Robinson, D. N. (1989). *Aristotle's psychology*. New York: Columbia University Press.
- Rock, I. (1983). *The logic of perception*. Cambridge: The MIT Press.
- Ronchi, V. (1970). *The nature of light: An historical survey*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Sabra, A. I. (1978). Sensation and inference in Alhazen's theory of visual perception. Í P. K. Machamer og R. Turnbull (ritstjórar), *Studies in perception: Interrelations in the history of philosophy and science* (bls. 160–185). Columbus, Ohio: Ohio State University Press.
- Sabra, A. I. (1989). Introduction and Commentary. Í I. Al-Haytham, *Optics* (ensk þýðing: A. I. Sabra. London: The Warburg Institute og The University of London.
- Sabra, A. I. (2007). The „commentary“ that saved the text: The hazardous journey of Ibn al-Haytham's Arabic „optics“. *Early Science and Medicine*, 12(2), 117–133.
- Saliba, G. (2007). *Islamic science and the making of the European Renaissance*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.
- Savage-Smith, E. (1995). Attitudes toward dissection in medieval Islam. *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences*, 50(1), 67–110.
- Scott, S. P. (1994/2016). *History of the Moorish empire in Europe*. Wentworth: Wentworth publishers.
- Sedley, D. N. (1992). Empedocles' theory of vision and Theophrastus' De sensibus. Í w. w. Fortenbaugh og D. Gutas (ritstjórar), *Theophrastus: His psychological, doxographical and scientific writings* (bls.20–31). New York: Routledge.
- Siegel, R. E. (1970). *Galen on sense perception*. Basel, Sviss: Karger.
- Simms, D. L. (1977). Archimedes and the burning mirrors of Syracuse. *Technology and Culture*, 18(1), 1–24.

- Smith, A. M. (1992). Picturing the mind: The representation of thought in the middle Ages and Renaissance. *Philosophical Topics*, 20(2), 149–170.
- Smith, A. M. (1996). Ptolemy's theory of visual perception: An English translation of the „Optics“ with introduction and commentary. *Transactions of the American Philosophical Society*, 86(2).
- Smith, A. M. (1998). Ptolemy, Alhazen, and Kepler and the problem of optical images. *Arabic Sciences and Philosophy*, 8, 9–44.
- Smith, M. A. (1999). *Ptolemy and the foundations of ancient mathematical optics: A source based guided study*. Philadelphia, Pennsylvania: American Philosophical Society.
- Smith, A. M. (2001). Introduction. Í A.M. Smith (ritstj.) *Alhacen's theory of visual perception* (bls. xv–cliv). Philadelphia, Pennsylvania: American Philosophical Society.
- Smith, A. M. (2004). What is the history of medieval optics really about? *Proceedings of the American Philosophical Society*, 148(2), 180–194.
- Straker, S. (1981). Kepler, Tycho, and the ‘optical part of astronomy’: The genesis of Kepler's theory of pinhole images. *Archive for History of Exact Sciences*, 24(4), 267–293.
- Toivanen, J. (2015). Fate of the flying man: Medieval reception of Avicenna's thought experiment. *Oxford Studies in Medieval Philosophy*, 3, 64–98.
- Topdemir, H. G. (2007). Kamal Al-Din Al-Farisi's explanation of the rainbow. *Humanity and Social Sciences Journal*, 2(1), 75–85.
- Turner, H. R. (1995). *Science in medieval Islam: An illustrated introduction*. Austin, Texas: University of Texas Press.
- Unal, N. og Elcioglu, O. (2009). Anatomy of the eye from the view of Ibn Al-Haitham (965–1039). *Saudi Medical Journal*, 30(3), 323–328.
- Van Hoorn, W. (1972). *Ancient and modern theories of visual perception*. Amsterdam: University Press Amsterdam.
- Virk, Z. (2003). Europe's debt to the Islamic world. *Review of Religions*, 98, 36–52.
- Wade, N. J. og Finger, S. (2001). The eye as an optical instrument: From camera obscura to Helmholtz's perspective. *Perception*, 30(10), 1157–1177.
- Wade, N. (1999). *A natural history of vision*. Cambridge, Massachusetts: The MIT Press.

Bunglyndiskvarði fyrir börn (*Children's Depression Inventory*)

Kerfisbundið yfirlit yfir próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu

Guðrún M. Jóhannesdóttir, Linda R. Jónsdóttir og Guðmundur Á. Skarphéðinsson
Háskóli Íslands

Bunglyndiskvarði fyrir börn (e. Children's Depression Inventory (CDI)) er notaður til skimunar á þunglyndiseinkennum barna og er í töluverðri notkun hérlandis. Markmið þessarar greinar er að meta próffræðilega eiginleika kvarðans í íslenskum úrtökum með kerfisbundnu yfirliti. Af 2.873 heimildum, sem höfundar skimuðu, stóðu 28 heimildir eftir um próffræðilega eiginleika CDI á Íslandi. Niðurstöður voru almennt svipaðar og erlendis. Eins og búast mátti við mældist meðaltal hærra í klínískum úrtökum en almennum og stúlkur skoruðu hærra en drengir. Innra samræmi heildartölu CDI var nokkuð hátt bæði í almennum og klínískum úrtaki. Samleitniréttmæti kom vel út þar sem CDI var með háa fylgni við aðra þunglyndiskvarða en niðurstöður rannsóknna á aðgreiningarréttmæti voru ekki allar á sama máli þar sem fylgni CDI sýndi í sumum tilvikum háa fylgni við kvíðakvarða en í öðrum lága fylgni. Í einni rannsókn með innlagnarúrtaki úr BUGL kom í ljós að forspárréttmæti CDI var gott við alvarlega þunglyndisgreiningu DSM-IV en ekki við þunglyndisgreiningu ICD-10. Niðurstöður tveggja leitandi þáttagreininga sýndu að atriði hlóðust á þrjá þætti en ekki fimm eins og niðurstöður í stöðlunarúrtaki bentu til. Þörf er á frekari rannsóknum á forspárréttmæti, til dæmis á heilsugæslustöðvum og á göngudeildarúrtaki á BUGL. Mikilvægt er að kanna forspárréttmæti betur til að kanna notagildi til skimunar á börnum með þunglyndi. Einnig er þörf á frekari rannsóknum á staðfestandi þáttagreiningu og engar rannsóknir fundust á endurtektaráreiðanleika í íslensku úrtaki. Almennt virðast próffræðilegir eiginleikar CDI vera viðunandi miðað við sambærilega kvarða sem notaðir eru hérlandis. Helstu styrkleikar eru innra samræmi og hátt samleitniréttmæti.

Efnisorð: þunglyndiskvarði fyrir börn, þunglyndi, *Children's Depression Inventory*, CDI, kerfisbundið yfirlit, próffræðilegir eiginleikar, íslensk börn.

Maria Kovacs (1992) þróaði kvarðann Children's Depression Inventory (CDI) til að skima fyrir einkennum þunglyndis hjá börnum á aldrinum 7–17 ára. Kvarðinn var fyrst og fremst þróaður út frá BDI (e. Beck Depression Inventory) (Beck, Ward, Mendelson, Mock og Erbaugh, 1961). Kvarðinn inniheldur 27 atriði sem eiga að skiptast í fimm þætti: þungt skap (e. negative mood), samskiptavandamál (e. interpersonal problems), skilvirkni (e. ineffectiveness), gleðileysi (e. anhedonia) og neikvæða sjálfsmynd (e. negative self-esteem). Fyrir hvert atriði svara skjólstæðingar þremur fullyrðingum sem fara stig-hækkandi eftir alvarleika frá 0–2 (einkenni ekki til staðar, einkenni af vægum toga og einkenni til staðar). Hrástig geta verið frá 0–54 (Kovacs, 1992)

en hærra skor á að endurspegla alvarlegri einkenni þunglyndis (Crowley og Emerson, 1996). Hægt er að umbreyta hrástigum í T-skör þar sem meðaltal er 50 og staðalfrávik 10. Samkvæmt Kovacs (1992) ætti að túlka niðurstöður með T-skori þar sem 61–65 er yfir meðallagi en T-skör 65 og hærra er yfir klínískum mörkum. Þessi mörk ættu þó aðeins að vera leiðbeinandi en ekki algild.

Guðrún M. Jóhannesdóttir er með BS-gráðu í sálfræði frá sálfræðideild Háskóla Íslands. Linda R. Jónsdóttir er með BS-gráðu í sálfræði frá sálfræðideild Háskóla Íslands. Guðmundur Á. Skarphéðinsson er prófessor við sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Guðmundar Á. Skarphéðinssonar, dósents við sálfræðideild Háskóla Íslands, Nýja Garði, Sturlugötu, 101 Reykjavík. Netfang: gskarp@hi.is

Í stöðlunarúrtaki, sem kom úr almennu þýði 1.266 skólabarna á aldrinum 7–17 ára (Kovacs, 1992) mældist innra samræmi (e. internal reliability) 0,86 fyrir heildartölu og endurtektaráreiðanleiki (e. test-retest reliability) var um 0,70. Einnig var gerð þáttagreining og komu þá þeir fimm þættir fram sem gefnir eru upp í handbók. Niðurstöður annarra rannsókna á þáttabyggingu hafa þó ekki staðfest upprunalegar niðurstöður, hvorki í klínískum né almennum úrtökum þar sem fengist hafa allt frá einum upp í átta þætti og ekkert mynstur eftir því hvort um klínískt eða almennt úrtak var að ræða (Carrey, Faulstich, Gresham, Ruggiero og Enyart, 1987; Finch, Saylor og Edwards, 1985; Weiss og Weisz, 1988; Weiss o.fl., 1991). Niðurstöður á samleitniréttmæti (e. concurrent validity) hafa þó oftast bent til þess að fylgni CDI við aðra sambærilega kvarða væri há (Fristad, Emery og Beck, 1997; Myers og Winters, 2002; Twenge og Nolen-Hoeksema, 2002). Í stöðlunarúrtaki var fylgni við Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) 0,73 (Kovacs, 1992).

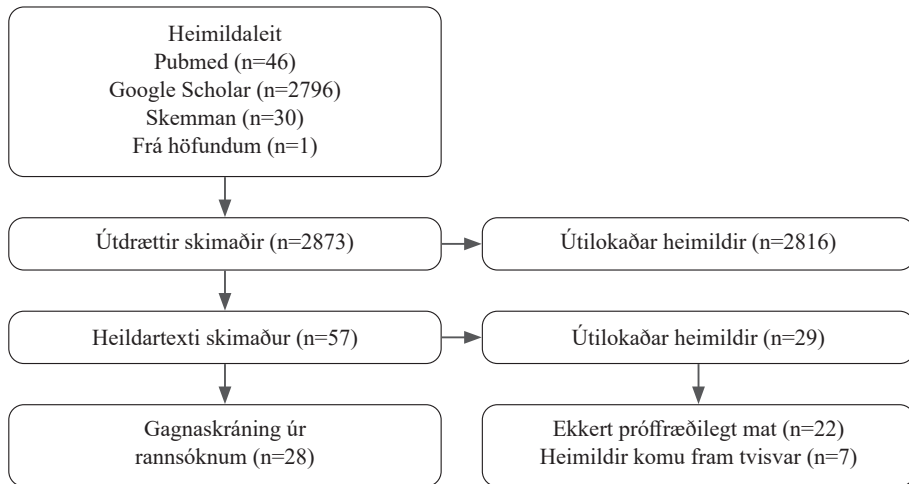
Crowley og Emerson (1996) rannsökuðu próf-fræðilega eiginleika CDI ásamt öðrum kvörðum í almennu úrtaki 273 barna á aldrinum 8–12 ára. Innra samræmi CDI reyndist 0,89 fyrir listann í heild. Samleitniréttmæti CDI var borið saman við Reynolds Child Depression Scale (RCDS) og var há fylgni þar, upp á 0,74. Weiss og félagar (1991) rannsökuðu einnig eiginleika CDI með klínísku úrtaki 1.283 barna á aldrinum 8–16 ára og reyndist innra samræmi 0,86 fyrir börn og 0,88 fyrir unglinga. Þeir báru niðurstöður saman milli barna (8–12 ára) og unglinga (13–16 ára) þar sem þunglyndiseinkenni eiga það til að aukast eftir kynþroska. Endurtektaráreiðanleiki var reiknaður eftir 4,79 mánuði að meðaltali hjá börnum og 3,61 mánuð að meðaltali hjá unglingum og reyndist ásættanlegur í báðum aldurshópum eða 0,54 hjá börnum og 0,56 hjá unglingum. Þó þarf að hafa í huga að þátttakendur fengu virka meðferð milli mælinga. Þáttabygging Weiss og féлага (1991) var í samræmi við niðurstöður Kovacs (1992) þar sem fimm þættir voru dregnir út. Þá hefur kynjamunur einnig verið rannsakaður og virðast stúlkur skora hærra en drengir á CDI-kvarðanum (Liss, Phares og Liljequist,

2001; Pullen, Modrcin-McCarthy og Graf, 2000) sem er í samræmi við aðra þunglyndiskvarða (Abdel-Khalek og Soliman, 2002). Einnig hefur aðgreiningarréttmæti verið kannað og niðurstöður sýnt að kvarðinn hefur miðlungsfylgni við þekktar kvíðamælingar (Ivarsson, Svalander og Litlere, 2006; Kovacs, 1992; Muris, Merckelbach, Ollendick, King og Bogie, 2002; Ólason, Sighvatsson og Smári, 2004).

CDI-kvarðinn hefur verið þýddur yfir á mörg tungumál og virðist innra samræmi haldast hátt við þýðingar (Sun og Wang, 2015; Sørensen, Frydenberg, Thastum og Thomsen, 2005; Traube, Dukay, Kaaya, Reyes og Mellins, 2010). Kvarðinn var þýddur og staðlaður á íslensku af Eiríki Erni Arnarsyni, Jakobi Smára, Herðísi Einarsdóttur og Elínu Jónasdóttur (Arnarson, Smári, Einarsdóttir og Jónasdóttir, 1994) og síðan bakþýddur af löggiltum þýðanda. CDI-kvarðinn er í mikilli notkun hérlandis. Til að mynda var hann notaður árið 2013 af níu stofnunum og þremur sálfræðistofum (Inga Hrefna Jónsdóttir o.fl., 2013). Því er mikilvægt fyrir sálfræðinga og aðra sem hafa hug á því að nota CDI-kvarðann að hafa allar próf-fræðilegar upplýsingar á einum stað svo að hægt sé að taka ákvörðun um notkun hans byggða á þeim eiginleikum. Fyrri markmið þessarar rannsóknar var að taka saman kerfisbundið yfirlit (e. systematic review) á íslenskum heimildum sem fjallað hafa um próf-fræðilega eiginleika CDI. Annað markmið var að taka saman niðurstöður og álykta um notagildi kvarðans ásamt því að bera niðurstöður saman við erlendar rannsóknir. Með þessu móti á fagfólk að fá aðgang að helstu upplýsingum um CDI á einum stað sem mögulega auðveldar ákvörðun þess um hvort notast eigi við listann við skimun og mat á þunglyndiseinkennum barna og ungmenna.

Aðferð

Leitað var að heimildum í gagnagrunnum PubMed, Google Scholar og Skemmunnar þann 3. janúar 2020 (sjá í viðauka 1). Einnig var höfundum bent á fyrirlestur um CDI (Guðmundur Á. Skarphéðinsson, Bertrand Lauth, Sigurður Rafn A. Levý og Brynjar Emilsson, 2006). Upplýsingar úr heimildum voru skráðar í Excel en meðal



Mynd 1 PRISMA flæðiskema yfir heimildaöflun.

þeirra voru meðaltöl, innra samræmi, réttmætisstuðlar og aðrir próffræðilegir eiginleikar. Þetta verklag er að norskrí fyrirmynd (EFPA, 2013; Psyktestbarn, 2019).

Niðurstöður

Við leit að próffræðilegum eiginleikum CDI-kvarðans fengust í heild 2.873 heimildir sem uppfylltu leitarskilyrði. Á mynd 1 má sjá flæðiskema heimildaöflunarinnar. Eftir að útdrættir voru skimaðir voru 2.816 heimildir útilokaðar, þar af voru 3 heimildir læstar og því ekki hægt að nota þær hér. Eftir stóðu 55 heimildir þar sem höfundar fóru yfir heildartexta og af þeim komu sjö heimildir tvisvar fram í leitinni og 22 sem fjölluðu annaðhvort ekki um próffræðilega eiginleika CDI eða innihéldu ekki íslenskt úrtak. Að lokum voru 28 heimildir til gagnaskráningar en af þeim innihéldu 19 upplýsingar úr klínískum úrtökum og 10 úr almennum úrtökum en ein heimild innihélt bæði almennt og klínískt úrtak.

Sjá má yfirlit yfir þær heimildir sem uppfylltu leitarskilyrði bæði í almennu úrtaki (sjá töflu 1) og klínísku (sjá töflu 2). Þar koma höfundar heimildar fram ásamt fjölda þátttakenda, aldursspönn, meðaltali og staðalfráviki aldursdreifingar (þar sem það var gefið upp) og að lokum markmið rannsókna. Þrjár heimildir

voru læstar en þær voru BA-ritgerð eftir Herdís Einarsdóttur og Elínu Jónasdóttur (1994), meistararitgerð eftir Helgu Theódóru Jónasdóttur (2018) og meistararitgerð eftir Karenu Bjarnadóttur (2019). Guðríður Þóra Gísladóttir (2013) athugaði bæði almennt og klínískt úrtak og er því bæði í töflu 1 og 2. Þrjár heimildir notuðu sama úrtak og innihéldu sömu tölfraðiupplýsingar og var því ákveðið að notast aðeins við þá fyrstu (Gunnarsdóttir, Njardvik, Olafsdóttir, Craighead og Bjarnason, 2012; Njardvik o.fl., 2018; Þrúður Gunnarsdóttir o.fl., 2014;). Tvær heimildanna voru sama námsritgerðin en eftir hvorn sinn höfundinn (Halla Ruth Halldórsdóttir, 2016; Silja Björg Halldórsdóttir, 2016). Þrisvar komu heimildir fram þar sem önnur var meistararitgerð og hin var grein byggð á ritgerðinni (Guðlaug Marion Mitchison, 2012; Guðríður Þóra Gísladóttir, 2013; Guðríður Þóra Gísladóttir, Urður Njarðvík, Dagmar Kristín Hannesdóttir og Freyr Halldórsson, 2014; Lucinda Árnadóttir, 2014; Lucinda Árnadóttir og Urður Njarðvík, 2017; Mitchison og Njardvik, 2015). Aðeins þrjár heimildir skoðuðu sérstaklega próffræðilega eiginleika CDI (Arnason o.fl., 1994; Guðmundur Á. Skarphéðinsson o.fl., 2006; Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson, 2011) en hinar innihéldu þó einhverjar en takmarkaðar upplýsingar um próffræðilega eiginleika.

Tafla 1 Yfirlit yfir heimildir sem notaðar voru í almennu úrtaki.

Heimild	Fjöldi (n)	Aldursspönn	M (sf)	Markmið
Arnarson o.fl. (1994)	420	10–14 ára	-	Eiginleikar CDI
Birna María Antonsdóttir og Stella Sigurbjörg Magnúsdóttir (2010)	184	14–17 ára	-	Meta eiginleika AX-kvarðans og forspá fyrir CDI
Guðríður Þóra Gísladóttir (2013); Guðríður Þóra Gísladóttir o.fl. (2014)	462	8–15 ára	-	Mat á próffræðilegum eiginleikum RCADS
Jónsdóttir, Arnarson og Smári (2008)	316	12–14 ára	-	Meta próffræðilega eiginleika BESAA og tengsl við líkamsmynd og þunglyndi
Kristín Inga Grímsdóttir (2015)	18	10–11 ára	-	Forprófun á forvarnarihlutun
Magnúsdóttir og Smári (1999)	170	13–15 ára	14,0 (0,7)	Meta tengsl milli félagskvíða og neikvæðra atburða
Magnúsdóttir og Smári (2004)	202	10–14 ára	11,7 (1,8)	Tengsl árattu- og þráhyggju við neikvæðar tilfinningar
Ólason o.fl. (2004)	249	10–16 ára	12,4	Eiginleikar MASC
Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson (2011)	171	14–15 ára	-	Þáttabygging MASC og CDI
Smári, Pétursdóttir og Þorsteinsdóttir (2001)	184	14–15 ára	-	Tengsl félagskvíða og þunglyndis við litla trú á eigin getu

Tafla 2 Yfirlit yfir heimildir sem notaðar voru í klínísku úrtaki.

Heimild	Fjöldi (n)	Aldursspönn	M (sf)	Markmið
Arnarson og Craighead (2009)	171	14–15 ára	-	Mat á árangri meðferðar fyrir börn með þunglyndi
Edda Sif Bergmann Þorvaldsdóttir (2013)	9	14–19 ára	15,6	Mat á árangri hópmeðferðar fyrir börn með félagskvíða
Guðlaug Marion Mitchison (2012); Mitchison og Njardvik (2015) ²	112	8–15 ára	11,4 (2,2)	Algengisrannsókn á fylgiröskunum barna með ADHD
Guðmundur Á. Skarphéðinsson, o.fl. (2006)	86	11–18 ára	15,0 (1,3)	Mat á réttmæti skimunartækja sem meta kvíða og þunglyndi
Guðríður Þóra Gísladóttir (2013)	23	8–17 ára	-	Mat á próffræðilegum eiginleikum RCADS
Guðrún Katrín Oddsdóttir (2014)	59	5–18 ára	15,5 (2,1)	Kortleggja einstaklinga í átröskunarteymi og skoða hvaða meðferðir voru veittar
Halla Ruth Halldórsdóttir (2016); Silja Björg Halldórsdóttir (2016) ¹	45	10–16 ára	8,8 (3,9)	Þýða og meta próffræðilega eiginleika BAPQ og BAPQ-P og skoða áhrif króníks sársauka
Harpa Hrönn Harðardóttir (2018)	29	6–17 ára	11,7 (3,8)	Staðfæra K-SADS-PL-5 á íslensku og forprófa
Huld Óskarsdóttir (2012)	19	8–12 ára	10,7 (1,5)	Kanna árangur meðferðar fyrir börn í ofþyngd byggða á fjölskyldu-miðaðri atferlismeðferð
Ingi Már Þorvaldsson (2019)	65	9–12 ára	10,4 (1)	Mat á meðferðarárangri barna með kvíða
Linda Björk Oddsdóttir (2012)	9	14–19 ára	-	Meta árangur af námskeiðinu „Láttu í þér heyra!“
Lucinda Árnadóttir (2014); Lucinda Árnadóttir og Urður Njarðvík (2017) ²	28	8–11 ára	9,4	Meta hegðun og líðan barna sem hafa búið við heimilisofbeldi
Lydía Ósk Ómarsdóttir og Unnur Vala Guðbjartsdóttir (2008)	4	7–12 ára	9,5	Mat á árangri hópmeðferðar við kvíðaröskun barna
Lydía Ósk Ómarsdóttir (2011)	5	13–15 ára	-	Mat á árangri hópmeðferðar við kvíðaröskun unglinga
Ólöf Elsa Björnsdóttir (2010)	61	8–12	11,0 (1,5)	Meta áhrif líðanar foreldra á líðan barns í meðferð við ofþyngd
Sara Tosti (2013)	112	8–15 ára	11,4	Mat á sjálfsmynd, eignunarstíl og líðan hjá börnum með ADHD
Þrúður Gunnarsdóttir o.fl. (2014)	84	8–12 ára	-	Meta áhrif fjölskyldumeðferðar á börn í ofþyngd

¹Sama námsgrein eftir hvorn sinn höfund.²Sama úrtak og höfundur, hvor sín heimild.

Tafla 3 Meðaltöl, staðalfrávik og innra samræmi (alfa) í almennu úrtaki.

Heimild	Fjöldi (n)	Heild	Stúlkur	Drengir	Alfa
Arnarson o.fl. (1994)	420	7,27 (5,4)	7,14 (5,65)	7,42 (5,12)	0,80-0,85
Jónsdóttir o.fl. (2008)	171	8,63 (7,5)	-	-	0,90
Kristín Inga Grímsdóttir (2015)	18	8,61 (3,2)	-	-	-
Magnusdóttir og Smari (1999)	170	9,80 (6,2)	9,30 (6,0)	10,20 (6,3)	-
Magnúsdóttir og Smári (2004)	202	9,58 (6,85)	10,12 (8,03)	8,98 (5,54)	0,88
Ólason o.fl. (2004)	249	8,90 (8,1)	9,30 (9,1)	8,70 (7,2)	0,91
Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson (2011)	171	9,09 (7,1)	-	-	-
Smári, Pétursdóttir og Þorsteinsdóttir, (2001)	184	9,70 (6,1)	10,30 (6,4)	9,30 (5,9)	0,84

Meðaltöl og staðalfrávik

Sjá má í töflu 3 dreifingu skora, meðaltöl og staðalfrávik heimilda í almennu úrtaki og einnig eftir kyni. Heimildirnar voru alls átta og gáfu allar upp meðaltöl í hrástigum. Reiknað var vegið heildarmeðaltal sem var 8,86. Lægst var það 7,27 (Arnarsson o.fl., 1994) og hæst 9,80 (Magnúsdóttir og Smári, 1999).

Í töflu 4 má sjá meðaltöl og dreifingu skora í klínísku úrtaki. Þar gáfu sex heimildir meðaltöl í hrástigum og 12 heimildir gáfu upp T-skör. Reiknað var vegið heildarmeðaltal hrástiga sem var 16,86 þar sem lægsta meðaltal var 11,80 (Halla Ruth Halldórsdóttir, 2016; Silja Björg Halldórsdóttir, 2016) og hæsta 21,86 (Guðmundur Á. Skarphéðinsson o.fl., 2006). Aðeins tvær heimildir, sem gáfu upp hrástig, báru saman niðurstöður eftir kyni. Í ljós kom að stúlkur skorðu herra en drengir í annarri rannsókninni (Halla Ruth Halldórsdóttir, 2016; Silja Björg Halldórsdóttir, 2016) en enginn munur var milli kynja í hinni (Guðmundur Á. Skarphéðinsson o.fl., 2006). Vegið heildarmeðaltal T-skora var 55,02 þar sem lægsta meðaltal var 48,33 (Ólöf Elsa Björnsdóttir, 2010) og hæsta 63,20 (Lydia Ósk Ómarsdóttir, 2011). Þá reyndist vegið heildarmeðaltal stúlkna í T-skörum örlítið herra (52,97) en hjá drengjum (50,45).

Innra samræmi

Sex heimildir birtu upplýsingar um innra samræmi í almennu úrtaki en aðeins tvær í klínísku. Í töflum 3 og 4 má sjá yfirlit yfir innra samræmi heimilda en það mældist almennt hátt. Í almennu úrtaki var það hæst 0,91 (Ólason, Sighvatsson og Smári, 2004) og lægst 0,84 (Smári, Pétursdóttir og Þorsteinsdóttir, 2001). Í báðum klínísku heimildunum var innra samræmi yfir 0,90 (Arnarson og Craighead, 2009; Guðmundur Á. Skarphéðinsson o.fl., 2006).

Réttmæti

Tengsl CDI-kvarðans við aðra kvarða má sjá í töflu 5. Í aðeins þremur tilfellum var CDI borinn saman við aðra kvarða sem einnig meta þunglyndi og voru úrtökin öll klínísk. Guðríður Þóra Gísladóttir (2013) athugaði fylgni RCADS-lista, sem metur bæði kvíða og depurðareinkenni barna í heild (47 atriði), og styttri útgáfu hans (30 atriði). Fylgni CDI við listann í heild var viðunandi svo og við undirkvarðann þunglyndi í báðum útgáfum listans. Guðmundur Á. Skarphéðinsson og félagar (2006) báru CDI saman við Sjálfsmatskvarða Beck, þunglyndiskvarða (e. Beck Youth Inventories, Depression (BYI-D)) og niðurstöður sýndu háa fylgni milli lista. Þessir

Tafla 4 Meðaltöl, staðalfrávik og innra samræmi (alfa) í klínísku úrtaki.

Heimild	Fjöldi (n)	Meðaltal (sf) Hrástíg			Meðaltal (sf) T-skör			Alfa
		Heild	Stúlkur	Drengir	Heild	Stúlkur	Drengir	
Arnarson og Craighead (2009)	171	15,54 (7,2)	-	-				0,93
Guðlaug Marion Mitchison (2012); Mitchison og Njardvik (2015)	112				55,52 (9,9)	60,72 (9,3)	54,51 (10,2)	
Guðmundur Á. Skarphéðinsson o.fl. (2006)	86	21,85 (11,3)	21,05 (12,5)	21,33 (10,0)				0,92
Guðrún Katrín Oddsdóttir (2014) ¹	59				59,0 (17,7)	-	-	
Gunnarsdóttir o.fl. (2012) ²	84				48,34 ⁵	51,52 (12,0)	45,72 (11,0)	
Harpa Hrönn Harðardóttir (2018)	29	16,60 (11)	-	-				
Huld Óskarsdóttir (2012) ²	19				52,80 (15,1)	-	-	
Ingi Már Þorvaldsson (2019)	65				52,10 (9,1)	-	-	
Linda Björk Oddsdóttir (2012)	9				60,90 (12,2)	-	-	
Lucinda Árnadóttir (2014); Lucinda Árnadóttir og Urður Njarðvík (2017) ³	28				52,65 (9,6)	48,44	56,09	
Lydía Ósk Ómarsdóttir (2011)	5				63,20			
Lydía Ósk Ómarsdóttir o.fl. (2008)	4	18,50 (14,5)	-	-				
Ólöf Elsa Björnsdóttir (2010) ¹	61				48,33 (12,2)	51,20	45,47	
Sara Tosti (2013)	112				57,33 (10,1)	-	-	
Silja Björg Halldórsdóttir (2016); Halla Ruth Halldórsdóttir (2016) ⁴	43	11,80 (8,0)	12,9 (8,5)	10,5 (7,2)				

¹ Börn með átröskun.² Börn í ofþyngd.³ Börn sem hafa búið við heimilisofbeldi.⁴ Um er að ræða nemendaritgerð með sömu upplýsingum.⁵ Vegið meðaltal var reiknað af höfundum, þannig $x = x_a \frac{n_a}{n} + x_b \frac{n_b}{n}$ þar sem x = meðaltal, n = fjöldi og a- eða b-merkt er stúlkur (a) og drengir (b).

Tafla 5 Fylgni heildartölu CDI við aðra kvarða.

Heimild	Fjöldi (n)	Kvarði	Fylgni (r)	Undirkvarði	Fylgni (r)
Birna María Antonsdóttir og Stella Sigurbjörg Magnúsdóttir (2010)	184	AX Reiðitjáning		RS Reiðistjórnun RÚ Reiði út á við RI Reiði inn á við	-0,36 0,28 0,29
Guðmundur Á. Skarphéðinsson o.fl. (2006)	86	BAI BYI-A BYI-D MASC heild MASC-10	0,78 0,78 0,88 0,63 0,61		
Guðríður Þóra Gísladóttir (2013)	23	RCADS ₄₇ Kvíði og depurð	0,88	Þunglyndi Félagskvíði Aðskilnaðarkvíði Almenn kvíðaröskun	0,89 0,66 0,84 0,85
		RCADS ₃₀ Kvíði og depurð	0,89	Þunglyndi Félagskvíði Aðskilnaðarkvíði Almenn kvíðaröskun	0,85 0,70 0,84 0,84
Magnúsdóttir og Smári (2004)	202	RAS-C Ábyrgð LOI-CV Þráhyggja	0,30 0,42		
Magnúsdóttir og Smári (1999)	170	SPAI-C Félagsfælni og kvíði GTS ¹ STS ² STO ³ GTO ⁴	0,45 0,06 0,21 0,15 0,05		
Ólason o.fl. (2004)	249	MASC Kvíði RCMAS Kvíði	0,40 0,67		
Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson (2011)	171	MASC Kvíði	0,47		
				Cost of social events	0,09
Smári o.fl. (2001)	184	SPAI-C Félagsfælni og Kvíði	0,39	Cost of non-social events Likelihood of social events Likelihood of non-social events	0 0,32 0,17

¹GTS = General Threat to Self²STS = Social Threat to Self³STO = Social Threat to Others⁴GTO = General Threat to Others

kvarðar virðast því mæla sömu hugsmið og CDI sem bendir til þess að samleitniréttmæti sé gott.

Í þó nokkrum rannsóknum hefur aðgreiningarréttmæti (e. divergent validity) CDI verið skoðað og þá mest með því að kanna fylgni við kvíðakvarða (Guðmundur Ágúst Skarphéðinsson o.fl., 2006; Guðríður Þóra Gísladóttir, 2013; Ólason o.fl., 2004; Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson, 2011), félagsfælni- og kvíðakvarða (Magnúsdóttir og Smári, 1999; Smári o.fl., 2001), reiðikvarða (Birna María Antonsdóttir og Stella Sigurbjörg Magnúsdóttir, 2010) og tvo áráttu- og þráhyggjukvarða sem annars vegar meta viðhorf til ábyrgðar í áráttu- og þráhyggjuröskun og hins vegar þráhyggjueinkenni (Magnúsdóttir og Smári, 2004). Fylgni við CDI hefur oftast verið lág en með undantekningu á kvíðakvörðum. Lægsta fylgni við kvíðakvarða var við SPAI-C þar sem fylgnin var á milli 0,39–0,45 (Magnúsdóttir og Smári, 1999; Smári o.fl., 2001) en hæsta fylgnin var við almenna kvíðaröskun, undirkvarða RCADS, með fylgni 0,85 (Guðríður Þóra Gísladóttir, 2013). Þetta bendir til þess að aðgreiningarréttmæti CDI sé takmarkað.

Forspárréttmæti

Guðmundur Á. Skarphéðinsson og félagar (2006) rannsökuðu forspárréttmæti (e. predictive validity) á innlagnarúrtaki 86 barna á BUGL með merkjagreiningu (e. signal detection analysis) eða ROC-greiningum (e. receiver operating characteristic). Fyrst var miðað við alvarlega þunglyndisröskun samkvæmt DSM-IV þar sem hlutfall undir kúrfu (e. area under the curve (AUC)) var 0,80 sem er miðlungsnákvæmni (e. moderate accuracy) (Swets, 1988). Besta viðmið var 23 og hærra sem gaf næmni (e. sensitivity) 0,59 og sérhæfni (e. specificity) 1,00. AUC var 0,60 fyrir ICD-10 miðlungs og alvarlega þunglyndisröskun sem telst vera lélegt. Í þriðja lagi var forspárréttmæti skoðað miðað við ICD-10 alvarlega þunglyndisröskun þar sem AUC var 0,61 sem einnig telst vera lélegt. CDI-kvarðinn virðist því viðunandi til skimunar á einkennum þunglyndis ef miðað er við DSM-IV alvarlega þunglyndisröskun en frekar lélegt ef miðað er við ICD-10.

Þáttagreining

Aðeins tvær heimildir hafa birt niðurstöður þáttagreiningar á CDI-kvarðanum. Báðar notuðust við almennt úrtak og framkvæmdu meginhluta-greiningu (e. principal component analysis). Í fyrri rannsókninni (Arnarson o.fl., 1994) voru 420 börn á aldrinum 10–14 ára. Notast var við hornréttan snúning (e. orthogonal rotation) með varimax-aðferðinni þar sem aðeins þrír þættir voru dregnir ólíkt bandarískum rannsóknum sem hafa dregið fimm þætti. Þættirnir virtust endurspegla (1) tilfinninga- og líkamleg einkenni, (2) félags- og samskiptavanda og (3) viðhorf til skóla. Í seinni rannsókninni (Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson, 2011) voru 171 barn á aldrinum 14–15 ára. Þar var notast við meginásáþáttagreiningu (e. principal axis factor analysis) með hornskökkum snúningi eða promax (kappa = 4). Samhliðagreining (e. parallel analysis) var notuð við val á fjölda þátta en þeir reyndust vera þrír. Þættirnir skýrðu 33,1% af heildardreifingu atriðanna og 42% leifa (e. residuals) voru hærri en 0,5. Skipting atriða á hvern þátt var nokkuð óljós en þættirnir þrír virtust endurspegla (1) neikvæða upplifun/erfiðleika í skóla, (2) neikvæðar tilfinningar/píring og (3) einangrun og vonleysi. Miðlungshá fylgni var á milli þátta þar sem eitt-hvað var um krosshleðslur í mynsturfylkinu og innra samræmi var frá 0,73–0,81 eða 0,73–0,83 (ósamræmi er í heimild Ragnheiðar og Sveinbjörns, 2011 þar sem fram kom að innra samræmi væri 0,83 í texta á blaðsíðu 30 og 39 en 0,81 í töflu 2 á blaðsíðu 40).

Umræða

Markmið þessarar greinar var að gera kerfisbundið yfirlit yfir próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu CDI-kvarðans. Almennir virðast eiginleikar kvarðans svipaðir hérlendis og í Bandaríkjunum. Meðaltöl voru lægri í almennum úrtökum en klínískum sem kemur ekki á óvart þar sem vandi barna í klínísku úrtaki er mun meiri. Meðaltöl stúlkna voru einnig hærri en hjá drengjum bæði í almennu og klínísku úrtaki sem er í samræmi við erlendar rannsóknir (Liss o.fl., 2001; Pullen o.fl., 2000).

Íslenskar rannsóknir á innra samræmi hafa komið vel út en í sex heimildum var gerð athugun á almennu úrtaki og tvær á klínísku. Lítil munur var á innra samræmi eftir úrtaksgerð en það mældist hátt ($> 0,80$) í öllum tilvikum sem gefur vísbendingar um að atriði CDI-kvarðans ættu að meta sömu hugsmíð. Þessar niðurstöður komu ekki á óvart og eru í samræmi við erlendar rannsóknir (Crowley og Emerson, 1996; Arnarson o.fl., 1994; Kovacs, 1992; Sun og Wang, 2015; Sørensen o.fl., 2005; Traube o.fl., 2010; Weiss o.fl., 1991). Fylgni CDI-kvarðans við aðra kvarða, sem meta sömu hugsmíð, var há í öllum tilvikum ($> 0,85$) sem bendir til þess að samleitniréttmæti sé gott. Fylgni CDI við önnur matstæki, sem meta ólíkar hugsmíðar, var nokkuð lág að undanskildum kvíðakvörðum. Fylgni við kvíðakvarða (MASC, RCMAS, BAI, BYI-A, RCADS og SPAI-C) var ýmist veik, miðlungs eða sterk sem gefur til kynna takmarkað aðgreiningarréttmæti við kvíða. Rétt er að hafa í huga að samsláttur milli ýmissa einkenna kvíða og þunglyndis er algengur, t.d. hvað varðar eirðarleysi og mikla þreytu sem gæti skýrt þessa fylgni (Skarphéðinsson, Villabø og Lauth, 2015). Niðurstöður á forspárréttmæti voru misvísandi. CDI spáði miðlungs vel fyrir um alvarlega þunglyndisröskun samkvæmt DSM-IV en spáði illa fyrir um þunglyndisraskanir samkvæmt ICD-10.

Aðeins tvær heimildir birtu niðurstöður leitandi þáttagreiningar og báðar í almennu úrtaki. Niðurstöður voru svipaðar þar sem atriði hlóðust á þrjá sambærilega þætti. Einn þáttur tengist viðhorfi eða tilfinningum í skóla, annar tengist almennum tilfinningum og þriðji að félagsvanda og einangrun. Eins og við var að búast voru þessar niðurstöður ekki í samræmi við niðurstöður úr stöðlunarúrtaki þar sem atriði hlóðust á fimm þætti (Kovacs, 1992). Engar rannsóknir fundust þar sem þáttabygging var könnuð með staðfestandi þáttagreiningu.

Styrkleikar rannsóknarinnar, sem fjallað er um í þessari grein, eru ítarleg og nákvæm leit í helstu gagnasöfnum þar sem heimildir um CDI-kvarða mætti finna. Einnig var byggt á staðlaðri fyrirmynd (EFPA, 2013; Psyktestbarn, 2019). Veikleikar eru þeir helstu að matsviðmið mættu vera skýrari og einnig vantar samanburð við

aðra sambærilega kvarða þannig að fagfólk eigi auðveldara með að velja það matstæki sem hentar best hverju sinni.

Á heildina lítið virðast helstu styrkleikar kvarðans vera hátt innra samræmi og gott samleitniréttmæti. Aðgreiningarréttmæti er hins vegar takmarkað þar sem CDI greinir ekki nógu vel á milli þeirra sem eru með einkenni þunglyndis og þeirra sem eru með einkenni kvíða. Því þyrfti að skoða betur atriði CDI-kvarðans sem hafa háa fylgni við kvíðakvarða. Skortur er á rannsóknum á forspárréttmæti CDI á Íslandi en aðeins ein rannsókn er þar að baki. Sú rannsókn tók eingöngu til úrtaks á innlagnardeild BUGL sem var með alvarleg einkenni og miklar fylgiraskanir (Lauth, Magnússon, Ferrari og Pétursson, 2008). Mikilvægt er að kanna hversu vel kvarðinn skimar eftir einkennum þunglyndis í öðrum aðstæðum eins og á heilsugæslustöðvum og í venjulegu göngudeildarúrtaki. Engar rannsóknir fundust á samleitniréttmæti í almennum úrtökum. Þar sem kvarðinn hefur verið mikið notaður til skimunar í skólum (Arnarson og Craighead, 2009) er afar mikilvægt að þekkja eiginleika kvarðans og bera saman við aðra sambærilega kvarða í almennum úrtökum. Þá hafa engar rannsóknir verið gerðar á endurtektaráreiðanleika CDI á Íslandi sem gefur gott tilefni til frekari rannsókna. Loks skal bent á að nauðsynlegt er að framkvæma þáttagreiningu í klínísku úrtaki.

Children's Depression Inventory

Systematic review of psychometric properties in Iceland

Children's Depression Inventory (CDI) is used to screen for symptoms of depression in children and is widely used in Iceland. The purpose of this article is to systematically review the psychometric properties of the CDI in Icelandic samples. Out of the 2,873 sources, which the authors screened, 28 sources remained that contained psychometric data of the CDI in Iceland. Overall, the psychometric properties were similar to previous studies of the CDI abroad. As expected, the mean was higher in clinical samples than in the general population, and girls scored higher than boys in said sample. Internal consistency of the total score for CDI was relatively high in both general and clinical samples. Concurrent validity was acceptable since CDI had strong correlation with other rating scales for depression. However, studies on discriminant validity showed inconsistency in correlation to anxiety scales as some had strong correlation and others weak correlation. In one study, using inpatient sample, the predictive validity for CDI was acceptable for DSM-IV major depression but not for ICD-10 depression. We found two studies that reported on exploratory factor analysis. The results showed that items loaded on three factors, instead of five, as the result of what the standardized sample had indicated. Further research on predictive validity is needed, for example in primary health care centers and in clinical outpatient samples. Further information on the predictive validity could increase the utility of the CDI as a depression screening instrument. Additionally, further research is needed on the factor structure test-retest reliability as we did not find any studies related to these topics. In general, the psychometric properties of CDI seem to be acceptable compared to other similar depression scales that are being utilized in Iceland. The main strengths of CDI in Iceland is high internal consistency and strong concurrent validity.

Keywords: *Children's Depression Inventory, CDI, depression, systematic review, psychometric properties, Icelandic children*

Guðrún M. Jóhannesdóttir has a B.S. degree in psychology from the Faculty of Psychology, University of Iceland. Linda R. Jónsdóttir has a B.S. degree in psychology from the Faculty of Psychology, University of Iceland. Guðmundur Á. Skarphéðinsson is a Professor at the Faculty of Psychology, University of Iceland. Correspondance should be addressed to Guðmundur Á. Skarphéðinsson, Associate Professor, Faculty of Psychology, University of Iceland, Nýi Gardur, 101 Reykjavík, Iceland. Email: gskarp@hi.is.

Heimildaskrá

- Abdel-Khalek, A. M. og Soliman, H. H. (2002). Sex differences in symptoms of depression among American children and adolescents. *Psychological Reports*, 90(1), 185–188. doi:10.2466/pr0.2002.90.1.185
- Arnarson, E. Ö. og Craighead, W. E. (2009). Prevention of depression among Icelandic adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 47(7), 577–585. doi:10.1016/j.brat.2009.03.011
- Arnarson, E. Ö., Smári, J., Einarsdóttir, H. og Jónasdóttir, E. (1994). The prevalence of depressive symptoms in pre-adolescent school children in Iceland. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 23(3–4), 121–130. doi:10.1080/16506079409455969
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. og Erbaugh, J. (1961). Beck depression inventory (BDI). *Arch Gen Psychiatry*, 4(6), 561–571.
- Birna María Antonsdóttir og Stella Sigurbjörg Magnúsdóttir. (2010). *Sálmælanlegir eiginleikar AX-reiðitjóningarkvarðans hjá ungmennum í dhættuhóp fyrir þunglyndi* (óbirt B.Sc.-ritgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/7613>
- Carey, M. P., Faulstich, M. E., Gresham, F. M., Ruggiero, L. og Enyart, P. (1987). Children's depression inventory: Construct and discriminant validity across clinical and nonreferred (control) populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 755–761. doi:10.1037/0022-006X.55.5.755
- Crowley, S. L. og Emerson, E. N. (1996). Discriminant validity of self-reported anxiety and depression in children: Negative affectivity or independent constructs? *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 139–146. doi:10.1207/s15374424jccp2502_2
- Edda Sif Bergmann Þorvaldsdóttir. (2013). *Árangur hópmeðferðar við félagskviða hjá unglingum: Mat á langtímaáhrifum* (óbirt B.Sc.-ritgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/16705>
- EFPA (European Federation of Psychologists' Associations). (2013). *EFPA Review model for the description and evaluation of psychological and educational tests: Test review form and notes for reviewers: Version 4.2.6*. Sótt 3. janúar 2020 af <http://www.efpa.eu/download/650d0d4ecd407a51139ca44ee704fda4>
- Finch, A. J., Saylor, C. F. og Edwards, G. L. (1985). Children's depression inventory: Sex and grade norms for normal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 424–425. doi:10.1037/0022-006X.53.3.424

- Frístad, M. A., Emery, B. L. og Beck, S. J. (1997). Use and abuse of the children's depression inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 699–702. doi.org/10.1037/0022-006X.65.4.699
- Guðlaug Marion Mitchison. (2012). *Tíðni móþróðarþrjóscuröskunar, þunglyndis og kvíða meðal íslenskra barna með greininguna ADHD* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/11917>
- Guðmundur Á. Skarphéðinsson, Bertrand Lauth, Sigurður Rafn A. Levý og Brynjar Emilsson. (2006). Réttmæti skimunartækja sem meta kvíða og þunglyndi meðal unglínga: Rannsókn á klínísku úrtaki [erindi flutt á vísindadegi sálfræðinga á Landspítala háskólasjúkrahúsi, 20. október 2006].
- Guðriður Þóra Gísladóttir. (2013). *Tilfinningalistinn: Mat á próffræðilegum eiginleikum íslenskrar þýðingar Revised children's anxiety and depression scale (RCADS)* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/15304>
- Guðriður Þóra Gísladóttir, Urður Njarðvík, Dagmar Kristín Hannesdóttir og Freyr Halldórsson. (2014). *Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar RCADS. Sálfræðiritið*, 19, 71–80. <https://www.hirsla.lsh.is/handle/2336/556015>
- Guðrún Katrín Oddsdóttir. (2014). *Átröskun barna og unglínga: Úttekt á nýjum skjölstaðingum átröskunarteymis Barna-og unglíngageðdeildar Landspítala (BUGL) á árunum 2008–2010* (óbirt B.Sc.-ritgerð). Háskóli Íslands, læknadeild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/18009>
- Gunnarsdóttir, T., Njarðvík, U., Olafsdóttir, A. S., Craighead, L. og Bjarnason, R. (2012). Childhood obesity and co-morbid problems: Effects of Epstein's family-based behavioural treatment in an Icelandic sample. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18(2), 465–472. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01603.x
- Halla Ruth Halldórsdóttir. (2016). *The Icelandic translation of the Bath adolescent pain-parental impact questionnaire (BAP-PIQ): Preliminary psychometric properties of multidimensional measures for parents of adolescents with chronic pain to assess the impact on parents* (óbirt meistararitgerð). Háskólinn í Reykjavík, sálfræðideild. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/25721>
- Harpa Hrönn Harðardóttir. (2018). *Íslensk staðfærsla og mat á próffræðilegum eiginleikum á DSM-5 útgáfu Schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children – present and lifetime version (K-SADS-PL): Þunglyndisraskanir og árátta-og þráhyggjuröskun* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/30625>
- Helga Theódóra Jónasdóttir. (2018). *Parental emotional reactions and support following childhood abuse: Relationships with children's depressive, anxiety and post-traumatic symptoms* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/30646>
- Herdís Einarsdóttir og Elín Jónasdóttir. (1994). *Stöðlun á sjálfsmatskvarða Kovacs til að mæla geðlægd barna og unglínga „Children's depression inventory“* (óbirt BA-ritgerð). Háskóli Íslands, félagsvísindadeild. Reykjavík.
- Huld Óskarsdóttir. (2012). *Fjölskyldumiðuð atferlismeðferð fyrir of feit börn: Árangur styttrar og einfaldaðrar meðferðar við klínískar aðstæður* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/12071>
- Inga Hrefna Jónsdóttir, Ingunn Hansdóttir, Ragnar Pétur Ólafsson, Sigurrós Jóhannsdóttir, Hákon Sigursteinsson og Guðfinna Halla Þorvaldsdóttir. (2013). Mælitæki og sálfræðileg próf í notkun hjá sálfræðingum á Íslandi: Rafræn könnun prófaneindar Sálfræðingafélags Íslands. *Sálfræðiritið*, 18, 93–102. Sótt 3. janúar 2020 af https://www.hirsla.lsh.is/bitstream/handle/2336/311930/_inga.pdf?sequence=1&isAll-owed=y&fbclid=IwAR3NN9OxUFS71yHyN1QCT-PTTqsXRSNm3MCsn5QiHxOMmu01eud7Nfj6LjQ
- Ingi Már Þorvaldsson. (2019). *Mat á árangri af námskeiðinu Klókir krakkar á vegum Velferðarsviðs Reykjavíkurborgar á Þjónustumiðstöð Breiðhólts* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/33372>
- Ivarsson, T., Svalander, P. og Litlere, O. (2006). The children's depression inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. A normative study. *Nord J Psychiatry*, 60(3), 220–226. doi:10.1080/08039480600636395
- Jónsdóttir, S. R., Arnarson, E. Ö. og Smári, J. (2008). Body esteem, perceived competence and depression in Icelandic adolescents. *Nordic Psychology*, 60(1), 58–71. doi:10.1027/1901-2276.60.1.58
- Karen Bjarnadóttir. (2019). *Fjölskyldur með vímuefnavanda: Staða barna sem sækja sálfræðipjónustu fyrir börn hjá SÁÁ* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/33564>
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory: Manual*. North Tonawanda, New York-fylki: Multi-Health Systems.
- Kristín Inga Grimsdóttir. (2015). *VINIR alla ævi: Forprófun á forvarnarihlutun sem ætlað er að efla geðheilbrigði skólabarna* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/21897>

- Lauth, B., Magnússon, P., Ferrari, P. og Pétursson, H. (2008). An Icelandic version of the Kiddie-SADS-PL: Translation, cross-cultural adaptation and inter-rater reliability. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 379–385. doi:10.1080/08039480801984214
- Linda Björk Oddsdóttir. (2012). *Láttu í þér heyra: Árangur hópmeðferðar við félagskviða unglinga* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/12011>
- Liss, H., Phares, V. og Liljequist, L. (2001). Symptom endorsement differences on the Children's depression inventory with children and adolescents on an inpatient unit. *Journal of Personality Assessment*, 76(3), 396–411. doi:10.1207/S15327752JPA7603_03
- Lucinda Árnadóttir og Urður Njarðvík. (2017). Mat á kviða- og þunglyndiseinkennum íslenskra barna sem búið hafa við heimilisofbeldi. *Sálfræðiritið*, 22, 73–83.
- Lucinda Árnadóttir. (2014). *Börn sem búa við heimilisofbeldi á Íslandi: Mat á sameiginlegum þáttum, hegðun og sálfélagslegri líðan barna sem hafa orðið fyrir og/eða orðið vitni að sálrænu og/eða líkamlegu ofbeldi á heimili* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/17310>
- Lydía Ósk Ómarsdóttir. (2011). *Forþrófun á árangri hóp-kviðameðferðar fyrir unglinga: Tjillid – kviðanámskeið* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/8767>
- Lydía Ósk Ómarsdóttir og Unnur Vala Guðbjartsdóttir. (2008). *Mat á árangri tíu tíma hópmeðferðar við kviða barna: Klókir krakkar* (óbirt BA-ritgerð). Háskóli Íslands, félagsvísindadeild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/3407>
- Magnúsdóttir, I. og Smári, J. (1999). Social anxiety in adolescents and appraisal of negative events: specificity or generality of bias? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 223–230. doi:10.1017/S1352465899273043
- Magnúsdóttir, I. og Smári, J. (2004). Are responsibility attitudes related to obsessive-compulsive symptoms in schoolchildren? *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(1), 21–26. doi:10.1080/16506070310005006
- Mitchison, G. M. og Njardvik, U. (2015). Prevalence and gender differences of ODD, anxiety, and depression in a sample of children with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 23(11), 1339–1345. doi:10.1177/1087054715608442
- Muris, P., Merckelbach, H., Ollendick, T., King, N. og Bogie, N. (2002). Three traditional and three new childhood anxiety questionnaires: Their reliability and validity in a normal adolescent sample. *Behaviour Research and Therapy*, 40(7), 753–772. doi:[https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00056-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00056-0)
- Myers, K. og Winters, N. C. (2002). Ten-year review of rating scales, II: Scales for internalizing disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 63–659. doi:<https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00004>
- Njardvik, U., Gunnarsdóttir, T., Olafsdóttir, A. S., Craighead, L. W., Boles, R. E. og Bjarnason, R. (2018). Incorporating appetite awareness training within family-based behavioral treatment of pediatric obesity: A randomized controlled pilot study. *Journal of Pediatric Psychology*, 43(9), 1017–1027. doi:10.1093/jpepsy/isy055
- Ólason, D. T., Sighvatsson, M. B. og Smári, J. (2004). Psychometric properties of the Multidimensional anxiety scale for children (MASC) among Icelandic schoolchildren. *Scandinavian Journal of Psychology*, 45(5), 429–436. doi:10.1111/j.1467-9450.2004.00424.x
- Ólöf Elsa Björnsdóttir. (2010). *Tengsl félagsaðstæðna og breytinga á depurðareinkennum hjá móður við breytingar á líðan barns í fjölskyldumeðferð við offitu* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, læknadeild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/6506>
- Psyktstbarn. (2019). PsykTestBarn-metoden. Sótt 3. janúar 2020 af <https://psyktstbarn.r-bup.no/no/om-psyktstbarn/psyktstbarn-metoden>
- Pullen, L. M., Modrcin-McCarthy, M. A. og Graf, E. V. (2000). Adolescent depression: Important facts that matter. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 13(2), 69–75. doi:10.1111/j.1744-6171.2000.tb00080.x
- Ragnheiður Guðfinna Guðnadóttir og Sveinbjörn Yngvi Gestsson. (2011). *Þáttabygging MASC og CDI í úrtaki 14 og 15 ára unglinga* (óbirt B.Sc.-ritgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/7153>
- Sara Tosti. (2013). *Sjálfsmynd barna með ADHD, eignunarstill þeirra og líðan* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands, sálfræðideild, Reykjavík. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/14019>
- Silja Björg Halldórsdóttir. (2016). *The Icelandic translation of the Bath adolescent pain questionnaires (BAPQ and BAPQ-P): Preliminary psychometric properties of multidimensional measures for adolescents with chronic pain and their parents to assess the impact of chronic pain on the adolescents* (óbirt meistararitgerð). Háskólinn í Reykjavík, sálfræðideild. Sótt 3. janúar 2020 af <http://hdl.handle.net/1946/25733>

- Skarphéðinsson, G., Villabø M. A. og Lauth, B. (2015). Screening efficiency of the self-report version of the Multidimensional anxiety scale for children in a highly comorbid inpatient sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69(8), 613–620. doi:10.3109/08039488.2015.1026841
- Smári, J., Pétursdóttir, G. og Þorsteinsdóttir, V. (2001). Social anxiety and depression in adolescents in relation to perceived competence and situational appraisal. *Journal of Adolescence*, 24(2), 199–207. doi:10.1006/jado.2000.0338
- Sun, S. og Wang, S. (2015). The Children's depression inventory in worldwide child development research: A reliability generalization study. *Journal of Child and Family Studies*, 24(8), 2352–2363. doi:10.1007/s10826-014-0038-x
- Swets, J. A. (1988). Measuring the accuracy of diagnostic systems. *Science*, 240(4857), 1285–1293. Sótt 3. janúar 2020 af <http://science.sciencemag.org/content/240/4857/1285.abstract>
- Sørensen, M. J., Frydenberg, M., Thastum, M. og Thomsen, P. H. (2005). The Children's depression inventory and classification of major depressive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14(6), 328–334. doi:10.1007/s00787-005-0479-2
- Traube, D., Dukay, V., Kaaya, S., Reyes, H. og Mellins, C. (2010). Cross-cultural adaptation of the Child depression inventory for use in Tanzania with children affected by HIV. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 5(2), 174–187. doi:10.1080/17450121003668343
- Twenge, J. M. og Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578–588. doi:<https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.4.578>
- Weiss, B. og Weisz, J. R. (1988). Factor structure of self-reported depression: Clinic-referred children versus adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(4), 492–495. doi:10.1037/0021-843X.97.4.492
- Weiss, B., Weisz, J. R., Politano, M., Carey, M., Nelson, W. M. og Finch, A. J. (1991). Developmental differences in the factor structure of the Children's depression inventory. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(1), 38–45. doi:10.1037/1040-3590.3.1.38
- Þrúður Gunnarsdóttir, Svavar Már Einarsson, Urður Njarðvík, Anna Sigríður Ólafsdóttir, Agnes Björg Gunnarsdóttir, Tryggvi Helgason og Ragnar Bjarnason. (2014). Fjölskyldumiðuð atferlismeðferð fyrir of feit börn: Samantekt á niðurstöðum meðferðar og langtímaníðurstöðum við tveggja ára eftirfylgd. *Læknablaðið*, 100(3), 139–145. Sótt 3. janúar 2020 af https://www.researchgate.net/publication/260874427_Family-based_behavioral_treatment_for_obese_children_-_Results_and_two_year_follow_up

Viðauki 1

Children's Depression Inventory
Þunglyndiskvarði fyrir börn

Leit að heimildum

Leitað var á Skemmunni, skemman.is

„CDI“ 21 grein

<https://skemman.is/simple-search?query=cdi>

„children's depression inventory“, 0 grein

<https://skemman.is/simple-search?query=%22children%27s+depression+inventory%22>

„þunglyndiskvarði“, 8 greinar

<https://skemman.is/simple-search?query=þunglyndiskvarði>

„þunglyndislisti“, 1 grein

<https://skemman.is/simple-search?query=þunglyndislisti>

Pubmed

((cdi) OR „children's depression inventory“)) AND ((iceland) AND reykjav)*

google scholar

iceland + „children's depression inventory“, 234 heimildir

https://scholar.google.no/scholar?start=0&q=iceland+%2B+%22children's+depression+inventory%22&hl=en&as_sdt=0,5

iceland + „cdi“, 1890

reykjav* + „cdi“, 484

reykjav* + „children's depression inventory“, 44

ísland + „cdi“, 47

ísland + „children's depression inventory“, 97

Störf sjálfstætt starfandi sálfræðinga í samkomubanni í mars og apríl 2020

Hafrún Kristjánsdóttir, Linda Bára Lýðsdóttir og María Kristín Jónsdóttir

Í byrjun árs 2020 skall heimsfaraldur SARS-CoV-2 (COVID-19) skyndilega á í vestrænum ríkjum. Þann 28. febrúar greindist fyrsti Íslendingurinn með COVID-19 og í mars var sett á samkomubann hérlandis. Leiða má að því líkur að slíkur faraldur hafi áhrif á andlega líðan fólks en engu að síður hafa erlendar rannsóknir sýnt að áhrif fyrstu bylgju á líðan almennings voru ekki mikil. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna áhrif samkomubanns hér á landi í mars og apríl 2020 á störf sjálfstætt starfandi sálfræðinga. Alls tóku 98 sálfræðingar þátt í rannsókninni. Lagðar voru fyrir 36 spurningar sem sneru að eftirspurn eftir viðtölum, formi viðtala, mati sálfræðinga á líðan skjólstæðinga sinna og geðheilsu þjóðarinnar. Einnig var spurt um áhrif líðanar sálfræðinga á getu þeirra til þess að sinna meðferð og áhrif samkomubanns vegna COVID-19 á tekjur þeirra. Niðurstöður þessarar rannsóknar bentu til þess að eftirspurn eftir sálfræðiviðtölum hafi dregist saman í fyrstu bylgju faraldursins. Breyting varð á formi viðtala; viðtölum í lokuðu rými fækkaði en fjarviðtölum fjölgaði. Um þriðjungur sjálfstætt starfandi sálfræðinga taldi að geðheilsa skjólstæðinga sinna hefði versnað á tímabilinu. Mikill meirihluti taldi að COVID-19 myndi hafa áhrif á geðheilsu þjóðarinnar. Líðan sálfræðinga hafði, að þeirra mati, lítil áhrif á getu til þess að sinna meðferð. Vegna minni eftirspurnar lækkuðu tekjur hjá miklum meirihluta þátttakenda. Ljóst er að samkomubann í mars og apríl hafði áhrif á störf sálfræðinga. Ekki er vitað hvort samkomubann vegna þriðju bylgju COVID-19 muni hafa sambærileg áhrif og er frekari rannsókn þörf.

Efnisorð: SARS-CoV-2, COVID-19, sálfræðingar, líðan, fjarþjónusta.

Í byrjun árs 2020 skall COVID-19-faraldurinn skyndilega á í flestum vestrænum ríkjum. Í lok árs 2019 fóru fyrstu einstaklingarnir að sýkjast svo vitað sé og 11. mars lýsti Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) því yfir að um heimsfaraldur væri að ræða (Cucinotta og Vanelli, 2020). Þann 28. febrúar greindist fyrsti Íslendingurinn með COVID-19 og er talið að fyrsta bylgja faraldursins hafi náð hámarki í kringum 22. mars (Embætti landlæknis og Sóttvarnalæknir, 2020). Í lok júní höfðu 1847 manns greinst með COVID-19 á Íslandi, 22.507 einstaklingar sætt sóttkví og tíu einstaklingar látist vegna COVID-19 (Embætti landlæknis og Sóttvarnalæknir, 2020).

Ýmsar aðgerðir til að draga úr útbreiðslu faraldursins voru innleiddar hérlandis síðastliðið vor (Embætti landlæknis og Sóttvarnalæknir, 2020). Um tíma þurfti að takmarka flest annað en nauðsynlega heilbrigðisþjónustu og fjölda-samkomur með fleiri en 20 manns voru bannaðar. Framhalds- og háskólar voru lokaðir og kennsla

þar fór fram í gegnum fjarfundarbúnað. Starf leik- og grunnskóla var takmarkað og flest fyrirtæki og stofnanir á landinu skelltu í lás. Í kjölfarið unnu fjölmargir heiman frá sér. Stjórnvöld ráðlögðu Íslendingum frá ferðalögum og hvöttu landsmenn á ferðalagi erlendis að flýta heimkomu (Embætti landlæknis og Sóttvarnalæknir, 2020). Flug lagðist að töluverðu leyti niður, ferðaiðnaðurinn hvarf á fáeinum vikum og atvinnuleysi var orðið 17,8 prósent í apríl 2020 (Vinnumálastofnun, 2020).

Þegar almenningur stendur frammi fyrir faraldri eins og COVID-19 má leiða að því líkur að það hafi áhrif á andlega líðan sem og almenn lífsgæði. Bæði er faraldurinn bein ógn sem getur valdið kvíða en jafnframt hefur hann margvíslegar

Dr. Hafrún Kristjánsdóttir er dósent við Háskólann í Reykjavík og deildarforseti íþróttafraeðideildar, Dr. Linda Bára Lýðsdóttir er lektor við sálfræðideild Háskólans í Reykjavík og forstöðumaður klínísks náms við deildina. Dr. María Kristín Jónsdóttir er dósent við sálfræðideild Háskólans í Reykjavík. Fyrirspurnum um greinina má beina til Hafrúnar Kristjánsdóttur á netfangið hafrunkr@ru.is

afleiðingar sem geta haft neikvæð áhrif á líðan (The Intersection of COVID-19 and Mental Health, 2020). Dæmi um slíkar afleiðingar eru aukin einangrun, meira álag heima fyrir, óvirkni, einmanaleiki og hugsanlega skert aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Þegar heilu atvinnugreinarnar leggjast af, eins og gerðist á vormánuðum 2020, veldur það einnig auknu atvinnuleysi með tilheyrandi fjárhagserfiðleikum og óvissu fyrir þann hóp sem missir vinnuna.

Að einhverju leyti er hægt að bera afleiðingar COVID-19-faraldursins saman við efnahagshrunið 2008. Erlendar rannsóknir á afleiðingum hrunsins 2008 sýndu fram á að atvinnuleysi, efnahagslegt öðryggi og aukin fátækt leiddu til aukinna geðheilbrigðisvandamála hjá almenningi (Gili o.fl., 2013). Einnig kom fram að andleg heilsa þeirra sem þegar áttu í geðrænum vanda versnaði í kjölfar efnahagshrunsins 2008 (Gili o.fl., 2013). Sambærilegar niðurstöður komu fram í rannsókn McClures (2014) á áhrifum efnahagshrunsins 2008 á andlega líðan og heilsutengda hegðun Íslendinga. Streita og þunglyndiseinkenni hjá konum jukust frá 2007 til 2009 (McClure, 2014). Hins vegar var enginn munur á streitu- og þunglyndiseinkennum karla milli 2007 og 2009, að atvinnulausum undanskildum en líðan þeirra síðarnefndu versnaði á tímabilinu (McClure, 2014). Engar vísbendingar voru um að sjálfsvíg hefðu aukist á Íslandi í kjölfar efnahagshrunsins 2008 (Högni Óskarsson, Kristinn Tómasson, Sigurður Páll Pálsson og Helgi Tómasson, 2019).

Síðan COVID-19-faraldurinn skall á í heiminum í upphafi árs 2020 hefur fjöldi rannsókna birst um áhrif hans á andlega líðan almennings. Þegar betur er að gáð kemur í ljós að aðferðafræði margra þessara rannsókna er verulega ábótavant. Á heimasíðu verkefnisins „The depressed project“ má sjá samantekt rannsókna á áhrifum COVID-19 á andlega líðan sem teljast aðferðafræðilega góðar (The Depressed Project, e.d.). Niðurstöður rannsókna á áhrifum COVID-19 á geðheilsu almennings í Brasilíu (Filgueiras og Stults-Kolehmainen, 2020), Kanada (Katz o.fl., 2020), Kína (Yang o.fl., 2020), á Írlandi (Katz o.fl., 2020), Nýja Sjálandi (Bulbulia o.fl., 2020) og í Bandaríkjunum (Luchetti o.fl., 2020) benda til þess að aukning á kvíða-, þunglyndis- og

streitueinkennum almennings sé hverfandi. Í rannsókn á 12.090 einstaklingum í Bretlandi (Kwong o.fl., 2020) kom aftur á móti fram lítil, en marktæk, aukning á geðrænum einkennum í kjölfar COVID-19. Hjá þeim sem hafa undirliggjandi heilsubrest hefur verið sýnt fram á mikla aukningu á kvíðaeinkennum en litla sem enga aukningu á þunglyndiseinkennum (Thombs o.fl., 2020). Meðal háskólanema í ýmsum löndum virðast einkenni þunglyndis hafa aukist töluvert en einkenni kvíða aukist aðeins lítillega (Elmer o.fl., 2020; Huckins o.fl., 2020; Li o.fl., 2020; Zimmermann o.fl., 2020) eða jafnvel minnkað (Papini o.fl., 2020). Þegar áhrif COVID-19 á heilsukvíða hjá almenningi eru skoðuð sérstaklega kemur í ljós að einkenni jukust töluvert eftir að faraldurinn skall á (Sauer o.fl., 2020).

Færri rannsóknir hafa verið gerðar á áhrifum COVID-19 á geðheilsu fólks með geðraskanir en á geðheilsu almennings. Hópur rannsakenda frá setri um gagnreynda lækisfræði (The Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM)) og Oxford-háskóla hefur ályktað að þær vísbendingar sem komið hafa fram um áhrif COVID-19 á geðheilsu (e. psychological distress) einstaklinga með alvarlegar geðraskanir, þar með talið alvarlegt þunglyndi og kvíðaraskanir, séu mjög takmarkaðar og því lítið hægt að álykta. Nýleg rannsókn sýndi þó að hjá einstaklingum sem höfðu lokið meðferð vegna áráttaþráhyggju-röskunar, þar sem einkenni voru skoðuð fyrir og á meðan sóttkví stóð yfir, jukust bæði árátta- og þráhyggjueinkenni töluvert (Davide o.fl., 2020). Samkvæmt könnun Embættis landlæknis á heilsuhegðun og líðan Íslendinga mat íslenskur almenningur andlega heilsu sína betri og upplifði minni streitu í mars og apríl 2020 en á sömu mánuðum árið 2019 (Embætti landlæknis, 2020). Munur á mati karlmanna á andlegri heilsu sinni og streitu á þessu tímabili var töluverður en minni munur var á mati kvenna. Aftur á móti mátu konur andlega heilsu sína slakari í júlí og ágúst 2020 en á sömu mánuðum árið 2019 (Embætti landlæknis, 2020). Engar tölur hafa verið birtar um líðan einstaklinga á Íslandi með greindar geðraskanir eftir að COVID-19 skall á.

Vegna aðgerða Embættis landlæknis og

Sóttvarnalæknis síðastliðið vor (Embætti landlæknis og Sóttvarnalæknis, 2020) völdu margir Íslendingar að takmarka hversu marga þeir hittu. Íslenskir sálfræðingar stóðu því frammi fyrir þeirri áskorun að koma til móts við þá skjólstæðinga sem kusu að mæta ekki í viðtal í lokuðu rými. Augljós leið til að koma til móts við þá einstaklinga var að bjóða upp á fjarviðtöl. Ekki eru til tölur um hversu margir sálfræðingar nýttu fjarþjónustu að staðaldri hér á landi áður en faraldurinn hófst en erlendar rannsóknir hafa sýnt að lítill hluti sálfræðinga hafi nýtt fjarfundarbúnað annan en síma fyrir COVID-19 (Van Daele o.fl. í prentun; Mendes-Santos o.fl., 2020; Pierce, Perrin og McDonald, 2020). Í könnun meðal 2619 sálfræðinga í Bandaríkjunum kom í ljós að fyrir COVID-19 hafði aðeins 7,1% af klínískri vinnu þeirra falið í sér notkun á fjarfundarbúnaði en þetta hlutfall varð 85,5% eftir að COVID-19 reið yfir (Pierce o.fl., 2020). Í könnun, sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2020) gerði síðastliðið sumar á framboði geðheilbrigðisþjónustu í 130 löndum, kom í ljós að geðheilbrigðisþjónusta minnkaði hjá 67% þátttökubjóða vegna samkomutakmarkana. Hins vegar varð aukning í fjarheilbrigðisþjónustu í um 80% vestrænna ríkja. Lítið er vitað hvaða undirhópar sálfræðinga eru líklegastir til þess að nýta sér fjarlausnir í klínískri vinnu. Þó benda rannsóknir sem voru gerðar fyrir heimsfaraldurinn til þess að sálfræðingar með lengri starfsreynslu væru líklegri til að nýta fjarfundarbúnað í meðferð en þeir sem eru með litla starfsreynslu (Simms og O'Donnell, 2011).

Þrátt fyrir að áhrif COVID-19 á geðheilsu almennings og annarra hópa hafi verið athuguð hafa fáar rannsóknir verið gerðar erlendis á störfum og starfsumhverfi sálfræðinga á tímum heimsfaraldurs. Lítið sem ekkert er vitað um hvort, og þá hvernig, störf og starfsumhverfi sjálfstætt starfandi sálfræðinga hérlandis breyttust í kjölfar þess að COVID-19 skall á. Markmið þessarar rannsóknar voru því að kanna 1) eftirspurn eftir viðtölum hjá sjálfstætt starfandi sálfræðingum í samkomubanni á vormánuðum 2020, 2) hvar og, eftir atvikum, með hvaða búnaði viðtöl fóru fram, 3) hvort starfsreynsla hafi áhrif á hvort sálfræðingar nýti sér fjarfundarbúnað, 4) hvernig

geðheilsa skjólstæðinga og skjólstæðingahópa þróðust að mati sálfræðinga meðan á samkomubanni stóð, 5) viðhorf sjálfstætt starfandi sálfræðinga til þess hvernig geðheilsa þjóðarinnar myndi þróast vegna heimsfaraldurs COVID-19 og 6) hvaða áhrif samkomubann og heimsfaraldur COVID-19 hefðu á getu sálfræðinga til að veita þjónustu og á tekjur þeirra.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru 98 sjálfstætt starfandi sálfræðingar. Þar af voru 20 karlar (20,4%) og 78 konur (79,6%). Erfitt er að áætla svarhlutfall þar sem ekki er vitað hversu margir sálfræðingar eru sjálfstætt starfandi að hluta eða öllu leyti. Ef miðað er við fjölda félagsmanna í Félagi sjálfstætt starfandi sálfræðinga (FSS) var svarhlutfallið 66,2% (98/148). Flestir þátttakendur voru 46 ára eða eldri, með þriggja til níu ára starfsreynslu og í yfir 75% starfshlutfalli á stofu. Rúmlega helmingur þátttakenda sinnti einungis fullorðnum (18 ára og eldri) en rúmlega 14% sinnti einungis börnum og forráðamönnum þeirra. Frekari upplýsingar um þátttakendur má sjá í 1. töflu

Mælitæki

Lagður var fyrir spurningalisti sem var hannaður af höfundum þessarar greinar. Spurningalistiinn samanstóð af 36 spurningum. Í fyrsta hluta var spurt um bakgrunn, svo sem aldur, kyn, starfshlutfall og starfsreynslu. Annar hluti listans innihélt spurningar um eftirspurn eftir viðtölum meðan á samkomubanni stóð. Í þriðja hluta var spurt um hvar, og eftir atvikum, með hvaða búnaði viðtöl fóru fram meðan á samkomubanni stóð. Í fjórða hluta voru spurningar um hvernig geðheilsa skjólstæðinga og skjólstæðingahópa þróðist að mati sálfræðinganna meðan á samkomubanni stóð. Fimmti hluti listans innihélt spurningar um mat þátttakenda á því hvernig geðheilsa þjóðarinnar myndi þróast vegna heimsfaraldurs COVID-19. Í sjötta og síðasta hluta var spurt um hvaða áhrif heimsfaraldur COVID-19 hefði haft á getu sálfræðinga til þess að veita meðferð og á tekjur þeirra.

Tafla 1 Bakgrunnur þátttakenda.

Flokkar	Fjöldi (n)	%
<i>Aldur</i>		
30 ára eða yngri	3	3,2
31-45 ára	37	38,9
46 ára eða eldri	55	57,9
<i>Starfsreynsla</i>		
Mínna en tvö ár	8	8,2
3-9 ár	36	36,7
10-16 ár	31	31,6
17 ár eða meira	23	23,5
<i>Starfshlutfall á stofu (%)</i>		
0-25	18	18,4
26-50	15	15,3
51-75	13	13,3
76-100	52	53,1
<i>Hvaða hópum er sinnt</i>		
Fullorðnum	54	55,7
Börnum og forráðamönnum þeirra	14	14,4
Bæði börnum og fullorðnum	29	29,9

Hluti spurninganna var tvíkosta (já/nei), til dæmis þegar spurt var um hvort þátttakendur hefðu sinnt tilteknum skjólstaðingahópi. Ef þeir svöruðu játandi fengu þeir fleiri og ítarlegri spurningar. Því fengu ekki allir þátttakendur tækifæri til þess að svara öllum spurningunum.

Framkvæmd

Rafrænn spurningalisti var settur upp á vefsíðu QuestionPro og dreift rafrænt 27. apríl 2020. Spurningalistanum var dreift með tvennum hætti. Annars vegar var sett tilkynning á hópinn „Upplýsingaveita sálfræðinga“ á Facebook þar sem hlekkur á spurningalistann fylgdi. Hins vegar var hlekkur á spurningalistann sendur út á póstlista Sálfræðingafélags Íslands. Í báðum tilvikum var óskað eftir þátttöku sjálfstætt starfandi sálfræðinga. Þegar spurningalistanum var dreift voru 140 einstaklingar á Íslandi í einangrun vegna COVID-19, 1785 höfðu smitast og samkomubann hafði varað í sex vikur (Embætti landlæknis og Almannavarnadeild ríkislögreglustjóra, 2020a). Þátttakendur voru beðnir um að miða við þetta sex vikna tímabil í svörum sínum.

Úrvinnsla

Greining á svörum þátttakenda sýndi að mismunandi var hversu mörgum spurningum þátttakendur svöruðu. Alls hófu 98 að svara spurningalistanum og 82 (83,7%) luku við að svara honum. Af þeim sökum er mismunandi fjöldi á bak við tölfræðilegar greiningar.

Breytunni starfshlutfall var breytt í tvíkosta breytu til þess að auka fjölda í hólfulum (e. cells). Þeim breytum sem voru á fimm punkta Likert-kvarða var breytt í þriggja punkta breytur þar sem gildi eitt og tvö, til dæmis *mjög mikið* og *mikið* voru sameinuð, sem og gildi fjögur og fimm, til dæmis, *lítið* og *mjög lítið*. Slíkar umbreytingar voru einnig gerðar til að auka fjölda í hólfulum. Lýsandi tölfræði var reiknuð. Kí-kvaðratpróf var notað (e. chi-square test) til að meta mun á milli hópa.

Niðurstöður

Eftirspurn eftir sálfræðipjónustu

Eftirspurn eftir sálfræðipjónustu minnkaði hjá rúmum helmingi sálfræðinga meðan á samkomubanni stóð í mars og apríl 2020 en jókst hjá um 15% sálfræðinga. Þegar gögnin voru greind eftir tegund þjónustu sögðu hlutfallslega flestir að eftirspurn eftir hópmeðferð hefði dregist saman (74,2%) en fæstir nefndu paraviðtöl (36%). Frekari upplýsingar um eftirspurn eftir sálfræðipjónustu í samkomubanni í mars og apríl 2020 má sjá í 2. töflu.

Að meðaltali fengu þátttakendur beiðni um meðferðarviðtöl vegna COVID-19 frá rúmlega tveimur einstaklingum ($M=2,07$, $sf=3,57$) meðan á samkomubanni stóð. Einungis 2,7% skjólstaðinga hættu meðferð í samkomubanni en 25,4% gerðu hlé á meðferð vegna COVID-19.

Viðtalsform

Tæplega helmingur (44,7%) þátttakenda hafði aðgang að hugbúnaði til þess að taka netviðtöl áður en samkomubann brast á. Eftir að samkomubann var sett á höfðu 89% þátttakenda aðgang að hugbúnaði til þess að taka netviðtöl. Ekki var munur eftir starfsreynslu á aðgengi að hugbúnaði til þess að taka netviðtöl fyrir samkomubann ($\chi^2 (1, N=76) = 0,01$, $p>0,05$).

Tafla 2 Eftirspurn eftir sálfræðiþjónustu.

	Eftirspurn		
	Miklu minni /minni	Engin breyting	Meiri/miklu meiri
	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Þjónusta</i>			
Einstaklingsviðtöl	50 (54,9)	28 (30,8)	13 (14,3)
Paraviðtöl	9 (36,0)	15 (60,0)	1 (4,0)
Greining	15 (50,0)	14 (46,7)	1 (3,3)
Hópmeðferðir	23 (74,2)	5 (16,1)	3 (9,7)
Fyrirlestrar	31 (64,6)	15 (31,3)	2 (4,2)

Tafla 3 Aðgangur að hugbúnaði til að taka meðferðarviðtöl og hlutfall netviðtala.

	Aðgangur að hugbúnaði				Hlutfall meðferðarviðtala yfir netið	
	Fyrir samkomubann		Í samkomubanni		Fyrir samkomubann	Í samkomubanni
	já N (%)	nei N (%)	já N (%)	nei N (%)	%	%
<i>Starfsreynsla</i>						
0–9 ár	15 (44,1)	19 (55,9)	32 (84,2)	6 (15,8)	6,7	34,9
10 ár eða meira	19 (45,2)	23 (54,8)	41 (93,2)	3 (6,8)	2,5	47,1
<i>Heild</i>	34 (44,7)	42 (55,3)	73 (89,0)	9 (11,0)	4,4	41,7

Tafla 4 Hugbúnaður sem notaður var í netviðtölum.

	Hugbúnaður							
	Facebook messenger	Facetime	Kara	Skype	Skype for Business	Teams	Zoom	Annað
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<i>Starfsreynsla</i>								
0–9 ár	1 (2,6)	0 (0,0)	25 (65,7)	4 (10,5)	2 (5,3)	0 (0,0)	5 (13,2)	1 (2,6)
10 ár eða meira	6 (7,9)	5 (6,6)	24 (31,6)	5 (6,6)	6 (7,9)	9 (11,8)	17 (22,4)	4 (5,3)
<i>Heild</i>	7 (6,1)	5 (4,4)	49 (42,9)	9 (7,9)	8 (7,0)	9 (7,9)	22 (19,2)	5 (4,4)

Ekki var hægt að álykta um hvort munur væri eftir starfsreynslu á aðgengi að hugbúnaði til þess að taka viðtöl yfir netið eftir samkomubann vegna þess að forsendur kí-kvaðrats stóðust ekki. Frekari upplýsingar um aðgang að hugbúnaði má sjá í 3. töflu.

Í 3. töflu má sjá að mikill munur er á hversu hátt hlutfall meðferðarviðtala fór fram með fjarfundarbúnaði fyrir og meðan á samkomubanni stóð. Fyrir samkomubann fóru 4,4% viðtala

fram með fjarfundarbúnaði en 41,7% meðan á samkomubanni stóð. Þátttakendur sem höfðu aðgang að fjarfundarbúnaði voru spurðir að því hvaða hugbúnað þeir notuðu. Hægt var að merkja við fleiri en einn hugbúnað. Flestir, eða 49 (42,9%) þeirra sem svöruðu, notuðu Kōru Connect. Næst vinsælasti hugbúnaðurinn var Zoom en 22 (19,2%) sögðust nota hann við meðferðarviðtöl. Frekari upplýsingar um hvaða hugbúnað þátttakendur notuðu má sjá í 4. töflu.

Tafla 5 Þróun geðheilsu skjólstæðinga þátttakenda samkvæmt mati sálfræðinga.

	Miklu verri/verri N (%)	Hvorki verri né betri N (%)	Betri/miklu betri N (%)
Allir skjólstæðingar (N=83)	31 (37,3)	41 (49,4)	11 (13,3)
Heilsukvíði (N=39)	22 (56,4)	13 (33,3)	4 (10,3)
Áráttuþráhyggja (N=31)	14 (45,2)	14 (45,2)	4 (10,3)
Þunglyndi (N=73)	46 (63,9)	19 (26,0)	8 (11,0)
Aðrar kvíðaraskanir*	34 (46,6)	32 (12,9)	7 (9,6)

* svo sem fælni, ofsakvíði og almenn kvíðaröskun. Aðrar kvíðaraskanir en heilsukvíði og áráttuþráhyggja.

Þróun geðheilsu skjólstæðinga

Þátttakendur voru spurðir hvernig geðheilsu skjólstæðinga þeirra hefði þróast í samkomubanni. Rúmlega þriðjungur (37,3%) taldi að geðheilsa skjólstæðinga hefði versnað á þessum tíma en 13,3% töldu hana hafa batnað. Helmingur þátttakenda taldi að geðheilsa skjólstæðinga sinna hefði hvorki versnað né batnað. Þátttakendur voru spurðir hvort þeir sinntu tilteknum skjólstæðingahópum á meðan samkomubann vegna COVID-19 stóð yfir, nánar tiltekið fólki með heilsukvíða, áráttuþráhyggju, þunglyndi og fólki með aðrar kvíðaraskanir en heilsukvíða og áráttuþráhyggju. Ef þátttakendur svöruðu því til að þeir hefðu sinnt tilteknum skjólstæðingahópi voru þeir beðnir að meta hvernig þróun geðheilsu þessa hóps hefði verið. Meirihluti (63,9%) þeirra sem sinnt höfðu þunglyndum taldi að geðheilsa þeirra hefði versnað meðan á samkomubanni stóð og 56,4% þeirra sem sinntu fólki með heilsukvíða töldu að geðheilsa þeirra hefði versnað. Rúmlega 10% þátttakenda sem sinntu fólki með heilsukvíða töldu að geðheilsa þeirra hefði batnað á umræddu tímabili. Tæplega helmingur (45,2%) þátttakenda sem sinntu skjólstæðingum með áráttuþráhyggju taldi að geðheilsa þeirra hefði versnað en 10,3% töldu að hún hefði horfið til betri vegar. Þegar kom að skjólstæðingum sem glímdu við aðrar kvíðaraskanir en hér hafa verið nefndar töldu 46,6% meðferðaraðila að geðheilsa þeirra hefði versnað en 9,6% að geðheilsa þeirra hefði batnað á meðan samkomubann stóð yfir. Í 5. töflu má sjá hvernig þátttakendur töldu að geðheilsa skjólstæðinga sinna og skjólstæðingahópa hefði þróast í mars og apríl 2020.

Mat sálfræðinga á áhrifum COVID-19 á geðheilsu Íslendinga

Mikill meirihluti þátttakenda, eða 84,5%, taldi að heimsfaraldur COVID-19 myndi hafa áhrif á geðheilsu íslensku þjóðarinnar en 4,8% þátttakenda töldu svo ekki vera. Tæplega 11% þátttakenda svöruðu því til að þeir vissu ekki hvort heimsfaraldurinn myndi hafa áhrif á geðheilsu þjóðarinnar. Þeir þátttakendur sem töldu að heimsfaraldur COVID-19 myndi hafa áhrif á geðheilsu þjóðarinnar voru spurðir hvenær þeir teldu að áhrifin kæmu fram. Mikill meirihluti, eða 91% þátttakenda, taldi að áhrifin kæmu fram innan árs en 9% töldu að áhrifin kæmu fram eftir meira en ár.

Áhrif COVID-19 á liðan og tekjur sálfræðinga

Þátttakendur voru spurðir hvort þeirra eigin liðan vegna COVID-19 hefði haft áhrif á getu þeirra til að veita sálfræðiþjónustu. Meirihluti, eða 67,9% þátttakenda, taldi að þeirra eigin liðan hefði lítil eða mjög lítil áhrif á getu þeirra til að veita sálfræðiþjónustu, 13,6% töldu að liðan þeirra vegna COVID-19 hefði mikil eða mjög mikil áhrif og 18,5% að liðan þeirra hefði hvorki mikil né lítil áhrif á getu þeirra til að veita sálfræðiþjónustu.

Þátttakendur voru spurðir hvaða áhrif COVID-19 hefði haft á tekjur vegna stofuvinnu í mars og apríl 2020 eftir að samkomubann tók gildi. Mikil meirihluti, eða 82,9%, sagði að tekjurnar hefðu minnkað en einungis 2,4% sögðu að tekjurnar hefðu aukist. Engin breyting varð á tekjum hjá 14,6% þátttakenda.

Umraða

Markmið þessarar rannsóknar voru að kanna 1) eftirspurn eftir viðtölum hjá sjálfstætt starfandi sálfræðingum í samkomubanni á vormánuðum 2020, 2) hvar og með hvaða búnaði viðtöl fóru fram, 3) hvort starfsreynsla hefði áhrif á hvort sálfræðingar nýttu sér fjarfundarbúnað, 4) hvernig geðheilsa skjólstæðinga og skjólstæðingahópa þróaðist að mati sálfræðinga meðan á samkomubanni stóð, 5) viðhorf sjálfstætt starfandi sálfræðinga til þróunar geðheilsu þjóðarinnar vegna heimsfaraldurs COVID-19 og 6) áhrif samkomubanns og COVID-19-faraldursins á getu þátttakenda til að veita sálfræðiþjónustu svo og á tekjur þeirra.

Eftirspurn eftir sálfræðiþjónustu minnkaði hjá um helmingi þátttakenda en jókst hjá um 15%. Ekki þarf að koma á óvart í ljósi tilmæla yfirvalda í mars og apríl 2020 (Embætti landlæknis og Almannavarnadeild ríkislögreglustjóra, 2020b) að eftirspurn eftir hópmeðferð dróst hlutfallslega mest saman. Hins vegar er ekki fyllilega ljóst af hverju minni eftirspurn var eftir einstaklingsviðtölum hjá sálfræðingum og væntanlega eru skýringarnar nokkrar. Hugsanlegt er að hvatning yfirvalda til almenninga um að vera sem mest heima hjá sér og að draga úr samskiptum við aðra (Embætti landlæknis og Almannavarnadeild ríkislögreglustjóra, 2020b) hafi haft áhrif hjá einhverjum en fjórðungur skjólstæðinga gerði hlé á meðferð á tímabilinu sem um ræðir. Hins vegar bauð fjöldi sálfræðinga upp á fjarmedferð á þessu tímabili og því er ólíklegt að samkomubann útskýri að öllu leyti minnkandi eftirspurn. Ætla má að hjá einhverjum hópi einstaklinga hafi fjárhagsóvissa vegna atvinnuleysis haft áhrif. Einnig má vera að skjólstæðingar hafi síður kosið að nýta sér fjarmedferð en að hitta sálfræðinga í eigin persónu (March o.fl., 2018) og hafi því valið að taka meðferðarhlé. Samkvæmt niðurstöðum rannsókna, sem gerðar hafa verið hjá Embætti landlæknis (2020), leið Íslendingum almennt betur í mars og apríl 2020 en á sömu mánuðum árið á undan. Ekki liggur þó beint við að yfirfæra þessar niðurstöður á líðan og geðheilsu þeirra sem sækja þjónustu sálfræðinga á einkastofum til að útskýra minnkandi eftirspurn einstaklingsviðtala því að engar rannsóknir hafa verið gerðar á

þeim sem sækja sálfræðiþjónustu og hvort – og þá hvernig – þeir eru ólíkir öðrum. Eftirspurn eftir paraviðtölum dróst minnst saman. Erfitt er að álykta af hverju það er en hafa þarf í huga að fáir þátttakendur sinna parameðferð. Skoða þyrfti eftirspurn hjá öðrum stéttum sem sinna frekar parameðferð en sálfræðingar.

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að stór hluti sálfræðinga hafi nýtt sér þann möguleika að taka sálfræðiviðtöl í gegnum fjarfundarbúnað í stað þess að fá skjólstæðinga til sín í lokað rými. Áður en samkomubann var sett á hafði tæplega helmingur þátttakenda aðgang að fjarfundarbúnaði en þegar könnunin fór fram hafði mikill meirihluti (89%) aðgang að slíkum búnaði. Í því ljósi kemur ekki á óvart að miklar breytingar urðu á formi viðtala í samkomubanni. Fyrir samkomubann fór mikill minnihluti viðtala (4%) fram í gegnum fjarfundarbúnað en meðan á samkomubanni stóð fór tæpur helmingur (42%) viðtala fram í gegnum slíkan búnað. Þessar breytingar eru í takt við niðurstöður hollenskrar rannsóknar um notkun á tæknilausnum til að taka sálfræðiviðtöl yfir netið á tímum COVID-19 (Feijt o.fl., 2020) svo og könnun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (2020), sem framkvæmd var í sumar, þar sem kom í ljós að fjargeðheilbrigðisþjónusta hefði aukist í 80% vestrænna ríkja í kjölfar COVID-19. Því má ætla að beiðni yfirvalda um að fólk hitti sem fæsta hafi haft töluverð áhrif en einnig má nefna að mikil fjöldi fólks var í sóttkví á þessum tíma (Embætti landlæknis og Almannavarnadeild ríkislögreglustjóra, 2020b). Ekki reyndist munur á notkun á hugbúnaði eftir starfsreynslu sálfræðinga sem er ekki í takt við niðurstöður Simms og O'Donnell (2011) en rannsókn þeirra benti til að reyndari sálfræðingar væru líklegri til þess að nota fjarfundarbúnað í meðferð en óreyndir.

Af þeim þátttakendum sem voru með fjarfundarbúnað notuðu flestir hugbúnað frá Kara Connect (<https://karaconnect.com/is>). Nokkur fjöldi notaði annan hugbúnað eins og Zoom og Teams, svo og lausnir sem vitað er að eru óruggar svo sem Skype og Facetime. Kara Connect er eini hugbúnaðurinn sem krefst þess að notuð séu rafræn skilríki en það er ein af kröfum Embættis landlæknis til þess að notkun

fjarfundarbúnaðar í meðferð teljist örugg (Embætti landlæknis, 2019).

Helmingur þátttakenda taldi að geðheilsa skjólstæðinga þeirra væri svipuð og fyrir COVID-19, rúmlega þriðjungur að geðheilsa skjólstæðinga þeirra hefði versnað og aðeins lítill hluti, eða um 13%, að geðheilsa skjólstæðinga þeirra hefði batnað. Þessar niðurstöður eru ekki að öllu leyti í takt við niðurstöður kannana Embættis landlæknis á því hvernig Íslendingar mátu eigin geðheilsu í mars og apríl 2020 miðað við sama tíma árið 2019 (Embætti landlæknis, 2020) enda var þeirri könnun ekki sérstaklega beint að skjólstæðingum sálfræðinga. Meirihluti þátttakenda (64%) sem sinnt höfðu þunglyndum skjólstæðingum taldi að geðheilsa þeirra hefði versnað meðan á samkomubanni stóð. Til samanburðar taldi tæplega helmingur (47%) þeirra sem sinnt höfðu skjólstæðingum með aðrar kvíðaraskanir en heilsukvíða og áráttuþráhyggju að geðheilsa þeirra hefði versnað meðan á samkomubanni stóð. Rúmlega helmingur (56%) þeirra sem sinntu fólki með heilsukvíða og tæplega helmingur þeirra sem sinntu fólki með áráttuþráhyggju (45%) taldi að geðheilsa þeirra hefði versnað meðan á samkomubanni stóð. Þessar niðurstöður eru áhugaverðar þegar skoðaðar eru niðurstöður rannsókna úr „The Depressed Project“ (c.d.) og könnun Embættis landlæknis (Embætti landlæknis, 2020) þar sem fram koma lítil neikvæð áhrif á andlega líðan almennings. Niðurstöðurnar eru þó að einhverju leyti í takt við niðurstöður Sauer og félaga (2020) og Davides og félaga (2020) sem sýndu að einkenni heilsukvíða og áráttuþráhyggju hafa aukist eftir að faraldurinn skall á.

Mikil meirihluti þátttakenda (85%) taldi að heimsfaraldur COVID-19 myndi hafa áhrif á geðheilsu íslensku þjóðarinnar og töldu langflestir (91%) að áhrifin kæmu fram innan árs. Rannsóknir sem birst hafa í erlendum fagtímaritum eru flestar frá því á vormánuðum 2020 þannig að lítið er vitað um stöðu mála nú á haustmánuðum 2020. Ef lítið er til rannsókna sem gerðar voru á geðheilsu Íslendinga fyrir og eftir efnahagskreppuna 2008 má sjá að Íslendingar mátu geðheilsu sína verri 2009 en 2007 (Ásgeirsdóttir o.fl., 2014; McClure, 2014). Hafa verður í huga að áskoranir

Íslendinga vegna COVID-19 eru um margt ólíkar þeim áskorunum sem Íslendingar þurftu að takast á við eftir efnahagskreppuna 2008 þó að efnahagslegar áskoranir kunni að vera að einhverju leyti svipaðar. Dæmi um áskoranir nú eru áhyggjur af heilsu, einangrun, einmanaleiki og fjárhagsáhyggjur. Því er alls ekki óhugsandi að COVID-19 faraldurinn valdi því að geðheilsa Íslendinga versni eftir því sem á líður.

COVID-19 faraldurinn og samkomubann í mars og apríl 2020 höfðu töluverð áhrif á tekjur sjálfstætt starfandi sálfræðinga en minni áhrif á líðan þeirra. Mikill minnihluti (13%) taldi að þeirra eigin líðan hefði haft lítill eða mjög lítill áhrif á getu þeirra til að veita sálfræðipjónustu. Mikill meirihluti (85%) sagði hins vegar að tekjur þeirra hefðu lækkað eftir að samkomubann var sett á en verulegur samdráttur var á Íslandi á umræddu tímabili (Fjármála og efnahagsráðuneytið, 2020).

Takmarkanir þessarar rannsóknar eru nokkrar. Þátttakendur voru beðnir um að meta hvernig geðheilsa skjólstæðinga sinna hefði þróast meðan á samkomubanni á vormánuðum 2020 stóð. Í ljósi þess að eftirspurn eftir sálfræðipjónustu dróst töluvert saman í byrjun faraldursins má álykta að þátttakendur hafi ekki byggt mat sitt á hlutlægum mælingum, eins og niðurstöðum sálfræðilegra prófa, heldur er líklegt að þeir hafi frekar byggt mat sitt á minni sínu og tilfinningu. Því er ekki víst að mat þátttakenda á þróun geðheilsu skjólstæðinga sé réttmætt og ekki hægt að draga frekari ályktanir um geðheilsu skjólstæðinga sjálfstætt starfandi sálfræðinga á Íslandi. Einnig tekur rannsóknin yfir stutt tímabil, sex til átta vikur, og gefur því einungis innsýn inn í lítinn hluta þess tíma sem einhvers konar takmarkanir hafa verið vegna COVID-19. Einnig var hugsanlega of stutt um liðið frá upphafi faraldursins til þess að breyting hefði orðið á geðheilsu skjólstæðingahópsins og ekki er vitað hverjir hættu hugsanlega í meðferð vegna COVID-19 veikinda eða sóttkvíar. Loks var skjólstæðingum ekki skipt eftir kynjum svo að mat sálfræðinga á breyttri geðheilsu þeirra gæti litast af kynjaskiptingu í þeim hópi sem þeir mátu.

Af niðurstöðum rannsóknarinnar má draga þær ályktanir að samkomubann vegna COVID-19 í

mars og apríl árið 2020 hafi haft töluverð áhrif störf sálfræðinga og hugsanlega þó nokkur áhrif á líðan skjólstæðinga þeirra. Eftirspurn eftir viðtölum minnkaði umtalsvert og margir skjólstæðingar gerðu hlé á meðferð. Vegna þessa lækkuðu tekjur flestra þátttakenda. Sálfræðingar töldu að líðan um og yfir helmings skjólstæðinga sinna hefði þróast til verri vegar meðan á samkomubanni stóð en lítill hluti taldi líðan skjólstæðinga hafa þróast til betri vegar. Fyrirkomulag viðtala breyttist umtalsvert og færðist í töluverðum mæli yfir á netið og var breytingin umtalsverð. Áhugavert verður að vita að hve miklu leyti þessi þróun viðhelst eftir að farsóttin gengur yfir. Mikilvægt er að frekari rannsóknir verði gerðar á áhrifum heimsfaraldursins á störf sálfræðinga og annarra geðheilbrigðisstarfsmanna. Rannsóknin var gerð í fyrstu bylgju COVID-19 faraldursins og í upphafi hertra aðgerða. Hugsanlegt er að fleiri hafi sótt þjónustu sálfræðinga í sumar og þegar leið á haustið er þriðja bylgjan reis og sóttvarnar- og heilbrigðisyfirvöld settu á meiri hömlur. Ekki er síður mikilvægt að rannsaka og vakta hvernig geðheilsa þjóðarinnar þróast á næstu misserum og árum því að engin er heilsa án geðheilsu.

Psychologists' private practice during restrictions on gatherings in March and April 2020.

In early 2020, pandemic SARS-CoV-2 (COVID-19) suddenly struck Western countries. On February 28th, the first Icelandic was diagnosed with COVID-19, and in March, restrictions on gatherings were imposed in Iceland. It is possible that a pandemic affects peoples' mental well-being, but research has shown that the effects of the pandemic's first wave on the well-being of the general public were not significant. The aim of this study was to examine the effects of the restrictions on gatherings in March and April 2020 on the work of psychologists in private practice and the well-being of their clients. A total of 98 psychologists participated in the study. A 36 item questionnaire was administered. The questions regarded the demand for appointments, the form of treatment sessions (online or on-site), psychologists' assessment of their clients' well-being, and the nation's mental health. Participants were also asked about the effect of their own well-being on their ability to provide treatment. The psychologists were also asked about the effects of restrictions on gatherings on their income. This study indicated that the demand for treatment dropped in the first wave of the pandemic, but the number of online treatment sessions increased. About a third of psychologists in private practice felt that their clients' mental health had deteriorated during the period. The vast majority believed that COVID-19 would affect the nation's mental health. The well-being of psychologists had, by their own estimate, little effect on the ability of most of them to provide treatment. Due to lower demand, the income of the vast majority of participants decreased. It is clear that the restrictions on gatherings in March and April affected psychologists' work. It is unknown whether the restrictions on gatherings during the third wave will have a similar effect and further research is needed.

Keywords: SARS-CoV-2, COVID-19, psychologists, well-being, online treatment.

Hafrún Kristjánsdóttir, Ph.D., is an associate professor at Reykjavík University and Chair of Sport Science Department; Linda Bára Lýðsdóttir, Ph.D. is an assistant professor and Chair of Clinical Psychology Program, Department of Psychology, Reykjavík University; María Kristín Jónsdóttir, Ph.D. is an associate professor, Department of Psychology, Reykjavík University. Correspondence concerning this article should be addressed to Hafrún Kristjánsdóttir. E-mail: hafrunkr@ru.is

Heimildir

- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. (2020, 5. október). The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use service: Results of rapid assessment. <https://www.who.int/publications/item/978924012455>
- Ásgeirsdóttir, T. L., Corman, H., Noonan, K., Olafsdóttir, Th. og Reichman, N. E. (2014). Was the economic crisis of 2008 good for Icelanders? Impact on health behaviors. *Economics and Human Biology*, 13, 1–19.
- Barber, S., Reed, L., Syam, N. og Jones, N. (2020, 5. ágúst). Severe mental illness and risks from COVID-19. Oxford: Háskólinn í Oxford: The Centre for Evidence-Based Medicine. <https://www.cebm.net/covid-19/severe-mental-illness-and-risks-from-covid-19/>
- Bulbulia, J., Piven, S., Barlow, F., Davis, D. E., Greaves, L., Highland, B., ... Sibley, C. G. (2020, 23. júní). Mechanisms of COVID-19 Mental Health Burden. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/cswde>
- Cucinotta, D. og Vanelli, M. (2020). WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Bio Medica Atenei Parmensis*, 91(1), 157–160. <https://doi.org/10.23750/abm.v91i1.9397>
- Davide, P., Andrea, P., Martina, O., Andrea, E., Davide, D. og Mario, A. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD: Effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Research*, 291, 113213. doi:10.1016/j.psychres.2020.113213
- Daly, M., Sutin, A. og Robinson, E. (2020, 10. júní). Longitudinal changes in mental health and the COVID-19 pandemic: Evidence from the UK household Longitudinal study. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/qd5z7>
- Elmer, T., Mepham, K. og Stadtfeld, C. (2020). Students under lockdown: Comparisons of students' social networks and mental health before and during the COVID-19 crisis in Switzerland. *PLoS ONE* 15(7), e0236337. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236337>
- Embætti landlæknis (2020, 1. október). Heilsa og líðan Íslendinga á tímum kórónuveiru [myndskrá]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=tZn0rrENPGg>
- Embætti landlæknis (2019). Fyrirmæli landlæknis um upplýsingaöryggi við veitingu fjarheilbrigðisþjónustu (fjarheilbrigðiskerfi). <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item36383/Uppl%C3%BDsinga%C3%B6ryggi%20fjarheilbrig%C3%B0is%C3%BEj%C3%B3nusta%2024.%20jan%202019%20loka.pdf>
- Embætti landlæknis og Almennavarnadeild ríkislögreglustjóra. (2020a, 20. september). COVID-19 á Íslandi – tölfraði. <https://www.covid.is/tolulegar-upplýsingar>
- Embætti landlæknis og Almennavarnadeild ríkislögreglustjóra. (2020b, 4. október). Tilkynningar. <https://www.covid.is/tilkynningar>
- Embætti landlæknis og Sóttvarnalæknir (2020). Ris og hnignun COVID-19 faraldursins fyrrihluta árs 2020. Farsóttafreittir: Fréttabréf sóttvarnalæknis, 13(3). <https://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item42084/>
- Feijt, M., de Kort, Y., Bongers, I., Bierbooms, J., Westerkamp, J. og IJsselstein, W. (2020). Mental health care goes online: Practitioners' experiences of providing mental health care during the COVID-19 pandemic. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 1, (0), 1–5. <https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0370>
- Filgueiras, A., Stults-Kolehmainen, M. (2020, 13. júní). Factors linked to changes in mental health outcomes among Brazilians in quarantine due to COVID-19, medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.05.12.20099374>
- Fjármála- og efnahagsráðuneytið, (2020, 4 október). Efnahagsleg sjónarmið við ákvörðun um umfang sóttvarnaaðgerða á landamærum. <https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stokfrett/2020/08/14/Efnahagsleg-sjonarmid-vid-akvordun-um-umfang-sottvarnaadgerda-a-landamaerum/>
- Gili, M., Roca, M., Basu, S., Mckee, M. og Stuckler, D. (2013). The mental health risks of economic crisis in Spain: Evidence from primary care centres, 2006 and 2010. *European Journal of Public Health*, 23(1), 103–108. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks035>
- Huckins, J. F., DaSilva, A. W., Wang, W., Hedlund, E., Rogers, C., Nepal, S. K., ... Campbell, A. T. (2020). Mental Health and Behavior of College students during the early phases of the COVID-19 pandemic: Longitudinal smartphone and ecological momentary assessment study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), e20185. <https://doi.org/10.2196/20185>
- Högni Óskarsson, Kristinn Tómasson, Sigurður Páll Pálsson og Helgi Tómasson (2019). Efnahagskreppur og tíðni sjálfsvíga á Íslandi 1911–2017. *Lækna- blaðið*, 11(105), 483–488. <https://doi.org/10.17992/ibl.2019.11.255>
- Katz, B. A., Yovel, I. (2020, 11. júní). Mood symptoms predict COVID-19 pandemic distress but not vice versa: An 18-month longitudinal study. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/6qske>

- Kwong, A. S. F., Pearson, R. M., Adams, M. J., Northstone, K., Tilling, K., Smith, D., ... Timpson, N. J. (2020, 18. júní). Mental health during the COVID-19 pandemic in two longitudinal UK population cohorts. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.06.16.20133116>
- Li, H. Y., Cao, H., Leung, D. Y. P. og Mak, Y. W. (2020). The psychological impacts of a COVID-19 outbreak on college students in China: A longitudinal study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3933. <https://doi.org/10.3390/ijerph17113933>
- Luchetti, M., Lee, J. H., Aschwanden, D., Sesker, A., Strickhouser, J. E., Terracciano, A. og Sutin, A. R. (2020). The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*, 75(7), 897–908. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000690>
- March, S., Day, J., Ritchie, G., Rowe, A., Gough, J., Hall, T., ... Ireland, M. (2018). Attitudes toward e-mental health services in a community sample of adults: Online survey. *Journal of Medical Internet Research*, 20(2), e59. doi:10.2196/jmir.9109
- McClure, C. B. (2014). Mental health and health behaviors following an economic collapse: The case of Iceland (óútgefin doktorsritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík. <http://hdl.handle.net/1946/17619>
- Mendes-Santos, C., Weiderpass, E., Santana, R. og Andersson, G. (2020). Portuguese psychologists' attitudes towards internet interventions: An exploratory cross-sectional study. *JMIR Mental Health*, 7(4), e16817. <https://doi.org/10.2196/16817>
- Papini, S., Dainer-Best, J., Rubin, M., Zaizar, E. D., Telch, M. J. og Smits, J. A. J. (2020, 5. júní). Psychological networks can identify potential pathways to specific intervention targets for anxiety in response to coronavirus disease 2019 (COVID-19). *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/4zr25>
- Perry, K., Gold, S. og Shearer, E. M. (2020). Identifying and addressing mental health providers' perceived barriers to clinical video telehealth utilization. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1125–1134. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22770>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B. og McDonald, S. D. (2020). Path analytic modeling of psychologists' openness to performing clinical work with telepsychology: A national study. *Journal of Clinical Psychology*, 76(6), 1135–1150. <https://doi.org/10.1002/jclp.22851>
- Pierce, B. S., Perrin, P. B., Tyler, C. M., McKee, G. B og Watson, J. D. (2020, 20. ágúst). The COVID-19 telepsychology revolution: A national study of pandemic-based changes in U.S. mental health care delivery. *APA PsychNet*. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000722>
- Sauer, K. S., Jungmann, S. M. og Witthöft, M. (2020). Emotional and behavioral consequences of the COVID-19 pandemic: The role of health anxiety, intolerance of uncertainty, and distress (in)tolerance. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), 7241. doi:10.3390/ijerph17197241
- Simms, D. og O'Donnell, S. (2011). To use or not to use: Clinicians' perceptions of telemental health. *Canadian Psychology*, 52(1), 41–51. <http://dx.doi.org/10.1037/a0022275>
- The DEPRESSD Project. (e.d.). Research question 1: Changes in mental health symptoms. Sótt 3. október 2020 af <https://www.depressd.ca/research-question-1-symptom-changes>
- The intersection of COVID-19 and mental health. (2020, nóvember). *The Lancet*, 20(11), 1217 [ritstjórnargrein]. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30797-0](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30797-0)
- Thombs, B. D., Kwakkenbos, L., Henry, R. S., Carrier, M-E., Patten, S., Harb, S., ... og Benedetti, A. (2020, 16. júní). Comparison of mental health symptoms prior to and during COVID-19 among patients with systemic sclerosis from four countries: A scleroderma patient-centered intervention network (SPIN) cohort study. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.06.13.20128694>
- Van Daele, T., Karekla, M., Kassianos, A. P., Compare, A., Haddouk, L., Salgado, J., ... De Witte, N. A. J. (í prentun). Recommendations for policy and practice of telepsychotherapy and e-mental health in Europe and beyond. *Journal of Psychotherapy Integration*.
- Vinnumálastofnun (2020). Vinnumarkaðurinn á Íslandi: Yfirlit, horfur og þjónusta Vinnumálastofnunar – apríl 2020. <https://www.vinnumalastofnun.is/media/2538/april2020-skyrsla.pdf>
- Yang, X. Y., Peng, S., Yang, T., Zhang, W., Wang, H. og Randall R. C. (2020, 26. júní). Uncertainty stress, and its impact on disease fear and prevention behaviors during the COVID-19 epidemic in China: A panel study. medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2020.06.24.20139626>
- Zimmermann, M., Bledsoe, C. og Papa, A. (2020, 17. júní). The impact of the COVID-19 pandemic on college student mental health: A longitudinal examination of risk and protective factors. *PsyArXiv Preprints*. <https://doi.org/10.31234/osf.io/2y7hu>

Bókarýni

Guðbrandur Árni Ísberg (2019). *Skömmin – Úr vanmætti í sjálfsöryggi*. Reykjavík: Forlagið. Kilja, 245 bls.

Umsögn: Anna María Valdimarsdóttir, sálfræðingur

Bókin *Skömmin – Úr vanmætti í sjálfsöryggi* er ekki einungis stórgóð heldur verulega þörf bók. Guðbrandur Árni Ísberg, höfundur bókarinnar, gerir einni flóknustu tilfinningunni, skömminni, mjög greinargóð skil. Höfundur fer í gegnum áreiðanlegar heimildir og rannsóknir og setur fræðin í skiljanlegt samhengi með tilvísunum í ýmsa fræðimenn.

Höfundur skýrir hvernig skömmin er okkur nauðsynleg svo lengi sem við búum í samfélagi. Rétt eins og við þurfum kvíða á ákveðnum mæli til að lifa af þurfum við skömm til að þrífast í samfélagi. Sýnt er fram á mikilvægi þess að skammarkerfi sé virkjað á uppvaxtarárunum og hvernig best er að meðhöndla það svo að einstaklingur þrói með sér heilbrigðan félags- og siðferðisþroska. Þar af leiðandi er einstaklingur undirbúinn undir farsæl mannleg samskipti og nánd. Skömmin veldur vandkvæðum hafi misfarist að virkja skammarkerfið á uppeldisárunum eða ef ójafnvægi kemst á í skammarkerfinu hvenær sem er á lífsleiðinni. Þá er mikilvægt að koma jafnvægi á með því að temja eða tempra skömmina svo að andlegt heilbrigði geti þrífist. Höfundur gerir góða grein fyrir því hvernig skömmin getur verið mismunandi á ólíkum stigum og haft margbreytileg áhrif á hegðun okkar og líðan. Skömmin er sett í samhengi við reiði, mótþróa, hatur, öfund og getu okkar til innlifunar svo að eitthvað sé nefnt.

Skömmin tengist mörgum öðrum tilfinningum sem annaðhvort spretta út frá henni eða eru andstæður hennar. Í bókinni er ljósi varpað á mikilvægi þess að horfa einnig til þessara tilfinninga til að tempra skömmina. Sem dæmi má nefna stolt en þar má gera greinarmun á heilbrigðu stolti og óheilbrigðu eða hroka. Að sama skapi er gerður greinarmunur á skyldum tilfinningum og mikilvægi þess að greina

þar á milli, eins og t.d. sektarkennd og skömm. Sjálfstrausti, sjálfsmynd og virðingu eru gerð greinargóð skil í tengslum við skömmina og fylgifiska hennar.

Sé skömmin ekki tamin, tempruð eða í jafnvægi gerir höfundur grein fyrir því hvernig nándin vikur sem er þó helsta vopnið til þess að afhjúpa skömmina. Einkenni djúprar skammar eru forðun svo að mikil hætta er á vítahring sem viðheldur andlegri vanlíðan enda hefur skömmin mikla tengingu við ýmsa þekkta geðkvilla og fíknivanda. Höfundur tekur fyrir hlutverk skammar í kvillum eins og fullkonnunaráráttu, félagskvíða, þunglyndi og narsissisma. Skömmin getur orðið lífshættuleg og fjallað er um tengsl hennar við sjálfsvíg. Skömmin er hinn endanlegi sjálfskaði eins og höfundur greinir frá en áhugavert hefði einnig verið að fá umfjöllun um tengsl skammar við sjálfskaða almennt. Vert er að hafa í huga skammartilfinningu í vinnu með unglingum sem sýna sjálfskaða og gott hefði verið að fá umfjöllun frá höfundi um það málefni. Að sama skapi hefði verið áhugavert að gerð hefði verið grein fyrir hvort tengsl séu á milli vantempraðrar skammar og slakrar tilfinningastjórnunar almennt og óþoli fyrir erfiðum tilfinningum.

Þar sem skömmin getur legið í leyni meðvitað eða ómeðvitað er hætta á því að orsök vandans hjá fólki með vanlíðan og/eða í samskiptavanda sé falin. Þar af leiðandi bendir höfundur á mikilvægi þess að sálfræðingar og aðrir meðferðaraðilar séu meðvitaðir um skömmina svo að hægt sé að ná henni upp á yfirborðið, skilja hana, vinna með hana og að lokum vingast við hana. Þá er mikilvægt að hafa skömmina í huga varðandi kortlagningu vanda, hvaða hugsanaskekkljum hún viðheldur og hverjar kveikjur hennar eru.

Höfundur veitir innsýn í vandann með dæmisögum úr faglegri vinnu sinni með skjólstæðingum sem setja kenningar og fræði í samhengi við klíniska vinnu. Undirrituð vill mæla

með því að allir þeir sem vinna með fólk lesi bókina tvisvar og svo reglulega þaðan í frá. Í raun ættu ekki einungis allir þeir sem vinna með fólk að lesa bókina heldur í raun allt fólk.

Bókarýni

Sóley Dröfn Davíðsdóttir (2019). *Náðu tökum á þunglyndi*. Reykjavík: Vaka-Helgafell. Kilja, 171 bls.

Umsögn: Ragnar P. Ólafsson, Ph.D., prófessor við Sálfræðideild Háskóla Íslands.

Á síðasta ári kom út bókin *Náðu tökum á þunglyndi* eftir Sóleyju Dröfn Davíðsdóttur sálfræðing og sérfræðing í klínískri sálfræði. Um er að ræða sjálfshjálparbók fyrir fólk sem finnur fyrir einkennum þunglyndis en áður hefur Sóley gefið út tvær sjálfshjálparbækur um kvíða, bækurnar *Náðu tökum á kvíða, fælni og áhyggjum* og *Náðu tökum á félagskvíða*. Sóley er því á kunnuglegum slóðum og kann greinilega vel til verka.

Það er aðáunartvert þegar sálfræðingar taka sig til og skrifa sjálfshjálparefni fyrir fólk sem tekst á við vanlíðan og geðræna erfiðleika. Fjölmargar rannsóknir sýna að fræðsla og upplýsingar um geðrænan vanda er grunnur að árangursríkri meðferð auk þess sem efling til sjálfshjálpar getur verið nóg ein og sér til að breyta gangi mála þegar einkenni byrja að gera vart við sig eða vandi er vægur. Bækur af þessu tagi er hægt að nota samhliða meðferð hjá fagaðilum auk þess að gagnast aðstandendum. Í því umhverfi sem sálfræðimeðferð er búin hér á landi, eru sjálfshjálparbækur mikilvægt innlegg til að auka lífsgæði fólks og draga úr samfélagslegum kostnaði sem getur fylgt vanlíðan og verri geðheilsu. Frumkvæði Sóleyjar að skrifa sjálfshjálparbók um þennan algenga vanda, er því mjög mikilvægt.

Náðu tökum á þunglyndi byggir á forsendum hugrænnar atferlismeðferðar, eða HAM. Þessi nálgun höfundar er bæði skynsöm og skiljanleg þar sem vísindarannsóknir hafa rennt stöðum undir notkun meðferðarinnar til að ná árangri í meðferð við þunglyndi. Bókin fylgir að mestu hefðbundnum aðferðum í þessu sambandi með stuttum og hnitmiðuðum köflum um hvert og eitt viðfangsefni. Í upphafskafli er fjallað um hvað þunglyndi er og *Patient Health Questionnaire*, eða PHQ-9, notaður til að leyfa fólki að meta hversu mikil þunglyndiseinkenni það hefur. Þar

næst er fjallað um hugmyndir um orsakir þunglyndis. Sóley byggir umfjöllunina á upphaflegu hugrænu líkani Aaron Becks en notar líka hugmyndir Paul Gilberts um varnarkerfi, hvatakerfi og vensla- eða tengslakerfi manneskjunnar og þróun hennar sem dýrategundar, til að útskýra betur viðbrögð fólks við depurð. Í raun er þessi nálgun í takt við nýlegar uppfærslur Becks sjálfs á eigin kenningu. Útskýring á eðli þunglyndis út frá þessum kerfum, setur orsakir þunglyndis í samhengi við nokkuð auðskilin fyrirbæri (eða hugsníðar) sem hafa fræðilega skírskotun engu að síður. Kaflarnir sem fylgja á eftir fjalla um atferlismarkmið, að vinna með hugarfar og hugsanir, og að draga úr grufli (e. *depressive rumination*). Í öllum þessum köflum eru kynntar hefðbundnar aðferðir til að auka virkni og draga úr áhrifum neikvæðra hugsana á líðan og hegðun.

Í bókinni eru einnig kaflar sem ekki eru í öllum bókum af þessu tagi. Þessir kaflar eru alls fimm og fjalla um að efla lífslöngun, að bæta tengsl við aðra, að fást við svefnleysi, ná tökum á örlyndi og að mæta kulnun í starfi. Umfjöllun um örlyndi er í takt við mikilvægi þess að skoða alltaf hvort saga sé um örlyndissveiflur þegar þunglyndi er annars vegar, enda er þunglyndi hluti af birtingarmynd vægs örlyndis (bipolar 2) og kemur í meirihluta tilvika fram í örlyndisvanda (bipolar 1). Skortur á lífslöngun og sjálfsvígshugsanir er oft fylgífiskur þunglyndis. Svefnvandi ásamt samskiptavanda og óákveðni er það líka, ásamt kulnun í starfi sem hefur að mörgu leyti svipaða birtingarmynd og þunglyndi. Umfjöllunin í þessum köflum getur því hjálpað fólki að taka á þeim þáttum sem orsaka eða viðhalda þunglyndi.

Texti Sóleyjar er mjög lipur og hún hefur lag á að koma umfjöllunarefninu frá sér á auðskilin en samt sem áður innihaldsríkan og spennandi

hátt. Sóley fléttar inn í umfjöllunina frásögnum úr ýmsum áttum sem setur hlutina í víðara samhengi og mun eflaust ýta undir áhuga og skilning lesenda. Til dæmis kemur við sögu einfættur hrísgrjónabóndi í Víetnam, Ljósá úr skáldsögu Kristínar Steinsdóttur, ljóð eftir Ólöfu Þorsteinsdóttur ljóðskáld, háskólaprófessor sem dregur að skrifa leiðinlegt bréf og svo Sóley sjálf þar sem lesandinn fylgir henni á leik Íslands og Frakka á EM í París og fylgist einnig með fyrstu skrefum hennar í áttökum við málalalistina. Þetta gefur bókinni persónulegan blæ, brýtur umfjöllunina skemmtilega upp og minnir í leiðinni á að verkefnin sem tekist er á við í skugga þunglyndis, eru ekki svo ósvipuð mörgu því sem tekist er á við í daglegu lífi flestra.

Fjöldi skráningar- og verkefnablaða fylgja í viðaukum, sem gefur lesandanum færi á að

beita þeim verkfærum sem lögð eru til í bókinni. Heimildalistinn aftast í bókinni er viðamikill og er í takt við nýjustu rannsóknir og umfjöllun um þunglyndi. Það er greinilegt að Sóley hefur lagst í ítarlega heimildarvinnu við undirbúning bókarinnar og í raun er heimildalistinn ágætur upphafspunktur fyrir þá sem vilja byrja að kynna sér fræðileg skrif um þunglyndi innan hugrænnar atferlisfræði í klínískri sálfræði.

Náðu tökum á þunglyndi eftir Sóleyju Dröfn Davíðsdóttur, er vönduð og vel skrifuð sjálfs-hjálparbók fyrir þá sem takast á við einkenni þunglyndis. Útgáfa bókarinnar er mikilvægt innlegg í eflingu geðheilsu fólks og er raunæfur valkostur fyrir þá sem vilja reyna aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar í því efni. Sóley á hrós skilið fyrir framlag sitt og vona ég að framhald verði á.

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands haust 2019 til haust 2020 (Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

Doktorspróf í sálfræði (PhD)

30 nóvember 2020.

Inga María Ólafsdóttir. *Þroski sjónrænnar athygli og tengsl við stýrifærni. The development of visual attention and its connection with executive functions*

MS nemar við sálfræðideild árið 2020 eru sem hér segir eftir kjörsviðum:

Cand. psych. ritgerð :

Ólafur Þórðarson. *Íslensk þýðing og áreiðanleiki DSM - 5 útgáfu af the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime version (K-SADS-PL)*
Icelandic translation and reliability data on the DSM-5 version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children - Present and Lifetime version (K-SADS-PL)

MS- ritgerð í Hagnýtri sálfræði, kjörsvið: Klínísk sálfræði:

Anna Guðrún Guðmundsdóttir. *Meðferð við endurteknu þunglyndi á Íslandi: Samanburður á veitingu þunglyndislyfja-meðferðar og hugrænnar atferlismeðferðar. The treatment of recurrent depression in Iceland: A comparison of the application of antidepressant medication and cognitive behavior therapy.*

Arndís Sverrisdóttir. *Þjálfunarnámskeið fyrir foreldra barna með ADHD: Viðbótaráhrif viðtala um daglegar rútínur á svefnavanda. Behavioral management training for parents of children with ADHD: Additive effects of daily routine interviews on sleep problems.*

Ágústa Friðriksdóttir. *Þjálfunarnámskeið fyrir foreldra barna með ADHD: Viðbótaráhrif viðtala um daglegar rútínur á streitu og líðan foreldra. Behavioral management training for parents of children with ADHD: Additive effects of daily routine interviews on parental stress, anxiety and depression.*

Bryndís Þorsteinsdóttir. *Þjálfunarnámskeið fyrir foreldra barna með ADHD: Viðbótaráhrif viðtala um daglegar rútínur á hegðunarvanda. Behavioral management training for parents of children with ADHD: Additive effects of daily routine interviews on disruptive behavior problems.*

Elin Ástrós Þórarinsdóttir. *Áð bera kennsl á einhverfu snemma: Samanburður milli svæða með og án skimunar: Early Detection of Autism Spectrum Disorder: Comparison between Screen- and Non-Screen Regions.*

Guðlaug María Sveinbjörnsdóttir. *Hegðunarbreytingar hjá börnum sem hafa lifað af heilahimnubólgu af völdum malaríu í Malaví og meðferðarsamþykki foreldra í Malaví. Behavioral changes in children in Malawi after recovering from cerebral malaria and treatment acceptability among Malawian parents.*

Helga Jónsdóttir. *Samræmi milli unglinga og foreldra í mati á geðrænum vanda: Niðurstöður úr klínisku göngudeildarúrtaki. Parent-youth agreement on psychiatric diagnoses and symptoms: Results from an adolescent outpatient clinical sample.*

Hrafínkatla Agnarsdóttir. *Gagnreynt mat á fylgiröskunum meðal barna og unglinga með athyglisbrest og ofvirkni (ADHD). Samanburður á matsmannaáreiðanleika DSM-5 K-SADS-PL greininga meðal barna með og án ADHD. Evidence-based assessment of comorbid disorders in children with Attention-Deficit/Hyperactive Disorder (ADHD) Comparing inter-rater reliability data on the DSM-5 version of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children in children with and without ADHD.*

Hrund Jóhannesdóttir. *Skimunareiginleikar Tilfinningalistans (RCADS) fyrir börn með og án athyglisbrest og ofvirkni (ADHD): Niðurstöður úr klínisku göngudeildarúrtaki. Screening efficiency of the Revised Child Anxiety and Depression Scale (RCADS) in an attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD clinical outpatient sample.*

Íris Sverrisdóttir. *Áhrif núvitundarmiðaðrar hugrænnar meðferðar á hugnæmi hjá fólki með sögu um þunglyndi: Slembivalis rannsókn. The effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on cognitive reactivity in formerly depressed individuals: A randomized controlled trial.*

Jakob Reynisson. *Andleg líðan fyrir og eftir inniliggjandi meðferð við fíknisjúkdómi hjá SÁÁ. Impact of inpatient addiction treatment on symptoms of depression, anxiety and stress.*

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands haust 2019 til haust 2020 (Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

- Jóel Dan Nielsen Björnsson. *Þjónustunýting og vangreining áfallastreituröskunar meðal sjúklinga í geðheilbrigðisþjónustu. The mental health service use and undetected PTSD among psychiatric patients in tertiary care.*
- Kristín Hulda Gísladóttir. *Eigin þunglyndisfordómar og þunglyndisfordómar annarra: Umfang og forspárþættir meðal einstaklinga með og án fyrri sögu um þunglyndi. Personal and perceived depression stigma: Magnitude and predictors in formerly depressed and never depressed individuals.*
- Lára Sigurðardóttir. *Hlutverk viðhorfa í þróun áfallastreituröskunar. The role of appraisal in the development of post-traumatic stress disorder.*
- Nína Björg Arnarsdóttir. *Áhrif núvitundarmiðaðrar hugrænnar meðferð á grufhljóði hjá fyrrum þunglyndum: slembivís rannsókn. The effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on rumination tendencies in formerly depressed individuals: A randomized controlled trial.*
- Rósa Björnsdóttir. *Mental health status and service utilization among individuals with and without childhood sexual abuse seeking mental health services.*
- Styrkár Hallsson. *Áhrif núvitundarmiðaðrar hugrænnar meðferðar á núvitund og sjálfs-samkennd og samband þess við þunglyndisþanka hjá fólki með sögu um endurtekna þunglyndislotur: Slembivís-rannsókn. The efficacy of Mindfulness-Based Cognitive therapy in cultivating mindfulness-skills and self-compassion and the association with rumination in people with history of recurrent depression: A randomized controlled trial.*
- Svandís Gunnarsdóttir. *Snemmtæk iðlutun barna á leikskólaaldri meðan beðið er eftir greiningu á frávikum í taugaproska. Early intervention for children in preschool during the time from referral to diagnosis of neurodevelopmental disorders.*
- Unnur Héðinsdóttir. *Dregið úr áleitnum endurminningum eftir áfall með sjónrýmdarverkefni: forþrófun. Reducing the Frequency of Intrusive Memories After Trauma Using a Visuospatial Intervention: A pilot study.*

MS- próf í hagnýtri sálfræði: Meginleg sálfræði:

- Jóhanna Margrét Sigurðardóttir. *Tíðnitölfræði eða Bayesian? Hermirannsókn á samburði á niðurstöðum sennileikametla og Bayesian við þróun langtíma formgerðagreiningar líkans. Frequentist statistics or Bayesian? A simulation study comparing Maximum Likelihood and Bayesian method in creating longitudinal SEM model.*
- Kristín Hulda Kristófersdóttir. *Réttmæti PHQ-9 til skimunar og mats á alvarleika þunglyndis. The Validity of PHQ-9 as a Screener and to Assess Depression Severity.*
- Vera Óðinsdóttir. *Mat á þáttabyggingu og atriðagreining með svarferlalíkani á málfræðiprófi ungra barna. Evaluation of the Factor Structure and IRT analysis of an Icelandic Preschool Language Development Test.*

MS- próf í hagnýtri sálfræði: Samfélag og heilsa/ Samfélag og umhverfi

- Arndís Eva Finnsdóttir. *Mat á neikvæðum afleiðingum þátttöku í peningaspilum: Gagnsemi Roc greininga til að ákvarða magnbundin mörk fyrir þátttöku í peningaspilum. Gambling-related harm as a function of gambling involvement in the Icelandic public: Examining potential thresholds for Low-Risk Gambling Guidelines.*
- Þórdís Birna Borgarsdóttir. *Þáttabygging og forspárréttmæti endurbættrar útgáfu PB-CCA kvarðans. Factor structure and predictive validity of the revised PB-CCA scale.*

Meistaránám í sálfræði

- Ingunn Eyjólfssdóttir. *Ráðgjöf fyrir kennara á internetinu um meðhöndlun á hegðunarvanda nemenda. Evaluation of the effects of a consultation website for teachers*
- Sandra Dögg Þórudóttir. *Spáir skýrleiki hugsýna fyrir um frammistöðu í minnisverkefnum? Does mental imagery vividness predict memory performance?*

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskólann í Reykjavík haust 2019 til haust 2020

(Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

Doktorspróf í sálfræði (PhD)

Ingibjörg Eva Þórisdóttir. *Social Media Use and Symptoms of Anxiety and Depressed Mood among Adolescents.*

MS- próf í klínískri sálfræði

Ásrún Á Jónsdóttir. *Seasonal sleep patterns among people with early-onset psychosis and university students.*

Ástdís Pálsdóttir. *Depression Symptoms among Older Adults in Iceland: Findings from the Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set 2.0.*

Ásthildur Erlingsdóttir. *Connections Between Emotional Dependency and Interventions in Cognitive Behaviour Therapy for Adults: Outcomes of group therapy.*

Ásthildur Gísladóttir. *The relationship between sleep-disordered breathing and neurocognitive problems in children objective and subjective measures of snoring.*

Baldur Richter. *The psychometric properties of Psychosis Attachment measure (PAM) and Attachment Avoidance in Therapy Scale (AATS) in Iceland.*

Carmen Maja Valencia. *Obstructive Sleep Apnea and Snoring in Icelandic Children: The Five-to-Fifteen Questionnaire and School Performance.*

Daðey Albertsdóttir. *Balancing climate anxiety and coping skills: How the cognitive theory of anxiety predicts pro-environmental and avoidance behaviour.*

Dávur Í Dali. *Psoriasis in Iceland, symptoms of psychological comorbidities, and hypothetical maintenance factors.*

Edda Sigfúsdóttir. *Adjunctive behavioral activation for bipolar I disorder: Single case.*

Elfa Scheving. *Efficacy and mechanism of change in transdiagnostic CBT for health anxiety and depressive disorders using single case experimental design.*

Elfar Þór Bragason. *Motivation to change? Psychometric Properties of SOCRATES and URICA, the extent of substance abuse and motivation to change among people with early onset psychosis.*

Erna Björk Einarsdóttir. *A qualitative analysis of generalised anxiety disorder: A cognitive behavioral therapy perspective.*

Eva Bryndís Pálsdóttir. *Barriers and facilitators to disclosure of sexual violence and relationship with symptoms of depression, anxiety and stress.*

Guðrún Carstensdóttir. *Worries, Stop-Rules and Problem-Solving Confidence in a Sample of University Students.*

Guðrún Sunna Gestsdóttir. *Prevalence, mental health and substance use of anabolic steroid users: a population-based study in young individuals.*

Heiðrún Hafþórsdóttir. *Metacognitive Intervention in Early Psychosis: A Pilot Study.*

Helga Maren Hauksdóttir. *The effects of social support and relationship with the perpetrator on disclosure of sexual abuse: Depression, anxiety and stress symptoms among sexually abused victims in Iceland.*

Laufey Ásta Guðmundsdóttir. *A pilot study on the efficacy of FRIENDS: A social skills treatment program for children with autism spectrum disorder.*

Sif Bachman. *The relationship between worries and safety-seeking behaviour in Generalized Anxiety Disorder.*

Telma Sigurgeirsdóttir. *Guided Internet-based self-help for symptoms of anxiety and depression: A feasibility study.*

Thelma Lind Smáradóttir. *Anger, happiness and life-satisfaction among interpersonal or non-interpersonal trauma survivors in Iceland.*

Thelma Smáradóttir. *Prevalence and Effects of Antidepressants during Pregnancy on Infant Outcomes among Women in Iceland.*

