

Hugræn atferlismeðferð við lágu sjálfsmati: Mat á árangri níu vikna hópmeðferðar

Margrét Aðalheiður Hauksdóttir, Hafrún Kristjánsdóttir,
Lilja Sif Þorsteinsdóttir og Gunnar Örn Ingólfsson

Landspítali Háskólasjúkrahús, Háskólinn í Reykjavík, Háskóli Íslands og
Helse Førde Noregi, Háskóli Íslands og Sálfræðingarnir Lynghálslsi

Sjálfsmat er mikilvægur þáttur góðrar geðheilsu. Lágt sjálfsmat getur verið alvarlegur vandi sem hefur oft víðtæk áhrif. Lágt sjálfsmat getur verið hluti af geðröskunum, afleiðing þeirra eða áhættuþáttur fyrir þróun þeirra. Sálfræðingurinn Melanie Fennell setti fram hugrænt líkan um lágt sjálfsmat árið 1997 og hafa meðferðir við lágu sjálfsmati verið þróaðar út frá líkani hennar. Rannsóknir hafa sýnt að þær meðferðir hafa reynst árangursríkar. Markmið þessarar rannsóknar var að meta árangur af níu vikna hópmeðferð við lágu sjálfsmati þar sem notast var við íslenskan meðferðarvísi sem byggður er á líkani Fennell. Í upphafi meðferðar voru fjórir sjálfsmatskvarðar lagðir fyrir 244 þátttakendur. Þátttakendur sem luku meðferð voru 146 og fylltu þeir út þrjá sjálfsmatskvarða við lok hennar. Niðurstöður bentu til þess að meðferðin bæti sjálfsmat og lífsgæði auk þess að minnka einkenni þunglyndis, kvíða og streitu. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda þannig til þess að níu vikna hópmeðferð við lágu sjálfsmati sem byggir á íslenskum meðferðarvísi beri árangur. Niðurstöðurnar lofa góðu en ljóst er að frekari rannsókna er þörf til að svara spurningum um gagnsemi meðferðarinnar sem er víða notuð af sálfræðingum hérlendis.

Efnisorð: Lágt sjálfsmat, hugræn atferlismeðferð, hópmeðferð, þunglyndi, kvíði

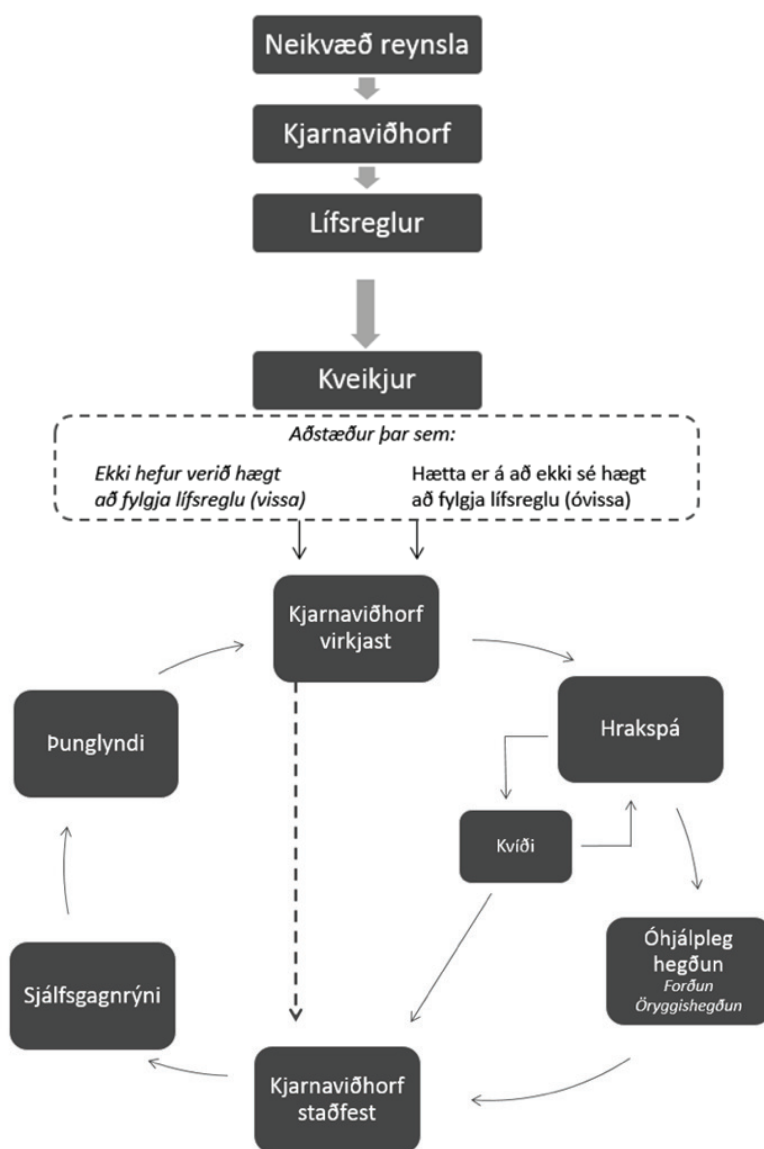
Sjálfsmat er mikilvægur þáttur góðrar geðheilsu (e. *psychological health*). Sjálfsmat vísar til þeirra skoðana sem fólk hefur á sjálfu sér og hvers virði því finnst það vera. Sá sem hefur lágt sjálfsmat hefur almennt neikvæða skoðun á sjálfum sér, fellir um sig neikvæða dóma og telur persónulegt gildi sitt lítið eða jafnvel ekki neitt (Fennell, 1997, 1998b).

Fennell (1997) setti fram hugrænt líkan um lágt sjálfsmat sem byggir á hugrænum kenningum Beck um tilfinningavanda (Beck, 1976). Hugrænu líkani Fennell um lágt sjálfsmat er ætlað að skýra upphaf og þróun lágs sjálfsmats og tengsl þessara þátta við vandann eins og hann birtist hverju sinni, það er vítahringur kvíða og þunglyndis. Líkaninu er ekki ætlað að skýra ákveðna

geðröskun heldur algeng hugræn ferli og hegðun sem er til staðar hjá þeim sem hafa lágt sjálfsmat en einnig tilfinningavanda og jafnvel persónuleikavanda (Butler, Fennell og Hackmann, 2008; McManus, Waite og Shafran, 2009). Hugrænt líkan Fennell um lágt sjálfsmat má sjá á 1. mynd.

Samkvæmt hugrænu líkani Fennell er kjarni lágs sjálfsmats neikvæð kjarnaviðhorf sem viðkomandi hefur um sig. Slík kjarnaviðhorf verða til vegna samspils meðfæddra þátta

Margrét Aðalheiður Hauksdóttir, Cand. psych., er sálfræðingur á Landspítala Háskólasjúkrahúsi, Hafrún Kristjánsdóttir, PhD, er lektor við Háskólann í Reykjavík, Lilja Sif Þorsteinsdóttir, Cand. psych., er sálfræðingur við Helse Førde Noregi og Gunnar Örn Ingólfsson er doktorsnemi og sálfræðingur hjá stofunni Sálfræðingarnir Lynghálslsi. Fyrirspurnum um greinina má beina til Hafrúnar Kristjánsdóttur á netfangið hafrunkr@ru.is.



1. mynd. Hugrænt líkan af lágu sjálfsmati byggt á kenningum Fennell

og þeirrar reynslu sem einstaklingur verður fyrir í lífinu, einkum snemma á lífsleiðinni. Neikvæð reynsla getur leitt til þess að neikvæð kjarnaviðhorf þróast en dæmi um neikvæða reynslu eru vanræksla, misnotkun, einelti, lítil umhyggja og skortur á hrósi eða viðurkenningu. Neikvæð kjarnaviðhorf sem

þróast í kjölfar slíkrar reynslu geta verið „ég er vitlaus“, „ég er einskis virði“ og „ég er ekki nógu góð/ur“. Eins og gefur að skilja getur það reynst erfitt tilfinningalega að trúá slíkum hugmyndum um sjálfan sig og því verða til lífsreglur. Lífsreglur eru reglur um það hvernig á að hegða sér til þess að koma í veg fyrir

að sannleikurinn um það hver viðkomandi telur sig í raun vera (neikvæð kjarnaviðhorf) komi í ljós. Því má segja að lífsreglur geri viðkomandi kleift að taka virkan þátt í hinu daglega lífi og líða ágætlega svo lengi sem hann fylgir þeim í einu og öllu. Dæmi um lífsreglur eru „ég má ekki gera mistök“, „ég verð að gera öðrum til hæfis“ og „ef ég er ekki 100% viss tjái ég mig ekki um hlutina“. Það er þó vandkvæðum háð að fylgja lífsreglum því þannig gerir viðkomandi ekkert til að ögra eða breyta neikvæðum kjarnaviðhorfum heldur kemst hann tímabundið af með því að hylja eða fela þau fyrir sjálfum sér og öðrum. Að auki gerir viðkomandi ósanngjarnar kröfur til sín með því að ætla að fylgja lífsreglum þar sem þær fela gjarnan í sér há viðmið um frammistöðu sem engin leið er að fylgja í einu og öllu. Kveikjur eru aðstæður þar sem kjarnaviðhorf virkjast og í kjölfarið fara af stað vítahringir óhjálplegra hugsana, tilfinninga og hegðunar. Í líkani Fennell er gert ráð fyrir að kveikjur geti verið af tvennum toga. Annars vegar eru kveikjur aðstæður þar sem hætta er á því að ekki sé hægt að fylgja lífsreglu og hins vegar aðstæður þar sem ekki hefur verið hægt að fylgja lífsreglu og hún því þegar brotin. Í aðstæðum þar sem hætta er á að ekki sé hægt að fylgja lífsreglu upplifir einstaklingur óvissu og í kjölfarið fer af stað vítahringur hrakspár, kvíða og óhjálplegrar hegðunar. Hrakspár sem komið geta upp eru til dæmis „ég á eftir að missa stjórn á mér“ og „ég verð mér til skammar“. Kvíði og líkamleg einkenni hans fylgja slíkum spám. Óhjálpleg hegðun sem er algeng í aðstæðum sem þessum er forðun eða öryggishegðun. Þess háttar hegðun er ætlað að koma í veg fyrir að hrakspá rætist en viðheldur í raun lágu sjálfsmati því hver svo sem niðurstaðan verður upplifir viðkomandi að neikvætt kjarnaviðhorf hafi verið staðfest. Slík staðfesting á neikvæðum kjarnaviðhorfum leiðir til sjálfsgagnrýni og depurðar sem þróast getur í þunglyndi. Dæmi um sjálfsgagnrýni er „ég geri aldrei neitt rétt“ og „aulinn ég“. Depurð eða þunglyndi viðheldur svo neikvæðum kjarnaviðhorfum og

þannig lágu sjálfsmati. Í aðstæðum þar sem lífsreglu hefur ekki verið fylgt og því engin óvissa til staðar líkt og lýst var að ofan (sjá brotalínu á 1. mynd) fer einungis í gang minni vítahringur sjálfsgagnrýni og depurðar eða þunglyndis (Fennell, 1997, 1998a).

Lágt sjálfsmat er ekki skilgreint sem sérstök röskun í flokkunarkerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (ICD-10) eða flokkunarkerfi Bandarísku geðlækna-samtakanna (DSM-V) sem stuðst er við í Bandaríkjunum (WHO, 2005; APA, 2013). Þrátt fyrir það er ljóst að lágt sjálfsmat getur verið alvarlegur vandi sem hefur oft víðtæk áhrif. Lágt sjálfsmat hefur meðal annars verið tengt brottfalli úr námi (Guillon, Crocq og Bailey, 2003), ótímabærri þungun (Plotnick, 1992), lélegri félagslegri stöðu, lágum tekjum, atvinnuleysi (Feinstein, 2000) og almennt slæmum lífsgæðum (Evans, 1997; Mann, Hosman, Schaalma og Vries, 2004). Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á sterk tengsl lágs sjálfsmats við ýmsar geðraskanir (Silverstone, 1991; Silverstone og Salsali, 1993). Erfitt er að fullyrða um hvers eðlis þessi tengsl eru en lágt sjálfsmat getur verið hluti af geðröskun, afleiðing þeirra eða áhættuþáttur fyrir þróun þeirra. Samkvæmt Silverstone og Salsali (2003) hefur meirihluti þeirra sem þjást af geðröskun lágt sjálfsmat, í mismiklum mæli þó. Sjálfsmat reyndist lægst hjá þeim sem þjást af þunglyndi, áfengis- og vímuefnamisnotkun og átröskun. Einnig reyndust þeir sem greindust með fleiri en eina geðröskun hafa lægra sjálfsmat, sérstaklega ef hluti vandans var þunglyndi (Silverstone og Salsali, 2003). Lágt sjálfsmat hefur einnig verið tengt sjálfsskaða og sjálfsvígshættu (Hawton, Rodham, Evans og Weatherall, 2002; Kjelsberg, Neegaard og Dahl, 1994, Overholser, Adams, Lehnert og Brinkmann, 1995). Þá virðist lágt sjálfsmat spá fyrir um minni bata í meðferð geðraskanana og spá fyrir um bakslag eftir meðferð (Brown, Bifulco og Andrews, 1990; Fairburn, Peveler, Jones, Hope og Doll, 1993).

Það er því er ljóst að mikilvægt er að gefa lágu sjálfsmati gaum í meðferðarvinnu og þróa

árangursríka meðferðarvísa. Fennell (1997, 1999, 2006) hefur þróað slíkan meðferðarvísi þar sem hún sameinar viðurkenndar og gagnreyndar aðferðir við meðferð þunglyndis, kvíða og persónuleikavanda (Fennell, 1998a; Beck, Rush, Shaw og Emery 1979; Beck, Emery og Greenberger, 1985; Beck og Freeman, 1990). Meðferð byggð á líkani Fennell um lágt sjálfsmat getur verið stutt eða löng eftir eðli og umfangi vandans. Þótt Fennell hafi þróað meðferðarvísinn sem stutt inngrip hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) hefur hún bent á að hægt sé að aðlaga hann svo hann gagnist í meðferð flókans samsetts geðræns vanda og jafnvel persónuleikavanda (Fennell, 1998b, 1999). Meðferð samkvæmt meðferðarvísi Fennell er ætlað að takast á við ákveðna þætti hugræns líkans lágs sjálfsmats á kerfisbundinn hátt þótt röð og áherslur geti verið breytilegar (Fennell, 1998a). Markmið meðferðarinnar er að rjúfa vítahringinn sem settur er fram í líkaninu með því að bera kennsl á, efast um og prófa neikvæðar sjálfvirkar hugsanir (hrakspár og sjálfsgagnrýni). Einnig er unnið í því að byggja upp heilbrigðara sjálfsmat til dæmis með því að skrá niður jákvæða eiginleika og koma fram við sjálfa/n sig af virðingu og umhyggju. Þegar færni í þessum þáttum hefur verið náð er unnið að því að takast á við sjálfar lífsreglurnar sem og kjarnaviðhorfin (Fennell 1997, 1998a, 2006; Fennell og Jenkins, 2004).

Rannsóknnum á árangri HAM við lágu sjálfsmati, sem byggja á líkani Fennell, fer sífellt fjölgandi. Slík meðferð hefur sterkan rannsóknargrunn að baki sér þar sem hún sameinar viðurkenndar aðferðir HAM við meðferð þunglyndis, kvíða, flókans tilfinningavanda og persónuleikavanda (Fennell og Jenkins, 2004). Eins og þekkt er hefur HAM reynst árangursrík við þunglyndi og kvíðaröskunum (Department of Health, 2008; Butler, Chapman, Forman og Beck, 2006; Magnús Blöndahl Sighvatsson, Hafrún Kristjánsdóttir, Engilbert Sigurðsson og Jón Friðrik Sigurðsson, 2011). Þá hefur HAM sem veitt er í hópi við sértækum röskunum

reynst vel (Morrison, 2001) en einnig ósérhæfð (e. *transdiagnostic*) HAM í hópi (Kristjánsdóttir o.fl., 2015).

Einungis fimm árangursrannsóknir hafa verið gerðar á HAM við lágu sjálfsmati sem byggir á hugrænu líkani Fennell. Þær rannsóknir benda til þess að slík meðferð sé áhrifarík leið til að efla sjálfsmat og draga úr einkennum þunglyndis og kvíða, hvort sem veitt er einstaklingsmeðferð eða meðferð í hópi (McManus, Waite og Shafran, 2009; Waite, McManus og Shafran, 2012; Morton, Reid og Stewart, 2012; Pack og Condren, 2014; McElhinney, Reid og Morton, 2016). McManus og félagar (2009) birtu meðferðartilfelli þar sem lýst er mati, kortlagningu og meðferð skjólstæðings með lágt sjálfsmat, þunglyndi og kvíðaröskun. Árangur meðferðar var góður og var munur á mælingum á þunglyndi, kvíða og sjálfsmati fyrir og eftir meðferð. Árangur meðferðar viðhélst í eftirfylgd eftir eitt ár. Í annarri rannsókn báru Waite og félagar (2012) 11 þátttakendur sem fóru í tíu einstaklingstíma í HAM við lágu sjálfsmati saman við 11 þátttakendur sem voru á biðlista. Niðurstöður þeirra benda til þess að slík meðferð sé áhrifarík leið til að draga úr lágu sjálfsmati, þunglyndi og kvíða samanborið við þá sem voru á biðlista. Árangur viðhélst í eftirfylgd tíu vikum eftir að meðferð lauk. Morton og félagar (2012) könnuðu áhrif átta vikna HAM í hópi við lágu sjálfsmati hjá 37 konum með lágt sjálfsmat. Niðurstöður benda til þess að slík hópmeðferð sé árangursrík leið til að bæta sjálfsmat og draga úr þunglyndi og kvíða. McElhinney og félagar skoðuðu þessa sömu meðferð aftur árið 2016. Þátttakendur voru 41 kona en þar af luku 26 þeirra meðferð. Niðurstöður voru þær sömu og hjá Morton og félögum þar sem sjálfsmat jókst og það dró úr einkennum þunglyndis og kvíða í kjölfar meðferðar. Pack og Condren (2014) könnuðu árangur 10 vikna HAM í hópi við lágu sjálfsmati hjá 50 skjólstæðingum heilsugæslu. Niðurstöður gáfu til kynna marktækan mun á þunglyndi, kvíða og sjálfsmati fyrir og eftir meðferð. Þessi munur hélst óbreyttur í eftirfylgd þremur mánuðum síðar.

Íslenskur meðferðarvísir sem byggir á hugrænum kenningum Fennell (1997, 1999, 2006) um lágt sjálfsmat hefur verið þróaður hjá sálfræðipjónustu Landspítala Háskólasjúkrahúsi (LSH). Meðferðarvísirinn *Hugræn atferlismeðferð við lágu sjálfsmati* hefur verið notaður í einstaklingsmeðferð og hópmeðferð af íslenskum sálfræðingum bæði innan LSH og utan hans. Markmið þessarar rannsóknar er að meta árangur níu vikna hópmeðferðar sem byggir á þessum íslenska meðferðarvísi. Eftirfarandi tilgátur eru settar fram: 1) Sjálfsmat og lífsgæði aukast í kjölfar meðferðar og 2) Þunglyndis-, kvíða- og streitueinkenni minnka í kjölfar meðferðar.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur voru 244 skjólstæðingar geðsviðs LSH og Heilsugæslu Höfuðborgarsvæðisins (HH). Alls luku 146 (60%) meðferðinni. Meðalaldur þátttakenda sem hófu meðferð var 37,4 ár (sf: 12,4 ár), konur voru 198 (81%) á móti 44 körlum (18%) en tveir þátttakendur gáfu ekki upp kyn (0,8%). Meðalaldur þátttakenda sem luku meðferð var 36,4 ár (sf: 12,2 ár), konur voru 117 (80,7%) en karlar voru 28 (19,1%).

Meðalfjöldi greininga samkvæmt Patient Health Questionnaire (PHQ; sjá umfjöllun að neðan), sem lagður var fyrir í upphafi meðferðar voru 1,2 greiningar (sf: 1,2; spönn

0-4) hjá öllum þátttakendum. Meðalfjöldi greininga hjá þeim sem luku meðferð voru 1,1 greining (sf: 1,2; spönn 0-4). Í töflu 1 má sjá fjölda og hlutfall þátttakenda sem uppfylla skilyrði þeirra raskana sem skimað er fyrir á PHQ í upphafi meðferðar. Um þriðjungur skimast með alvarlega geðlægð en um fimmtingur á við kvíða, skelfingarkvíða eða áfengisvanda að stríða samkvæmt PHQ.

Af þeim sem luku meðferð voru 60 (41,1%) með enga greiningu samkvæmt PHQ, 37 með eina greiningu (25,3%), 32 með tvær greiningar (21,9%), níu (6,2%) með þrjár greiningar og átta (5,5%) með fjórar greiningar. Af þeim sem luku meðferð höfðu 85,9% einhverja þekkingu á HAM og af þeim höfðu 59,8% farið í einhverskonar HAM meðferð og nýtt sér aðferðir HAM en 4,3% vissu ekkert um HAM.

Mælitæki

Patient Health Questionnaire (PHQ; Spitzer, Kroenke og Williams, 1999) er sjálfsmatskvarði sem byggir á PRIME-MD greiningarviðtalinu og er notaður til að skima fyrir geðröskunum. Kvarðinn er 58 atriða sjálfsmatskvarði. Svarendur svara í það minnsta 28 spurningum og í það mesta 58 spurningum. PHQ skimar eftir átta geðröskunum; líkömnunarröskun, alvarlegri geðlægð, óyndi, skelfingarkvíða, annarskonar kvíðaröskunum, lotugræðgi, átkastaröskun og áfengismisnotkun. Próffræðilegir eiginleikar frumútgáfunnar eru góðir (Spitzer o.fl, 1999) sem og próffræðilegir

1. tafla. Fjöldi og hlutfall þátttakenda sem skimast með geðraskanir samkvæmt PHQ.

	Luku meðferð		Luku ekki meðferð		Allir þátttakendur	
	N	%	N	%	N	%
Alvarleg geðlægð	48	32,9	34	34,7	82	33,6
Óyndi	18	12,3	9	9,2	27	11,1
Skelfingarkvíði	23	15,8	28	28,6	51	20,9
Kvíði	20	13,7	27	27,6	47	19,3
Lotugræðgi	8	5,5	3	3,1	11	4,5
Ofátröskun	11	7,5	10	10,2	23	8,6
Áfengisvandamál	32	21,9	16	16,3	48	19,7

eiginleikar íslensku útgáfunnar (Valdís Eyja Pálsdóttir, 2007). Kvarðann þýddu Agnes Agnarsdóttir, Hafrún Kristjánsdóttir, Jakob Smári, Jón F. Sigurðsson og Pétur Tyrfingsson.

Depression Anxiety Stress Scale (DASS; Lovibond og Lovibond, 1995) er 42 atriða sjálfsmatskvarði sem mælir þunglyndi, kvíða og streitu. Heildarskor listans getur verið á bilinu 0 til 126 stig. Undirþættir listans eru þrír, þunglyndisþáttur, kvíðaþáttur og streituþáttur, eins og nafn hans gefur til kynna. Hærra skor merkir meiri þunglyndis-, kvíða- eða streitueinkenni eftir atvikum. Próffræðilegir eiginleikar frumútgáfunnar eru góðir (Lovibond og Lovibond, 1995) sem og próffræðilegir eiginleikar íslensku útgáfunnar (Björgvin Ingimarsson, 2010). Pétur Tyrfingsson íslenskaði listann.

Quality of Life Scale (QOLS; Burckhardt, Woods, Schultz og Ziebarth, 1989) samanstendur af 16 fullyrðingum um lífsgæði sem svarendur eiga að taka afstöðu til. Heildarskor listans getur verið á bilinu 16 til 112. Eftir því sem skor er hærra því betri metur svarandi lífsgæði sín. Próffræðilegir eiginleikar frumútgáfunnar eru góðir (Burckhardt o.fl., 1989) sem og próffræðilegir eiginleikar íslensku útgáfunnar (Ólafur Veigar Hrafnsson og Mattías Guðmundsson, 2007). Pétur Tyrfingsson íslenskaði listann.

Robson Self Concept Scale (SCQ; Robson, 1989) er 30 atriða sjálfsmatskvarði sem ætlað er að meta sjálfsmat. Á kvarðanum svarar þátttakandi spurningum um það hversu mikils virði honum finnst hann vera, hversu aðlaðandi hann er, hversu hæfur og hvort honum finnst hann geti náð markmiðum sínum. Hærra skor merkir hærra sjálfsmat. Heildarskor listans er frá 0 til 210. Próffræðilegir eiginleikar frumútgáfunnar eru góðir (Addeo, Greene og Geisser, 1994). Ekki hefur verið gerð próffræðileg athugun á íslensku útgáfunni af listanum en innri áreiðanleiki listans í þessari rannsókn var góður ($\alpha = 0,86$). Sóley Dröfn Davíðsdóttir íslenskaði listann.

Framkvæmd

Hópmæðferð sem byggir á íslenskum meðferðarvísi, *Hugræn atferlismeðferð við lágu sjálfsmati*, var í boði fyrir skjólstæðinga geðsviðs LSH og HH á árunum 2007 til 2011. Þátttakendum var vísað í meðferðina af fagaðilum á LSH og HH, svo sem sálfræðingum, hjúkrunarfræðingum, læknum og félagsráðgjöfum, ef þeir töldu skjólstæðinga sína eiga erindi í hana. Skilyrði til þátttöku voru eftirfarandi 1) að vera sjálfráða, 2) að vera ekki með virkan geðrofssjúkdóm, 3) að vera ekki með þroskaskerðingu eða heilabilun og 4) að vera ekki með virkan fíknisjúkdóm. Þeir fagaðilar sem vísuðu skjólstæðingum í meðferðina mátu hvort þeir uppfylltu skilyrði til þátttöku.

Í upphafi fyrsta meðferðartíma voru fjórir sjálfsmatskvarðar lagðir fyrir PHQ, DASS, QOLS og SCQ. Einnig var listi með bakgrunnsspurningum um kyn, aldur og þekkingu á HAM lagður fyrir þátttakendum. Í síðasta meðferðartíma níu vikum síðar voru þrír sjálfsmatskvarðar lagðir fyrir aftur, DASS, QOLS og SCQ. Leyfi fyrir rannsókninni var fengið hjá Vísindasiðanefnd (VSNb2005090003/03-15) og framkvæmd hennar tilkynnt til Persónuverndar (S2602/2005).

Inngrip

Íslenskur meðferðarvísir, *Hugræn atferlismeðferð við lágu sjálfsmati*, var þróaður af tveimur af höfundum þessarar greinar, Hafrúnu Kristjánsdóttur og Margréti Hauksdóttur sálfræðingum. Meðferðarvísirinn byggir á bókum Melanie Fennell, *Overcoming Low Self-esteem* (1999) og *Overcoming low self-esteem self-help course: A 3-part programme based on cognitive behavioural techniques* (2006). Að auki byggir meðferðarvísirinn á vinnubók frá Miðstöð fyrir klíniska meðferð (e. *Center for Clinical Intervention*) er ber heitið *Improving Self Esteem* (Center for Clinical Intervention, e.d; Lim, Saulsman og Nathan, 2005).

2. tafla. Innihald meðferðar við lágu sjálfsmati

Tími	Innihald	Heimaverkefni
1. tími	Hvað er lágt sjálfsmat? Hvernig lágt sjálfsmat tengist öðrum vanda Hvernig áhrif lágs sjálfsmats eru breytileg	Fylla inn í fimm þátta líkan
2. tími	Hvernig þróast lágt sjálfsmat? Hvernig neikvæð reynsla leiðir til kjarnaviðhorfa og lífsreglna Hvernig lágt sjálfsmat þróast – Líkan af lágu sjálfsmati	Fylla inn í líkan af lágu sjálfs- mati
3. tími	Hvað viðheldur lágu sjálfsmati? Vítahringur lágs sjálfsmats Hrakspár og óhjálpleg hegðun Sjálfsgagnrýni	Teikna upp sinn eigin vítahring lágs sjálfsmats
4. tími	Að rannsaka hrakspár Hvað eru hrakspár? Hvernig hrakspár viðhalda lágu sjálfsmati Hvernig er komið auga á hrakspár og ónauðsynlegar varúðarráðstafanir Hvernig hægt er að finna önnur sjónarhorn Hvernig á að láta reyna á hrakspár	Hugsunarskrá – Hrakspár Atferlistilraunir
5. tími	Baráttan við sjálfsgagnrýni Hvernig sjálfsgagnrýni viðheldur neikvæðum kjarnavið- horfum Hvernig er hægt að vera meðvitaðri um sjálfsgagnrýni Hvernig er hægt að efast um sjálfsgagnrýni Hvernig hægt er að finna önnur sjónarhorn	Hugsunarskrá - Sjálfsgagnrýni
6. tími	Að sættast við mig eins og ég er Hvernig er hægt að fá raunsæja mynd af sjálfum sér Hvernig er hægt að taka eftir og skrá niður jákvæða eiginleika Hvernig er hægt að tileinka sér jákvæða eiginleika	Það góða við mig – listi yfir jákvæða eiginleika Jákvæðni dagbók – æfing í að taka eftir jákvæðum eiginleikum
7. tími	Að breyta lífsreglum Hvað eru lífsreglur Hvað er hjálplegt og hvað ekki varðandi lífsreglur Hvernig lífsreglur og lágt sjálfsmat tengjast Hvernig er hægt að koma auga á lífsreglur Hvernig er hægt að breyta lífsreglum	Lífsreglublað
8. tími	Að breyta kjarnaviðhorfum Hvernig er hægt að bera kennsl á kjarnaviðhorf Hvernig er hægt að þróa jákvæðari og ásættanlegri kjarnavið- horf Hvernig hægt er að nota athuganir og tilraunir til þess að styrkja í sessi ný kjarnaviðhorf	Að breyta kjarnaviðhorfum
9. tími	Heilbriggt sjálfsmat og framtíðin Samantekt Líkan af heilbrigðu sjálfsmati Bakslagsvarnir	Áætlun - Bakslagsvörn

Meðferðin fór fram einu sinni í viku og stóð í tvo tíma í senn í níu vikur. Tveir sálfræðingar voru meðferðaraðilar. Meðferðin skiptist í þrjá hluta, hver hluti samanstóð af þremur meðferðartímum. Yfirlit yfir innihald meðferðar má sjá í töflu 2.

Úrvinnsla

Til þess að meta árangur meðferðar voru framkvæmd þóruð t-próf þar sem borin voru saman skor á sjálfsmatskvörðunum DASS, QOLS og SCQ við upphaf og lok meðferðar. Einnig voru áhrifastærðir reiknaðar með jöfnunni; $d = (\text{Meðaltal}_{\text{upphaf}} - \text{Meðaltal}_{\text{lok}}) / ((\text{Staðalfrávik}_{\text{upphaf}} + \text{Staðalfrávik}_{\text{lok}}) / 2)$.

Þá var batahlutfall reiknað. Á hverjum kvarða fyrir sig var sá talinn hafa náð bata sem fór frá því að vera yfir viðmiðum í upphafi meðferðar í að vera undir viðmiðum við lok hennar. Þau viðmið sem notuð voru eru eftirfarandi: DASS þunglyndi: 9 stig, DASS kvíði: 7 stig, DASS streita: 15 stig og SCQ: 120 stig. Batahlutfall var reiknað með jöfnunni; Batahlutfall = Fjöldi þeirra sem náðu bata / (Fjöldi þeirra sem náðu bata + Fjöldi þeirra sem náðu ekki bata).

Til að meta hvort þeir sem luku meðferð hafi skorað ólíkt þeim sem luku ekki meðferð í upphafi meðferðar á sjálfsmatskvörðum var tveggja hópa t-próf framkvæmt. Einnig var tveggja hópa t-próf framkvæmt til að skoða

hvort munur væri á aldri og fjölda greininga þeirra sem luku meðferð og þeirra sem gerðu það ekki.

Niurstöður

Munur var á meðaltölum við upphaf og lok meðferðar á þunglyndis-, kvíða- og streitukvarða DASS ($t_{\text{þunglyndi}(135)}=6,81$, $p<0,001$, $t_{\text{kvíði}(15)}=5,56$, $p<0,001$ og $t_{\text{streita}(135)}=7,57$, $p<0,001$). Einnig var munur á meðaltölum við upphaf og lok meðferðar á SCQ sem metur sjálfsmat ($t_{\text{sjálfsmat}(135)}=-7,75$, $p>0,05$) og á QOLS sem metur lífsgæði ($t_{\text{lífsgæði}(122)}=-7,82$, $p<0,001$). Þess ber að geta að einungis 126 þátttakendur svöruðu QOLS í upphafi og við lok meðferðar en svör 136 þátttakenda voru fullnægjandi á DASS og SCQ (sjá töflu 3).

Áhrifastærðir voru allar miðlungs (0,51 – 0,68) eins og sjá má í töflu 3. Lægsta áhrifastærðin var fyrir kvíðakvarða DASS en sú hæsta á QOLS. Í töflu 3 má einnig sjá stigun skora þar sem það á við. Skor á öllum kvörðum DASS eru miðlungs alvarleg við upphaf meðferðar. Skor á þunglyndis- og kvíðakvarða DASS fara yfir í það að vera væg við lok meðferðar en skor á streitukvarða DASS er eðlilegt við lok meðferðar. Við upphaf meðferðar benda skor á SCQ til þess að um sé

3. tafla. Meðaltöl, staðalfrávik, stigun einkenna, *t*-gildi og áhrifastærðir.

	Upphaf		Lok		<i>t</i> -gildi	Áhrifa- stærð	Fjöldi
	Meðaltal (<i>sf</i>)	Stigun einkenna	Meðaltal (<i>sf</i>)	Stigun einkenna			
DASS							
Streita	19,2 (9,5)	Miðlungs alvarleg	13,2 (9,1)	Eðlileg	7,57*	0,65	136
Þunglyndi	18,6(11,7)	Miðlungs alvarlegt	12,0 (10,8)	Vægt	6,81*	0,58	136
Kvíði	11,1 (8,5)	Miðlungs alvarlegur	7,2 (6,7)	Vægur	5,56*	0,51	136
QOLS	66,1 (15,8)	ÁEV	76,5 (14,5)	ÁEV	-7,71*	0,68	136
Robson SCQ	100,1 (26,1)	Lágt	117,3 (25,3)	Lágt	-7,75*	0,67	123

* $p<0,05$ ÁEV = Á ekki við

að ræða fólk með lágt sjálfsmat en við lok meðferðar bendir skorið á SCQ til þess sama (sjá töflu 3).

Batahlutfall

Batahlutfall var reiknað fyrir alla undirvarða DASS og SCQ. Batahlutfall var á bilinu 47,4% (DASS kvíði) til 70,4% (SCQ). Batahlutföll má sjá í töflu 4.

Brottfallsgreining

Til að gera brottfallsgreiningu voru þeir sem mættu í síðasta meðferðartímann skilgreindir í rannsóknarhóp en þeir sem mættu ekki í síðasta meðferðartímann voru skilgreindir í brottfallshóp. Athugað var hvort að munur væri á meðaltölum brottfallshóps og rannsóknarhóps við upphaf meðferðar á skorum sjálfsmatskvarða, fjölda greininga og aldri. Eins og sjá má í töflu 5 leiddi samanburður

á rannsóknarhópi og brottfallshópi í ljós að einungis var munur á kvíðakvarða DASS ($t(230)=2,2, p=0,031$). Við upphaf meðferðar voru þeir þátttakendur sem ekki luku meðferð með meiri einkenni kvíða en þeir sem luku henni. Ekki er hægt að álykta sem svo að aðrar breytur hafi áhrif á það hverjir hættu í meðferð.

Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að hópmeðferð byggð á íslenskum meðferðarvísi, *Hugræn atferlismeðferð við lágu sjálfsmati*, sé árangursrík. Vísbendingar eru um að meðferðin bæti sjálfsmat og lífsgæði og minnki einkenni þunglyndis, kvíða og streitu. Þessar niðurstöður eru í samræmi við fyrri rannsóknir á HAM meðferð við lágu sjálfsmati sem byggja á hugrænu líkani Fennell (McManus o.fl., 2009; Waite o.fl.,

4.tafla. Hlutfall þátttakenda sem ná bata.

	Nær bata <i>N</i>	Nær ekki bata <i>N</i>	Undir viðmiðum í upphafi <i>N</i> (%)	Batahlutfall(%)
DASS				
Þunglyndi	56	44	36 (26,5)	56,0
Streita	48	45	43 (31,6)	51,6
Kvíði	36	40	60 (44,1)	47,4
Robson SCQ	81	34	21 (15,4)	70,4

5.tafla. Meðaltöl á sjálfsmatskvörðun, aldri og fjölda greininga hjá rannsóknar- og brottfallshópi við upphaf meðferðar.

	Rannsóknarhópur Meðaltal (<i>sf</i>)	Brottfallshópur Meðaltal (<i>sf</i>)	<i>t</i> -gildi
Aldur	36,4 (12,6)	38,4 (12,2)	0,8
Fjöldi greininga	1,1 (1,2)	1,3 (1,2)	1,3
DASS			
Streita	19,2 (9,5)	19,7 (9,6)	0,4
Þunglyndi	18,6 (11,7)	19,9 (11,6)	0,8
Kvíði	11,14 (8,5)	13,8 (10,1)	2,2*
QOLS	66,0 (15,7)	64,0 (16,1)	-0,9
Robson SCQ	100,1 (26,0)	98,9 (26,0)	-0,4

* $p<0,05$

2012; Morton o.fl., 2012; Pack og Condren, 2014; McElhinney o.fl., 2016) en þær rannsóknir benda til þess að sjálfsmat aukist og að einkenni þunglyndis og kvíða minnki í kjölfar meðferðar.

Fyrri tilgátan um að sjálfsmat og lífsgæði aukist í kjölfar meðferðar stóðst. Sjálfsmat þátttakenda mælt með SCQ listanum jókst í kjölfar meðferðar þar sem munur var á meðalskori þátttakenda við upphaf og lok meðferðar. Meðalskor þátttakenda á SCQ hækkaði um rúm 17 stig, meðalskor í upphafi meðferðar var 100,1 stig en 117,3 við lok hennar. Skor á SCQ á bilinu 100 til 119 þykja benda til lágs sjálfsmats. Þessar niðurstöður eru í takt við fyrri rannsóknir á árangri HAM meðferðar við lágu sjálfsmati sem byggir á hugrænu líkani Fennell (McManus o.fl., 2009; Waite o.fl., 2012; Morton o.fl., 2012; Pack og Condren, 2014; McElhinney o.fl., 2016).

Lífsgæði þátttakenda mæld með QOLS jukust í kjölfar meðferðar þar sem munur var á meðalskori þátttakenda við upphaf og lok meðferðar. Meðalskor þátttakenda á QOLS hækkaði um rúm 10 stig, meðalskor var 61,1 við upphaf meðferðar en við lok hennar skorðu þátttakendur að meðaltali 76,5 stig. Til viðmiðunar má benda á að meðalskor í úrtaki almennings í Noregi var 84 stig (Wahl, Rustoen, Hanestad, Lerdal og Moum, 2004). Því er ljóst að þátttakendur mátu lífsgæði sín slök við upphaf meðferðar en nær því sem gerist í almennu þýði við lok hennar. Lágst skor þátttakenda í upphafi meðferðar kemur heim og saman við niðurstöður Evans (1997) en í grein hans kom fram að þeir sem hafa lágt sjálfsmat meti lífsgæði sín slök.

Líkt og tilgáta eitt stóðst tilgáta tvö um að einkenni þunglyndis, kvíða og streitu minnkuðu í kjölfar meðferðar. Munur kom fram á einkennum þunglyndis, kvíða og streitu við upphaf og lok meðferðar sem bendir til þess að meðferðin hafi haft jákvæð áhrif á þessi einkenni. Fyrri rannsóknir á HAM við lágu sjálfsmati hafa einnig bent til þess að meðferðin hafi áhrif á þunglyndis- og kvíðaeinkenni (McManus o.fl., 2009; Waite o.fl., 2012;

Morton o.fl., 2012; Pack og Condren, 2014; McElhinney o.fl., 2016). Höfundar vita ekki til þess að áhrif HAM við lágu sjálfsmati á einkenni streitu hafi áður verið athuguð. Auk þess að tölfræðilega marktækur munur hafi verið á einkennum þunglyndis, kvíða og streitu við upphaf og lok meðferðar þá eru einnig vísbendingar um klínískt marktækan (e. *practical clinical significance*) mun. Það má sjá á því að þunglyndis og kvíðaeinkenni voru að jafnaði miðlungs alvarleg í upphafi meðferðar en væg við lok hennar. Að sama skapi voru streitueinkenni miðlungs alvarleg í upphafi meðferðar en eðlileg við lok hennar.

Með því að reikna áhrifastærðir er einnig hægt að kanna hvort að tiltekin meðferð beri árangur. Áhrifastærðir voru metnar í þessar rannsókn og voru allar miðlungs stórar samkvæmt viðmiðum Cohens (Cohen, 1988). Áhrifastærðir í þessari rannsókn ýta enn frekar undir þá ályktun að meðferðin beri almennt ásættanlegan árangur.

Nokkrir annmarkar voru á þessari rannsókn. Fyrst ber að nefna að enginn samanburðarhópur var í rannsókninni og því er ekki hægt að fullyrða að þær breytingar sem fram komu á skorum á kvörðum séu tilkomnir vegna meðferðarinnar en ekki annarra þátta. Einnig var brottfall úr meðferðinni töluvert. Það er þó ekki óþekkt að brottfall í HAM hópmeðferð sé allt að 50% (Oei og Kazmierzak, 1997). Ekki er hægt að segja til um það með vissu af hverju brottfall var svo hátt en mögulegt er að kvíði hafi átt sinn þátt í brottfalli þátttakenda. Að auki liggja ekki fyrir mælingar á því hvort að þeim sem ekki luku meðferð vegnaði verr en þeim sem kláruðu hana þar sem aðferð til þess að meta það var ekki notuð (e. *intention to treat*). Því er mögulegt að um ofmat á árangri meðferðarinnar sé að ræða. Að lokum má benda á að ekki var metið hvernig þátttakendum vegnaði eftir að meðferð lauk og því er ekki hægt að álykta um hvort árangur hafi viðhaldist. Af þessum sökum er mikilvægt að rannsaka frekar árangur meðferðar samkvæmt íslenska meðferðarvísinum, *Hugræn atferlismeðferð við lágu sjálfsmati*, þar sem notast er við

samanburðarhóp, mælingar á sjálfsmati og geðrænum vanda eru gerðar í hverjum tíma og gert er mat á því hvort árangur meðferðar viðhaldist til lengri tíma að meðferð lokinni. Slíkar rannsóknir hefðu mikið gildi. Vert er að taka fram að eftir því sem höfundar best vita er þetta einungis sjötta rannsóknin sem birt hefur verið á árangri HAM við lágu sjálfsmati sem byggir á meðferðarvísi Fennell og sú fjórða sem metur árangur hópmeðferðar. Sú rannsókn sem hér er fjallað um hefur mestan fjölda þátttakenda af þeim rannsóknum sem birtar eru og verður það að teljast styrkleiki.

Íslenski meðferðarvísirinn, *Hugræn atferlismeðferð við lágu sjálfsmati*, er töluvert mikið notaður af íslenskum sálfræðingum og því er mikilvægt að gagnsemi hans sé þekkt. Ef frekari staðfestingar á gagnsemi meðferðarvísisins koma fram hefur meðferðarvísirinn ótvíræða kosti en eins og Fennell hefur bent á (1998a, 1998b) er hægt að beita meðferðarvísunum sem byggðir eru á líkani hennar þvert á geðraskanir, hvort sem um er að ræða tilfinningavanda, samsettan vanda eða jafnvel persónuleikavanda (Fennell, 1998a, 1998b). Slíkt er mikilvægt þar sem vitað er að samsláttur geðraskana er frekar regla en undanteking (Hofmeijer-Sevink o.fl., 2012).

Cognitive Behavioural Therapy for Low Self-Esteem: Effectiveness of a nine-week group therapy

Self-esteem is an important part of good mental health. Low self-esteem can be a disabling problem for those who suffer. Low self-esteem can be a part of mental disorders, consequences of them or a risk factor for their development. In 1997 Melanie Fennell, a clinical psychologist, proposed a cognitive model of low self-esteem and based on her model cognitive behavioural treatments have been developed. Studies have shown that these treatments are effective. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a nine-week group therapy for low self-esteem using an Icelandic treatment manual that is based on Fennell's cognitive model. Prior to treatment, four self-report measurements were administered to 244 participants and of them 146 completed treatment and filled out

three self-report measurements post treatment. Results indicated that self-esteem and quality of life increased post treatment. In addition, symptoms of depression, anxiety and stress decreased after treatment. The results indicate that the nine-week group therapy for low self-esteem based on the Icelandic treatment manual is effective. The results are encouraging but further research is needed to answer questions about the utility of the treatment manual that is widely used by psychologists in Iceland.

Keywords: Low self-esteem, cognitive behavioural therapy, group therapy, depression, anxiety.

Heimildir

- Addeo, R.R., Greene, A.F. og Geisser, M.E. (1994). Construct validity of the Robson self-esteem questionnaire in a college sample. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 439-446. <http://dx.doi.org/10.1177/0013164494054002018>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: Penguin Books.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. og Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., Emery, G. og Greenberger, R. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A. og félagar. (1990). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: Guilford
- Brown, G. W., Bifulco, A. og Andrews, B. (1990). Self-esteem and depression. IV. Effect on course and recovery. *Social Psychiatry and Epidemiology*, 25, 244-249.
- Björgvin Ingimarsson (2010). *Próffræðilegt mat á DASS sjálfsmatskvarðanum: Þunglyndi, kvíði og streita*. Óbirt Cand Psych ritgerð: Háskóli Íslands, Sálfræðideild.
- Burckhardt, C.S., Woods, S.L., Schultz, A.A. og Ziebarth, D.M. (1989) *Quality of life of adults with chronic illness: A psychometric study. Research in Nursing and Health*, 12, 347-354.
-
- Margrét Aðalheiður Hauksdóttir, Cand.psych., is a psychologist at Landspítali – University Hospital. Hafrún Kristjánsdóttir, PhD, is an assistant professor at Reykjavík University. Lilja Sif Þorsteinsdóttir, Cand.psych, is a psychologist at Helse Førde Norway and Gunnar Örn Ingólfsson is a PhD candidate and a psychologist at Sálfræðingarnir Lynghálsi.

- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M. og Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Butler, M., Fennell, M. og Hackmann, A. (2008). *Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety Disorders: Mastering Clinical Challenges*. New York: The Guilford Press.
- Center for Clinical Intervention (e.d.). *Center for Clinical Intervention / Workbooks / Improving Self Esteem*. Sótt af: http://www.cci.health.wa.gov.au/resources/infopax.cfm?Info_ID=47
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences* (2. útgáfa). Hillsdale: Routledge.
- Department of Health. (2008). *Improving Access to Psychological Therapies Implementation Plan: National guidelines for regional delivery*. London: National Institute for Mental Health In England.
- Evans, D. R. (1997). Health promotion, wellness programs, quality of life and the marketing of psychology. *Canadian Psychology*, 38, 1-12.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A. og Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 696–698.
- Fennell, M. J. V. (1997). Low self-esteem: A cognitive perspective. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 1-25.
- Fennell, M. J. V. (1998a). Cognitive therapy in the treatment of low self-esteem. *Advances in Psychiatric Treatment*, 4, 296-304.
- Fennell, M. J. V. (1998b). Low self-esteem. Í N. Tarrier, A. Wells, og G. Haddock (ritstjórar), *Treating Complex Cases: The Cognitive Behavioural Therapy Approach* (bls. 217-240). Chichester: Wiley.
- Fennell, M. (1999). *Overcoming low self-esteem: A self-help guide using cognitive behavioral Techniques*. London: Robinson.
- Fennell, M. og Jenkins, H. (2004). Low self-esteem. Í J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller og D. Westbrook (ritstjórar), *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy* (bls. 413-433). Oxford: Oxford University Press.
- Fennell, M. (2006). *Overcoming low self-esteem self-help course: A 3-part programme based on cognitive behavioural techniques*. London: Robinson.
- Feinstein, L. (2000). *The relative economic importance of academic, psychological and behavioural attributes developed in childhood*. Centre for Economic Performance: London School of Economics.
- Guillon, M. S., Crocq, M. A. og Bailey, P. E. (2003). The relationship between self-esteem and psychiatric disorders in adolescents. *European Psychiatry*, 18, 59-62. [http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338\(03\)00002-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0924-9338(03)00002-6)
- Hawton, K., Rodham, K., Evans, E. og Weatherall, R. (2002). Deliberate self harm in adolescents: Self report survey in schools in England. *British Medical Journal*, 325, 1207–1211.
- Hofmeijer-Sevink, M. K., Batelaan, N. M., van Meegen, H. J. G. M., Penninx, B.W., Cath, D. C., van den Hout, M. A. og van Balkom, A. J. L. M. (2012). Clinical relevance of comorbidity in anxiety disorders: A report from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Journal of Affective Disorders*, 137 (1-3), 106–112. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.008>
- Kjelsberg, E., Neegaard, E. og Dahl, A. (1994). Suicide in adolescent psychiatric inpatients: Incidence and predictive factors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 235–241.
- Kristjánsdóttir, H., Salkovskis, P. M., Sigurðsson, B. H., Sigurðsson, E., Agnarsdóttir, A. og Sigurðsson, J. F. (2016). Transdiagnostic cognitive behavioural treatment and the impact of co-morbidity: An open trial in a cohort of primary care patients. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70, 215-223. <http://dx.doi.org/10.3109/08039488.2015.1081404>
- Lim, L., Saulsman, L. og Nathan, P. R. (2005). *Improving Self-Esteem*. Perth, Western Australia: Centre for Clinical Interventions.
- Lovibond, P.F. og Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- 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.
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P. og Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19(4), 357-372. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyg041>

- McElhinney, R., Reid, H. og Morton, L. (2016). A controlled trial of CBT group for women with low self-esteem. *Clinical Psychological Forum*, 287, 21-24.
- McManus, F., Waite, P. og Shafran, R. (2009). Cognitive-behavior therapy for low self-esteem: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 266-275. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.12.007>
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or suboptimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311– 332. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465801003058>
- Morton, L., Reid, H. og Stewart, S. H. (2012). An evaluation of a CBT group for women with low self-esteem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 221-225. <http://dx.doi.org/10.1017/S1352465811000294>
- Oei, T. P.S. og Kazmierzak, T. (1997). Factors associated with dropout in a group cognitive behaviour therapy for mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 1025-1030.
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L. og Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34, 919–928.
- Ólafur Veigar Hrafnsson og Mattías Guðmundsson (2007). *Próffræðilegir eiginleikar lífsgæðakvarðans (QOLS)*. Óbirt B.S. ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Pack, S. og Condren, E. (2014). An evaluation of group cognitive behaviour therapy for low self-esteem in primary care. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 7, 1-10. <http://dx.doi.org/10.1017/S1754470X14000051>
- Plotnick, R. D. (1992). The effects of attitudes on teenage premarital pregnancy and its resolution. *American Sociological Review*, 57(6), 800–811.
- Robson, P. (1989). Development of a new self-report questionnaire to measure self-esteem. *Psychological Medicine*, 19, 513-518
- Silverstone, P. H. (1991). Low self-esteem in different psychiatric conditions. *British Journal of Clinical Psychology*, 30, 185-188.
- Silverstone, P. H. og Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part 1 - The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1186/1475-2832-2-2>
- Spitzer, R.L., Kroenke, K. og Williams, J.B.W. (1999). *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study*. *JAMA*, 282, 1737-1744. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
- Valdís Eyja Pálsdóttir (2007). *Réttmæti sjálfsmatskvarðans Patient Health Questionnaire (PHQ) gagnvart greiningarviðtalinu Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) við að greina geðraskanir hjá heilsugæslusjúklingum*. Óbirt Cand Psych ritgerð. Háskóli Íslands, Félagsvísindadeild.
- Wahl, A., Rustoen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A. og Moum, T. (2004). Quality of life in general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*, 13, 1001-1009.
- Waite, P., McManus, F. og Shafran, R. (2012). Cognitive behavior therapy for low self-esteem: A preliminary randomized controlled trial in a primary care setting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 1049-1057. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.04.006>
- World Health Organization. (2005). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders*. Genf: Höfundur.