



Hugnæmi í depurð mælt með LEIDS spurningalistanum í íslenskri gerð

Sigríður Geirsdóttir

**Lokaverkefni til BS-gráðu
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Hugnæmi í depurð mælt með LEIDS spurningalistanum í íslenskri gerð

Sigríður Geirsdóttir

Lokaverkefni til BS-gráðu í sálfræði

Leiðbeinandi: Ragnar Pétur Ólafsson og Fanney Þórssdóttir

Sálfræðideild

Heilbrigðisvíssindasvið Háskóla Íslands

Október 2011

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BS gráðu í sálfræði og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.

© Sigríður Geirsdóttir 2011

Prentun: Háskólaprent
Reykjavík, Ísland 2011

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Ragnari Pétri Ólafssyni, fyrir góða leiðsögn. Einnig fá Sigrún Helga Lund, Svanhvít Lilja Ingólfssdóttir og Helga Birgisdóttir hjartans þakkir fyrir vandaðan yfirlestur.

Efnisyfirlit

I. Inngangur	7
<i>I.1. Þunglyndi</i>	<i>8</i>
I.1.1. Helstu hugtök.....	9
I.1.2. Tíðni þunglyndis.....	10
<i>I.2. Hugræn kenning Becks.....</i>	<i>11</i>
I.2.1. Aðrar hugrænar kenningar.....	13
<i>I.3. Takmarkanir hugrænnar kenningar Becks</i>	<i>15</i>
I.3.1. Samspil skaps og neikvæðra hugsanamynstra: Hugnæmi.....	16
I.3.2. Tilgáta um mismunandi virkjun	19
<i>I.4. Próffræðilegri eiginleikar LEIDS prófsins.....</i>	<i>22</i>
<i>I.5. Markmið rannsóknar</i>	<i>25</i>
II. Aðferð	26
III. Niðurstöður	30
IV. Umræða.....	35
V. Heimildaskrá.....	38

Gerð var rannsókn í úrtaki 136 háskólanema á tengslum hugnæmis (*cognitive reactivity*) við einkenni þunglyndis og fyrri þunglyndissögu. Í rannsókninni var lagt út frá hugrænni kenningu Becks og kenningu Teasdale um mismunandi virkjun (*differential activation theory*). Kenningin um mismunandi virkjun gengur út frá því að ástæður fyrir fyrri og síðari lotum þunglyndis séu ekki endilega þær sömu. Áhættuþættir fyrir því að þunglyndið endurtaki sig séu að skap virki hugræna ferla sem veki upp neikvæð hugsanamynstur í depurð. Þetta hefur verið nefnt hugnæmi. Þáttakendur í rannsókninni svöruðu alls fimm spurningalistum og með því var reynt að meta hugnæmi í depurð, þunglyndiseinkenni og þunglyndissögu hjá þeim. Fyrri tilgáta rannsóknarinnar var að hugnæmi væri meira hjá þeim sem hefðu sögu um þunglyndi en hjá þeim sem aldrei hafa þjáðst af þunglyndi. Sú síðari var að það væru tengsl milli tilfinningahæðis, hversu mikið fólk hefur tilhneicingu til að reiða sig á tilfinningar sínar þegar það tekur ákværðanir í daglegu lífi, og þunglyndis. Fyrri tilgátan var studd í rannsókninni en sú síðari ekki. Þessar niðurstöður benda til þess að hugnæmi sé áhættuþáttur fyrir þunglyndi og endurtekningu þunglyndislota. Samband tilfinningahæðis og þunglyndis er á hinn bóginn óljóst.

I. Inngangur

Þunglyndi er alvarlegur sjúkdómur sem getur haft mikil áhrif á líf og lífsgæði fólks. Sem dæmi sýna tölur frá Wells, Sturm, Sherbourne og Meredith (1996) að aðeins sjúklingar með hjartasjúkdóma voru rúmfastir fleiri daga í mánuði en þunglyndir (Segal, Williams og Teasdale, 2002). Það má því segja að sjúkdómurinn sé mikil þjóðfélagsleg byrði og ekki síst fyrir þá sök að við hverja þunglyndislotu eykst hætta á bakslagi og endurtekningu lota. Líkurnar á að fólk upplifi þunglyndi aftur eftir fyrstu þunglyndislotu eru um 50% (Paykel o.fl., 1995) og hjá þeim sem hafa sögu um tvær eða fleiri lotur eru líkurnar á því að falla aftur í þunglyndi yfir ævina um 70 – 80% (Consensus development panel, 1985).

Vandinn við endurtekningu lota er því aðkallandi og rannsóknir hafa mjög beinst að þeim upp á síðkastið (Segal, Williams og Teasdale, 2002). Þær rannsóknir hafa hjálpað til við að skýra myndina um eðli og orsakir þunglyndis og kenningar sem byggja á þeim mótað ný meðferðarúrræði (Segal, Williams og Teasdale, 2002). Nú er ekki litið svo á að orsakir fyrstu þunglyndislotu þurfi að vera þær sömu og fyrir síðari þunglyndislotur sem hefur skilað sér í fyrirbyggjandi meðferðum. Má nefna árverknimiðaða hugræna atferlismeðferð (*mindfulness based cognitive therapy*) sem dæmi um eina slíka meðferð (Segal, Williams og Teasdale, 2002).

Hugrænn þáttur í þunglyndi er sá þáttur sem kastljósi sálfræðirannsókna hefur verið beint að og má telja Aaron Beck kinnroðalaust til frumkvöðla hugrænna kenninga. Beck (1967) taldi að hugsun gæti hrint af stað vítahring neikvæðra hugsanamynstra sem hefðu áhrif á aðra hugræna þætti, svo sem túlkun atburða og athyglisstjórnun, sem styrkti neikvæða sjálfsmynnd sjúklingsins. Þetta gæti aftur dýpkað vanlíðan og orsakað þunglyndi. Í grundvallaratriðum má segja að rannsóknir hafi stutt kenningu Becks (1967) og hugræn atferlismeðferð sem hann hannaði út frá henni hefur reynst árangursrík (Miranda og Gross, 1997). Þó fékkst ekki stuðningur við það að hugsun hjá þeim sem hefðu sögu um þunglyndi en væru einkennalausir væri eðlisólk hugsun þeirra sem aldrei höfðu upplifað þunglyndi (Miranda og Gross, 1997; Teasdale,

1988). Teasdale (1988) setti fram kenningu sína um mismunandi virkjun (*differential activation theory*) sem tók mið af þessum niðurstöðum.

Meginviðfangsefni þessarar ritgerðar eru þær hugrænu kenningar sem að ofan var tæpt á og þáttur hugnæmis hjá þeim sem hafa sögu um þunglyndi skoðaður. Hugræn einkenni þunglyndis verða í forgrunni en með hugrænum einkennum er átt við skerta athyglisstjórnun og einbeitingu, óákveðni og minni viljafestu. Áður en kemur að umfjöllun um kenningarnar verður fjallað almennt um þunglyndi, hvað einkennir sjúkdóminn, helstu tölur birtar um tíðni hans og algengi og aðrir þættir nefndir sem geta haft áhrif á þróun hans. Að lokum verður fjallað um LEIDS (Van der Does, 2002) nýtt próf sem metur styrk hugnæmis og kom fyrst út í íslenskri þýðingu vorið 2011 (Sigrún Þóra Sveinsdóttir, 2011). Var spurningalistinn notaður til að kanna þá tilgátu að styrkur hugnæmis væri meiri hjá þeim sem hefðu sögu um þunglyndi en hjá þeim sem aldrei hafa upplifað það.

I.1. Þunglyndi

Þunglyndi er lyndisröskun (*mood disorder*) sem lýsir sér einna helst í djúpri og sársaukafullri depurð, neikvæðari sýn á heiminn, sjálfan sig og framtíðina (Miranda og Gross, 1997). Önnur tilfinningaleg einkenni en depurð eru áhugaleysi á því sem áður vakti áhuga og veitti ánægju. Líkamleg einkenni eru breytingar á matarlyst og þyngd, svefni og athafnasemi (*activity levels*). Einkenni eru mismunandi milli einstaklinga. Sumir missa matarlyst á meðan aðrir taka átköst í þunglyndislotum. Sama má segja um svefn, meðan einn upplifir síþreytu þjáist annar af svefnleysi. Breytingar á athafnasemi fólks geta til dæmis komið fram í því að það verður hægara í öllum hreyfingum, fasi og tali, orkulaust og þreytt. Ákveðinn hluti fólks með þunglyndi upplifir einnig eirðarleysi (APA, 2000).

Einstaklingur með þunglyndi hefur skerta sjálfsmynd og upplifir sig minna virði en aðrir auk þess sem algengt er að skömmustutilfinning geri vart við sig. Sýnt hefur verið fram á með sannfærandi hætti að tilfinningalegt ástand breyti minni og minnisfestingu hjá fólk, svo minni er einn hugrænn þáttur sem breytist í þunglyndi. Þannig er viss samhljómur á milli líðan og minnis og verður einfaldara að kalla fram neikvæðar minningar þegar fólk er niðurdregið miðað

við þegar það er í hlutlausu skapi eða kátt (Lau, Segal og Williams, 2004; Miranda og Gross, 1997; Teasdale, 1988).

Í greiningarkerfi amerísku geðlæknasamtakanna, DSM-IV-TR (APA, 2000), er sjúkdómnum skipt upp í alvarlegt þunglyndi (*major depression disorder*) og óyndi (*dysthymic disorder*). Til að ná greiningarviðmiðum fyrir alvarlegt þunglyndi þarf einstaklingur að vera niðurdreginn og/eða að hafa misst áhuga á því sem hann er vanur að gera. Að auki þurfa að minnsta kosti fjögur önnur einkenni þunglyndis að hafa verið til staðar í minnst tvær vikur. Þessi einkenni þurfa að skerða virkni og færni viðkomandi til að lifa sínu daglega lífi. Alvarlegt þunglyndi er talinn til krónískra sjúkdóma með mikilli hættu á bakslagi og endurteknum þunglyndislotum (Judd, 1997; Lau, Segal og Williams, 2004).

Óyndi er vægara afbrigði þunglyndis en greiningarviðmið eru, auk depurðar, tvö önnur einkenni þunglyndis sem þurfa að hafa verið til staðar í að minnsta kosti tvö ár. Tvöföld depurð (*double depression*) er ástand þar sem viðkomandi er að jafnaði með óyndi en fellur af og til í alvarlegt þunglyndi (APA, 2000).

Í DSM-IV-TR eru talin ákveðin afbrigði af þunglyndi sem eiga bæði við alvarlegt þunglyndi og þunglyndi í geðhvarfasýki (*bipolar disorder*). Afbrigðin eru alvarlegt þunglyndi með melankólískum einkennum (*melancholic features*), alvarlegt þunglyndi með geðrofseinkennum (*psychotic features*), alvarlegt þunglyndi með óhefðbundnum einkennum (*atypical features*), fæðingarþunglyndi (*postpartum onset*) og árstíðarbundið þunglyndi (*seasonal pattern*) (APA, 2000). Yfir helmingur þeirra sem þjást af alvarlegu þunglyndi eða óyndi hefur einnig verið greindur með aðra geðröskun (Wittchen og Jacobi, 2005).

I.1.1. Helstu hugtök

Í ritgerðinni verður fjallað um þunglyndislotur, ástæður og skýringar á fyrstu þunglyndislotum og þeim síðari. Því er mikilvægt að skýrt sé hvað helstu hugtök fela í sér.

Lota (*episode*) er ákveðinn fjöldi þunglyndiseinkenna yfir tiltekið tímabil. Með rénum (*remission*) einkenna er átt við þann tímapunkt sem einstaklingur uppfyllir ekki lengur greiningarviðmið fyrir röskuninni og lotu lýkur. Talað er um

rénun að hluta til (*partial remission*) eða fulla rénun (*full remission*). Rénun að hluta til kallast það þegar greiningarviðmið nást ennþá en í fullri rénun ná sjúklingar ekki lengur greiningarviðmiðum þó að það þurfi ekki að þýða að viðkomandi sé einkennalaus. Rénun getur orðið með eða án inngríps. Svörun (*response*) er rénun sem rekja má til inngríps. Bati (*recovery*) er full rénun sem helst yfir tiltekið tímabil og markar fræðilega að lotu sé lokið (Boland og Keller, 2009).

Bakslag (*relapse*) verður þegar einkenni koma aftur skömmu eftir augljósa svörun og telst meðferð við bakslagi til áframhaldandi meðferðar (*continuation treatment*). Yfirleitt er talað um bakslag ef einkenni blossa upp 4 – 6 mánuðum eftir fyrstu svörun. Endurtekning lotu (*recurrence*) vísar á hinn böginn í nýja lotu sem verður eftir að fullum bata er náð og sjúklingur hefur náð sér. Í bakslagi er frekar litið á að einkennum hafi verið haldið niðri og það sé ástæðan fyrir tímabundinni betri líðan frekar en að einkennum hafi verið eytt (Boland og Keller, 2009).

Skilin á milli bakslags og endurtekningar lotu, bata og rénunar eru óskýr og eru mjög háð mati sérfræðinga hverju sinni (Boland og Keller, 2009).

I.1.2. Tíðni þunglyndis

Rannsóknum á tíðni þunglyndis ber ekki fullkomlega saman en þó er ljóst að af geðróskunum er þunglyndi algengast hvar sem er í heiminum. Í evrópskri rannsókn Lépine, Gastpar, Mendlewicz og Tylee (1997) sem gerð var á 14.000 sjúklingum í sex löndum var niðurstaðan sú að 17% sögðust þjást af þunglyndi og 6,9% þeirra uppfylltu viðmið fyrir alvarlegt þunglyndi. 1,8% úrtaksins voru með óyndi og afgangurinn 8,3% sögðust finna fyrir þunglyndiseinkennum en töldu þau ekki hafa áhrif á daglegt líf og færni (Segal, Williams og Teasdale, 2002).

Í annarri evrópskri rannsókn (Wittchen og Jacobi, 2005) sem tók meðal annars til íslenskra sjúklinga, fengust sambærilegar niðurstöður. Gerð var allsherjargreining (*meta-analysis*) á 27 rannsóknum á tíðni geðraskana í Evrópusambandslöndunum auk Noregs, Sviss og Íslands. Þar kom út að hlutfall þeirra sem upplifa þunglyndi einhvern tímann á ævinni (*life prevalence*) væri 8,3 % og reyndist mikill kynjamunur, þar sem tíðni hjá konum var 11,2 % en hjá

körlum 5,5%. Af þessum höfðu 6,9% mætt greiningarviðmiðum fyrir alvarlegt þunglyndi. Tólf mánaða algengi var 3,1 – 10,1%. Þegar rýnt er nánar í gögnin má sjá að á aldrinum 35- 49 ára er þunglyndi hjá konum algengast eða 12,7%. Hjá körlum er tíðnin 6% á aldursbílinu 18 – 34 ára og fer svo lækkandi með árunum. Af öllum geðrökunum er tíðni þunglyndis hæst og er samsláttur við aðrar geðraskanir mikill, mest við kvíðaraskanir. Það fannst ekki munur á tíðni milli landa.

Að lokum má nefna niðurstöður úr bandarískri rannsókn (Kessler o.fl., 2003) en þar kemur samsláttur þunglyndis við aðrar geðraskanir skýrar í ljós. Lífstíðaralgengi þunglyndis reyndist vera 16,2% og 12 mánaða algengi 6,6%. Meðallengd þunglyndislotu var 16 vikur. Samsláttur við raskanir á borð við kvíðaraskanir, átraskanir og fíknisjúkdóma var mikill. 72,1% sjúklinga upplifði þunglyndi einhvern tímann á ævinni og á 12 mánaða tímabili reyndist það vera um tveir þriðju hlutar sjúklinga eða 64% (Kessler o.fl., 2003). Þunglyndi er óalgent í barnæsku og með litlum kynjamun en á unglingsárum rís tíðnin rösklega upp og þá fer kynjamunar að verða vart sem heldur sér út ævina (Nolen-Hoeksema, 1999).

Þetta eru sláandi tölur og ljóst að þunglyndi er aðkallandi heilbrigðisvandi. Árið 1998 spáði Alþjóða heilbrigðisstofnunin (WHO) því að 2020 yrði þunglyndi annað helsta heilsufarsvandamál í heiminum (Murray og Lopez, 1998). Fræðasamfélagið tvísté frammi fyrir þeirri staðreynd að sjúkdómurinn væri krónískur hjá mörgum og skýringar sem hafði verið komið með á því voru ekki studdar í rannsóknum (Segal, Williams og Teasdale, 2002). Því þurfti að skoða málín frá öðrum hliðum og finna ný svör. Til að átta sig á samhengi nútíma rannsókna og kenninga um þunglyndi verður að geta Aarons Beck og hugrænnar kenningar hans. Hún kom fram á 7. áratugnum og olli straumhvörfum í skilningi og meðferð á þunglyndi.

I.2. Hugræn kenning Becks

Aaron Beck (1967) rökstyður hugræna kenningu sína í bók sinni *Depression*. Þar segir hann að þunglyndir hugsi og túlki áreiti neikvæðar en heilbrigðir ásamt því að líta neikvæðar á sjálfa sig og framtíðarhorfur sínar. Þetta hefur verið kallað þunglyndisþríund (*negative cognitive triad*). Orsakir þunglyndis liggi í hugrænum

þáttum sem hafi áhrif á tilfinningalegar og líkamlegar breytingar þunglyndissjúklinga. Tilfinningalegu og líkamlegu breytingarnar eru þannig einkenni sjúkdómsins en ekki orsök (Beck, 1967).

Með hugrænum þáttum er átt við viðhorf, skoðanir (*beliefs*) og hugsanir (*thought processes*) hjá einstaklingum (Miranda og Gross, 1997) og tilgáta Becks (1967) er sú að þeir sem séu næmir fyrir þunglyndi hafi einhvern tímann á lífsleiðinni tileinkað sér ógagnleg viðhorf (*dysfunctional attitudes*) sem virkjast við streitu eða erfiða lífsreynslu og valda þunglyndi.

Beck (1967) gerir ráð fyrir því að þrjú hugræn ferli valdi þunglyndinu og hafi áhrif á önnur einkenni sjúkdómsins. Það fyrsta er að neikvæð mynd er dregin upp af heiminum. Reynsla er túlkuð, skilin og skynjuð á neikvæðan hátt og fólk upplifir lítilsvirðingu, tap og skort (*deprivation*) í samskiptum sínum við umhverfið. Sjúklingar túlka gjarnan hlutlaus áreiti sem persónulega móðgun og lítilsvirðingu og snúa jafnvel jákvæðum skilaboðum upp í andstöðu sína (Beck, 1967).

Annað ferlið er neikvætt sjálfsmat sem lýsir sér í vanmætti og því að fólkí finnst það ekki jafn mikils virði og aðrir. Þannig er reynsla ekki aðeins túlkuð á neikvæðan hátt heldur dregur sjúklingurinn sífellt úr sjálfum sér. Það er algengt að þunglyndir alhæfi sértæka hegðun eða sértækt atvikt yfir á persónuleika sinn og eiginleika svo minnstu mistök verða sönnun þess að viðkomandi sé misheppnaður (Beck, 1967).

Priðja ferlið er svartsýni á framtíðina, trúin á að hún feli í sér erfiðleika og skort. Þegar litið er til langa tíma og framtíðarhorfur metnar virðast sjúklingar ekki gera ráð fyrir því að ástandið geti batnað ef þeim finnst það vera slæmt eða ábótavant. Þetta á einnig við um mat til skemmrí tíma, svo þegar fólk vaknar á morgnanna býst það ekki við öðru en að dagurinn verður fullur af hindrunum og erfiðleikum. Þegar fólk stendur svo frammi fyrir erfiðum atvikum og streitu valda þessar hugsanavillur þunglyndinu (Beck, 1967; Miranda og Gross, 1997).

Tilfinningar, hvatir og líkamlegar breytingar má rekja til þessara þriggja hugrænu þátta og hugsana. Tilfinningaleg svörun lýsir sér í því að sjúklingur telur upplifun sína vera raunveruleika og bregst tilfinningalega jafn sterkt við túlkunum sínum og raunverulegum atburðum. Þannig upplifir sjúklingur það

jafn sterkt að falla raunverulega á prófi og það ef hann heldur sjálfur að hann hafi fallið á prófinu (Beck, 1967).

Sjúklingar tala um ólíkar tilfinningar sem endurspeglar hugsunina sem einkennir þá eða hugsanamynstrið sem þeir hafa tileinkað sér. Sjúklingur sem telur sig vera félagslegt úrhrak er einmana og annar sem telur að sér muni aldrei líða betur finnur til vonleysis (Beck, 1967).

Beck telur að breytingar á líðan komi í framhaldi af breytingum á hugrænum þáttum og hjá þunglyndum stafi líðanin af eigin sannfæringu um klúður og tap. Hér sé um hugsanavillu að ræða og ranga túlkun á umhverfinu frekar en að sjúklingur fái rangar upplýsingar frá umhverfinu. Þegar þunglyndið sé komið af stað taki viðkomandi við að túlka hlutlaus og jafnvel jákvæð áreiti sér í óhag sem valdi vanlíðan sem verði erfið viðureignar (Beck, 1967).

Í stuttu máli telur Beck að orsök þunglyndis liggi í hugrænum þáttum eins og túlkun reynslu og áreita, að sjúklingurinn túlki mannleg samskipti á neikvæðan og óhagstæðan hátt fyrir sig hvort sem hann hafi ástæðu til að ætla að menn komi illa fram við hann og af óvirðingu eða ekki. Tilfinningin er jafn sterk hvort sem um raunverulegan atburð er að ræða eða túlkun. Sjálfsmatið er að sama skapi neikvætt og sjúklingar líta niður á það sem þeir standa fyrir ásamt því að bera sig saman við aðra og koma iðulega illa út úr þeim samanburði. Ef vonleysi og svartsýni einkennir viðhorf til framtíðarinnar má búast við að fólk líti á sjálfsvíg sem leið út úr vanlíðaninni. Með því að koma auga á hina neikvæðu hugsun og kenna sjúklingum að bera kennsl á hugsanavilluna má breyta þessum hugrænu þáttum og líðan einstaklingsins til hins betra (Beck, 1967).

I.2.1. Aðrar hugrænar kenningar

Rétt er að nefna aðrar hugrænar kenningar og hugtök sem eru skyld kenningunni um mismunandi virkjun sem hér verður í kastljósinu.

Aðrar hugrænar kenningar gera ráð fyrir að skýringarhættir (*Attributional style*) og jórturhugsun (*rumination*) séu áhættuþættir fyrir þunglyndi (Miranda og Gross, 1997).

Nolen-Hoeksema (1999) skýrir kynjamun í þunglyndi með kenningu sinni um jórturhugsun. Þar er sjónum ekki beint að innihaldi hugsana heldur frekar hugsanagangi og því halddið fram að konur hafi frekari tilhneigingu til að festast í

skaðlegum hugsanahringjum sem koma þeim ekki út úr vanlíðaninni. Karlar reyni frekar að gera eitthvað þegar þeim líður illa og beina athyglinni eitthvað annað. Konur festist hins vegar frekar í hugsunum um ástæður fyrir vanlíðan og hvaða ályktanir megi draga af þunglyndislotum þeirra.

Þrjár ástæður eru gefnar fyrir því að jórturhugsanir auki á þunglyndið. Í fyrsta lagi hafi þær áhrif á athygli, einbeitingu og hvernig fólk hefst handa við viðfangsefni sín sem valdi því að fólki mistekst oftar það sem það ætlar sér og það auki á tilfinningar um hjálparleysi og vonleysi. Svona hugsanir auki í annan stað líkurnar á því að viðkomandi festist í vítahring neikvæðra hugrænna ferla og depurðar sem er mjög í takt við kenningu Teasdale (1988) um mismunandi virkjun sem seinna verður fjallað um. Þriðja ástæðan fyrir skaðsemi jórturhugsana er að með þeim aukast líkur á að sjúklingur gefi þunglyndiskenndar (*depressogenic*) útskýringar fyrir þeim neikvæðu atburðum sem hann mætir sem auki á vonleysi og hjálparleysi. Sýnt hefur verið fram á að þeir sem tileinka sér jórturhugsanir eru líklegri til að þróa með sér alvarlegt þunglyndi og að þunglyndislotur verði lengri og alvarlegri (Nolen-Hoeksema, Larson og Grayson, 1999; Teasdale, 1988).

Talið er að neikvæður skýringarmáti (*dysfunctional attributional style*) sé áhættuþáttur fyrir þunglyndi. Þeir sem hafa tilhneigingu til að útskýra neikvæða atburði með stöðugri og alhliða innri ástæðum eru taldir líklegri til að falla í þunglyndi (Sweeney, Anderson og Bailey, 1986). Þannig myndi manneskja með neikvæðan skýringarhátt skýra fall á prófi með heimskunni í sér en ekki til dæmis því að hún var illa undirbúin fyrir prófið. Stuðningur við báðar þessar kenningar hefur fundist í rannsóknum og hefur þekking aukist mjög á síðustu áratugum (Teasdale, 1988).

Tilfinningahæði er hugmynd sem er ekki endilega sniðin að einstökum röskunum heldur talin vera almenn tilhneiging sem gæti haft áhrif á þróun geðraskana á borð við kvíða og þunglyndi (Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005). Tilfinningahæði hefur verið skilgreint sem tilhneiging hjá fólki til að finnast að það verði að stóla á tilfinningar og líðan sínar þegar það tekur sér eitthvað fyrir hendur, myndar sér skoðanir eða tekst á við viðfangsefni daglegs lífs (Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005). Rannsakendur hafa í auknum mæli beint sjónum sínum að þætti

tilfinninga til að skýra eðli ýmissa geðraskana, til dæmis kvíðaraskana, og byggir hugmyndin um tilfinningahæði á hugmynd Martins og félaga (1993) um að fólk noti tilfinningar sínar og líðan sem upplýsingar í daglegum athöfnum og hjá Carver og Scheier (1998) um að fólk reiði sig á tilfinningar sem upplýsingagjafa um hvort það sé að ná markmiðum sínum eða ekki (Ragnar Pétur Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005).

I.3. Takmarkanir hugrænnar kenningar Becks

Stuðningur við kenningu Becks er einna helst sá árangur sem hefur náðst með meðferðinni sem byggir á kenningu hans og kallast hugræn atferlismeðferð (Miranda og Gross, 1997). Sú meðferð miðar að því að breyta hugsun og kenna sjúklingum að bera kennsl á hugsanir og tilfinningar sem af þeim vakna (Beck, 1979; Miranda og Gross, 1997).

Helsti vandi sem menn hafa staðið frammi fyrir varðandi kenningu Becks er þó tvíþættur. Í fyrsta lagi aukast líkur á baksagi og endurtekningu þunglyndislotu umtalsvert hjá þeim einstaklingum sem hafa sögu um þunglyndi þrátt fyrir að meðferð hafi skilað árangri. Þeir sem upplifa þunglyndi einu sinni geta búist við fjórum 20 vikna lotum af alvarlegu þunglyndi að meðaltali á lífsleiðinni (Judd, 1997; Lau, Segal og Williams, 2004; Segal, Williams og Teasdale, 2002). Í öðru lagi hefur ekki fundist munur á hugsanamynstri þeirra sem hafa sögu um þunglyndi en eru einkennalausir og þeirra sem aldrei hafa upplifað þunglyndi (Teasdale, 1988). Það veldur heilabrotum um hvenær og við hvað kvíkni á þessum neikvæðu hugsanaskemum sem síðan finnast hjá þeim sem eru í þunglyndislotu (Miranda og Gross, 1997). Beck (1967) gerir ráð fyrir að það séu atvik sem falla að hugsanaskemum sem hafa myndast fyrr á lífsleiðinni sem kveiki á þessum neikvæðu ferlum. Hugsanaskemun hafi myndast við eitthvert áfall eða erfiðan atburð og ef einstaklingurinn mætir svipuðum atburðum síðar meir á lífsleiðinni kalli það skemun fram. Þetta rímar illa við þá staðreynd að svipaðir ferlar finnast hjá þunglyndissjúklingum með geðhvörf en þar eru sterkar vísbendingar um að líffræðilegar ástæður séu fyrir sjúkdómnum en ekki hugrænar (Teasdale, 1988).

Kenning Becks gerir heldur ekki ráð fyrir einstaklingsmun og skýrir þar af leiðandi ekki af hverju flestir upplifa aldrei klínískt þunglyndi jafnvel þó að þeir lendi í svipuðum aðstæðum eða eigi svipaða sögu og þunglyndir. Einnig er breytileiki í hópi þeirra sem hafa sögu um þunglyndi þar sem hluti þeirra virðist festast í vítahring og falla endurtekið í þunglyndislotur en aðrir ekki. Það sem vekur sérstakan áhuga er hvað valdi því að fólk falli aftur í þunglyndi eftir að það hefur náð sér af fyrri lotum. Til eru vísbendingar um að eftir því sem lotum fjölgi breytist þunglyndið og að eðlismunur sé á þunglyndislotunum. Niðurstöður ýmissa rannsókna benda til þess að depurð virki neikvæð hugsanamynstur og að eftir því sem þunglyndislotunum fjölgji þurfi sífellt minna til að vekja þessi mynstur upp (Lau, Segal og Williams, 2004; Miranda og Persons, 1988; Miranda, Persons og Byers, 1990; Teasdale, 1988). Hvað breytist nákvæmlega við hverja þunglyndislotu þarfnað útskýringa og finna þarf ástæðurnar fyrir muninum.

Þrátt fyrir hátt hlutfall bakslags hjá fólki með sögu um þunglyndi falla þeir sem hljóta sálfræðilega meðferð síður aftur en þeir sem fá lyfjameðferð (Segal, Gemar og Williams, 1999; Segal, Williams og Teasdale, 2002). Þetta gerist jafnvel þó að það hafi verið staðfest að neikvæð hugsanamynstur hverfi við bata, hvort sem inngríp var í formi lyfjameðferðar eða sálfræðileg meðferð (Simons, Garfield og Murphy, 1984; Van der Does, 2002). Það er því eitthvað sem virkar verndandi í sálfræðilegri meðferð gegn endurtekningu þunglyndislotu.

I.3.1. Samspil skaps og neikvæðra hugsanamynstra: Hugnæmi

Ein skýring á bakslagi og endurtekningu þunglyndislotu sem fræðimenn hafa komið fram með er sú að neikvæðu skemun hverfi í raun ekki við meðferð heldur „leggist í dvala“ ef svo má að orði komast. Ef ekki hefur verið tekið beint á skemunum í meðferð þá virkist þau tiltölulega auðveldlega aftur við depurð sem auki hættu á nýrri þunglyndislotu (Van der Does, 2002). Sýnt hefur verið fram á að með því að laða fram milda depurð hjá fólki koma fram hugsanamynstur hjá þeim sem hafa sögu um þunglyndi sem minna á mynstur í þunglyndislotum en það kemur ekki fram hjá einstaklingum sem aldrei hafa fallið í þunglyndi (Gemar, Segal, Sagrati og Kennedy, 2001).

Hugnæmi (*cognitive reaction*) er hugtak sem er notað yfir þetta samspil skaps og hugsunar. Eftir því sem skap virkjar meiri breytingu í hugsun og skekkjur í upplýsingaúrvinnslu verða alvarlegri, því meira er hugnæmið (Teasdale, 1988).

Til að kanna hvort raunveruleg tengsl séu milli hugnæmis og aukinnar hættu á bakslagi þarf að nálgast hugræn ferli og innihald hugsana undir kringumstæðum sem líklegast vekja upp neikvæð sjálfsskemu (*negative self-referent cognitive structures*). Það er gert með því að laða fram depurð hjá þátttakendum og mæla hugsunarátt þeirra til dæmis með því að leggja fyrir þá spurningalista, svo sem *Dysfunctional attitude scale* (DAS), fyrir og eftir að depurð var löðuð fram. DAS listinn metur skaðleg viðhorf og þykir heppilegt mælitæki þar sem tvö form eru til af honum, A og B, svo ekki þarf að leggja nákvæmlega sama lista fyrir tvísvar. Sem dæmi um fullyrðingu á listanum er „ef mér mistekst í vinnu eða verkefnum, þá er ég misheppnuð manneskja“. Manneskju sem hefur svona viðhorf á vafalaust eftir að líða ágætlega ef henni mistekst aldrei neitt en við minnstu mistök er hún líkleg til að finna til mikillar vanlíðanar. Ef þeir sem hafa sögu um þunglyndi sýna aukin neikvæð viðhorf í þessa átt við milda depurð styrkir það kenningu um hugnæmi.

Í tilraunum þar sem depurð er löðuð fram svara þátttakendur spurningalista við upphaf tilraunar sem metur viðhorf þeirra, skap sem þeir eru í og þess háttar. Síðan er spiluð sorgleg tónlist eða sorglegt atriði úr bíómynd sýnt og í einhverjum tilfellum er fólk beðið um að rifja upp erfiðan og sorglegan atburð úr eigin lífi. Eftir þetta innngrip (*sad mood induction*) er spurningalistinn lagður aftur fyrir og mælt hvort breytingar finnist á svörum fólks sem megi þá rekja til inngrípsins (sjá yfirlit hjá Lau, Segal og Williams, 2004; Segal, Gemar og Williams, 1999).

Í rannsókn Teasdale og Dent (1987) voru konur, með og án sögu um þunglyndi, beðnar um að merkja við lýsingarorð sem þær töldu að lýstu sjálfum sér. Enginn munur var á svörum hópanna undir eðlilegum kringumstæðum. Eftir að depurð hafði verið löðuð fram með sorglegri tónlist fannst munur á hópum og rifjuðu konurnar með sögu um þunglyndi upp fleiri og almennari neikvæð lýsingarorð um sjálfar sig en þær sem aldrei höfðu verið þunglyndar. Miranda og Persons (1998) fengu svipaðar niðurstöður í rannsókn sinni á fyrrum þunglyndum og þeim sem aldrei höfðu gengið í gegnum þunglyndi. Neikvæð

viðhorf, mæld með DAS spurningalistanum, jukust þar meira eftir að depurð var löðuð fram hjá þeim sem höfðu sögu um þunglyndi en hjá þeim sem það höfðu ekki.

Segal, Gemar og Williams (1999) könnuðu mun á virkjun hugnæmis hjá fólk sem hlaut lyfjameðferð boríð saman við þá sem hlutu hugræna atferlismeðferð við þunglyndi. Tilgangur rannsóknarinnar var tvíþættur, annars vegar að kanna mun á styrk hugnæmis í depurð eftir meðferðarformi og hins vegar að kanna hvort styrkur hugnæmis gæti spáð fyrir um bakslög og endurteknar þunglyndislotur. Fyrri tilgátan var sú að ekki væri munur á styrk hugnæmis eftir hópum undir eðlilegum kringumstæðum en eftir að depurð væri löðuð fram myndu þeir sem hlutu lyfjameðferð sýna neikvæðari viðhorf en þeir sem fengu hugræna atferlismeðferð. Eftir 1 – 4 ár var aftur haft samband við þátttakendur til að athuga hvort styrkur hugnæmis spáði fyrir um endurtekningu þunglyndislota í framtíðinni. Tilgáta þeirra varðandi þetta var sú að ekki ætti að vera munur á hópum eftir meðferðarformi.

Rannsóknin fór þannig fram að neikvæð viðhorf voru mæld fyrir og eftir að depurð hafði verið löðuð fram með DAS spurningalistanum. Meðferð sem þátttakendur höfðu hlotið var svipað löng, hugræn atferlismeðferð að jafnaði 22-24 vikur og lyfjagjöf stóð í um 6 mánuði. Þátttakendur voru 54 talsins, á aldrinum 18 – 65 ára. Af þessum 54 þátttakendum höfðu 25 fengið hugræna atferlismeðferð og 29 hlotið lyfjameðferð. Allir þátttakendur voru einkennalausir þegar rannsókn fór fram.

Byrjað var á að fá fólk til að meta í hvernig skapi það var og að fylla út annaðhvort A eða B form af DAS spurningalistanum. Næst var hljómsveitarútgáfa af verkinu „Russia under the Mongolian Yoke“ eftir Prókófjeff spiluð á hálfum hraða og á meðan fólk hlustaði var það beðið um að rifja upp tímabil úr lífi sínu þar sem því leið illa. Eftir tíu mínútur var DAS listinn lagður aftur fyrir. Niðurstöður voru þær að hópurinn sem fékk lyfjameðferð sýndi neikvæðari viðhorf eftir því sem skapið versnaði boríð saman við þá sem hlutu hugræna atferlismeðferð. Þetta bendir sterkelega til þess að neikvæðir hugrænir þættir virkist í depurð ef ekki er tekið beint á þeim við meðferð, sem er ekki gert með lyfjagjöf einni saman. Það segir líka að minnka megi hugnæmi og breyta styrk þess með meðferð (Lau, Segal og Williams, 2004). Önnur niðurstaða

rannsóknarinnar var sú að styrkur hugnæmis hjá fólk spáði fyrir um bakslag nokkur ár á eftir þunglyndislotu. Það var óháð því hvort fólkid hlaut hugræna atferlismeðferð eða lyfjameðferð (Segal, Gemar og Williams, 1999). Það er sterk vísbending um að hugnæmi sé í raun áhættuþáttur fyrir bakslögum í þunglyndi.

Niðurstöður fjölda rannsókna (sjá yfirlit hjá Lau, Segal og Williams, 2004) benda til að hugnæmi sé áhættuþáttur sem hafi bein áhrif á þunglyndislotur, bakslag og endurtekningu lota og þróun sjúkdómsins hjá fólk. Einnig hefur komið í ljós að minna þurfa til að vekja hugnæmið eftir því sem þunglyndislotum fjölgar (Lau, Segal og Williams, 2004). Með því að ráðast að hugnæmi í sálfræðilegri meðferð má minnka líkur á endurtekningu lota eða bakslagi umtalsvert (Hollon, DeRubeis og Evans, 1987; Van der Does, 2002).

Þá á eftir að svara spurningunni hvort minna hugnæmi minnki líkur á bakslagi. Beinn stuðningur við þá tilgátu hefur ekki fengist og frekari rannsókna er þörf. Þó má draga þær ályktanir af niðurstöðum rannsókna að það gerist. Í grein Lau, Segal og Williams (2004) er bent á að með því að auka hæfni fólks til að hverfa frá neikvæðum hugsunum og með því að auka vitneskju þess og skilning á eigin hugsunarhætti (*metacognitive awareness*) megi minnka líkur á bakslagi.

Kenning Teasdale (1988) um mismunandi virkjun (*differential activation theory, DAH*) skýrir eðlismun á þunglyndislotum, einstaklingamun í þunglyndi og ástæður bakslags og endurtekningu þunglyndislotu. Kenningin er þó að mörgu leyti nútíma afbrigði af hugrænni kenningu Becks og í veigamiklum atriðum ber kenningarrömmunum saman.

I.3.2. Tilgáta um mismunandi virkjun

Teasdale (1988) setti fram tilgátu um mismunandi virkjun sem skýrir bakslag og endurtekningu lota í þunglyndi, einstaklingsmun á hversu alvarlegt þunglyndið verður og því hvort fólk upplifi þunglyndi aðeins einu sinni eða festist í vítahring. Í kenningunni er gerður greinarmunur á næmi fyrir upphafi (*onset*) þunglyndis og næmi fyrir bakslögum (*persistence*) þunglyndis.

Gert er ráð fyrir því að eðlilegur gangur þunglyndis sé afturhvarf einkenna og batí. Þá er talið að atburðir og atvik sem komi þunglyndi af stað hjá þeim sem hafa næmi fyrir þunglyndi valdi einnig vanlíðan og vægu þunglyndi hjá

flestum. Það þurfi því að rannsaka hvaða munur sé á þeim sem falla í klínískt þunglyndi og hinum sem ekki gera það (Teasdale, 1988).

Kjarni kenningarinnar er sá að hugsanamynstrin sem Beck telur valda þunglyndi og atvik sem veki upp mynstrin séu í raun virkjuð í depurð. Talið er að það séu hugsanamynstrin og mismunur á þeim sem ákvarði alvarleika þunglyndisins og hafi áhrif á næmi fyrir þunglyndi (*onset vulnerability*) en ekki endilega upphaflegar ástæður þunglyndisins. Hjá þeim sem falla í alvarlegt þunglyndi sé það mismunur í hugsanamynstrum sem ákvarði hvort lotur endurtaki sig og hvort um bakslag verði að ræða eða ekki (Teasdale, 1988).

Það sem er samhljóma með kenningum Teasdale og Becks er að þunglyndi viðhaldist ef túlkun á atburðum er mjög neikvæð og þunglyndið aukist ef viðkomandi telur atburði slæma og óviðráðanlega. Þeir sem hafa almennt (*global*) neikvætt sjálfsmat eru í meiri hættu á að falla endurtekið í þunglyndislotur. Innihald hugsana er talið í báðum kenningum persónubundin og háðar reynslu hvers og eins (Lau, Segal og Williams, 2004; Teasdale, 1988). Innihaldið samsvarar einkennum svo sem hvaða hvatir breytast og hvaða tilfinningum sjúklingur finnur fyrir. Manneskja sem telur framtíðina svarta og finnur fyrir miklu vonleysi í sínum þunglyndislotum er þannig líklegri til að íhuga sjálfsvíg (Lau, Segal og Williams, 2004; Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane og Segal, 2008).

Hugnæmi er í mörgu áþekk hugmynd og þunglyndisþríund Becks og inniheldur neikvæða mynd af sjálfinu, heiminum og framtíðinni. Það sem greinir að kenningar Teasdale og Becks er sú hugmynd Becks að við ákveðið atvik eigi neikvæðar skýringar og túlkanir sér stað. Til að atburðurinn geti virkjað hugræna skemað þurfi þetta tvennt að eiga saman (Beck, 1967; Teasdale, 1988). Til að taka einfaldað dæmi um hugrænt skema má segja að manneskja sem varð fyrir því áfalli að missa foreldri í æsku hafi þróað með sér þá hugmynd að allir fari frá henni. Síðar á lífsleiðinni verði skilnaður við maka til þess að skemað vaknar upp.

Í tilgátunni um mismunandi virkjun er talið að depurð geti valdið því að neikvæð hugsanamynstur virkist. Þá komi fram neikvæðara sjálfsmat, það verður auðveldar að muna neikvæða og óhagstæða atburði, framtíðarhorfur eru metnar neikvæðar og túlkun á samskiptum við umheiminn er neikvæð. Þannig er

unnið úr áreitum á annan hátt en ella í depurð. Við hverja þunglyndislotu tengist neikvæð upplýsingaúrvinnsla og hugsanamynstur skapinu. Skap geti svo virkað eins og kveikja fyrir hugrænu skemun eftir að bata er náð. Skemun séu í raun ekki aðgengileg nema þegar einstaklingur er niðurdreginn sem skýrir af hverju ekki hefur fundist munur á hugsunum þeirra sem eru lausir við þunglyndiseinkenni og hinna sem aldrei hafa upplifað þunglyndi. Áhersla kenningarinnar er þannig á skap og líðan sem hugsanlega kveikju þunglyndis en ekki atvik. Af þessu leiðir að hugsmíðarnar sem depurðin hefur áhrif á eru mun fjölbreyttari en kenning Becks gerir ráð fyrir. Ekki þarf að vera samhljómur á milli atviks og innihalds hugsanamynsturs sem upphaflega olli yfirstandandi þunglyndislotu (Teasdale, 1988).

Samkvæmt kenningu Teasdale (1988) eykur neikvæð túlkun á reynslu á þunglyndið til að mynda vegna minnisskekkju sem þunglyndið veldur. Minnisrannsóknir benda til þess að skekkja komi fram í endurheimt og skráning minninga sem stjórnist af skapi. Þannig sé auðveldara að skrá (*encode*) atburði í minni sem eru í samræmi við það skap sem viðkomandi var í þegar atvikið átti sér stað (*mood congruous memory*). Talsverður stuðningur hefur komið fram við þessi áhrif skaps á minni (Teasdale, 1988). Í ofanálag á fólk auðveldara með að kalla fram minningar sem samsvara því skapi sem það er í hverju sinni þannig að niðurdregin manneskja man frekar neikvæða atburði en jákvæða (*mood dependent memory*) (Eich, 1995).

Nú er gott að staldra við og taka saman það sem fram hefur komið um kenningu Teasdale. Í stuttu máli gerir kenningen ráð fyrir því að þungt skap hafi neikvæð áhrif á ýmsa hugræna þætti svo sem minni, túlkun á atvikum, sjálfsmat og mat á framtíðarhorfum. Í fyrri lotum festast þessi hugsanaferli í sessi og þannig verður til tenging milli þunglyndis og neikvæðra hugsanamynstra. Þungt skap virkjar svo aftur skekkjur í upplýsingaferlum, sem minnisskekkjur og almennt neikvætt sjálfsmat styður við sem að lokum auka á þunglyndið. Hér má því tala um vítahring.

Í tilgátunni um mismunandi virkjun eru þrjár megintilgátur. Í fyrsta lagi er gert ráð fyrir því að með þungu skapi skekkist upplýsingaferlið, sem verði neikvæðara og auki þannig þunglyndislega túlkun á reynslu og áreitum. Af þessu leiðir að hættan á dýpra þunglyndi eykst þar sem atvik eru túlkuð sem ákaflega

óþægileg og óviðráðanleg. Í þriðja lagi gerir kennin um ráð fyrir einstaklingsmun í þeim hugsanaferlum sem þungt skap vekur og tengist það fyrri reynslu hvers og eins. Þannig verður neikvætt hugsanaferli sterkara hjá þeim sem hafa sögu um þunglyndi en hjá þeim sem aldrei hafa upplifað þunglyndi (Lau, Segal og Williams, 2004; Teasdale, 1988). Tekið skal fram að næmi fyrir upphafi þunglyndis og næmi endurtekningu þess er flókin samsuða líffræðilegra þátta, umhverfisþátta og sálfræðilegra þátta. Kenning Teasdale (1988) setur sálfræðilega þáttinn í forgrunn og skoðar hvernig hann verkar á hina. Gert er ráð fyrir hinum þáttunum sem skýringu á einstaklingsmun meðal annars út frá þeim stuðningi sem viðkomandi fær, hversu alvarlegan atburð hann þarf að takast á við og svo framvegis (Teasdale, 1988).

Að framansögðu er ljóst að til þess að rannsaka þátt hugnæmis í depurð þarf að laða fram depurð með einhverjum hætti. Eins og fram hefur komið hefur verið brugðið á það ráð að fá þáttakendur til að svara DAS-spurningalistum til að meta hugrænar breytingar fyrir og eftir að mild depurð hefur verið löðuð fram með tónlist eða sorglegu atriði úr kvíkmynd. Vandinn sem þessi aðferð skapar er meðal annars sá að búast má við að um fjórðungur þáttakenda finni ekki til mildu depurðarinnar. Annað vandamál er að það ógnar áreiðanleika að leggja sama prófið fyrir með tíu mínútna millibili og í sumum rannsóknum var því brugðist við með því að leggja fyrir tvö hliðstæð form af DAS. Þó eru uppi efasemdir um að útgáfurnar, A og B, séu alveg sambærilegar (Van der Does, 2002). Það var því full þörf fyrir próf sem gæti mælt hugnæmi beint og brást Van der Does (2002) við þeirri þörf með LEIDS prófinu um hugnæmi.

I.4. Próffræðilegri eiginleikar LEIDS prófsins

Willem Van der Does (2002) hannaði próf sem metur hugrænar breytingar við vanlíðan, hvort sem það er til komið af vanlíðan sem er löðuð fram eða kemur fram undir eðlilegum kringumstæðum. Prófið er sjálfsmatsmæling (*self report measure*) á hugnæmi fyrir depurð. Við samningu prófsins voru „hugrænar breytingar“ hugtakagreindar og var notast við sérfræðiþekkingu, textabækur, hugrænar meðferðarbækur og leiðbeiningar til þess. 75 atriði á Likert 0- 4 kvarða ásamt leiðbeiningum voru sendar fimm sérfræðingum (meðferðaraðilum og rannsakendum) og í kjölfarið voru leiðbeiningar ásamt nokkrum atriðum

endurorðuð. 23 atriði voru tekin út þar sem þeim var talið ofaukið. Útgáfan sem var rannsókuð innihélt 52 atriði sem voru bæði almenn eðlis (Ég get aðeins hugsað jákvætt þegar mér líður vel) og sértækari spurningar (Þegar ég er niðurdregin(n) hugsa ég neikvæðar um æsku mína). Einnig var spurt um hugrænar breytingar sem gætu talist jákvæðar eða viðhorf sem eru jákvæð gagnvart depurð svo sem „þegar ég er dapur/ döpur er ég hjálpsamari“ og „ég er ég sjálf/ur þegar ég er niðurdregin(n)“. Þessi atriði voru sett inn þar sem sjúklingar hafa talað um líðan sem þessa í óyndi og einnig þar sem þau auka áreiðanleika prófsins og geta minnkað svarhneigð (*response set tendencies*).

Í leiðbeiningum sem fylgdi spurningalistanum kom fram að prófinu væri ætlað að meta hugsanir sem koma fram þegar fólk er niðurdregið eða dapurt. Var sú líðan metin sem 3 – 4 á kvarðanum 0 – 10 og skilgreint sem „Alls ekki góður dagur þó að ekki sé um þunglyndi að ræða. Ef til vill á líðan þín eftir að versna en þér gæti líka farið að líða betur á morgun eða næstu daga“. Þáttakendur voru að lokum beðnir um að taka sér stund til að íhuga þessar aðstæður (Van der Does, 2002).

Við þáttagreiningu spurningalistans var aðferðin *Principal Components Analysis* notuð og kom fram að fjórir þættir skýrðu 51,1% af heildardreifingu atriða á listanum. Notaður var hvass snúningur (*oblique rotation*) til að leyfa fylgni milli þátta en eingöngu var túnkuð fylgni breytu við þátt ef hún var hærri en 0,40.

Fyrsti þátturinn, neikvætt sjálfsmat (*negative self evaluation*), innihélt 25 atriði af 52 sem endurspeglar neikvætt mat hvort sem það er sjálfsmat eða það mat sem einstaklingar telja að aðrir dæmi, hugsi og trúi um þá.

Atriðin sem féllu undir annan þátt voru jákvæð viðhorf til depurðar og vanlíðanar. Sum atriðanna áttu við samskipti og eiginleika eins og hjálpfýsi eða næmi fyrir öðrum. Önnur atriði voru viðurkenning á að depurð ætti við viðkomandi eins og að hann væri meira eins og hann ætti að sér undir slíkum kringumstæðum eða atriði sem áttu við hegðun til að taka á vandanum eins og að leggja harðar að sér og vinna meira. Þáttur tvö hlaut nafngiftina Sátt/ Bjargráð (*acceptance/coping*). Priðji þátturinn, Skeitingarleysi (*indifference*) á við skeitingarleysi gagnvart sjálfum sér og öðrum. Þar er spurt um atriði eins og „þegar ég er niðurdregin(n) þarf minna til að ég verði ónærgætin(n) eða

kaldhæðin(n)“. Síðasti þátturinn snýr að því að forðast vandræði, átök og áhættu (*harm avoidance*) ásamt atriðum sem meta fullkomnunaráráttu og stjórnsemi svo sem „þegar ég er dapur/ döpur truflar fullkomnunaráráttu mig meira“ og „þegar ég er niðurdregin(n), hef ég meiri þörf fyrir að hafa stjórn á öllu“ (Van der Does, 2002).

Innri áreiðanleiki (*Cronbach's alpha*) milli þátta var góður, Neikvætt sjálfsmat var með $\alpha= 0,89$, Sátt/ bjargráð $\alpha=0,77$, Skeytningarleysi hafði $\alpha=0,72$ og Forðun áhættu $\alpha=0,79$ (Van der Does, 2002).

Í rannsókn Van der Does (2002) á listanum kom fram að meðaltal og staðalfrávik var hærra á öllum þáttum LEIDS hjá þeim sem höfðu upplifað þunglyndi en hjá hinum. Það var ekki munur á skori þeirra sem höfðu farið í styrti þunglyndislotur en tvær vikur og þeirra sem höfðu upplifað þunglyndislotur í tvær vikur eða lengur. Undantekningin frá þessu var þátturinn Sátt/ bjargráð en þeir sem höfðu styrti þunglyndislotu skoruðu hærra þar en þeir sem höfðu verið lengur í þunglyndislotu. Konur höfðu hærra meðaltalsskor en karlar á neikvæða sjálfsmatsþættinum en á öðrum þáttum fannst ekki kynjamunur á svörum. Fylgni milli LEIDS-skora og aldurs var í kringum núll en jákvæð fylgni fannst milli HADS (*Hospital anxiety and depression scale*) þunglyndisskors og LEIDS ($r=0,41$; $p<0,001$) og jákvæð fylgni fannst einnig á hverjum undirþátta prófsins, þáttur 1 hafði fylgnina $r= 0,39$, þáttur 2 $r=0,18$, þáttur 3 $r=0,34$ og þáttur 4 $r=0,29$, $p<0,05$ í öllum tilvikum. Að lokum reyndist fylgni milli LEIDS og DAS-13 vera $r= 0,54$ (undirþættir 1, 2, 3 og 4 með $r= 0,53$, $0,17$, $0,35$ og $0,46$), ($p< 0,05$). LEIDS hefur því gott innra samræmi og samtímaréttmæti (Van der Does, 2002).

Í endurskoðaðri útgáfu LEIDS-R eru 34 atriði og sex undirþætti (Van der Does og Williams, 2003). Þættirnir eru Vonleysi/ sjálfsvígshegðun (þegar ég er niðurdregin(n) verð ég oftar vonlausari um allt), Sátt/ bjargráð (þegar ég er niðurdregin(n) er ég meira eins og ég sjálf/ur), Árásargirni (Þegar ég er dapur/ döpur missi ég auðveldar stjórn á skapi mínu), Stjórn/ fullkomnunaráráttta (Þegar ég er niðurdregin(n) veldur fullkomnunaráráttta mér meira hugarangri), Endurteknar vangaveltur (þegar ég er dapur/döpur eyði ég meiri tíma í að hugsa um hugsanlegar ástæður fyrir skapinu) og Forðun áhættu (Þegar ég er dapur/ döpur tek ég færri áhættur). Innra samræmi undirþáttanna var á bilinu $\alpha=0,64$

fyrir Sátt/ bjargráð upp í $\alpha=0,84$ fyrir Vonleysi/ sjálfvígshegðun (Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane og Segal, 2008).

Jákvæð fylgni hefur fundist við hugnæmi í tilraunaaðstæðum og svör á spurningalistanum eru mismunandi hjá þeim sem hafa sögu um þunglyndi og á þeim sem hafa aldrei upplifað þunglyndi (Van der Does, 2002; Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane og Segal, 2008).

I.5. Markmið rannsóknar

Í þessari rannsókn er ætlunin að kanna hvort tengsl séu á milli hugnæmis og depurðareinkenna með því að leggja LEIDS-prófið fyrir þátttakendur sem að auki svara spurningalistum um greiningarviðmið fyrir alvarlegt þunglyndi og þunglyndissögu (MDQ) og alvarleika þunglyndis (BDI-II). Einnig voru lagðir fyrir þátttakendur spurningalistar um tilfinningahæði (SUMT) og neikvæð viðhorf (DAS).

Tilgáta 1 er sú að þátttakendur sem hafa sögu um þunglyndi mælist með meiri styrk hugnæmis, það er að þeir skori hærra á LEIDS prófinu en þeir sem ekki hafa upplifað þunglyndi. Tilgáta 2 er að tilfinningahæði og hugnæmi tengist þannig að þeir sem eru háðari tilfinningum sínum séu viðkvæmari fyrir breytingum í skapi og sýni þannig meira hugnæmi.

II. Aðferð

Páttakendur

Þáttakendur voru sjálfboðaliðar valdir af hentugleika. Alls tóku 136 manns þátt, allt stúdentar við sálfræðideild Háskóla Íslands. Konur voru 103 talsins eða 75,7% þáttakenda og karlar 33 eða 24,3%. Meðalaldur þáttakenda var 23,34 ár (Sf=3,9), yngsti þáttakandi 19 ára og sá elsti 42 ára. Ekki var mikill munur á aldri kynja, meðalaldur kvenna var 23,45 ár (Sf=4,2; aldursbil 19-42 ára) en meðalaldur karla var 23 ár (Sf=3,0; aldursbil 19-31 árs).

Mælitæki

Mælitæki voru fimm spurningalistar sem lagðir voru fyrir nemendur. Allir spurningalistarnir eru sjálfsmatslistar.

Spurningalisti um alvarleg þunglyndiseinkenni (Major Depression Questionnaire, MDQ; Van der Does, Barnhofer og Williams, 2003) var notaður til að meta þunglyndiseinkenni og þunglyndissögu þáttakenda. Atriði listans byggja á greiningarviðmiðum DSM-IV-R (APA, 2000) fyrir alvarlegt þunglyndi auk spurninga um áhrif líðan á færni og virkni í daglegu lífi og útilokandi atriða eins og sorgar í kjölfar missis. Í rannsókn á próffræðilegum eiginleikum MDQ (Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane og Segal, 2008) var þokkalegt samræmi milli staðlaðs viðtals og þunglyndisgreiningar samkvæmt listanum. Í 39 manna úrtaki voru þeir 19 einstaklingar sem hlutu þunglyndisgreiningu í viðtali allir greindir rétt með MDQ listanum. 15 af 20 einstaklingum sem ekki voru greindir með viðtali, hlutu rétta greiningu á listanum. Næmi listans samkvæmt þessari rannsókn var því 100% með 100% neikvæða forspárhæfni, 79% jákvæða forspárhæfni, 75% sértækni og heildar kappastuðull upp á 0,75 (Williams, Van der Does, Barnhofer, Crane og Segal, 2008). Frekari rannsókna á próffræðilegum eiginleikum listans er þó þörf (Van der Does, Barnhofer og Williams, 2003) og eiginleikar listans hafa ekki verið kannaðir hér á landi. Ragnar Pétur Ólafsson sálfræðingur þýddi listann úr ensku yfir á íslensku sem var notuð hér.

Leiden spurningalistinn fyrir næmi um þunglyndi (*Leiden Index of Depression Sensitivity-LEIDS-R*; Van der Does, 2002) er endurskoðuð útgáfa af sjálfsmatslista sem metur breytingar á hugnæmi í depurð. Fjallað er ítarlega um gerð listans í inngangi og verður það því ekki endurtekið hér. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að listinn greinir á milli þeirra sem hafa sögu um þunglyndi og þeirra sem hafa það ekki. Innra samræmi undirþátta hefur verið frá $\alpha=0,64$ í Sátt/bjargráð til $\alpha=0,84$ Vonleysi/Sjálfsvígshugsanir. Samtímaréttmæti hefur einnig reynst gott (Van der Does, 2002).

Íslensk þýðing listans var lögð fyrir þáttakendur sem Sigrún Þóra Sveinsdóttir og Ragnar Pétur Ólafsson unnu. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar eru ekki þekktir.

Spurningalisti um tilfinningar (SUMT-28; Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005). Hér er um að ræða 28 atriða sjálfsmatsspurningalista sem metur tilfinningahæði, það er tilhneigingu fólks til að finnast að það verði að reiða sig á tilfinningar sínar og líðan þegar það tekur sér eitthvað fyrir hendur, myndar sér skoðanir á hlutum og málefnum eða þegar það tekst á við hluti eða vandamál í daglegu lífi (Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005).

Prófið hefur góða próffræðilega eiginleika. Heildarskor SUMT hefur miðlungs sterk tengsl við aðrar skyldar hugsmíðar, svo sem að gefa eigin tilfinningum gaum, sem gefur til kynna að um aðskildar hugsmíðar sé að ræða. Tilfinningahæði og lyndiskvíði hafa miðlungs sterka jákvæða fylgni sem bendir til þess að tilfinningahæði tengist neikvæðum tilfinningum og heildarskor listans tengist auknum þrálátum áhyggjum og áráttu- og þráhyggjueinkennum (Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005).

Mjög gott innra samræmi er á heildarskori listans ($\alpha=0,95$). Við þáttagreiningu fundust fjórir undirþættir sem eru: 1) Tilfinningahæði 2) Áhrif 3) Hræðsla og loks 4) Vissa og öryggi. Innra samræmi undirþátta er gott eða $\alpha=0,81$ - 0,89 og þeir hafa yfirleitt góða fylgni sín á milli eða $r=0,60$ - 0,78 (Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005).

Punglyndiskvarði Becks, önnur útgáfa (Beck Depression Inventory - BDI-II; Beck, Steer og Brown, 1996). Notuð var íslenska gerð spurningalistans sem er 21 atriða sjálfsmatslisti á kvarðanum 0–3. Hann er víða notaður til að meta hvort þunglyndiseinkenni séu til staðar sem og alvarleika þeirra. Ekki var horft til neinnar sérstakrar kenningar við gerð prófsins heldur voru atriði valin eftir almennum lýsingum sjúklinga á líðan sinni (Jakob Smári, Daníel Þór Ólason, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson, 2008). Litið er svo á að einkenni þunglyndis séu á vídd en ekki í aðskildum flokkum, svo munurinn á alvarlegu og mildu þunglyndi sé magn einkenna en ekki að um mismunandi tegundir þunglyndis sé að ræða (Jakob Smári o.fl., 2008). Á listanum er spurt um atriði eins og depurð, svartsýni, fyrri mistök og ánægjumissi svo dæmi séu tekin.

Próffræðilegir eiginleikar prófsins eru góðir, bæði hvað ensku gerðina varðar og þá íslensku. Áreiðanleikastuðlar hafa reynst um 0,92 fyrir sjúklingahópa og 0,93 fyrir háskólanema. Sundurgreinandi réttmæti við önnur próf hefur reynst gott en þó öllu lakara fyrir kvíðapróf sem má skýra með líkindum raskananna og tíðra samslátta þeirra. Samleitni réttmæti er gott (Jakob Smári o. fl., 2008).

Í heild hefur íslenska gerð prófsins góða próffræðilega eiginleika. Innri áreiðanleiki reyndist góður sem og endurprófunaráreiðanleiki. Lægri fylgni fékkst við kvíðapróf sem bendir til nokkurs aðgreiningarréttmætis og prófið greinir á milli þeirra sem hafa greinst með þunglyndi samkvæmt greiningarviðtali og þeirra sem það hafa ekki gert (Arnarson, Ólason, Smári og Sigurðsson, 2008).

Mæling á neikvæðum viðhorfum (Dysfunctional attitude scale-DAS; Weissman og Beck, 1978). Þessi listi var einnig lagður fyrir þátttakendur en niðurstöður úr þeirri fyrirlögn verða ekki birtar hér.

Framkvæmd

Sótt var um leyfi fyrir rannsókn til Vísindasiðanefndar og hún tilkynnt til Persónuverndar. Þá var haft samband við kennara á 1. og 2. ári í sálfræðideild Háskóla Íslands og þeir beðnir um leyfi til að leggja listana fyrir eftir tíma. Rannsóknin var kynnt nemendum og þeir beðnir um að taka þátt. Þeir voru látnir

vita af rétti sínum til að hækta þáttöku hvenær sem væri án útskýringa. Áður en spurningalistar voru lagðir fyrir fengu nemendur fyrirmæli um að svara spurningum eftir bestu getu og að gæta þess að um fimm mismunandi spurningalista væri að ræða. Skrifleg fyrirmæli á MDQ listanum voru ruglandi og gáfu til kynna að öllum listum væri lokið en ekki þeim eina. Reynt var að koma í veg fyrir slíkan misskilning í munnlegri kynningu.

Spurningalistar voru lagðir fyrir í fjórum mismunandi röðum:

1. a) LEIDS b) MDQ c) DAS-SF2 d) BDI-II e) SUMT-28
2. a) MDQ b) LEIDS c) DAS -SF1 d) SUMT-28 e) BDI-II
3. a) LEIDS b) MDQ c) BDI-II d) SUMT-28 e) DAS-SF2
4. a)MDQ b) LEIDS c) SUMT-28 d) BDI-II e) DAS-SF1.

III. Niðurstöður

Byrjað var á að framkvæma þáttagreiningu á íslenskri þýðingu LEIDS-R og varð meginásagreining (*Principal axis factoring*) fyrir valinu. Leitað var að þeim sex þáttum sem fundust í erlendri gerð hans með því að draga sex þætti. Í töflu 1 má sjá atriðin flokkuð saman eftir þáttum sem þau tilheyra í erlendu gerðinni. Fylgni atriðanna í íslensku þýðingunni sjást til hliðar og hvernig þau raðast á sex þætti. Það eru talsverð frávik miðað við það sem búast mætti við. Atriðin raðast ekki á sömu þætti og í erlendu gerðinni og þau atriði sem falla á sömu þætti í íslensku þýðingunni eiga gjarnan ekki merkingarlega saman. Þetta á ekki við þátt 1 í íslensku þýðingunni sem fellur vel saman við Árásargirni erlendrar gerðar.

Tafla 1. Niðurstöður PAF þáttagreiningar á LEIDS-R

	I	II	III	IV	V	IV
<i>Vonleysi</i>						
Atr 5						0,52
Atr 9			0,55			
Atr 17		0,45				
Atr 30			0,82			
Atr 34			0,76			
<i>Sátt/Bjargr.</i>						
Atr 4				0,47		
Atr 10			0,51			
Atr 15					0,42	
Atr 24		0,52				
Atr 28			0,44			
<i>Árásarg.</i>						
Atr 7	0,35					
Atr 18	0,64					
Atr 21	0,70					
Atr 22	0,82					
Atr 26	0,48					
Atr 29	0,68					
<i>Stjórn /Fullk.árátta</i>						
Atr 3		0,35				
Atr 8				0,44		

Atr 12	0,37
Atr 16	0,59
Atr 19	0,47
Atr 31	0,38
<i>Forðun áhættu</i>	
Atr 1	
Atr 2	0,61
Atr 6	0,55
Atr 11	0,56
Atr 14	
Atr 23	
<i>Endurt. vangav.</i>	
Atr 13	
Atr 20	
Atr 25	
Atr 27	
Atr 32	0,42
Atr 33	0,50

*Tekin voru út atriði sem höfðu fylgni undir 0,30. Atriði spurningalistans eru flokkuð eftir þáttum sem þau tilheyra í erlendri gerð hans. Fylgni hvers atriðis á sex þætti er svo sýnd til hliðar eins og þau komu fram við þátagreiningu íslenskrar þýðingar.

Til að bregðast við þessu voru heildarstig prófsins notuð til samanburðar við BDI-II og SUMT spurningalistana og þáttakendum skipt upp í hópa eftir svörum á MDQ kvarðanum.

Í töflu 2 má sjá lýsandi tölfræði, meðaltöl og staðalfrávik ásamt innri áreiðanleika heildarskors BDI, SUMT og LEIDS. Áreiðanleiki var mjög góður á öllum kvörðum en eins og sést á töflu 2 er hann á bilinu 0,92- 0,96.

Tafla 2. Líysandi tölfræði og áreiðanleiki mælinga.

	Meðaltal	Staðalfrávik	Cronbach's alpha
Heildarskor- LEIDS (n=131)	45,31	20,03	0,92
Heildarskor- BDI-II (n=123)	8,43	9,03	0,96
Heildarskor- SUMT (n=123)	2,97	0,74	0,94

Í töflu 3 eru meðaltöl þátttakanda fyrir fjóra hópa flokkuð eftir niðurstöðu á MDQ listanum. Í hópi 1 voru þeir 80 þátttakendur sem ekki uppfylltu greiningarviðmið fyrir alvarlegt þunglyndi, hvorki undanfarnar tvær vikur né einhvern tíma áður, og nefnist sá hópur „Ekki þunglyndir“. Í hópi 2 voru fjórir þátttakendur sem sögðust ekki hafa sögu um þunglyndi en uppfylltu greiningarviðmið fyrir alvarlegt þunglyndi núna og nefnist sá hópur „Þunglyndir nú en ekki áður“. Hópur 3 samanstóð af sex þátttakendum sem uppfylltu greiningarviðmið fyrir alvarlegt þunglyndi, bæði undanfarnar tvær vikur sem og einhvern tíma áður og nefnist hann „Þunglyndir nú og áður“. Hópur 4 nefnist „Þunglyndi áður en ekki nú“ og taldi 27 þátttakendur sem sögðust hafa sögu um þunglyndi. „Þunglyndir nú og áður“ skora hæst á öllum listum. Meðaltal „Þunglyndi áður en ekki nú“ er hærra en hjá „Ekki þunglyndir“.

Tafla 3. Meðaltal og staðalfrávik heildarstiga BDI-II, LEIDS-R og SUMT eftir þunglyndi þátttakenda, metið með MDQ listanum.

	EKKI ÞUNGLYNDIR (n=80) MEÐALTAL (SF)	ÞUNGLYNDIR ÁÐUR EN EKKI NÚ (n=27) MEÐALTAL (SF)	ÞUNGLYNDIR NÚ EN EKKI ÁÐUR (n=4) MEÐALTAL (SF)	ÞUNGLYNDI NÚ OG ÁÐUR (n=6) MEÐALTAL (SF)
BDI-II				
Heildarstig	5,51 (5,14)	9,95 (9,75)	16,9 (5,41)	29,83 (7,33)
LEIDS-II				
Heildarstig	40,23 (19,00)	52,66 (16,79)	61,5 (14,43)	79,41 (11,97)
SUMT-				
Heildarstig	2,79 (0,73)	3,28 (0,70)	3,17 (0,80)	3,73 (0,38)

Einhliða dreifigreining var reiknuð til að sjá hvort marktækur munur væri á þessum meðaltölu. Megináhrif hópagerðar reyndust marktæk, fyrir BDI listann fékkst $F(4)=19,61$, $p<0,001$ milli hópa, fyrir SUMT-listann, $F(4)=4,39$, $p=0,002$ og fyrir LEIDS-listann, $F(4)=9,02$, $p<0,001$.

Hóparnir sem áhugaverðast var að skoða voru „Ekki þunglyndir“ og „Þunglyndi áður en ekki nú“. Þeir hópar voru teknir sérstaklega út og skoðaðir. Til að bera saman meðaltöl þessara tveggja hópa voru reiknuð t-próf fyrir óháð úrtök á þessum hópum fyrir spurningalistana þrjá. Það var gert til að álykta

hvort munur væri á hópunum „Ekki þunglyndir“ og „Þunglyndir áður en ekki nú“. Próf Levens leiddi í ljós ómarktækan mun á dreifni hópanna á SUMT-listanum $F(0,09)$, $p=0,77$ og LEIDS-listanum $F(1,43)$, $p=0,23$ en ekki á BDI-listanum $F(9,55)$, $p<0,05$. Niðurstöður t-prófanna sýndu að marktækur munur var á meðaltölum hópanna á öllum listunum þremur, það er á BDI-listanum $t(29,56)=-2,07$, $p<0,05$, SUMT $t(104)=-2,84$, $p<0,05$ og LEIDS-R $t(112)=-2,84$, $p<0,05$. Þetta þýðir að þeir sem höfðu sögu um þunglyndi höfðu meiri þunglyndiseinkenni, höfðu meira hugnæmi og sýndu meira tilfinningahæði en þeir sem ekki höfðu neina þunglyndissögu.

Til að kanna hvort samband væri milli hugnæmis og tilfinningahædis var fylgni heildarskors LEIDS listans við heildarskor SUMT listans reiknuð og var hún miðlungs sterk eða $r= 0,44$, $p<0,001$. Þetta bendir til þess að þeir sem hafi meira hugnæmi séu háðari tilfinningum sínum. Fylgni milli heildarskora SUMT og BDI var $r=0,37$, $p<0,001$. Til að athuga hvort sambandið sé tilkomið vegna áhrifa þunglyndis var hlutfylni (*partial correlation*) heildarskora LEIDS og SUMT reiknuð. Þá er leiðrétt fyrir áhrif BDI listans og þannig gengið í skugga um hvort það sé í raun þunglyndi sem hefur áhrif á samband hugnæmis og tilfinningahædis. Lækkaði fylgnin við þetta $r=0,30$, $p<0,001$ en var engu að síður marktæk. Þetta þýðir að núverandi þunglyndiseinkenni geti að einhverju leyti skýrt aukið tilfinningahæði en þar sem fylgnin er marktæk er hægt að álykta að samband sé milli tilfinningahædis og hugnæmis sem koma ekki til vegna núverandi þunglyndiseinkenna.

Því næst var samband hugnæmis og tilfinningahædis skoðað í hvorum hópi fyrir sig, það er í hópunum „Ekki þunglyndir“ og „Þunglyndi áður en ekki nú“. Stjórnað var fyrir áhrifum þunglyndis (BDI-II) og var hlutfylni SUMT við LEIDS hjá „Ekki þunglyndi“ $r=0,30$, $p<0,05$ og hlutfylni SUMT við LEIDS hjá hópnum „Þunglyndi áður en ekki nú“ var $r= -0,11$, $p=0,62$. Þetta þýðir að hugnæmi hefur aðeins fylgni við tilfinningahæði hjá þeim sem hafa enga sögu um þunglyndi. Það samband kemur ekki fram hjá þeim sem hafa upplifað þunglyndi áður.

Að lokum var hópurinn „Þunglyndi áður en ekki nú“ skoðaður sérstaklega og fylgni spurningalistanna við fjölda fyrri þunglyndislota athuguð. Þegar gögnin voru skoðuð nánar sást að einn þátttakandi sagðist hafa farið í 50

þunglyndislotur sem þótti grunsamlega mikið og var hann tekinn út af ótta við að svör hans myndu skekkja niðurstöður. Reyndist fylgni milli fjölda fyrri þunglyndislota og LEIDS vera $r=0,57$, $p<0,05$ sem bendir til þess að samband sé á milli fjölda þunglyndislota og hugnæmis. Fylgni við SUMT var mjög lág og ómarktæk eða $r=0,17$, $p=0,46$ og sömu sögu var að segja um BDI $r=0,17$, $p=0,46$. Þetta bendir til þess að ekki sé samband milli fjölda fyrri þunglyndislota og tilfinningahæðis og það sama sé að segja um samband þunglyndis og fjölda skipta í þunglyndi. Ef undirþættir erlendu gerðar LEIDS eru skoðaðir og fylgni þeirra við fjölda skipta athuguð reynist sterkust fylgni við Vonleysi $r=0,42$, $p<0,05$, Sátt/ bjargráð $r=0,51$, $p<0,05$ og Forðun áhættu $r=0,53$, $p<0,05$. Athygli vekur að fylgni við Endurteknar vangaveltur, sem er sterkur þáttur í þunglyndi, er ekki há eða $r=0,37$ en það jaðrar við marktekt með $p=0,094$.

IV. Umræða

Tilgáta 1 var sú að hugnæmi myndi mælast meira hjá þeim sem hafa sögu um þunglyndi en hjá þeim sem hafa enga sögu um þunglyndi. Sú tilgáta var studd hér. Breytileiki í hópnum „Þunglyndi áður en ekki nú“ var kannaður eftir fjölda fyrri lota. Fylgni milli LEIDS listans og fjölda fyrri lota var jákvæð og miðlungs sterk sem bendir til þess að aukið hugnæmi haldist í hendur við aukinn fjölda fyrri lota.

Þessi niðurstaða samræmist vel fyrri rannsóknum sem margar hafa staðfest að hugnæmi sé áhættuþáttur fyrir því að fólk falli í þunglyndi í fyrsta skipti og að það geti haft áhrif á að þunglyndið endurtaki sig. Styrkur hugnæmis getur spáð fyrir um hvort þunglyndið endurtaki sig óháð því meðferðarúrræði sem fólk hlýtur við fyrri þunglyndislotum (sjá yfirlit hjá Lau, Segal og Williams, 2004).

Það vakti athygli að þó nokkrir þáttakendur sögðust hafa fundið fyrir þunglyndiseinkennum frá því í mars en þá eykst álag á nemendur samfara verkefnaskilum og prófum. Það má því varpa því fram hvort raunverulega hafi verið um kvíðaeinkenni að ræða en mörg einkenni kvíða eru sameiginleg þunglyndi (Jakob Smári og fl., 2008). Ekki var lagt fyrir kvíðapróf til að útiloka þetta. Hins vegar voru svo fáir, eða tíu manns samtals, sem sögðust finna fyrir þunglyndiseinkennum að það getur ekki hafa haft áhrif á heildarniðurstöðu rannsóknarinnar. Styrkur hópsins var það líttill að ekki náðist að greina mun á hópum með tölfraðilegum prófum. Hins vegar hefði verið athyglisvert að sjá hvort samband væri milli kvíða og hugnæmis eða hvort kvíði hefði áhrif á hugnæmi og fjölda fyrri þunglyndislotu svo dæmi séu tekin.

Stutt er síðan LEIDS spurningalistinn, sem var notaður til að meta hugnæmið, var þýddur á íslensku og próffræðilegir eiginleikar hans eru ekki þekktir. Það að þeir sex undirþættir, sem fundust í erlendum rannsóknum, hafi ekki fundist í þessari rannsókn þarf ekki að þýða að þeir séu ekki til staðar í íslensku þýðingunni. Úrtakið taldi aðeins 132 þáttakendur fyrir 34 breytur en talið er nauðsynlegt að úrtak sé 10 sinnum stærra en fjöldi breyta til að stöðug þáttabygging finnist og vantaði því talsvert upp á þáttakendafjölda í þessari rannsókn. Þrátt fyrir að ekki hafi tekist að endurtaka þáttabyggingu erlendrar

gerðar LEIDS hér var samband þeirra við fjölda fyrri þunglyndislota skoðað. Sterkasta sambandið sem kom fram var við Vonleysi, Sátt/ bjargráð og Forðun áhættu en ekki komu fram skýr tengsl við Endurteknar vangaveltur. Það kemur spánskt fyrir sjónir þar sem endurteknar vangaveltur og hugnæmi eru skyldar hugsmíðar (Teasdale, 1988). Það hefði því mátt búast við að fjöldi þunglyndislota hefði skýr tengsl við þáttinn Endurteknar vangaveltur og kann þessi niðurstafaða að skýrast af úrtakinu fremur en að tengslin séu ekki til staðar í þýði.

Tilgáta tvö var ekki studd, en hún var að tilfinningahæði og hugnæmi tengdust þannig að þeir sem séu háðari tilfinningum sínum séu viðkvæmari fyrir skapsveiflum. Það kom fram munur á heildarskori SUMT listans eftir því hvort fólk væri með eða án sögu um þunglyndi sem gefur til kynna að þeir sem hafa áður upplifað þunglyndi séu háðari tilfinningum sínum en hinir. Fylgni heildarskora LEIDS og SUMT minnkaði þegar áhrif þunglyndis voru leiðrétt sem bendir til þess að tengslin séu að einhverju leyti tilkomin vegna þunglyndis en þó er þarna samband sem er óháð núverandi þunglyndiseinkennum þar sem fylgnin var marktæk. Það sem er athyglisvert er að ekki kom fram fylgni milli hugnæmis og tilfinningahæðis hjá þeim sem hafa sögu um þunglyndi heldur aðeins hjá þeim sem hafa aldrei upplifað þunglyndi. Það mætti skýra þetta sem svo að tilfinningahæði hafi áhrif á hugnæmi áður en fólk fer að falla endurtekið í þunglyndi en eftir að sá ferill hefst séu aðrir orsakaþættir sem skipta meira máli. Þetta eru getgátur og niðurstæðan gæti að sjálfsögðu líka bent til þess að tilfinningahæði hafi ekkert með hugnæmi að gera hjá þeim sem falla endurtekið í þunglyndi.

Í rannsókn á spurningalistanum SUMT (Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005) voru tengsl hugnæmis við kvíðaraskanir prófuð en ekki þunglyndi sérstaklega. Niðurstöður þeirrar rannsóknar voru að tengsl prófsins væru sterkari við þráhugsanir en áráttu í áráttu- og þráhyggjuröskun. Þar segir einnig að það skipti máli hvort sjálfsskoðunin sé jákvæð og byggist á forvitni og þekkingarleit (*reflection*) eða neikvæð sem snýst að endurteknum hugsunum um eigin galla (*rumination*) (Trapnell og Campell, 1999). Það má benda á fylgni listans við lyndiskvíða og þá ályktun sem af því var dregin að tilfinningahæði tengist neikvæðum tilfinningum frekar en jákvæðum (Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári, 2005). Það er því

ýmislegt sem bendir til tengsla milli tilfinningahæðis og þunglyndis en þau gætu verið sértækari og sterkari við þætti eins og endurteknar vangaveltur (*ruminations*) í þunglyndi sem geta dýpkað á þunglyndislotunni og lengt hana. Það væri fróðlegt að skoða þessi tengsl sérstaklega og ljóst að frekari rannsókna á tengslum tilfinningahæðis við þunglyndi er þörf.

Hvað sem öllum vanköntum líður fæst sú niðurstaða að marktækur munur sé á svörum þeirra sem ekki eru þunglyndir en hafa annað hvort sögu um þunglyndi eða ekki. Fyrrnefndi hópurinn taldi 27 manns sem er stór hópur miðað við það sem má búast við í úrtaki sem þessu. Líklegast er um einhverja ofgreiningu að ræða en eftir stendur að íslensk þýðing LEIDS listans gerir greinarmun á hópum eftir þunglyndissögu þeirra samkvæmt þessu.

Kenning Teasdale (1988) um mismunandi virkjun er ein af þeim vörðum sem leiddu fræðimenn til frekari rannsókna á hugnæmi. Um þessar mundir beinast rannsóknir meðal annars að því hvort hugnæmi geti verið orsakandi áhættuþáttur fyrir þunglyndi og hvort hann valdi bakslögum (Lau, Segal og Williams, 2004). Hér myndi dýpri skilningur á þætti hugnæmis í depurð bæta, til að mynda, fyrirbyggjandi meðferðir sem miða að því að minnka hugnæmi hjá fólk sem er í áhættuhópi fyrir endurteknar þunglyndislotur. Í grein Lau og félaga (2004) er bent á nauðsyn þess að skyra nákvæmlega hvaða þættir það eru í hugrænni atferlismeðferð og árverknimiðaðri hugrænni atferlismeðferð sem draga úr hugnæmi um leið og kortleggja þarf hugnæmið sjálft og gangverk þess nánar.

Það er kappsmál að draga úr hættu á baksagi og forða sjúklingum frá þeim sársauka sem sjúkdómnum fylgir. Einnig er nauðsynlegt að fræða almenning um kosti sálfræðilegrar meðferðar og árangur sem getur náðst umfram lyfjagjöf eina saman. Miðað við þá þekkingu sem er til staðar er full ástæða til bjartsýni og það má gleðjast yfir þeim árangri sem náðst hefur. Enn er þó mikið verk óunnið og er þörf á frekari rannsóknum á þætti hugnæmis í depurð.

V. Heimildaskrá

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington DC: Höfundur.
- Arnarson, Þ. Ö., Ólason, D. Þ., Smári, J. og Sigurðsson, J. F. (2008). The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): Psychometric properties in Icelandic student and patient population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62, 360-365.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: Meridian.
- Beck, A.T., Steer, R. A. og Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory- Second edition*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Boland, R. J. og Keller M. B. (2009). Course and outcome of depression. Í Gotlib I. H og Hammen C. L. (ritstj.). *Handbook of depression* (bls. 23- 43). New York: The Guilford Press.
- Carver, C. S. og Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Consensus development panel. (1985). NIMH/NIH consensus development conference statement: Mood disorders-Pharmacologic prevention of recurrence. *American Journal of Psychiatry*, 142, 469-476.
- Eich, E. (1995). Searching for mood dependent memory. *Psychological Science*, 6, 67-75.
- Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S. og Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the implicit association test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 282-289.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., og Evans, M. D. (1987). Causal mediation of change in treatment for depression: Discriminating between nonspecificity and noncausality. *Psychological Bulletin*, 102, 139-149.

- Jakob Smári, Daníel Þór Ólason, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson. (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskri gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið*, 13, 147-169.
- Judd, L. J. (1997). The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 54, 989-991.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R. o.fl. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. Results from the national comorbidity survey replication (NCS-R). *The Journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Lau, M. A., Segal, Z. V. og Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1001-1017.
- Lépine, J. P., Gastpar, M., Mendlewicz, J. og Tylee, A. (1997). Depression in the community: The first pan-European study DEPRES. *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 19-29.
- Martin, L. L., Ward, D. W., Achee, J. W. og Wyer, R. S. (1993). Mood as input: People have to interpret the motivational implications of their mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64, 317-326.
- Miranda, J. og Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 76-79.
- Miranda, J., Persons, J. B. og Byers, C. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 237-241.
- Miranda, J. og Gross, J. J. (1997). Cognitive vulnerability, depression and the mood-state dependent hypothesis: Is out of sight out of mind? *Cognition and emotion*, 11(5/6), 585-605.
- Murray, C. L. og Lopez, A. D. (1998). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Boston: Harvard University Press.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J. og Grayson, C. (1999). Explaining th gender differences in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1061-1072.

- Paykel, E. S., Ramana, R., Cooper, Z., Hayhurst, H., Kerr, J. og Barocka, A. (1995). Residual symptoms after partial remission: An important outcome in depression. *Psychological Medicine*, 25, 1171-1180.
- Ragnar P. Ólafsson, Ragnhildur S. Georgsdóttir og Jakob Smári. (2005, október). *Spurningalisti um tilfinningahæði (SUMT): Próffraðilegir eiginleikar og tengsl við aðrar hugsmíðar*. Erindi flutt á Þjóðarspeglinum 2005: Rannsóknir í félagsvísindum VI, Háskóli Íslands.
- Segal, Z. V., Gemar, M. og Williams, S. (1999). Differential cognitive response to a mood challenge following successful cognitive therapy or pharmacotherapy for unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 3-10.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. og Teasdale J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. New York: The Guilford Press.
- Sigrún Þóra Sveinsdóttir. (2011). *Hugnæmi fyrir depurð og tengsl þess við tilfinningastjórn og tilfinninganæmi*. Óbirt BS-ritgerð við heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands.
- Simons, A. D., Garfield, S. L. og Murphy, G. E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy: changes in mood and cognition. *Archives of General Psychiatry*, 41, 45-51.
- Sweeney, P. D., Anderson, K. og Bailey, S. (1986). Attributional style in depression: a meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 974-991.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and emotion*, 2, 247-274.
- Teasdale, J. D. og Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: an investigation of two hypothesis. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 113-126.
- Trapnell, P. D. og Campbell, J. D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284-304.
- Van der Does, A. J. W. (2002). Cognitive reactivity to sad mood: structure and validity of a new measure. *Behavior research and therapy*, 40, 105-120.

Van der Does, A. J. W., Barnhofer, T. og Williams, J. M. G. (2003). *The Major Depression Questionnaire (MDQ)*

www.dousa.nl/publications_depression.htm#mdq

Wells, K. B., Sturm, R., Sherbourne, C. D. og Meredith, L. S. (1996). *Caring for depression*. Boston: Harvard University Press.

Weissman, A. N., Beck, A. T. (1978). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation*. Toronto: American Educational Research Association.

Williams, J. M. G., Van der Does, A. J. W., Barnhofer, C. C. og Segal, Z. S. (2008). Cognitive reactivity, suicidal ideation and future fluency: Preliminary investigation of a differential activation theory of hopelessness/suicidality. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 83-104.

Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C. og Matthews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: John Wiley and Sons

Wittchen, H. U. og Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe: a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15, 357-376.