

SÁLFRÆÐIRITID

30. ÁRGANGUR 2025

ICELANDIC JOURNAL OF PSYCHOLOGY

Kvíði og tilfinningavandi hjá börnum með kækjaraskanir:

Samanburður við börn í greiningarferli vegna taugaþroskaraskana

Frumathugun á fyrstu þýðingu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og DIAMOND skimunarlistans fyrir fulloröna

Einkenni matvændni meðal barna með og án taugaþroskaraskana

Félagsleg ógn og áfallastreituröskun

Tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda á meðal íslenskra barna sem greinst hafa með áráttu- og þráhyggjuröskun

Stóuspeki - Listin að lifa

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

30. ÁRGANGUR

2025

Sálfræðiritið – Tímarit Sálfræðingafélags Íslands er gefið út einu sinni á ári. Nágast má ritið gjaldfrjálst á www.salfradiritid.is og frekari 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
30. árgangur, 2025

Ritstjórar: Sigurður Viðar, Tómas Kristjánsson og Inga María Ólafsdóttir

Efnisyfirlit

Frá ritstjórum

Sigurður Viðar, Tómas Kristjánsson og Inga María Ólafsdóttir 5

Ritrynt efni

Kvíði og tilfinningavandi hjá börnum með kækjaraskanir

Ríkey Dröfn Ágústsdóttir og Dagmar Kr. Hannesdóttir 6

Frumathugun á fyrstu þýðingu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og
DIAMOND skimunarlistans fyrir fullorðna

Ragnar P. Ólafsson, Þórður Ö. Arnarson, Brynjar Halldórsson, Erla B. Birgisdóttir,
Halla Ó. Ólafsdóttir, Heiða R. Guðmundsdóttir, Nína B. Arnarsdóttir, Pétur Tyrfingsson,
Solveig E. Jónsdóttir og Sigurður Viðar 18

Einkenni matvendi meðal barna með og án taugaproskaraskana

Sigrún Þorsteinsdóttir, Urður Njarðvík og Anna Sigríður Ólafsdóttir 35

Félagsleg ógn og áfallastreituröskun

Andri Steinþór Björnsson og Jóhann Pálmar Harðarson 48

Tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda á meðal íslenskra barna sem greinst
hafa með árattu- og þráhyggjuröskun

Margrét Halldórsdóttir og Dagmar Kr. Hannesdóttir 54

Skoðanagrein

Stóuspeki - Listin að lifa

Benedikt Jóhannsson sálfræðingur tók saman 68

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands
og Háskólann í Reykjavík haust 2023 til haust 2024 71

ICELANDIC JOURNAL OF PSYCHOLOGY

Journal of the Icelandic Psychological Association

Volume 30, 2025

Editors: Sigurður Viðar, Tómas Kristjánsson and Inga María Ólafsdóttir

Content

Editorial

Sigurður Viðar, Tómas Kristjánsson and Inga María Ólafsdóttir 5

Peer-reviewed content

Prevalence of anxiety disorders and emotional problems among Icelandic children diagnosed with obsessive-compulsive disorder

Rikey Dröfn Ágústsdóttir and Dagmar Kr. Hannesdóttir 6

Properties of the first Icelandic translation of the DIAMOND diagnostic interview and screening questionnaire for adults

Ragnar P. Ólafsson, Þórður Ö. Arnarson, Brynjar Halldórsson, Erla B. Birgisdóttir, Halla Ó. Ólafsdóttir, Heiða R. Guðmundsdóttir, Nína B. Arnarsdóttir, Pétur Tyrfingsson, Solveig E. Jónsdóttir and Sigurður Viðar 18

Symptoms of Fussy Eating among Children with and without Neurodevelopmental Disorders

Sigrún Þorsteinsdóttir, Urður Njarðvík and Anna Sigríður Ólafsdóttir 35

Social threat and post-traumatic stress disorder

Andri Steinþór Björnsson and Jóhann Pálmar Harðarson 48

Obsessive-compulsive disorder in children and anxiety: A comparison of emotional problems among children referred for neurodevelopmental assessment

Margrét Halldórsdóttir and Dagmar Kr. Hannesdóttir 54

Opinion piece

Stoic wisdom - The art of living

Benedikt Jóhannsson gathered 68

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

and Reykjavík University fall 2024 to fall 2025 71

Frá ritstjórum

Þessi útgáfa er 30. árgangur Sálfræðiritsins - Tímarits Sálfræðingafélags Íslands. Í ritinu birtast að þessu sinni fimm ritrýndar fræðigreinar sem endurspeгла breidd og fjölbreytni sálfræðirannsókna á Íslandi. Greinarnar fjalla um ólík viðfangsefni innan sálfræðinnar og varpa ljósi á málefni sem eiga erindi bæði til fræðasamfélagsins og starfandi fagfólks.

Mikilvægt hlutverk Sálfræðiritsins er að vera sameiginlegur vettvangur til að safna, varðveita og miðla þekkingu um sálfræði á íslensku. Í litlu málsamfélagi skiptir slíkur vettvangur miklu máli, bæði fyrir þróun fagsins og fyrir aðgengi fræðasamfélags og almennings að vandaðri, staðbundinni þekkingu. Með útgáfu ritsins er stuðlað að því að rannsóknir, hugmyndir og fagleg umræða innan sálfræðinnar fái rými á íslensku og séu aðgengilegar þeim sem starfa innan fagsins.

Í þessu hefti er jafnframt birt í fyrsta sinn óritrýnd skoðanagrein. Með birtingu slíkra greina vill ritstjórn skapa vettvang fyrir faglega umræðu um málefni líðandi stundar innan sálfræðinnar, þar sem sjónarmið, reynsla og rökstuddar skoðanir fá rými. Skoðanagreinar eru ætlaðar til að efla umræðu, vekja athygli á mikilvægum málefnum og stuðla að gagnrýninni hugsun innan fagsins. Ritstjórn hvetur sálfræðinga og annað fagfólk til að senda inn slíkar greinar til birtingar í ritið.

Eins og í fyrri heftum eru jafnframt birtir titlar lokaritgerða í sálfræði á framhaldsstigi, bæði

meistara- og doktorsritgerða, sem unnar voru við Háskóla Íslands og Háskólann í Reykjavík frá því síðasta hefti ritsins kom út. Með þessu móti leitast Sálfræðiritið við að gefa yfirsýn yfir það öfluga rannsóknarstarf sem fram fer innan íslensks háskólasamfélags.

Sálfræðiritið kemur út í rafrænu og opnu aðgengi, öllum aðgengilegt og gjaldfrjálst. Ritstjórn leggur áfram áherslu á að efla sýnileika ritsins og styðja við sveigjanlegri miðlun þekkingar. Stefnt er að því að greinar birtist jafnóðum og þær eru tilbúnar til birtingar, sem vænst er að auki aðgengi lesenda að nýjustu rannsóknum og hvetji höfundu til að senda inn fjölbreytt efni til ritsins.

Ritstjórar vilja þakka þeim höfundum sem sendu inn greinar í ritið að þessu sinni. Þá viljum við einnig þakka ritrýnendum sérstaklega fyrir þeirra ómetanlega framlag, en fagleg og vönduð ritrýni er grundvöllur gæða í fræðilegri útgáfu. Að lokum vilja ritstjórar enn á ný hvetja leiðbeinendur og kennara í sálfræði við háskóla landsins til að vera vakandi fyrir áhugaverðum rannsóknum nemenda sinna og hvetja þá til að senda þær inn til birtingar í Sálfræðiritinu.

Með kveðju,
Sigurður Viðar
Tómas Kristjánsson
Inga María Ólafsdóttir
Ritstjórar Sálfræðiritsins

Kvíði og tilfinningavandi hjá börnum með kækjaraskanir:

Samanburður við börn í greiningarferli vegna taugaþroskaraskana

Ríkey Dröfn Ágústsdóttir¹ og Dagmar Kr. Hannesdóttir¹

¹Háskóli Íslands

Geð- og taugaþroskaraskanir hafa veruleg áhrif á líðan og daglega virkni barna og unglinga. Kækjaraskanir eru meðal þessara raskana og geta valdið margvíslegum áskorunum í lífi barna. Þrátt fyrir fjölda rannsókna er þekking okkar á þessum röskunum og samslætti þeirra enn takmörkuð. Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni kvíðaraskana og umfang tilfinningavanda hjá börnum sem greindust með kækjaraskanir þegar þeim var vísað í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávika og bera þau saman við börn í klínískum samanburðarhópi hér á Íslandi. Þátttakendur voru 197 börn á aldrinum fimm til átján ára sem vísað hafði verið í greiningarferli til þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslunnar á árunum 2013 til 2022 og uppfylltu greiningarviðmið fyrir kækjaraskanir. Samanburðarhópurinn samanstóð einnig af 197 börnum á sama aldursári og börn úr klínísku úrtakinu. Byggt var á niðurstöðum staðlaðra greiningarviðtala auk mats foreldra og kennara á tilfinningavanda barnanna. Helstu niðurstöður leiddu í ljós að börn með kækjaraskanir höfðu marktækt hærri tíðni kvíðaraskana en börn í klínískum samanburðarhópi. Þau voru jafnframt metin með meiri tilfinningavanda bæði af foreldrum og kennurum en börn í samanburðarhópi. Einnig reyndist marktækur munur á mati foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með kækjaraskanir. Rannsóknin dregur fram mikilvægi aukinnar þekkingar á kækjaröskunum og samslátt við tilfinningavanda til að tryggja viðeigandi meðferð og bæta lífsgæði barna sem glíma við kækjaraskanir.

Efnisorð: Kækjaraskanir, börn og unglingar, tilfinningavandi.

Geðheilsa barna er lykilþáttur í vellíðan og þroska þeirra. Geð- og taugaþroskaraskanir geta haft veruleg áhrif á daglegt líf, félagslega færni, líkamlega heilsu, námsárangur og haft langvarandi áhrif á líf barna ef ekki er gripið inn í snemma. Rannsókn Polanczyk og félaga (2015) bendir til þess að tíðni geðraskana hjá börnum sé á bilinu 11,3–15,1% á heimsvísu, sem undirstrikar þörfina fyrir aukna þekkingu og snemmtæka íhlutun. Slík þekking getur stuðlað að snemmbærri greiningu, viðeigandi stuðningi, minni erfiðleikum og bættum lífsgæðum barna. Geðheilsa barna hefur farið versnandi á heimsvísu og viðeigandi úrræði eru oft takmörkuð jafnvel í hátekjufélögum, þar sem aðeins um 2% af heilbrigðisútgjöldum á heimsvísu er varið til geðheilbrigðisþjónustu (McGorry o.fl., 2024). Þetta kallar á markvissari

greiningarferli, skilvirkari meðferðir og aukna forvarnarstarfsemi.

Kækjaraskanir hjá börnum og ungmennum
Kækjaraskanir (e. *tic disorders*) eru taugaþroskaraskanir sem koma gjarnan fram í æsku og einkennast af skyndilegum, ósjálfráðum hreyfi- og/eða hljóðkækjum (American Psychiatric Association [APA], 2013). Þessar raskanir geta haft veruleg áhrif á daglegt líf og eru taldar koma fram hjá um 2,8% barna og unglinga, þar

Ríkey Dröfn Ágústsdóttir er með B.S. í sálfræði frá Sálfræðideild Háskóla Íslands. Dagmar Kr. Hannesdóttir er klínískur barnasálfræðingur á Geðheilsumiðstöð barna og lektor við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Dagmarar Kr. Hannesdóttur, við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Nýi Garður, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. Netfang: dkh@hi.is.

sem kynjahlutfallið er um ein stelpa fyrir hverja fjóra stráka sem greinast með kækjaraskanir (Bloch og Leckman, 2009; Knight o.fl., 2012). Hreyfi- og hljóðkækir geta bæði verið einfaldir og flóknir. Einfaldir hreyfikækir fela í sér einn vöðvahóp eða líkamshluta. Hreyfingarnar eru yfirleitt snöggar, endurteknar og geta virst frekar merkingarlausar. Kækirnir birtast oft í fyrstu sem andlitsgrettur, snöggar höfuðhreyfingar eða tíð augnablikk. Þó geta kækir komið fram í öllum vöðvahópum og eru margar gerðir og tegundir af einföldum kækjum. Flóknir hreyfikækir geta falist í samsettum hreyfingum og geta virst viljastýrðir. Dæmi um flókna hreyfikæki gætu verið að þefa og gretta sig, herma eftir athöfnum annarra (e. *echopraxia*) og svo framvegis (Bloch og Leckman, 2009; Ueda og Black, 2021).

Hljóðkækir eiga rætur að rekja til vöðvasamdráttar í barkakýli, koki, öndunarfærum, nefi og hreyfingu raddbandanna. Þeir birtast oft einu til tveimur árum á eftir hreyfikækjum. Einfaldir hljóðkækir birtast oft sem hósti, ræskingar, sjúga upp í nef eða óvenjuleg hljóð og geta virst vera frekar merkingarlausir. Flóknir hreyfikækir geta aftur á móti verið að endurtaka eigin orð eða setningar (e. *palilalia*) og endurtaka síðasta orðið eða setninguna sem var sögð, sem kallast bergmálistal (e. *echolalia*) (Bloch og Leckman, 2009; Robertson, 2000; Ueda og Black, 2021).

Þrjár raskanir eru í flokki kækjaraskana, þær eru Tourettesjúkdómurinn (e. *Tourette disorder*), þar sem einstaklingur þarf að hafa upplifað að minnsta kosti einn hljóðkæk ásamt hreyfikækjum sem hafa varað lengur en 12 mánuði. Langvinn kækjaröskun (e. *persistent motor or vocal tic disorder*) er þegar einstaklingar eru annaðhvort með hreyfikæki eða hljóðkæki en ekki bæði. Tímabundin kækjaröskun (e. *provisional tic disorder*) er þegar kækir hafa staðið í skemmri tíma en 12 mánuði. Í tilfellum allra raskananna þurfa kækirnir að hafa komið fram fyrir 18 ára aldur, ekki stafað af lyfjanotkun eða sjúkdómum og verið hamlandi fyrir daglegt líf (APA, 2013).

Kækir geta komið í lotum þar sem alvarleiki og tíðni þeirra eru sveiflukennd. Þættir eins og kvíði, þreyta og streita geta aukið kækina. Alvarleiki og tíðni kækjanna breytast einnig með aldrinum en

fyrstu einkenni koma oft fram á aldrinum þriggja til átta ára. Með aldrinum aukast oft kækirnir og ná hámarki snemma á unglingsárunum. Með hækkandi aldri dofna gjarnan kækirnir og í sumum tilfellum hverfa þeir alveg (Conelea og Woods, 2008; Knight o.fl., 2012).

Batahorfur fara eftir þáttum eins og kyni, aldri við upphaf kækja, alvarleika, fylgiröskunum og sálfélagslegum þáttum. Sýnt hefur verið fram á að því alvarlegri sem kækirnir voru í æsku, þeim mun verri eru batahorfurnar en auk þess hafa stelpur almennt verri batahorfur en strákar. Einnig benda rannsóknir til þess að erfið fjölskyldusamskipti og að taka ekki örvandi lyf þrátt fyrir að þurfa þess (eins og ADHD lyf) spái fyrir um meiri hömlun af völdum kækja á fullorðinsárum. Þó er talið að úthverf einkenni (e. *externalizing symptoms*) líkt og hvatvísi og árásargirni hjá börnum með kækjaraskanir spái fyrir um minnkun á alvarleika kækja og betri batahorfur á fullorðinsárum (Ricketts o.fl., 2022).

Orsakir kækjaraskana og áhrif á daglegt líf

Nákvæm orsök kækjaraskana er óþekkt, en rannsóknir hafa bent til þess að ákveðin heilasvæði gætu gegnt mikilvægu hlutverki í röskuninni, til dæmis djúphnoða (e. *basal ganglia*) sem stjórna hreyfingum, viðbrögðum, athygli og tilfinningum. Breytingar í virkni og formgerð djúphnoðu hafa verið tengdar við þróun kækjaraskana. Frávik í taugabrautinni á milli heilabarkar, stúku og djúphnoðu (e. *cortico-striato-thalamo-cortical circuit*) hefur einnig verið tengd við þróun á kækjaröskunum þar sem taugabrautin hefur áhrif á framkvæmd og stjórnun viljastýrðra hreyfinga. Einnig hefur verið sýnt að frávik í öðrum heilasvæðum eins og heilaberki, litla heila (e. *cerebellum*) og hvítaefninu (e. *white matter*) geta haft áhrif á þróun kækjaraskana (Efron og Dale, 2018; Rampello o.fl., 2006).

Taugaboðefni virðast einnig spila þátt í þróun á kækjaröskunum. Þar sem breytt virkni á taugaboðefnum eins og serótóníni, gamma-amínó smjörkýru (GABA) og dópamíni hafa verið tengd við röskunina. Rannsóknir hafa sýnt að kækjaraskanir hafa einnig sterkan erfðafraðilegan grunn þar sem einstaklingar eru tíu til hundrað

sinnnum líklegri til að greinast með kækjaröskun ef þeir eiga foreldra eða systkini með sömu röskun (Efron og Dale, 2018; Rampello o.fl., 2006; Ueda og Black, 2021).

Kækjaraskanir geta haft veruleg áhrif á daglegt líf barna og unglunga. Alvarleiki kækja er sterklega tengdur við meiri streitu, slakari sjálfsmynd og erfiðleika með félagslega aðlögun (Lee o.fl., 2022). Þar sem kækir eru oft misskildir af öðrum getur það leitt til útskúfunar og samskiptavanda. Sumir reyna að fela eða bæla niður kækina til að passa betur inn í hópinn en sú bæling getur gert kækina enn verri og aukið áhrif þeirra (Lee o.fl., 2022; Lin o.fl., 2006). Rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar með kækjaraskanir upplifa verri lífsgæði en fólk almennt. Þeir upplifa meira andlegt álag, félagslega einangrun og álag í fjölskyldum sínum (Lee o.fl., 2022; Eddy o.fl., 2011). Á sama tíma eiga þeir í minni samskiptum við fólk og taka síður þátt í félagslífi en aðrir (Eddy o.fl., 2011). Börn með kækjaraskanir eiga einnig oft í erfiðleikum með að mynda og viðhalda vináttu. Það getur skýrst af öruggum tengslum við jafnaldra, fordómum og auknum félagskvíða, sem getur leitt til félagslegrar einangrunar og hindrað þátttöku í félagslegum athöfnum (O'Hare o.fl., 2016). Þessi skerðing á lífsgæðum virðist þó einnig haldast í hendur við hversu alvarlegar fylgiraskanir börn með kækjaraskanir eru að glíma við (Vermilion o.fl., 2022).

Fjöldi rannsókna hefur sýnt að kækjaraskanir hafa gjarnan samslátt við aðrar geðraskanir. Sérstaklega virðast tengsl kækjaraskana við árátta-þráhyggjuröskun og athyglisbrest með eða án ofvirkni (ADHD) vera sterk (Hirschtritt o.fl., 2015). Einnig hafa kækjaraskanir verið tengdar við kvíða- og lyndisraskanir. Rannsóknir benda til að samsláttur kækjaraskana við aðrar geð- og taugaproskaraskanir sé algengur, um 54% greinast einnig með ADHD, um 50% með ÁÐR, um 36% með kvíðaraskanir og um 30% með lyndisraskanir (Berzosa-Gonzalez o.fl., 2024; Bloch og Leckman, 2009; Hirschtritt o.fl., 2015).

Tengsl kækja- og kvíðaraskana

Tíðni samsláttar kækja- og kvíðaraskana er mjög mismunandi eftir rannsóknum en talið er að kækjaraskanir hafi hvað mestan samslátt

við almenna kvíðaröskun, aðskilnaðarkvíða og félagskvíða (Vermilion o.fl., 2021). Rannsóknir hafa einnig sýnt að tíðni kvíðaraskana er algengari hjá einstaklingum með kækjaraskanir en hjá almenningi (Modafferi o.fl., 2016; Vermilion o.fl., 2021). Mögulegt er að samsláttur kækja- og kvíðaraskana tengist vegna sameiginlegra heilagsvæða og taugaboðefna sem hafa áhrif bæði á tilfinningar og hreyfingar, til dæmis í möndlu (e. *amygdala*) og tengslum dópamínframleiðslu og kvíða (Leisman og Sheldon, 2022). Þegar kvíða- og kækjaröskun eru til staðar samtímis getur það haft talsverð hamlandi áhrif á daglegt líf einstaklings. Í einhverjum tilfellum getur kvíðinn fyrir kækjum verið meira hamlandi en kækirnir sjálfir (Cuenca o.fl., 2015), og kvíðaraskanir geta einnig haft veruleg áhrif á einkenni kækjaraskana. Kvíði getur bæði aukið alvarleika og magn kækja, sem hefur víðtæk áhrif á líðan og virkni. Það getur leitt til vítahrings þar sem kvíðaeinkenni gera kækina verri og þar með aukast kvíðaeinkenni enn frekar (Ferreira o.fl., 2014). Aukinn kvíði getur þannig leitt til alvarlegri kækja, sem eru meira hamlandi fyrir daglegt líf (Eddy o.fl., 2011; Lewin o.fl., 2011).

Börn og ungmenni með kækjaraskanir greina frá alvarlegri kvíðaeinkennum samanborið við börn almennt, þá sérstaklega einkennum sem tengjast aðskilnaðarkvíða, félagskvíða og líkamlegum einkennum kvíða (Vermilion o.fl., 2021). Birtingarmynd og þróun kvíðans virðist einnig vera frábrugðin hjá einstaklingum með samhliða kækjaröskun. Ólíkt börnum í almennu þýði benda rannsóknir á það að aðskilnaðarkvíði viðhaldist lengur hjá börnum með kækjaraskanir og jafnvel langt fram á unglingsár (Vermilion o.fl., 2021). Einnig hefur verið sýnt fram á að kvíði kemur almennt fyrr fram hjá börnum með kækjaraskanir (við um fjögurra ára aldur). Mikilvægt er þó að benda á að þrátt fyrir töluverðar rannsóknir er mörgum spurningum um tengsl kækja- og kvíðaraskana enn ósvarað (Hirschtritt o.fl., 2015; Vermilion o.fl., 2021).

Markmið rannsókna og rannsóknarspurningar

Kækjaraskanir hafa hamlandi áhrif á daglegt líf og framtíðarhorfur barna og ungmenna. Þessi

áhrif geta orðið enn alvarlegri ef kækjaröskun á sér stað samhliða öðrum röskunum, sérstaklega kvíðaröskunum. Rannsóknir hafa þó ekki verið samhljóða um hversu algengur sá samsláttur er og þar að auki hafa flestar þeirra verið gerðar á meðal fullorðinna. Því er brýn nauðsyn á frekari rannsóknum til að auka skilning á hvernig þessar raskanir tengjast á meðal barna og ungmenna og auka þannig möguleika þeirra á viðeigandi meðferð sem getur bætt lífsgæði.

Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að kanna tíðni kvíðaraskanana meðal barna og unglunga sem greindust með kækjaraskanir þegar þeim var vísað í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávika. Einnig var staða barnanna með tilliti til tilfinningavanda (kvíða- og depurðareinkenni) metin út frá mati foreldra og kennara. Fyrri markmið rannsóknar var að kanna hvort börn með kækjaraskanir væru líklegri til að greinast með kvíðaraskanir en börn í klínískum samanburðarhópi sem einnig var vísað í greiningarferli vegna mögulegra taugaþroskafrávika. Seinna markmið rannsóknar var að meta stöðu barna með kækjaraskanir með tilliti til tilfinningavanda að mati foreldra og kennara, samanborið við börn í klínískum samanburðarhópi. Gert var ráð fyrir að þar sem fyrri rannsóknir hafa sýnt að börn með kækjaraskanir eru líkleg til að þróa með sér tilfinningavanda og kvíðaraskanir, þá var spáð að slíkur vandi yrði meiri hjá börnum með kækjaraskanir en öðrum börnum með taugaþroskaraskanir. Að okkar vitund hefur engin sambærileg rannsókn verið framkvæmd hér á landi hingað til.

Aðferð

Þátttakendur

Allir þátttakendur sóttu greiningarferli Þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (ÞHS; nú Gedheilsumiðstöð barna, GMB) á árunum 2013 til 2022 vegna hugsanlegra taugaþroskafrávika. Ferlið var gjaldfrjálst fyrir alla íbúa landsins og því aðgengilegt öllum fjölskyldum óháð efnahag og búsetu á landinu. Þátttakendur í þessari rannsókn voru hluti af stærra sjúkragagnasafni en fyrir þessa tilteknu

rannsókn þurfti að uppfylla eftirfarandi skilyrði: 1) ná greiningarviðmiðum fyrir Tourette-sjúkdóminn eða aðrar kækjaraskanir, 2) vera yngri en átján ára, 3) mælast með greindarvísitölu 70 eða hærra á Wechsler þroskaprófi í íslenskri útgáfu fyrir grunnskóla- (WISC-IV^{IS}; Kristbjörg Soffía Salvarsdóttir og Sigurgrímur Skúlason, 2006; Wechsler, 2003) eða leikskólaaldur (WPSSI-RIS; Einar Guðmundsson og Hólmfríður Ólafsdóttir, 2003; Wechsler, 1989) og 4) að Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ) hafi verið fyllt út af foreldrum og/eða kennurum. Ef barn hafði áður komið í greiningarferli var aðeins notast við nýjasta mat barnsins. Þátttakendur komu víðs vegar að af landinu. Tilvísanirnar í greiningarferlið bárust ýmist frá heilbrigðisstarfsfólki, skólasálfræðingum eða aðilum innan félagsþjónustunnar, í samráði við foreldra sem gátu þó ekki sjálfir vísað barni í greiningarferli. Upprunalegt úrtak rannsóknarinnar samanstóð af 3010 börnum. Alls uppfylltu 197 börn á aldrinum fimm til átján ára greiningarskilmerki fyrir Tourette-sjúkdóm eða aðrar kækjaraskanir (15,2% stelpur, 84,8% strákar; meðalaldur 9,9 ár; $sf = 2,7$; aldursþönn 5,6-17,7) og var þeim slegið saman í einn hóp undir heitinu „kækjaraskanir“. Klínískur samanburðarhópur var síðan myndaður þar sem hver þátttakandi var paraður við barn úr gagnasafninu sem uppfyllti ekki greiningarskilmerki fyrir Tourettesjúkdóminn eða aðrar kækjaraskanir. Þörunin byggði á kyni, aldri (innan sama aldursárs) og sambærilegum tíma sem barnið kom í greiningarferli. Klíníski samanburðarhópurinn samanstóð að mestu af börnum sem hlutu einhvers konar greiningu í greiningarferlinu, þar á meðal einhverfu og ADHD. Nánari lýsingu á þátttakendum má sjá í töflu 1 í niðurstöðukaflanum.

Mælitæki

Greining á kvíðaröskunum og kækjaröskunum byggðist á tveim mismunandi greiningarviðtölum; *The Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P)* og *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*. Til viðbótar var tilfinn-

ingavandi metinn með kvarðanum Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ*) sem bæði kennarar og foreldrar fylltu út.

The Anxiety Disorders Interview Schedule (ADIS-C/P; Silverman og Albano, 1996)

ADIS er staðlað greiningarviðtal sem hannað er til að meta kvíðaraskanir hjá börnum og ungmennum á aldrinum 7-17 ára samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-IV. Auk kvíðaraskana er viðtalið einnig notað til að meta lyndis- og hegðunarraskanir. Viðtalið skiptist í tvo hluta, annarsvegar viðtal við barnið sjálft (ef það er 10 ára eða eldra) og hinsvegar við foreldra/forráðamenn. Endanleg greining byggist á upplýsingum úr báðum viðtölum ásamt mati sérfræðinga. Almennt er þó miðað við að ef einstaklingur fær gildi 4 eða hærra (af 8) telst hann vera yfir klínískum mörkum og uppfyllir greiningarskilmærki fyrir röskun (Silverman og Albano, 1996). Rannsóknir hafa almennt sýnt góða prófðæðilega eiginleika viðtalsins (Silverman o.fl., 2001; Silverman og Ollendick, 2005) og var íslensku þýðing viðtalsins unnin af sálfræðingum ÞHS. Áreiðanleiki hefur mælst góður í íslensku útgáfunni en samræmi milli matsmanna og réttmæti mælist ekki eins sterkt (Berglind Hauksdóttir, 2014).

Greiningarviðtalið Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL; Kaufman o.fl., 1997)

K-SADS hefur verið notað víðsvegar um heiminn og þýtt á mörg tungumál (Hannesson o.fl., 2023). Notast var við íslenska þýðingu á greiningarviðtalinu K-SADS-PL (Harpa Hrönn Harðardóttir, 2018; Hjördís Ólafsdóttir, 2018) Þýðingin byggði á upprunalegri þýðingu fyrri útgáfu (Lauth o.fl., 2008) og hefur verið metin með tilliti til prófðæðilegra eiginleika, þar sem sýnt hefur verið fram á fullnægjandi áreiðanleika á milli matsmanna (Hannesson o.fl., 2023; Harpa Hrönn Harðardóttir, 2018). Einnig hafa erlendar rannsóknir sýnt fram á góðan innri áreiðanleika. K-SADS-PL hefur reynst sem áhrifaríkt mælitæki til þess að greina geðrænan vanda hjá börn-

um og ungmennum á Íslandi (Hannesson o.fl., 2023). Viðtalið er hálfstaðlað og metur helstu einkenni geðraskana á meðal 6-18 ára barna og ungmenna út frá DSM-V greiningarkerfinu. Mat á einkennunum byggist á raðkvarða og leggur áherslu á að meta hversu alvarleg einkenni eru. Þegar engin einkenni eru til staðar er gefið eitt stig. Þegar einkenni eru til staðar en undir viðmiði eru tvö stig gefin og þrjú stig eru gefin þegar einkenni eru yfir viðmiðum og eru hamlandi í daglegu lífi (Kaufman o.fl., 1997).

Spurningar um styrk og vanda (SDQ; Goodman, 1997)

SDQ er 25 atriða skimunarlisti sem er hannaður til að meta bæði styrkleika og veikleika í hegðun og líðan barna. Kvarðinn er ætlaður börnum fjögurra til sextán ára og er lagður fyrir foreldra og kennara í því skyni að skima tilfinninga- og hegðunarvanda. Kvarðinn skiptist í fimm undirkvarða: Tilfinningavanda, Hegðunarvanda, Ofvirkni/athyglisbrest, Samskiptavanda og Félagsþæfni (Goodman, 1997). Í viðkomandi rannsókn var eingöngu stuðst við undirkvarðann Tilfinningavanda sem samanstendur af fimm einkennum kvíða og depurðar hjá börnum og unglingum. Kvarðinn hefur verið þýddur á íslensku, er staðlaður og hefur sýnt ágæta prófðæðilega eiginleika (Agnes Huld Hrafnisdóttir, 2005; Skarphedinsson og Njardvik, 2024; Örnólfur Thorlacius, 2023). Svarendur meta hegðun barnsins yfir síðastliðna sex mánuði út frá fyrirfram skilgreindum fullyrðingum. Dæmi um atriði/fullyrðingar á undirkvarðanum eru „áhyggjur af mörgu, virðist oft áhyggjufull/ur” og „kvartar oft um höfuðverk, magaverk eða flökurleika”.

Hverju atriði er svarað á þriggja punkta kvarða þar sem metið er hversu vel hver fullyrðing á við. Atriði sem er ekki talið eiga við fær 0 stig. Atriði sem á við að einhverju leyti fær 1 stig. Atriði sem á örugglega við fær 2 stig. Hrástígunum er að jafnaði umbreytt í t-gildi þar sem meðaltalið er 50 og staðalfrávik 10. Einstaklingur sem fær 65 stig eða hærra telst vera yfir klínískum mörkum og telst með vanda (Agnes Huld Hrafnisdóttir, 2005; Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008).

Framkvæmd

Gögnin sem þessi rannsókn byggir á eru hluti af NICE rannsóknarverkefninu um eiginleika barna og unglinga á Íslandi sem komið hafa í greiningu hjá Heilsugæslunni vegna mögulegra taugaþroskafrávika. Rannsóknin hefur hlotið leyfi bæði frá Vísindanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Vísindasiðanefnd (VSNb2022010022/03.01). Öllum börnum sem var vísað í athugun á ÞHS höfðu áður undirgengist þroskapróf sem hluta af tilvísunarferli, ýmist WISC-IV^{IS} eða WPPSI-RIS sem lögð voru fyrir af skólasálfræðingum áður en börnunum var vísað til frekari athugunar. Sem hluti af greiningarferlinu svöruðu foreldrar allra barna í úrtakinu staðlaðri röð spurningalista. Fyrir börn á aldrinum 6-15 ára mátu kennarar einnig hegðun og líðan á sömu spurningalistum. Meðal þeirra mælitækja sem voru nýtt í ferlinu var íslensk útgáfa af listanum SDQ (Goodman, 1997; Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008). Auk spurningalista var ítarlegt mat á mögulegum geðröskunum framkvæmt með hálfstöðluðum greiningarviðtölum (K-SADS-PL og/eða ADIS-C/P) við foreldra allra barna. Fyrir börn eldri en tíu ára voru slík viðtöl einnig tekin við börnin sjálf án þess að foreldri væri viðstatt. Að lokinni gagnaöflun var endanleg greining ákveðin á samráðsfundi sálfræðinga, barnalæknis og annarra viðeigandi fagaðila þar sem stuðst var við greiningarviðmið ICD-10.

Tölfræðileg úrvinnsla

Gögnin voru unnin í tölfræðiforritinu Jamovi (útgáfa 2.3.21.0; The jamovi project, 2023). Eftir myndun kækjaröskunarhóps og klínísk samamburðarhóps (sjá nánar undir þátttakendur) voru aðrir þátttakendur fjarlægðir úr gagnasafninu. Fyrst var reiknuð lýsandi tölfræði fyrir hvorn hópinn (sjá töflu 1). Til að meta hvort börn með kækjaraskanir voru líklegri til að greinast með kvíðaraskanir en samamburðarhópur var framkvæmt kí-kvaðratpróf. Til að kanna hvort börn með kækjaraskanir sýndu hærri stig tilfinningavanda á SDQ kvarðanum að mati foreldra og kennara var notað óháð t-próf. Að lokum var notað parað t-próf til að bera saman mat foreldra og kennara á tilfinningavanda barnanna.

Niðurstöður

Lýsandi tölfræði um aldur, kyn og tíðni kvíðaraskana, einhverfu og ADHD hjá börnum með kækjaraskanir ásamt upplýsingum um klínískan samamburðarhóp má sjá í töflu 1.

Eins og fram kemur í töflu 1 höfðu fleiri börn með kækjaraskanir greinst með kvíðaraskanir en í samsvarandi klínískum samamburðarhópi. Til að kanna hvort þessi munur væri marktækur var notast við kí-kvaðratpróf. Niðurstöður prófsins voru marktækar, $\chi^2(1, N = 394) = 13,95, p < 0,001$, OR = 0,39, sem bendir til þess að marktækt fleiri börn með kækjaraskanir hafi einnig greinst með kvíðaröskun en í klíníska samamburðarhópnum.

Til að meta stöðu barna með kækjaraskanir með tilliti til tilfinningavanda voru svör foreldra og kennara við undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ borin saman við svör foreldra og kennara barna í klínískum samamburðarhópi. Niðurstöðurnar eru teknar saman í töflu 2.

Eins og fram kemur í töflu 2 fengu börn með kækjaraskanir að meðaltali hærri stig á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ en börn í klínískum samamburðarhópi, bæði samkvæmt mati foreldra og kennara. Munurinn milli hópana reyndist 4,3 stig samkvæmt mati foreldra og 3,9 stig samkvæmt mati kennara. Til að meta hvort þessi munur væri marktækur voru framkvæmd óháð t-próf.

Niðurstöður mats foreldra sýndu að börn með kækjaraskanir skoruðu marktækt herra á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ en klíníski samamburðarhópurinn, $t(353) = 2,92, p = 0,004$, þó var áhrifastærðin ($d = 0,30$) lítil (Cohen, 1992). Þetta bendir til þess að börn með kækjaraskanir glíma við meiri tilfinningavanda en börn í samamburðarhóp. Svipað mynstur kom fram í mati kennara, börn með kækjaraskanir voru metin með marktækt hærri tilfinningavanda en börn í samamburðarhópi $t(336) = 2,81, p = 0,005$, þó var áhrifastærðin ($d = 0,31$) lítil (Cohen, 1992). Auk þess kom í ljós nokkur munur á mati foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með kækjaraskanir, þar sem mat foreldra var að meðaltali 7,7 stigum herra en mat kennara (sjá mynd 1).

Til að kanna hvort þessi munur væri marktækur var framkvæmt parað t-próf. Niðurstöður

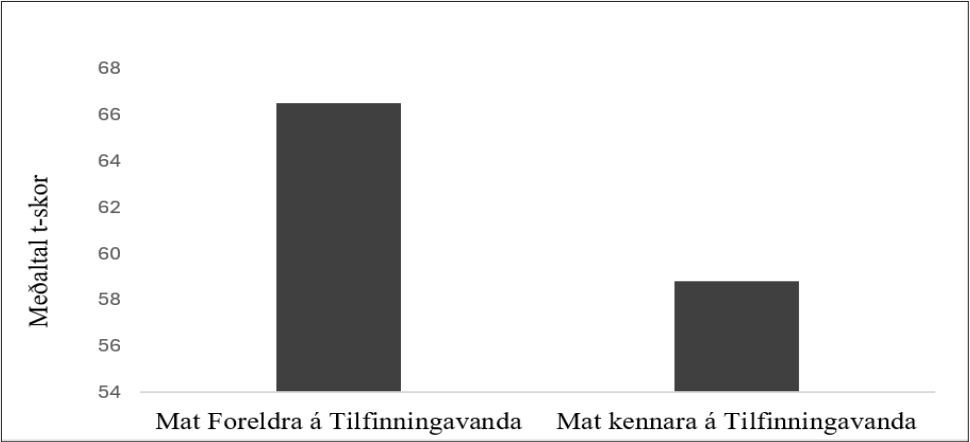
Tafla 1 Lýsandi tölfraði fyrir börn í kækjaraskanahópi og samanburðarhópi.

	Kækjaröskun (<i>n</i> =197)	Samanburðarhópur (<i>n</i> =197)
Kyn		
Stelpur, <i>n</i> (%)	30 (15,2)	30 (15,2)
Strákar, <i>n</i> (%)	167 (84,8)	167 (84,8)
Aldur, <i>M</i> (<i>sf</i>)	9,98 (2,7)	9,98 (2,7)
Aldurspönn	5,60 - 17,7	5,60 - 17,5
Tíðni kvíðaraskana, <i>n</i> (%)	60 (30,4)	29 (14,7)
Tíðni einhverfu, <i>n</i> (%)	15 (7,6)	14 (7,1)
Tíðni ADHD, <i>n</i> (%)	119 (60,4)	113 (57,0)
Tíðni einhverfu og ADHD, <i>n</i> (%)	39 (19,7)	34 (17,2)

Tafla 2 Lýsandi tölfraði í t-skorum fyrir svör kennara og foreldra við undirskarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ.

	Kækjaraskanir foreldrar	Samanburðarh. foreldrar	Kækjaraskanir kennarar	Samanburðarh. kennarar
<i>n</i>	176	172	173	160
<i>M</i> (<i>sf</i>)	66,5 (14,9)	62,2 (14,2)*	58,8 (13,6)	54,9 (11,6)*
Lægsta gildi	40,9	23,0	40,9	42,4
Hæsta gildi	95,6	95,6	106,0	92,1

**p* < 0,05



Mynd 1 Meðaltöl fyrir svör kennara og foreldra við undirskarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ.

sýndu að marktækur munur var á mati foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með kækjaraskanir, $t(165) = 6,57, p < 0,001$. Áhrifastærðin ($d = 0,54$) var meðalstór (Cohen, 1992), og mátu foreldrar tilfinningavanda barna hærra en kennarar.

Umræða

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda meðal barna með kækjaraskanir sem vísað var í greiningarferli til þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslunnar

vegna gruns um taugaproskafrávik á árunum 2013–2022. Þessi börn voru borin saman við klínískan samanburðarhóp sem samanstóð af börnum úr sama greiningarferli sem fengu ýmsar greiningar, þar á meðal einhverfu og ADHD. Gert var ráð fyrir að börn með kækjaraskanir myndu sýna hærri tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda samanborið við börn í klínískum samanburðarhópi. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að tíðni kvíðaraskana var marktækt hærri meðal barna með kækjaraskanir miðað við klínískan samanburðarhóp barna sem var einnig vísað í greiningarferli vegna taugaproskaraskana. Þessi niðurstaða styður tilgátuna um að kvíðaraskanir séu algengari hjá börnum með kækjaraskanir. Í hópi barna með kækjaraskanir reyndist hlutfall kvíðaraskana vera 30,4%, sem er í samræmi við fyrri rannsóknir á hópum með kækjaraskanir, en þó fremur í lægri kantinum (Berzosa-Gonzalez o.fl., 2024; Bloch og Leckman, 2009; Hirscht-ritt o.fl., 2015). Í klíníska samanburðarhópnum var tíðni kvíðaraskana 14,7%. Kynjahlutfallið í hópi barna með kækjaraskanir reyndist einnig frábrugðið fyrri rannsóknum þar sem ein stelpa greindist með kækjaröskun fyrir hverja 5,6 stráka, en fyrri niðurstöður benda til kynjahlutfalls í kringum 1:4 fyrir stelpur og stráka (Knight o.fl., 2012). Þessi frávik á tíðni og kynjahlutfalli kunna að skýrast af eðli úrtaksins þar sem öllum börnum hafði verið vísað í greiningarferli vegna gruns um taugaproskafrávik en slík tilvísun gæti aukið líkur á að börn glími við fjölþættan vanda og að kynjahlutföll skekkist.

Auk þess sýndu niðurstöður að börn með kækjaraskanir skorðu marktækt hærri á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ bæði samkvæmt mati foreldra og kennara samanborið við klíníska samanburðarhópinn. Þessi niðurstaða styður tilgátuna um aukinn tilfinningavanda meðal barna með kækjaraskanir og bendir til að þau upplifi frekar einkenni á borð við kvíða, depurð og vanlíðan í daglegu lífi, til viðbótar við þau einkenni sem tengjast kækjaröskunum sjálfum. Þessar niðurstöður eru ekki óvæntar í ljósi þess að meirihluti atriða á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ leggur áherslu á kvíða-einkenni. Einnig hafa fyrri rannsóknir sýnt að börn með kækjaraskanir upplifa meiri félagslega

skerðingu, aukið andlegt álag og skert lífsgæði í samanburði við jafningja í almennu þýði (Eddy o.fl., 2011; O'Hare o.fl., 2016). Því er vel mögulegt að þættir á borð við félagslega einangrun og streituvaldandi aðstæður geta aukið líkur á tilfinningavanda.

Athyglisvert var að foreldrar barna með kækjaraskanir gáfu marktækt hærri stig á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ kvarðanum en kennarar. Þessi munur á milli matsaðila er þó í samræmi við fyrri rannsóknir sem sýnt hafa að ósamræmi milli foreldra og kennara sé algengt þegar líðan og hegðun barna er metin. Til dæmis fundu Cheng o.fl. (2017) lágt samræmi milli foreldra og kennara við mat á tilfinningavanda barna á aldrinum 6–11 ára með sama kvarða, þar sem foreldrar gáfu hærri stig en kennarar. Einnig hafa fyrri niðurstöður í íslensku þýði á SDQ matslistanum sýnt að foreldrar meta tilfinningavanda barna hærri en kennarar (Skarphedinnsson og Njardvik, 2024). Slíkt ósamræmi undirstrikar mikilvægi þess að nýta mat frá fleiri en einum aðila og túlka niðurstöður af varfærni þegar stuðst er við matskvarða.

Mikilvægt er að ósamræmi í mati matsaðila sé þó ekki ávallt túlkað sem mælivilla. Þvert á móti getur slíkt ósamræmi veitt mikilvægar klínískar vísbendingar um birtingarmynd einkenna í mismunandi aðstæðum (De Los Reyes o.fl., 2023). Ólíkir matsaðilar hafa mismunandi sjónarhorn sem veita okkur mikilvægar upplýsingar um hegðun barna. Foreldrar leggja mat á hegðun barns í heimilislegu og persónulegu umhverfi þar sem aðstæður eru sveigjanlegar og fjölbreyttar. Þeir hafa jafnframt innsýn í líða barns áður en það fer í félagslegt og skipulagt umhverfi eins og skóla. Kennarar og aðrir umönnunaraðilar meta hins vegar hegðun í formlegra námsumhverfi þar sem væntingar eru skýrari, félagsleg samskipti við jafnaldra eru í fyrirrúmi og möguleiki gefst til að bera hegðun saman við jafningjahóp. Þessi mismunandi sjónarhorn endurspeglar ólíkt samhengi hegðunar og veita fjölbreyttar upplýsingar um hvernig börn tjá sig og haga sér í ólíkum aðstæðum (Dubiel o.fl., 2024). Að greina og skilja slíkt ósamræmi er lykilatriði í klínísku mati, það stuðlar að nákvæmari greiningu og markvissari stuðningi

Við túlkun niðurstaðanna þarf að hafa í huga ákveðna veikleika, til dæmis að hópur barna með kækjaraskanir var vísað í almennt greiningarferli vegna taugaþroskaraskana en var ekki sérstaklega vísað vegna kækjaraskana. Slíkt þýðir að þessi klíníski hópur er hugsanlega með enn fjölpættari vanda en gengur og gerist meðal barna með kækjaraskanir. Sumar niðurstöðurnar byggðust síðan eingöngu á upplýsingum frá foreldrum og kennurum. Þótt það teljist styrkur að fá mat frá ólíkum aðilum sem fylgjast með börnunum í mismunandi aðstæðum hefði sjálfsmat barna geta veitt dýpri innsýn í eigin upplifun þeirra. Slíkar upplýsingar lágu þó ekki fyrir með SDQ kvarðann heldur einungis í tengslum við greiningarviðtöl, en þá aðallega fyrir börn tíu ára og eldri sem fóru sjálf í greiningarviðtal án foreldra. Rannsóknin býr einnig yfir ýmsum styrkleikum. Úrtakið samanstóð af börnum af öllu landinu og var því ekki bundið við ákveðinn landshluta. Þá var tilvísunar- og matsferli gjaldfrjálst og því endurspeglar úrtakið breiðari hóp með tilliti til ákveðinna bakgrunnsbreyta eins og félagslega og efnahagslega stöðu þátttakenda. Aldursdreifingin var jafnframt fjölbreytt og ekki takmörkuð við eitt aldursbil, sem styrkir ytra réttmæti rannsóknarinnar og eykur möguleika á að yfirfæra niðurstöðurnar á stærri hóp barna. Einnig nær gagnasafnið yfir tæplega tíu ára tímabil og sýnir tíðni greininga á kækjaröskun á því tímabili sem hluta af flóknara greiningarferli fyrir börn með taugaþroskaraskanir.

Niðurstöður rannsóknarinnar draga fram margþættan vanda barna með kækjaraskanir og varpa ljósi á það andlega álag sem fylgir röskununum. Þær sýna að börn með kækjaraskanir glíma gjarnan við kvíðaeinkennum samhliða tilfinningavanda, sem getur haft áhrif á birtingarmynd og alvarleika kækjanna sjálfra (Eddy o.fl., 2011; Lewin o.fl., 2011). Slík samhliða einkenni undirstrika mikilvægi þess að meðferðarúræði taki mið af báðum þáttum samtímis þar sem kvíði getur ýtt undir eða viðhaldið einkennum kækja. Rannsóknin bætir við mikilvæga þekkingu á þessu sviði sérstaklega í ljósi þess að svo best er vitað hefur ekki verið gerð sambærileg rannsókn á Íslandi hingað til. Niðurstöður hafa hagnýtt gildi fyrir greiningu og íhlutun og gefa tilefni til frekari rannsókna. Þörf

er á að dýpka skilning á tengslum kækjaraskana og kvíða sérstaklega með hliðsjón af því hvaða kvíðaraskanir eru líklegastar til samsláttar við kækjaraskanir og hvernig tilfinningavandi þessara barna birtist. Jafnframt er mikilvægt að kanna frekar ástæður ósamræmis í mati foreldra og kennara og hvernig megi nýta slíka þekkingu til að bæta skimun, greiningu og inngripi.

Rannsóknin stuðlar að aukinni þekkingu á börnum með kækjaraskanir, röskunum sem hafa oft verið misskildar af samfélaginu og alvarleiki einkenna þeirra vanmetinn. Aukinn skilningur og þekking á þörfum þessara barna er lykilatriði til að tryggja viðeigandi stuðning og bæta lífsgæði þeirra til framtíðar.

Prevalence of anxiety disorders and emotional problems among Icelandic children diagnosed with obsessive-compulsive disorder

Neurodevelopmental and mental disorders can have a substantial impact on the wellbeing and daily function of children and adolescents. Tic disorders are among these disorders and can pose considerable challenges in children's lives. Despite numerous studies, our knowledge on these disorders remains limited. The aim of the study was to examine the prevalence of anxiety disorders and the extent of emotional difficulties in children diagnosed with tic disorders when referred for a neurodevelopmental assessment, compared to a clinical comparison group. Participants were 197 children aged five to eighteen years who had been referred for neurodevelopmental diagnostic assessment in Iceland between 2013 and 2022. The clinical comparison group consisted of an additional 197 children of comparable ages also referred for a neurodevelopmental assessment. Data was obtained from standardized diagnostic interviews, as well as parent and teacher ratings of children's emotional difficulties. Results indicated that children with tic disorders had a significantly higher prevalence of anxiety disorders than children in the clinical comparison group. They were also rated as having greater emotional difficulties by both parents and teachers. Furthermore, a significant discrepancy emerged between parent and teacher ratings of emotional difficulties in children with tic disorders. The findings highlight the importance of expanding knowledge about tic disorders in order to provide appropriate support and improve children's quality of life.

Keywords: *Tic disorders, children and adolescents, internalizing symptoms.*

Heimildir

- Agnes Huld Hrafnisdóttir (2005-2006). Athugun á próf-fræðilegum eiginleikum Spurninga um styrk og vanda í hópi 5 ára barna á Íslandi. *Sálfræðiritið*, 10-11, 71–82.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Berglind Hauksdóttir. (2014). *Greiningarviðtalið ADIS fyrir börn: Athugun á kvíðaeinkennum í klínísku þýði með greiningarviðtalinu ADIS fyrir börn* [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/18360>
- Berzosa-Gonzalez, I., Martinez-Horta, S., Pérez-Pérez, J., Kulisevsky, J. og Pagonabarraga, J. (2024). Therapeutic approach to primary tic disorders and associated psychiatric comorbidities. *Brain Sciences*, 14(12), 1231. <https://doi.org/10.3390/brainsci14121231>
- Bloch, M. H. og Leckman, J. F. (2009). Clinical course of Tourette syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(6), 497-501. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.002>
- Cheng, S., Keyes, K. M., Bitfoi, A., Carta, M. G., Koç, C., Goelitz, D., Otten, R., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Pez, O. og Kovess-Masfety, V. (2017). Understanding parent-teacher agreement of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Comparison across seven European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), e1589. <https://doi.org/10.1002/mpr.1589>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Conelea, C. A. og Woods, D. W. (2008). The influence of contextual factors on tic expression in Tourette's syndrome: A review. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(5), 487–496. [10.1016/j.jpsychores.2008.04.010](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.04.010)
- Cuenca, J., Glazebrook, C., Kendall, T., Hedderly, T., Heyman, I., Jackson, G., Murphy, T., Rickards, H., Robertson, M., Stern, J., Trayner, P. og Hollis, C. (2015). Perceptions of treatment for tics among young people with Tourette syndrome and their parents: a mixed methods study. *BMC Psychiatry*, 15(6). [10.1186/s12888-015-0430-0](https://doi.org/10.1186/s12888-015-0430-0)

Ríkey Dröfn Ágústsdóttir has a Bachelor's degree in psychology from the University of Iceland, Psychology department. Dagmar Kr. Hannesdóttir is a clinical child psychologist at the Children's Mental Health Center and an assistant professor at the Department of Psychology, University of Iceland. Correspondence concerning this article should be addressed to Dagmar Kr. Hannesdóttir, at the University of Iceland, Psychology department, Nýi Garður, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. E-mail: dkh@hi.is.

- De Los Reyes, A., Epkins, C. C., Asmundson, G. J., G., Augenstein, T. M., Becker, K. D., Becker, S. P., Bonadio, T. F., Borelli, J. L., Boyd, R. C., Bradshaw, C. P., Burns, G. L., Casale, G., Causadias, J. M., Cha, C. B., Chorpita, B. F., Cohen, J. R., Comer, J. S., Crowell, S. E., Dirks, M. A., ... Youngstrom, E. A. (2023). Editorial statement about JCCAP's 2023 special issue on informant discrepancies in youth mental health assessments: Observations, guidelines, and future directions grounded in 60 years of research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(1), 147-158. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2158842>
- Dubiel, S., Cohen, F. og Anders, Y. (2024). German parents and educators of two to four-year-old children as informants for the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01767-2>
- Eddy, C. M., Rizzo, R., Gulisano, M., Agodi, A., Barchitta, M., Cali, P., Robertson, M. M. og Cavanna, A. E. (2011). Quality of life in young people with Tourette syndrome: A controlled study. *Journal of Neurology*, 258, 291-301. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5754-6>
- Efron, D. og Dale, R. C. (2018). Tics and tourette syndrome. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 54(10), 1148-1153. <https://doi.org/10.1111/jpc.14165>
- Einar Guðmundsson og Hólmfríður Ólafsdóttir. (2003). *WPPSI-RIS; Handbók; Íslensk staðfærsla og stöðlun. Námsmatsstofnun*
- Ferreira, B. R., Pio-Abreu, J. L. og Januário, C. (2014). Tourette's syndrome and associated disorders: A systematic review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 36(3), 123-133. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2014-1003>
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties Questionnaire: A research note. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38(5) 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01545.x>
- Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon. (2008). Spurningar um styrk og vanda (SDQ). Handbók.
- Hannesson, H. H., Smárason, O., Højgaard, D. R., Lauth, B., Wessman, I., Sigurjónsdóttir, S. A. og Skarphéðinsson, G. (2023). Evaluating the interrater reliability of the Icelandic version of K-SADS-PL DSM-5. *Child Psychiatry & Human Development*, 56, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01644-4>
- 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 [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/30625>
- Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L., Dion, Y., Grados, M. A., Illmann, C., King, R. A., Sandor, P., McMahon, W. M., Lyon, G. J., Cath, D. C., Kurlan, R., Robertson, M. M., Osiecki, L., Scharf, J. M. og Mathews, C. A. (2015). Tourette Syndrome Association International consortium for genetics. Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 325-33. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2650>
- Hjördis Ólafsdóttir. (2018). Íslenska staðfærsla og mat á próffræðilegum eiginleikum DSM-5 útgáfu Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Kvíðaraskanir og áfallastreituraskanir
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D. og Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583.199707000-00021>
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N. og Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2012.05.002>
- Kristbjörg Soffía Salvardsdóttir og Sigurgrímur Skúlason. (2006). *WTSC-IV^{TS}. Handbók. Fyrirlögn og mat. Námsmatsstofnun*.
- 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. <https://doi.org/10.1080/08039480801984214>
- Lee, M. Y., Wang, H. S. og Lee, T. Y. (2022). Psychosocial stress, self-esteem, and social adjustment: A moderated mediation analysis in Taiwanese adolescents with Tourette syndrome. *Journal of Pediatric Nursing*, 62, e84-e90. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.07.013>
- Leisman, G. og Sheldon, D. (2022). Tics and emotions. *Brain Sciences*, 12(2), 242. <https://doi.org/10.3390/brainsci12020242>

- Lewin, A. B., Storch, E. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C. L., Scahill, L. D., Compton, S. N., Walkup, J. T. og Murphy, T. K. (2011). The roles of anxiety and depression in connecting tic severity and functional impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 164-168. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.016>.
- Lin, H., Katsoch, L., Ghebremichael, M., Findley, D. B., Grantz, H., Lombroso, P. J., King, R. A., Zhang, H. og Leckman, J. F. (2006). Psychosocial stress predicts future symptom severities in children and adolescents with tourette syndrome and/or obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(2), 157-166. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01687.x>
- McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S.-J., Browne, V., Dooley, B., Hickie, I. B., Jones, P. B., McDaid, D., Mihalopoulos, C., Wood, S. J., El Azzouzi, F. A., Fazio, J., Gow, E., Hanjabam, S., Hayes, A., Morris, A., Pang, E., ... Killackey, E. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 731-774. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00163-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00163-9)
- Modafferi, S., Stornelli, M., Chiarotti, F., Cardona, F. og Bruni, O. (2016). Sleep, anxiety and psychiatric symptoms in children with tourette syndrome and tic disorders, *European Journal of Paediatric Neurology*, 20(5), 696-703. <https://doi.org/10.1016/j.ejpn.2016.05.003>
- O'Hare, D., Helmes, E., Eapen, V., Grove, R., McBain, K. og Reece, J. (2016). The impact of tic severity, comorbidity and peer attachment on quality of life outcomes and functioning in tourette's syndrome: Parental Perspectives. *Child Psychiatry & Human Development*, 47, 563-573. <https://doi.org/10.1007/s10578-015-0590-7>
- Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. og Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Rampello, L., Alvano, A., Battaglia, G., Bruno, V., Raffaele, R. og Nicoletti, F. (2006). Tic disorders: from pathophysiology to treatment. *Journal of neurology*, 253(1), 1-15. <https://doi.org/10.1007/s00415-005-0008-8>
- Ricketts, E. J., Woods, D. W., Espil, F. M., McGuire, J. F., Stiede, J. T., Schild, J., Yadegar, M., Bennett, S. M., Specht, M. W., Chang, S., Scahill, L., Wilhelm, S., Peterson, A. L., Walkup, J. T. og Piacentini, J. (2022). Childhood predictors of long-term tic severity and tic impairment in tourette's disorder. *Behavior Therapy*, 53(6), 1250 - 1264. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.07.002>
- Robertson, M. M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions and the complexities of treatment. *Brain*, 123(3), 425-562. <https://doi.org/10.1093/brain/123.3.425>
- Silverman, W. K. og Albano, A. M. (1996). *The anxiety disorders interview schedule for children and parents—DSM-IV version*. Graywind.
- Silverman, W. K. og Ollendic, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 937-944. [10.1207/s15374424jccp3403_2](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_2)
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M. og Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(8), 937-944. [10.1097/00004583-200108000-00016](https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016)
- Skarphedinsson, G. og Njardvik, U. (2024). Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire in an Icelandic community sample. *Nordic Journal of Psychiatry*, 78(8), 705-712. <https://doi.org/10.1080/08039488.2024.2412777>
- Ueda, K. og Black, K. J. (2021). A comprehensive review of tic disorders in children. *Journal of Clinical Medicine*, 10(11), 2479. <https://doi.org/10.3390/jcm10112479>
- Vermilion, J., Augustine, E., Adams, H. R., Vierhile, A., Lewin, A. B., Thatcher, A., McDermott, M. P., O'Connor, T., Kurlan, R., Wijngaarden, E. V., Tanya K. Murphy, T. K. og Mink, J. W. (2022). Tic disorders are associated with lower child and parent quality of Life and Worse Family Functioning. *Pediatric Neurology*, 105, 48-54. <https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2019.12.003>
- Vermilion, J., Pedraza, C., Augustine, E.F., Adams, H. R., Vierhile, A., Lewin, A. B., Collins, A. T., McDermott, M. P., O'Connor, T., Kurlan, R., Wijngaarden, E. V., Murphy, T. K. og Jonathan, J. W. (2021). Anxiety symptoms differ in youth with and without tic disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, 52, 301-310. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01012-6>
- Wechsler, D. (1989). The Wechsler preschool and primary scale of intelligence-revised. *The Psychological Corporation*.
- Wechsler, D. (2003). Wechsler intelligence scale for children, fourth edition [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t15174-000>
- Örnólfur Thorlacius (2023). Staðfestandi þáttgreining á foreldraútgáfu Spurninga um styrk og vanda (SDQ) í úrtaki grunnskólabarna. *Sálfræðiritið*, 28, 39-55.

Frumathugun á fyrstu þýðingu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og DIAMOND skimunarlistans fyrir fullorðna

Ragnar P. Ólafsson¹, Þórður Ö. Arnarson¹, Brynjar Halldórsson², Erla B. Birgisdóttir³,
Halla Ó. Ólafsdóttir^{2,3}, Heiða R. Guðmundsdóttir³, Nína B. Arnarsdóttir¹,
Pétur Tyrfingsson³, Solveig E. Jónsdóttir³, Sigurður Viðar¹

¹Sálfræðideild Háskóla Íslands; ²Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík; ³Geðsvið Landspítala

DIAMOND geðgreiningarviðtalið (*Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders*) er hálfstaðlað viðtal til að meta viðmið alls 35 geðgreininga hjá fullorðnum samkvæmt greiningarviðmiðum DSM-5 greiningarkerfisins. Skimunarlisti fylgir viðtalinu sem hægt er að nota til að skima fyrir einkennum þeirra geðraskana sem metnar eru í viðtalinu. Fyrsta útgáfa þýðingar DIAMOND viðtalsins og skimunarlistans er notuð í yfirstandandi rannsókn á árangri atferlismatarmæðferðar við þunglyndi. Gögn úr fyrsta hluta þeirrar rannsóknar voru notuð til að skoða samræmi í niðurstöðum viðtals og skimunarlistans, auk þess sem upplýsingar eru birtar um samræmi milli matsmanna. Alls komu 44 þátttakendur í matsheimsókn í fyrsta hluta rannsóknarinnar. Meðalaldur þátttakenda var 38,2 ár ($Sf=11,9$), þar af 20 karlar og 24 konur. Meðalfjöldi geðgreininga samkvæmt viðtali var 3,2 og var fjöldi greininga á bilinu ein til níu. Óháðir matsaðilar hlustuðu á upptökur tólf viðtala (27,3%) og var samræmi milli mats þeirra og niðurstöðu í matsviðtali gott, eða frá 83% fyrir greiningu alvarlegrar þunglyndisröskunar, upp í 100% fyrir greiningu þráhyggju-árátturöskunar. Algengustu geðgreiningarnar samkvæmt viðtali voru alvarleg þunglyndisröskun (56,8%), félagskvíðaröskun (47,7%), þrálát þunglyndisröskun (36,4%) og almenn kvíðaröskun (34,1%) og var samræmi í niðurstöðu viðtals og skimunar skoðað fyrir þessar fjórar geðgreiningar. Samræmi var gott þegar um röskun var að ræða samkvæmt viðtali en lélegt þegar tiltekin röskun var ekki til staðar samkvæmt viðtali, sem bendir til að skimunarlistinn hafi gott næmi (e. sensitivity) en litla sértækni (e. specificity) fyrir þessar fjórar geðgreiningar. Fyrirlögn DIAMOND geðgreiningarviðtalsins gekk almennt vel í þessari fyrstu rannsókn hér á landi. Úrtak rannsóknarinnar var lítið og tilgangur rannsóknarinnar leiddi til þess að fólk með þunglyndisvanda var í miklum meirihluta þeirra sem tóku þátt. Mikilvægt er að gögnum verði áfram safnað í stærri og fjölbreyttari úrtökum, til að athuga próffræðilega eiginleika DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og samræmi milli niðurstöðu viðtals og skimunarlista.

Efnisorð: geðgreiningarviðtal, sálfræðilegt mat, skimun, réttmæti, áreiðanleiki.

Staðlað og kerfisbundið mat á geðrænum vanda er mikilvægt af mörgum ástæðum. Það gegnir lykilatriði í rannsóknum svo lýsing á vanda skjólstaðinga sé samræmd milli rannsóknahópa og niðurstöður byggi á gögnum sem safnað var með samræmdum hætti. Það kemur einnig að gagni við greiningu og mismunagreiningu flókinna vandamála og gegnir mikilvægu hlutverki við þjálfun þeirra sem læra til sálfræðings. Þótt skiptar skoðanir séu um réttmæti geðgreiningarkerfa í sálfræði og geðlæknisfræði (sjá t.d. Lilienfeld og Treadway, 2016; Widiger

og Hines, 2022), hefur, enn sem komið er, ekki komið fram annað kerfi sem er nægilega stutt gögnum og náð að festa sig í sessi. Greining geðraskana fylgir því enn greiningakerfunum DSM-5 (APA, 2013) og ICD-11 (WHO, 2022), og þessar skilgreiningar gegna lykilhlutverki við rannsóknir, kennslu og í klínísku starfi þar sem sálfræðilegt mat kemur við sögu.

Fyrirspurnum um greinina svarar Ragnar P. Ólafsson, Sálfræðideild Háskóla Íslands, Nýja Garði, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík, ragnarpo@hi.is

Geðgreiningarviðtölum má skipta upp í stöðluð (e. structured), hálfstöðluð (e. semi-structured) og óstöðluð viðtöl. Stöðlun vísar hér til fyrirlagðar viðtöla, ekki stöðlunar skora með normum, sem úr viðtölunum koma. Stöðluð og hálfstöðluð viðtöl fylgja fyrirframgefnum viðtalsramma þar sem spurt er sömu spurninganna, með sama hætti ásamt því að svörin eru metin á kerfisbundin hátt (Garb o.fl., 2025; Segal og Williams, 2014). Svigrúm til að víkja frá spurningum eða spyrja viðbótarspurninga er ekki til staðar í stöðluðum viðtölum en slíkt leyft að einhverju marki í hálfstöðluðum viðtölum. Óstöðluð viðtöl, oft kölluð klínísk viðtöl, fylgja hins vegar ekki fyrirframgefnum viðtalsramma. Hvað spurt er um, hvernig það er gert og hvernig svörin eru metin, ræðst því eingöngu af þeim sem tekur viðtalið (Segal og Williams, 2014). Fjölmargar rannsóknir sýna að réttmæti geðgreininga, sem fengnar eru með stöðluðum eða hálfstöðluðum viðtölum, er meira en greininga sem fengnar eru í óstöðluðum viðtölum, auk þess sem samræmi milli greininga í matsviðtölum yfir tíma, er meira þegar um stöðluð og hálfstöðluð viðtöl er að ræða (Garb o.fl., 2025; Summerfeldt o.fl., 2020). Það er því mikilvægt að til séu stöðluð og hálfstöðluð matstæki sem byggja á skilgreiningum þessara kerfa og hægt er að nota í sálfræðilegu mati og greiningarvinnu hér á landi.

Fá geðgreiningarviðtöl fyrir fullorðna hafa verið þýdd yfir á íslensku. Þekktast er líklega *MINI International Neuropsychiatric Interview* (MINI) sem er hálfstaðlað viðtal og hefur verið notað í klínísku starfi og rannsóknum á Íslandi í hartnær tuttugu ár. Íslensk þýðing viðtalsins er frá árinu 2005 og er það þýðing af MINI 5.0 (Sheehan o.fl., 1998) sem byggir á greiningarviðmiðum DSM-IV (APA, 2000) og ICD-10 (WHO, 1994). Þótt nýjar útgáfur af viðtalinu á ensku hafi litið dagsins ljós, hefur íslenska gerðin ekki verið uppfærð og því ekki hægt að meta einkenni geðraskana samkvæmt nýjustu útgáfum greiningarkerfanna. Borga þarf fyrir notkun viðtalsins, auk þess sem viðtalið tekur einungis til sumra geðraskana. Fleiri geðgreiningarviðtöl hafa verið þýdd og verið í einhverri notkun hér á landi, en hafa ekki fest sig í sessi og upplýsingar hafa ekki verið birtar um þau svo vitað sé til.

Allt frá nýjustu útgáfu geðgreiningarkerfanna tveggja, hefur verið ljóst að íslenska þýðingu þurfi af geðgreiningarviðtali sem gefi kost á stöðluðu eða hálfstöðluðu mati á geðrænum einkennum 18 ára og eldri. Hálfstaðlað viðtal hefur meira hagnýtt gildi heldur en staðlað viðtal, þar sem notkun þess er sveigjanlegri sem getur hentað betur í klínísku starfi (Garb o.fl., 2025). Mikilvægt er að geðgreiningarviðtal hafi bæði fullnægjandi dýpt og breidd, það er, meti einkenni hverrar röskunar nægjanlega ítarlega og veiti upplýsingar sem geta verið mikilvægar í klínísku starfi, en spanni einnig helstu geðraskanir sem eru algengar og komið geta við sögu í sálfræðilegum matsstörfum. Þessum markmiðum þarf að ná án þess að viðtalið sé of umfangsmikið og tímafrekt í notkun. Mjög mikilvægt er að próffræðilegar upplýsingar um viðtalið liggi fyrir og að þær renni fullnægjandi stoðum undir réttmæti og áreiðanleika þess (Summerfeldt o.fl., 2020). Einnig er mjög mikilvægt að viðtalið sé aðgengilegt til að það henti í störfum sálfræðinga og þjálfun verðandi sálfræðinga og notkun þess sé ekki of kostnaðarsöm.

Val á viðtali til þýðingar

Öll fyrrnefnd atriði þarf að hafa í huga við val á viðtali svo það nýtist vel í rannsóknum, þjálfun og klínísku starfi. Þau tvö geðgreiningarviðtöl sem mikið eru notuð á heimsvísu í rannsóknum í hópum fullorðinna eru *Structured Clinical Interview for DSM-5* (SCID-5; First o.fl., 2016) og *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5 - Adult Version* (ADIS-5; Brown og Barlow, 2014). Þótt SCID-5 taki til allra helstu geðgreininga, er notkun viðtalsins háð leyfi og borga þarf fyrir aðgang að því. Svo er einnig um ADIS-5 viðtalið, auk þess sem það er takmarkaðra og miðast helst við kvíða- og þunglyndisraskanir og algengustu fylgiraskanir þeirra. Eins og áður hefur verið nefnt, þarf að greiða fyrir notkun MINI geðgreiningarviðtalsins. Nýlega var gefið út geðgreiningarviðtal sem heitir *Diagnostic Assessment Research Tool* (DART; McCabe o.fl., 2021), sem er ætlað að meta greiningaviðmiðmið helstu geðraskana í hópum fullorðinna samkvæmt DSM-5 kerfinu. Noktun viðtalsins er ekki háð gjaldi, auk þess sem

Tafla 1 Flokkar geðraskana sem hægt er að meta með DIAMOND geðgreiningarviðtalinu.

Kvíðaraskanir Sértæk fælni Specific Phobia Almenn kvíðaröskun Generalized Anxiety Disorder Felmkursöskun Panic Disorder Félagskvíðaröskun Social Anxiety Disorder Víðáttufælniröskun Agoraphobia Aðskilnaðarkvíðaröskun Separation Anxiety Disorder	Punglyndisraskanir Þrálát þunglyndisöskun Persistent Depressive Disorder Alvarleg þunglyndisöskun Major Depressive Disorder Þunglyndisöskun tengd tíðahring Premenstrual Dysphoric Disorder	Áfalla- og streituraskanir Áfallastreituröskun Post-Traumatic Stress Disorder Bráðastreituröskun Acute Stress Disorder Aðlögunarröskun Adjustment Disorder
Bráhyggju-áráttu og skyldar raskanir Þáhyggju-árátturöskun Obsessive-Compulsive Disorder Líkamsskynjunarröskun Body Dysmorphic Disorder Söfnunarröskun Hoarding Disorder Hárreiti- og húðkroppunarröskun Trichotillomania, Exoration (skin-picking) Disorder	Geðhvarfaraskanir Geðhvörf, tegund I Bipolar Disorder, type I Geðhvörf, tegund II Bipolar Disorder, type II Hringlyndi Cyclothymic Disorder	Líkömnunarraskanir Líkömnunareinkennaröskun Somatic Symptom Disorder Heilsukvíðaröskun Illness Anxiety Disorder
Átraskanir Lystarstol Anorexia Lotugræðgi Bulimia Átkastaröskun Binge-eating Disorder Fæðuforðunarröskun Avoidant/restrictive Food intake Disorder	Geðrofssaskanir Geðklofi og geðklofagerðarröskun Schizophrenia, Schizophreniform Disorder Geðhvarfaklofaröskun Schizoaffective Disorder Hugvilluröskun Delusional Disorder	Vímuefnaraskanir Vímuefnaneysluröskun Substance Use Disorder
	Taugabroskaraskanir Ofvirkni og athyglisbrestur Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Kækjaraskanir Tic Disorders	Aðrar raskanir Lyfja eða vímuefnaframkölluð röskun Substance/medication-Induced Disorder Geðröskun vegna annars sjúkleika Aðrar tilgreindar eða ótilgreindar raskanir Other Specified/Unspecified Disorder
		Skimun Sjálfsvígshættu

fyrstu niðurstöður um próffræðilega eiginleika þess hafa verið birtar (Schneider o.fl., 2022). Annað viðtal, sem einnig kom nýlega út og má nota endurgjaldslaut, er *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders* (DIAMOND) og hafa fyrstu niðurstöður um eiginleika viðtalsins verið birtar (Tolin o.fl., 2018). Séu þessi tvö viðtöl borin saman, er ljóst að um nokkuð áþekk viðtöl er að ræða hvað varðar próffræðilega eiginleika, og einnig breidd og dýpt sem fæst með þeim í sálfræðilegu mati. DIAMOND viðtalið hefur þó þann kost umfram DART viðtalið, að búið er að þýða það yfir á nokkur tungumál, en viðtalið er til á þýsku, spænsku, arabísku og hebresku þegar

þetta er skrifað. Útgáfa fyrir börn frá 6 ára aldri og ungmenni upp að 18 ára aldri, kom nýlega út (Tolin o.fl., 2023), en hefur ekki verið þýdd á önnur tungumál.

Ákveðið var að þýða DIAMOND viðtalið þar sem fyrstu niðurstöður benda til að það hafi góða próffræðilega eiginleika, taki til helstu geðraskana sem líklegt er að sálfræðingar þurfi að meta í rannsóknum og klínísku starfi, auk þess sem aðgengi að útgáfum á öðrum tungumálum getur aukið notagildi viðtalsins enn frekar í fjölþjóðlegu samfélagi. Hægt er að þýða útgáfu viðtalsins fyrir börn og ungmenni síðar, sé þess þörf.

Það er vissulega veikleiki að rannsóknir á próffræðilegum eiginleikum viðtalsins séu skammt

á veg komnar. Viðtalið er eitt örfárna geðgreiningarviðtali sem er í opnum aðgangi án þess að greiða þurfi fyrir notkun þess, sem eflaust mun ýta undir notkun viðtalsins bæði í rannsóknum, þjálfun og í sálfræðilegu mati. Vænta má frekari rannsókna á eiginleikum viðtalsins á næstu árum, enda tiltölulega stutt síðan viðtalið kom fyrst út. Helstu eiginleikum DIAMOND viðtalsins er lýst hér fyrir neðan.

DIAMOND geðgreiningarviðtalið

Geðgreiningarviðtalið *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, eða DIAMOND, er hálfstaðlað viðtal sem byggir á greiningarviðmiðum DSM-5 greiningarkerfisins og var viðtalið búið til í Bandaríkjunum (Tolin o.fl., 2018). Í viðtalinu er hægt að meta alls 35 geðgreiningar úr helstu flokkum geðraskana og eru raskanirnar taldar upp í töflu 1.

DIAMOND viðtalið var búið til í nokkrum skrefum, eins og lýst er af Tolin og félögum (2018). Í upphafi voru spurningar samdar upp úr greiningarviðmiðum DSM-5 sem hópur sérfræðinga fór yfir. Hópurinn lagði til breytingar auk þess að semja viðbótarspurningar til að ná að meta öll greiningarviðmið geðraskana sem meta átti með viðtalinu. Fýsileikakönnun var síðan gerð þar sem ýmsir fagaðilar gerðu athugasemdir við frumútgáfu viðtalsins sem var breytt í takt við þær og lokaútgáfa útbúin.

Í lokaútgáfunni eru fyrst almennar spurningar um yfirstandandi vanda, almennt líkamlegt heilsufar og geðhag, lyfjagjöf og fjölskyldusögu auk spurninga um sjálfsvíg og sjálfsskaða (Tolin o.fl., 2018). Þessar spurningar eru almenns eðlis, eru valkvæðar og er hægt að spyrja til að átta sig á ástæðu komu og stöðu viðkomandi í grófum dráttum. Að þeim loknum taka við spurningar um einkenni eftir flokkum geðraskana. Upphafsspurningar taka til einkenna undanfarinn mánuð nema greiningarviðmið geri ráð fyrir að einkenni þurfi að hafa verið til staðar lengur. Þessum spurningum er fylgt eftir með viðbótarspurningum til að afla nákvæmari upplýsinga áður en spurt er út í vanlíðan og hömlur sem einkennin valda og fylgir listi fyrir helstu svið daglegs lífs sem einkennin geta valdið truflun

á. Í kjölfarið fylgja fleiri spurningar til að setja einkennin í samhengi við tilefni og ástæður eða til að kanna frekar tímalengd þeirra. Í hverjum kafla eru einnig atriði sem, sá sem tekur viðtalið, þarf að svara og hafa með klínískt mat hans á vandanum að gera sem skiptir máli fyrir geðgreininguna, til dæmis hvort tiltekið einkenni sé betur útskýrt af einhverjum öðrum vanda en verið er að meta. Í töflu 2 eru spurningarnar um almenna kvíðaröskun í viðtalinu.

DIAMOND viðtalið má leggja fyrir í heild eða velja ákveðna kafla úr því auk þess sem sá sem tekur viðtalið er heimilt að fara í gegnum mismunandi kafla í þeirri röð sem hann velur. Þegar farið hefur verið í gegnum einkenni hverrar röskunar fyrir sig og greining hefur verið ákvörðuð samkvæmt DIAMOND, er alvarleiki vandans metinn á sjö punkta kvarða með viðmiðunum; eðlilegt, við mörk, vægt, miðlungs, töluvert, alvarlegt og mjög alvarlegt. Matið byggir á upplýsingum um vanlíðan og hömlun sem einkennin valda viðkomandi. Í viðtalinu er að lokum listi yfir viðbótatriði sem fagaðili skal íhuga við greiningu hverrar röskunar og hafa með mismunanagerningu að gera, mismunandi birtingarmynd vandans og jafnvel þróun hans (Tolin o.fl., 2018). Í töflu 3 eru þessi atriði úr kaflanum um almenna kvíðaröskun talin upp.

Áreiðanleiki og réttmæti DIAMOND viðtalsins
Tolin og félagar (2018) hafa birt niðurstöður áreiðanleika og réttmætisathugunar á DIAMOND viðtalinu í úrtaki 362 aðila sem sóttu göngudeildarþjónustu á sjúkrahúsi í Bandaríkjunum. Mat á samræmi milli matsmanna byggðist á niðurstöðu tveggja matsviðtala mismunandi matsaðila hjá 121 svaranda. Upplýsingar um endurmatsáreiðanleika byggðist á tveimur matsviðtölum sama matsaðila hjá 115 aðilum. Niðurstöður þeirra sýna að fyrir samræmi milli matsmanna fyrir kvíðaröskunargreiningar, voru kappastuðlar á bilinu 0,66 fyrir sértæka fælni, upp í 0,88 fyrir felmtursröskun, og voru til dæmis 0,70 fyrir félagskvíðaröskun, 0,71 fyrir almenna kvíðaröskun og 0,73 fyrir einhverja kvíðaröskun. Fyrir alvarlega þunglyndisröskun var kappastuðull 0,62, 0,65 fyrir þráláta þunglyndisröskun og 0,68 fyrir einhverja þunglyndisröskun. Í

Tafla 2 Spurningar um almenna kvíðaröskun úr DIAMOND viðtalinu og skimunarlista.

Hefur þú síðastliðinn mánuð verið alltof kvíðinn eða haft áhyggjur af margvíslegum hlutum?

..Getur þú lýst áhyggjum þínum?

- | | |
|--|--|
| ☐ Skyldur og ábyrgð í vinnu eða skóla sem valda áhyggjum? | ☐ Áhyggjur af að eitthvað slæmt komi fyrir fólk sem þú berð umhyggju fyrir? |
| ☐ Áhyggjur af heilsufari þínu? | ☐ Áhyggjur af hlutum sem flestir mundu telja minniháttar eins og að sinna heimilisstörfum eða mæta einhvers staðar tímanlega? |
| ☐ Áhyggjur af heilsufari fólks í fjölskyldunni? | ☐ Aðrar áhyggjur? |
| ☐ Fjárhagslegar áhyggjur? | |

Telur þú að áhyggjur þínar séu yfirdrífnaðar eða ekki í samræmi við raunverulega ógn?

Hefur þú síðastliðinn mánuð haft áhyggjur af þessum hlutum fleiri daga en færri?

Hefur þú í 6 mánuði eða lengur haft áhyggjur af þessum hlutum í fleiri daga en færri?

- | | |
|--|---|
| ☐ Áhyggjur á tveimur eða fleiri sviðum eru yfirdrífnaðar að mati viðmælanda eða spyrjanda | ☐ Áhyggjur á tveimur eða fleiri sviðum hafa komið upp fleiri daga en færri að minnsta kosti í 6 mánuði |
| ☐ Áhyggjur á tveimur eða fleiri sviðum koma upp fleiri daga en færri | |

Segir viðmælandi frá yfirdrífnum kvíða eða áhyggjum af margvíslegum atvikum, athöfnum eða aðstæðum sem koma fyrir fleiri daga en færri í að minnsta kosti 6 mánuði? [JÁ / NEI]

Hefur verið erfitt fyrir þig að hafa stjórn á áhyggjum þínum síðastliðinn mánuð?

..Ferðu að hafa áhyggjur jafnvel þótt þú viljir það ekki? Ferðu að hafa áhyggjur jafnvel þótt þú sért að reyna að einbeita þér að öðru? Finnst þér erfitt að hætta að hafa áhyggjur um leið og þú ert byrjaður á því?

Á viðmælandinn í erfiðleikum með að hafa stjórn á áhyggjum? [JÁ / NEI]

Hefur þú orðið var við einhver af eftirtöldum líkamlegum einkennum síðasta mánuðinn?

- | | |
|--|--|
| ☐ Óróleiki eða finnst þú vera "upptrekkur" eða "á mörkunum"? | ☐ Vera pirraður eða uppstökkur? |
| ☐ Orðið gjarnan þreyttur eða úrvinda? | ☐ Vöðvaspenna? |
| ☐ Átt erfitt með að einbeita þér að öðru eða verða "tómur í hausnum"? | ☐ Svefnerfiðleikar eins og erfitt að sofna, halda svefni eða óværfvefn? |

Hefur þú fundið fyrir þessum (líkamlegu einkennum) síðastliðinn mánuð í fleiri daga en færri?

Hefur þú fundið til (þessara líkamlegu einkenna) fleiri daga en færri síðastliðna 6 mánuði eða lengur?

☐ Líkamleg einkenni til staðar fleiri daga en færri	☐ Líkamleg einkenni til staðar í fleiri daga en færri að minnsta kosti í 6 mánuði
--	--

Er kvíðinn og áhyggjurnar samfara að minnsta kosti þremur einkennum sem lýst er að framan sem til staðar eru fleiri daga en færri í 6 mánuði hið minnsta? [JÁ / NEI]

Hve mikið hefur þetta vandamál truflað þig eða valdið mikilli vanlíðan síðasta mánuðinn?

.. Hve oft finnurðu fyrir vanlíðan? Hvað stendur vanlíðanin lengi yfir þegar þú finnur til hennar? Hve sterk eða óþægileg er þessi vanlíðan þegar þú finnur til hennar?

Hefur þetta vandamál síðastliðinn mánuð hamlað virkni þinni og þátttöku – eins og í skóla, félagslífi og fjölskyldulífi eða truflað getu þína til að gera hluti sem skipta þig máli? Hvernig?

.. Forðastu einhverjar aðstæður eða athafnir vegna þessara vandamála? Trufla þessi vandamál getu þína til að einbeita þér að nauðsynlegum verkefnum?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Vandamál í skóla | ☐ Vandamál í skyldum á heimili | ☐ Vandamál í fristundaiðju |
| ☐ Vandamál í fjölskyldu | ☐ Fjárhagsleg vandamál | ☐ Vandamál heilsu og öryggis |
| ☐ Lagaleg vandamál | ☐ Vandamál í félagslífi | ☐ Önnur truflun á virkni |
| ☐ Vandamál í vinnu eða skyldustörfum | | |

Veldur kvíðinn, áhyggjurnar eða líkamleg einkenni umtalsverðri vanlíðan eða hömlun á þýðingarmiklum virknisviðumi? [JÁ / NEI]

Skömmu áður en þessi vandamál gerðu vart við sig höfðu þá orðið einhverjar breytingar á lyfjameðferð, notaðir þú einhver vímuefni eða fékkstu sjúkdóm eða slasaðist þú?

.. Er einhver ástæða til að halda að þetta vandamál sé af völdum heilsufarsvandamála, efna eða lyfjameðferðar? Hefur þú talað við lækni um þetta vandamál þitt?

Er hægt að skýra kvíðann, áhyggjurnar eða líkamleg einkenni með áhrifum lyfja/efna, heilsufarsvanda eða annarri geðröskun? (Sjá Valkvæðar upplýsingar. Ef já, ljúktu við viðeigandi kafla um vímuefna- eða læknisfræðilegan vanda) [JÁ / NEI]

Almenn kvíðaröskun [JÁ/ NEI]

Atriði úr skimunarlista

Ég hef yfirdrífinn kvíða eða áhyggjur út af margvíslegum hlutum, fleiri daga en færri (til dæmis, áhyggjur af fjármálum, ábyrgð í vinnu/skóla, heilsu minni eða annarra). [JÁ / NEI]

Mat á alvarleika

Yfirstandandi alvarleiki almennrar kvíðaröskunar (merkið við tölu):

	Vanlíðan	Hömlun
1. Eðlilegt	• Alls engin vanlíðan eða fullur bati	• Alls engin hömlun eða fullur bati
2. Við mörk	• Við mörk þess eðlilega og væga – eða undir mörkum	• Við mörk þess eðlilega og væga – eða undir mörkum
3. Vægt	• Vanlíðan fremur sjaldan EÐA • Vanlíðan skammvinn EÐA • Vanlíðan er lítil	• Hömlun er nokkur á 1 virknisviði (t.d. er lengur að ljúka verkefnum í vinnu; stundum félagsleg hliðrun) EÐA • Sinnir almennt skyldum sínum
4. Miðlungs	• Milli þess að vera vægt og töluvert	• Milli þess að vera vægt og töluvert
5. Töluvert	• Mjög oft vanlíðan EÐA • Vanlíðan stendur lengi yfir EÐA • Vanlíðan er umtalsverð	• Hömlun er töluverð á mörgum virknisviðumsviðum (t.d. vinna, félagslíf, fjölskyldulíf) EÐA • Einhver misbrestur í að rækja skyldur (t.d. slök frammistaða í vinnu, missir úr vinnudaga) EÐA • Einkenni skapa minniháttar hættu á skaða fyrir viðkomandi eða aðra
6. Alvarlegt	• Milli þess að vera töluvert og mjög alvarlegt	• Milli þess að vera töluvert og mjög alvarlegt
7. Mjög alvarlegt	• Vanlíðan kemur stöðug upp og hvíldarlaus EÐA • Vanlíðan er mjög mikil eða óbærileg	• Hömlun er mjög alvarleg á flestum eða öllum virknisviðum (t.d. algerlega ófær um að vinna eða eiga í félagslegum samskiptum) EÐA • Sjúklingur er metinn alveg vanfær EÐA • Einkenni skapa alvarlega áhættu á skaða fyrir viðkomandi eða aðra EÐA • Í virku geðrofi EÐA • Þarfnast innlagnar á spítala eða aðra stofnun

Valkvæðar upplýsingar

Möguleg útilokunarskilýrði (merkið við eflíklegt):

- ☐ Þráhyggja/áratta: Almenn kvíðaröskun einkennist alla jafna af yfirdrífnum áhyggjum af fyrirsjáanlegum vandamálum. Í þráhyggju-árátturöskun taka þráhugsanir á sig mynd ágengra og óvelkominna hugsana, hvata eða hugsýna.
- ☐ Áfallastreituröskun: Í áfallastreituröskun snýst kvíði og áhyggjur um áfallatengda atburði eða aðstæður á meðan í Almennri kvíðaröskun eru áhyggjur altækari. Ef greiningaskilmerki áfallastreituröskunar eru uppfyllt og líkamleg einkenni skýrast af þeirri greiningu þá ætti að greina áfallastreituröskun fremur en Almenna kvíðaröskun.
- ☐ Aðlögunarröskun: Aðlögunarröskun er því aðeins greind ef skilmerki Almennrar kvíðaröskunar eru ekki uppfyllt og kvíði í aðlögunarröskun stendur ekki yfir lengur en 6 mánuði eftir að streituvaldurinn eða afleiðingar hans eru yfirstaðin.
- ☐ Skjaldkirtilsofvirgni eða kalkvakaóhóf
- ☐ Litfrumuæxli
- ☐ Víma af völdum örvandi efna
- ☐ Víma af völdum kannabisefna
- ☐ Fráhvart þunglyndislyfja
- ☐ Geðrofs- og lyndisraskanir: Ef kvíði, áhyggjur og líkamleg einkenni eru eingöngu samhliða geðrofi eða lyndisröskun, en talin áberandi/mikilvæg, má greina AKR samhliða þeim röskunum.
- ☐ Félagskvíðaröskun: Í AKR snúast áhyggjur um margvíslegar aðstæður og atvik sem eru ekki bundin við ótta við ætt álit annarra.

Tengd svipmót:

- ☐ Skjálfti, kippir, óstöðugleikatilfinning eða vöðvaverkir vegna vöðvaspennu
- ☐ Líkamlegar fylgjur (sviti, flökurleiki, niðurgangur)
- ☐ Einkenni yfirörvunar drifkerfisins (t.d. ýkt viðbrigðni, hjartsláttartruflanir, andnað, svimi)
- ☐ Líkamlegar truflanir sem tengjast streitu (t.d. IBS, höfuðverkir)

mati á samræmi milli matsmanna fyrir þráhyggju-árátturöskun var stuðullinn milli 0,62 og 0,90 fyrir einhverja röskun úr þeim flokki raskana. Við túlkun á gildum kappastuðla er oft stuðst við sömu viðmið og notuð voru við túlkun þeirra í niðurstöðum DSM-5 vettvangsathugananna (Clark o.fl., 2013; Kraemer o.fl., 2012) þar sem gildi frá 0,80 og yfir eru talin þýða framúrskarandi samræmi, 0,60 til 0,79 mjög gott samræmi, 0,40 til 0,59 gott samræmi, 0,20 til 0,39 vafasamt samræmi og gildi lægri en 0,20 ófullnægjandi samræmi. Aðrir hafa bent á að kappa gildi ættu allavega að vera 0,60 eða hærri til að geta talist vera ásættanleg, það er, að samræmi milli matsmanna þurfi að eiga sér stað í að minnsta kosti 60% tilvika til þess að geta talist ásættanlegt (McHugh, 2012). Sé þessari aðlögun beitt við túlkun á kappa stuðlum úr rannsókn Tolins og félaga (2018), er samræmið í öllum tilvikum fullnægjandi þótt samræmið sé breytilegt og sé frá 62%, í tilviki alvarlegs þunglyndis og þráhyggju-áráttu röskunar og upp í 88% fyrir greiningu felmtursröskunar, sé miðað við greiningu einstakra raskana.

Endurmatsáreiðanleiki DIAMOND viðtalsins var einnig skoðaður í rannsókn Tolins og félaga (2018). Í tilviki kvíðaraskana voru kappa stuðlar frá 0,68, fyrir almenna kvíðaröskun, og upp í 0,96 fyrir felmtursröskun, og voru þeir til dæmis 0,86 fyrir félagskvíðaröskun og 0,75 fyrir greiningu einhverjar kvíðaröskunar. Fyrir greiningu einhverjar þunglyndisröskunar var kappa stuðullinn 0,76, og stuðlarnir 0,72 fyrir alvarlega þunglyndisröskun en lægri fyrir þráláta þunglyndisröskun, eða 0,59. Kappastuðlar fyrir endurmat á þráhyggju-árátturöskun var 0,83 og var 0,95 fyrir einhverja röskun úr þeim flokki. Sé sömu aðlöguðu viðmiðunum beitt við túlkun þessara kappagilda og gert var hér að ofan, þá telst endurmatsáreiðanleiki DIAMOND viðtalsins vera ásættanlegur fyrir allar greiningar sem skoðaðar voru, fyrir utan þráláta þunglyndisröskun, en þar var samræmið 59%.

Í rannsókn Tolins og félaga (2018) eru einnig birtar upplýsingar um samleitniréttmæti geðgreininga í DIAMOND viðtalinu, þar sem sjálfsmatsspurningalistar voru lagðir fyrir. Niðurstöðurnar sýna almennt góða samleitni

tiltekinna geðgreininga og skora á viðeigandi listum sem mæla kjarna-einkenni greininganna og var marktækur munur á meðaltölum hópa sem uppfylltu viðmið tiltekinna greiningar og þeirra sem gerðu það ekki, í öllum tilvikum nema einu. Til dæmis hafði hópur þeirra sem greindist, samanborið við þá sem ekki greindust, hærra meðaltal á viðeigandi spurningalista í tilviki almennrar kvíðaröskunar og mælinga á þrálátum áhyggjum, félagskvíðaröskunar og mælinga á ótta og forðun í félagslegum aðstæðum, þrálátrar þunglyndisröskunar og alvarlegrar þunglyndisröskunar og mælinga á þunglyndiseinkennum, og þráhyggju-árátturöskunar og mælinga á einkennum þeirrar röskunar. Áhrifastærð Cohens (Cohens d) var á bilinu 0,52 til 1,56 í þessum samanburðum sem bendir til miðlungs til mikils munar milli fólks með og án tiltekna greiningu í hverju tilviki fyrir sig. Niðurstöður styðja einnig samleitniréttmæti allra greininga í flokki þráhyggju-áráttu og skyldra raskana, geðhvarfaraskana, vímuefnaröskunar og ADHD. Samantekið styðja þessar niðurstöður samleitniréttmæti mismunandi geðgreininga sem fást með DIAMOND geðgreiningarviðtalinu.

Samanburður DIAMOND við MINI

Eins og áður hefur komið fram, fæst með DIAMOND viðtalinu, mat í takt við uppfærðar skilgreiningar á greiningarviðmiðum geðraskana, en íslensk þýðing MINI viðtalsins byggir á eldri skilgreiningum geðraskana. Samanborið við MINI 5.0 þá er DIAMOND yfirgrípsmeira þar sem í viðtalinu eru metnar fleiri raskanir og er til dæmis hægt með DIAMOND að meta sértæka fælni, heilsukvíða, hringlyndi, átkastaröskun, ofvirkni með athyglisbrest, líkamsskynjunarröskun, hárreiti- og húðkroppunarröskun, söfnunarröskun, kækjaraskanir og líkömnunarraskanir, sem ekki er hægt með MINI. Í DIAMOND viðtalinu eru ákveðnar lykilsurningar sem þarf að spyrja en auk þeirra eru fjölmargar aukaspurningar sem eru hjálplegar til að fá frekari upplýsingar til að svara lykilsurningunum. Í MINI 5.0 eru ekki til staðar slíkar hjálparspurningar en gert er ráð fyrir að sá sem tekur viðtalið spyrji frekar út í ákveðin atriði þegar þess er þörf. Þessar hjálparspurningar

lengja DIAMOND viðtalið en eru á sama tíma viðbót sem gagnast sérstaklega vel þegar um þjálfun í mati á geðrænum vanda er að ræða. Að lokum má líka nefna að öllum er frjálst að nota DIAMOND sér að kostnaðarlausu en greiða þarf fyrir notkun MINI viðtalsins.

Skimunarlisti fyrir DIAMOND geðgreiningarviðtalið

Skimunarlisti fylgir DIAMOND viðtalinu og er hann ætlaður til skimunar einkenna geðraskana sem metnar eru í því. Skimunarlistinn samanstendur af 30 spurningum með tveimur svarkostum og segir til um hvort einkennið sé til staðar eða ekki að mati svaranda (Hartford HealthCare, 2025). Spurning um almenna kvíðaröskun úr listanum er í töflu 2. Listinn getur því verið gagnlegur ef notkun hans sparar tíma sem það tekur að meta einkenni geðraskana með viðtalinu sjálfu.

Því miður hafa engar upplýsingar um próf-fræðilega eiginleika listans, hvorki upprunalegu ensku gerðina eða aðrar, verið birtar. Það er því enn sem komið er óljóst hversu vel svör á listanum segja til um hvort röskun sé til staðar eða ekki samkvæmt viðtalinu sjálfu. Slíkum upplýsingum þarf að safna svo hægt sé að leggja mat á gagnsemi listans og eru ákvarðandi yfirleitt byggðar á næmi (e. sensitivity), sértækni (e. specificity), jákvæðu forspárgildi (e. positive predictive power) og neikvæðu forspárgildi (e. negative predictive power) mælitækja auk þess sem upplýsingar um nákvæmni (e. accuracy) eru stundum notaðar (Garb o.fl., 2025). Næmi matstækis segir til um hversu vel það ber kennsl á þá sem sannarlega hafa tiltekna röskun (þ.e. eru sannarlega veikir eða sannir jákvæðir) og sértækni sýnir hversu vel það ber kennsl á þá sem sannarlega hafa ekki tiltekna röskun (þ.e. eru sannarlega heilbrigðir eða sannir neikvæðir). Jákvætt forspárgildi segir til um hlutfall þeirra sem sannarlega hafa röskun í hópi þeirra sem skimast jákvæðir fyrir henni og neikvætt forspárgildi segir til um hlutfall þeirra sem sannarlega hafa ekki tiltekna röskun í hópi þeirra sem skimast neikvæðir fyrir henni. Nákvæmni skimunarlista lýsir hlutfalli rétttrar niðurstöðu á listanum (sannir jákvæðir (veikir) og sannir

neikvæðir (heilbrigðir) miðað við heildarfjölda þeirra sem voru skimaðir. Almenn er næmi og sértækni mælitækis ekki háð tíðni röskunar í þeim úrtökum sem upplýsingunum er safnað úr en jákvætt og neikvætt forspárgildi eru það (Trevethan, 2017).

Þessi rannsókn

Hópur fagfólks stóð að þýðingu DIAMOND viðtalsins ásamt skimunarlista sem fylgir því. Um samstarfsverkefni sálfræðideilda Háskóla Íslands, Háskólans í Reykjavík og geðsviðs Landspítalans er að ræða. Fyrsta útgáfa þýðingarinnar er í notkun í rannsókn sem stendur núna yfir á árangri og breytingaferlum í atferlisvirkjun-armeðferð við yfirstandandi þunglyndi og er skráð í gagnagrunnum fyrir klínískar rannsóknir (NCT06322420). Þessi fyrsta útgáfa hefur ekki verið gefin formlega út en hópurinn vinnur að annarri útgáfu þýðingarinnar sem fyrirhugað er að gefa formlega út og verður aðgengileg öllum fagaðilum.

Markmið þessarar greinar er að gera grein fyrir niðurstöðum úr fyrstu viðtölum árangursrannsóknarinnar sem enn er í gangi, með áherslu á að skoða samræmi milli niðurstöðu matsviðtala og skimunarlista fyrir þær geðraskanir sem eru algengastar samkvæmt viðtalinu. Notaðar eru niðurstöður viðtala við 44 aðila sem mættu í matsviðtal í árangursrannsókninni þar sem helstu upplýsingum var safnað til að meta inntöku- og útilokunarskilyrði fyrir þátttöku. Skoðað er hvert næmi og sértækni DIAMOND skimunarlistans er miðað við niðurstöðu DIAMOND matsviðtalsins auk þess sem nákvæmni listans er skoðuð. Upplýsingar um jákvætt og neikvætt forspárgildi mælitækja eru mun háðari tíðni greininga í úrtökum (Garb o.fl., 2025; Trevethan, 2017). Vegna úrtaksstærðar og eðli rannsóknarinnar sem gögn þessarar greinar koma úr, var því ákveðið að greina ekki forspárgildi listans að þessu sinni.

Aðferð

Þátttakendur

Alls voru matsviðtöl tekin við 44 aðila sem höfðu samband við rannsakendur í kjölfar auglýsinga á

samfélagsmiðlum um rannsókn á árangri atferlissvirkjunarmeðferðar (behavioural activation) við yfirstandandi alvarlegu þunglyndi sem var veitt fólki endurgjaldslaust. Um hentugleikaúrtak er að ræða. Upphaflega höfðu 82 aðilar samband og voru stutt skimunarviðtöl í gegnum síma tekin við 77 þar sem spurt var út í helstu inntöku- og útilokunarskilyrði árangursrannsóknarinnar. Þau helstu voru að vera 18 til 65 ára, upplifa einhver þunglyndiseinkenni í að minnsta kosti tvær vikur samfleytt undanfarinn mánuð, óbreytt lyfjagjöf vegna þunglyndis undanfarna tvo mánuði ef lyfjameðferð var til staðar, að vera ekki í virkri sálfræðimeðferð og hafa ekki greindan geðhvarfasjúkdóm. Af þeim 77 sem kláruðu símaskimunina, var 53 boðið í matsviðtal til rannsakenda og mættu 44 þeirra í bókað viðtal. Gögn sem sagt er frá í þessari grein byggja því á svörum þessara 44 aðila sem höfðu áhuga á meðferð við yfirstandandi þunglyndi, höfðu farið í gegnum fyrrgreinda símaskimun og mættu til rannsakenda til nánara mats á geðgreiningum. Af þeim voru 20 karlar á aldrinum 19 til 54 ára og 24 konur á aldrinum 19 til 63 ára. Helstu upplýsingar um bakgrunn þátttakendahópsins eru birtar í töflu 4. Framkvæmd þátttakendaöflunar í rannsókninni er lýst nánar hér á eftir.

Mælitæki

DIAMOND geðgreiningarviðtal

DIAMOND viðtalinu (Tolin o.fl., 2018) hefur verið lýst ítarlega í inngangi greinarinnar. Viðtalið er hálfstaðlað greiningarviðtal fyrir helstu geðraskanir sem skilgreindar eru í DSM-5 greiningarkerfinu. Nýjasta útgáfa viðtalsins, DIAMOND útgáfa 1.5, sem var í boði við upphaf rannsókna, var notuð. Í viðtalinu er hægt að meta greiningarviðmið alls sex tegunda kvíðaraskanagreininga, átta lyndisraskanagreininga, fimm þráhyggju-árátta og tengdra greininga, tveggja líkömnunarraskanagreininga, þriggja áfalla- og streitutengdra greininga, fjöggra átröskunargreininga, greiningu vímuefnaneysluröskunar, fjögurra tegunda taugaþroskagreininga, fjöggra geðrofsraskanagreininga, auk greininga geðraskana af völdum lyfja, vímuefna eða líkamlegra orsaka. Skimun fyrir sjálfsvígshættu fylgir

einnig viðtalinu. Eins og fram hefur komið, sýnir rannsókn Tolin og félaga (2018) á bandarískri útgáfu viðtalsins, að áreiðanleiki matsmanna er góður eða viðunandi (Kappa stuðlar voru frá 0,60) og er endurmatsáreiðanleiki flestra þeirra það einnig (Kappa stuðlar voru frá 0,59).

DIAMOND skimunarlisti

DIAMOND skimunarlistinn er ætlaður til skimunar einkenna sem geta bent til geðraskana sem hægt er að meta betur í viðtalinu. Listinn er því einungis ætlaður sem skimunartæki og er ekki ætlaður til að staðfesta geðgreiningar. Skimunarlistinn samanstendur af samtals 30 spurningum sem viðkomandi á að svara með já eða nei og er jákvætt svar í öllum tilvikum í samræmi við að einkennið sé til staðar. Yfirleitt er ein spurning um lykileinkenni hverrar röskunar en þó eru tvær spurningar notaðar til að skima fyrir einkennum þráhyggju-árátturöskunar, geðklofa og athyglisbrests með ofvirkni. Engar prófræðilegar upplýsingar eru til um listann enn sem komið er.

Þýðingarvinna

Hópur sálfræðinga frá Háskóla Íslands, Háskólanum í Reykjavík og Geðsviði Landspítala stóð að þýðingu viðtalsins og eru höfundar þessarar greinar. Undirbúningur fyrstu útgáfu þýðingarinnar sem er notuð í þessari rannsókn, fór fram í þremur skrefum. Í fyrsta skrefi var hver kafla í viðtalinu þýddur af einum eða tveimur aðilum sem höfðu reynslu af vinnu með þann vanda í sínu klíniska starfi. Sú þýðing var síðan yfirfarin af öðrum aðila en hafði upphaflega þýtt kaflann. Að lokum fóru tveir úr þýðendahópnum yfir viðtalið í heild sinni til að gæta að samræmi í orðanotkun milli kafla í viðtalinu. Að þessum þremur skrefum loknum, var fyrst útgáfu viðtalsins útbúin og notuð í þessari rannsókn. Skimunarlistinn byggði einnig á þessari útgáfu þýðingarinnar. Fyrirhugað er að endurskoða þessa fyrstu útgáfu viðtalsins í kjölfar reynslu úr fyrirlögnum í þessari rannsókn, auk þess sem gert er ráð fyrir að sálfræðingar utan þýðingahópsins fari yfir þýðinguna og geri tillögur að breytingum ef þörf er á. Umsjón með þýðingu viðtalsins hafa haft Ragnar P. Ólafsson og Þórður Örn Arnarson frá Háskóla Íslands,

Brynjar Halldórsson frá Háskólanum í Reykjavík og Solveig Erna Jónsdóttir frá Landspítala.

Framkvæmd

Eins og komið hefur fram, er þessi rannsókn hluti af viðameiri gagnasöfnun í stærri rannsókn á árangri atferlismarkaðs við þunglyndi, sem framkvæmd er með leyfi Vísindasiðanefndar. Framkvæmdalýsingin hér á einungis við um þau gögn sem birt eru í þessari grein. Auglýst var eftir fólki á samfélagsmiðlum sem taldi sig vera þunglynt og gæti nýtt sér meðferð við því. Áhugasamir sendu tölvupóst til rannsókenda sem sendu kynningarefni um rannsóknina auk þess að óska var eftir frekari upplýsingum til að geta haft samband og framkvæma skimunarviðtal í síma. BS nemar í sálfræði fengu þjálfun í framkvæmd skimunarviðtalsins og hringdu síðan í fólk til að bjóða því tíma í matsviðtal ef það uppfyllti líklega inntökuskilyrði í rannsóknina samkvæmt niðurstöðu símaskimunarinnar. Inntökuviðtalið fór fram í húsnæði Sálfræðideildar Háskóla Íslands. Gögnum sem er lýst í þessari grein, var safnað í fyrri matsheimsókn af tveimur og var það viðtal tekið af meistaranema í klínískri sálfræði. Gagnasöfnun í því viðtali fór þannig fram að, eftir að hafa lesið upplýsingar um rannsóknina og undirritað samþykki fyrir þátttöku í henni, svaraði þátttakandi DIAMOND skimunarlistanum og eftir það var DIAMOND geðgreiningarviðtalið lagt fyrir. Sá sem tók viðtalið hafði ekki aðgang að niðurstöðum skimunarlistans.

Þrír nemar á seinna ári í meistaranámi í klínískri sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands, tóku matsviðtölin í þessari rannsókn, utan tveggja viðtala sem tekin voru af tveimur doktorsnemum í sálfræði við sama skóla, sem einnig voru sálfræðingar. Matsviðtölin fóru fram á tímabilinu febrúar til apríl 2024. Allir matsaðilar luku annars vegar þriggja klukkustunda þjálfun í notkun viðtalsins á vegum stofnunarinnar sem gefur viðtalið út (*Institute of Living* hjá *Hartford Health Care Corporation* í Bandaríkjunum). Auk þess sóttu meistaranemar tvo tveggja tíma æfingafundi með rannsókendum, sem meðal annars innihélt hlutverkaleiki í notkun viðtalsins. Vikulegir handleiðslufundir voru haldnir á meðan matsviðtöl fóru fram þar sem vafamál voru rædd auk þess

sem doktorsnemar ræddu einstaka viðtöl eftir að hafa hlustað á hljóðupptökur af viðtölum, en öll viðtöl í rannsókninni voru tekin upp. Óháðir matsaðilar voru starfandi sálfræðingar, sem hlustuðu á upptökur tólf viðtala, eða um 27% allra viðtala í rannsókninni. Samræmi milli mats þeirra og niðurstöðu í matsviðtali var gott, eða frá 83% fyrir greiningu alvarlegrar þunglyndisröskunar, upp í 100% fyrir greiningu þráhyggju-árátturöskunar.

Tölfræðileg úrvinnsla

Lýsandi tölfræði var notuð til að gefa yfirlit yfir bakgrunn þátttakenda í úrtaki rannsóknarinnar og helstu niðurstöðu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og skimunarlistans. Til að lýsa eiginleikum DIAMOND skimunarlistans var næmi, sértækni og nákvæmni reiknuð byggt á svörum þátttakenda við atriði skimunarlistans hverju sinni (hvort því væri svarað játandi eða neitandi) og niðurstöðu matsaðila hvort tiltekin geðröskun væri til staðar eða ekki samkvæmt viðtalinu. Hefðbundnum reikniðferðum var beitt (t.d. Treveltham, 2017). Næmni atriða skimunarlistans var fengin með eftirfarandi jöfnu: sannir jákvæðir / (sannir jákvæðir + falskir neikvæðir). Sértækni atriða listans var fengin með eftirfarandi jöfnu: sannir neikvæðir / (sannir neikvæðir + falskir jákvæðir). Nákvæmni var fengin með eftirfarandi jöfnu: (sannir jákvæðir + sannir neikvæðir) / (sannir jákvæðir + sannir neikvæðir + falskir jákvæðir + falskir neikvæðir). Þessir útreikningar voru gerðir fyrir þær geðgreiningar sem 10 eða fleiri aðilar höfðu fengið samkvæmt viðtalinu. Ekki er til vinnuregla um þetta en af augljósum ástæðum eru slíkar upplýsingar gagnsminni eftir því sem þær byggja á færri aðilum og var því ákveðið að miða við 10 aðila að lágmarki. Næstu raskanir þar á eftir töldu 6 og 5 aðila.

Niðurstöður

Eins og fram kemur í töflu 4, var meðalaldur í úrtakinu 38,2 ár og var meðalaldur kvenna hærri en karla. Aldursmunur kynja var þó ekki marktækur samkvæmt t-prófi fyrir óháða hópa ($t(42)=-1,18, p=0,245$). Upplýsingar um menntun, atvinnu, hjúskaparstöðu og kynþátt eru einnig birtar í töflu 4.

Tafla 4 Bakgrunnur þátttakenda.

	Heildarúrtak (n=44)		Karlar (n=20)		Konur (n=24)	
Aldur M (Sf)	38,2	(11,9)	35,9	(11,0)	40,1	(12,5)
Menntun, n (%)						
grunnskólapróf	11	(25,0)	7	(35,0)	4	(16,7)
lokið framhaldsskóla	14	(31,8)	7	(35,0)	7	(29,2)
háskólapróf	19	(43,2)	6	(30,0)	13	(54,2)
Atvinna, n %						
full vinna	22	(50,0)	10	(50,0)	12	(50,0)
hlutavinna	9	(20,5)	6	(30,0)	3	(12,5)
nemi	5	(11,4)	3	(15,0)	2	(8,3)
annað	8	(18,2)	1	(5,0)	7	(29,2)
Hjúskaparstaða, n %						
einstæð(ur)	18	(40,9)	8	(40,0)	10	(41,7)
í sambandi	23	(52,3)	12	(60,0)	11	(45,8)
annað	3	(6,8)	0	(0,0)	3	(12,5)
Kynþáttur						
hvítur (af evróskum uppruna)	43	(97,7)	20	(100,0)	23	(95,8)
Annað	1	(2,3)	0	(0,0)	1	(4,2)

Meðalfjöldi geðgreininga sem þátttakendur fengu í viðtalinu var 3,2 og var fjöldinn á bilinu ein til níu greiningar. Allir þátttakendur uppfylltu því greiningaskilmerki fyrir einhverja geðröskun. Í töflu 5 er birtur fjöldi og hlutfall þátttakenda sem uppfyllti greiningarviðmið fyrir hverja röskun. Þó eru tölur ekki birtar fyrir allar raskanir sem hægt er að meta með viðtalinu. Til að staðfesta greiningu á ADHD þarf upplýsingar til viðbótar við niðurstöður matsviðtals og er sú geðgreining því ekki tekin með hér. Vegna þess að engir þátttakendur uppfylltu greiningaviðmið fyrir kækjaröskun, lyfja-vímuefnaframkölluð röskun, geðrofsraskanir, og aðrar tilgreindar/ótilgreindar raskanir, var þeim sleppt í töflunni.

Algengast var að þátttakendur greindust með alvarlega þunglyndisröskun og fengu 56,8% þátttakenda þá greiningu. Þrálát þunglyndisröskun var greind hjá 36,4% þátttakenda. Af kvíðaröskunum var algengast að þátttakendur uppfylltu greiningarviðmið fyrir félagskvíðaröskun, eða 47,7% þeirra og þar á eftir var almenn kvíðaröskun sem greindist í 34,1% tilvika. Í töflu 5 kemur að auki fram að einhver þunglyndisröskun

greindist hjá 79,5% þátttakenda og einhver kvíðaröskun hjá 68,2% þeirra. Aðrar raskanir voru fátíðari í úrtaki rannsóknarinnar. Þó var þráhyggju-árátturöskun og átkastaröskun greind í 11,4% tilvika og líkamsskynjunarröskun og áfallastreituröskun í 9,1% tilvika.

Vísbendingar um geðgreiningar samkvæmt DIAMOND skimunarlista og samræmi milli viðtals og lista í völdum flokkum geðgreininga

Hlutfall jákvæðra svara var hæst á atriðum um lykileinkenni þunglyndislotu og þrálátrar þunglyndisröskunar, eða 100% (sjá töflu 6). Lægst var það í spurningum um ranghugmyndir og ofskynjanir, eða 11,4% og 13,6%.

Samræmi milli niðurstöðu DIAMOND geðgreiningarviðtalsins og skimunarlistans var skoðað með því að reikna næmi, sértækni og nákvæmni fyrir fjórar algengustu geðgreiningarnar samkvæmt DIAMOND viðtalinu í þessari rannsókn. Niðurstöðurnar eru birtar í töflu 7.

Næmi var hátt fyrir allar greiningarnar fjórar, eða á bilinu 90,5% til 100%. Upplýsingar um

Tafla 5 Yfirlit yfir fjölda og hlutfall helstu geðgreininga samkvæmt DIAMOND geðgreiningarviðtalinu hjá 44 aðilum sem komu í inntökuviðtal í rannsókninni.

	n	%
Kviðaraskanir		
Félagskviðaröskun	21	47,7
Felmtursröskun	4	9,1
Viðáttufælniröskun	1	2,3
Almenn kviðaröskun	15	34,1
Sértæk fælni	4	9,1
Aðskilnaðarkviðaðöskun	1	2,3
Einhver kviðaröskun	30	68,2
Geðhvarfaraskanir		
Geðhvarfaröskun tegund I	1	2,3
Geðhvarfaröskun tegund II	2	4,5
Hringlyndisröskun	0	0,0
Einhver geðhvarfaröskun	3	6,8
Þunglyndisraskanir		
Alvarleg þunglyndisröskun	25	56,8
Þrálát þunglyndisröskun	16	36,4
Þunglyndisröskun, fylgir tíðarhring	3	6,8
Einhver þunglyndisröskun	35	79,5
Þráhyggju-áráttu og skyldar raskanir		
Þráhyggju-árátturöskun	5	11,4
Likamsskynjunarröskun	4	9,1
Söfnunarröskun	0	0,0
Hárreitiröskun	0	0,0
Húðkroppunarröskun	1	2,3
Einhver þráhyggju-áráttutengd röskun	9	20,5
Áfallaraskanir		
Áfallastreituröskun	4	9,1
Bráð streituröskun	0	0,0
Aðlögunarröskun	2	4,5
Einhver áfallatengd röskun	6	13,6
Átraskanir		
Lystarstol	0	0,0
Lotugræðgi	1	2,3
Átkastaröskun	5	11,4
Fæðuforðunarröskun	0	0,0
Einhver átröskun	6	13,6
Likömnunarraskanir		
Likamseinkennaröskun	0	0,0
Heilsukviðaröskun	1	2,3
Vímuefnaneysluröskun		
Yfirstandandi	6	13,6

Ath. Einkenni eftirtaldrá raskana voru metin í viðtalinu en þær eru ekki hafðar með í töflunni: ADHD, kækjaröskun, Lyfja-vímuefnaframkölluð röskun, geðrofsraskanir, aðrar tilgreindar/ótilgreindar raskanir.

sértækni atriðanna benda hins vegar til að atriðin nái misjafnlega að aðgreina þau tilvik sem ekki uppfylla greiningarviðmið fyrir þessar raskanir í viðtali. Í tilviki félagskviðaröskunar svörðu

53,8% þeirra sem ekki hafa röskunina, viðeigandi skimunaratriði neitandi. Samsvarandi hlutfall var mun lægra fyrir þá sem greinast með almenna kviðaröskun, eða einungis 17,2%. Þátttakendur

Tafla 6 Fjöldi og hlutfall þeirra sem hugsanlega mæta greiningaviðmiðum tiltekinna geðraskanna samkvæmt svörum á DIAMOND skimunarlistanum.

	n	já %	n	Nei %
Félagskviði	35	79,5	9	20,5
Felmtur	33	75,0	11	25,0
Viðáttufælni	14	31,8	30	68,2
Almennur kviði	38	86,4	6	13,6
Sértæk fælni	24	54,5	20	45,5
Aðskilnaðarkviði	14	31,8	30	68,2
Örlyndi	8	18,2	36	81,8
Þrálátt þunglyndi	44	100,0	0	0,0
Þunglyndislota	44	100,0	0	0,0
Þunglyndi tengt tíðarhring	16	36,4	28	63,6
Þráhyggja	15	34,1	29	65,9
Árátta	13	29,5	31	70,5
Líkamsskynjun	24	54,5	20	45,5
Söfnun	24	54,5	20	45,5
Hárreiti	37	84,1	7	15,9
Húðkropp	30	68,2	14	31,8
Líkamseinkenni	28	63,6	16	36,4
Heilsukviði	24	54,5	20	45,5
Áfallaáttburður	22	50,0	22	50,0
Aðlögunarvandi	39	88,6	5	11,4
Lystarstol	13	29,5	31	70,5
Lotugræðgi	20	45,5	24	54,5
Matarforðun	11	25,0	33	75,0
Áfengisnotkun	29	65,9	15	34,1
Vímuefnanotkun	20	45,5	24	54,5
Athygli (ADHD)	37	84,1	7	15,9
Ofvirkni (ADHD)	26	59,1	18	40,9
Kækir	11	25,0	33	75,0
Ranghugmyndir	5	11,4	39	88,6
Ofskynjanir	6	13,6	38	86,4

sem greinast með alvarlega eða þráláta þunglyndisröskun svöruðu viðeigandi atriðum aldrei neitandi.

Umræður

Fyrirlögn fyrstu þýðingar DIAMOND geðgreiningarviðtalsins gekk almennt vel í þessari frumathugun. Skimunarlisti fylgir DIAMOND

viðtalinu sem inniheldur eina til tvær spurningar um lykileinkenni þeirra raskana sem eru metnar í viðtalinu. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna, að fyrir fjórar algengustu raskanirnar sem voru félagskviðaröskun, almenn kviðaröskun, alvarleg þunglyndisröskun og þrálát þunglyndisröskun, var samræmi mjög gott milli listans og viðtals þegar um tiltekna geðröskun var að ræða, og var næmi þessara skimunatriða á bilinu 90,5% til

Tafla 7 Samræmi í niðurstöðu DIAMOND viðtals og skimunarlista. Taflan sýnir næmi (sensitivity), sértækni (specificity) og nákvæmni (accuracy) í hlutföllum (%) fyrir fjórar algengustu geðraskanirnar miðað við niðurstöðu í DIAMOND geðgreiningarviðtali í rannsókninni (N=44).

Atriði á DIAMOND skimunarlistanum fyrir...	Næmi	Sértækni	Nákvæmni
...félagskvíðaröskun	90,5%	53,8%	76,5%
...almenna kvíðaröskun	93,3%	17,2%	43,2%
...alvarlega þunglyndislotu/röskun	100,0%	0,0%	56,8%
...þráláta þunglyndisröskun	100,0%	0,0%	36,4%

100%. Gott næmi bendir til að skimunin mun í lang flestum tilvikum fanga þau tilvik sem uppfylla greiningarviðmið þessara raskana í geðgreiningarviðtali. Hins vegar var sértækni atriðanna mun minni. Atriði um félagskvíðaröskun var svarað játandi þegar hún er ekki til staðar í rétt tæplega helmingi tilvika og atriði fyrir hinar raskanirnar þrjár höfðu minni sértækni. Samantekið benda niðurstöðurnar til að skimun geðraskana með listanum muni bera kennsl á langflest tilvik sem greinast með þessar raskanir í viðtali (sönn jákvæð tilvik) en að skimunin muni einnig benda til að um röskun gæti verið að ræða þegar svo reynist ekki í viðtali (fölsk jákvæð tilvik). Þessir skimunareiginleikar henta þegar markmiðið er að missa ekki af þeim gætu haft tiltekinn vanda frekar en geta útilokað þá sem mögulega eiga ekki við vandann að stríða (Garb o.fl., 2025; Lavigne o.fl., 2016). Slíkt getur átt við í geðheilbrigðisþjónustu þar sem meðferð og önnur þjónustu veltur á því að skilgreindur vandi sé til staðar og mikilvægt að missa ekki af þeim sem gætu þurft á þjónustu að halda. Notkun skimunarlista með gott næmi, áður en geðgreiningarviðtal er framkvæmt, er hentug leið til þess að ná þessu markmiði.

Eins og áður hefur komið, fram hafa engar niðurstöður enn verið birtar um próffræðilega eiginleika DIAOMOND skimunarlistans. Hægt er að bera niðurstöður þessarar rannsóknar saman við rannsóknir á skimunareiginleikum annarra svipaðra lista, til dæmis skimunarlista sem fylgir DART geðgreiningarviðtalinu sem minnst var á í inngangi. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Pawluks og félaga (2022), var næmi og sértækni DART atriðis um alvarlega þunglyndisröskun 96% og 30%, atriðis um þráláta þunglyndisröskun 95% og 35%, atriðis um félagskvíðaröskun 94%

og 45% og um almenna kvíðaröskun 95% og 20%. Eins og kom fram hér að ofan, var næmi samsvarandi atriði í DIAMOND listanum frá 90,5% til 100%, sem bendir til að næmi beggja lista sé svipað fyrir þessar fjórar geðraskanir. Sértækni DIAMOND atriðis fyrir félagskvíðaröskun var 53,8% og fyrir almenna kvíðaröskun 17,5% og því svipuð og samsvarandi atriða í DART listanum. Sértækni DIAMOND atriða fyrir alvarlega og þráláta þunglyndisröskun var hins vegar engin og því mun lægri en samsvarandi DART atriða. Almennt má segja að þessi samanburður bendi til að skimunareiginleikar íslensku þýðingar DIAMOND skimunarlistans séu svipaðir og eiginleikar enskrar gerðar DART listans þegar um þessar fjórar geðraskanir er að ræða en mjög mikilvægt er að rannsaka íslenska þýðingu skimunarlistans frekar.

Mikilvægt er að hafa í huga eðli úrtaksins í þessari rannsókn þegar niðurstöður hennar eru skoðaðar. Meðalfjöldi geðgreininga í úrtakinu var 3,2 og uppfyllti meirihluti þátttakenda greiningarviðmið fyrir einhverja þunglyndisröskun (79,5%) eða kvíðaröskun (68,2%) þar sem félagskvíðaröskun og almenn kvíðaröskun voru algengastar kvíðaraskana en alvarleg þunglyndisröskun og þrálát þunglyndisröskun í hópi þunglyndisraskana. Þessar tölur eru í takt við tilgang rannsóknarinnar sem gögnin koma úr, en auglýst var eftir þátttakendum til að taka þátt í rannsókn á árangri meðferðar við þunglyndi. Algengi þunglyndis- og kvíðaraskana í rannsókninni er því hærra miðað við þekktar tölur úr erlendum faraldsfræðilegum rannsóknum (sjá t.d. APA, 2013; Clarke o.fl., 2013). Séu upplýsingar um tíðni geðgreininga í þessari rannsókn, bornar saman við sambærilegar upplýsingar úr úrtaki Tolins og félaga (2018) þar sem upprunaleg ensk útgáfa viðtalsins var

rannsökuð, þá var meðalföldi geðgreininga í þeirra rannsókn 2,45 og uppfylltu um 62% greiningaviðmið fyrir einhverja kvíðaröskun og um 49% viðmið um einhverja þunglyndisröskun. Þessi munur í samsetningu úrtaka sýnir hve úrtaksháðar tölur um algengi geðgreininga geta verið, og geta áherslur í starfi stofnana og markmið rannsóknarverkefna haft þar talsverð áhrif. Þótt upplýsingar um skimunareiginleika mælitækja svo sem næmi og sértækni, séu almennt ekki háðar algengi geðraskana í úrtökum sem upplýsingarnar koma úr, þá eru upplýsingar um neikvætt og jákvætt forspárgildi matstækja það (Treveltham, 2017). Af þessum ástæðum var ákveðið að birta ekki upplýsingar um forspárgildi hér enda en mikilvægt að safna gögnum í almennari klínískum úrtökum til að fá upplýsingar um forspárgildi skimunarlistans í áframhaldandi rannsóknum.

Helstu takmarkanir

Til að kanna próffræðilega eiginleika íslensku þýðingar DIAMOND viðtalsins hefði verið ákjósanlegast að bera það saman við niðurstöður annars viðtals með þekktu próffræðilega eiginleika eða fyrirlögn viðtalsins sjálfs aftur, en því var ekki hægt að koma við í þessari rannsókn. Það er þó mikilvægt að samræmi milli matsmanna í þeim tólf viðtölum sem óháðir matsmenn hlustuðu á, var mjög gott eða á bilinu 83% til 100%. Þetta bendir til að matsmannaáreiðanleikinn geti verið góður en þarf að rannsaka frekar. Við túlkun niðurstaðna þessarar rannsóknar þarf að hafa í huga að úrtakið var lítið og tilgangur rannsóknarinnar sem gögnin féllu til í, var ekki að skoða próffræðilega eiginleika heldur meðferðarárangur í þunglyndi. Þátttakendur höfðu auk þess komist í gegnum stutta símaskimun áður en að skimun og matsviðtali kom. Þetta hefur mögulega ýtt undir að þátttakendur skimuðust þunglyndir í rannsókninni sem gæti hafa aukið næmi og lækkað sértækni þunglyndisatriða listans. Næmi atriða fyrir félagskvíðaröskun og almenna kvíðaröskun var þó svipuð og næmi þunglyndisatriðanna í rannsókninni sem bendir til að skekkjan hafi mögulega ekki verið mikil. Mjög mikilvægt er að safna viðameiri gögnum um eiginleika viðtalsins og listans í stærra úrtaki þar sem gagnasöfnun

miðar ekki að einni geðgreiningu umfram aðrar, svo áreiðanlegri upplýsingar fáiast um próffræðilega eiginleika matstækjanna í heild, en ekki eingöngu um þunglyndis- og kvíðagreiningar.

Flest matsviðtöl í rannsókninni voru tekin af meistaranemum sem höfðu fengið þjálfun í notkun viðtalsins og fengu handleiðslu á meðan gagnasöfnun stóð. Þótt samræmi hafi verið gott milli nemenda og óháðra matsmanna, sem allir voru reyndir sálfræðingar, byggja þær niðurstöður einungis á hluta greiningaviðtalanna sem þýðir að ekki er hægt að fullyrða um áreiðanleika niðurstaðna matsviðtala í öllu úrtakinu.

Um frumathugun á fyrstu útgáfu þýðingar DIAMOND viðtalsins og listans er að ræða sem líklega á eftir að taka einhverjum breytingum í endurskoðun. Mikilvægt er að frekari upplýsingasöfnun byggji á notkun endurbættrar þýðingar viðtalsins og skimunarlistans. Í þeim rannsóknum ætti einnig að afla upplýsinga um samleitni- og aðgreiningarréttmæti matstækjanna, til dæmis með fyrirlögn annarra mælitækja svo sem spurningalista. Það rennir frekari stöðum undir hugtakaréttmæti mælitækjanna og getur þannig stutt betur við túlkun niðurstaðna sem fást með viðtalinu og skimunarlistanum.

Að lokum

Niðurstöður DIAMOND skimunarlistans fyrir valdar þunglyndis- og kvíðagreiningar í þessari rannsókn, sýna að listinn ofgreinir vanda, og því augljóst að alls ekki á að nota niðurstöðu listans í stað geðgreiningarviðtals í sálfræðilegu mati. Slíkir eiginleikar skimunarlista eru þó eftirsóknarverðir ef tilgangur skimunarinnar er að bera kennsl á tilvik þar sem röskun gæti hugsanlega verið til staðar og áhersla lögð á að missa ekki af slíkum tilvikum sem síðan er hægt að meta nánar með hálfstöðluðu eða stöðluðu geðgreiningarviðtali. Fyrirlögn fyrstu þýðingar DIAMOND geðgreiningarviðtalsins gekk vel í þessari frumathugun og er stefnt að útgáfu endurbættrar þýðingar fljótlega. Þá útgáfu verður hægt að nota samhliða skimunarlistanum í sálfræðilegu mati, að því gefnu að viðameiri gögnum verði safnað sem veitir upplýsingar um greiningareiginleika matstækjanna.

Properties of the first Icelandic translation of the DIAMOND diagnostic interview and screening questionnaire for adults

The Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders (DIAMOND) is a semi-structured interview that can be used to diagnose 35 different mental disorders in adults according to DSM-5 diagnostic criteria. A self-report questionnaire is also available for use alongside the interview for screening purposes. In the present study, data were drawn from the first phase of an ongoing treatment outcome study in depression to investigate the properties of this questionnaire when used to screen for potential diagnoses in the interview. In total, 44 participants ($M = 38.2$ years; $SD = 11.9$ years), including 20 males and 24 females, were assessed with the DIAMOND interview after completing the screening questionnaire. The average number of diagnoses according to the interview was 3.2, ranging from 1 to 9 diagnoses. Diagnostic agreement between the in-session assessment and independently rated audiorecordings of 12 interviews showed good agreement, ranging from 83% for major depressive disorder to 100% for obsessive-compulsive disorder. The most prevalent diagnoses in the sample were major depressive disorder (56.9%), social anxiety disorder (47.7%), persistent depressive disorder (36.4%), and generalized anxiety disorder (34.1%). Compared to the interview, the screening questionnaire showed good sensitivity but sub-optimal specificity for these four diagnoses. These preliminary findings indicate that the first version of the Icelandic translation of the DIAMOND diagnostic interview and its accompanying screening questionnaire can be useful for assessment and research purposes, provided that more extensive research is conducted into their psychometric and diagnostic qualities in larger and more heterogeneous clinical samples.

Keywords: semi-structured interview, screening, psychological assessment, psychometric properties.

Heimildir

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4 útg., endurbætt). Höfundur. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423349>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5 útg.). Höfundur. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Brown, T. A., og Barlow, D. H. (2014). *Anxiety and related disorders interview schedule for DSM-5 (ADIS-5): Adult version*. Oxford University Press.
- Clarke, D. E., Narrow, W. E., Regier, D. A., Kuramoto, S. J., Kupfer, D. J., Kuhl, E. A., Greiner, L., og Kraemer, H. C. (2013). DSM-5 field trials in the United States and Canada, part I: Study design, sampling strategy, implementation, and analytic approaches. *American Journal of Psychiatry*, 170(1), 43–58. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12070998>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Karg, R. S., og Spitzer, R. L. (2016). *Structured clinical interview for DSM-5 disorders: Clinician version (SCID-5-CV)*. American Psychiatric Association Publishing.
- Garb, H. N., Youngstrom, E. A., Wood, J. M., og Lilienfeld, S. O. (2025). Psychological assessment and clinical judgment. Í J. E. Maddux og B. A. Winstead (Ristj.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (6 útg., bls. 153-173). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003375982>
- Hartford HealthCare. (2025, 9. desember). Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders (DIAMOND) and the Child and Adolescent Version (DIAMOND-KID). <https://giving.hartfordhospital.org/tolin-diamond-training-video/>
- Lavigne, J. V., Feldman, M., Mendelsohn Meyers, K. (2016). Screening for mental health problems: Addressing the base rate fallacy for a sustainable screening program in integrated primary care. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(10), 1081–1090. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsw048>
- Lilienfeld, S. O., og Treadway, M. A. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 435–463. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093122>
- McCabe, R. E., Milosevic, I., Rowa, K., Shnaider, P., Pawluk, E. J., Antony, M. M., og DART Working Group. (2021). *Diagnostic assessment research tool (DART) (Version 4)*. St. Joseph's Healthcare/McMaster University.

- McHugh, M. L. (2012). Interrater reliability: The kappa statistic. *Biochemia Medica*, 22(3), 276–282. <https://doi.org/10.11613/bm.2012.031>
- Schneider, L. H., Pawluk, E. J., Milosevic, I., Shnaider, P., Rowa, K., Antony, M. M., Musielak, N., og McCabe, R. E. (2022). The diagnostic assessment research tool in action: A preliminary evaluation of a semistructured diagnostic interview for DSM-5 disorders. *Psychological Assessment*, 34(1), 21–29. <https://doi.org/10.1037/pas0001059>
- Segal, D. L., og Williams, K. N. (2014). Structured and semistructured interviews for differential diagnosis: Fundamental issues, applications, and features. Í D. C. Beidel, B. C. Frueh, og M. Hersen (Ritstj.), *Adult psychopathology and diagnosis* (7 útg., bls. 103–129). Wiley.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., og Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM–IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05305whi>
- Summerfeldt, L. J., Ovanessian, M. M., og Antony, M. A. (2020). Structured and semistructured diagnostic interviews. Í M. M. Antony og D. H. Barlow (Ritstj.), *Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders* (3 útg., bls. pp. 74–115). Guilford Press.
- Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., ... og Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, 25(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/1073191116638410>
- Tolin, D. F., Sain, K. S., Davis, E., Gilliam, C., Hannan, S. E., Springer, K. S., Stubbing, J., George, J. R., Jean, A., Goldblum, R., Katz, B. W., Everhardt, K., Darrow, S., Ohr, E. E., Young, M. E., og Serchuk, M. D. (2023). The DIAMOND-KID: Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders in children and adolescents. *Assessment*, 30(8), 2351–2363. <https://doi.org/10.1177/10731911221143994>
- Trevethan, R. (2017). Sensitivity, specificity, and predictive values: Foundations, pliabilities, and pitfalls in research and practice. *Frontiers in Public Health*, 5, 307. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00307>
- Widiger, T. A., og Hines, A. (2025). Classification and diagnosis: Historical development and contemporary issues. Í J. E. Maddux og B. A. Winstead (Ritstj.), *Psychopathology: Foundations for a contemporary understanding* (6 útg., bls. 131–152). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003375982>
- World Health Organization. (2004). *ICD-10: International statistical classification of diseases and related health problems* (10 útg., endurbætt). Höfundur. <https://iris.who.int/handle/10665/42980>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11 útg.). Höfundur. <https://icd.who.int/>

Einkenni matvændni meðal barna með og án taugaþroskaraskana

Sigrún Þorsteinsdóttir¹, Urður Njarðvík² og Anna Sigríður Ólafsdóttir^{1,3}

¹ Deild heilsuefningar íþróttar og tómstunda, Háskóla Íslands, ² Sálfræðideild, Háskóla Íslands,

³ Deild fæðurannsókna, næringarfræði og næringarráðgjafar, Uppsalaháskóla

Matvændni getur haft margvísleg áhrif á heilsu barna og meðal annars leitt til næringarskorts og meltingarvanda en getur einnig valdið streitu á heimilum. Þekkt er að börn með taugaþroskaraskanir (til dæmis raskanir á einhverfurófi og athyglisbrest með og án ofvirkni (ADHD)) eru líklegri til að vera matvönd en börn án þessara raskana en lítið er vitað um matvændni íslenskra barna. Markmið rannsóknarinnar var að meta einkenni matvændni hjá þátttakendum í Bragðlaukapjálfun (íslenskt meðferðarúrræði við matvændni barna með og án taugaþroskaraskana). Rannsóknin náði til 8-12 ára barna ($n=190$) en foreldrar svöruðu skimunarlista fyrir þátttöku í Bragðlaukapjálfun, og spurningalista um *Matarvenjur barna og matvændni*. Staðhæfingar voru flokkaðar í átta yfirlokka sem vörðuðu matarvenjur, skynjun og rútínur. Ríflega helmingur þátttakenda voru drengir (56,3%) og var meðalaldur barnanna 9 ár. Mæður voru í meirihluta foreldra (94,2%). Rúmlega þriðjungur barnanna (39%) var með taugaþroskaröskun (ADHD, einhverfu eða bæði). Tæplega helmingur (49%) barnanna var með *ein hæft fæðuval* (*borðar færri en 10 fæðutegundir*) og var hlutfallið hærra hjá börnum með taugaþroskaraskanir (59%) en án (43%), ($\chi^2(1, N=190)=4,83, p=0,03$). Meirihluti (91%) barna með taugaþroskaraskanir hafnaði nýjum fæðutegundum (*fæðunýfælni*) en 73% barna án taugaþroskaraskana, ($\chi^2(1, N=190)=9,98, p<0,01$). Svipaðar niðurstöður mátti sjá fyrir aðrar staðhæfingar. Aðeins ein staðhæfing sýndi hærra hlutfall fyrir börn án taugaþroskaraskana (30%) en með (15%); „Barnið mitt hlakkar mikið til þess að borða“, ($\chi^2(1, N=189)=5,30, p=0,02$). Lítið er vitað um einkenni matvændni barna á Íslandi og veitir rannsóknin mikilvæga innsýn í einkennin. Niðurstöður sýndu hærra hlutfall á einkennum matvændni hjá börnum með taugaþroskaraskanir á flestum þáttum sem skoðaðir voru. Brýnt er að skoða nánar matvændni barna á Íslandi svo heilbrigðisstarfsfólk og foreldrar fái betri innsýn í einkenni og úrræði.

Efnisorð: *Einhverfurófsraskanir; ADHD; Taugaþroskaraskanir; Matvændni; Matarvenjur.*

Matvændni barna, sérstaklega þeirra sem glíma við taugaþroskaraskanir á borð við raskanir á einhverfurófi (einhverfu) og athyglisbrest með og án ofvirkni (ADHD) er nýtt og vaxandi rannsóknarefni. Samt sem áður er lítið til af rannsóknum á birtingarmynd matvændni í þessum hópi og einkennin hafa ekki áður verið skoðuð meðal íslenskra barna. Matvændni er jafnan skilgreind út frá annars vegar fæðusérvisku og einhæfu fæðuvali (*picky/fussy eating*) og hins vegar fæðunýfælni (*food neophobia*) þar sem barn sýnir ótta eða kvíðaviðbragð gagnvart fæðutegundum sem það hefur ekki kynnst áður og forðast að bragða á þeim (Dovey o.fl., 2008; Johnson o.fl., 2021; Smith o.fl., 2020). Í daglegu tali nær hugtakið matvændni yfir bæði fæðusérvisku og fæðunýfælni.

Matvændni getur meðal annars falið í sér að barn velur umfram annað mat sem er bragðdaufur eða sætur, en litur, áferð og annað skynáreiti getur líka ýtt undir einhæft fæðuval. Samkvæmt erlendum rannsóknum er matvændni algengust á milli tveggja og sex ára aldurs og dregur svo gjarnan úr henni þegar líður á grunnskólaaldurinn (Leventakou o.fl., 2016). Um fjórðungur barna er þó áfram

Sigrún Þorsteinsdóttir er sálfræðingur og nýdóktor í heilsuefningu við Deild heilsuefningar íþróttar og tómstunda, Háskóla Íslands, Urður Njarðvík er prófessor í sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands og Anna Sigríður Ólafsdóttir er prófessor í næringarfræði við Deild heilsuefningar íþróttar og tómstunda, Háskóla Íslands og Deild fæðurannsókna, næringarfræði og næringarráðgjafar, Uppsalaháskóla. Fyrirspurnum svarar Sigrún Þorsteinsdóttir, sími: 770-5000, netfang: sthorsteinsdottir@hi.is.

matvandur, og gildir það sér í lagi hjá börnum með taugaþroskaraskanir þar sem allt að 80% barna með einhverfu, (Mari-Bauset o.fl., 2014) og 40% barna með ADHD eru með takmarkað fæðuval. Börn með taugaþroskaraskanir eru líklegri til að vera með skynúrvinnsluvanda, en börn án þessara raskana og geta verið óvenju næm fyrir lykt, hljóðum, útliti, áferð og bragði. Slíkt getur verið óþægileg og streituvekjandi upplifun fyrir börnin og upplifun sem okkur þykir hversdagsleg, til að mynda diskaglamur, smjatt í öðrum, sterk lykt af mat, slæm hljóðvist og fleira geta þannig verið mjög truflandi fyrir börn með skynúrvinnsluvanda, og þá helst í tengslum við mat og matartíma (Mayes og Zickgraf, 2019; Råstam o.fl., 2013). Komið hefur í ljós að Bragðlaukajálfun, sem er fæðumiðuð íhlutun fyrir 8-12 ára börn til að auka fjölbreytni í fæðuvali og draga úr matvendi getur unnið vel á matvendi barna með og án taugaþroskaraskana, einnig í 6 mánaða eftirfylgd, þó að dragi hægar úr matvendi hjá fyrrnefnda hópnum (Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021b).

Erfðafræðilegar rannsóknir hafa sýnt að bragðskynjun er að einhverju leyti arfgeng (Timpson o.fl., 2007). Þannig má nefna að börnum er meðfætt að sækja í sætar fæðutegundir en þróunarfræðilega má setja það í samhengi við móðurmjólkina sem er næringar- og orkurík og sæt og heppileg til vaxtar og þroska (de Barse o.fl., 2017; Mennella o.fl., 2001). Einnig er börnum eðlislægt að hafna eða forðast beiska og súra fæðu sem getur haft þá eiginleika að vera skemmd eða eitruð og því hugsanlega verndandi gegn veikindum eða dauðsföllum að forðast slíkan mat í þróunarfræðilegu samhengi (Johnson o.fl., 2021). Grænmeti getur verið nokkuð beiskt á bragðið og er því sú fæða sem börn samþykkja oft seint og þurfa mikla æfingu, með endurtekinni kynningu, til að venjast (Johnson o.fl., 2021; Taylor o.fl., 2015). Börn eru þó misnæm fyrir bragði og öðrum skynáreitum svo sem lykt, áferð, snertingu og jafnvel hljóði og líklegt að mismunandi næmi fyrir áreitunum móti fæðuvenjur barna, sér í lagi ef foreldrar eru einnig matvandar. Í rannsókn sem greinarhöfundar framkvæmdu kom til að mynda í ljós að matvendi foreldra hafði meiri áhrif á matvendi barna þeirra en taugaþroskaröskun barnanna (Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021c).

Börn með matvendi eiga það sameiginlegt að forðast alla jafna trefjaríku fæðu eins og ávexti, grænmeti, grófmæti og heilkorn sem oft er bæði litrík, bragðmikil og með flókna og breytilega áferð. Þau sækja frekar í einföld kolvetni, sérstaklega litlausan mat (e. *White Foods*), til dæmis ljóst brauð, mjúka snúða, skyndinuðlur og morgunkorn (Bandini o.fl., 2019; Dovey o.fl., 2008; Hubbard o.fl., 2014), en þessi matvæli eru gjarnan með einsleita eða mjúka áferð og valda í heildina litlu skynáreiti.

Matvendi barna getur einnig fylgt aukin streita á heimilum þeirra þegar samskiptin eru slæm í kringum matarvenjur og matartíma en að sama skapi geta áhyggjur foreldra verið þungar, sérstaklega ef barnið nærast illa og þyngist eða léttist hratt (Antonioni o.fl., 2016; Crowe o.fl., 2016). Sálfélagsleg skerðing af völdum matvendi getur einnig birst í kvíða, vanlíðan, stríðni og aðfinnslum annarra barna og fullorðinna og má sem dæmi nefna að börn geta veigrað sér við að sækja matarboð, sumarþúðir eða námskeið vegna hræðslu við matinn sem í boði er, eða kvíða yfir því að þau verði þvinguð til að neyta matar sem þeim hugnast ekki, eða eru jafnvel hrædd við að neyta (Farrow og Coulthard, 2012). Hægðategða getur einnig fylgt takmörkuðu fæðuvali, ásamt magaþægindum og neikvæðum áhrifum á þarmaflórana (Schneider o.fl., 2024; Taylor o.fl., 2016) og er því mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk átti sig á einkennum og geti brugðist við með gagnreyndri fræðslu eða vísað til viðeigandi sérfræðinga, en meðferð á borð við Bragðlaukajálfun felur í sér þverfaglega nálgun úr næringarfræði og sálfræði. Í alvarlegustu tilvikum samanber sértækar átraskanir líkt og ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder), getur þrálát og erfið matvendi leitt til næringarskorts, og eru til dæmi um skyrþjóg og jafnvel blindu af völdum mjög einhæfs fæðis (Ali o.fl., 2014; Mayes og Zickgraf, 2019). Mikilvægt er að þekkja og greina birtingarmynd matvendi hjá börnum til að geta stutt við og stuðlað að góðu fæðuvali og næringarástandi en einnig til að hlúa að líkamlegri, andlegri og félagslegri vellíðan. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða birtingarmynd matvendi hjá börnum með og án taugaþroskaraskana.

Tafla 1 Upplýsingar um bakgrunn þátttakenda sem svöruðu skimunarlistanum fyrir þátttöku í Bragð-laukaþjálfun.

	Barn með taugabroskaröskun (ADHD, einhverfa eða bæði)					
	Heild=190		Já=74 (39%)		Nei=116 (61%)	
Barn						
Aldur, meðaltal (staðalfrávik)	9,0 (1,52)		9,2 (1,54)		8,9 (1,50)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Kyn barns						
Stúlkur	83	43,7	22	29,7	61	52,6
Drengir	107	56,3	52	70,3	55	47,4
Raskanir						
ADHD, án einhverfu	38	20,0	38	51,3	-	-
Einhverfa, án ADHD	14	7,4	14	18,9	-	-
Báðar taugabroskaraskanir, ADHD og einhverfa	22	11,6	22	29,7	-	-
Kviði	18	9,5	11	14,9	7	6,0
Námserfiðleikar	15	2,1	12	16,2	3	2,6
Þroskahömlun	4	2,1	3	4,0	1	0,9
Aðrar raskanir*	39	20,5	30	40,5	9	7,7
Engin röskun	100	52,6	-	-	-	-
Foreldri						
Mæður	179	94,2	69	93,2	110	94,8
Feður	11	5,8	5	6,8	6	5,2
Starf						
Í fullu starfi	125	65,8	43	58,1	82	70,7
Í hlutastarfi	35	18,4	14	18,9	21	18,1
Í námi	12	6,3	7	9,5	5	4,3
Annað (heimavinnandi, öryrki, fæðingarorlof)	18	9,5	10	13,5	8	6,9
Menntun						
Framhaldsnám í háskóla (PhD/MA/MSc)	78	41,0	25	33,7	53	45,7
Bakkalágráða (BA/BSc)	71	37,4	24	32,4	47	40,5
Framhaldsskóli-/verkmenntun	26	13,7	15	20,3	11	9,5
Grunnskólamenntun	15	7,9	10	13,5	5	4,3
Hjúskaparstaða						
Gift/kvæntur/í sambúð	151	79,5	57	77,0	94	81,0
Fráskilin(n)/einstætt foreldri	39	20,5	17	23,0	22	18,9
Búsetuform						
Barnið á fleiri en eitt heimili	41	21,6	19	25,7	22	19,0
Barnið á eitt heimili	149	78,4	55	74,3	94	81,0
Fjöldi barna á heimili						
1 barn	27	14,2	13	17,5	14	12,1
2 börn	77	40,5	31	41,9	46	39,7
3 börn	64	33,7	23	31,1	41	35,3
4 eða fleiri börn	22	11,6	7	9,5	15	12,9

* Mótþráþrjúskuröskun, hreyfiproskaröskun, tengslaröskun, árættu- og þráhyggjuröskun. Þrjú börn voru með reiðivanda og voru jafnframt með aðrar raskanir; kviða, árættu- og þráhyggjuröskun, og þroskahömlun.

Aðferð

Þátttakendur

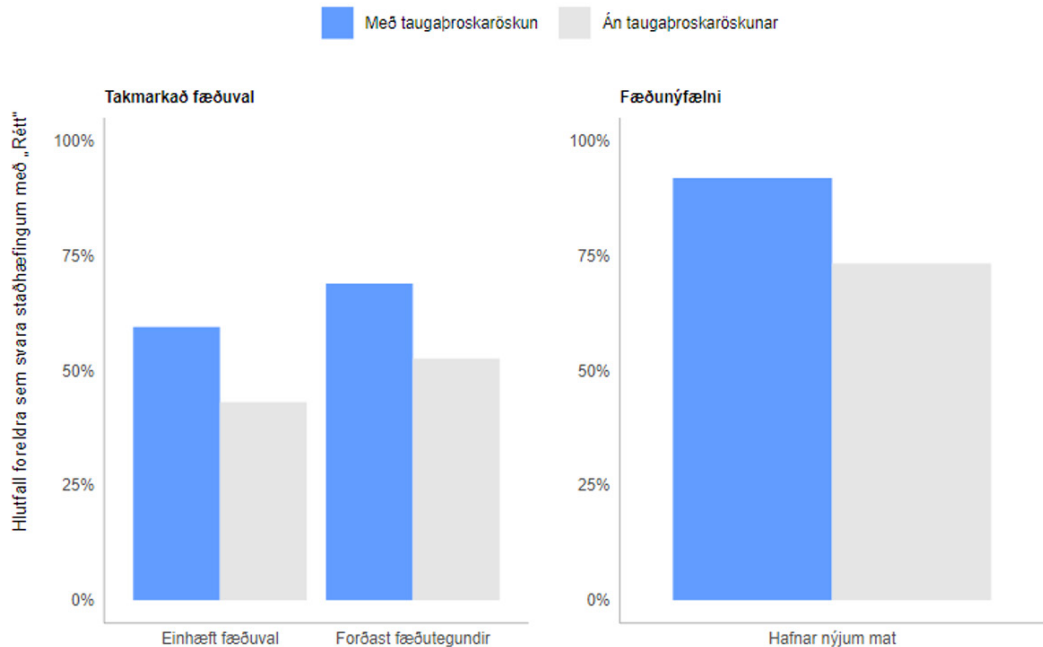
Þátttakendur voru alls 190 sem svöruðu skimunarlista fyrir matvæðni og svöruðu foreldrar (eða forsjáraðilar, hér eftir nefndir foreldrar) spurningum um sig og börn sín (tafla 1). Meirihluti svarenda voru mæður (94,2%). Tæplega 40% barna voru með taugabroskaröskun en algengasta staka röskunin var ADHD (20%) en því næst var algengasta staka röskunin einhverfa (7%). Til viðbótar voru tæplega 12% með bæði ADHD og einhverfu. Meðalaldur barnanna var 9 ár. Um tveir þriðju (65,8%) foreldra voru í fullu starfi og tæplega 79% með háskólamenntun. Frekari bakgrunnsupplýsingar úrtaksins eru birtar í töflu 1.

Mælitæki

Foreldrar svöruðu spurningum um matvæðni barna sinna út frá spurningalista Kauer um *Matarvenjur barna og matvæðni* sem var þýddur og staðfærður út frá *Adult picky eating* (Kauer o.fl., 2015) og aðlagður þannig að foreldrar svara til um börn sín. Listinn hefur verið notaður fyrir 5-17 ára börn á Íslandi (Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021a; Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021c) og samanstendur af 30 staðhæfingum um matarvenjur barna og matvæðni. Spurningalistinn hefur ekki íslensk viðmið en í þeim íslenskum rannsóknum sem hann hefur verið notaður mældist Chronbach's alpha stuðullinn um innra samræmi góður (0,73 og 0,82) (Thorsteinsdóttir o.fl., 2021a; Thorsteinsdóttir o.fl., 2021c). Foreldrar voru beðnir um að svara staðhæfingunum með „Rétt“ eða „Rangt“ út frá því sem átti við fyrir síðasta ár. Dæmi um staðhæfingu sem foreldri var beðið um að meta var „Barnið mitt hafnar nær alltaf mat með súru bragði“ og „Barnið mitt vill ekki prófa nýjar fæðutegundir“. Staðhæfingar eru flokkaðar í átta yfirlokka út frá sameiginlegum þáttum; *önnur matarhegðun* (fæðuofnæmi), *takmarkað fæðuval*, *fæðunýfælni*, *höfnun út frá skynjun* (bragð, áferð, útlit), *samsettur matur/snerting fæðutegunda á disk* eða *snerting annarra við matinn*, *rúttinur og áhugi á mat/ad borða með öðrum*. Tíu spurningum úr upphaflegum *Adult picky eating* er vörðugu trúarlegar ástæður fyrir fæðuvali, megrun eða heilbrigðan lífsstíl var sleppt (Kauer o.fl., 2015).

Framkvæmd

Rannsóknin var þversniðsrannsókn byggð á bakgrunnsupplýsingum þátttakenda sem svöruðu skimunarlista fyrir þátttöku í Bragðlaukaþjálfun, sjö vikna fæðumiðaðri slembistýrðri íhlutunarrannsókn (*randomized controlled study*) fyrir 8-12 ára börn með og án taugabroskaraskana og fjölskyldur þeirra (Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021b). Eitthundrað og níutíu foreldrar svöruðu bakgrunnsspurningum sem og spurningum um fæðuvenjur barna sinna. Gagnasöfnun fyrir skimunarlista fór fram yfir eitt ár, frá janúar 2018-2019. Auglýst var eftir þátttakendum á vefsíðu Bragðlaukaþjálfunar www.bragdlaukathjalfun.is og samfélagsmiðlum og var tölvupóstur einnig sendur á vegum rannsakenda gegnum ADHD samtökin og Einhverfusamtökin til þeirra félagsmanna. Auglýst var eftir 8-12 ára börnum með matvæðni, með og án taugabroskaraskana og foreldrum þeirra og voru útilokandi skilyrði til þátttöku börn sem ekki gátu matað sig sjálf og börn og/eða foreldrar sem ekki voru íslenskumælandi. Foreldrar svöruðu bakgrunnsupplýsingum um kyn, menntun, og störf. Þeir svöruðu einnig spurningum um kyn, aldur og greiningar barnanna. Börn með raskanir voru með greiningar frá viðurkenndum fagaðilum eða stofnunum, þar með talið Ráðgjafar- og greiningarstöð (áður Greiningar- og ráðgjafastöð Ríkisins), Geðheilsu- og fæðingastöð barna (áður Þroska- og hegðunarstöð) og Barna- og unglingageðdeild Landspítalans (BUGL). Vísindasíðanefnd gaf leyfi (VSNb2017110020/03.01) fyrir rannsókninni þann 9. janúar árið 2018. Forritið R (RStudio útgáfa 2023.06.1 með R útgáfu 4.3.3) var notað við tölfraðilegar greiningar. Lýsandi tölfraði var framkvæmd á gögnunum til að lýsa rannsóknarþýðinu, meðaltölum, staðalfrávikum og hlutföllum. Niðurstöður Kauer listans voru tvíkösta en kí-kvaðrat próf var notað til að bera saman hlutföll. P-gildi <0,05 töldust tölfraðilega marktæk. Leiðrétt var fyrir margþættum samanburði með Bonferroni leiðréttingu. Einnig var leiðrétt fyrir fáum þátttakendum (færri en fimm) þar sem við átti með Yates leiðréttingu (*Yates's continuity correction*).



Mynd 1 Hlutfall foreldra sem svöruðu staðhæfingum með „Rétt“ þegar spurt var um takmarkað fæðuval og fæðunýfælni hjá börnum með og án taugabroskaraskana.

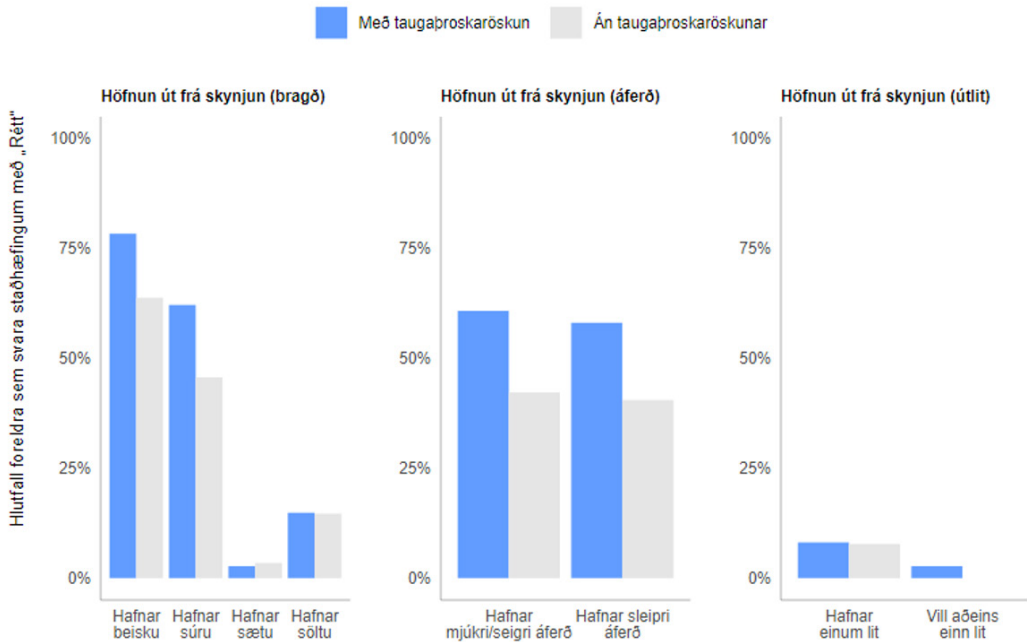
Niðurstöður

Öll börnin 190 voru með matvæðni samkvæmt foreldrum en matvæðni var skilyrði fyrir þátttöku. Aðeins sjö börn voru með fæðuofnæmi (4%) (*önnur matarhegðun*) og ekki marktækur munur á hlutfalli barna með fæðuofnæmi milli barna með eða án taugabroskaraskana, ($\chi^2(1, n=189)=0,03, p=0,86$. Rúmlega þriðjungur barnanna (39%) var með taugabroskaröskun (ADHD, einhverfu eða bæði).

Tæplega helmingur (49%) barnanna var með *ein-hæft fæðuval* (*borðar færri en 10 fæðutegundir*) samkvæmt foreldrum og var hlutfallið herra meðal barna með taugabroskaraskanir (59%) en án taugabroskaraskana (43%), ($\chi^2(1, 190)=4,83, p=0,03$ (mynd 1). Svipaða sögu mátti segja um hlutfall barna sem forðuðust yfirleitt eða alltaf að minnsta kosti eina fæðutegund („Forðast fæðutegundir; til dæmis allt kjöt, allt grænmeti, allar mjólkurvörur“) og var hlutfall barna með taugabroskaraskanir (69%) samanborið við börn án taugabroskaraskana (53%) herra, ($\chi^2(1, n=190)=4,98, p=0,03$. Meirihluti (91%) barna með taugabroskaraskanir hafnaði nýjum

fæðutegundum (*fæðunýfælni*) samkvæmt foreldrum og var það herra hlutfall en hjá börnum án taugabroskaraskana (73%), ($\chi^2(1, 190)=9,98, p<0,01$.

Hærra hlutfall barna með taugabroskaraskanir (78%) hafnaði nær alltaf mat með beisku bragði (*höfnun út frá skynjun (bragð)*), ($\chi^2(1, n=188)=3,58, p=0,04$ samanborið við börn án taugabroskaraskana (65%) (mynd 2). Sama gildi um höfnun á súru bragði (62% barna með taugabroskaraskanir samanborið við 46% barna án taugabroskaraskana, ($\chi^2(1, n=187)=4,67, p=0,03$). Aftur á móti var ekki marktækur munur á hlutfalli milli hópanna þegar foreldrar voru spurðir út í höfnun barns á sætu bragði, ($\chi^2(1, n=190)=0,08, p=0,98$ eða söltu, ($\chi^2(1, n=190)=0,01, p=0,99$. Aðeins tvö börn (3%) með taugabroskaraskanir og fjögur börn (3%) án taugabroskaraskana höfnuðu sætu bragði, ($\chi^2(1, n=189)=0,08, p=0,98$. Þegar foreldrar voru spurðir út í höfnun á áferð matar (*höfnun út frá skynjun (áferð)*) mátti sjá að herra hlutfall barna með taugabroskaraskanir (61%) en án taugabroskaraskana (42%) hafnaði mat út frá



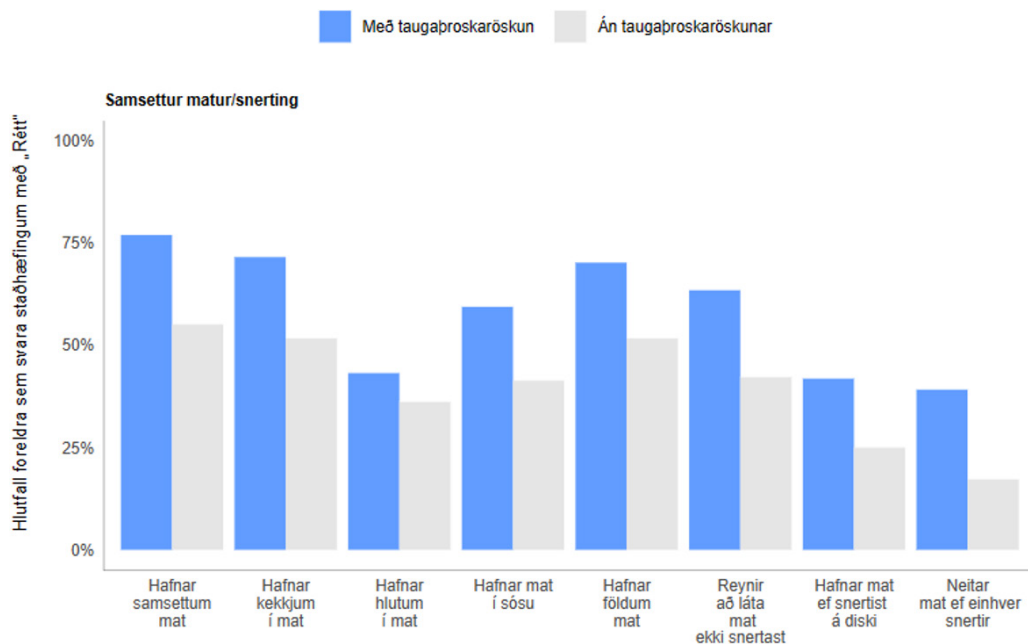
Mynd 2 Hlutfall foreldra sem svöruðu staðhæfingum með „Rétt“ þegar spurt var um höfnun út frá skynjun (bragð, áferð eða útlit) hjá börnum með og án taugabroskaraskana.

ákveðinni áferð, („Barnið mitt forðast nær alltaf mat með ákveðinni áferð, til dæmis stökkan eða mjúkum mat eða mat með seigri áferð”), ($\chi^2(1, n=189)=6,23, p=0,01$). Hið sama mátti segja um höfnun á sleipri áferð („Barnið mitt forðast nær alltaf mat sem er með sleipri áferð, til dæmis ostrur, linsoðin egg eða steikt egg”) þar sem herra hlutfall barna með taugabroskaraskanir (58%) en án taugabroskaraskana (41%) hafnaði sleipri áferð, ($\chi^2(1, n=190)=5,61, p=0,02$).

Útlit matar hafði í fáum tilvikum áhrif á hvort börnin höfnuðu honum (*höfnun út frá skynjun (útlit)*) samkvæmt foreldrum því aðeins fimmtán börn (8%) forðuðust nær alltaf mat með ákveðnum lit (til dæmis að borða aldrei rauðan mat) og var ekki marktækur munur á hlutfalli barna með (8%) og án taugabroskaraskana (8%), ($\chi^2(1, n=187)=0,01, p=0,94$). Tvö börn (1%) völdu að borða eingöngu mat með ákveðnum lit (til dæmis að borða aðeins mat með gulum lit) og voru þau bæði með taugabroskaraskanir, ($\chi^2(1, n=188)=2,93, p=0,29$).

Fyrir staðhæfingar um samsettan mat og snertingu fæðutegunda á diskum eða snertingu

matar við annan mat (*samsettur matur/snerting*) (mynd 3) var hlutfall barna með taugabroskaraskanir marktækt herra fyrir allar staðhæfingar utan „Barnið mitt hafnar nær alltaf mat sem er með einhverjum hlutum í (til dæmis smákaka með rúsínum, kaka með hnetum)”, ($\chi^2(1, n=189)=0,94, p=0,33$). Herra hlutfall barna með taugabroskaraskanir (73%) en án taugabroskaraskana (55%) hafnaði samsettum mat, („Barnið mitt hafnar nær alltaf að borða mat sem er blandaður eða samsettur, til dæmis bauna- og gulrótablanda eða samloka með rækjusalati”), ($\chi^2(1, n=190)=9,33, p<0,05$). Hið sama átti við um höfnun á kekkjum í mat („Barnið mitt hafnar nær alltaf mat sem hefur kekki í sér, til dæmis sósu með bitum í eða kássu, jafnvel þótt maturinn eigi að vera þannig (á ekki við um kekkjóttu sósu eða hafragraut)”), en hlutfallið var herra meðal barna með taugabroskaraskanir (72%) en hjá börnum án taugabroskaraskana (52%), ($\chi^2(1, n=187)=7,42, p<0,01$). Einnig mátti sjá svipaða niðurstöðu fyrir höfnun á mat í sósu, („Barnið mitt hafnar nær alltaf mat sem borinn er fram með sósu, til dæmis pasta í tómatsósu eða kjötbollur í brúnni sósu”);



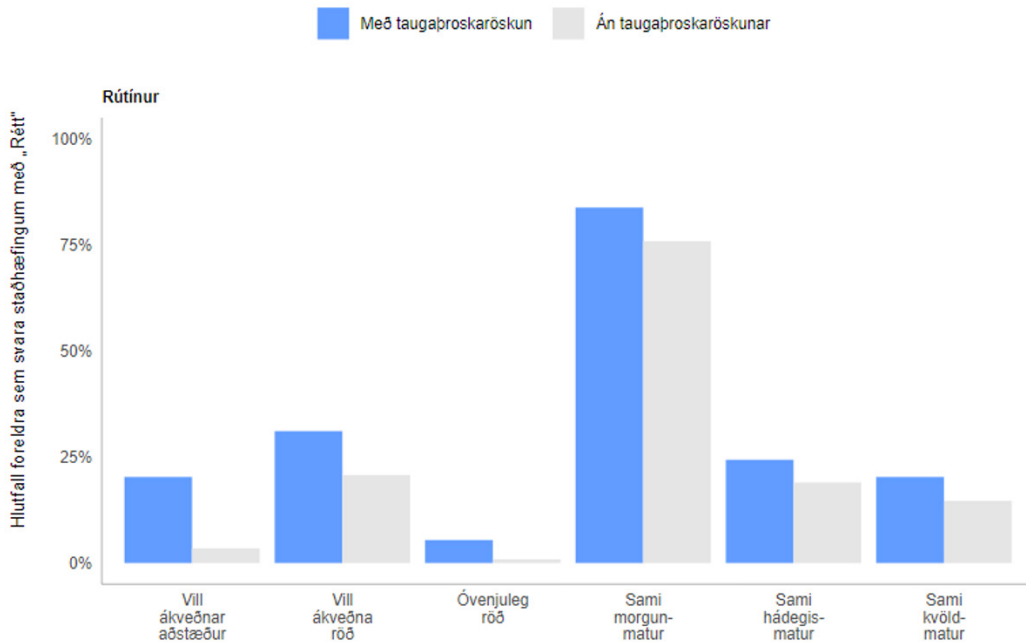
Mynd 3 Hlutfall foreldra sem svörðu staðhæfingum með „Rett“ þegar spurt var um samsettan matur/ snertingu fæðutegunda á disk eða snertingu annarra við matinn (samsettur matur/snerting) hjá börnum með og án taugabroskaraskana.

60% samanborið við 41% án taugabroskaraskana, ($\chi^2(1, n=187)=5,91, p=0,02$). Þegar staðhæfing um höfnun á földum mat var skoðuð („Barnið mitt hafnar nær alltaf að borða mat þegar það getur ekki séð hvernig innihaldið er með beinum augum, til dæmis vorrúllur eða fyllt pasta”) mátti einnig sjá hærra hlutfall meðal barna með taugabroskaraskanir (70%) en án taugabroskaraskana (52%), ($\chi^2(1, n=187)=7,06, p<0,01$). Hið sama gildi um tilraunir barns til að reyna að láta mismunandi mat ekki snertast („Barnið mitt gerir tilraun til þess að láta mismunandi matartegundir ekki snertast á matardiski sínum”) þar sem hærra hlutfall barna með taugabroskaraskanir (64%) en barna án taugabroskaraskana (43%) gerði tilraun til þess, ($\chi^2(1, n=190)=8,18, p<0,01$). Sömuleiðis var hlutfall „Rett” svara hærra hjá foreldrum barna með taugabroskaraskanir (39%) en barna án taugabroskaraskana (17%) þegar spurt var „Barnið mitt vill yfirleitt ekki borða mat ef það hefur séð einhvern annan snerta hann”, ($\chi^2(1, n=190)=11,37, p<0,001$). Einnig mátti sjá að hærra hlutfall barna með taugabroskaraskanir (42%)

en án taugabroskaraskana (25%) hafnaði mat ef hann snerti annan mat á disk („Barnið mitt hafnar nær alltaf mat sem komist hefur í snertingu við annan mat á matardisknum sínum”), ($\chi^2(1, n=190)=5,97, p=0,01$).

Þegar staðhæfingar undir flokknum *rútinur* voru skoðaðar (mynd 4) var munur á hlutfalli svara í flestum staðhæfingum ekki marktækur á milli barna með og án taugabroskaraskana. Munur var þó á hlutfalli svara fyrir staðhæfinguna: „Barnið mitt kys yfirleitt að neyta matar síns með ákveðnum aðila, í ákveðnum aðstæðum eða með ákveðnum áhöldum”, þar sem hlutfall „Rett” svara var nokkru hærra fyrir börn með taugabroskaraskanir (20%) en án (3%), ($\chi^2(1, n=187)=12,24, p<0,001$). Meirihluti barna óháð taugabroskaröskun (80%) borðaði það sama í morgunmat á hverjum degi flesta daga vikunnar.

Þegar staðhæfingar undir flokknum *áhugi á mat/borða með öðrum* voru skoðaðar (mynd 5) mátti sjá að hlutfall „Rett” svara var marktækt hærra hjá börnum með taugabroskaraskanir (58%) en án taugabroskaraskana (30%) þegar þau voru



Mynd 4 Hlutfall foreldra sem svöruðu staðhæfingum með „Rét” þegar spurt var um rútínur hjá börnum með og án taugaþroskaraskana.

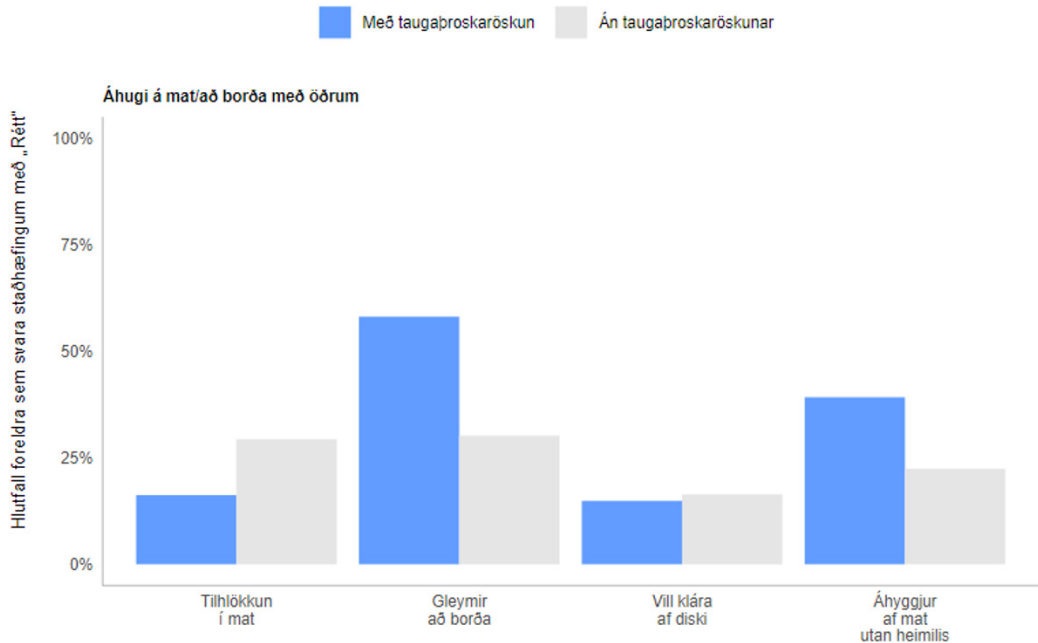
spurð: „Barnið mitt missir oft af máltíðum sökum annríkis eða gleymsku”, ($\chi^2(1, n=190)=14,57$, $p<0,001$ og sömuleiðis „Barnið mitt hefur oft áhyggjur af því að enginn matur verði á boðstólum í matarboði hjá öðrum” (39% barna með taugaþroskaraskanir í samanburði við 22% börnum án taugaþroskaraskana), ($\chi^2(1, n=188)=6,51$, $p=0,02$). Aðeins ein staðhæfing sýndi hærra hlutfall „Rét” svara fyrir börn án taugaþroskaraskana (30%) en með taugaþroskaraskanir (15%) en það var staðhæfingin „Barnið mitt hlakkar mikið til þess að borða”, ($\chi^2(1, n=189)=5,30$, $p=0,02$).

Umræða

Mismunandi einkenni matvendi komu fram í þessari rannsókn og sérstaklega ber að geta þess að í nær öllum atriðum sem voru til skoðunar voru einkenni algengari meðal barna með taugaþroskaraskanir en hjá börnum án þessara raskana. Tæplega helmingur barnanna borðaði færri en 10 fæðutegundir samkvæmt svörum foreldra og var því með *einhæft fæðuval* (borðar færri en 10 fæðutegundir). Sömuleiðis höfnuðu rúmlega 9

af hverjum 10 börnum með taugaþroskaröskun nýjum fæðutegundum og voru því með *fæðunýfælni* en þó voru 73% barna án taugaþroskaraskana sem einnig sýndu einkenni fæðunýfælni. Þar sem ekki eru til gögn til samanburðar úr almennu þýði er ekki hægt að draga ályktanir um börnin í þessari rannsókn en þó er áhyggjuefni að einhæft mataræði hafi reynst jafn algengt og raun ber vitni enda er fjölbreytt mataræði ein forsenda heilbrigðis og almennrar vellíðan.

Meira en helmingur barna hafnaði súru og beisku bragði þó hærra hlutfall barna með taugaþroskaraskanir hafi hafnað því. Þekkt er að börn með taugaþroskaraskanir glíma mörg hver við skynúrvinnsluvanda (Smith o.fl., 2020) og því má leiða líkum að því að beiskt og súrt bragð geti verið þessum börnum erfitt og þau þurfi æfingu í að þola skynáreitið sem felst í að borða fæðutegundir sem hafa afgerandi beiskt eða súrt bragð. Mögulegt er einnig að börn án taugaþroskaraskana með matvendi glími sum hver líka við einhvers konar skynúrvinnsluvanda sem gerir upplifun á fæðu með beisku eða súru bragði erfiða (Postorino o.fl., 2015). Nær öll börn samþykktu sætt og salt



Mynd 5 Hlutfall foreldra sem svöruðu staðhæfingum með „Rétt“ þegar spurt var um áhuga á mat/borða með öðrum hjá börnum með og án taugabroskaraskana.

bragð en um helmingur barna hafnaði mat út frá tiltekinni áferð svo sem sleipri og seigri en þó var hærra hlutfall barna með taugabroskaraskanir sem hafnaði áferðinni en barna án taugabroskaraskana. Þess má geta að trefjarík fæða eins og grænmeti og heilkorn hefur beiskt bragð eða undirtón sem og grófa áferð sem getur verið ein ástæða þess að börnin forðast þessar fæðutegundir og sækja frekar í neyslu einfaldra kolvetna og litlauss matar með einsleitri eða mjúkri áferð (Bandini o.fl., 2019; Dovey o.fl., 2008; Hubbard o.fl., 2014).

Börnin virtust hvorki hafna né sækja í tiltekna liti á fæðu til dæmis að velja eingöngu rauða fæðu eða hafna öllum gulum mat. Þess eru dæmi (Mari-Bauset o.fl., 2014) að börn með taugabroskaraskanir hafi gjarnan slíkan háttinn á en niðurstöður þessarar rannsóknar studdu það ekki. Miðað við að börnin í þessari rannsókn voru mörg hver að neyta fárra fæðutegunda má vera að þau hafi ekki haft tækifæri til að neita tilteknum litum eða sækja í annan þar sem meirihluti fæðunnar sem þau borða var sennilega litlaus (hvítur, gulleitur, ljósbrúnn).

Þegar spurt var um staðhæfingar sem sneru að samsettum mat og snertingu fæðutegunda á disk

eða snertingu matar við annan mat var hlutfall barna með taugabroskaraskanir marktækt hærra fyrir allar staðhæfingar utan „Barnið mitt hafnar nær alltaf mat sem er með einhverjum hlutum í (til dæmis smákaka með rúsínum, kaka með hnetum)“. Hugsanlega hefði niðurstaðan verið önnur ef spurt hefði verið um til dæmis ólífur í kjötbollum en flestum börnum þykja kökur góðar og því var hugsanlega líklegra að fá já við spurningunni þar sem skýringardæmin sem voru gefin upp lýstu smáköku/köku. Aðrar niðurstöður voru í samræmi við rannsóknir á börnum með matvæðni og sérstaklega börnum með taugabroskaraskanir sem mörg glíma við áskoranir varðandi tiltekna áferð á mat, sér í lagi falinn mat, kekki í mat, samsettan mat, og eins þegar matur snertir annan mat á disknum (Smith o.fl., 2020).

Aðeins sjö börn voru með fæðuofnæmi (4%) (önnur matarhegðun) og var ekki marktækur munur á hlutfalli barna með fæðuofnæmi milli barna með eða án taugabroskaraskana. Á síðustu áratugum hefur gjarnan sprottið upp umræða þess efnis að börn með einhverfu séu líklegri til að hafa fæðuþol og ofnæmi fyrir til dæmis

mjólk (caseini), hveiti (glúteni), litarefnum og bragðefnum og þessum fæðutegundum því í meðferðarskygni haldið frá börnunum meðal annars til að draga úr neikvæðum hegðunareinkennum (Keller o.fl., 2021). Niðurstöður þessarar rannsóknar eru aftur í samræmi við rannsóknir og yfirlitsgreinar sem sýna að börn með einhverfu séu ekki líklegri til að vera með fæðuóþol eða ofnæmi en börn án einhverfu (Keller o.fl., 2021; Monteiro o.fl., 2020; Yu o.fl., 2022) og því líklega ekki þörf á því að neyti sérfæðis nema í sérstökum tilfellum.

Þegar rútinur voru skoðaðar svo sem að borða mat í ákveðinni röð, borða sama morgunmat, hádegismat og kvöldmat mátti sjá að lítill munur var á börnum með og án taugaþroskaraskana. Athyglisvert var að niðurstöðurnar voru svipaðar á milli barna með og án taugaþroskaraskana en eitt af einkennum barna með einhverfu er fastheldni í rútinum og athöfnum (Postorino o.fl., 2015). Á undanförnum árum hefur verið rætt um að matvæðni barna eigi sér grunn í kvíða hjá börnum, ekki síst fæðunýfælnin (Farrow og Coulthard, 2012) og má því vera að fastheldnin sé á einhvern hátt birtingarmynd kvíðaeinkenna. Marktækur munur var á hlutfalli svara fyrir staðhæfinguna: „Barnið mitt kys yfirleitt að neyta matar síns með ákveðnum aðila, í ákveðnum aðstæðum eða með ákveðnum áhöldum” og út frá þessum niðurstöðum mætti ætla að rútin sé börnum með taugaþroskaraskanir mikilvæg en einnig er mögulegt að þörf sé að skoða liðan barna með matvæðni og taugaþroskaraskanir betur, sér í lagi kvíðaeinkenni.

Spurt var um áhuga á mat og áhuga á að borða með öðrum en eina staðhæfingin í þessari rannsókn sem sýndi marktækt hærra hlutfall fyrir börn án taugaþroskaraskana (30%) en hjá börnum með taugaþroskaraskanir (15%) var staðhæfingin „Barnið mitt hlakkar mikið til þess að borða”. Þessar niðurstöður komu ekki á óvart en eðlilegt hlýtur að teljast að börn með matvæðni og sér í lagi með taugaþroskaraskanir að auki hafi ekki sérstaka ánægju af því að borða. Athyglisvert er þó að þriðjungur barna með matvæðni hafi hlakkað til að borða en mögulegt er að svörin hefðu verið neikvæðari ef spurt hefði verið sérstaklega út í ávexti, grænmeti og heilkorn. Forsenda þess að

njóta matar er að geta og vilja borða hann og því mikilvægt að horfa til þeirra þátta sem felast í ánægjulegri máltíð eins og til dæmis afslöppuð samvera, ekki þrýstingur á að borða eða jafnvel klára matinn, jákvæð og hlýleg samskipti, matur sem er ekki kvíðvænlegt að neyta, og umhverfi sem oförvar ekki skynfærin (til dæmis með hávaða, birtu eða lykt) (Mayes og Zickgraf, 2019; Smith o.fl., 2020; Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021b). Ánægjuleg upplifun í tengslum við mat er vaxandi rannsóknarefni (Marty o.fl., 2018) og eru vísbendingar um að hægt sé að auka ánægju á því að borða hjá matvöndum börnum með inngrípum á borð við Bragðlaukaþjálfun, meira að segja hjá börnum með taugaþroskaraskanir (Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021b). Aðrar spurningar sneru að því að gleyma máltíðum sökum annríkis og áhyggjur af því að fá ekki mat við hæfi utan heimilis en í báðum tilvikum var hlutfall barna með taugaþroskaskanir hærra en barna án taugaþroskaraskana. Ríflega þriðjungur barna í þessari rannsókn var með ADHD eingöngu eða ADHD til viðbótar við einhverfu og hugsanlegt að þessi börn eigi erfiðara með að muna eftir máltíðum en þó má geta þess að í rannsókn á Bragðlaukaþjálfun (Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021b) voru öll börn utan tvö á metýlfenídat lyfjum sem draga úr kjarnaeinkennum athyglisbrests, hreyfiofþvirkni og hvatvísi en ekki er vitað hvort að börnin sem eingöngu var svarað til um í skimunarlista voru á slíkum lyfjum.

Takmarkanir rannsóknarinnar eru nokkrar. Menntunarstig foreldra var hátt sem dregur úr alhæfingargildi niðurstaðna og því ekki ljóst hvort niðurstöður eigi við um börn foreldra á öllum menntunarstigum. Rannsóknin var auglýst opin öllum íslenskumælandi þátttakendum en ekki er ljóst hvers vegna fólk með minni menntun tók ekki þátt. Foreldrar (aðallega mæður) svöruðu til um matvæðni barna sinna en matið var huglægt og ekki byggt á beinni mælingu eða skráningu. Rannsóknir hafa einnig sýnt að foreldrar eiga til að vanmeta matvæðni barna sinna (Dovey o.fl., 2011; Venkatesh og DeJesus, 2022) og því mögulegt að einkennin séu vanmetin í þessari rannsókn. Spurningalistinn sem notaður var í þessari rannsókn (*Matarvenjur barna og matvæðni*) (Kauer o.fl., 2015) er ekki staðlaður né

eru til íslensk viðmið, en hann hefur þó verið notaður í rannsóknum (Thorsteinsdóttir o.fl., 2021a; Thorsteinsdóttir o.fl., 2021c) og var Chronbach's alpha stuðullinn um innra samræmi góður fyrir yfirflokkana átta í báðum rannsóknum (0,73 og 0,82). Skortur er þó á stöðluðum mælitækjum fyrir matvæðni (Dovey o.fl., 2011) og eru skilgreiningar á matvæðni nokkuð áreiðanlegar í fræðunum sem getur skapað erfiðleika þegar greina á klíniska matvæðni frá matvæðni sem ekki hefur alvarleg eða truflandi áhrif á líf barns og fjölskyldu þess. Nýgengi og algengi matvæðni er ekki nákvæmlega skráð í erlendum rannsóknum (Taylor o.fl., 2015) og er jafnframt ekki þekkt á Íslandi. Því er erfitt að bera saman niðurstöður þessarar rannsóknar við erlendar rannsóknir, sér í lagi þar sem úrtakið var ekki slembiúrtak. Þó er mikilvægt að birta rannsóknir þar sem birtingarmynd matvæðni þeirra barna sem eru með og án taugáþroskaraskanir eru kunngerð og þar með leiðin vörðuð fyrir foreldra og heilbrigðisstarfsfólk í tilfellum þar sem matvæðni hamlar næringarinntöku eða hefur áhrif á vöxt barna. Þrátt fyrir að Bragðlaukajálfun hafi verið stýrð samanburðarrannsókn með sex mánaða eftirfylgd (Thorsteinsdóttir, o.fl., 2021b), þá var þessi rannsókn unnin út frá skimunarsvörum þátttakenda á einum tímapunkti og því um þversniðsrannsókn að ræða. Einn helsti styrkleiki þessarar rannsóknar er að hún lýsir einkennum matvæðni íslenskra barna með og án taugáþroskaraskana en almennt er lítið vitað um birtingarmynd einkenna og veitir rannsóknin því mikilvæga innsýn í þau, ekki síst fyrir foreldra og heilbrigðisstarfsfólk.

Þakkarorð

Við þökkum Rannsóknarsjóði Háskóla Íslands fyrir styrkveitingar á doktorsstyrk, rannsóknarstyrk og nýdoktorastyrk. Einnig þökkum við þátttakendum kærlega fyrir þátttökuna.

Symptoms of Fussy Eating among Children with and without Neurodevelopmental Disorders

Fussy eating can adversely impact children's health, leading to nutritional deficiencies and maldigestion. Neurodevelopmental disorders, including autism spectrum disorder (autism) and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD), are often associated with higher rates of fussy eating compared to children without these conditions. However, limited knowledge exists regarding fussy eating behaviours among Icelandic children. This study investigated characteristics of fussy eating in children with and without neurodevelopmental disorders enrolled in Taste Education (Bragðlaukajálfun). This study examined 190 children aged 8-12 years whose parents completed screening, including a questionnaire assessing children's fussy eating. Approximately half of the participants were male (56.3%) and mean age was 9 years. The majority of parents were mothers (94.2%). Statements were categorized into eight groups centred on eating behaviours, sensory issues and rituals. Over a third of the children (39%) had a neurodevelopmental disorder (ADHD, autism, or both). Nearly half (49%) accepted a *Narrow range* of food (*eats fewer than 10 types of food*), with a higher proportion among children with neurodevelopmental disorders (59%) than those without (43%), ($\chi^2(1, N=190)=4.83, p=0.03$). A higher proportion of children with neurodevelopmental disorders exhibited *Neophobia* (91%) than those without (73%), ($\chi^2(1, N=190)=9.98, p<0.01$). Similar trends were observed for other statements, except „My child looks forward a lot to eating,“ indicating a higher proportion among children without neurodevelopmental disorders (30%) compared to children with those disorders (15%), ($\chi^2(1, N=189)=5.30, p=0.02$). This study is the first to investigate fussy eating in Icelandic children, revealing a higher prevalence of such behaviors among children with neurodevelopmental disorders than those without. The findings underscore the need for further research into fussy eating to better inform parents and healthcare providers about symptoms and available treatment options.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; ADHD; Neurodevelopmental Disorders; Fussy Eating; Eating Behaviours.

Sigrún Þorsteinsdóttir is a psychologist and a post doc at the Faculty of Health Promotion, Sport and Leisure Studies, University of Iceland, Urður Njarðvík is a professor in psychology at the Faculty of Psychology, University of Iceland and Anna Sigríður Ólafsdóttir is a professor in nutrition sciences at the Department of food studies, nutrition and dietetics, University of Uppsala. Corresponding author is Sigrún Þorsteinsdóttir, telephone: 770-5000, email: sthorsteinsdottir@hi.is.

Heimildir

- Ali, S., Hamilton, R., Callaghan, M., Brown, A., og Gibson, L. (2014). G429(P) A 13 year old with fussy-eating induced blindness. *Archives of Disease in Childhood*, 99(Suppl 1), A179-A180. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306237.411>
- Antoniou, E. E., Roefs, A., Kremers, S. P., Jansen, A., Gubbels, J. S., Sleddens, E. F., og Thijs, C. (2016). Picky eating and child weight status development: a longitudinal study. *J Hum Nutr Diet*, 29(3), 298-307. <https://doi.org/10.1111/jhn.12322>
- Bandini, L. G., Curtin, C., Eliasziw, M., Phillips, S., Jay, L., Maslin, M., og Must, A. (2019). Food selectivity in a diverse sample of young children with and without intellectual disabilities. *Appetite*, 133, 433-440. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2018.11.016>
- Crowe, T. K., Freeze, B., Provost, E., King, L., og Sanders, M. (2016). Maternal perceptions of nutrition, stress, time, and assistance during mealtimes: Similarities and differences between mothers of children with autism spectrum disorders and mothers of children with typical development. *Journal of Occupational Therapy, Schools, og Early Intervention*, 9(3), 242-257. <https://doi.org/10.1080/19411243.2016.1212681>
- de Barse, L. M., Jansen, P. W., Edelson-Fries, L. R., Jaddoe, V. W. V., Franco, O. H., Tiemeier, H., og Steenweg-de Graaff, J. (2017). Infant feeding and child fussy eating: The Generation R Study. *Appetite*, 114, 374-381. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.04.006>
- Dovey, T., Martin, C. I., Aldridge, V., Haycraft, E., og Meyer, C. (2011). *Measures, measures everywhere, but which ones should I use?* (Vol. 6).
- Dovey, T. M., Staples, P. A., Gibson, E. L., og Halford, J. C. G. (2008). Food neophobia and picky/fussy eating in children: A review. *Appetite*, 50(2), 181-193. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2007.09.009>
- Farrow, C. V., og Coulthard, H. (2012). Relationships between sensory sensitivity, anxiety and selective eating in children. *Appetite*, 58(3), 842-846. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2012.01.017>
- Hubbard, K. L., Anderson, S. E., Curtin, C., Must, A., og Bandini, L. G. (2014). A comparison of food refusal related to characteristics of food in children with autism spectrum disorder and typically developing children. *J Acad Nutr Diet*, 114(12), 1981-1987. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2014.04.017>
- Johnson, S. L., Moding, K. J., Grimm, K. J., Flesher, A. E., Bakke, A. J., og Hayes, J. E. (2021). Infant and Toddler Responses to Bitter-Tasting Novel Vegetables: Findings from the Good Tastes Study. *The Journal of Nutrition*, 151(10), 3240-3252. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/jn/nxab198>
- Kauer, J., Pelchat, M. L., Rozin, P., og Zickgraf, H. F. (2015). Adult picky eating. Phenomenology, taste sensitivity, and psychological correlates. *Appetite*, 90, 219-228. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.001>
- Keller, A., Rimestad, M. L., Friis Rohde, J., Holm Petersen, B., Bruun Korfittsen, C., Tarp, S., Briciet Lauritsen, M., og Händel, M. N. (2021). The Effect of a Combined Gluten- and Casein-Free Diet on Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 13(2), 470. <https://www.mdpi.com/2072-6643/13/2/470>
- Leventakou, V., Micali, N., Georgiou, V., Sarri, K., Koutra, K., Koinaki, S., Vassilaki, M., Kogevinas, M., og Chatzi, L. (2016). Is there an association between eating behaviour and attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschool children? *J Child Psychol Psychiatry*, 57(6), 676-684. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12504>
- Mari-Bauset, S., Zazpe, I., Mari-Sanchis, A., Llopis-Gonzalez, A., og Morales-Suarez-Varela, M. (2014). Food selectivity in autism spectrum disorders: a systematic review. *J Child Neurol*, 29(11), 1554-1561. <https://doi.org/10.1177/0883073813498821>
- Marty, L., Chambaron, S., Nicklaus, S., og Monnery-Patris, S. (2018). Learned pleasure from eating: An opportunity to promote healthy eating in children? *Appetite*, 120, 265-274. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2017.09.006>
- Mayes, S. D., og Zickgraf, H. (2019). Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 64, 76-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rasd.2019.04.002>
- Mennella, J. A., Jagnow, C. P., og Beauchamp, G. K. (2001). Prenatal and Postnatal Flavor Learning by Human Infants [10.1542/peds.107.6.e88]. *Pediatrics*, 107(6), e88. <http://pediatrics.aappublications.org/content/107/6/e88.abstract>
- Monteiro, M. A., Santos, A. A. A. d., Gomes, L. M. M., og Rito, R. V. V. F. (2020). Autism spectrum disorder: A systematic review about nutritional interventions. *Revista Paulista de Pediatria*, 38.

- Postorino, V., Sanges, V., Giovagnoli, G., Fatta, L. M., De Peppo, L., Armando, M., Vicari, S., og Mazzone, L. (2015). Clinical differences in children with autism spectrum disorder with and without food selectivity. *Appetite*, 92, 126-132. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.05.016>
- Råstam, M., Täljemark, J., Tajnia, A., Lundström, S., Gustafsson, P., Lichtenstein, P., Gillberg, C., Anckarsäter, H., og Kerekes, N. (2013). Eating Problems and Overlap with ADHD and Autism Spectrum Disorders in a Nationwide Twin Study of 9- and 12-Year-Old Children. *The Scientific World Journal*, 2013, 7, Article 315429. <https://doi.org/10.1155/2013/315429>
- Schneider, E., Schmidt, R., Cryan, J. F., og Hilbert, A. (2024). A Role for the Microbiota-Gut-Brain Axis in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder: A New Conceptual Model. *International Journal of Eating Disorders*, 57(12), 2321-2328. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.24326>
- Smith, B., Rogers, S. L., Blissett, J., og Ludlow, A. K. (2020). The relationship between sensory sensitivity, food fussiness and food preferences in children with neurodevelopmental disorders. *Appetite*, 150, 104643. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104643>
- Taylor, C. M., Northstone, K., Wernimont, S. M., og Emmett, P. M. (2016). Macro- and micronutrient intakes in picky eaters: a cause for concern? *Am J Clin Nutr*, 104(6), 1647-1656. <https://doi.org/10.3945/ajcn.116.137356>
- Taylor, C. M., Wernimont, S. M., Northstone, K., og Emmett, P. M. (2015). Picky/fussy eating in children: Review of definitions, assessment, prevalence and dietary intakes. *Appetite*, 95, 349-359. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.07.026>
- Thorsteinsdóttir, S., Olafsdóttir, A. S., Brynjólfssdóttir, B., Bjarnason, R., og Njardvik, U. (2021a). Odds of fussy eating are greater among children with obesity and anxiety. *Obesity Science & Practice*, 8(1), 91-100. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/osp4.548>
- Thorsteinsdóttir, S., Njardvik, U., Bjarnason, R., Haraldsson, H., og Olafsdóttir, A. S. (2021b). Taste education - A food-based intervention in a school setting, focusing on children with and without neurodevelopmental disorders and their families. A randomized controlled trial. *Appetite*, 167, 105623. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105623>
- Thorsteinsdóttir, S., Olsen, A., og Olafsdóttir, A. S. (2021c). Fussy Eating among Children and Their Parents: Associations in Parent-Child Dyads, in a Sample of Children with and without Neurodevelopmental Disorders. *Nutrients*, 13(7). <https://doi.org/10.3390/nu13072196>
- Timpson, N. J., Heron, J., Day, I. N., Ring, S. M., Bartoschuk, L. M., Horwood, J., Emmett, P., og Davey-Smith, G. (2007). Refining associations between TAS2R38 diplotypes and the 6-n-propylthiouracil (PROP) taste test: findings from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *BMC Genet*, 8, 51. <https://doi.org/10.1186/1471-2156-8-51>
- Venkatesh, S., og DeJesus, J. M. (2022). Can children report on their own picky eating? Similarities and differences with parent report. *Appetite*, 177, 106155. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106155>
- Yu, Y., Huang, J., Chen, X., Fu, J., Wang, X., Pu, L., Gu, C., og Cai, C. (2022). Efficacy and Safety of Diet Therapies in Children With Autism Spectrum Disorder: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis [Systematic Review]. *Frontiers in Neurology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.844117>

Félagsleg ógn og áfallastreituröskun

Andri Steinþór Björnsson¹ og Jóhann Pálmar Harðarson¹

¹Háskóla Íslands, Sálfræðideild

Í greiningakerfum er gert ráð fyrir að áföll séu tilteknir atburðir sem fólk þarf að hafa lent í til þess að geta greinst með áfallastreituröskun. Hið svonefnda viðmið A í DSM greiningakerfinu tilgreinir að þessir atburðir felist í lífshættu, alvarlegum líkamsmeiðslum eða kynferðisofbeldi. Deilt hefur verið um þetta viðmið í 45 ár og ýmsar rannsóknir hafa leitt í ljós að atburðir sem ná ekki viðmiðinu geta engu að síður leitt til áfallastreitueinkenna. Í þessari grein gagnrýnum við núverandi nálgun og leggjum til þá kenningu að áföll séu skynjuð ógn sem er einungis hægt að skilja með vísun í þróunarsögu okkar tegundar. Lífshætta er vissulega ein slík ógn. En önnur mikilvæg ógn er sú sem við köllum félagslega. Hún felst í því að upplifa mikla höfnun eða niðurlægingu. Hér er ekki um að ræða tvenns konar atburði, lífshættulega eða félagslega. Við eigum við lífsreynslu sem er afmörkuð, endurtekin og/eða samfelld yfir tiltekið tímabil, þar sem fólk upplifir ógn við líf, félagslega ógn eða hvort tveggja. Við segjum frá rannsóknum sem sýna fram á að félagsleg ógn er mun algengari en lífsógn og að báðar gerðir af ógn hafi svipuð áhrif á áfallastreitueinkenni. Áhrifin eru enn meiri þegar báðar gerðir af ógn leggjast saman. Það sem meira er, allir þátttakendur með áfallastreituröskun sögðu frá mikilli skynjaðri ógn, sem var yfirleitt félagsleg. Við rekjum í lokin hvaða áhrif þetta nýja sjónarhorn gæti haft á kenningar um þróun áfallastreituröskunar. Við leggjum jafnframt til hvernig hægt væri að meta áföll og áfallastreitueinkenni í klínísku starfi. Við köllum eftir frekari rannsóknum á félagslegri ógn og þætti hennar í þróun áfallastreituröskunar.

Éfnisorð: Áfallastreituröskun, viðmið A, lífsógn, félagsleg ógn.

Í 45 ár hefur það verið gert að nauðsynlegu skilyrði fyrir því að greinast með áfallastreituröskun að hafa upplifað atburð sem nær því viðmiði að teljast vera áfall. Í þessari yfirlitsgrein gagnrýnum við þessa nálgun og leggjum til nýtt sjónarmið. Samkvæmt því síðarnefnda felast áföll í huglægu mati á alvarlegri ógn, sem aðeins er hægt að skilja með vísun í þróunarsögu okkar tegundar. Við höldum því fram að það sé ekki bara um að ræða ógn við líf fólks, heldur líka það sem við köllum félagslega ógn, sem felst í því að upplifa mikla höfnun eða niðurlægingu. Við rekjum rannsóknir okkar á þessu nýja hugtaki og hvernig það tengist áfallastreitueinkennum og komumst að þeirri niðurstöðu að það þurfi að betrumbæta greiningakerfi, sálrænt mat á áföllum og áfallastreituröskun og jafnvel kenningar um þróun þessarar röskunar.

¹ Þróun DSM með tilliti til viðmiðs A er lýst nánar af Andra Steinþóri Björnssyni (2025).

Deilan um viðmið A¹

Áfallastreituröskun var fyrst kynnt til sögunnar í þriðju útgáfu greiningakerfis Ameríska geðlæknafélagsins (Diagnostic and statistical manual of mental disorders; DSM) árið 1980. Framsetningin var sú að fólk þyrfti að hafa upplifað *atburð* sem næði hinu svonefnda viðmiði A til þess að geta greinst með röskunina.

Af hverju var þetta gert með þessum hætti? Ein skýring er sú að það kvað við nýjan tón í þessari útgáfu greiningakerfisins. Fyrstu tvær útgáfurnar höfðu verið gagnrýndar fyrir óljós og huglæg viðmið og að það væri lítill áreiðanleiki í greiningum á milli matsfólks. Þetta átti að breytast í þriðju útgáfunni. Áföll ættu því að felast í atburðum sem hver sem er gæti

Andri Steinþór Björnsson PhD er prófessor í klínískri sálfræði við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Jóhann Pálmar Harðarson Cand.Psych. er doktorsnemandi við sömu deild. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Andra, Nýja-Garði, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. Netfang: asb@hi.is.

metið utan frá og mælt hvort hefðu átt sér stað eða ekki. Huglæg upplifun fólks skipti minna máli. Í fyrstu tilraun var viðmiðið orðað þannig að um væri að ræða atburð sem væri óvanalegur og myndi vekja vanlíðan hjá næstum öllum. Þetta hugtak, atburður, var ekki skilgreint nánar, en helstu flokkar þeirra voru ofbeldi (eins og nauðgun), náttúruhamfarir (til dæmis snjóflóð) og slys (svo sem bílslys) (APA, 1980). Í endurbætttri þriðju útgáfu kerfisins (DSM-III-R, APA, 1987) var tekið fram að einstaklingurinn þyrfti ekki að hafa lent sjálfur í áfallinu heldur gæti verið nægjanlegt að fréttu af því að ástvinur hafi lent í því.

Í fjórðu útgáfu kerfisins (APA, 1994) var tekið fram að auk lífshættu gæti áfall falist í því að verða fyrir ógn við líkamlegt heilbrigði (physical integrity of the self) eða verða fyrir alvarlegum meiðslum. Hið fyrrnefnda var ekki skilgreint nánar og hefur alla tíð þótt nokkuð óljóst. Jafnframt var bætt við viðmið A að einstaklingurinn þyrfti að bregðast við áfallinu með miklum ótta, hryllingi eða vanmætti.

Í fimmtu útgáfu DSM (APA, 2013) var viðmiðinu breytt þannig að líkamlegt heilbrigði var tekið út og kynferðisofbeldi sett í staðinn. Viðbótin um huglæg viðbrögð við áfallinu á borð við hrylling var tekin út. Einnig var tekið fram að fólk gæti upplifað áfallastreitueinkenni við það að koma endurtekið að atburðum, eins og slysum, þótt það tengdist ekki fórnarlömbunum beint. Nánast engar breytingar urðu á viðmiðinu í endurbætttri útgáfu sem kom út 2022.

Viðmið um áföll hafa því verið svipuð síðustu 45 árin. Áföll felast í atburðum, sem einkum fela í sér lífsógn. Það er svo rætt í löngu máli í DSM kerfinu hvaða dæmi teljast vera áföll og hver eru það ekki. Í greiningu á röskuninni er litið til þessa viðmiðs til að meta hvort tilefni sé til þess að meta nánar áfallastreitueinkenni. Og það eru til sjálfsmatskvarðar, eins og Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5; Weathers o.fl., 2013a), sem skima fyrir því hvort fólk hafi orðið fyrir „raunverulegu“ áfalli eða ekki.

Í hinu svonefnda International Classification of Diseases (ICD), sem Alþjóðlega heilbrigðisstofnun gefur út, kom áfallastreituröskun fyrst fram í 10. útgáfu, sem gefin var út 1993. Þar

kemur fram svipaður skilningur á áföllum og í þriðju útgáfu DSM. Það voru svo litlar breytingar gerðar á viðmiðinu um áföll í 11. útgáfu kerfisins sem kom út 2019. Þar er þó tekið fram að það sé nóg að verða vitni að atburðinum eða fréttu af áfalli sem einhver nákominn hafi orðið fyrir. Einnig má nefna að matsmanneskja virðist hafa meira ráðrúm í ICD kerfinu en í DSM kerfinu til að ákvarða hvort tiltekinn atburður sé nógu ógnandi til að geta talist vera áfall (Hyland o.fl., 2021).

Er hægt að upplifa áfallastreitueinkenni í kjölfar þess að hafa lent í atburði sem nær ekki viðmiði A? Já, það er hægt. Það hafa birst ýmsar rannsóknir áratugum saman sem sýna eindregið að það er hægt að þróa með sér áfallastreitueinkenni eftir lífsreynslu eins og einelti og andlegt ofbeldi. Í einni allsherjargreiningu (meta-analysis) voru áfallastreitueinkenni borin saman eftir því hvort atburðurinn væri í samræmi við viðmið A eða ekki samkvæmt þriðju og fjórðu útgáfu DSM (Larsen og Pacella, 2016). Í ljós kom lítill munur. Svipaðar niðurstöður fengust með tilliti til fimmtu útgáfu DSM (Larsen og Berenbaum, 2017). Það er því ljóst að núverandi nálgun hefur ekki reynst vel til að greina á milli áfalla og annarrar lífsreynslu.

Við teljum að lausnin á deilunni um viðmið A felist ekki í því að skilgreina enn betur hvaða atburðir geti talist vera áföll. Við þurfum nýja nálgun. Við leggjum til að áföll felist í huglægrri upplifun á ógn sem er einungis hægt að skilja með vísun í þróunarsögu okkar tegundar. Ógn við líf er tilgreind í viðmiði A, þótt þar sé áherslan á atburðinn sjálfan frekar en huglæga upplifun á ógninni. En það er einmitt þessi huglæga upplifun á lífsógninni sem virðist spá vel fyrir um áfallastreitueinkenni (Heir o.fl., 2016; Larsen og Berenbaum, 2017; Pinto o.fl., 2015). Þó er einnig til önnur gerð af ógn sem er ekki tilgreind í viðmiðinu. Við höfum kallað hana *félagslega ógn* (social threat; Andri Steinþór Björnsson, 2016; Björnsson o.fl., 2020; Hardarson o.fl., 2025a; 2025b) og hún felst í því að upplifa alvarlega höfnun eða niðurlægingu. Hér er um að ræða þá alkunnu staðreynd að við erum félagsleg dýr sem höfum alla tíð treyst á hóp fyrir aðgengi að fæðu, öryggi og maka. Að verða

ógnað með höfnun af hópnum eða niðurlægingu er, frá þróunarfræðilegu sjónarhorni, lífshættulegt. Nýverið setti Neuner (2023) fram kenningu um það hvernig félagsleg ógn getur haft áhrif á áfallastreitueinkenni.

Hér er ekki um að ræða tvenns konar atburði sem felast annars vegar í lífsógn og hins vegar í félagslegri ógn. Hér er frekar um að ræða lífsreynslu þar sem einstaklingur upplifir lífsógn, félagslega ógn eða báðar gerðir af ógn á sama tíma. Til dæmis getur vopnað rán verið bæði lífshættulegt og niðurlægjandi. Það sem skiptir miklu máli er huglæg upplifun, það sem einn upplifir sem lífshættu gerir einhver annar það alls ekki. Það sem ein manneskja upplifir sem niðurlægingu lítur önnur manneskja á sem óþolandi hegðun en tekur ekki til sín að öðru leyti. Við veltum upp þeim möguleika að það sé nauðsynlegt að upplifa slíka ógn til þess að áfallastreitueinkenni geti komið fram.

Félagsleg ógn og áfallastreitueinkenni

Við gerðum rannsókn þar sem við bárum saman hópa af fólki með félagsfælni, árattu-þráhyggjuröskun og svo enga röskun (Björnsson o.fl., 2020). Í ljós kom að félagsleg áföll voru algeng í öllum hópum. Það var hins vegar aðeins í félagsfælnihópnum sem um þriðjungur greindist með áfallastreituröskun eða mikil áfallastreitueinkenni (sem eru svipaðar niðurstöður og hjá Erwin o.fl., 2006, þótt þau hafi ekki skilgreint félagsleg áföll í sinni rannsókn). Við bárum hins vegar ekki kerfisbundið saman félagslega ógn og lífsógn í þessari rannsókn.

Við fengum svo tækifæri til að taka þátt í Áfallasögu kvenna, sem er faraldsfræðileg rannsókn á áföllum og áhrifum þeirra þar sem öllum konum á Íslandi eldri en 18 ára var boðin þátttaka (sjá afallasaga.is). Í þessum hluta rannsóknarinnar voru tæplega 9000 konur (Hardarson o.fl., 2025a). Í ljós kom að konurnar voru mun líklegri til að segja frá mikilli félagslegri ógn en lífsógn þegar kom að þeirra alvarlegasta áfalli (eins og það var metið út frá lengri útgáfu af LEC-5 kvarðanum, sem einnig tók til lífsreynslu eins og af einelti sem náði ekki endilega

viðmiði A); 81% sögðu frá fyrrnefndu ógninni en aðeins 18% frá þeirri síðarnefndu. Þetta átti líka við um áföll sem flestir telja fyrirfram að felist einkum í lífshættu, til dæmis sögðu 83% þeirra sem höfðu lent í líkamsárás sig hafa upplifað mikla félagslega ógn en 61% þeirra lífsógn. Og þegar um kynferðisofbeldi var að ræða var hlutfallið 81% fyrir félagslega ógn en 25% fyrir lífsógn. Þegar félagsleg ógn eða lífsógn var mikil voru konurnar 2.5 sinnum líklegri til að vera með áfallastreituröskun miðað við konur sem sögðu ekki frá mikilli ógn. Og þegar um báðar gerðir af ógn var að ræða voru konurnar fimm sinnum líklegri til að vera með áfallastreituröskun. Helsti galli á þessari rannsókn var sá að einkenni voru rannsökuð með sjálfsmatskvörðum á borð við PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5, Weathers o.fl., 2013b), sem geta gefið til kynna líklega áfallastreituröskun en jafngildir þó ekki greiningu.

Í undirrannsókn í Áfallasögu kvenna kölluðum við inn konur sem voru annaðhvort með líklega áfallastreituröskun (50 konur) eða lítil sem engin áfallastreitueinkenni (59 konur) og notuðum klíníska greiningarviðtalið Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5), sem er talið vera eitt helsta mælitæki til að meta áfallastreitueinkenni (Weathers o.fl., 2018). Í ljós kom mikill munur á hópnum tveimur (Hardarson o.fl., 2025b). Allar konurnar í áfallastreituhópnum sögðu frá mikilli skynjaðri ógn, sem var oftast félagsleg, alls sögðu 96% kvennanna í þeim hópi frá mikilli félagslegri ógn, aðeins 4% þeirra sagði frá lífsógn einvörðungu, 36% þeirra frá félagslegri ógn eingöngu, og 60% frá bæði lífsógn og félagslegri ógn. Alls sögðu 44.1% kvennanna í samanburðarhópnum frá því að hafa ekki upplifað neina slíka ógn, en 15.3% sögðu frá bæði félagslegri ógn og lífsógn, og 33.9% frá einvörðungu mikilli félagslegri ógn, og því einungis 6.7% frá eingöngu lífsógn. Helstu flokkar áfalla í fyrrnefnda hópnum voru andlegt ofbeldi (20% kvennanna), líkamlegt ofbeldi (20% kvennanna) og kynferðisofbeldi (38% kvennanna). Líkt og áður voru áfallastreitueinkenni alvarlegri þegar um báðar gerðir af ógn var að ræða.

Helstu ályktanir

Allar konurnar sem voru með alvarleg áfallastreitueinkenni sögðu frá mikilli skynjaðri ógn, sem var mun oftari félagsleg ógn en lífsógn. Báðar þessar gerðir af ógn hafa svipuð áhrif á áfallastreitueinkenni, og áhrifin eru meiri þegar um báðar gerðir af ógn er að ræða. Hér erum við að stíga fyrstu skref með þessari nýju nálgun sem lítur á áföll sem skynjaða og alvarlega ógn. Samkvæmt henni hefur getan til að greina slíka ógn haft greinilegt afkomugildi í þróunarsögu okkar tegundar. Þessar niðurstöður lofa góðu þótt auðvitað eigi eftir að rannsaka mun betur félagslega ógn og lífsógn og tengsl þeirra við áfallastreituröskun. Við köllum eftir rannsóknum á þessari nýju hugsmið, meðal annars hvort það sé samvirkni á milli félagslegrar ógnar og líkamlegrar ógnar. Það þarf jafnframt að rannsaka betur hvaða einkenni eru sértæk fyrir áfallastreituröskun, og hvernig slík einkenni tengjast þessum tveimur ógnum.

Þessi nýja sýn á áföll og áfallastreituröskun kallar á endurskoðun á kenningum um þróun þessarar röskunar. Hingað til hefur ekki verið gert ráð fyrir þróunarfræðilegu sjónarhorni í ráðandi kenningum um áfallastreituröskun. Jafnframt verðum við að endurskoða hvernig er fjallað um áföll í greiningakerfum. Spurningin er ekki hvort skjólstæðingur hafi lent í atburði sem passar við skilgreiningu á áfalli samkvæmt einhverju greiningakerfi. Það gerir lítið úr upplifun fólks sem nær ekki viðmiði A og kemur í veg fyrir að fólk fái réttmæta greiningu og gagnreynda meðferð. Sú nálgun hefur heldur ekki orðið til þess að hjálpa okkur til að skilja hvers konar lífsreynsla getur leitt til áfallastreitueinkenna. Við þurfum ekki lengur að tala um atburði, en það er hægt að vísa í lífsreynslu sem átti sér stað einu sinni, eða oftari, eða samfelld yfir langt tímabil. Slíkt orðalag gefur til kynna upplifun frekar en einvörðungu atburði.

Spurningin sem skiptir máli er hvort tiltekinn skjólstæðingur sé með áfallastreituröskun. Við eigum að hætta að síða út þá einstaklinga sem ná ekki viðmiði A og spyrja frekar hvort viðkomandi hafi upplifað lífsreynslu þar sem hann, hún, hán eða þau hafi upplifað lífsógn eða félagslega ógn eða bæði. Það getur þó ekki

orðið að nauðsynlegu skilyrði fyrir því að halda áfram að spyrja því fólk man ef til vill ekki eftir hversu mikil ógnin var þegar um er að ræða áratuga gamalt áfall. Næsta skref væri að hjálpa skjólstæðingi að velja þá lífsreynslu sem hefur mest áhrif á líf viðkomandi núna með tilliti til einkenna eins og forðunar á stöðum og fólki sem minnir á áfallið. Og hvort viðkomandi upplifi áleitnar endurminningar eða martraðir um þessa lífsreynslu. Áleitnar endurminningar og neikvæð áhrif þeirra á virkni, til dæmis vegna forðunar, myndu teljast nauðsynleg skilyrði fyrir því að geta greinst með áfallastreituröskun. Það er svo umdeilt hversu mörg einkenni eru nægjanleg til þess að geta greinst með röskunina.

Við þökkum eftirfarandi:

Agnes Björg Tryggvadóttir, Anna Kristín Cartes-egna, Arna Hauksdóttir, Arnrun Tryggvadóttir, Auður Gróa Valdimarsdóttir, Auður Sjöfn Þórisdóttir, Álfheiður Steinþórsdóttir, Berglind Guðmundsdóttir, Bergrún Mist Jóhannesdóttir, Bryndís Lóa Jóhannsdóttir, Courtney Beard, Edda Björk Þórðardóttir, Elín Inga Bragadóttir, Emily Holmes, Freyja Ágústsdóttir, Gordon Asmundson, Guðjón Arnar Skúlason, Gunnar Smári Jónsson, Gunnar Tómasson, Inga Dröfn Wessman, Karen Guðmundsdóttir, Katrín Justyna Alexdóttir, Katrín Kristjánsdóttir, Kerry Young, Kristjana Þórarinsdóttir, Lára Sigurðardóttir, Lauren Page Wadsworth, Lovísa Hlynsdóttir, María Þóra Þorgeirsdóttir, Maya Alexandri, Paul Gilbert, Sigurbjörg Ludvigsdóttir, Sóley Dröfn Davíðsdóttir, Sóley Siggeirsdóttir, Stefan Hofmann, Thor Aspelund, Tómas Páll Þorvaldsson, Unnur Héðinsdóttir, Unnur Anna Valdimarsdóttir, Urður Njarðvík, Þórhildur Halldórsdóttir, Þorsteinn Guðmundsson, Þröstur Björgvinsson.

Social threat and post-traumatic stress disorder

Trauma has been conceptualised as *events* involving threat to life or sexual violence, e.g., according to Criterion A in the DSM system. However, it has been clear for several decades that people can experience post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms in response to events that do not meet that criterion. We criticize the current approach and advocate for reconceptualizing trauma as perceived *threats* that can only be understood with reference to the evolutionary history of our species. Threat to life is one. However, what we call social threat, perceived severe rejection or humiliation, is another. Here we are not referring to trauma as events but rather an experience involving either perceived life threat, social threat or both.

We describe research that clearly shows that when people describe their most severe trauma they are much more likely to report social threat than life threat. The association of life threat and social threat with PTSD symptoms is similar, and the association is much stronger when both threats are present. Every participant with PTSD or clinically significant PTSD symptoms reported high perceived threat at the time of the traumatic experience that was almost always social.

We conclude that this new approach is promising and we call for more research on these constructs. We believe that this new perspective, if confirmed in future research, calls for revised theories of the development and maintenance of PTSD. We also propose how trauma may be assessed and how PTSD can be diagnosed in this new framework.

Key words: *Post-traumatic stress disorder; Criterion A, life threat, social threat.*

Heimildir

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III* (3. útgáfa). Höfundur.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-Revised* (3. útgáfa, endurskoðuð). Höfundur.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4. útgáfa). Höfundur.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. útgáfa). Höfundur.
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 Text Revision* (5. útgáfa, endurskoðuð). Höfundur.
- Andri Steinþór Björnsson (2016). Maðurinn er félagslegt dýr: Um afleiðingar þess fyrir sálmeinafræði og sálræna meðferð. Í Andri Steinþór Björnsson, Guðfinna Eydal og Katrín Kristjánsdóttir (ritstjórar), *Af sál* (bls. 273–313). Háskólaútgáfan.
- Andri Steinþór Björnsson (2025). Félagsleg áföll. Í Andri Steinþór Björnsson, Árni Kristjánsson, Heiða María Sigurðardóttir og Urður Njarðvík (ritstjórar), *Yfir-kennarinn: Afmælisrit til heiðurs Sigurði J. Grétars-syni prófessor* (bls. 17–34). Háskólaútgáfan.
- Björnsson, A. S., Hardarson, J. P., Valdimarsdóttir, A. G., Guðmundsdóttir, K., Tryggvadóttir, A., Thorarinsdóttir, K., Wessman, I., Sigurjonsdóttir, Ó., Davidsdóttir, S., og Thorisdóttir, A. S. (2020). Social trauma and its association with posttraumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 72, 102228. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102228>
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Marx, B. P., og Franklin, M. E. (2006). Traumatic and socially stressful life events among persons with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 896–914. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.05.006>
- Hardarson, J., Hlynisdóttir, L., Skulason, A. G., Siggeirsdóttir, S., Thordardóttir, E. B., Halldorsdóttir, Þ., Tomasson, G., Holmes, E. A., Guðmundsdóttir, B., Valdimarsdóttir, U. A., Aspelund, T., Jakobsdóttir, J., Hauksdóttir, A., og Björnsson, A. S. (2025a). *Understanding the effects of life and social threats on post-traumatic stress and mental health: A cross-sectional study of 8,783 women in Iceland*. Óbirt handrit.

Andri Steinþór Björnsson is a professor of clinical psychology at the Department of Psychology at the University of Iceland. Jóhann Pálmar Harðarson Cand. Psych. is a doctoral student at the same department. Correspondence concerning this paper should be addressed to Andri, Nýi Garður, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. E-mail address: asb@hi.is.

- Hardarson, J. P., Gudmundsdóttir, B., Jonsson, G. S., Johannesdóttir, B. M., Thorarinsdóttir, K., Tomasson, G., Holmes, E. A., Hauksdóttir, A. Valdimarsdóttir, U. A., Asmundson, G. og Björnsson A. S. (2025b). Association of social and life threat with symptoms of post-traumatic stress disorder and social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 110, 102981. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2025.102981>
- Heir, T., Blix, I. og Knatten, C. K. (2016). Thinking that one's life was in danger: Perceived life threat in individuals directly or indirectly exposed to terror. *The British Journal of Psychiatry*, 209(4), 306–310. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.170167>
- Hyland, P., Karatzias, T., Shevlin, M., McElroy, E., Ben-Ezra, M., Cloitre, M., og Brewin, C. R. (2021). Does requiring trauma exposure affect rates of ICD-11 PTSD and Complex PTSD? Implications for DSM-5. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 13, 133–141. <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000908>
- Larsen, S. E. og Berenbaum, H. (2017). Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion? Association of DSM-IV and DSM-5 criterion A with posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychopathology*, 50(6), 373–378. <https://doi.org/10.1159/000481950>
- Larsen, S. E. og Pacella, M. L. (2016). Comparing the effect of DSM-congruent traumas vs. DSM-incongruent stressors on PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.001>
- Neuner, F. (2023). Physical and social trauma: Towards an integrative transdiagnostic perspective on psychological trauma that involves threats to status and belonging. *Clinical Psychology Review*, 99, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102219>
- Pinto, R. J., Henriques, S. P., Jongenelen, I., Carvalho, C., og Maia, A. C. (2015). The strongest correlates of PTSD for firefighters: Number, recency, frequency, or perceived threat of traumatic events? *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 434–440. <https://doi.org/10.1002/jts.22035>
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., og Keane, T. M. (2013a). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Hægt er að nálgast þennan sjálfsmatskvarða á vefsíðu National Center for PTSD: www.ptsd.va.gov.
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., og Schnurr, P. P. (2013b). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Hægt er að nálgast þennan sjálfsmatskvarða á vefsíðu National Center for PTSD: www.ptsd.va.gov.
- Weathers, F. W., Bovin, M. J., Lee, D. J., Sloan, D. M., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Keane, T. M., og Marx, B. P. (2018). The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5): Development and initial psychometric evaluation in military veterans. *Psychological Assessment*, 30(3), 383. <https://doi.org/10.1037/pas0000486>
- World Health Organization (WHO). (1993). *The International classification of diseases* (10. útgáfa). Höfundur.
- World Health Organization (WHO). (2019). *International classification of diseases* (11. útgáfa). Höfundur.

Tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda á meðal íslenskra barna sem greinst hafa með árátu- og þráhyggjuröskun

Margrét Halldórsdóttir¹ og Dagmar Kr. Hannesdóttir¹

¹Háskóli Íslands

Geðraskanir geta haft veruleg áhrif á flesta þætti daglegs lífs. Geðheilsa barna er því mikilvægur grunnur að almennri vellíðan þeirra, aðlögun og þroska. Geðheilsa barna hefur farið versnandi á heimsvísu undanfarin ár og viðeigandi úrræði eru oft takmörkuð. Árátu- og þráhyggjuröskun (OCD) er geð- og taugaröskun sem getur haft afgerandi áhrif á líðan og virkni barna. Þrátt fyrir fjölda rannsókna er þekking á henni takmörkuð. Meginmarkmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni kvíðaraskana og stöðu tilfinningavanda meðal barna sem greindust með OCD þegar þeim var vísað í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávik, samanborið við börn í klínískum samanburðarhópi. Þátttakendur rannsóknarinnar voru 84 börn á aldrinum sex til sautján ára sem vísað hafði verið í greiningarferli til þroska- og hegðunarstöðvar heilsugæslunnar á árunum 2013 til 2022. Notast var við greiningarviðtöl og tilfinningavandi var metinn með kvarðanum Spurningar um styrk og vanda (SDQ) sem bæði kennarar og foreldrar fylltu út. Helstu niðurstöður leiddu í ljós að ekki reyndist marktækur munur á tíðni kvíðaraskana hjá börnum með OCD miðað við börn í klínískum samanburðarhópi, þótt tíðni kvíðaraskana hafi verið há meðal barna með OCD. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu jafnframt að ekki var marktækur munur á heildarstigum barna með OCD og barna í samanburðarhópi á undirkefðanum „Tilfinningavandi“, hvorki samkvæmt mati kennara né foreldra. Að lokum reyndist munur á milli mats foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með OCD vera marktækur. Rannsóknin dregur fram mikilvægi þess að aukin þekking á þessum röskunum sé nauðsynleg svo hægt sé að veita viðeigandi aðstoð og bæta lífsgæði barna til framtíðar.

Efnisorð: Árátu-þráhyggjuröskun, OCD, börn, kvíðaraskanir, tilfinningavandi, SDQ.

Geðraskanir geta haft veruleg áhrif á flesta þætti daglegs lífs. Geðheilsa barna er því mikilvægur grunnur að almennri vellíðan, aðlögun og þroska. Tíðni geðraskana meðal barna og unglinga í heiminum er talin vera á bilinu 11,3–15,1% (Polanczyk o.fl., 2015). Slíkar niðurstöður undirstrika nauðsyn þess að finna árangursríkar leiðir til þess að draga úr erfiðleikum barna með geðraskanir og bæta lífsgæði þeirra til framtíðar. Ein lykilforsenda þess er að skilja hvað einkennir geðraskanir á barnsaldri og hvernig einkenni ólíkra geðraskana geta spilað saman (Langley o.fl., 2010; Rueppel o.fl., 2024). Í eftirfarandi rannsókn verður skoðuð tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda á meðal íslenskra barna sem greinst hafa með árátu- og þráhyggjuröskun (e. *obsessive-compulsive disorder*, OCD) sem

hluta af greiningarferli á taugaþroskafrávikum. Rannsóknir benda til þess að samsláttur þessara tveggja raskana geti haft áhrif bæði á alvarleika einkenna og batahorfur hjá börnum (Langley o.fl., 2010; Rueppel o.fl., 2024).

Árátu- og þráhyggjuröskun er geðröskun sem getur haft mikil áhrif á líf einstaklinga. Hún einkennist af þrálátum og ágengum hugsunum (þráhyggju) sem valda vanlíðan og endurtekinni hegðun (árátu) sem er ætlað að draga úr

Margrét Halldórsdóttir er með B.S. í sálfræði frá Sálfræðideild Háskóla Íslands. Dagmar Kr. Hannesdóttir er klínískur barnasálfræðingur á Geðheilsumiðstöð barna og lektor við Sálfræðideild Háskóla Íslands. Fyrirspurnum vegna greinarinnar skal beint til Dagmarar Kr. Hannesdóttur, við Sálfræðideild Háskóla Íslands, Nýi Garði, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. Netfang: dkh@hi.is.

óþægilegum tilfinningum og/eða fyrirbyggja skaða. OCD getur haft mjög hamlandi áhrif á líf einstaklings og hrjáir um 1-3% barna og unglinga á heimsvísu (Skarphedinsson o.fl., 2015; Walitza o.fl., 2011). OCD hefur tvíþætta aldursdreifingu þar sem einkenni koma ýmist fyrst fram á barnsaldri (meðalaldur um það bil 10 ár) eða á unglingsárum/snemma á fullorðinsárum (meðalaldur um það bil 21 ár). Kynjahlutföll þeirra sem greinast með OCD virðast sömuleiðis breytileg eftir aldurs skeiði. Í barnæsku, eða á aldrinum 8 til 10 ára, greinast 2-3 strákar á móti hverri stelpu, á meðan 1,4 stelpur greinast á móti hverjum strák síðar á lífsleiðinni, oft í kringum tvítugsaldurinn. Greiningarhlutfall stráka og stelpna er þó jafnt á unglingsárunum (Grant, 2014; McKenney o.fl., 2020).

Til þess að greinast með OCD samkvæmt DSM-V greiningarkerfinu þarf einstaklingur að upplifa áráttu, þráhyggju eða bæði (American Psychiatric Association, 2013). Þráhyggja án áráttu er þó fremur sjaldgæf (Franklin o.fl., 2018). Þráhyggju (e. *obsession*) má lýsa sem þrálátum og uppþáþrengjandi hugsunum, ímyndum eða hvötum sem koma fram gegn vilja einstaklingsins og valda mikilli vanlíðan og kvíða. Þessar hugsanir snúast ekki um áhyggjur af daglegum hlutum, eins og um skólann, samskipti við vini eða væga fullkomnunarþörf, eins og margir halda (Franklin o.fl., 2018). Í lang flestum tilfellum eru áhyggjurnar óraunhæfar og stríða gegn þeim viðmiðum og gildum sem einstaklingur hefur (e. *ego-dystonic*). Þannig getur til dæmis barn sem alltaf vill koma vel fram við aðra haft endurteknar hugsanir um að valda einhverjum skaða, sem leiðir skiljanlega til mikillar sektarkenndar og kvíða (Audet o.fl., 2016; Jaeger o.fl., 2021).

Áráttu (e. *compulsion*) má lýsa sem endurtekinni hegðun (eins og til dæmis að fullvissa sig ítrekað um eitthvað tiltekið, eins og hvort að hurðin sé læst, eða að þvo og hreinsa hendur endurtekið) eða hugsun (til dæmis að biðja bænir endurtekið eða telja í huganum) sem hafa þann tilgang að draga úr eða ná stjórn á kvíða og vanlíðan. Eftir að áráttu hegðunin hefur átt sér stað upplifir einstaklingur tímabundinn létti, sem styrkir síðan þörfina að endurtaka hana (Ornell o.fl., 2021). Í flestum tilfellum kemur

árátta fram sem viðbragð við þráhyggju, en svo þarf þó ekki að vera og áráttan getur verið svar við óþæginda- eða ógeðstilfinningu. Hegðun og hugsunum einstaklings með áráttu er ætlað að koma í veg fyrir afleiðingar eða útkomu sem hann óttast og/eða til þess að draga úr óþægindum sem hann upplifir. Áráttu hefur tilhneigingu til að vera öfgakennd og þjónar ekki því markmiði að skapa vellíðan. Í sumum tilfellum eru rökleg tengsl á milli áráttunnar og þráhyggjunnar sem knýr hana áfram, eins og til dæmis þegar barn hefur þráhyggju fyrir því að smitast og eyðir miklum tíma í að þvo sér. Hins vegar er áráttu í mörgum tilfellum tilviljunarkennd og hefur engin möguleg áhrif á það sem óttast er, eins og til dæmis að telja níu sinnum upp á fimmtíu og sjö til þess að koma í veg fyrir að foreldri lendi í slysi (Franklin o.fl., 2018; Ornell o.fl., 2021). Birtingarmynd áráttu í ungum börnum er oft á tíðum ólík því sem gerist hjá unglingum og fullorðnum. Þau eru m.a. líklegri til þess að upplifa áráttu án þráhyggju, sem og skyntengdar áráttur, eins og að banka á eða snerta hluti þar til að barnið hefur náð svokallaðri „just right“ tilfinningu. Þar að auki nær áráttu barns oft til annars fjölskyldumeðlims, eins og til dæmis að þurfa á stöðugri fullvissu að halda frá foreldri (Franklin o.fl., 2018).

Einkenni OCD eru oftast lamandi og ná yfir stóran hluta lífs þess sem þjáist af þeim. Talið er að einstaklingur með röskunina eyði að meðaltali 10 klukkustundum á dag í áráttu- og þráhyggju-hegðun (McKenney o.fl., 2020). Afleiðingarnar geta verið sérstaklega slæmar fyrir börn þar sem mikilvægur vitsmuna-, náms- og félagslegur þroski á sér stað á þessu tímabili í lífi þeirra. Ef mikil truflun verður á þessu æviskeiði getur það haft langvarandi áhrif á þroska og aðlögun barnsins til lengri tíma (Fineberg o.fl., 2019). OCD hjá börnum hefur einnig mikil áhrif á líf fjölskyldunnar, sem er líklega vegna þess að einkenni barnanna krefjast oft þátttöku annarra fjölskyldumeðlima. Yfir 90% af fjölskyldumeðlimum barna með OCD greina frá því að þeir annaðhvort reyni koma í veg fyrir eða draga úr einkennum barnsins, sem getur meðal annars falist í því að hlusta á játningar frá börnum sínum, veita þeim hughreystingu, forðast ákveðin orð

sem kveikja á einkennum, kaupa sífellt meiri og sterkari sápu og margt fleira. Þetta getur þó því miður leitt til þess að einkenni barnsins versna (McKenney o.fl., 2020; Skarphedinsson o.fl., 2025).

Eins og kannski búast má við er félagsleg staða barna með OCD oft bágborin. Í rannsókn Borda og félaga (2013) kom fram að börn með OCD upplifa að þau eigi erfitt með að eignast vini og verði frekar fyrir einelti en önnur börn. Að sama skapi sýndu Weidle og félagar (2014) að bæði börn með OCD og foreldrar þeirra mátu lífsgæði sín lakari en annarra barna og fjölskyldna, auk þess sem foreldrar greindu frá mikilli skerðingu á félagslífi barna sinna og neikvæðum áhrifum á skólastarf. Afleiðingar OCD virðast svo enn sterkari hjá börnum með aðrar samsláttar raskanir. Rannsóknir hafa til dæmis sýnt að börn með bæði OCD og kvíðaröskun sýna meiri skerðingu í daglegu lífi en börn sem aðeins hafa greinst með kvíðaröskun eða OCD. Þau sýna einnig alvarlegri einkenni og eru ómótækilegri fyrir meðferð (Langley o.fl., 2010; Rueppel o.fl., 2024).

Oftar en ekki greinast einstaklingar með OCD einnig með aðrar raskanir, en rannsóknir hafa sýnt að slíkt á við um 68%-100% barna. Því alvarlegri sem einkenni röskunarinnar eru því líklegra er að fleiri en ein fylgiröskun (*e. comorbid disorder*) sé til staðar (Walitz o.fl., 2011). Algengustu fylgiraskanir OCD á barnsaldri eru kvíðaraskanir, ADHD og kækjaraskanir (McKenney o.fl., 2020; Ortiz o.fl., 2015). Hátt hlutfall fylgiraskana hefur í för með sér ýmsar klínískar áskoranir og reynist meðferð oft erfiðari í þeim tilfellum (Fineberg o.fl., 2019).

Eins og áður sagði eru kvíðaraskanir á meðal algengustu fylgiraskana OCD hjá börnum. Almennt er kvíði skilgreindur sem tilfinningalegt viðbragð líkamans við yfirvofandi hættu (Rockhill o.fl., 2010). Sú tilfinning eða viðbragð veitir okkur öryggi með því að undirbúa okkur fyrir komandi atburði (Barlow, 2004; Craske o.fl., 2011). Kvíði verður svo að röskun þegar hann verður mjög sterkur og tafarlaus í þeim aðstæðum sem eiga til með að kalla hann fram, er í litlu samræmi við raunverulega hættu eða viðmið samfélagsins, hefur áhrif á getu einstaklings til að taka þátt í daglegu lífi á heilbrigðan hátt og kemur

í veg fyrir að börn geti gert það sem ætlast er til af þeim og finnst gaman að gera (Craske o.fl., 2011). Til eru margs konar kvíðaraskanir, allt eftir því hvaða áreiti kallar hann fram. Kvíðaraskanir eru algengustu geðraskanirnar á meðal barna og unglinga og hrjá um 5-10% þeirra á heimsvísu (Polanczyk o.fl., 2015; Wehry o.fl., 2015).

Kvíðaraskanir hafa víðtæk áhrif á hugræna, félagslega og tilfinningalega getu. Kvíðaraskanir á barnsaldri spá fyrir um kvíðaeinkenni og þunglyndi síðar á fullorðinsárum, fíknivanda, sjálfsvígstilraunir og tíðni spítalainnlagna (Mohapatra o.fl., 2013). Þar að auki eiga börn með kvíðaraskanir oft erfiðara með nám en jafnaldrar (verri mæting, lægri einkunnir og minni þátttaka í kennslustundum), að mynda og viðhalda venskap og hafa oft verri sjálfsmynd (Drake og Ginsburg, 2012).

Kvíðaraskanir eru eins og áður sagði meðal algengustu fylgiraskana OCD (Farrell o.fl., 2012; Sharma o.fl., 2021). Samsláttur þessara tveggja raskana hefur verið rakinn til nokkurra lífeðlislegra þátta. Nestadt og félagar (2001) sýndu til dæmis fram á að ættingjar fólks með OCD voru líklegri til að greinast með kvíðaraskanir (sérstaklega almenna kvíðaröskun, aðskilnaðarkvíða, víðáttufælni og ofsakvíðaröskun) heldur en ættingjar fólks sem ekki eru með OCD. Aftur á móti fundu Carter og félagar (2004) að ættingjar einstaklinga með OCD væru ekki líklegri til að vera með kvíðaröskun, nema ef þeir sjálfir væru einnig með OCD. Því hefur verið erfitt að greina á milli þess hvort kvíðaraskanir og OCD eigi sér sameiginlega líffræðilega undirstöðu, eða hvort ein röskunin leiði til hinnar. Þar að auki hafa sumar rannsóknir greint of mikla virkni í möndlu (*e. amygdala*) hjá þeim sem eru með OCD, sem er mjög þekkt á meðal einstaklinga með kvíðaröskun (Bartz og Hollander, 2006), auk þess sem bæði OCD og kvíðaraskanir hafa verið tengdar við frávík í virkni serótóníns (Bartz og Hollander, 2006). Annar möguleiki er sá að kvíðaraskanir á meðal barna (og fullorðinna) með OCD eigi sér líka félagslegar rætur. Ekki er ólíklegt að börn með OCD séu meðvituð um einkenni sín og hafi áhyggjur af því að aðrir í umhverfinu taki eftir þeim. Rannsóknir hafa t.d. sýnt að skömm er áberandi þáttur í upplifun fólks

með OCD og að margir leggi mikið á sig til þess að fela einkenni sín (Singh o.fl., 2016). Því er vel hugsanlegt að einkenni OCD geti leitt til félagskvíða, en aðaleinkenni hans eru m.a. hræðsla við mat annarra og að verða sér til skammar (Stein og Stein, 2008).

Þær kvíðaraskanir sem helst hafa verið skoðaðar hjá börnum með OCD eru aðskilnaðarkvíði, almenn kvíðaröskun, félagskvíði, sértæk fælni og ofsakvíðaröskun. Hversu há tíðni kvíðaraskana er hjá þessum hópi barna er þó mjög mismunandi eftir rannsóknnum (Peris o.fl., 2017). Ef félagskvíði er tekinn sem dæmi þá benda sumar rannsóknir til þess að hann sé alls ekki til staðar sem samsláttar röskun við OCD (Reddy o.fl., 2000) á meðan aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á tíðnitölur allt að 38% (Masi o.fl., 2006). Svipaðar sveiflur hafa komið fram í rannsóknnum á samslætti OCD og aðskilnaðarkvíða; Reddy og félagar (2000) greindu frá 7% tíðni, á meðan Coskun og félagar (2012) sýndu að tíðni var í kringum á 50%. Því er ljóst að frekari rannsóknar er þörf til þess að öðlast skýrari mynd af tíðni kvíðaraskana sem samsláttar röskun OCD hjá börnum.

Þrátt fyrir að kvíðaraskanir séu meðal algengustu samsláttar raskanar OCD hafa áhrif þeirra á einkenni og skerðingu lífsgæða einstaklinga með OCD verið lítið skoðuð, sérstaklega á meðal barna og unglinga. Þær fáu rannsóknir sem gerðar hafa verið benda til þess að börn með bæði OCD og kvíðaröskun sýni alvarlegri einkenni OCD, greini frá tíðari átökum innan fjölskyldunnar, kvarti frekar yfir líkamlegum einkennum og séu líklegri til þess að upplifa þunglyndiseinkenni, samanborið við börn með eingöngu OCD og við börn með OCD og úthverfar raskanir (ADHD og móþróðarþjóskuröskun; Langley o.fl., 2010). Samsláttur kvíðaraskana og OCD virðist einnig auka líkur á langvarandi einkennum OCD og verri svörun við lyfjum (Langley o.fl., 2010). Rannsókn Assunção og félaga (2012) leiddi enn fremur í ljós að einstaklingar með OCD og félagskvíða væru líklegri til að vera einnig með aðrar kvíðaraskanir, lyndisraskanir, verri hvatastjórnun, átröskun og kækjaröskun.

Ljóst er af umræðunni hér að ofan að OCD getur haft mjög hamlandi áhrif á daglegt líf barna

og ungmenna og hversu vel þeim vegnar í framtíðinni. Þessi áhrif aukast þegar samsláttur við aðrar raskanir er til staðar, þar á meðal í tilfelli kvíðaraskana (Dol o.fl., 2022; McGrath o.fl., 2020). Rannsóknnum ber þó ekki fyllilega saman um hversu algengur sá samsláttur er, auk þess sem flestar rannsóknirnar hafa verið gerðar á meðal fullorðinna. Frekari rannsókna er því þörf til þess auka skilning á hvernig OCD og kvíðaraskanir tengjast á meðal barna og ungmenna, svo hægt verði að koma betur til móts við þarfir þeirra og auka þannig meðferðarhorfur og lífsgæði.

Megin markmið þessara rannsóknar var að skoða tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda á meðal barna sem greindust með OCD hér á landi þegar þeim var vísað í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávik, þá helst athyglisbrest með ofvirkni (ADHD) og/eða einhverfu. Byggt á fyrri rannsóknnum var búist við að tíðni kvíðaraskana og tilfinningavanda yrði hærri hjá börnum með OCD samanborið við klínískan samanburðarhóp barna sem var einnig vísað í greiningarferli vegna taugaþroskafrávíka, að mati bæði foreldra og kennara.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknarinnar komu úr hópi barna á aldrinum fimm til átján ára sem vísað hafði verið í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávíka til Þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslunnar (PHS; nú Geðheilsumiðstöð barna, GMB) á árunum 2013 til 2022. Börnin komu víðsvegar að af landinu og tilvísanirnar komu ýmist frá fagfólki innan heilbrigðiskerfisins, skólasálfræðingum eða aðilum innan félagsþjónustunnar. Foreldrar gátu ekki sjálfir vísað barni í greiningarferli en voru í samstarfi við fagaðila um tilvísanir. Tilvísunar- og matsferlið var gjaldfrjálst og aðgengilegt börnum óháð félagsstöðu (e. *socioeconomic status*) og búsetu. Þátttökuskilyrðin fyrir þessa rannsókn voru eftirfarandi: i) að ná greiningarskilmerkjum fyrir OCD samkvæmt greiningarskilmerkjum ICD-10, ii) að vera yngri en átján ára, iii) að

mælast með greindarvísitölu 70 eða hærra og iv) að annaðhvort foreldri og/eða kennari hafi fyllt út Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ). Ef barnið hafði áður komið í greiningarferli var notast við nýjasta mat barnsins.

Upprunalega úrtakið samanstóð af 3010 börnum sem komu í greiningarferli á árunum 2013-2022. Af þeim náðu 42 börn á aldrinum sex til sautján ára greiningarskilmerkjum fyrir OCD og eru þátttakendur í þessari rannsókn. Klínískur samanburðarhópur fyrir OCD var búinn til með því að para hvert barn með OCD saman við annað barn í gagnasafninu sem ekki náði greiningarskilmerkjum fyrir OCD en var af sama kyni, á sama aldursári og kom á svipuðum tíma í greiningarferli (sjá töflu 1).

Mælitæki

Tvö greiningarviðtöl voru notuð við greiningu OCD og kvíðaraskana, *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL; Kaufman o.fl., 1997) og *The Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-C/P* (ADIS-C/P; Silverman og Albano, 1996). Þar að auki var almenn staða barnanna með tilliti til tilfinningavanda metin með skimunarlistanum Spurningar um styrk og vanda (e. *Strengths and Difficulties Questionnaire*; SDQ) sem foreldrar og kennarar fylltu út.

Greiningarviðtalið Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia – Present and Lifetime Version

Notast var við íslenska þýðingu á greiningarviðtalinu K-SADS-PL (Harpa Hrönn Harðardóttir, 2018; Hjördís Ólafsdóttir, 2018; Lauth o.fl., 2008). Viðtalið er hálfstaðlað og metur helstu einkenni geðraskana á meðal 6 til 18 ára barna út frá DSM-V greiningarkerfinu. Einkenni eru metin á fjögurra punkta kvarða þar sem gefið er eitt stig ef engin einkenni eru til staðar, tvö ef einkenni eru til staðar en undir viðmiði og þrjú stig ef einkenni eru til staðar og yfir viðmiði um hömlun (Kaufman o.fl., 1997). Mat á próffræðilegum eiginleikum íslensku þýðingarinnar sýnir fullnægjandi áreiðanleika á milli matsmanna til kynna (Hannesson o.fl., 2023; Harpa Hrönn

Harðardóttir, 2018), auk þess sem K-SADS hefur reynst áhrifaríkt mælitæki til þess að greina geðrænan vanda hjá börnum og unglingum á Íslandi.

Greiningarviðtalið The Anxiety Disorders Interview Schedule

Greiningarviðtalið ADIS fyrir börn og foreldra (*The Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS-C/P*; Silverman og Albano, 1996) er staðlað greiningarviðtal sem er sérsmíðað til að meta kvíðaraskanir og aðrar raskanir hjá börnum og ungmennum á aldrinum 7-17 ára byggt á DSM-IV greiningarkerfinu. Það samanstendur af tveimur aðskildum viðtölum, viðtal við barnið sjálft og við foreldra/forráðamenn. Lokaákvörðun um greiningu byggist bæði á svörum úr viðtölunum sem og mati sérfræðinga, en almennt telst gildið 4 og hærra (af 8) vera yfir klínískum mörkum fyrir hverja röskun. Fyrri rannsóknir á ADIS hafa sýnt að viðtalið hefur góða próffræðilega eiginleika (Silverman o.fl., 2001; Silverman og Ollendick, 2005). Íslensk þýðing var unnin af sálfræðingum á ÞHS. Rannsókn á próffræðilegum eiginleikum í litlu klínísku þýði hefur sýnt að áreiðanleiki er góður en samræmi milli matsmanna og réttmæti mætti vera betra (Berglind Hauksdóttir, 2014).

Spurningar um styrk og vanda (SDQ)

SDQ (Goodman, 1997) er 25 atriða skimunarlisti sem metur styrk- og veikleika barna varðandi hegðun og líðan. Kvarðinn er notaður til skimunar á tilfinninga- og hegðunarvanda hjá börnum á aldrinum 4-16 ára og er lagður fyrir foreldra og kennara. Kvarðinn inniheldur fimm undirkvarða sem innihalda fimm spurningar hver: Tilfinningavanda, Hegðunarvanda, Ofvirkni/athyglisbrest, Samskiptavanda og Félagshæfni (Goodman, 1997). Í þessari rannsókn var eingöngu notast við undirkvarðann Tilfinningavanda sem inniheldur spurningar um kvíða og depurðareinkenni. Kvarðinn hefur verið þýddur á íslensku, er staðlaður og sýnt hefur verið fram á góða próffræðilega eiginleika hans (Agnes Huld Hrafnadóttir, 2005). Svarendur meta hegðun barnsins síðastliðna sex mánuði. Dæmi um spurningar á undirkvarðanum eru „óttast margt, verður auðveldlega hrædd/hræddur” og „oft óhamingjusamur/söm,

langt niðri eða tárast”. Svarað er á þriggja punkta kvarða þar sem valmöguleikar eru: Ekki rétt = 0 stig; Að nokkru rétt = 1 stig; Örugglega rétt = 2 stig. Hrástig undirþátta SDQ er yfirleitt umbreytt í t- gildi þar sem meðaltalið er 50 og staðalfrávikíð 10. Einstaklingur sem fær 65 stig eða hærra telst vera yfir klínískum mörkum og með vanda (Agnes Huld Hrafnisdóttir, 2005; Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008).

Framkvæmd

Rannsóknin var unnin úr gögnum sem notuð voru í NICE verkefninu sem er viðamikíð rannsóknarverkefni (e. *NICE study: Characteristics of Neurodiverse Youth in Iceland*) á börnum sem vísað hefur verið í greiningarferli vegna taugaþroskafrávika á Íslandi. Rannsóknin hefur hlotið leyfi bæði frá Vísindanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Vísindasiðanefnd (VSNb2022010022/03.01). Unnið var með gögn barna sem hafði verið vísað til þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (nú Geðheilsumiðstöð barna) vegna mögulegra taugaþroskafrávika frá árunum 2013-2022. Öll börnin höfðu þegar undirgengist greindarpróf, ýmist WISC-IVIS (e. *Wechsler Intelligence Scale for Children - Fourth Edition*; Kristbjörg Soffía Salvarsdóttir og Sigurgrímur Skúlason, 2006; Wechsler, 2003) eða WPPSI-RIS (e. *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - Revised*; Einar Guðmundsson og Hólmfríður Ólafsdóttir, 2003; Wechsler, 1989) hjá skólasálfræðingi áður en tilvísun var send til ÞHS fyrir athugun á taugaþroskafrávikum, þá helst ADHD og/eða einhverfu. Sem hluti af greiningarferlinu svöruðu foreldrar allra barna í úrtakinu spurningalistum, auk þess sem kennarar svöruðu sömu spurningalistum fyrir börn á aldrinum 6-15 ára. Meðal þeirra spurningalista sem notaðir voru í ferlinu var íslensk útgáfa af listanum SDQ (Goodman, 1997; Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon, 2008). Til viðbótar var lagt mat á raskanir í viðtölum við foreldra allra barna sem gengust undir taugaþroskamat. K-SADS viðtalið (Kaufman o.fl., 1997; Kaufman o.fl., 2016) og/eða ADIS-C/P viðtalið (Silverman og Albano, 1996) voru lögð fyrir foreldra og börnin sjálf, ef þau voru eldri en 10 ára (sjá nánari lýsingu

á mælitækjum að ofan), í sittthvoru lagi. Einnig voru fengnar upplýsingar frá kennara í gegnum síma. Loks var endanleg greining ákveðin á samráðsfundi sálfræðings, barnalæknis og annarra fagaðila sem komu að máli barnsins og stuðst var við greiningarviðmið ICD-10 til að ákveða endanlega greiningu.

Tölfræðileg úrvinnsla

Unnið var úr gögnunum í tölfræðiforritinu Jamovi með útgáfu 2.3.21.0 (The jamovi project, 2023). Gagnasafn fyrir þessa tilteknu rannsókn var búið til upp úr stærra gagnasafni fyrir þau börn sem uppfylltu inntökuskilyrði í rannsóknina og klínískan samanburðarhóp (sjá nánar undir lýsingu á þátttakendum). Lýsandi tölfræði var því næst reiknuð fyrir hvern hóp (sjá töflu 1). Til þess að kanna hvort börn með OCD væru líklegri til að greinast með kvíðaraskanir en samanburðarhópurinn var kí-kvaðrat próf notað. Til þess að kanna hvort börn með OCD upplifi meiri tilfinningavanda á SDQ kvarðanum en samanburðarhópurinn að mati foreldra og kennara var óháð t-próf notað. Til að kanna hvort martækur munur væri á mati foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með OCD var parað t-próf notað.

Niðurstöður

Samantekt á lýsandi tölfræði fyrir aldur, kyn og tíðni raskana hjá börnum með OCD og í klínískum samanburðarhópi má sjá í töflu 1.

Eins og sjá má í töflunni höfðu nokkur fleiri börn í OCD hópnum greinst með kvíðaröskun en í samsvarandi klínískum samanburðarhóp. Munur á tíðni kvíðaraskana í hópunum reyndist hins vegar ómarktækur, $\chi^2(1, 84) = 2,33, p = 0,13, OR = 1,96$.

Til þess að meta stöðu barna með OCD með tilliti til tilfinningavanda voru svör foreldra og kennara við undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ borin saman við svör foreldra og kennara barna í klínískum samanburðarhópi. Niðurstöðurnar eru teknar saman í töflu 2.

Ef fyrst er lítið á mat kennara má sjá að börnum með OCD eru gefin færri stig að meðaltali á undirkvarðanum „Tilfinningavandi“ en börnum í klínískum samanburðarhóp. Aftur á móti virðist

Tafla 1 Lýsandi tölfraði fyrir börn í OCD hópi og samanburðarhópi.

	OCD (<i>n</i> =42)	Samanburðarhópur (<i>n</i> =42)
Kyn		
Stelpur, <i>n</i> (%)	20 (47,6)	20 (47,6)
Strákar, <i>n</i> (%)	22 (52,4)	22 (52,4)
Aldur, <i>M</i> (<i>sf</i>)	12,8 (3,0)	12,8 (3,0)
Aldurspönn	6,10-16,8	6,5-16,9
Tíðni kvíðaraskana, <i>n</i> (%)	25 (60,0)	18 (43,0)
Tíðni einhverfu, <i>n</i> (%)	6 (14,2)	8 (19,0)
Tíðni ADHD, <i>n</i> (%)	17 (40,4)	16 (38,0)
Tíðni einhverfu og ADHD, <i>n</i> (%)	6 (14,2)	6 (14,2)

Tafla 2 Lýsandi tölfraði fyrir *t*-skor kennara og foreldra við undirvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ.

	OCD foreldrar	Samanburðarh. foreldrar	OCD kennarar	Samanburðarh. kennarar
<i>n</i>	38	40	33	32
<i>M</i> (<i>sf</i>)	69,7 (14,8)	69,5 (14,6)	58,9 (14,8)	61,2 (14,3)
Lægsta gildi	40,9	40,9	42,4	43,5
Hæsta gildi	95,6	95,6	92,1	92,1

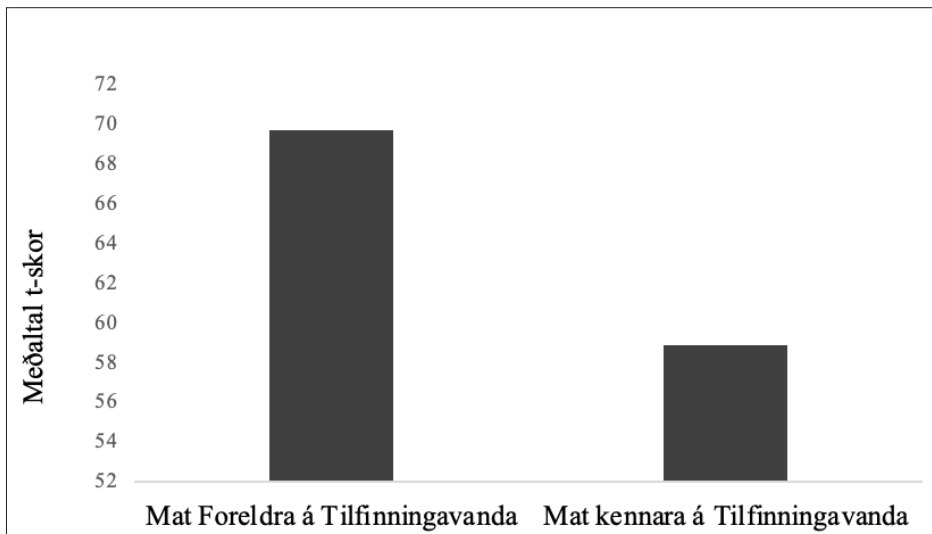
mat foreldra á tilfinningavanda þessara tveggja hópa nánast eins. Til þess að staðfesta þessar niðurstöður voru óháð *t*-próf reiknuð, annars vegar fyrir mat foreldra og hins vegar fyrir mat kennara. Niðurstöður *t*- prófsins á mati foreldra voru ómarktækar, $t(76) = -0,33$, $p = 0,74$, $d = 0,01$. Svipaðar niðurstöður fengust þegar mat kennara á hópnum tveimur var borið saman, $t(63) = 0,25$, $p = 0,80$, $d = 0,16$.

Til þess að greina mat foreldra og kennara nánar var ákveðið skoða hvort finna mætti mun á fjölda þeirra barna sem voru með gildi yfir klínískum mörkum (*t*-skor ≥ 65) á undirvarðanum „Tilfinningavandi“ eftir því hvort þau væru greind með OCD eða ekki. Það voru alls 78 foreldrar sem svöruðu SDQ spurningalistanum og 65 kennarar. Niðurstöður leiddu í ljós að samkvæmt mati kennara voru 12 (36,4%) börn sem greinst höfðu með OCD með gildi yfir klínískum mörkum, samanborið við 9 (28,1%)

börn í klínískum samanburðarhóp. Enn minni munur kom fram á hópnum tveimur samkvæmt mati foreldra þar sem 21 (55,3%) barn í OCD hópnum var með gildi yfir klínískum mörkum og 23 (57,5%) í samanburðarhópnum. Þessar niðurstöður voru staðfestar með tveimur kí-kvaðrat prófum og eins og búast mátti við voru niðurstöður ómarktækar bæði fyrir mat foreldra, $\chi^2(1, 77) = 0,00$, $p = 0,95$, OR = 0,91 og kennara, $\chi^2(1, 64) = 0,63$, $p = 0,42$, OR = 1,46. Því er ekki hægt að fullyrða að börn með OCD séu líklegri en börn í klínískum samanburðarhópi til þess að greinast með tilfinningavanda yfir klínískum mörkum, hvorki að mati kennara né foreldra.

Það vakti athygli að nokkur munur virtist vera á mati foreldra og kennara á tilfinningavanda barna með OCD, en mat foreldra var 10,8 stigum herra en mat kennara eins og sjá má á mynd 1.

Til að kanna hvort sá munur væri marktækur var parað *t*-próf reiknað. Niðurstöður sýndu



Mynd 1 Meðaltöl fyrir svör kennara og foreldra við undirvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ.

marktækan mun á mati foreldra og kennara, $t(32) = 3,68$, $p = 0,00$, $d = 0,72$ sem þýðir að foreldrar meta tilfinningavanda á meðal barna með OCD nokkuð hærra en kennarar og munurinn telst vera stór miðað við áhrifastærðir (Cohen, 1992).

Umræða

Megin tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni kvíðaraskana meðal barna með OCD. Um var að ræða börn sem vísað hafði verið í greiningarferli vegna hugsanlegra taugaþroskafrávik til þroska- og hegðunarstöðvar Heilsugæslunnar. Þar að auki var markmið rannsóknarinnar að meta tilfinningavanda þessara barna út frá mati foreldra og kennara. Settar voru fram þær tilgátur að börn með OCD myndu vera með hærri tíðni kvíðaraskana en börn í klínískum samanburðarhópi. Einnig var búist við að þau myndu skora hærra en klínískur samanburðarhópur að meðaltali á undirvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ kvarðanum, bæði af foreldrum og kennurum.

Helstu niðurstöður leiddu í ljós að ekki reyndist marktækur munur á tíðni kvíðaraskana hjá börnum með OCD og börnum í klínískum samanburðarhópi. Þessi niðurstaða styður því ekki þá tilgátu að börn með OCD hafi marktækt hærri tíðni kvíðaraskana en börn með annarskonar taugaþroskafrávik. Þess ber þó að geta að tíðni kvíðaraskana meðal þátttakenda með OCD í

þessari rannsókn var 60% sem er talsvert hærra en fundist hefur í fyrri rannsóknum, þar sem tíðnin hefur verið metin í kringum 30% (Sharma o.fl., 2021). Þetta hlutfall er jafnframt mun hærra en tíðni kvíðaraskana í almennu þýði barna, en hún er í kringum 4,7-9,1% (Polanczyk o.fl., 2015). Ein hugsanleg skýring fyrir ómarktækum niðurstöðum er sú að klíníski samanburðarhópurinn samanstóð af börnum sem hafði verið vísað í greiningarferli vegna gruns um taugaþroskafrávik og má því gera ráð fyrir að þau hafi sömuleiðis verið með margþættan vanda þar sem samsláttur raskana er algengur (Sigurdardóttir o.fl., 2025). Í þeim hópi reyndust 43% hafa kvíðaröskun sem er einnig talsvert hærra en í almennu þýði. Þetta getur dregið úr líkum á því að finna marktækan mun á milli hópa. Úrtaksstærð barna með OCD var takmörkuð, en aðeins 42 börn tilheyrðu þeim hópi sem samsvarar 1,4% af heildarúrtaki, sem samanstóð af 3010 börnum sem komu í greiningarferli á níu ára tímabil (2013-2022). Lítil úrtaksstærð getur haft áhrif á tölfraðilega marktækt og því dregið úr möguleikanum á að sýna fram á marktækan mun á milli hópa, þar sem stærri úrtök leiða venjulega til nákvæmari niðurstaðna. Því er nauðsynlegt að túlka þessar niðurstöður varfærnislega. Þó ber að hafa í huga að þessi fjöldi er í samræmi við áætlað algengi OCD í almennu þýði, sem er talið vera

um 1-3% (Walitzka o.fl., 2011). Kynjahlutfall í hópnun reyndist þar að auki vera nokkuð jafnt og í samræmi við fyrri rannsóknir (Grant, 2014; McKenney o.fl., 2020).

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu jafnframt að ekki var marktækur munur á heildarstigum barna með OCD og barna í samanburðahópi á undirvarðanum „Tilfinningavandi“, hvorki samkvæmt mati kennara né foreldra. Þessi niðurstaða styður því ekki þá tilgátu rannsóknarinnar að börn með OCD séu metin með meiri tilfinningavanda en önnur börn sem er vísað í greiningarferli. Segja má að þessar niðurstöður séu í samræmi við niðurstöðurnar að ofan þar sem meirihluti spurninga á undirvarðanum „Tilfinningavandi“ meta kvíðaeinkenni (4 af 5). Mikilvægt er þó að undirstrika að nokkuð stór hluti þeirra barna sem greinst höfðu með OCD var yfir klínískum mörkum á SDQ kvarðanum, sérstaklega samkvæmt mati foreldra (57,1%). Því er mikilvægt að rannsaka frekar hvað veldur því og hvað mögulega sé hægt að gera til þess að sporna gegn slíkum tilfinningavanda.

Vert er að nefna að foreldrar allra barna í úrtakinu (með OCD og í klínískum samanburðarhóp) gáfu marktækt hærri stig en kennarar á undirvarðanum „Tilfinningavandi“ á SDQ kvarðanum. Ekki er ljóst hvað veldur þessum mun, en ósamræmi í mati ólíkra matsmanna (e. *informant discrepancies*) er þó nokkuð algengt í rannsóknum. Cheng og félagar (2017) notuðu til dæmis sama kvarða til þess að meta tilfinningavanda í hópi barna á aldrinum 6-11 ára og þar mátu foreldrar börnin marktækt hærri en kennarar. Slíkar niðurstöður undirstrika nauðsyn þess að sýna varfærni við túlkun niðurstaðna sem byggja á mati frá einum matsaðila. Ósamræmi á milli matsmanna þarf þó ekki aðeins að fela í sér mælivillu, heldur gefur mikilvægar klínískar upplýsingar (De Los Reyes o.fl., 2023). Ólíkir matsaðilar, eins og foreldrar og kennarar, hafa mismunandi sjónarhorn sem veita okkur mikilvægar upplýsingar um hegðun barna. Foreldrar sjá barnið í heimaaðstæðum og í leik með einum og einum jafnaldra, kennarar meta hegðun og líðan í skólaaðstæðum en geta einnig borið barnið saman við jafnaldra, sem veitir innsýn inn í hvernig börn haga sér í mismunandi aðstæðum

(Dubiel o.fl., 2024). Mikilvægt er að upplýsingar úr mismunandi aðstæðum geri okkur því kleift að koma til móts við börn eftir því hvort þeim vantar stuðning og inngríp heima og/eða í skóla.

Mikilvægt er að slá nokkra varnagla við túlkun niðurstaðna. Ljóst er að úrtak hópsins var lítið sem mögulega varð til þess að ekki var marktækur munur á tíðni kvíðaraskana barna með OCD og barna í klínískum samanburðarhópi, þrátt fyrir 17% mun. Nokkuð erfitt gæti orðið að ráða bót á þessari takmörkun þar sem hlutfall barna með OCD í almennu þýði er mjög lágt. Úrtakið sem notast var við í þessari rannsókn var mjög stórt og náði yfir öll börn sem hafði verið vísað í greiningarferli til Proska- og hegðunarstöðvar á árunum 2013 til 2022. Því má velta fyrir sér hversu raunhæft það væri að ætla sér að endurtaka rannsóknina með enn stærra úrtaki. Að lokum var aðeins stuðst við mat foreldra og kennara á tilfinningavanda, en mögulega hefði mat frá börnunum sjálfum veitt betri innsýn og dýpkað skilning á vanda þeirra, en þær upplýsingar fengust aðeins í gegnum greiningarviðtal en ekki með SDQ kvarðanum. Þrátt fyrir það telst það kostur að fá mat frá bæði foreldrum og kennurum þar sem þau veita mikilvæga innsýn á hegðun barnsins í mismunandi aðstæðum. Rannsóknin hefur einnig aðra kosti; úrtakið samstóð af börnum víðsvegar að af landinu og var því ekki takmarkað við einn landshluta. Auk þess var tilvísunar- og matsferli gjaldfrjálst og því endurspeglar úrtakið fullnægjandi breidd með tilliti til ákveðinna bakgrunnsbreyta eins og félags- og efnahagslega stöðu. Aldursdreifingin var góð og ekki afmörkuð við eitt aldursbil, sem eykur réttmæti þess að yfirfæra niðurstöðurnar á breiðari hóp barna.

Niðurstöður rannsóknarinnar varpa ljósi á fjölþættan vanda barna með OCD sem og áhrifin sem einkenni þessara raskanana hafa á andlegan líðan þeirra. Niðurstöðurnar eru mikilvægar, ekki síst í ljósi þess að okkur vitanlega hefur sambærileg rannsókn ekki verið gerð á Íslandi. Þær sýna að börn með OCD glíma oft við kvíðaraskanir, samhliða einkennum tilfinningavanda, en sú vitneskja getur reynst mikilvæg við að ákveða framgang meðferðar, þar sem kvíði getur ýtt undir einkennum raskananna (Eddy o.fl., 2011; Fineberg

o.fl., 2019; Lewin o.fl., 2011). Að bregðast við kvíðaeinkennum, samhliða einkennum OCD, er því mikilvægt. Einnig þarf betri yfirsýn yfir hverskonar kvíðaraskanir eru líklegastar til þess að sýna samslátt með OCD og hvernig tilfinningavandi þessara barna lýsir sér.

Rannsóknin í heild sinni stuðlar að aukinni þekkingu á börnum með OCD á Íslandi. Þessi röskun hefur tilhneigingu til þess að vera missskilin af samfélaginu og alvarleiki einkenna hennar vanmetinn. Aukinn skilningur og þekking á þörfum þessara barna er því mjög mikilvægur, svo hægt sé að veita viðeigandi aðstoð og bæta lífsgæði þeirra til framtíðar.

Obsessive-compulsive disorder in children and anxiety: A comparison of emotional problems among children referred for neurodevelopmental assessment

Mental disorders can significantly impact children's daily lives, social skills, physical health, and academic performance. In recent years, children's mental health has been deteriorating globally while appropriate resources are often limited. Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a neuropsychiatric condition that can profoundly affect children's well-being and functioning. Despite extensive research, knowledge about this disorder among youth remains limited. This study aimed to examine the prevalence of anxiety disorders and emotional difficulties among children diagnosed with OCD, compared to children in a clinical comparison group. Participants were 84 children aged six to seventeen years who had been referred for neurodevelopmental assessment in Iceland between 2013 and 2022. Diagnostic interviews were conducted and emotional problems assessed using the Strengths and Difficulties Questionnaire, completed by both parents and teachers. The findings revealed no significant difference in the prevalence of anxiety disorders between children with OCD and those in the clinical comparison group, although co-occurring anxiety disorders were highly prevalent in the OCD group. The results of the study also showed that there was no significant difference in the total score of children with OCD and children in the comparison group on the subscale "Emotional Problems", according to both teachers' and parents' assessments. Finally, a significant difference was found between parent and teacher evaluation of emotional problems in these groups. This study highlights the critical need for increased knowledge about these disorders to provide appropriate support and improve the quality of life for affected children in the future.

Keywords: OCD, children, anxiety, emotional problems, SDQ.

Margrét Halldórsdóttir has a Bachelor 's degree in psychology from the University of Iceland, Psychology department. Dagmar Kr. Hannesdóttir is a clinical child psychologist at the Children's Mental Health Center and an assistant professor at the Department of Psychology, University of Iceland. Correspondence concerning this article should be addressed to Dagmar Kr. Hannesdóttir, at the University of Iceland, Psychology department, Nýi Garður, Sæmundargötu 12, 102 Reykjavík. E-mail: dkh@hi.is.

Heimildir

- Agnes Huld Hrafnisdóttir. (2005). Athugun á próffræðilegum eiginleikum Spurninga um styrk og vanda í hópi 5 ára barna á Íslandi. *Sálfræðiritið*, 10-11, 71–82. <https://core.ac.uk/reader/38272560>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Assunção, M. C., da Conceicao Costa, D. L., de Mathis, M. A., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosario, M. C., Miguel, E. C. og Torres, A. R. (2012). Social phobia in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Journal of Affective Disorders*, 143(1-3), 138-147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.05.044>
- Audet, J. S., Aardema, F. og Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96-106. <https://doi.org/10.1016/j.joerd.2016.04.003>
- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford Press.
- Bartz, J. A. og Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 338-352. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.11.003>
- Berglind Hauksdóttir. (2014). *Greiningarviðtalið ADIS fyrir börn: Athugun á kvíðaeinkennum í klínisku þýði með greiningarviðtalinu ADIS fyrir börn* [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/18360>
- Borda, T., Feinstein, B. A., Neziroglu, F., Vecchia, T. og Pérez-Rivera, R. (2013). Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2(4), 359-365. <https://doi.org/10.1016/j.joerd.2013.06.006>
- Carter, A. S., Pollock, R. A., Suvak, M. K. og Pauls, D. L. (2004). Anxiety and major depression comorbidity in a family study of obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 20(4), 165-174. <https://doi.org/10.1002/da.20042>
- Cheng, S., Keyes, K. M., Bitfoi, A., Carta, M. G., Koç, C., Goelitz, D., Otten, R., Lesinskiene, S., Mihova, Z., Pez, O. og Kovess-Masfety, V. (2017). Understanding parent-teacher agreement of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Comparison across seven European countries. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(1), e1589. <https://doi.org/10.1002/mpr.1589>
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Coskun, M., Zoroglu, S. og Ozturk, M. (2012). Phenomenology, psychiatric comorbidity and family history in referred preschool children with obsessive-compulsive disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-36>
- Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S. og Zinbarg, R. E. (2011). What is an anxiety disorder? *Focus*, 9(3), 369-388. <https://doi.org/10.1176/foc.9.3.foc369>
- De Los Reyes, A., Ekins, C. C., Asmundson, G. J. G., Augenstein, T. M., Becker, K. D., Becker, S. P., Bonadio, T. F., Borelli, J. L., Boyd, R. C., Bradshaw, C. P., Burns, G. L., Casale, G., Causadias, J. M., Cha, C. B., Chorpita, B. F., Cohen, J. R., Comer, J. S., Crowell, S. E., Dirs, M. A., ... Youngstrom, E. A. (2023). Editorial statement about JCCAP's 2023 special issue on informant discrepancies in youth mental health assessments: Observations, guidelines, and future directions grounded in 60 years of research. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 52(1), 147-158. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2158842>
- Dol, M., Reed, M. og Ferro, M. A. (2022). Internalizing-externalizing comorbidity and impaired functioning in children. *Children*, 9(10), 1547. <https://doi.org/10.3390/children9101547>
- Drake, K. L. og Ginsburg, G. S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 144-162. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0109-0>
- Dubiel, S., Cohen, F. og Anders, Y. (2024). German parents and educators of two to four-year-old children as informants for the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-024-01767-2>
- Eddy, C. M., Rizzo, R., Gulisano, M., Agodi, A., Barchitta, M., Cali, P., Robertson, M. M. og Cavanna, A. E. (2011). Quality of life in young people with Tourette syndrome: A controlled study. *Journal of Neurology*, 258, 291-301. <https://doi.org/10.1007/s00415-010-5754-6>
- Einar Guðmundsson og Hólmfríður Ólafsdóttir. (2003). *WPPSI-RIS; Handbók; Íslensk staðfærsla og stöðun. Námsmatsstofnun*

- Farrell, L., Waters, A., Milliner, E. og Ollendick, T. (2012). Comorbidity and treatment response in pediatric obsessive-compulsive disorder: A pilot study of group cognitive-behavioral treatment. *Psychiatry Research*, 199(2), 115-123. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.04.035>
- Fineberg, N. A., Dell'Osso, B., Albert, U., Maina, G., Geller, D., Carmi, L., Sireau, N., Walitza, S., Grassi, G., Pallanti, S., Hollander, E., Brakoulias, V., Menchon, J. M., Marazziti, D., Ioannidis, K., Apergis-Schoute, A., Stein, D. J., Cath, D. C., Valtman, D. J., . . . Zohar, J. (2019). Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *European Neuropsychopharmacology*, 29(4), 549-565. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.02.002>
- Franklin, M. E., Freeman, J. B. og March, J. S. (2018). *Treating OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral approach*. Guilford Publications.
- Goodman, R. (1997). The strengths and difficulties Questionnaire: A research note. *Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 38, 581-586. <https://doi.org/10.1111/j.14697610.1997.tb01545.x>
- Grant, J. E. (2014). Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*, 371(7), 646-653. <https://doi.org/10.1056/NEJMc1402176>
- Guðmundur Skarphéðinsson og Páll Magnússon. (2008). Spurningar um styrk og vanda (SDQ). Handbók.
- Hannesson, H. H., Smáráson, O., Hojgaard, D. R., Lauth, B., Wessman, I., Sigurjónsdóttir, S. A. og Skarphéðinsson, G. (2023). Evaluating the interrater reliability of the Icelandic version of K-SADS-PL DSM-5. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01644-4>
- 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 áráttu- og þráhyggjuröskun* [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/30625>
- Hjördís Ólafsdóttir. (2018). *Íslensk staðfærsla og mat á próffræðilegum eiginleikum DSM-5 útgáfu Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Kvíðaraskanir og áfallastreituraskanir* [MS ritgerð, Háskóli Íslands]. Skemman. <https://hdl.handle.net/1946/30660>
- Jaeger, T., Moulding, R., Yang, Y. H., David, J., Knight, T. og Norberg, M. M. (2021). A systematic review of obsessive-compulsive disorder and self: Self-esteem, feared self, self-ambivalence, egodystonicity, early maladaptive schemas, and self concealment. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31, 100665. <https://doi.org/10.1016/j.joerd.2021.100665>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Axelson, D., Perepletchikova, F., Brent, D. og Ryan, N. (2016). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children: Present and lifetime version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 working draft. *Yale University, Child and Adolescent Research and Education*.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U. M. A., Flynn, C., Moreci, P. Williamson, D. og Ryan, N. (1997). Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980-988. <https://doi.org/10.1097/00004583.199707000-00021>
- Kristbjörg Soffía Salvardsdóttir og Sigurgrímur Skúlason. (2006). *WISC-IVIS. Handbók. Fyrirlögn og mat*. Námsmatsstofnun.
- Langley, A. K., Lewin, A. B., Bergman, R. L., Lee, J. C. og Piacentini, J. (2010). Correlates of comorbid anxiety and externalizing disorders in childhood obsessive compulsive disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 19, 637-645. <https://doi.org/10.1007/s00787-010-0101-0>
- 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. <https://doi.org/10.1080/08039480801984214>
- Lewin, A. B., Storch, E. A., Conelea, C. A., Woods, D. W., Zinner, S. H., Budman, C. L., Scahill, L. D., Compton, S. N., Walkup, J. T. og Murphy, T. K. (2011). The roles of anxiety and depression in connecting tic severity and functional impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(2), 164-168. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.016>
- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Bertini, N., Pfanner, C. og Arcangeli, F. (2006). Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in referred children and adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, 47(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.04.008>
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts,

- R., B. Bunting, B., de Almeida, J. M. C., de Girolamo, G., De Vries, Y. A., S. Florescu S., ... de Jonge, P. (2020). Comorbidity within mental disorders: A comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 153. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000633>
- McKenney, K., Simpson, A. og Stewart, S. E. (2020). *OCD in children and adolescents: The "OCD is Not the Boss of Me" manual*. Guilford Publications.
- Mohapatra, S., Agarwal, V. og Sitholey, P. (2013). Pediatric anxiety disorders. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.017>
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R. og Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: Results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine*, 31(3), 481-487. <https://doi.org/10.1017/S0033291701003579>
- Ornell, F., Braga, D. T., Bavaresco, D. V., Francke, I. D., Scherer, J. N., von Diemen, L. og Kessler, F. H. P. (2021). Obsessive-compulsive disorder reinforcement during the COVID-19 pandemic. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 43(2), 81-84. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0054>
- Ortiz, A. E., Morer, A., Moreno, E., Plana, M. T., Cordovilla, C. og Lázaro, L. (2015). Clinical significance of psychiatric comorbidity in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: Subtyping a complex disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266, 199-208. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0642-9>
- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, R. L., Chang, S., O'Neill, J. og Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 93, 72-78. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.002>
- Polanczyk G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. og Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56(3), 345-65. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>
- Reddy, Y. J., Reddy, P. S., Srinath, S., Khanna, S., Sheshadri, S. P. og Girimaji, S. C. (2000). Comorbidity in Juvenile Obsessive-Compulsive Disorder: A Report from India. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(3), 274-278. <https://doi.org/10.1177/070674370004500307>
- Rockhill, C., Kodish, I., DiBattisto, C., Macias, M., Varley, C. og Ryan, S. (2010). Anxiety disorders in children and adolescents. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 40(4), 66-99. <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2010.02.002>
- Rueppel, M., Becker, H. C., Iturra-Mena, A., Bilek, E. L., Monk, C. S., Phan, K. L. og Fitzgerald, K. D. (2024). Obsessive-compulsive symptoms: Baseline prevalence, comorbidity, and implications in a clinically anxious pediatric sample. *Child Psychiatry & Human Development*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01658-y>
- Sharma, E., Sharma, L. P., Balachander, S., Lin, B., Manohar, H., Khanna, P., Lu, C., Garg, K., Thomas, T. L., Au, A. C. L., Selles, R. R., Højgaard, D. R. M. A., Skarphéðinsson, G. og Stewart, S. E. (2021). Comorbidities in obsessive-compulsive disorder across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 703701. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.703701>
- Sigurdardóttir, K. R., Hannesdóttir, D. K., Hauksdóttir, B., Ollendick, T. H., Davidsdóttir, K. og Halldórsdóttir, T. (2025). Incidence, co-occurring psychiatric conditions, and sex differences in young people without intellectual impairment who are autistic, ADHD, or autistic-ADHD: a population-based cross-sectional study in Iceland. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 9(7), 459-469. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(25\)00132-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(25)00132-4)
- Silverman, W. K. og Albano, A. M. (1996). *The anxiety disorders interview schedule for children and parents—DSM-IV version*. Graywind.
- Silverman, W. K. og Ollendick, T. H. (2005). Evidence-based assessment of anxiety and its disorders in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(3), 937-944. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3403_2
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M. og Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: child and parent versions. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 40(8), 937-944. <https://doi.org/10.1097/00004583-200108000-00016>
- Singh, S., Wetterneck, C. T., Williams, M. T. og Knott, L. E. (2016). The role of shame and symptom severity on quality of life in obsessive-compulsive and related disorders. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 49-55. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.08.004>

- Skarphedinsson, G., Torp, N. C., Weidle, B., Jensen, S., Ivarsson, T., Hybel, K. A., Nissen, J.B., Thomsen, P. H. og Højgaard, D. R. (2025). Family accommodation in pediatric obsessive-compulsive disorder: Investigating prevalence and clinical correlates in the NordLOTS study. *Child Psychiatry & Human Development*, 56(3), 782-792. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01602-0>
- Skarphedinsson, G., Weidle, B., Thomsen, P. H., Dahl, K., Torp, N. C., Nissen, J. B., Melin, K. H., Hybel, K., Valderhaug, R., Wentzel-Larsen, T., Compton, S. N. og Ivarsson, T. (2015). Continued cognitive-behavior therapy versus sertraline for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder that were non-responders to cognitive-behavior therapy: a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 591-602. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0613-0>
- Stein, M. B. og Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The Lancet*, 371(9618), 1115-1125. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60488-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60488-2)
- The jamovi project (2023). *Jamovi* (útgáfa 2.3). [Hugbúnaður]. <https://www.jamovi.org>
- Walitza, S., Melfsen, S., Jans, T., Zellmann, H., Wewetzer, C. og Warnke, A. (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(11), 173. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2011.0173>
- Wechsler, D. (1989). The Wechsler preschool and primary scale of intelligence-revised. *The Psychological Corporation*.
- Wechsler, D. (2003). Wechsler intelligence scale for children, fourth edition [dataset]. <https://doi.org/10.1037/t15174-000>
- Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D. og Strawn, J. R. (2015). Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Current psychiatry reports*, 17(7), 52. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0591-z>
- Weidle, B., Jozefiak, T., Ivarsson, T. og Thomsen, P. H. (2014). Quality of life in children with OCD with and without comorbidity. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0152-x>

Stóuspeki - Listin að lifa

Benedikt Jóhannsson sálfræðingur tók saman

Sem sálfræðingur vann ég lengi við að aðstoða fólkið sem glímdi við ýmis konar erfiðleika. Með árunum fékk ég einnig meiri áhuga á sálrænni lýðheilsu og tók jákvæðu sálfræðinni fagnandi, þegar hún kom fram við byrjun þessarar aldar. Martin Seligman hefur verið kallaður faðir jákvæðrar sálfræði. Hann nam heimspeki áður en hann sneri sér að sálfræðinni og byggir hann fræði sín meðal annars á klassískri grískri dygðfræði. Ég hóf því að kynna mér þessi fræði nánar. Hin forna stóuspeki vakti sérstaklega athygli mína, en hana mætti kalla sjálfshálparfræði síns tíma. Hún hefur reynst mjög lífseig og endurspeglast með ýmsum hætti í sjálfshálparfræðum nútímans, eins og í hinni sígildu æðruleysisbæn. Hugræn atferlismeðferð, sem er gagnreynd og vinsæl sálfræðimeðferð, byggir einnig á kjarna stóuspekinnar. Í þessu greinakorni bendi ég einnig á hvernig stóuspekin kallast á við íslenska alþýðuspeki og set í lokin fram endurbætta útgáfu af æðruleysisbæninni, sem fylgir stóuspekinni með nákvæmari hætti.

Að því er ég best veit voru grískir heimspekingar fyrstir vestrænna manna til að rita fræðilegar hugsanir um gott siðferði og farsælt líf, en sjálfsagt hafa menn fjallað um efnið áður í ýmsum trúarritum. Dygðagreining gríska heimspekingsins Platóns (427–347 fyrir Krist) er sígild. Platón segir höfuðdygðirnar fjórar: Visku sem hann tengir skynsemi, hugrekki sem hann tengir skapferli og hófstillingu sem hann tengir löngunum. Markmiðið er svo réttlæti sem felst í rétttri samstillingu sálarþátta og stétta (Vilhjálmur Árnason, 2008). Segja má að dygðin réttlæti vísi meira út á við til sanngirni í samskiptum manna, en til að ná því markmiði þarf einstaklingurinn sjálfur að vera í andlegu jafnvægi. Nefna má að hugræn atferlismeðferð, sem þróuð var af Aron Beck og nýtur mikilla vinsælda, byggir á

sambærilegri þrískiptingu sálarlífsins í hugsun, tilfinningar og atferli.

Aristóteles (384–322 fyrir Krist) var nemi Platóns og útfærði dygðagreiningu hans nánar. Hann hélt því fram að best væri að leggja áherslu á farsæld (evdæmónía) í lífinu, fremur en að elta við efnisleg gæði og stundlega vellíðan. Aristóteles telur að farsæld sé í raun æðsta markmið allra okkar athafna. Til þess að öðlast farsæld þarf maður að stjórna af skynsemi og lifa dygðugu lífi. Hann leggur einnig áherslu á að það stuðli að farsæld eða lífshamingju að lifa í samræmi við eðli sitt og þroska hæfileika sína til fullnustu. Aristóteles telur sanna hamingju tilfinningu vera eins konar hliðarverkun af slíku þroskaferli, fremur en eiginlegt markmið (Aristóteles 2018; Vilhjálmur Árnason 2008). Farsældarkenning Aristótelesar hefur reynst mjög lífseig og endurspeglast meðal annars í jákvæðri sálfræði eins og hún var sett fram af Martin Seligman í byrjun þessarar aldar.

Eftir daga Aristótelesar kom fram í Aþenu svokölluð stóuspeki. Upphafsmaður hennar var Zenon frá Kítíon, sem var uppi um 332 – 265 fyrir Krist. Nafn sitt hlaut stefnan af súlnagöngum þar sem Zenon rak skóla sinn. Hróður skólans barst víða og sóttu meðal annars Rómverjar skóla þennan. Stefnan barst þannig til hins rísandi Rómaveldis. Þar öðlast hún marga fylgjendur og myndaði nýjan siðferðilegan grunn, bæði í einkalífi og stjórnmálum Rómverja. Stóuspekingarnir byggðu á dygðagreiningu Platóns og farsældarkenningu Aristótelesar. Auk þess lögðu þeir áherslu á að til að lifa hamingjuríku lífi þyrftum við að skilja gangverk náttúrunnar og lifa skynsamlega í samhljómi við það, í eins konar náttúrulegu flæði. Hófsemi og nægjusemi voru einnig taldar til æðstu dygða. Stóumenn lögðu sérstaka áhersla á

skapstillingu og enn er talað um að sýna stóíska ró við erfiðar aðstæður (Atkinson o.fl., 2013; Epiktetos, 1955; Vilhjálmur Árnason 2008).

Stóuspekin þróaðist áfram í Rómaveldi og varð Epiktetos einn áhrifamesti stóuspekingurinn. Hann fæddist um árið 50 eftir Krist í Litlu Asíu, en var Grískumælandi. Síðar varð hann þræll í Róm, en hlaut frelsi. Hann náði að mennta sig í heimspeki og stofnaði eigin heimspekiskóla, sem menn sóttu víða að, uns hann dó í hárrí elli í Grikklandi um 138. Epiktetos telur að lykillinn að farsælu lífi sé að greina á milli þess sem við getum haft stjórn á og hins sem ekki er á okkar valdi. Í raun ráðum við engu nema eigin vilja. Því er mikilvægt að temja viljann og einbeita okkur að því sem er á okkar valdi, m.a. að rækja vel okkar félagslega hlutverk. Hins vegar þurfum við að lúta alheimsviljanum, eða náttúrulögmálinu (Logos), og vilja það sem hann vill. Þannig getum við sætt okkur við það sem að höndum ber, öðlast æðruleysi og hina stóísku hugarró (Epiktetos, 1955; Vilhjálmur Árnason 2008).

Fræg er fullyrðing Epiktetosar: „Ekki eru það atburðirnir sjálfir sem áhyggjum valda, heldur horf manna við þeim“ (Epiktetos, 1955, bls. 12). Geðlæknirinn Aron Beck vitnar í þessa skoðun Epiktetosar í bók sinni um hugræna atferlismeðferð við þunglyndi. Hann segir að heimspekilegar rætur þessa meðferðarforms megi rekja aftur til stóuspekinganna (Beck o.fl., 1979). Aðferðir Beck og félaga hans mörkuðu þáttaskil í sálfræðilegri meðferð, hafa reynst árangursríkar og njóta mikilla vinsælda.

Lífsspeki stóumanna skarast talsvert við kristinn siðaboðskap, einkum í áherslum á hófsemi og vilja til að lúta almættinu. Í Faðirvorinu segir m.a.: „Verði þinn vilji“ Þó gætir talsverðrar einstaklingshyggju í boðskap stóumanna, meðan lögd er rík áhersla á kærleika og samkennd í Kristni.

Í áherslu stóuspekinga á æðruleysi, hófstillingu, þolgæði og að hugað sé að sínu eigin, má

einnig heyra samhljóm við íslenska alþýðuspeki, eins og hún birtist í málsháttum og orðatiltækjum. Ég er alinn upp í sveit þar sem fólk þurfti af nauðsyn að lifa í takti við lögmál náttúrunnar. Við daglegar athafnir var oft sagt: Allt hefur sinn gang, allt fer eins og það fer, allt er best í hófi, hefst þó hægt fari, þolinmæði þrautir vinnur allar, hafa skal það sem hendi er næst og hæg eru heimatökin. Hver er sinnar gæfu smiður er einnig algengur íslenskur málsháttur, en hann varð fyrir valinu sem heiti á handbók Epiktetos í íslenskri þýðingu. Nefna má að ég hef áður skrifað grein um íslenska málshætti og hinar sígildu dygðir (Benedikt Jóhannsson, 2010).

Segja má að stóuspekin sé bæði sígild og sívinsæl, enda varðar hún ýmis grundvallar atriði mannlegs lífs og er sett fram á fremur einfaldan og auðskiljanlegan hátt. Sígild er bók Markúsar Árilíusar keisara, Hugleiðingar (Meditations). Stóuspeki virðist komin aftur í tísku vestan hafs, en þar hafa nýlega verið skrifaðar metsölubækur um stóuspeki. Einkum hefur Ryan Holiday verið vinsæll og afkastamikill höfundur á þessu sviði (Sjá vefsíðuna: dailystoic.com).

Ég hef áður bent á að hin vinsæla æðruleysisbæn er augljóslega byggð á stóuspeki og dygðagreiningu Platóns (Benedikt Jóhannsson, 2022). Sálfræðilega séð má líta á bænir sem eins konar hugleiðslu með það að markmiði að stilla hugann jákvætt. Að lokum ætla ég því að gerast svo djarfur að setja fram nýja bæn eða hugleiðingu, í anda æðruleysisbænarinnar og kristins kærleiksboðskapar, sem lýsir nákvæmar megin atriðum Stóuspekinnar. Kannski mætti kalla þessa bæn Stóubænina:

Þú mikli náttúrukraftur. Gef mér visku til að skilja gangverk þitt og lifa í samræmi við það. Gef mér æðruleysi til að setta mig við það sem ég fæ ekki breytt og hugrekki til að gera það sem er á mínu valdi til að auðga líf mitt og annarra, með hófstillingu, kærleika og sanngirni að leiðarljósi.

Heimildir:

- Aristóteles. (2018). *Siðfræði Nikomakkosar* (Svavar Hrafn Svavarsson, þýð.). Hið íslenska bókmenntafélag.
- Atkinson, S. (ritstj.). (2013). *Heimspekibókin* (Egill Arnarsson, þýð.). Mál og menning.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. John Wiley & Sons.
- Benedikt Jóhannsson. (2010, 1. mars). Málshættir, íslenskt uppeldi og sígildar dygðir. *Netla – vef tímarit um uppeldi og menntun*. <https://skemman.is/bitstream/1946/13968/1/M%C3%A1lsh%C3%A6ttir.pdf>
- Benedikt Jóhannsson. (2022). Æðruleysisbænin og hinar klassísku dygðir. *Kirkjublaðið*. <https://www.kirkjubladid.is/gestaglugginn/aedruleysis-baenin-og-hinar-klassisku-dygdir/>
- Epiktetos. (1955). *Handbók Epiktetosar: Hver er sinnar gæfu smiður* (Broddi Jóhannesson, þýð.). Almenna bókafélagið.
- Seligman, M. E. P. (2003). *Authentic happiness*. Nicholas Brealey Publishing.
- Vilhjálmur Árnason. (2008). *Farsælt líf, réttlátt samfélag: Kenningar í siðfræði*. Heimskringla; Mál og menning.

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskóla Íslands haust 2024 til haust 2025 (Flestar ritgerðirnar má nálgast í heild á www.skemman.is)

Doktorspróf í sálfræði (PhD)

Anton Lucashevich. *Er safnskynjun athyglisháð? Attention in the crowd: Probing ensemble perception attentional dependencies.* Leiðbeinandi: Heiða María Sigurðardóttir.

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

Alexandra Ásta Sigurðardóttir. *Ahrif sérhæfðra inngripa á tilfinningavanda barna með ADHD: Samanburðarrannsókn á Snillingunum og Krakkaráðgjöfinni. The effects of specialized interventions on symptoms of internalizing disorders in children with ADHD: Comparative study of the OutSMARters and individual counseling.* Leiðbeinandi: Dagmar Kristín Hannesdóttir.

Andrea Jónína Jónsdóttir. *Breytingar á þunglyndisþönkum í atferlismæðferð við þunglyndi. Rumination as a mechanism of change during behavioral activation treatment for depression.* Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson og Sigurður Viðar.

Anna Kristrún Sigurpáldóttir. *Þjónustunýting og árangur meðferðar við áfallastreituröskun: Afturvirk forathugun meðal þjónustuþega geðsviðs Landspítala. Service utilization and treatment effectiveness among individuals diagnosed with PTSD: A retrospective pilot study on the psychiatric services for trauma in Landspítali.* Leiðbeinandi: Berglind Guðmundsdóttir.

Arnbjörg Ella Sigmarsdóttir. *Upplífuð stjórn sem breytingarferli í atferlismæðferð við þunglyndi og áhrif alvarlegra lífsatburða í æsku á þær breytingar. Perceived control as a mechanism of change in behavioral activation for depression and the moderating role of childhood adversity.* Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson, Sigurður Viðar og Josip Razum.

Ásta Gígja Elfarsdóttir. *Mótþróaþrjósukuröskun og tilfinningastjórnun: Rannsókn á kynjamun. Oppositional defiant disorder and emotion dysregulation: Exploring gender-based differences.* Leiðbeinandi: Urður Njarðvík.

Dagbjartur Kristjánsson. *Breytingar í þunglyndisþönkum í þunglyndismæðferð og mótunaráhrif alvarlegra lífsatburða í æsku. Changes in rumination during depression treatment and the moderating role of early life adversity.* Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson, Sigurður Viðar og Josip Razum.

Emil Svavarsson. *Upplífuð stjórn sem breytingarferli í atferlismæðferð við þunglyndi: Þáttur stýrifærni. Perceived control as a mechanism of change in behavioral activation for depression: The role of executive function.* Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson, Sigurður Viðar og Josip Razum.

Guðjóna Björk Þorbjarnardóttir. *Breytingar á virkni í atferlismæðferð við þunglyndi og áhrif stýrifærni á árangur í meðferð. Changes in activation during behavioral activation treatment for depression and the moderating role of executive functioning.* Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson, Sigurður Viðar og Josip Razum.

Jón Ingi Hlynsson. *Þunglyndi í bata: Til hvers er að vinna með meðferðarörvunartímum sem bakslagsvörn í þunglyndismæðferð. Sustaining recovery from depression: Do booster sessions add value after initial treatment?* Leiðbeinandi: Tómas Kristjánsson.

Kolbrún Jónsdóttir. *Breytingar á virkni í atferlismæðferð við þunglyndi og áhrif alvarlegra lífsatburða í æsku á þær breytingar. Changes in activity during behavioral activation treatment for depression and the role of early life adversity.* Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson, Sigurður Viðar og Josip Razum.

Kristín Ása Vilhjálmisdóttir. *Ahrif einstaklingsráðgjafar og hópmeðferðar á tilfinningastjórnun barna með ADHD: Samanburður á tveimur sálfræðilegum inngripum fyrir 9 til 12 ára börn. The effects of individual counseling and group therapy on emotion regulation in children with ADHD: A comparison of two psychological interventions for children aged 9 to 12 years.* Leiðbeinandi: Dagmar Kristín Hannesdóttir.

Kristín Erna Sigurjónsdóttir Waage. *Forprófun á foreldramatskvarða um félags hæfni og hegðun 6–15 ára barna og ungmenna. Pilot testing of a new parent-report measure of social competence and behavior in children and adolescents aged 6–15 years.* Leiðbeinandi: Örnólfur Thorlacius.

Rúna Halldórsdóttir. *Árangur hugrænnar atferlismæðferðar fyrir börn með mótþróaþrjósukuröskun. Tuning your temper: Assessing the treatment outcomes of a cognitive behavioral therapy for children with oppositional defiant disorder.* Leiðbeinandi: Urður Njarðvík.

Sigríður T. Sigurðardóttir. *Breytingar í þunglyndisþönkum í atferlismarkunarmóðferð við þunglyndi og áhrif stýrifærni á þær breytingar. Changes in rumination during behavioural activation treatment for depression and the moderating role of executive functioning.* Leiðbeinendur: Ragnar Pétur Ólafsson, Sigurður Viðar og Josip Razum.

Sóley Katla Þorsteinsdóttir. *Hömlun í daglegu lífi unglinga með áráttu- og þráhyggjuröskun: Athugun á árangri hnítmiðaðrar hópmóðferðar. Functional impairment of adolescents with obsessive-compulsive disorder: Efficacy of an intensive group-based therapy.* Leiðbeinandi: Dagmar Kristín Hannesdóttir.

Sæunn Ragnarsdóttir. *Streita foreldra barna með móþróðarþjósúröskun: Tengsl foreldrastreitu við bakgrunnsbreytur og móðferðarárangur. Parental stress in oppositional defiant disorder: Associations with child demographics and treatment outcomes.* Leiðbeinandi: Urður Njarðvík.

Bóra Jóhannsdóttir. *Mat á áráttu- og þráhyggjueinkennum hjá skjólstaðingum átröskunarteymis Barna- og unglíngadeildar Landspítalans. Assessing obsessive-compulsive symptoms in adolescents with eating disorders: Associations with child demographics and treatment outcomes.* Leiðbeinendur: Guðmundur Skarphéðinsson, Orri Smáráson og Karen Daðadóttir.

MS-ritgerðir í Hagnýtri sálfræði, kjörsvið: Megindleg sálfræði

Ágústa Katrín Ólafsdóttir. *Próf á talnaðfærni við byrjun grunnskóla: Gerð, þáttaformgerð og áreiðanleiki. A test of numeracy at the start of primary school: Development, factor structure and reliability.* Leiðbeinandi: Guðmundur Bjarni Arnkellsson.

Haraldur Rúnar Einarsson. *Formgerðargreining á foreldramatútgáfu RCDAS-25 í almennu úrtaki á Íslandi. Structural analysis of the RCADS-25 parent-report in a community sample in Iceland.* Leiðbeinandi: Örnólfur Thorlacius.

Laufey Ósk Jónsdóttir. *Þýðingarvandi þunglyndiskvarðans: Mokken-greining á endurbættir íslenskrri útgáfu af PHQ-9. Lost in translation? Not anymore: A Mokken scale analysis of the revised Icelandic translation of the PHQ-9.* Leiðbeinandi: Fanney Þórsdóttir.

Patrekur Örn Gestsson. *LANIS-I: Mokken-greining. A Mokken scale analysis of LANIS-I.* Leiðbeinandi: Fanney Þórsdóttir.

MS-ritgerð í Hagnýtri sálfræði, Kjörsviðið: Félagsleg sálfræði

Aníta Ósk Halldórsdóttir. *Breytingar á algengi spilaðfærni yfir tímabilið 2005 til 2023. Hversu miklu máli skiptir hver þú ert og hvað þú spilar? Changes in problem gambling from 2005 to 2023. Does it matter who you are and what you gamble on?* Leiðbeinandi: Daníel Ólason.

Helga Soffía Sigurðardóttir. *Næstum uppselt!: Sálfélagslegir og markaðstengdir áhrifaþættir kaupfærni í netverslun. Almost sold out!: Psychological and marketing factors influencing compulsive buying in online shopping.* Leiðbeinandi: Ragna Benedikta Garðarsdóttir.

Katrín Jónsdóttir. *Hvað skýrir NIMBY-viðhorf? Andstaða gegn búsetuáæðum fyrir heimilislausa og flóttafólk á Íslandi. What explains NIMBY-attitudes? Opposition to housing arrangement for the homeless and refugees in Iceland.* Leiðbeinandi: Ragna Benedikta Garðarsdóttir.

Kristinn Sigurðarson Snædal. *Tengsl heilsu við félagslegan stuðning. Association between health and social support.* Leiðbeinandi: Harpa Lind Jónsdóttir.

Sigríður Ása Alfonsdóttir. *Lífsgæði þeirra sem lifa af krabbamein: Hlutverk félagslegra þátta. The quality of life of cancer survivors: The role of social factors.* Leiðbeinendur: Harpa Lind Jónsdóttir og Sigríður Gunnarsdóttir.

Vigdís Kristín Rohleder. *Félags- og efnahagsstaða í tengsl við þunglyndi og kvíða og áhrif félagslegs stuðnings og mataræðis. Rannsókn byggð á gagnasafni EHIS 2019. The relation between socioeconomic status and mental health: The moderating role of social support and diet. An analysis using data from the 2019 European Health Interview Survey.* Leiðbeinendur: Arndís Vilhjálmisdóttir og Ragna Benedikta Garðarsdóttir.

MS-ritgerðir í Hagnýtri atferlissgreiningu

Guðbjörg Bjarnar Guðjónsdóttir. *Ráðavefurinn: Sjálfshjálparúræði um gagnreyndar aðferðir við hegðunarvanda. Self-help for behavior problems in the classroom: Ráðavefurinn, a web-based evidence-based option.* Leiðbeinandi: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir.

Kristín Klara Birgisdóttir. *Félagsfærnikennsla barna með sérþarfir á leikskólaaldri. Social skills instruction for pre-school-aged children with special needs.* Leiðbeinendur: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir og Lilja Ýr Halldórsdóttir.

Lilja Kristinsdóttir. *Áhrif þjálfunar með Beanfee á persónulegt hreinlæti fullorðinna einstaklinga með þroskafrávik. The effects of training with Beanfee on the personal hygiene of adults with developmental disabilities.* Leiðbeinendur: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir og Helgi S. Karlsson.

Sigrún Elfa Ágústsdóttir. *Hönnun matslista fyrir inntökuviðtal sjúkrahjálfara og atferlismiðuð stjórnun til að auka meðferðartryggð. Design of an assessment checklist for physical therapist intake interviews and organizational behavior management to enhance treatment integrity.* Leiðbeinendur: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir og Karl Fannar Gunnarsson.

Elvar Már Waage Jóhannsson. *Einn fyrir alla – allir fyrir einn: Beiting innbyrðis háðra hópstyrkingarskilmála til að draga úr símanotkun framhaldsskólanema í lífsleikni kennslustundum. All for one – one for all: Using interdependent group contingencies to reduce phone usage of first-year high school students in a life-skills course.* Leiðbeinendur: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir, Sigríður Soffía og Gestur Gunnarsson.

Kristín Anna Svavarsdóttir. *Ahrif atferlisíhlutunar á snjallsímanotkun framhaldsskólanema í lífsleiknitímum: Geta símaklefar og lukkuhjól dregið úr notkun snjallsíma í kennslustundum? The effects of a behavioral intervention on smartphone use among first-year students in upper secondary school during life skills classes: Can the use of phone boxes and a wheel of fortune reduce smartphone use in the classroom?* Leiðbeinendur: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir, Sigríður Soffía og Gestur Gunnarsson.

Hanna Tara Pálmadóttir. *Áhrif hvatningakerfis með Beanfee hugbúnaðinum á mætingu og skólafærni nemenda í sértæku skólaúrræði. Effects of the Beanfee token economy software on student attendance and school-related skills.* Leiðbeinendur: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir og Helgi S. Karlsson.

Helgi Axel Davíðsson. *Lærum að leika: Starfsfólki kenndar aðferðir til að byggja samband við nemendur. Learning to play: Staff taught procedures to build rapport with students.* Leiðbeinendur: Zuilma Gabriela Sigurðardóttir og Atli Magnússon.

MS-ritgerð: Menntun framhaldsskólakennara: Sálfræði

Tinna Heimisdóttir. *Sálfræðikennsla í íslenskum framhaldsskólum: Námsframboð, kennslufni og viðfangsefni sálfræðiáfangna og viðhorf sálfræðikennara til þróunar sálfræðikennslu. Psychology teaching in upper-secondary schools in Iceland: Course offerings, teaching materials, course content, and psychology teachers' views on the development of psychology teaching.* Leiðbeinandi: Ragnar Pétur Ólafsson.

Titlar lokaritgerða í námi á meistara- og doktorsstigi í sálfræði við Háskólann í Reykjavík 2025

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

Lokaverkefni í klínískri sálfræði (MSc)

Agnes Líf Sveinsdóttir. *Social Media Use among Adolescents in Iceland from 2009 to 2020: A Repeated, cross-sectional population-based study.*

Anna María Aradóttir. *"I was finally closing the case" The role of virtual reality courtroom in victims' emotional processing following sexual abuse.*

Anton Nikolaisson Haydarly. *Prevalence and potential predictors of burnout among healthcare workers at the Psychiatric Department of the National University Hospital of Iceland.*

Ásdís Ólafsdóttir. *Patient Experiences of Behavioral Activation Therapy for Bipolar Depression: A Qualitative Study.*

Benedikt Freyr Einarsson. *Psychometric Evaluation of the Icelandic Version of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire: A Pilot Study.*

Bergsveinn Andri Halldórsson. *Efficacy and Mechanism of Change in Transdiagnostic CBT for Social Anxiety using Single Case Experimental Design.*

Birna Pálsdóttir. *The effects of enhancing parental sensitivity and parent-child attuned interactions on parent's mental health and perceived attachment to their child: an observational secondary data analysis on attachment-based services in Icelandic health care (Family Team 0-5).*

Birta Sóley Árnadóttir. *Effect of a Psychosocial Intervention on Sleep Quality, Cognitive Function, and Health-Related Quality of Life Among Women Post Breast Cancer Treatment.*

Guðmundur Kári Þorgrímsson. *Illuminating the classroom: the impact of school-based light therapy on sleep quality and depressive symptoms in Icelandic adolescents.*

Hanna Margrét Heimisd. *Dahlmann Mental contamination among women in Iceland: Replication of the Dirty Kiss paradigm.*

Hanna Lára Harðardóttir. *The Relevance of Suicidal Imagery in Assessment of Suicidal Cognitions and Behavior: A Pilot Study.*

Hrafnhildur Atladóttir. *ADHD Assessment for Self-Referred Adults at a Private Psychology Clinic.*

Ingibjörg Ásta Guðmundsdóttir. *The Role of Family Accommodation in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders: A Preliminary Evaluation of Psychometric Properties of the Icelandic Translation of FAS, FASA, and FASA-CR.*

Ísöld Eygló Snæbjörnsdóttir. *Functional Neurological Disorder: Symptoms and Mental Health 12-Month Post Multidisciplinary Rehabilitation.*

Jóhanna Ósk Mariudóttir Nielsen. *Part of Our World: Mental Health Outcomes and The Role of Culture in Adult Icelandic CODAs (Children of Deaf Adults).*

Karen Lind Tómasdóttir. *Burnout in Iceland: Total scores on the Burnout Assessment Tool, self-reported burnout, and the impact of demographic factors.*

Kári Þór Arnarsson. *The Effects of Goal-Cueing Rumination induction on the Duration of Pre-Performance Routines in Golf.*

Margrét Vignisdóttir. *Behavioral Activation in Bipolar Depression: Examining Outcomes, Engagement, and Treatment Fidelity.*

Saga Traustadóttir. *The Effects of Goal-Cueing on State Rumination and the Role of Trait Rumination to Athletic Performance: An Experimental Study Among Competitive Icelandic Golfers.*

Sara Ósk Kristjánsdóttir. *Do adverse childhood experiences predict family and social functioning? Findings from SAGA cohort.*

Svandís Andersen Sigurðardóttir. *The role of autistic traits in treatment outcomes following the Bergen 4-day treatment for OCD.*

Svava Guðrún Helgadóttir. *Reclaiming the Narrative: Disclosures of Sexual Violence on Social Media: A Qualitative Study of Survivors' Experiences with the Aftermath.*

