

Hvað felur nafnið í sér?

Samanburður á umfangi og innihaldi HAM hóp- og einstaklingsmeðferðar hjá fólki með endurtekið þunglyndi

Ragnar P. Ólafsson, Anna G. Guðmundsdóttir, Nína B. Arnardóttir, Sigrún E. Arnardóttir,
Sólveig A. Daníelsdóttir, Kristín H. Gísladóttir, Styrkár Hallsson, Jóhanna M. Jóhannsdóttir,
Páll H. Jónsson, Íris Sverrisdóttir, Sveindís A. Þórhallsdóttir
Háskóli Íslands

Halldór Jónsson
Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Ívar Snorrason
Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School

Kristján H. Hjartarson
Háskóli Íslands

Hugræn atferlismeðferð (HAM) er kjörmeðferð samkvæmt klínískum leiðbeiningum um meðferð þunglyndis. Þótt meðferðin hafi sýnt gildi sitt í vísindarannsóknum og vísbendingar séu um að ná megi sambærilegum árangri úti á vettvangi þar sem dagleg geðheilbrigðisþjónusta er veitt, er lítið vitað hvernig meðferð er í raun veitt í slíkum náttúrulegum aðstæðum. Upplýsingar um það eru mikilvægar við mat á gæðum þjónustu og hvernig sálfræðingum tekst að veita meðferðina í því umhverfi sem sálfræðimeðferð er búin hér á landi. Markmið rannsóknarinnar var að skoða meðferðarsögu fólks með endurtekið þunglyndi með áherslu á umfang og innihald síðustu HAM-meðferðar sem fólk hafði fengið. Gögn voru greind frá alls 53 þátttakendum (meðalaldur 35,2 ár, Sf=10,0), þar af 45 konur, með endurtekið þunglyndi og höfðu að minnsta kosti þrjár fyrri þunglyndislotur að baki. Innihald síðustu HAM hóp- eða einstaklingsmeðferðar var metið í meðferðarsöguviðtali þar sem m.a. var spurt út í umfang (fjöldi skipta), þéttni (skipti á viku) og innihald meðferðar sem fólst í mati á 14 lykilorðum HAM við þunglyndi. Niðurstöður sýndu að síðasta meðferð fólks var yfirleitt stutt og fór oftast fram vikulega (hópmeðferð) eða aðra hverja viku (einstaklingsmeðferð). Innihald hóp- og einstaklingsmeðferðar var sambærilegt varðandi vissa þætti (t.d. vinna með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga, hugrænt endurmat, atferlismarkmið) en aðra ekki (kortlagning vanda og henni deilt með skjólstæðingi, dagskrá sett í tíma, fræðsluefni). Niðurstöðurnar benda til að HAM-meðferð sem fólk með endurtekið þunglyndi hefur fengið sé ekki í samræmi við klínískar leiðbeiningar og alvarleika. Huga þarf bæði að kostnaðarumhverfi sálfræðimeðferðar og mögulegri þjálfun og fræðslu fagaðila til að tryggja að fólki með þunglyndi standi gagnreynd HAM-meðferð til boða – þeim sem það kjósa.

Lykilorð: hugræn atferlismeðferð; þunglyndi; innihald meðferðar; náttúrulegar aðstæður; klínískar leiðbeiningar.

Þunglyndi er algeng og alvarleg geðröskun með mikilli byrði fyrir þá sem þjást af henni og fyrir samfélagið í heild (Kessler, 2012; The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, 2012). Hugræn atferlismeðferð (e. cognitive therapy, cognitive behavioural therapy) eða HAM, hefur átt vaxandi fylgi að fagna eftir að hún

kom fyrst fram á sjöunda áratug síðustu aldar og var það bandaríski geðlæknirinn Aaron T. Beck sem þróaði meðferðina fyrir skjólstæðinga sína

Fyrirspurnum um greinina svarar: Ragnar P. Ólafsson
prófessor, Sálfræðideild, Heilbrigðisvísindasvið Háskóla
Íslands, ragnarpo@hi.is. 5254502 / 8622245.

með þunglyndi (Beck, 1976; Beck o.fl., 1979). Meðferð hans er kjarninn í hugrænni meðferð við þunglyndi enn þann dag í dag og hefur verið viðfangsefni fjölmargra árangursrannsókna (Butler o.fl., 2006; Cuijpers o.fl., 2014). HAM-meðferð Becks er yfirleitt veitt í einstaklingsviðtölum einu sinni til tvisvar í viku í 15 til 25 skipti þar sem meðferðaraðili og skjólstæðingur leita saman að lausn afmarkaðra og skilgreindra vandamála sem reynast skjólstæðingi fjötur um fót í daglegu lífi (J. Beck, 1995; Beck o.fl., 1979). Meðferðin er því tiltölulega stutt og markviss í eðli sínu þar sem reynt er að efla getu og færni skjólstæðings til að leysa sjálfur úr vanda sínum; gegnir aukið innsæi í samspil aðstæðna, hugsana, tilfinninga og hegðunar þar lykilhlutverki (J. Beck, 1995). Þótt mismunandi afbrigði meðferðarinnar séu til og HAM sé í raun oft notað sem yfirheiti yfir mismunandi tegundir hugrænna nálgana í meðferð (t.d. problem-solving therapy, meta-cognitive therapy, cognitive processing therapy, schema-focused therapy) þá hafa flestar rannsóknir á árangri HAM við alvarlegu þunglyndi stuðst við meðferð Becks sem hann lýsti fyrst fyrir rúmum 40 árum.

Í þessari grein er skoðað umfang (meðferðarlengd og þéttni) ásamt innihald síðustu HAM-meðferðar sem fólk með endurtekið þunglyndi hefur farið í. Notuð eru gögn sem féllu til í stórra rannsókn á næmisþáttum fyrir endurteknu þunglyndi og á áhrifum forvarnarmeðferðar á þá þætti (Ólafsson, 2018). Klínískar leiðbeiningar um meðferð þunglyndis fela í sér stigskipta þjónustu. Samkvæmt klínískum leiðbeiningum National Institute for Health and Care Excellence (NICE) í Englandi er mælt með að vægt til miðlungsalvarlegt þunglyndi sé meðhöndlað með fræðslu og styttri vefmeðferð eða hópmeðferðarúræðum beint að þunglyndi í 10 til 12 skipti á 12 til 16 vikum (NICE, 2009). Sé um miðlungs til alvarlegri vanda að ræða skal beita einstaklingsmeðferð svo sem HAM, lyfjagjöf eða hvoru tveggja og þá einstaklingsmeðferð í 16 til 20 skipti á þremur til fjórum mánuðum, tvisvar í viku fyrstu tvær til þrjár vikurnar, til að afstýra endurteknum vanda (NICE, 2009). Fyrir fólk með endurtekið þunglyndi er mælt með einstaklingsmiðaðri meðferð með þessu sama umfangi til að draga úr líkum á endurkomu. Klínískar leiðbeiningar hér á landi um meðferð þunglyndis eru að

mestu samhljóða leiðbeiningum NICE en ekki er talað um endurtekið þunglyndi sérstaklega (Agnes S. Agnarsdóttir o.fl., 2016). Samkvæmt íslensku leiðbeiningunum skal veita 16 til 20 skipta einstaklingsmeðferð við miðlungs til alvarlegu þunglyndi og minnst er á að hægt sé að veita sex vikna blandaða hópmeðferð við kvíða og þunglyndi hafi fólk væg til miðlungsalvarleg einkenni (Agnes S. Agnarsdóttir o.fl., 2016).

Þótt kerfisbundnar rannsóknir á árangri HAM séu mikilvægar er ekki síður mikilvægt að rannsaka hvernig meðferðin er veitt innan hefðbundinnar geðheilbrigðisþjónustu. Með því fast upplýsingar um gæði meðferðarinnar og hvernig sálfræðingum tekst að veita hana í náttúrulegum aðstæðum. Slíkar upplýsingar er gagnlegt að bera saman við klínískar leiðbeiningar um meðferð þunglyndis til að skoða hversu mikið meðferð á vettvangi vikur frá þeim. Hægt er að nota þessar upplýsingar til að bæta og efla þjónustu við almenning.

Hugrænt líkan og HAM-meðferð Becks um þunglyndi

HAM-meðferð Becks byggir á hugrænni kenningu hans um þunglyndi sem felur í sér að sýn fólks á líf sitt og kringumstæður hverju sinni hafi áhrif á líðan þess og hegðun. Samkvæmt kenningunni kviknar eða viðhelst þunglyndi þegar skekkjur verða í úrvinnslu upplýsinga sem koma meðal annars fram í bjöguðum, órókvísunum og ógagnlegum hugsunum um sjálfan sig, umheiminn og framtíðina, oft kallað hugræn þríund (e. cognitive triad) (Beck o.fl., 1979; DeRubeis o.fl., 2001). Slíkur hugsanagangur kveikir, eykur eða viðheldur depurð og vanlíðan og hefur áhrif á hegðun (Beck o.fl., 1979). Í kenningunni er gert ráð fyrir að þunglyndi komi fram í neikvæðri sýn eða hugmyndum sem endurspegli að minnsta kosti einn af þremur þáttum hugrænnar þríundar. Árangursrík meðferð beinist því að því að vinna með hugsanaskekkjur sem endurspeгла bjagaða úrvinnslu upplýsinga (DeRubeis o.fl., 2001). Beck telur einnig að undirliggjandi þessum skekkjum í upplýsingaúrvinnslu séu neikvæð kjarnaviðhorf (e. negative core beliefs) sem hafa mótast á lífsleiðinni og gera það að verkum að

við tiltekin atvik eða lífsatburði virkjust ógagnleg hugræn skemu (e. cognitive schemas) ef merking atburða og innihald kjarnaviðhorfa fer saman (Beck, 1996; Beck og Haigh, 2014).

Í HAM er mismunandi aðferðum beitt til að hafa áhrif á hugsun og hegðun fólks til að draga úr þunglyndi. Markmið aðferðanna er að auka virkni hegðunar og efla innsæi skjólstæðings í: (a) samhengi aðstæðna, hugsana, tilfinninga og hegðunar; (b) að túlkun á atvikum eða aðstæðum og hversdagslegar neikvæðar hugsanir (e. negative

automatic thoughts) geti verið órökrétt miðað við þekkingu fólks og vitneskju, eða séu ógagnleg; (c) að önnur viðbrögð en þau sem hafa fest sig í sessi í þunglyndinu geti verið árangursríkari til að draga úr vanlíðan og viðkomandi hafi það sjálfur á færi sínu hvernig hann bregst við; (d) hvernig fyrri saga og lífsreynsla hefur mótað undirliggjandi skoðanir og (kjarna)viðhorf viðkomandi sem hafa áhrif á daglegan hugsanagang, hegðun og líðan (Beck o.fl., 1979). Lykilþáttum í HAM-meðferð Becks er lýst í töflu 1.

Tafla 1 Lykilþættir í hugrænni atferlismeðferð Becks við þunglyndi.*

Meðferðarhluti	Tilgangur	Lýsing	Verkefni
Kortlagning vanda og fræðsla	Búa til einstaklingsbundna skilgreiningu á vanda í takt við kenninguna sem er notuð til að móta markmið meðferðarinnar, afmarka hana og stýra henni. Fræðsla um eðli þunglyndis og meðferðar.	Greining og mat á vanda skjólstæðings í samtölum, með notkun spurningalista og matstækja. Getur tekið breytingum meðan á meðferð stendur. Bent á lesefni eða afhent.	Kortlagning oft sett fram á blaði eða í töflu og henni því deilt með skjólstæðingi og hún rædd við hann.
Atferlis-meðferð	Auka daglega virkni, rjúfa einangrun og hafa áhrif á mat á eigin getu og færni. Átta sig á tengslum líðanar og hegðunar.	Atferli skráð innan dags yfir marga daga til að fá yfirlit yfir tíðni hegðunar sem gæti þurft að draga úr eða auka. Ánægja og fyrirhöfn oft skráð samhliða sem getur ýtt undir viðhorfsbreytingar.	Virkniskráning ásamt mati á ánægju og fyrirhöfn. Hægt að nota vikuáætlun til að auka dagskipulag og takast á við verkefni í viðráðanlegum skrefum.
Hugræn meðferð	Auka innsæi í samspil aðstæðna, hugsana, tilfinninga og hegðunar og efla færni skjólstæðings til að telja sjálfum sér hughvarf ef skekkur og neikvæður hugsanaháttur tekur völdin.	Bera kennsl á neikvæð hugsanamynstur skjólstæðings (t.d. endurteknar neikvæðar hugsanir), skoða sannleiksgildi þeirra og gagnsemi sem getur leitt til endurmats, nýrra sjónarhorna og breyttrar hegðunar.	Hugsanaskráning með áherslu á tengsl aðstæðna/atvika, hugsana, tilfinninga og hegðunar ásamt því að skoða rök með og á móti hugsunum sem tengjast vanlíðan.
Form meðferðar	Markviss meðferð með afmörkuðum viðfangsefnum í hverjum tíma sem eru ákveðin í upphafi hans og tekur mið af (heima)verkefnum sem skjólstæðingur fæst við hverju sinni.	Einstaklings- eða hóp-meðferð. Áhersla lögð á samvinnu meðferðaraðila og skjólstæðings (e. collaborative empiricism). Sókratískri samtalstækni beitt.	Vikuleg viðtöl eða oftari til að byrja með, 15–25 skipti fyrir miðlungs til alvarlegt þunglyndi samkvæmt forskrift. Verkefni unnin milli meðferðartíma.

*Byggir á Beck, Rush, Shaw og Emery (1979), J. Beck (1995), DeRubeis o.fl. (2001).

Markmiðum meðferðarinnar er náð í samræðum milli meðferðaraðila og skjólstæðings í meðferðartímum og með því að setja fyrir heimaverkefni sem skjólstæðingur vinnur milli meðferðartíma til að ýta enn frekar undir lærdóm og í raun auka þann tíma sem skjólstæðingur sinnir meðferðinni (Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995). Í upphafi meðferðar er vandi skjólstæðings skoðaður og skilgreindur og fræðsla veitt um þunglyndi, hugræna sýn á eðli þunglyndis og um meðferðina sjálfa. Yfirleitt er unnið með atferli á undan innihaldi hversdagslegra hugsana og með tengsl þeirra við líðan og hegðun en þessi vinna á sér stað á undan endurmati kjarnaviðhorfa sem yfirleitt er tekið til skoðunar í síðari hluta meðferðarinnar. Samvinna meðferðaraðila og skjólstæðings einkennir samstarf þeirra (e. collaborative empiricism) þegar gildi og gagnsemi hugsana og skoðana, hegðunar og viðbragða skjólstæðings eru skoðuð (DeRubeis o.fl., 2001).

Lykilþættir meðferðarinnar eru nokkrir (sjá Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995; DeRubeis o.fl., 2001). Kortlagning vanda fólks (e. case-conceptualization) er yfirleitt gerð í upphafi þar sem vandi er skilgreindur og settur í samhengi í samræmi við kenningarlegan grunn meðferðarinnar. Kortlagning lýsir skilningi meðferðaraðila og skjólstæðings á eðli vandans og hugmyndum um viðhaldandi þætti (Persons, 2008). Upphafleg kortlagning dregur því fram þætti sem meðferðin getur beinst að og er sameiginleg niðurstæða meðferðaraðila og skjólstæðings en getur tekið breytingum meðan á meðferð stendur eftir því sem nýjar upplýsingar koma fram. Fræðsla um eðli þunglyndis og áhrif þess á hugsun og hegðun er yfirleitt veitt í upphafi meðferðar með því að kynna helstu atriði ásamt því að bent er á hentugt fræðsluefni. Hugað er að virkni fólks í upphafi meðferðar með því að skrá niður atferli yfir daginn í nokkra daga ásamt því að fræða fólk um tengsl líðanar og hegðunar og um hvernig vanlíðan getur auðveldlega aukið á einangrun fólks og vanvirkni sem líklega gerir líðan fólks verri. Samhliða virkniskráningu er fólk oft látið skrá niður ánægju sem það upplifir við að taka þátt í eða gera ákveðna hluti og hversu mikil fyrirhófn það er. Hægt er að gera áætlun milli vikna til að auka dagskipulag og virkni á ýmsum

sviðum. Hugræn vinna fylgir svo í kjölfarið. Slík vinna felur í sér fræðslu um tengsl hugsana, tilfinninga og hegðunar ásamt því að fólki er kennt að bera kennsl á neikvæðar og aðstæðubundnar hugsanir með því að nota hugsanaskrá. Síðan er unnið að hugrænu endurmati, meðal annars með notkun hugsanaskrár. Sannleiksgildi og gagnsemi hugsana eru skoðaðar á hólmi með því að vega og meta rök með og á móti þeim, sem getur leitt til annars sjónarhorns og meira jafnvægis í líðan (Beck o.fl., 1979).

Árangur og veiting meðferðar

Fjölmargar rannsóknir hafa verið gerðar á árangri HAM sem byggir á meðferð Becks við þunglyndi og hafa heildargreiningar endurtekið sýnt fram á gildi meðferðarinnar (sjá t.d. Cuijpers o.fl., 2013; Cuijpers o.fl., 2014; Cuijpers o.fl., 2020; Magnús Blöndahl Sighvatsson o.fl., 2011). Sem dæmi um rannsóknir má nefna viðamikla rannsókn DeRubeis og félaga (2005) í Bandaríkjunum en hún var framkvæmd í úrtaki 240 sjúklinga með miðlungs til alvarlegt þunglyndi þar sem árangur HAM-einstaklingsmeðferðar ($n=60$) var borinn saman við lyfjameðferð ($n=120$) og lyfleysu ($n=60$). HAM-meðferðin fylgdi forskrift Becks og félaga (Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995) og var markmiðið að veita að lágmarki 20 meðferðartíma, hvern um sig 50 mínútur, yfir samtals 16 vikna tímabil. Var þéttni meðferðarinnar tvisvar í viku fyrstu fjórar vikurnar, einu sinni til tvisvar í viku næstu átta vikur og einu sinni í viku síðustu fjórar vikurnar. Niðurstöður sýndu nokkuð sambærilegan árangur HAM og lyfja þar sem 46% sjúklinga töldust einkennalausir eftir lyfjameðferð en 40% þeirra sem fengu HAM (DeRubeis o.fl., 2005).

Mikill fjöldi vísindarannsókna og staðfestur árangur HAM er ástæða þess að meðferðin er eitt þeirra inngripa sem mælt er með í klínískum leiðbeiningum um meðferð alvarlegs þunglyndis (NICE, 2009). Bæði lyfjameðferð og HAM eru gagnreyndar meðferðir (e. empirically supported treatments) þar sem árangur þeirra (e. treatment efficacy) hefur m.a. verið rannsakaður í samanburðarrannsóknum með slembivali (e.

randomized controlled trials) í vel skilgreindum og oft afmörkuðum sjúklingahópum þar sem meðferð fylgir meðferðarhandbók og er veitt af þjálfuðum meðferðaraðilum ásamt því að árangur er mældur með áreiðanlegum og réttmætum mælitækjum (Spokas o.fl., 2008). Árangur meðferðar í slíkum aðstæðum er þó ekki endilega sambærilegur árangri þegar hún er veitt á vettvangi daglegrar geðheilbrigðisþjónustu, oft í mun fjölbreyttari hópum skjólstæðinga og við mismunandi aðstæður. Langt er síðan fyrst var bent á mikilvægi þess að skoða gagnsemi (e. effectiveness) sálrænna meðferða í náttúrulegum aðstæðum (t.d. Barlow, 1981; Seligman, 1995; Weisz o.fl., 1995). Þótt rannsóknir á gagnsemi HAM hafi verið fyrirferðarlitlar samanborið við hefðbundnar árangursrannsóknir þá eru vísbendingar um að sambærilegum árangri megi ná með HAM úti á vettvangi fyrir fólk með alvarlegt þunglyndi (t.d. Gibbons o.fl., 2010; Minami o.fl., 2008; Peeters o.fl., 2012).

Annað og ekki síður mikilvægt rannsóknar efni er hvers konar sálfræðilega meðferð fólk í raun sækir sér og hvernig hún er útfærð eða veitt úti á vettvangi. Í fyrsta lagi benda rannsóknir til að tiltölulega fáir þeirra sem þurfa meðferð við einhverjum geðrænum vanda fái hana í raun, eða innan við þriðjungur (Alonso o.fl., 2017; Kazdin, 2017; Kessler o.fl., 2007; Shafran o.fl., 2009; Thornicroft o.fl., 2017). Vísbendingar eru líka um að fá fólk meðferð sé hún oft stutt, sér í lagi ef um samtalsmeðferð er að ræða (Hansen o.fl., 2002; Puyat o.fl., 2016; Thornicroft o.fl., 2017). Til dæmis sýndi rannsókn Thornicrofts og félaga (2017) á hópum fólks með þunglyndi í 21 Evrópulandi að af þeim sem uppfylltu greiningarviðmið fyrir alvarlegt þunglyndi síðustu 12 mánuði höfðu einungis 16,5% fengið meðferð sem mætti viðmiðum rannsækenda um ásættanlega lágmarksmeðferð sem var átta skipti eða oftar hjá einhverjum fagaðila. Vel þekkt er að þunglyndum sem leita sér meðferðar sé oftast boðin lyfjameðferð (Olfson og Marcus, 2010) og á það einnig við hér á landi (Hafrún Kristjánsdóttir o.fl., 2016; Kristbjörg Þórisdóttir, 2011).

Engar erlendar rannsóknir eru til á innihaldi

HAM-meðferðar sem fólk með þunglyndi hefur fengið á vettvangi. Bresk rannsókn í hópi 57 einstaklinga með áráttu- og þráhyggjuröskun sýndi að einungis 43% þeirra hafði fengið HAM-meðferð, sem er kjörmeðferð við þeim vanda, og að fæstir þeirra virtust hafa fengið meðferð sem innihélt alla lykilþætti sem slík meðferð á að innihalda (Stobie o.fl., 2007). Önnur bresk rannsókn sýndi að innihald HAM í hópi 157 einstaklinga með átröskunarvanda var mjög breytilegt og vék í mörgum tilvikum frá því sem gagnreynd meðferð við þeim vanda á að innihalda (Cowdrey og Waller, 2015). Þessar niðurstöður sýna að þegar skjólstæðingar sjálfir eru spurðir er ekki víst að sú meðferð sem þeir fá úti á vettvangi sé sambærileg þeirri meðferð sem sannað hefur gildi sitt í árangursrannsóknum.

Engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á innihaldi meðferðar þar sem skjólstæðingar sjálfir hafa veitt upplýsingar. Hins vegar hafa nokkrar rannsóknir verið gerðar á eðli og inn-taki meðferðar í könnunum á starfi sálfræðinga. Rannsókn Ástrósar E. Sigmarsdóttur og félaga (2019) í úrtaki 50 sálfræðinga sem höfðu meðhöndlað börn og unglinga með berskjöldun vegna kvíðaröskunar (almennrar kvíðaröskunar, aðskilnaðarkvíða og félagskvíða) sýndi að langflestir þeirra notuðu HAM og berskjöldun í sinni meðferð, eða 94%. Niðurstöður þessa sama rannsóknarhóps á notkun berskjöldunar hjá 26 sálfræðingum sem höfðu meðhöndlað börn eða unglinga með áráttu- og þráhyggjuröskun sýndu að allir beittu þeirri aðferð í meðferð þótt 43% þeirra útfærðu hana ekki á þann hátt sem er líklegust til að hámarka árangur (Aron E. Sigurðarson o.fl., 2019). Rannsókn Maríu Guðmundsdóttur (2019) var framkvæmd í úrtaki 107 sálfræðinga þar sem skoðað var hvernig kortlagning er notuð í HAM-meðferð. Niðurstöður sýndu að sálfræðingar mátu færni sína í HAM vera góða, töldu sig hafa miðlungsfærni í að útfæra hana í meðferð en töldu kortlagningu samt sem áður vera mikilvæga. Þeir sögðust oft deila upphaflegri kortlagningu sinni með skjólstæðingi og þá oftast í öðrum meðferðartíma og sögðust oft breyta henni eftir því sem nýjar upplýsingar kæmu fram meðan á meðferð stæði.

Í rannsókn Búa B. Aðalsteinssonar (2011) svöruðu á bilinu 179 til 232 sálfræðingar spurningalista um störf sín sem á þeim tíma voru á bilinu 56% til 72% skráðra sálfræðinga í Sálfræðingafélagi Íslands. Úrtakið tók bæði til sálfræðinga sem störfuðu með börnum og unglingum og þeirra sem störfuðu með fullorðnum. Meirihluti svarenda taldi að meira en ein fræðileg nálgun ætti við um meðferðarstarf sitt þótt flestir, eða 79% þeirra sem svöruðu, töldu sig best eiga heima í hugrænni atferlismeðferð.

Samantekið þá gefa niðurstöður íslenskra rannsókna vísbendingu um að HAM sé oft notuð í sálfræðilegri meðferð hér á landi ef miðað er við mat sálfræðinga sjálfra á eigin störfum. Þessar rannsóknir hafa þó ekki beinst að meðferð þunglyndis sérstaklega. Engar rannsóknir hafa enn verið framkvæmdar í úrtökum skjólstæðinga sem hafa þegið sálfræðimeðferð sem hluta af geðheilbrigðisþjónustu sem er veitt hér á landi.

Markmið rannsóknarinnar

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða meðferðarsögu fólks með endurtekið þunglyndi með áherslu á umfang og innihald síðustu HAM-meðferðar. Rannsóknin eru hluti af stærra verkefni sem er rannsókn á hugrænum næmisþáttum, t.d. þunglyndisþönkum (e. depressive rumination), fyrir endurteknu þunglyndi og áhrifum forvarnar-meðferðar á þá. Meðferðarsaga þátttakenda sem höfðu upplifað þrjár þunglyndislotur eða fleiri en höfðu jafnað sig á síðustu lotu var skoðuð í meðferðarsöguviðtali sem var tekið við alla þátttakendur. Í þessari grein er sjónum beint að formi (hópmeðferð eða einstaklingsmeðferð), umfangi (fjöldi meðferðartíma og hversu þétt þeir voru sóttir) og innihaldi HAM. Einnig var lyfjameðferð þátttakenda skoðuð og er fjallað um hana annars staðar (sjá Ragnar P. Ólafsson o.fl., 2021). Innihald síðustu meðferðar var skoðað með hliðsjón af lykilþáttum HAM sem eru birtir í töflu 1.

Höfundar vita ekki til þess að sambærileg rannsókn á innihaldi meðferðar hafi verið gerð áður hér á landi. Slíkar upplýsingar eru mjög mikilvægar við mat á gæðum meðferðar og á því

hvernig sálfræðingum tekst að veita meðferðina utan veggja rannsóknastofunnar. Niðurstöður rannsóknarinnar geta því gefið vísbendingu um að hve miklu leyti HAM-meðferð á vettvangi fylgir þeirri útgáfu meðferðar sem mest hefur verið skoðuð í árangursrannsóknum og er undirstaða klínískra leiðbeininga sem mæla með notkun meðferðarinnar á vettvangi.

Aðferð

Þátttakendur

Alls voru tekin viðtöl við 101 þátttakanda með fyrri þunglyndissögu. Einungis gögn þeirra sem höfðu reynslu af HAM-meðferð við þunglyndi eru greind hér og voru það alls 53 þátttakendur. Upplýsingar um bakgrunn þessa hóps eru birtar í töflu 2. Upplýsingarnar úr erlendum rannsóknum í úrtökum fólks með að minnsta kosti þrjár fyrri þunglyndislotur að baki sýna að meðalaldur í úrtaki þessarar rannsóknar er um fimm árum lægri en sýna jafnframt að aldur við upphaf fyrstu lotu er sambærilegur svo og atvinnuþátttaka (t.d. Williams o.fl., 2014).

Auglýst var eftir þátttakendum í rannsóknina á meðal almennings, bæði í dagblöðum, útvarpi og á samfélagsmiðlum. Einnig var rannsóknin kynnt fagaðilum í Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og voru þeir hvattir til að vekja athygli skjólstæðinga sinna á rannsókninni. Helstu inntöku- og útilokunarskilyrðum fyrir þátttöku í rannsókninni er lýst annars staðar (Ólafsson, 2018) en þau fólu meðal annars í sér að þátttakendur væru á aldrinum 18–65 ára og hefðu upplifað að minnsta kosti þrjár þunglyndislotur, þar af tvær á síðustu fimm árum og aðra þeirra á síðustu tveimur árum. Að minnsta kosti tveir mánuðir skyldu vera frá því að síðasta lota tók enda. Fólk með virkan áfengis- eða vímuefnavanda, geðhvarfasjúkdóm eða geðrofssjúkdóm var útilokað frá þátttöku. Virk lyfjameðferð var leyfð ef tegund og skammtastærð hafði verið stöðug síðustu tvo mánuði. Fólk í yfirstandandi sálfræðimeðferð var útilokað frá þátttöku þar sem tilgangur rannsóknarverkefnisins var að athuga áhrif

Tafla 2 Bakgrunnur þátttakenda sem höfðu reynslu af HAM-meðferð við þunglyndi (N=53).

Aldur, <i>M</i> (Sf)	35,2	(10,0)
Kyn, <i>n</i> konur (%)	45	(84,9)
Hjúskaparstaða, <i>n</i> (%)		
– gift/kvæntur	19	(35,8)
– einleyp(ur)	14	(26,4)
– í föstu sambandi	4	(7,5)
– í sambúð	14	(26,4)
– annað	2	(3,8)
Menntun lokið, <i>n</i> (%)		
– grunnskólapróf	4	(7,5)
– framhaldsskóli eða sambærilegt nám	21	(39,6)
– grunnnám í háskóla (BS eða sambærilegt)	17	(32,1)
– framhaldsnám í háskóla (MA/M.Sc, Ph.D eða sambærilegt)	11	(20,8)
Atvinnuþátttaka, <i>n</i> (%)		
– í námi	21	(39,6)
– í vinnu	38	(71,7)
Fjöldi fyrri þunglyndislota, <i>M</i> (Sf)	7,0	(4,1)
Aldur við upphaf fyrstu lotu, <i>M</i> (Sf)	19,9	(9,2)
Legið inni á geðdeild vegna þunglyndis, <i>n</i> (%)	9	(17,0)

forvarnarmiðaðrar meðferðar á næmisþætti fyrir endurteknu þunglyndi.

Mælitæki

Bakgrunnur. Upplýsingar um bakgrunn þátttakenda voru fengnar með spurningalista með spurningum um kyn, aldur, menntun, hjúskaparstöðu, atvinnuþátttöku og kynþátt.

Meðferðarsöguviðtal. Rannsakendur útbjuggu matstæki fyrir þessa rannsókn til að afla upplýsinga um meðferðarsögu þátttakenda en viðtalið byggir á frumgerð sem notuð var í fyrri rannsókn höfunda (Ólafsson o.fl., 2020). Matstækið skiptist í fjóra hluta. Hluti I inniheldur fimm almennar spurningar um þekkingu fólks á hvað teljist vera virk meðferð við þunglyndi, um viðhorf þeirra til slíkrar meðferðar og almennt þekkingu þeirra á lyfjameðferð og HAM við þunglyndi sérstaklega. Hluti II er viðtal með fjórum spurningum í nokkrum liðum þar sem spurt er út í meðferðarsögu fólks með áherslu á tegund og form,

sérstaklega lyfja- og HAM-meðferðar, hvort slík meðferð sé fyrirhuguð á næstunni og hvort viðkomandi hafi dvalið á sjúkrahúsi vegna geðrænna vandamála. Hluti III er viðtal þar sem spurt er út í umfang, innihald og ástundum meðferðar með áherslu á lyfja- og HAM-meðferð og eru alls 13 spurningar í nokkrum liðum í þessum hluta (sjá viðauka). Hluti IV er spurningalisti með alls 13 spurningum þar sem safnað er upplýsingum um viðhorf þátttakenda til gagnsemi lyfja- og sálfræðimeðferðar (t.d. HAM) til að draga úr og koma í veg fyrir þunglyndi. Einnig er spurt hvort fólk telji sig hafa fengið fullnægjandi fræðslu um þunglyndi frá meðferðaraðilum, upplýsingar um innihald og virkni lyfja- og HAM-meðferðar og um aukaverkanir slíkra meðferða.

Geðgreiningarviðtal. MINI 5.0 (MINI International Neuropsychiatric Interview; Sheehan o.fl., 1998) var notað til að meta greiningarviðmið helstu geðraskana samkvæmt DSM-IV-TR geðgreiningarkerfinu (APA, 2000).

Meistaránemar í klínískri sálfræði, sem hlotið höfðu þjálfun í notkun MINI, tóku viðtölin undir handleiðslu fyrsta og síðasta höfundar. Við mat á þunglyndissögu fólks var notuð aðlögun á MINI-PLUS-útgáfu viðtalsins þar sem spurt var út í fjölda fyrri þunglyndislota, aldur við upphaf fyrstu lotu ásamt viðbótarspurningum um stöðugleika bata eftir síðustu lotu (sjá Hjartarson o.fl., 2021 June 13; Ólafsson o.fl., 2020). Fyrri rannsóknir renna stoðum undir réttmæti íslenskrar gerðar MINI 5.0 (Baldur H. Sigurðsson, 2008; Kristjánisdóttir o.fl., 2015).

Framkvæmd

Eins og fram hefur komið eru gögn þessara rannsókna hluti af viðameiri gagnasöfnun í meðferðarrannsókn. Hér er unnið með gögn sem féllu til í mælingum og mati sem fór fram áður en til meðferðar kom. Haft var samband við áhugasama þátttakendur í gegnum síma þar sem spurt var út í helstu inntöku- og útilokunarskilyrði rannsóknarinnar. Þátttakendum var því næst boðið í geðgreiningar- og meðferðarsöguviðtal strax þar á eftir. Geðgreiningarviðtal og mat á meðferðarsögu var alltaf tekið af sama aðila sem var meistaránemi í klínískri sálfræði og hafði hlotið þjálfun í notkun mælitækjanna og framkvæmd rannsóknarinnar. Þeir sem uppfylltu viðmið fyrir frekari þátttöku heimsóttu rannsakendur í tvö skipti í viðbót á um tveggja vikna tímabili þar sem frekari mælingar fóru fram auk þess sem þeir tóku þátt í mælingum í gegnum snjallsíma á milli heimsókna. Vísindasiðanefnd veitti samþykki fyrir framkvæmd rannsóknarinnar (VSN-17-235) og framkvæmd hennar var tilkynnt til Persónuverndar auk þess sem Vísindasiðanefnd Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins veitti samþykki fyrir framkvæmd hennar.

Tölfræðileg úrvinnsla

Kí-kvaðrat-próf voru notuð þegar innihaldspættir hóp- og einstaklingsmeðferðar voru bornir saman. Marktektarmörk voru aðlöguð með hliðsjón af fjölda samanburða og var það gert fyrir innihaldspætti sem tilheyrðu undirbúningi meðferðar (alls fjórir þættir, þ.e. kortlagning vanda, kortlagningu deilt með skjólstæðingi, fræðsla

um þunglyndi og fræðsla um meðferð; marktektarmörk voru því sett $\alpha=0,05/4$ eða 0,0125), skipulagi meðferðar (tveir þættir, þ.e. dagskrá sett í upphafi tíma og farið yfir heimaverkefni í tíma; marktektarmörk því sett $\alpha=0,05/2$ eða 0,0250), viðfangsefni meðferðar (fjórir þættir, þ.e. unnið með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga, unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga, hugrænt endurmat og atferlismörkun; marktektarmörk því sett $\alpha=0,05/4$ eða 0,0125) og notkun heimaverkefna (alls fjórir þættir, þ.e. lesefni, virkniskráning, vikuáætlun og hugsanaskráning; marktektarmörk því sett $\alpha=0,05/4$ eða 0,0125).

Niðurstöður

Tegund meðferðar og meðferðarsaga

Alls höfðu 28 (52,8%) farið í einstaklingsmeðferð, 17 (32,1%) í hópmeðferð og átta (15,1%) höfðu reynslu af báðum meðferðarformunum. Þátttakendur voru spurðir sérstaklega út í síðustu HAM-meðferð sem þeir höfðu farið í. Í töflu 3 eru upplýsingar um hvernig sú meðferð var veitt, skipt eftir því hvort um hópmeðferð ($n=21$) eða einstaklingsmeðferð ($n=32$) var að ræða.

Meðallengd einstaklingsmeðferðar var lengri en hópmeðferðar í úrtaki rannsóknarinnar. T-próf fyrir óháða hópa sýndi hins vegar að munurinn var ekki marktækur, $t(36,385) = -1,362$; $p = 0,181$. Sé miðað við hlutfall þátttakenda sem voru í styttri meðferð en átta skipti, sem er það viðmið sem hefur verið notað fyrir lágmarksmeðferð í sumum erlendum rannsóknum (t.d. Thornicroft o.fl., 2017), þá er það í allt að helmingi tilvika þegar um einstaklingsmeðferð (53,3%) er að ræða en aðeins lægra þegar um hópmeðferð er að ræða (42,9%). Engin hópmeðferð er svo löng að ná neðri mörkum tímafjölda samkvæmt meðferðarhandbók fyrir HAM-einstaklingsmeðferð, sem eru 15 skipti, en einstaklingsmeðferð var það löng í aðeins 16,6% tilvika. Langalgengast er að hópmeðferð sé veitt einu sinni í viku. Einstaklingsmeðferð var oftast veitt einu sinni í viku en þó var einnig algengt að einstaklingstímar væru aðra hverja viku. Báðar meðferðir voru oftast veittar af sálfræðingum.

Tafla 3 Upplýsingar um síðustu HAM-meðferð við þunglyndi.

	Einstaklingsmeðferð (n=32) ¹	Hópmeðferð (n=21)
Fjöldi meðferðarskipta, <i>M</i> (Sf)	9,0 (7,2)	7,1 (2,2)
Meðferð styttri en 8 skipti, <i>n</i> (%)	16 (53,3)	12 (42,9)
Meðferð 15 skipti eða lengri, <i>n</i> (%)	5 (16,6)	0 (0)
Meðferðarþéttni, <i>n</i> (%)		
– tvisvar í viku	0 (0)	3 (14,3)
– einu sinni í viku	17 (56,7)	18 (85,7)
– þrisvar í mánuði	1 (3,3)	0 (0)
– tvisvar í mánuði	10 (33,3)	0 (0)
– sjaldnar	3 (10,0)	0 (0)
Meðferðaraðili, <i>n</i> (%)		
– sálfræðingur	28 (87,5)	17 (81,0)
– hjúkrunarfræðingur	1 (3,1)	1 (4,8)
– heimilislæknir	1 (3,1)	0 (0)
– annar	2 (6,3)	0 (0)

¹ Upplýsingar um fjölda skipta og meðferðarlengd byggja á 30 þátttakendum en upplýsingar um meðferðaraðila og meðferðarþéttni byggja á 32 þátttakendum. *M* = meðaltal; *Sf* = staðalfrávik; *n* = fjöldi.

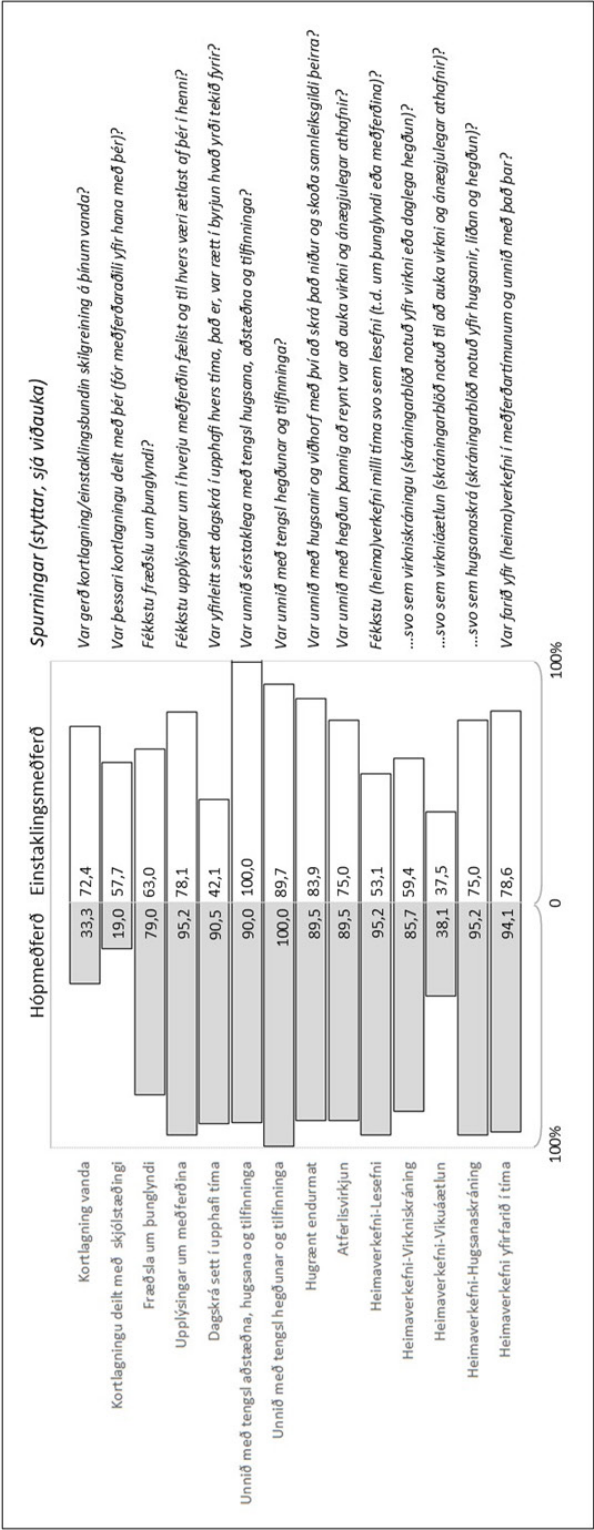
Samanburður á innihaldi hóp- og einstaklingsmeðferðar

Innihald HAM-meðferðar var skoðað eftir því hvort síðasta meðferð viðkomandi var hópmeðferð eða einstaklingsmeðferð. Hlutfall þeirra sem töldu tiltekinn lykilþátt HAM-meðferðar hafa verið hluta af þeirri meðferð sem þeir fengu síðast er birt í mynd 1. Fjöldi þeirra sem gátu gefið upplýsingar um hvern þátt er breytilegur því að þátttakendur voru ekki alltaf vissir um hvort tiltekið viðfangsefni hefði verið á dagskrá eða ekki (sjá töflu í viðauka).

Samanburður á meðferðarformunum tveimur hjá þátttakendum rannsóknarinnar sýnir að kortlagning vanda var sjaldnar framkvæmd í hópmeðferð (33,3%) en í einstaklingsmeðferð þar sem 72,4% þátttakenda sögðu það hafa verið gert. Athygli vekur að af þeim sem síðast höfðu farið í einstaklingsmeðferð, töldu mun færri að kortlagningu hefði verið deilt með sér, eða

57,7%. Dagskrá var sett í upphafi hvers tíma í minni hluta einstaklingsmeðferða (42,1%) á meðan nær allir sem höfðu farið í hópmeðferð töldu það hafa verið gert (90,5%). Þegar viðfangsefni í meðferð eru skoðuð sést að yfirleitt, eða alltaf, hefur meðferðin snúist um tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga, tengsl hegðunar og tilfinninga, hugrænt endurmat og atferlismarkmiðun þótt þessir þættir einkenni almennt betur hópmeðferð heldur en einstaklingsmeðferð miðað við svör þátttakenda í úrtaki rannsóknarinnar. Sömu sögu má segja um notkun heimaverkefna, svo sem skráningu atferlis og hugsana, og er oftast farið yfir heimaverkefni í tímum til að vinna úr þeim. Athygli vekur að gerð virkníætlana eða vikuáætlunar er sjaldgæf í báðum meðferðarformum og lesefni er sett fyrir í einungis um helmingi einstaklingsmeðferða eða 53,1%.

Hlutfall þátttakenda sem töldu tiltekinn



Mynd 1 Samanburður á innihaldi HAM hóp- (n = 17 til 21) og einstaklingsmeðferðar (n = 26 til 32) hjá fólki með endurtekið þunglyndi miðað við síðustu meðferð sem það fór í (fjöldi þeirra sem veittu upplýsingar um hvern innihaldspátt var breytilegur, sjá töflu í viðauka).

innihaldspátt hafa verið til staðar í síðustu meðferð þeirra var borið saman milli meðferðarformanna tveggja með Kí-kvaðrat-prófi fyrir hvern innihaldspátt. Niðurstöðurnar sýndu að varðandi þá innihaldspætti sem felldir voru undir undirbúning meðferðar sögðu marktækt fleiri í hópmeðferð að kortlagning hefði verið gerð af vanda þeirra ($\chi^2(1) = 7,55; p = 0,006$) og að henni hefði verið deilt með sér ($\chi^2(1) = 7,20; p = 0,007$). Ekki reyndist vera marktækur munur þegar kom að fræðslu um þunglyndi eða upplýsingum um meðferð. Varðandi skipulag marktækt voru fleiri sem töldu dagskrá hafa verið setta í upphafi hvers tíma í hópmeðferð ($\chi^2(1) = 11,68; p = 0,001$). Ekki var munur á svörum þátttakenda eftir meðferðarformum þegar spurt var hvort farið hafi verið yfir heimaverkefni í tímum. Ekki reyndist heldur vera marktækur munur á svörum þátttakenda eftir meðferðarformi hvað varðar viðfangsefni meðferðar og notkun heimaverkefna, eftir að leiðrétt hafði verið fyrir fjölda samanburða (sjá niðurstöður allra prófa fyrir hvern innihaldspátt í töflu í viðauka).

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að lengd og form HAM-meðferðar sem fólk með endurtekið þunglyndi hefur farið í íslensku viki í sumum tilvikum frá því sem klínískar leiðbeiningar kveða á um. Rúmlega tveir þriðju þátttakenda með reynslu af HAM fengu einstaklingsmeðferð. Sé aftur á móti miðað við alla sem tóku þátt í rannsókninni er það ekki nema um þriðjungur. Einstaklingsmeðferð var einnig tiltölulega stutt, eða 9 meðferðartímar að meðaltali. Meðallengd hópmeðferðar var um 7 tímar sem er styttra en erlendar leiðbeiningar kveða á um (NICE, 2009). Hjá einungis fimm aðilum var einstaklingsmeðferð 15 skipti eða lengri í samræmi við klínískar leiðbeiningar og um helmingur þátttakenda hafði lagt að baki meðferð sem var styttri en átta tímar. Þéttni einstaklingsmeðferðar var sjaldan meiri en einu sinni í viku og í um þriðjungu tilvika var hún veitt aðra hverja viku. Til samanburðar felur forskrift Becks í sér 15 til 25 meðferðartíma þar sem fyrstu fjórar vikurnar er ráðlagt að hafa meðferðina tvisvar í viku sé um miðlungs til

alvarlegt þunglyndi að ræða (Beck o.fl., 1979; J. Beck, 1995). Klínískar leiðbeiningar um meðferð fólks með endurtekið þunglyndi kveða á um að veita skuli meðferð sem er sambærileg að umfangi (NICE, 2009).

Rétt er þó að nefna að samkvæmt íslenskum leiðbeiningum getur verið rétt að beita sex skipta blandaðri hópmeðferð við þunglyndis- og kvíða-einkennum sé vandinn vægur til miðlungs alvarlegur (Agnes S. Agnarsdóttir o.fl., 2016). Ekki er sagt hvort það sé viðeigandi ef um endurtekinn þunglyndisvanda er að ræða. Hér víkja íslenskar leiðbeiningar frá þeim erlendu (NICE, 2009). Það er skoðun höfunda þessarar greinar að ekki eigi að mæta endurteknum þunglyndisvanda með almennu og stuttu hópmeðferðarúrreði nema því aðeins að um væg þunglyndiseinkenni sé að ræða og að meðferðin beinist að þunglyndi sérstaklega. Höfundar telja að endurskoða skuli þessi tilmæli í íslensku leiðbeiningunum ásamt því að gera skýrar hvernig haga eigi meðferð við endurteknum veikindum. Endurtekið þunglyndi er alvarlegur og þrálátur vandi þar sem líkur á þunglyndislotu aukast með hverri nýrri lotu (Bircusa og Iacono, 2007; Moffitt o.fl., 2010; Ragnar P. Ólafsson, 2020). Einkennaleifar við lok meðferðar eru einn áreiðanlegasti forspárþátturinn um endurkomu nýrrar lotu (Bockting o.fl., 2015). Því er mikilvægt að sálfræðimeðferð sé nægilega löng til að ná fram fullri rénun einkenna og að lengd meðferðar sé ákveðin út frá því. Það getur aukið lífsgæði og lagt grunn að langvarandi bata.

Kostnaður ræður líklega talsverðu um hversu umfangsmikla HAM-meðferð er hægt að veita fullorðnu fólki með þunglyndi. Kostnaður við meðferð á stofum sjálfstætt starfandi sálfræðinga er ekki niðurgreiddur af sjúkratryggingum enn sem komið er (<https://www.sjukra.is/heilbrigd-isthjonusta/salfrædithjonusta-vid-born/>) og því getur HAM, sambærileg þeirri meðferð sem veitt er í árangursrannsóknunum, verið kostnaðarsöm. Slíkur kostnaður getur verið hindrun og getur sú hindrun verið óyffirstíganleg mörgum, sér í lagi þeim efnaminni og ungu fólki. Sálfræðimeðferð er veitt í auknum mæli á heilsugæslustöðvum en stöðugildi sálfræðinga eru enn fá og svigrúm fyrir vikið minna til að veita einstaklingsmiðaða

meðferð. Hópmeðferð getur hentað þegar vandi er vægur til miðlungs alvarlegur (NICE, 2009). Hins vegar er það varhugavert ef fólki sem endurtekið lendir í vanda vegna þunglyndis stendur aðeins hópmeðferð til boða. Hópmeðferð er yfirleitt tiltölulega stutt, eða innan við tíu tímar, og ekki hægt að sníða hana að þörfum hvers og eins, sem er mikilvægt að reynt sé þegar um jafn alvarlegan vanda er að ræða og endurtekið þunglyndi. Mikilvægt er að þunglyndissaga fólks sé skoðuð gaumgæfilega þegar vandi er greindur og metinn í upphafi því að þannig fást upplýsingar um líkur á endurkomu þunglyndis sem hafa þarf í huga við ákvörðun um meðferð og þörf á áframhaldandi eftirfylgd (Ragnar P. Ólafsson, 2020). Hugsanlegt er að ítarlegt mat á þunglyndissögu fái minna vægi en það ætti að fá þegar tími er knappur eða kostnaður mikill. Meðferð sem er ekki í samræmi við eðli og umfang vanda fólks er ólíkleg til að skila þeim árangri sem gæti náðst (sjá t.d. Bockting o.fl., 2015). Vel er hugsanlegt að slíkt geti haft þær afleiðingar að vilji fólks til að leita sér aftur aðstoðar minnkar ef það telur að það fái ekki bót meina sinna í sálfræðimeðferð sem sögð er hvað árangursríkust. Að veita takmarkaða meðferð getur verið kostnaðarsamara fyrir samfélagið þegar til lengdar lætur.

Erlendar rannsóknir sýna að líklega fær minnihluti fólks með geðrænan vanda meðferð og er sú meðferð oft stutt (Hansen o.fl., 2002; Kazdin, 2017; Puyat o.fl., 2016; Shafran o.fl., 2009; Thornicroft o.fl., 2017). Rannsóknir sýna líka að tiltölulega fáir fá gagnreynda meðferð sem klínískar leiðbeiningar kveða á um, jafnvel rétt um 5% (Layard og Clark, 2014). Miðað við þetta þá er bilið mikið á milli þess árangurs sem HAM-meðferð við þunglyndi getur skilað og því sem raunverulega næst með henni þar sem þjónustan fer fram. Í þessari rannsókn var innihald síðustu HAM-meðferðar mismunandi eftir meðferðarformi en einnig milli einstaklinga innan hvors meðferðarforms fyrir sig. Fáir töldu að vandi þeirra hefði verið kortlagður í hópmeðferð og þótt tæplega þrír af hverjum fjórum teldu að það hefði verið gert í einstaklingsmeðferð var kortlagningu sjaldnar deilt með skjólstæðingi, eða í um helmingi meðferða. Kortlagning er

mikilvæg í HAM og ekki síður að henni sé deilt og hún rædd við skjólstæðing til að efla áhuga og sameiginlegan skilning á eðli vanda og meðferðarmarkmiðum. Slík vinnubrögð ýta undir samvinnu meðferðaraðila og skjólstæðings sem er grunnur að árangursríkri meðferð (J. Beck, 1995). Rannsóknir sýna m.a. að færni og öryggi meðferðaraðila í að kortleggja vanda skjólstæðinga með þunglyndi geta skýrt umtalsverðan hluta lækkunar sem verður í mælingum á þunglyndiseinkennum á meðan HAM-meðferð stendur (Easden og Fletchers, 2020) en sýna einnig að gæði kortlagninga eru misjöfn og að hluta til háð klínískri reynslu og þjálfun (Kuyken o.fl., 2005). Íslenskar rannsóknir sína að sálfræðingar hér á landi telja kortlagningu vera mjög mikilvægan hluta meðferðar (María Guðmundsdóttir, 2019). Líklega er kortlagning enn mikilvægari þegar kemur að því að velja markmið meðferðar þegar meðferðartími er stuttur og forgangsraða þarf verkefnum.

Þótt kostnaðarsjónarmið skipti líklega talsverðu máli við útfærslu á eðli og umfangi sálfræðimeðferðar hafa aðrir þættir líka áhrif. Samkvæmt Shafran og félögum (2009) benda erlendar rannsóknir til að það sé oft skoðun meðferðaraðila að niðurstöður árangursrannsókna þar sem handbókarmeðferð hefur verið beitt, eigi ekki við um meðferð á vettvangi vegna þess að fyrrnefndu rannsóknirnar séu gerðar í stöðluðum aðstæðum og einsleitari sjúklingahópum heldur en sálfræðingar sjá í sínum daglega starfi. Meðferðaraðilar telja einnig að almennir eða ósértækir þættir tengdir meðferðaraðila og meðferðarsambandinu séu þeir þættir sem skipti mestu varðandi árangur frekar en meðferðin sjálf. Meðferðaraðilar hafi oft þá skoðun að meðferð samkvæmt handbók sé takmarkandi og ósveigjanleg og þess vegna árangursminni í náttúrulegum aðstæðum. Samkvæmt Shafran og félögum (2009) eru þessi rök að hluta til byggð á misskilningi. Að minnsta kosti réttlæta þau ekki að handbókardrifinni meðferð sé hafnað. Til dæmis eru vísbendingar um að sambærilegum árangri og næst í árangursrannsóknum megi ná með handbókarmiðaðri HAM í náttúrulegum aðstæðum (t.d. Gibbons o.fl., 2010; Minami o.fl., 2008; Peeters o.fl., 2012). Þó er mikilvægt að

til séu sveigjanlegir meðferðarvísar. Almennari inngríp, sem eru ekki bundin við einn skilgreindan vanda heldur flokk vandamála (sk. „transdiagnostic“ meðferð), hafa einnig rutt sér til rúms að undanfögnu. Slík inngríp eru þó auðvitað líka handbókardrífín. Líklegt er að menntun og þjálfun sálfræðinga skipti miklu um það hvernig meðferðarvísar og handbækur eru notaðir í daglegu klínísku starfi.

Mikilvægt er að hafa helstu takmarkanir þessarar rannsóknar í huga þegar niðurstöðurnar eru metnar. Rannsóknin beindist að HAM fyrir fullorðna en ekki börn og unglinga. Þátttakendur höfðu endurtekna þunglyndissögu og þeir brugðust við auglýsingum í fjölmiðlum og samfélagsmiðlum eða ábendingum starfsfólks á heilsugæslustöðvum og höfðu samband við rannsakendur með hugsanlega þátttöku í forvarnarmeðferð við endurteknu þunglyndi í huga. Um hentugleikaúrtak er því að ræða með konum í miklum meirihluta. Fólk með virkan áfengis- eða vímuefnavanda var útilokað frá þátttöku auk fólks með geðhvarfasjúkdóm eða geðrofsjúkdóm. Þátttakendur þurftu líka að hafa sögu um minnst þrjár þunglyndislotur og máttu ekki vera í yfirstandandi lotu eða virkri HAM-meðferð. Því er óljóst hversu lýsandi niðurstöðurnar eru fyrir karla, fólk með færri þunglyndislotur að baki og annan vanda sem var útilokaður í þessari rannsókn. Einnig er mikilvægt að hafa í huga að meðferðarsaga fólks var metin með viðtali sem búið var að hluta til fyrir þessa rannsókn og prófræðilegir eiginleikar þess því óþekktir. Í viðtalinu er aðeins tekið mið af því hvort tilteknir þættir hafi verið til skoðunar í meðferðinni eða ekki en ekki hvernig meðferðin var útfærð að öðru leyti eða hversu vel það var gert. Ekki var spurt út í meðferðarsambandið, til dæmis hvort samband meðferðaradila og skjólstæðings hafi haft á sér yfirbragð jafnræðis og samvinnu í því að kanna sannleiksgildi hugsana og viðhorfa (e. collaborative empiricism) eða hvort sókratískri samtaltækni hafi verið beitt. Þessa þætti er þó erfitt að meta nema út frá upptökum af meðferðarviðtölum. Innihald HAM-meðferðar sem skjólstæðingar hafa fengið hefur ekki verið rannsakað áður hér á landi. Þó er mikilvægt að hafa í huga að

frásögn skjólstæðinga er sýn þeirra sjálfra á það sem fram fer í meðferð og ekki víst að hún sé sú sama og sýn sálfræðings. Skekkjur eru líklega í mati beggja aðila. Mat skjólstæðings byggir á minningum og skilningi á meðferðinni og getur litast af ávinningnum sem meðferðin hefur skilað viðkomandi eða hversu langt er liðið frá meðferð. Mat sálfræðinga á sínu eigin klínísku starfi er líklega almenns eðlis og endurspeglar ef til vill líka væntingar um árangur og eigin hugmyndir um fagmennsku. Rannsóknir hér á landi þurfa að beinast að báðum þessum þáttum og er þessi rannsókn skref í þá átt. Að lokum þarf að hafa í huga að HAM-meðferð sem var metin gat verið hluti af heildstæðari stuðningi sem viðkomandi fékk samhliða og var ekki metinn í þessari rannsókn þótt upplýsingum hafi verið aflað um eðli og inntak lyfjameðferðar við þunglyndi. Alvarleiki fyrri þunglyndislotu var ekki metinn að öðru leyti en því að gengið var úr skugga um að um afmarkaða þunglyndislotu væri að ræða sem hafði hamlandi áhrif á daglegt líf.

Þrátt fyrir að þessi atriði takmarki alhæfingargildi niðurstöðnanna teljum við að upplýsingarnar sem fást með rannsókninni séu mikilvægar. Niðurstöðurnar sýna að umfang HAM-meðferðar sem fólk með endurtekið þunglyndi fær vikur talsvert frá því sem klínískar leiðbeiningar kveða á um ásamt því að innihald meðferðar getur verið mismunandi. Niðurstöðurnar undirstrika meðal annars mikilvægi þess að bæta aðgengi fólks að gagnreyndri HAM-meðferð. Efla þarf skilning stjórnenda á mikilvægi þess að meðferðin sé veitt eins og hún getur gagnast best. Samhliða því þarf að huga að menntun, endurmenntun, þjálfun og handleiðslu sálfræðinga til að efla þekkingu þeirra og færni sem er undirstaða faglegra vinnubragða. Niðurgreiðsla sjúkratrygginga á sálfræðimeðferð getur verið liður í þessu en dugar ekki ein og sér. Með bættu aðgengi fólks að HAM og þjálfun fagfólks í að veita hana í þeirri mynd sem hún hefur sannað gildi sitt er hægt að bæta lífsgæði fólks með þunglyndi, draga úr samfélagslegum kostnaði og byrði sem þessi algengi og oft þráláti vandi hefur í för með sér.

What's in a name?

Comparing the length and content of group and individual CBT that people with recurrent depression have received

According to clinical-guidelines, cognitive-behavioural therapy (CBT) is recommended as a first line psychological treatment for people with major depression. Although efficacy of CBT for depression is well supported and effectiveness studies indicate that comparable outcomes may be obtained in natural settings, the way CBT is delivered in natural settings has been a neglected topic in research. The objective of the present study was to explore treatment length and content of CBT in a group of people with recurrent depression that were taking part in a research project on preventive treatment for recurrent depression in Iceland. Participants' treatment history was assessed in a treatment history interview focusing on CBT and pharmacological treatment for depression. Of the initial participant pool, 53 formerly depressed participants (Mean age 35.2 years, Sd = 10.0), including 45 females, reported a history of either group CBT or individual CBT for their depression. Results showed that the last CBT completed was short, with a mean of 7 sessions for group CBT ($n = 21$) and 9 sessions for individual CBT ($n = 32$). CBT was frequently delivered once per week (both formats) and every other week (individual format). Content comparisons revealed some differences between the two formats in the 14 key features of CBT that were assessed, that is constructing case-conceptualization, case-conceptualization shared with patient and agenda setting, while the formats were comparable in content regarding others, including working with thoughts, behaviours and emotions, cognitive restructuring and activity-monitoring. The results of the study indicate that CBT for depression that people with recurrent depression receive in Iceland may in some cases be suboptimal and deviates from clinical guidelines and the protocol that has gained support in randomized controlled trials. Content of CBT delivered differed by treatment format. Access to empirically supported forms of CBT needs to be improved in Iceland by integrating it into the standard mental health care system to make it available to those in need. The results also suggest that more attention should be given to training of psychologists in CBT and the implementation of the treatment in the natural setting to maximize the effectiveness that CBT may have for people suffering from depression.

Keywords: cognitive-behavioural therapy, depression, application, clinical setting, clinical guidelines.

Heimildir

- Agnes S. Agnarsdóttir, Ásdís Eypórsdóttir, Emil Einarsson, Guðbjörg Daníelsdóttir, Hafrún Kristjánsdóttir, Katrín Sverrisdóttir, Pétur Tyrfinngsson, Sólveig E. Jónsdóttir, Þórey E. Heiðarsdóttir, Jón F. Sigurðsson, Þórgunnur Ársælsdóttir og Halldóra Ólafsdóttir. (2016). *Klínískar leiðbeiningar um þunglyndi*. Landspítalinn. Sótt þann 6.9.2021 https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/thunglyndi-og-kvidi/clin_leidb_%c3%beunglyndi.pdf
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (fjórða og endurbætt textaútgáfa). Höfundur.
- Aron E. Sigurðarson, Sindri Lárusson, Ástrós Elma Sigmarsdóttir, Hrafnkatla Agnarsdóttir og Guðmundur Skarphéðinsson (2019). Notkun berskjöldunar meðal sálfræðinga á Íslandi fyrir börn með áráttu- og þráhyggjuröskun. *Sálfræðiritið*, 24, 63–72.
- Ástrós E. Sigmarsdóttir, Hrafnkatla Agnarsdóttir, Aron Eydal Sigurðarson, Sindri Lárusson og Guðmundur Skarphéðinsson (2019). Berskjöldun fyrir börn með kvíðaraskanir: Könnun meðal íslenskra sálfræðinga um notkun berskjöldunar í meðhöndlun kvíðaraskana hjá börnum og unglingum. *Sálfræðiritið*, 24, 73–83.
- Baldur H. Sigurðsson (2008). *Samanburður á tveimur stöðluðum geðgreiningarviðtölum og tveimur sjálfsmataskvörðum: MINI, CIDI, PHQ og DASS* (óbirt meistararitgerð). Háskóli Íslands.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. Í P.M. Salkovskis (ritstjóri), *Frontiers of cognitive therapy* (bls. 1–25). Guilford Press.
- Beck, A. T. og Haigh, E. A. P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1–24. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734>
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. og Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. Guilford Press.
- Bockting, C. L. H., Smid, N. H., Koeter, M. W. J., Spinhoven, P., Beck, A. T. og Schene, A. H. (2015). Enduring effects of preventive cognitive therapy in adults remitted from recurrent depression: A 10 year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 185, 188–94. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.048>

- Burcusa, S. L. og Iacono, W. G. (2007). Risk for recurrence in depression. *Clinical Psychology Review*, 27(8), 959–985. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.02.005>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. og Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioural therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26(1), 17–31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Búi B. Aðalsteinsson (2011). *Störf sálfræðinga á Íslandi* (óbirt BS-ritgerð). Háskóli Íslands.
- Cowdrey, N. D. og Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorder? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72–77. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.009>
- Cuijpers, P., Hollon, S. D., van Straten, A., Berking, M., Bockting, C. L. H. og Andersson, G. (2013). Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy?: A meta-analysis. *BMJ Open*, 3, e002542. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2012-002542>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Weitz, E., Andersson, G., Hollon, S. D. og van Straten, A. (2014). The effects of psychotherapies for major depression in adults on remission, recovery and improvement: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 159, 118–126. <https://doi.org/10.1111/acps.13335>
- Cuijpers, P., Noma, H., Karyotaki, E., Vinkers, C. H., Cipriani, A. og Furukawa, T. A. (2020). A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*, 19(1), 92–107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.026>
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. og Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62(4), 409–416. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>
- DeRubeis, R. J., Tang, T. Z. og Beck, A. T. (2001). Cognitive therapy. Í K. S. Dobson (ritstjóri), *Handbook of cognitive-behavioural therapies* (bls. 349–392). : Guilford Press.
- Easden, M. H. og Fletchers, R. B. (2020). Therapist competence in case conceptualization and outcome in CBT for depression. *Psychotherapy Research*, 30(2), 151–169. <https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1540895>
- Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders*, 125(1–3), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.12.030>
- Hafrún Kristjánsdóttir, Þóra Sigfríður Einarsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson. (2016). Getum við hjálpað fólki og sparað fjármuni með auknu aðgengi að gagnreyndri sálfræðimeðferð? *Sálfræðiritið*, 20–21, 93–102.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J. og Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy/9.3.329>
- Hjartarson, K. H., Snorrason, Í., Bringmann, L.B. og Ólafsson, R. P. (2021 June 13). Automaticity as a vulnerability: Daily mood-reactive rumination and early-life stress in people with- and without depression history. Daily mood fluctuations activate habitual rumination as a function of maltreatment during childhood and adolescence: Results from an experience sampling study by formerly depressed patients (handrit í ritrýningu).
- Kazdin, A. E. (2017). Addressing the treatment gap: A key challenge for extending evidence-based psychosocial interventions. *Behaviour Research and Therapy*, 88, 7–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.06.004>
- Kessler, R. C. (2012). The costs of depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.11.005>
- Kristbjörg Þórisdóttir (2011). *The relevance of emotional disorders in primary care in Iceland: A survey among patients and general practitioners* (óbirt meistaranritgerð). Aarhus University.
- Kristjánsdóttir, H., Sigurðsson, B. H., Salkovskis, P. M., Ólason, D. T., Sigurðsson, E., Evans, C., Gylfadóttir, E. D. og Sigurðsson, J. F. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Icelandic version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, its transdiagnostic utility and cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(1), 64–74. <https://doi.org/10.1002/cpp.1874>
- Kuyken, W., Fothergill, C., Musa, M. og Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1187–1201. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.08.007>
- Layard, R. og Clark, D. M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01713>
- Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Jón Friðrik Sigurðsson. (2011). Gagnsemi hugrænnar atferlismeðferðar við lyndis- og kvíðaröskunum hjá fullorðnum. *Læknablaðið*, 97(11), 613–619. <https://doi.org/10.17992/lbl.2011.11.398>

- María Guðmundsdóttir (2019). *CBT formulation in practice: A survey amongst Icelandic psychologists* (óbert meistararitgerð). Háskólinn í Reykjavík.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Hamilton, E. G., Brown, G. S. og Kircher, J. C. (2008). Benchmarking the effectiveness of psychotherapy treatment for adult depression in a managed care environment: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 116–124. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.116>
- NICE. (2009). Depression in adults: Recognition and management. Höfundur. Sótt þann 26. apríl 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/Recommendations>
- Ólfson, M. og Marcus, S. C. (2009). National patterns in antidepressant medication treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 848–856. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2009.81>
- Ólafsson, R. P. (2018, 19. febrúar). ISRCTN registry [vefur]. BMC. ISRCTN92714827, The Icelandic depression vulnerability and mindfulness study: A randomized controlled trial. Sótt þann 12. október 2021 <https://www.isrctn.com/ISRCTN92714827>
- Ólafsson, R. P., Guðmundsdóttir, S., Björnsdóttir, T.D. og Snorrason, Í. (2020). A test of the habit-goal framework of depressive rumination and its relevance to cognitive reactivity. *Behavior Therapy*, 51(3), 474–487. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.005>
- Peeters, F., Huibers, M., Roelofs, J., van Breukelen, G., Hollon, S. D., Markowitz, J. C., van Os, J. og Arntz, A. (2013). The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: a pragmatic trial in routine practice. *Journal of Affective Disorders*, 145, 349–355. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.08.022>
- Persons, J. (2008). *A case formulation approach to cognitive-behavior therapy*. Guilford Press.
- Puyat, J. H., Kazanjian, A., Goldner, E. M. og Wong, H. (2016). How often do individuals with major depression receive minimally adequate treatment? A population-based, data linkage study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(7), 394–404. <https://doi.org/10.1177/0706743716640288>
- Ragnar P. Ólafsson (2020). Endurtekið þunglyndi: Hvað einkennir það og hversu árangursrík er meðferð og forvörn gegn því? *Sálfræðiritið*, 25, 7–23.
- Ragnar P. Ólafsson, Anna G. Guðmundsdóttir, Ívar Snorrason, Halldór Jónsson og Kristján H. Hjartarson (2021). Hvernig meðferð er veitt við endurteknu þunglyndi á Íslandi?: Samanburður á lyfjameðferð og hugrænni atferlismeðferð [handrit í undirbúningi].
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965–974. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.50.12.965>
- Shafraan, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., Freeston, M. Garety, P. A., Hollon, S. D., Ost, L. G., Salkovskis, P. M., Williams, J. M. G. og Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(119), 902–909. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.003>
- 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>
- Spokas, M. E., Rodebaugh, T. L. og Heimberg, R. G. (2008). Treatment outcome research. Í D. McKay (ritstjóri), *Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology* (bls. 513–530). Sage.
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S. og Salkovskis, P. M. (2007). 'Contents may vary': A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 273–282. <https://doi.org/10.1017/S135246580700358X>
- The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group (2012). *How mental illness looses out in the NHS*. Centre for Economic Performance, LSE.
- Thornicroft, G., Chatterji, S., Evans-Lacko, S., Gruber, M., Sampson, N., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L., Borges, G., Bruffaerts, R., Bunting, B., Caldas de Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Gureje, O., Haro, J. M., He, Y., Hinkov, H., K., ... Kessler, R. C.. (2017). Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 119–24. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.188078>
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. og Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(5), 688–701. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.5.688>
- Williams, J. M. G., Crane, C., Barnhofer, T., Brennan, K., Duggan, D. S., Fennell, M. J. V., Hackmann, A., Krusche, A., Muse, K., Von Rohr, I. R., Shah, D., Crane, R. S., Eames, C., Jones, M., Radford, S., Silvertown, S., Sun, Y., Weatherley-Jones, E., Whitaker, C. J., Russell, D. og Russell, I. T. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for preventing relapse in recurrent depression: A randomized dismantling trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82(2), 275–286. <https://doi.org/10.1037/a0035036>

Viðauki

Tafla V.1 Samanburður á innihaldi HAM hóp- (n = 17 til 21) og einstaklingsmeðferðar (n = 26 til 32) hjá fólki með endurtekið þunglyndi miðað við síðustu meðferð sem það fór í.

	Hópmeðferð			Einstaklingsmeðferð			Samanburður
	Fjöldi svara	Fjöldi Já	Hlutfall (%)	Fjöldi svara	Fjöldi Já	Hlutfall (%)	Kí-kvaðrat-próf
Kortlagning vanda	21	7	33,3	29	21	72,4	$\chi^2 = 7,55$; p = 0,006
Kortlagningu deilt með skjólstæðingi	21	4	19,0	26	15	57,7	$\chi^2 = 7,20$; p = 0,007
Fræðsla um þunglyndi	19	15	79,0	27	17	63,0	$\chi^2 = 1,35$; p = 0,246
Upplýsingar um meðferðina	21	20	95,2	32	25	78,1	$\chi^2 = 2,90$; p = 0,089
Dagskrá sett í upphafi tíma	21	19	90,5	26	11	42,3	$\chi^2 = 11,68$; p = 0,001
Unnið með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga	20	18	90,0	30	30	100,0	$\chi^2 = 3,13$; p = 0,077
Unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga	21	20	100,0	29	26	89,7	$\chi^2 = 2,20$; p = 0,138
Hugrænt endurmat	19	17	89,5	31	26	83,9	$\chi^2 = 0,31$; p = 0,579
Atferlismarkun	19	17	89,5	28	21	75,0	$\chi^2 = 1,53$; p = 0,216
Heimaverkefni – Lesefni	21	20	95,2	32	17	53,1	$\chi^2 = 10,67$; p = 0,001
Heimaverkefni – Virkniskráning	21	18	85,7	32	19	59,4	$\chi^2 = 4,17$; p = 0,041
Heimaverkefni – Vikuáætlun	21	8	38,1	32	12	37,5	$\chi^2 = 0,002$; p = 0,965
Heimaverkefni – Hugsanaskráning	21	20	95,2	32	24	75,0	$\chi^2 = 3,68$; p = 0,055
Heimaverkefni yfirfarið í tíma	17	16	94,1	28	22	78,6	$\chi^2 = 1,95$; p = 0,163

Tafla V. 2 Spurningar úr meðferðarsöguviðtali um innihald síðustu HAM-meðferðar.

Innihaldspáttur	Spurning
Kortlagning vanda	<i>Var gerð kortlagning eða einstaklingsbundin skilgreining (case conceptualization) á þínum vanda þar sem vanlíðan þín eða vandi var settur í samhengi við fyrri sögu þína, núverandi aðstæður, hugsanir þínar, skoðanir eða viðhorf og eigin hegðun?</i>
Kortlagningu deilt með skjólstæðingi	<i>Var þessari skilgreiningu deilt með þér, það er, fór meðferðaraðili yfir hana með þér, t.d. á blaði eða á töflu?</i>
Fræðsla um þunglyndi	<i>Fékkstu fræðslu um þunglyndi?</i>
Upplýsingar um meðferðina	<i>Fékkstu upplýsingar um í hverju meðferðin fælist og til hvers væri ætlast af þér í henni?</i>
Dagskrá sett í upphafi tíma	<i>Var yfirleitt sett dagskrá í upphafi hvers meðferðartíma, það er, var rætt í byrjun hvers tíma hvað yrði tekið fyrir?</i>
Unnið með tengsl aðstæðna, hugsana og tilfinninga	<i>Var unnið sérstaklega með tengsl hugsana, aðstæðna og tilfinninga þannig að skoðað var hvaða hugsanir tengdust líðan þinni og aðstæðum hverju sinni?</i>
Unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga	<i>Var unnið með tengsl hegðunar og tilfinninga þannig að skoðað var hvernig vanlíðan getur haft áhrif á hegðun og virkni en einnig hvernig virkni getur haft áhrif á líðan?</i>
Hugrænt endurmat	<i>Var unnið með hugsanir og viðhorf með því að skrá það niður, skoða sannleiksgildi þeirra og skora þær á hólmi (finna rök með og á móti)?</i>
Atferlismarkun	<i>Var unnið með hegðun þannig að reynt var að auka virkni og ánægjulegar athafnir?</i>
Heimaverkefni – Lesefni	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika) – Lesefni (t.d. um þunglyndi eða meðferðina)?</i>
Heimaverkefni – Virkniskráning	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika)– Virkniskráning (skráningarblöð notuð yfir virkni eða daglega hegðun)?</i>
Heimaverkefni – Vikuáætlun	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika) – Vikuáætlun (skráningarblöð notuð til að auka virkni og ánægjulegar athafnir)?</i>
Heimaverkefni – Hugsanaskráning	<i>Fékkstu (heima)verkefni á milli tíma í meðferðinni (ætla að nefna nokkra valmöguleika) – Hugsanaskrá (skráningarblöð notuð yfir hugsanir, líðan og hegðun)?</i>
Heimaverkefni yfirfarið í tíma	<i>Var farið yfir (heima)verkefni í meðferðartímum og unnið með það þar?</i>