

Samsláttur áfallastreituröskunar við áfengis- og vímuefnavanda:

Áföll, áfallastreituröskun og þjónustunýting meðal skjólstæðinga SÁÁ

Júlíana Garðarsdóttir

Ritgerð til MS gráðu í klínískri sálfræði

Leiðbeinandi: Ingunn Hansdóttir

Meðleiðbeinendur: Berglind Guðmundsdóttir og Edda Björk Þórðardóttir

Sálfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2018

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

© Júlíana Garðarsdóttir

Prentun: Svansprent

Reykjavík, Ísland 2018

Þakkarorð

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum, Ingunni Hansdóttur, fyrir lærdómsríkt ferli. Einnig vil ég þakka samnemendum mínum, Lilju Dís Ragnarsdóttur og Hörpu Hauksdóttur, fyrir samstarfið og ómetanlegan stuðning í gegnum allt rannsóknarferlið. Að lokum vil ég þakka konunni minni, Hildi Baldursdóttur, móður minni, Ingveldi Sigurþórsdóttur, og móðursystur, Stefaníu H. Sigurþórsdóttur, fyrir yfirlestur ritgerðarinnar.

Útdráttur

Áfallastreituröskun (ÁSR) er algengari hjá þeim sem eru með fíknisjúkdóm heldur en í almennu þýði. Rannsóknir benda til þess að þessi samsláttur fíknivanda við ÁSR geti meðal annars haft neikvæð áhrif á meðferðararangur fíknisjúkdómsins. Það hefur því klínískt gildi að meta tíðni áfallastreitueinkenna og eðli þeirra meðal skjólstæðinga SÁÁ, auk þess sem rannsóknir á geðrænni stöðu þessa sjúklingahóps eru fáar hér á landi. Að auki var markmið rannsóknar að skoða tengsl ÁSR og nýtingu á meðferðarúræðum.

Greind voru gögn úr rannsókninni Áföll og heilbrigðisþjónusta. Þátttakendur voru 67 skjólstæðingar SÁÁ, sem voru inniliggjandi á meðferðarheimilinu Vík og sjúkrahúsinu Vogu. Þátttakendur voru á aldrinum 19-65 ára og meðalaldur var 36. Þátttakendur svöruðu spurningum um bakgrunn, drykkjumagn og áfallamiðaða þjónustunýtingu, ásamt því að svara spurningalistunum *ACE-IQ*, *LEC-5*, *PCL-5*, *CAGE* og *CAGE-AID*.

58,8% karla og 75,0% kvenna náðu skimunarmörkum fyrir ÁSR. Veik fylgni var milli áfalla og ÁSR einkenna. Marktækur munur á áfallafjölda um ævina fannst milli þeirra sem skimuðust með ÁSR og þeirra sem voru undir skimunarmörkum, en enginn munur fannst fyrir áföll í æsku. Engin fylgni fannst milli fjölda drykkja og ÁSR einkenna. Ekki var marktækur munur á fjölda drykkja, áfengis- né vímuefnavanda hjá þeim sem skimuðust með ÁSR og þeim sem náðu ekki skimunarmörkum. 23% þeirra sem náðu skimunarmörkum og höfðu rætt áfallið við fagaðila hafði verið boðin tilvísun til að vinna með áfallið. 26% þeirra sem voru yfir skimunarmörkum sögðust hafa fengið meðferð við ÁSR, en í raun var ekki alltaf um áfallamiðaða meðferð að ræða.

Efnisyfirlit

Áföll og áfallastreituröskun.....	8
Tíðni ÁSR.....	10
Áföll í æsku.....	12
Samsláttur ÁSR við aðra geðsjúkdóma.....	13
Fíknivandi og ÁSR.....	14
Samsláttur ÁSR og fíknivanda.....	17
ÁSR í heilbrigðiskerfinu.....	18
Þjónustunýting og ÁSR.....	18
Markmið rannsóknar.....	19
Aðferð.....	20
Þátttakendur.....	20
Rannsóknarsnið.....	20
Mælitæki.....	20
Bakgrunnur og heilsa.....	20
Áfallasaga.....	20
Einkenni ÁSR.....	22
Áfengis- og vímuefnaneysla.....	23
Meðferð við andlegri vanlíðan.....	24
Framkvæmd.....	24
Tölfræðileg úrvinnsla.....	25
Niðurstöður.....	26
Bakgrunnsupplýsingar.....	26
Tíðni áfalla í æsku.....	26
Áföll yfir ævina.....	28

ÁSR einkenni og áföll	30
ÁSR og alvarleiki fíknivanda.....	32
Þjónustunýting	33
Umræða	36
Heimildir	41

Samsláttur áfallastreituröskunar við áfengis- og vímuefnavanda

Áföll og áfallastreituröskun meðal skjólstæðinga SÁÁ

Áfengis- og vímuefnavandi (*e. substance abuse disorder*) er fjölþættur sjúkdómur sem erfitt getur reynst að vinna bug á. Sjúkdómurinn getur haft mjög víðtæk áhrif á líf sjúklinganna. Þeir verða oft óvirkir í ýmsum mikilvægum hlutverkum lífsins, eins og á atvinnumarkaði, í námi og skyldum heimilislífsins (American Psychiatric Association, 2013). Sjúkdómurinn er lífshættulegur og margir hafa látið lífið hérlandis beint eða óbeint vegna sjúkdómsins. Fíknisjúkdómurinn er sérstaklega áberandi hjá þeim sem látist hafa ótímabært. Íslenskar tölur sýna að um 30% þeirra sem deyja á aldrinum 15-64 ára hafa verið greindir með áfengis- og/eða vímuefnafíknir á sjúkrahúsinu Voggi og í sumum aldursbilum fór hlutfallið alveg upp í 40% (Þórarinn Tyrfingsson, 2016).

Fíknisjúkdómar eru líka gríðarlega kostnaðarsamir fyrir samfélög. Samkvæmt kostnaðaráætlun sem tekin var saman í Bandaríkjunum árið 2006 var því haldið fram að fíknisjúkdómar séu álíka dýrir fyrir samfélagið og geðklofi, alzheimer-sjúkdómurinn og heilablóðföll til samans (Þórarinn Tyrfingsson, 2016). Auk þess kostnaðar sem tengist heilbrigðisþjónustunni sjálfri þá er ýmis annar kostnaður sem fellur óbeint á samfélagið vegna fíknisjúkdómsins og afleiðinga hans. Þar má nefna kostnað vegna minna vinnuframlags, lögreglukostnað vegna aukinnar glæpatíðni, fangelsiskostnað, örorkubætur eða atvinnuleysisbætur vegna skertrar vinnugetu og önnur velferðarúrræði (Collins og Lapsley, 2008). Áætlað er að 8-10% af fólki í Bandaríkjunum, sem eru 12 ára eða eldri, séu með áfengis- eða vímuefnafíkn. Kostnaðurinn sem er áætlaður vegna áfengis- og vímuefnafíknar, tengt glæpum, minna vinnuframlagi og heilbrigðisþjónustu, er meira en 700 milljarðar bandaríkjadollara á hverju ári (Volkow, Koob og McLellan, 2016). Það er því ljóst að mikill

ávinningur er af því að meðferð við fíknisjúkdómum sé árangursrík, bæði fyrir einstaklingana sjálfa og samfélagið.

Ýmsar hindranir geta verið á veginum í meðferð við áfengis- og vímuefnafíkn sem gera vandann erfiðari viðureignar, þar með talið samsláttur fíknisjúkdómsins við áfallastreituröskun (ÁSR). Mikilvægt er að veita fólki aðstoð við ÁSR ásamt því að takast á við fíknivandann sem fólk er að leita sér aðstoðar við, en slíkt gæti leitt til betri meðferðarárangurs. Rannsóknir benda til fylgni milli ÁSR og aukins vímuefnavanda, verri lífsgæða almennt, endurtekinna innlagna á sjúkrastofnanir, verri meðferðaheldni, þyngri sjúkdómabyrði, lélegri batahorfur sjúkdóma og aukin dauðsföll miðað við aðra (Cavalcanti-Ribeiro o.fl., 2012; Papastavrou o.fl., 2011). Jafnframt benda erlendar rannsóknir til þess að sjúklingar sem einnig greinast með ÁSR eigi við alvarlegri áfengis- og vímuefnavanda að stríða en þeir sem ekki greinast líka með ÁSR (Cavalcanti-Ribeiro o.fl., 2012; Papastavrou o.fl., 2011). Það hvort að meðferðarárangur viðhaldist að áfengis- og vímuefnamedferð lokinni hefur einnig verið tengt við það hvort einkenni ÁSR séu til staðar eða ekki eftir að meðferð er lokið (Read, Brown og Kahler, 2004). Það er því ljóst að samspil þessara raskana er þáttur sem þarf að skoða vel þegar veitt er meðferð við áfengis- og/eða vímuefnavanda.

Áföll og áfallastreituröskun

Áfallastreituröskun (ÁSR) einkennist af þróun hamlandi einkenna sem trufla hæfni einstaklings til að takast á við daglegt líf og eru tilkomin vegna áfalls/áfalla sem viðkomandi hefur upplifað (Netto o.fl., 2013). Hver sem er getur þróað með sér ÁSR í kjölfar áfalls, en þó getur ákveðinn erfðafræðilegur áhættuþáttur aukið líkurnar á að viðkomandi þrói með sér röskunina eftir áfall. Aðrir þættir eins og ungur aldur, saga um tilfinningalegt ójafnvægi, verri félagsstuðningur, nálægð við áfallið og alvarleiki áfallsins eru einnig forspárþættir fyrir þróun

ÁSR (Antony og Barlow, 2010; Black og Andreasen, 2011; Skelton, Ressler, Norrholm, Jovanovic og Bradley-Davino, 2012). Áföll sem geta leitt til ÁSR eru utan þess sem má flokka sem venjulega atburði sem flestir takast á við á lífsleiðinni. Áföllin eru almennt ófyrirsjáanleg, stjórnlaus og fara verulega gegn þeim væntingum sem viðkomandi hefur um heiminn. Áföll sem geta leitt til ÁSR eru meðal annars það að upplifa stríðsátök, hryðjuverkaárás, pyntingar, alvarleg umferðarslys, náttúruhamfarir eða stórslys af mannavöldum, verða fyrir eða vera hótað líkamsárás, upplifa eða vera hótað kynferðislegu ofbeldi, vera rænt eða vera tekin/n í gíslingu. Lífshættulegir sjúkdómar eða sjúkdómar sem leiða til einhvers konar fötlunar eru ekki endilega flokkaðir sem áföll í þessum skilningi, en atvik á borð við ofnæmislost eða það að vakna í aðgerð myndu flokkast sem áföll sem gætu leitt til ÁSR. Einnig getur það leitt til ÁSR að verða vitni að ýmsum átakanlegum atburðum, þar má nefna þegar einhverjum er ógnað eða viðkomandi beittur líkamlegu ofbeldi, kynferðislegu ofbeldi, dauðsfall sem bar ekki að með náttúrulegum hætti, heimilisofbeldi, slys, stríðsátök, skotárásir, hamfarir eða skyndilegar og lífshættulegar uppákomur hjá barni viðkomandi á borð við lífshættulega blæðingu. Einnig getur það að fréttu af því að náinn aðili hafi lent í ofbeldisfullu atviki, slysi eða framið sjálfsvíg leitt til ÁSR (Antony og Barlow, 2010; American Psychiatric Association, 2013; Black og Andreasen, 2011).

ÁSR einkennist af ágengum og óþægilegum hugsunum og/eða minningum um áfallið, endurteknum óþægilegum draumum sem tengjast áfallinu, endurupplifunum sem eru ekki í tengslum við raunveruleikann, greinanlegum líkamlegum viðbrögðum og/eða sterkum eða viðvarandi tilfinningalegum viðbrögðum þegar viðkomandi er minntur á atburðinn á einn eða annan hátt. Viðkomandi forðast oft erfiðar minningar, hugsanir eða tilfinningar sem tengjast áfallinu, en einnig forðast fólk oft ytri áminningar eins og ákveðna aðila, staði, hluti eða annað sem minnir viðkomandi á áfallið. Einnig fylgja neikvæðar breytingar í hugarfari eða skapi. Þar

má nefna að geta ekki rifjað upp ákveðna hluta áfallsins, neikvæð viðhorf til sjálfs síns, annarra eða heimsins, brenglaðar hugmyndir um orsök eða afleiðingar áfallsins sem fær viðkomandi til að kenna sjálfum sér eða öðrum um áfallið, stöðugt ástand neikvæðra tilfinninga eins og til dæmis ótta, reiði eða sektarkenndar, minni áhugi á að taka þátt í mikilvægum athöfnum, upplifa sig fjarlægð eða ótengdan öðru fólki og eiga í erfiðleikum með að upplifa jákvæðar tilfinningar. ÁSR einkennist einnig af breytingum í árvekni eða viðbrögðum sem geta meðal annars komið fram sem þirringur eða reiðiköst, óábyrg eða sjálfsskaðandi hegðun, ofurárvekni, ofurviðbrigði, einbeitingarerfiðleikar og svefntruflanir (Antony og Barlow, 2010; American Psychiatric Association, 2013; Black og Andreasen, 2011).

ÁSR getur þróast á hvaða aldri sem er, að fyrsta ári lífsins undanskildu. Einkennin koma venjulega í ljós á fyrstu 3 mánuðum eftir áfallið, en einkennin geta samt sem áður tekið nokkra mánuði eða jafnvel nokkur ár að þróast áður en greiningarskilmerkjum röskunarinnar er náð. Í slíkum tilfellum hafa þó einhver einkenni ÁSR verið til staðar frá upphafi þó þau hafi ekki náð greiningarskilmerkjum fyrr en þó nokkru seinna (American Psychiatric Association, 2013).

Tíðni ÁSR

Faraldsfræðilegar rannsóknir hafa leitt í ljós að meirihluti fólks upplifir áfall á sinni lífsleið á borð við líkamlegt eða kynferðislegt ofbeldi, slys eða náttúruhamfarir (Netto o.fl., 2013; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes og Nelson, 1995). Það skal þó tekið fram að aðeins lítið hlutfall þeirra sem upplifa slíka atburði þróar með sér ÁSR í kjölfarið (Skelton, Ressler, Norrholm, Jovanovic, og Bradley-Davino, 2012).

Tíðni þess að þróast með sér ÁSR er ólík á milli kynjanna. Erlendar rannsóknir benda til þess að 56% fólks upplifir alvarleg áföll einhvern tímann á lífsleiðinni og að af þeim muni 9% karlanna og 20% kvenmanna þróast með sér ÁSR í kjölfar áfallsins (American Psychiatric

Association, 2013; Cusack, Grubaugh, Knapp & Frueh, 2006; Kessler o.fl., 1995). Rannsóknir hafa sýnt fram á að eðli áfalla eru ólík milli kynja og að tíðni ÁSR er mismunandi eftir hvers eðlis áfallið var. Algengustu áföllin hjá konum eru áföll tengd mannlegum samskiptum (*e. interpersonal trauma*), t.d. líkamlegt ofbeldi eða kynferðisofbeldi. Karlar eru aftur á móti líklegri til að upplifa áföll sem tengjast slysum, náttúruhamförum og líkamsárásum. Konur eru líklegri til að þróa með sér geðraskanir í kjölfar áfalla, en hærri fylgni er á milli áfalla tengdum mannlegum samskiptum (sérstaklega kynferðisofbeldi) og geðraskanana heldur en milli áfalla sem ekki tengjast mannlegum samskiptum og geðraskanana (Lind o.fl., 2017; Lukaschek o.fl., 2013; Black og Andreasen, 2011). Ýmsar rannsóknir, meðal annars þversniðsrannsóknir og samantektarrannsóknir, hafa bent til þess að kynferðislegt ofbeldi og stríðsátök séu þær tegundir áfalla sem helst leiði til ÁSR. Hærri tíðni slíkra áfalla er hjá konum en körlum og getur það því að einhverju leiti útskýrt hærri tíðni ÁSR hjá konum. Sem dæmi um þennan mun má nefna þýska rannsókn sem leiddi í ljós að 14,6% kvenkyns þátttakenda höfðu lent í kynferðislegri árás eða misnotkun samanborið við 6,3% karlkyns þátttakenda (Lukaschek o.fl., 2013; Tolin og Foa, 2006). Einnig eru til íslenskar tölur um kynjahlutfall þeirra sem lenda í kynferðisofbeldi, en íslensk rannsókn frá árinu 2014 skoðaði kynjahlutfall þeirra sem leituðu til Stígamóta á árunum 2011 til 2013, í þeim hópi voru 86,9% konur og 13,1% karlar (Særún Ómarsdóttir, 2014). Konur voru einnig í miklum meirihluta þegar skoðað var kynjahlutfall þeirra sem leituðu til Neyðarmóttökunnar vegna nauðgana á árunum 1993 til 2009, en 97% þeirra voru konur (Guðrún Agnarsdóttir og Eyrún B. Jónsdóttir, 2011).

Talsverður munur getur verið á lífstíðaralgengi ÁSR á milli landa, enda eru ýmsir hlutir sem geta spilað inn í eins og stríðsátök, glæpatíðni, gildi samfélagsins, náttúruhamfarir o.s.frv., og því mikilvægt að skoða hvert land eða menningarheim fyrir sig (Burri og Maercker, 2014).

Til að mynda telst lífstíðaralgengi ÁSR í Bandaríkjunum vera um 8,7% en lægra hlutfall finnst í Evrópu samanborið við Bandaríkin og í flestum löndum Afríku, Asíu og Suður Ameríku er hlutfallið á bilinu 0,5-1,0% (American Psychiatric Association, 2013). Dæmi um rannsókn sem gerð var í Evrópu er þýsk rannsókn þeirra Lukaschek og féлага (2013), þar sýndu niðurstöður fram á að lífstíðaralgengi ÁSR væri 1,7% samkvæmt *International Classification of Diseases* (ICD) hjá fólki á aldrinum 32-81 árs. Þar kom fram að eingöngu minnihluti þeirra þátttakenda sem höfðu upplifað áfall þróuðu með sér ÁSR. Hins vegar voru 8,8% með einhver einkenni ÁSR sem uppfylltu þó ekki öll greiningarskilmerki fyrir röskunina, þ.e. að þó einkenni ÁSR séu til staðar þá séu þau ekki nógu alvarleg eða nógu mörg til þess að viðkomandi greinist með röskunina. Algengi ÁSR meðal karla var 1,3% en 2,0% meðal kvenna. Algengi þess að hafa vægari einkenni ÁSR sem ekki ná greiningarskilmerkjum var 7,3% hjá körlum og 10,4% hjá konum (Lukaschek o.fl., 2013).

Áföll í æsku

Rannsóknir á áföllum í æsku beinast yfirleitt að áhrifum illrar meðferðar og erfiðra fjölskylduaðstæðna. Ill meðferð getur verið líkamlegt, kynferðislegt og andlegt ofbeldi sem og líkamleg og tilfinningaleg vanræksla. Slæmar fjölskylduaðstæður fela meðal annars í sér að verða vitni að heimilisofbeldi, horfa upp á fjölskyldu eða heimili sitt sundrast eða eiga foreldri sem á við fíknivanda að stríða, þjáist af geðsjúkdómi eða tekur þátt í glæpastarfsemi. En börn geta einnig upplifað aðrar tegundir af áföllum eins og stríð, ofbeldi í samfélaginu, einelti og heimilisleysi (Bellis, Hughes, Leckenby, Perkins & Lowe, 2014). Allir þessir hlutir geta haft skaðleg áhrif á bæði andlega og líkamlega heilsu barnanna til frambúðar. Því alvarlegri eða tíðari sem áföllin í æsku eru, þeim mun meiri áhrif hafa þau á lífsgæði og geta leitt til alvarlegra geðsjúkdóma, eins og til dæmis ÁSR (Cloitre o.fl., 2009).

Alþjóðlegar rannsóknir hafa í auknum mæli fundið vísbendingar um hvernig áföll í barnæsku séu einn stærsti áhrifaþáttur andlegra og líkamlegra sjúkdóma hjá bæði börnum og fullorðnum (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber & Juruena, 2013; Felitti o.fl., 1998). Vanræksla, ofbeldi, misnotkun eða önnur erfið reynsla geta haft neikvæð áhrif á hvernig taugakerfi okkar og líkami þroskast, hvernig við bregðumst við umhverfinu og tökumst á við streitu. Áföll í æsku geta meðal annars hamlað getu okkar til að stjórna tilfinningum, eiga í samskiptum við aðra, leysa vandamál og treysta fólki (Carr, Martins, Stingel, Lemgruber & Juruena, 2013; De Young, Kenardy & Cobham, 2011). Áföll geta jafnvel haft varanleg áhrif á heilann og heilastarfsemina, til dæmis ef áföllin eiga sér stað á viðkvæmum (*e. sensitive*) eða mikilvægum (*e. critical*) þróunarstigum heilans. Áföll í æsku geta þannig haft víðtæk áhrif á líf fólks löngu eftir að áfallið er liðið hjá (De Young, Kenardy & Cobham, 2011).

Yfirlitsrannsókn frá árinu 2017, sem náði samtals til 253.719 þátttakenda í 37 rannsóknum, skoðaði tengsl áfalla í æsku við líkamlega og andlega heilsu á fullorðinsárum. Yfirlitsrannsóknin leiddi í ljós að það að upplifa fjórar eða fleiri tegundir af áföllum í æsku leiddi til aukinnar hættu á öllum heilsufarslegum útkomum sem skoðaðar voru. Bæði voru meiri líkur á líkamlegum sjúkdómum á borð við krabbamein, hjarta- og æðasjúkdóma og einnig voru meiri líkur á geðröskunum og áfengisvanda (Hughes o.fl., 2017).

Samsláttur ÁSR við aðra geðsjúkdóma

Rannsóknir á tíðni ÁSR hafa sýnt fram á að verulegur munur er á algengi ÁSR milli ólíkra hópa samfélagsins, þar með talið á milli almenns þýðis og þeirra sem eru með einhvers konar geðrænan vanda. Talsverður munur er á niðurstöðum rannsókna á þessu sviði, en til að mynda hafa nokkrar bandarískar rannsóknir komist að þeirri niðurstöðu að tíðni ÁSR sé allt frá 12,8% og upp í 46% hjá fólki með geðrænan vanda (Spinhoven, Penninx, Hemert, Rooij &

Elzinga, 2014). Niðurstöður rannsókna sýna einnig að um 80-85% þeirra sem greinast með ÁSR uppfylla einnig viðmið fyrir aðra geðröskun (Breslau o.fl., 1998; Creamer, Burgess, og McFarlane, 2001), þar sem að um það bil tveir þriðju eru með að minnsta kosti tvær aðrar geðraskanir (Kessler o.fl., 1995). Þar af er alvarleg þunglyndisröskun (e. *major depressive disorder*), kvíði og fíknivandi mest áberandi (Antony og Barlow, 2010; Spinhoven o.fl., 2014).

Fíknivandi og ÁSR

Fíknivandi (e. *substance use disorder*) samanstendur af ákveðnum einkennum hegðunar ásamt hugrænum og líkamlegum einkennum. Fíknivandi er langvarandi heilasjúkdómur með bakslögum og árátukenndri notkun vímuefna þrátt fyrir verulegar neikvæðar afleiðingar neyslunnar. Undanfarna tvo áratugi hafa rannsóknir stutt þá kenningu að fíknisjúkdómurinn sé heilasjúkdómur, en mikilvægur þáttur fíknivandans eru breytingar á heilastarfsemi sem viðhaldast þrátt fyrir að afeitrun hafi átt sér stað, sérstaklega hjá þeim einstaklingum sem eru með alvarlegan (e. *severe*) fíknivanda. Áhrif þessara breytinga í heilanum koma gjarnan fram sem endurtekin bakslög og sterk löngun í vímuefnið þegar viðkomandi kemst í tæri við eitthvað áreiti sem tengist vímuefninu. Þessi viðvarandi einkenni fíknivandans geta samt sem áður notið góðs af langvarandi meðferð (American Psychiatric Association, 2013; National Institute on Drug Abuse, 2014; Volkow o.fl., 2016).

Einungis lítil hluti þeirra sem nota vímuefni þróa með sér fíknisjúkdóm. Eins og með aðra sjúkdóma erum við misviðkvæm fyrir þróun þeirra. Því fleiri áhættuþætti sem fólk hefur því líklegra er það til þess að þróa með sér fíknisjúkdóm. Margar rannsóknir, þar á meðal tvíbura- og ættleiðingarrannsóknir, sýna fram á sterkan erfðapátt þegar kemur að þróun sjúkdómsins, en einnig hafa umhverfisþættir eins og félagslegar aðstæður, þroskastig og aldur áhrif á það hvort

viðkomandi þrói með sér fíknisjúkdóm eða ekki (National Institute on Drug Abuse, 2014; Black og Andreasen, 2011; Volkow o.fl., 2016).

Öll þekkt vímuefni virkja verðlaunabrautir í heilanum með snöggri aukningu á dópamíni. Endurtekin neysla skilyrðir þetta við þá hluti í umhverfinu sem koma á undan vímuefninu sjálfu. Með tímanum byrja dópamínfrumur að virkjast vegna skilyrtu áreitanna og búa þannig til löngun í vímuefnið. Þannig geta ýmsir hlutir, eins og ákveðnir staðir, fólk eða tilfinningaástand, virkjað dópamínframleiðsluna sem býr til löngunina í vímuefnið. Þessi skilyrta tenging sem ýtir undir löngun getur komið fram löngu eftir að neyslu vímuefnisins hefur verið hætt (American Psychiatric Association, 2013; Volkow o.fl., 2016).

Rannsóknir hafa sýnt að neysla efnanna ýtir af stað mun minni dópamínlosun hjá þeim sem eru með fíknisjúkdóminn en hjá öðrum, þannig eru verðlaunabrautir heilans ekki virkjaðar á sambærilegan hátt og viðkomandi upplifir því ekki sömu vellíðunartilfinningu þegar hann neytir efnanna og hann gerði í upphafi. Þessar breytingar hafa einnig áhrif á aðra hluti sem virkja verðlaunabrautir heilans. Félagsleg samskipti, leikir, ánægjulegar athafnir, matur og aðrir náttúrulegir dópamínjafar, hafa ekki lengur jafn mikil áhrif og hjá þeim sem eru ekki með fíknisjúkdóm (Volkow o.fl., 2016; Hyatt o.fl., 2012). Ásamt því að draga úr getu til að upplifa vellíðan eykur endurtekin notkun vímuefna næmni viðkomandi fyrir streitu sem leiðir til verri líðanar. Fólk finnur því bæði til löngunar í vímuefnið og sterkari neikvæðum tilfinningum sem einnig ýta undir neyslu vímuefnisins í þeim tilgangi að slá á þær tilfinningar. Þannig getur myndast vítahringur sem leiðir til þess að fólk heldur áfram að neyta efnanna þó þau veiti þeim ekki vellíðan lengur til þess eins að minnka tímabundið vanlíðan (Volkow o.fl., 2016). Virkni í svæðum framheila sem tengjast meðal annars sjálfsstjórn og ákvarðanatöku tekur einnig breytingum og gerir það erfiðara fyrir viðkomandi að standast sterkar langanir og fylgja eftir

ákvörðunum um að hætta neyslu vímuefnisins. Viðkomandi missir þannig getuna til þess að sporna við neyslunni og því er oft misræmi á milli þess sem viðkomandi vill gera, eins og að hætta að neyta efnisins, og þess sem fólk gerir í raun (Volkow o.fl., 2016, Þórarinn Tyrfingsson, 2016).

Þegar fíknivandi er metinn í DSM-5 greiningarkerfinu eru skoðaðir nokkrir flokkar. Þeir eru *skert stjórn*, *félagsleg skerðing*, *hættuleg notkun* og að lokum *þol og fráhrarfseinkenni*. *Skert stjórn* á notkun efnisins lýsir sér þannig að viðkomandi notar efnið í meira magni eða í lengri tíma heldur en ætlunin var í upphafi, viðkomandi getur haft viðvarandi löngun til að minnka eða ná stjórn á notkuninni og hefur jafnvel gert margar misheppnaðar tilraunir til að minnka eða hætta notkun efnisins. Mikill tími getur farið í að nálgast efnið eða jafna sig á áhrifum þess og í sumum tilfellum er allur dagurinn hjá viðkomandi undirlagður vegna þessa. *Félagsleg skerðing* af völdum efnisins getur þýtt að viðkomandi nái ekki að uppfylla skyldur sínar í vinnu, skóla eða á heimilinu. Viðkomandi gæti minnkað eða jafnvel alfarið hætt ýmsum mikilvægum athöfnum tengdum félagslífi, atvinnu eða tómstundum vegna neyslunnar. *Hættuleg notkun* efnisins getur þýtt að viðkomandi noti efnið í aðstæðum sem það er líkamlega hættulegt eða að viðkomandi haldi áfram neyslu efnisins þrátt fyrir að gera sér grein fyrir því neyslan sé annað hvort að orsaka eða valda versnun á líkamlegum eða sálrænum vandamálum. *Þol og fráhrarfseinkenni* eru algeng einkenni fíknar en þó ekki nauðsynleg forsenda þess að greina einstakling með fíknivanda. Þol fyrir vímuefni felur í sér að viðkomandi finnur minni áhrif þegar sami skammtur og venjulega er tekinn og þarf viðkomandi því sífellt stærri skammt til að öðlast sömu áhrif og í upphafi. Fráhrarfseinkenni geta síðan komið fram þegar efnið er að fara úr líkamanum eftir langvarandi og mikla notkun. Algengt er að fólk með fíknivanda neyti vímuefnisins á nýjan leik til þess að losna við fráhrarfseinkennin sem eru komin fram hjá viðkomandi. Fráhrarfseinkenni

geta verið mjög mismunandi eftir því hvaða vímuefni á í hlut og ekki koma fram fráhrarfseinkenni af öllum ávanabindandi efnum (American Psychiatric Association, 2013).

Samsláttur ÁSR og fíknivanda

Samsláttur ÁSR við fíknivanda er erfiður viðureignar og hefur verið tengdur við verri meðferðarútkomur (Roberts, Roberts, Jones og Bisson, 2015). Áföll meðal þeirra sem eru með fíknisjúkdóma eru talsvert algengari en gengur og gerist í almennu þýði. Rannsókn frá árinu 2016 á tíðni áfalla hjá fólki í meðferð á göngudeild vegna fíknivanda leiddi í ljóst að um 85% þátttakenda höfðu upplifað að minnsta kosti eitt alvarlegt áfall á ævinni (Giordano o.fl., 2016). Ef áfengisvandi er skoðaður sérstaklega þá sýna niðurstöður rannsókna einnig að ÁSR er algengari hjá þeim sem eru með áfengisfíkn (*e. alcohol use disorder*) en hjá almenningi, en rannsókn frá árinu 1995 sýndi fram á að 27,9% kvenna með ÁSR uppfylltu einnig greiningarskilmerki fyrir áfengisfíkn samanborið við aðeins 13,5% hjá þeim konum sem ekki voru með ÁSR (Kessler o.fl., 1995). Rannsókn frá árinu 2011 sýndi að 40,6% af fólki sem var háð vímuefnum uppfylltu einnig greiningarskilmerki fyrir ÁSR. Einnig fannst jákvæð fylgni milli alvarleika einkenna ÁSR og alvarleika vímuefnavandans. Þar að auki kom í ljós að vímuefnavandi þeirra sem voru einnig með ÁSR var verri en þeirra sem voru ekki með röskunina. En þessi samsláttur hefur ekki aðeins neikvæð áhrif á fíknivandann heldur hafa rannsóknir sýnt að bæði ÁSR og fíknivandi eru á alvarlegra stigi þegar fólk greinist með þennan samslátt heldur en þegar raskanirnar greinast stakar (Papastavrou, Farmakas, Karayiannis & Kotrotsiou, 2011; Schäfer og Najavits, 2007).

Þar sem samsláttur ÁSR og fíknivanda er eins algengur og raun ber vitni hafa margir velt því fyrir sér hvor röskunin komi fram á undan hjá fólki, fíknivandinn eða ÁSR. Það eru helst þrjár kenningar um tengslin þarna á milli. Ein kenningin er sú að fólk sé að nota vímuefni eða

drekka áfengi til að takast á við einkenni ÁSR (e. *self-medication*), önnur kenning hljómar þannig að það að vera með fíkn í áfengi eða önnur vímuefni setji fólk oft í hættulegri aðstæður sem auki síðan líkurnar á því að upplifa áföll og þriðja kenningin byggir á því að ÁSR og fíknivandi séu með sameiginlega áhættuþætti eins gen, persónuleika- og umhverfisþætti (Kline o.fl., 2014; Roberts o.fl., 2015; Schäfer og Najavits, 2007). Einnig hefur verið rannsakað hvaða áhrif það hefur á raskanirnar ef veitt er meðferð við annarri þeirra hjá fólki sem er með báðar raskanirnar. Þær niðurstöður sýndu að meðferð við ÁSR geti minnkað fíknivandann en meðferð við fíknivanda hafði ekki sambærileg áhrif á ÁSR (Hien o.fl., 2010).

ÁSR í heilbrigðiskerfinu

Þrátt fyrir að rannsóknir hafi sýnt að allt að 98% fólks með geðrænan vanda hafi lent í áfalli þá eru einkenni ÁSR oft ekki metin hjá fólki í meðferð vegna geðsjúkdóma (Cusack, o.fl., 2006; Grubaugh, Zinzow, Paul, Egede & Frueh, 2011; Mauritz, Goossens, Draijer & Achterberg, 2013). Talið er að ein ástæða þess að ÁSR sé vangreind hjá sjúklingum með geðraskanir sé vegna mikils samsláttar ÁSR við aðra geðsjúkdóma og sú staðreynd að áfallasaga og ÁSR er sjaldan metin á heilbrigðisstofnunum og er því oft vanmetin hjá þessum hópi (Grubaugh o.fl., 2011; Frueh o.fl., 2001).

Þjónustunýting og ÁSR

Erlendar rannsóknir hafa sýnt aukna fylgni á milli þjónustunýtingar á geð- og heilbrigðisþjónustu meðal þeirra sem verða fyrir áföllum. Þessar rannsóknir gefa til kynna að einstaklingar sem orðið hafa fyrir líkamlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi leiti oft til heilbrigðiskerfisins en aðrir. Sem dæmi um þetta má nefna að konur sem hafa orðið fyrir

kynferðisofbeldi sækjast oftast eftir þjónustu kvensjúkdómalækna en aðrar konur (Rosenberg o.fl., 2000).

Hins vegar er hlutfall einstaklinga með ÁSR sem leita sér meðferðar sérstaklega vegna ÁSR talsvert lágt. Nýleg bandarísk rannsókn skoðaði gögn frá *National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions* (NESARC) sem greindi þjónustunýtingu fyrir mismunandi geðraskanir hjá samtals 34.653 einstaklingum. Þær raskanir sem voru skoðaðar voru almenn kvíðaröskun, ÁSR, felmtursröskun, félagsfælni, sértæk fælni, alvarlegt þunglyndi, óyndi og manía. Þær niðurstöður leiddu í ljós að búast mætti við að 21,6% Bandaríkjamanna með ÁSR leiti sér aðstoðar við röskuninni, en það var lægsta hlutfallið í rannsókninni fyrir utan sértæka fælni. Það að forðast áminningar um áfallið er talin vera líklegasta skýringin á því að ekki fleiri leiti sér aðstoðar (Mackenzie, Reynolds, Cairney, Streiner og Sareen, 2012; Sripada, Pfeiffer, Rauch og Bohnert, 2015). Slíkt gefur að skilja þar sem eitt af einkennum röskunarinnar er einmitt að forðast það sem tengist eða minnir á áfallið, þar með talið að tala um áfallið (American Psychiatric Association, 2013).

Markmið rannsókna

Skortur er á rannsóknum á tíðni áfalla og ÁSR hjá ólíkum hópum í íslensku samfélagi, þar með talið skjólstaðinga SÁÁ (*Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann*). Tilgangur þessarar rannsóknar er að leggja grunninn að meiri þekkingu á þessu sviði til að geta stuðlað að bættu og skilvirkara heilbrigðiskerfi fyrir þennan hóp. Markmið þessarar rannsóknar er því að meta tíðni áfalla og ÁSR einkenna hjá þessum hópi, skoða hvaða áföll eru algengust hjá kynjunum, hvort fylgni sé milli ÁSR einkenna og magns drykkju, hvort marktækur munur sé á drykkju þeirra sem skimast með ÁSR og þeirra sem ekki skimast með ÁSR ásamt því að skoða aðgengi þeirra að áfallamiðaðri þjónustu.

Aðferð

Þátttakendur

Þátttakendur rannsóknarinnar eru 67 íslenskumælandi skjólstæðingar SÁÁ sem voru í meðferð vegna áfengis- og/eða vímuefnavanda á meðferðarheimilinu Vík og á sjúkrahúsinu Vogu á tímabilinu 14. til 20. apríl árið 2018. 51 karl og 16 konur á aldrinum 19 til 65 ára tóku þátt. Meðalaldur var 36 og staðalfrávikid 12,7.

Rannsóknarsnið

Rannsóknin er ferilrannsókn án inngrips. Aðalútkomubreytan er tíðni áfalla og ÁSR meðal skjólstæðinga SÁÁ, en einnig er skoðað áfengis- og vímuefnavandi, áfallasaga bæði í æsku og á fullorðinsárum, þunglyndis-, kvíða- og streitueinkenni ásamt því að skoða hvers konar heilbrigðisþjónustu fólk hefur sótt vegna áfalla. Þessi rannsókn er forrannsókn fyrir mun stærri rannsókn sem unnin er af samstarfshópi á vegum Landspítalans, SÁÁ og Háskóla Íslands.

Mælitæki

Spurningalistarnir sem lagðir voru fyrir þátttakendur rannsóknarinnar öfluðu upplýsinga um eftirfarandi þætti.

Bakgrunnur og heilsa. Þátttakendur voru spurðir um aldur, kyn, hjúskaparstöðu, nám, íbúafjölda á heimilinu, fjölda barna á heimilinu, stöðu viðkomandi á vinnumarkaði, fjárhagsstöðu, almenna heilsu miðað við aldur og tóbaksnotkun.

Áfallasaga. Bæði var spurt um áfallasögu á fyrstu 18 árunum og áföll á allri ævinni. Til þess að meta áfallasögu í æsku var lagður fyrir spurningalistinn *Adverse Childhood Experiences International Questionnaire*; (ACE-IQ; World Health Organization, 2011). ACE-IQ er sjálfsmatskvarði sem metur fjölda áfalla sem fólk hefur upplifað á fyrstu 18 árum lífsins og

alvarleika þeirra. Þar er spurt um vanrækslu, ofbeldi, misnotkun, ofbeldi meðal foreldra eða forráðamanna, aðra alvarlega erfiðleika á heimilinu á borð við áfengis- og vímuefnaneyslu, ofbeldi af hendi jafnaldra og ofbeldi innan samfélagsins (Kazeem, 2015).

ACE-IQ spurningalistinn hefur verið gæðaprófaður í sex mismunandi menningarsamfélögum. Hann er réttmætur og áreiðanlegur og er hugsaður til þess að skima fyrir heilsufari, en skor upp á 4 og yfir hefur verið tengt við ýmsar neikvæðar heilsufarslegar útkomur, bæði líkamlegar og andlegar (World Health Organization, 2011). *ACE-IQ* spurningalistinn kemur upphaflega úr fyrstu rannsókninni á tenglum fjölda áhættuþátta í æsku við heilsufarsvanda, *The CDC-Kaiser Permanente Adverse Childhood Experiences (ACE) study*. Spurningarnar í listanum sem varða misbeitingu voru fengnar úr *Conflicts Tactics Scale* sem meta andlega og líkamlega misnotkun í barnæsku og til að meta ýgi gagnvart viðbrögðum móður, fjórar spurningar frá *Wyatt* voru notaðar til þess að meta kynferðislega misnotkun barna og spurningar úr *National Health Interview Survey* til að meta áfengis- og vímuefnanotkun. Spurningar sem vörðuðu heilsufar og heilsuhegðun voru fengnar úr *Behavioral Risk Factor Surveys* og *Third National Health and Nutrition Examination Survey* sem er báðum stjórnað af *Centers for Disease Control and Prevention*. Spurningar um þunglyndi voru fengnar úr *Diagnostic Interview Schedule of the National Institute of Mental Health* og að lokum voru almennar spurningar um fyrri sögu sjúkdóma fengnar úr *Health Appraisal Clinic*. Spurningum *ACE-IQ* spurningalistans er skipt í sjö flokka. Misnotkun barna skiptist í þrjá flokka: andlegt ofbeldi, líkamlegt ofbeldi og kynferðislegt ofbeldi. Vanhæft heimilishald skiptist í fjóra flokka: að verða vitni að áfengis- eða vímuefnaneyslu, geðræn vandamál, beiting ofbeldis og afbrotahæðun (Felitti o.fl., 1998).

Til þess að meta þungbæra lífsreynslu á allri lífsleiðinni var lagður fyrir spurningalistinn *Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5*; Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx og Keane, 2013). LEC-5 er sjálfsmatskvarði sem er hannaður til þess að skima fyrir áföllum sem svarendur gætu hafa orðið fyrir samkvæmt DSM-5 greiningarkerfinu. Listinn er ætlaður til þess að safna saman upplýsingum um hugsanleg áföll sem einstaklingar hafa upplifað. Engin sérstök skor eða túlkun er á listanum önnur en sú að bera kennsl á hvort viðkomandi hafi upplifað einn eða fleiri streitufullan atburð, listinn er því ekki með heildar- eða samsett skor. Spurningalistinn metur 16 atburði sem geta orsakað mikla streitu og jafnvel ÁSR hjá einstaklingum. Í lokin er ein opin spurning um aðra óvenjulega streitufulla atburði sem hin 16 atriðin ná ekki yfir. Svarmöguleikar fyrir hverja spurningu eru „kom fyrir mig“, „varð vitni að“, „fékk vitneskju um“, „hluti starfs míns“, „ekki viss“ og „á ekki við“.

Einkenni ÁSR. ÁSR einkenni voru metin með *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5*; Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx og Schnurr, 2013). PCL-5 metur einkenni ÁSR samkvæmt viðmiðum DSM-5 greiningarkerfisins. Listinn samanstendur af 20 spurningum á 5 punkta Likert kvarða þar sem fólk metur hversu mikið einkennin hafa truflað viðkomandi síðastliðinn mánuð. Svarmöguleikar fyrir hverja spurning eru „ekki neitt“, „lítið“, „miðlungs“, „töluvert“ og „mjög mikið“. Spurningarnar vísa til upplifunar einkenna áfallastreitu út frá tilteknu áfalli. Skor á listanum nær frá 0 og upp í 80, því hærra sem skorið er því meiri eru áfallastreitueinkennin. Miðað er við skor 33 eða hærra til þess að ná viðmiðum fyrir áfallastreitu miðað við fyrri rannsóknir. PCL-5 kvarðinn er talinn hafa góða próffræðilega eiginleika, áreiðanleiki og réttmæti skalans eru einnig talin góð (Bovin, Marx, Weathers, Gallagher, Rodriguez, Schnurr og Keane, 2016; Wortmann, Weathers, Resick, Dondanville, Hall-Clark, Foa o.fl. 2016).

Áfengis- og vímuefnaneysla. Til að meta vandamál tengd neyslu áfengis og hugsanlegrar áfengisfíknar var skimunarlistinn *Cut-down, Annoyed, Guilt and Eye-opener* (CAGE; Ewing, 1984) lagður fyrir. Spurt er um áfengisneyslu undanfarna 3 mánuði (hvort að viðkomandi drekki stundum áfengi, hvort viðkomandi hafi fundist hann þurfa að draga úr áfengisneyslunni, hvort fólk hafi gert viðkomandi gramt í geði með því að setja út á drykkjuna, hvort viðkomandi hafi liðið illa eða haft sektarkennd vegna drykkjunnar, hvort viðkomandi hafi fengið sér áfengi að morgni til að laga taugakerfið eða losna við timburmenn, hversu marga drykki viðkomandi drekkur á viku að meðaltali og hver sé mesti fjöldi drykkja sem viðkomandi hefur drukkið á einum degi síðasta árið). Spurningarlistinn er útbreiddur og hefur viðunandi réttmæti og áreiðanleika til að skima fyrir vandamálum tengt neyslu áfengis og áfengisfíkn (Shields og Caruso, 2004).

Vandamál sem tengjast neyslu lyfja eða annarra vímuefna voru metin með *Cut-down, Annoyed, Guilt and Eye-opener – Adapted to Include Drugs (CAGE-AID; Brown & Rounds, 1995)*. Þar meta þátttakendur hvort fjórar staðhæfingar eigi við og svara annað hvort með „já“ eða „nei“. Spurt er um neyslu lyfja eða annarra vímuefna undanfarna 3 mánuði (hvort að viðkomandi hafi notað lyf í öðrum tilgangi en til lækninga, hvort viðkomandi hafi fundist hann þurfa að draga úr lyfja-/vímuefnaneyslu sinni, hvort fólk hafi gert viðkomandi gramt í geði með því að setja út á lyfja-/vímuefnaneysluna, hvort viðkomandi hafi liðið illa eða haft sektarkennd vegna neyslunnar og hvort viðkomandi hafi fengið sér lyf/vímuefni að morgni til að laga taugakerfið eða losa sig við timburmenn). Spurningarlistinn er útbreiddur og hefur viðunandi réttmæti og áreiðanleika til að skima fyrir vandamálum tengd neyslu vímuefna (Shields og Caruso, 2004).

Meðferð við andlegri vanlíðan. Að lokum var spurt hvort viðkomandi hafi ráðfært sig við fagaðila vegna vanlíðan eða geðrænna erfiðleika og ef svo er hvaða fagaðila, hefur viðkomandi þegið heilbrigðisþjónustu á sjúkrahúsi af geðrænum ástæðum eða vegna of mikillar neyslu áfengis, vímuefna og/eða annarra lyfja eða farið í meðferð vegna áfengis- og/eða vímuefnanotkunar. Hefur viðkomandi verið spurður út í áföll að fyrra bragði af fagaðila og ef svo er, þá hvaða aðili spurði, hefur viðkomandi greint fagaðila að fyrra bragði frá áfalli og ef svo er, hvaða aðila, hver voru viðbrögð þess aðila við frásögn af áfallinu/áföllunum, hefur viðkomandi sótt meðferð við áfallastreituröskun, ef svo hvaða meðferð, hverjar voru ástæður þess að meðferð lauk og hver var líðan eftir meðferð.

Framkvæmd

Eftir að búið var að fá leyfi fyrir rannsókninni frá Vísindasiðanefnd (VSNb2018010040/03.01) og Persónuvernd (18-038) hófst gagnaöflun. Rannsóknin var kynnt fyrir hugsanlegum þátttakendum á Vík og Vogu og þeim boðið að taka þátt. Þeir sem tóku þátt í rannsókninni lásu bréf með öllum helstu upplýsingum um rannsóknina. Í bréfinu var gerð grein fyrir því að þátttakendur geti hafnað þátttöku í rannsókn og hvenær sem er hætt þátttöku eftir að hún er hafin án nokkurra eftirmála, auk þess sem þátttakanda var gert ljóst að leyfilegt er að sleppa að svara einstaka spurningum. Einnig var hugsanlegum þátttakendum bent á að hafa samband við ábyrgðarmann rannsóknar ef þeir vilja frekari upplýsingar.

Þátttaka fól í sér að svara spurningalistum sem tók um það bil 30 mínútur að fylla út ásamt því að veita rannsakendum leyfi til að nálgast upplýsingar í sjúkraskrá SÁÁ um staðfestar greiningar geð- og fíknisjúkdóma, fjölda innlagna, fjölda meðferðartíma á göngudeild eða dagdeild, meðferðartegund (t.d. lyfjameðferð, sértæk sálfræðimeðferð eða fjölskyldumeðferð) og meðferðarlengd. Aðeins var unnið með niðurstöður spurningalistanna í þessari forrannsókn.

Þátttakendur svöruðu spurningalistunum á pappír sem síðan var slegið inn rafrænt í forritið LimeSurvey á vegum Kannanir.is. Hýsing var á öruggu heimasvæði (https secure line með 128 bita dulkóðun) fyrir Landspítala. Gögnin voru hýst nafnlaust á rannsóknarnúmeri á meðan á gagnasöfnun stóð. Greiningarlykill sem tengdi nafn, kennitölu og rannsóknarnúmer var geymdur hjá ábyrgðarmanni rannsóknar. Einungis ábyrgðarmaður rannsóknarinnar og verkefnastjóri hjá Sálfræðiþjónustu LSH höfðu aðgang að greiningarlyklinum sem hlýst í LimeSurvey. Einungis starfsmenn rannsóknar sem tilgreindir voru í umsókn til Vísindasiðanefndar höfðu aðgang að ópersónugreinanlegum rannsóknargögnum til tölfræðiúrvinnslu sem voru varðveitt í læstri möppu sem tileinkuð var rannsókninni á heimasvæði ábyrgðarmanns með læstum aðgangi í gagnagrunnskerfi Háskóla Íslands. Einungis starfsmenn rannsóknar fengu aðgang að möppunni á heimasvæði ábyrgðarmanns á meðan á úrvinnslu gagna stóð.

Tölfræðileg úrvinnsla

Úrvinnsla gagna fór fram í tölfræðiforritinu IMB SPSS Statistics 24.0. Lýsandi tölfræði, Pearson's R og *t*-próf voru notuð til að skoða tengsl milli breyta. Skoðaður var fjöldi áfalla og hvar væri marktækur munur á tíðni milli kynjanna. Skoðað var hvort að fylgni væri á milli fjölda ÁSR einkenna og annars vegar fjölda áfalla í æsku og hins vegar fjölda áfalla um ævina. Kannað var hvort marktækur munur væri milli þeirra sem skimuðust með ÁSR og þeirra sem voru undir skimunarmörkum fyrir eftirfarandi breytur: fjöldi áfalla í æsku, fjöldi áfalla um ævina, alvarleiki áfengis- og fíknivanda og fjöldi drykkja. Skoðað var hversu stórt hlutfall þeirra sem skimast með ÁSR og hafa rætt við fagaðila um áfallið, hefur verið boðin tilvísun í meðferð vegna áfallsins og hversu margir hafa fengið meðferð. Einnig var skoðað hvernig meðferð fólk fékk sem hefur fengið aðstoð vegna áfalla.

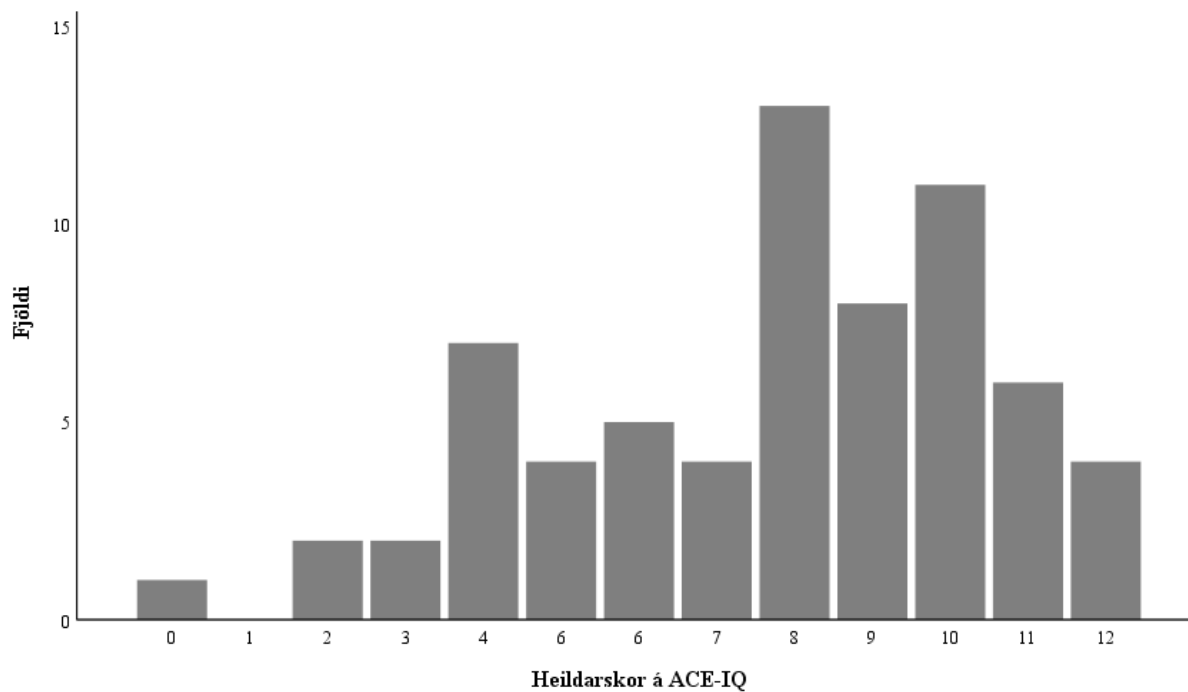
Niðurstöður

Bakgrunnsupplýsingar

Menntunarstig í hópnum var þannig að 6,0% hættu í skyldunámi, 47,8% höfðu lokið skyldunámi, 28,1% höfðu lokið starfs- eða iðnnámi, 1,5% höfðu lokið sérskólanámi á eða við háskólastig og 11,9% höfðu lokið háskólanámi. Algengasta staða á vinnumarkaði var örorka/frá vinnu vegna veikinda eða 40,3%. Í fullu starfi voru 29,9%, atvinnulausir voru 19,4%, 4,5% voru í námi og 3,0% voru í hlutastarfi. Þegar þátttakendur voru beðnir um að meta fjárhagsstöðu sína voru 56,7% sem mátu hana slæma eða mjög slæma, 31,3% mátu hana þökkalega og 12% mátu hana góða eða mjög góða. Langstærsti hluti hópsins sagðist reykja daglega, eða 83,6%.

Tíðni áfalla í æsku

Viðmiðunarskor *ACE-IQ* listans er 4, en aðeins fimm einstaklingar af 67 eru undir þeim mörkum. Fjöldi áfalla hjá þessum hópi sem er í inniliggjandi meðferð við fíknisjúkdóm var frá 0 og upp í 12 áföll, en meðalfjöldi áfalla í æsku hjá hópnum var 7,70. Áfallatíðni var svipuð milli kynja, en meðalfjöldi áfalla hjá körlum var 7,74 og 7,44 hjá konum. Á mynd 1 má sá dreifinu heildarstiga á *ACE-IQ* listanum.



Mynd 1. Fjöldi áfalla í æsku. Dreifing heildarskora á ACE-IQ spurningalistanum.

Í töflu 1 má sjá hvernig tíðni er ólík eftir því hvaða áfall um ræðir og einnig muninn á milli kynja í hverjum áfallaflokki.

Tafla 1

Áföll í æsku eftir kynjum

	Karl	Kona	Allir
	N (%)	N (%)	N (%)
Líkamlegt ofbeldi	33 (66,0)	10 (62,5)	43 (65,2)
Andlegt ofbeldi	45 (90,0)	14 (87,5)	59 (89,4)
Kynferðislegt ofbeldi	17 (34,0)	12 (75,0)	29 (43,9)
Neysla á heimili	29 (58,0)	12 (75,0)	41 (62,1)
Fjölskyldumeðlimur í fangelsi	13 (26,5)	2 (12,5)	15 (23,1)
Geðvandi fjölskyldumeðlims	27 (52,9)	10 (62,5)	37 (55,2)
Ofbeldi á heimilinu	43 (84,3)	12 (75,0)	55 (82,1)
Skilnaður eða fráfall foreldris	30 (58,8)	8 (50,0)	38 (56,7)
Tilfinningaleg vanræksla	40 (78,4)	15 (93,8)	55 (82,1)
Líkamleg vanræksla	33 (66,0)	10 (62,5)	43 (65,2)
Einelti	39 (76,5)	13 (81,3)	52 (77,6)
Ofbeldi í samfélaginu	40 (80,0)	10 (62,5)	50 (75,8)
Stríð eða hópofbeldi	23 (46,0)	2 (13,3)	25 (38,5)

Marktækur munur var milli kynja samkvæmt t -prófi. Konur ($m = 0,75$, $SD = 0,45$) lenda marktækt oftar en karlar ($m = 0,34$, $SD = 0,48$) í flokknum *Kynferðislegt ofbeldi*, $t(64) = -3,038$, $p = 0,004$. Karlar ($m = 0,46$, $SD = 0,50$) lenda hins vegar marktækt oftar en konur ($m = 0,13$, $SD = 0,35$) í flokkunum *Stríð eða hópofbeldi*, $t(63) = 2,830$, $p = 0,008$.

Áföll yfir ævina

Niðurstöður *LEC-5* listans sýndu fram á fjöldi áfalla um ævina í hópnum var frá 0 og upp í 15, en meðaltalið hjá hópnum var 8,09. Ekki var marktækur munur milli karla ($m = 8,00$, $SD = 4,02$) og kvenna ($m = 8,38$, $SD = 2,63$) samkvæmt t -prófi, $t(64) = -0,424$, $p = 0,604$. Algengust áföll karla um ævina má sjá í töflu 2 og algengustu áföll kvenna um ævina má sjá í töflu 3.

Tafla 2

Algengustu áföll karla um ævina

	N	%
Líkamlegt ofbeldi	42	84,0
Samgönguslys	36	72,0
Lífshættuleg veikindi eða meiðsli	35	70,0
Alvarlegt slys í vinnu, heima eða frítíma	30	60,0

Tafla 3

Algengustu áföll kvenna um ævina

	N	%
Kynferðislegt ofbeldi	14	87,5
Samgönguslys	14	87,5
Önnur óvelkomin eða óþægileg kynferðisleg reynsla	13	81,3
Líkamlegt ofbeldi	13	81,3

Samkvæmt t -prófi var munur á kynjunum í þremur áfallaflokkum. Konur ($m = 0,88$, $SD = 0,34$) urðu marktækt oftari en karlar ($m = 0,46$, $SD = 0,50$) fyrir *Kynferðislegu ofbeldi*, $t(64) = -3,773$, $p = 0,001$, og konur ($m = 0,88$, $SD = 0,40$) lentu líka oftari en karlar ($m = 0,44$, $SD = 0,50$) í flokknum *Önnur óvelkomin eða óþægileg kynferðisleg reynsla*, $t(64) = -3,023$, $p = 0,005$. Karlar ($m = 0,34$, $SD = 0,48$) voru marktækt oftari en konur ($m = 0,06$, $SD = 0,25$) í flokknum *Alvarlegir áverkar, skaði eða andlát sem þú ollir einhverjum öðrum*, $t(64) = 3,012$, $p = 0,004$.

ÁSR einkenni og áföll

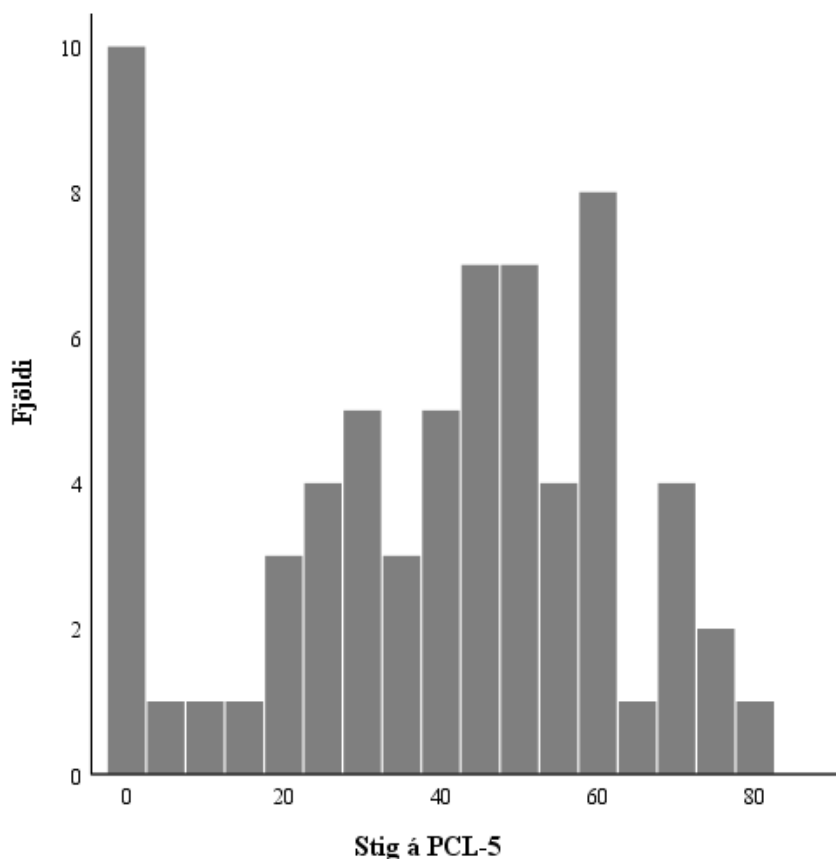
Niðurstöður *PCL-5* listans varðandi hversu margir náðu skimunarmörkunum fyrir ÁSR (≥ 33) má sjá í töflu 4 og dreifingu svara fyrir allan hópinn á mynd 2.

Tafla 4

Skimun fyrir ÁSR

ÁSR	Karlar N (%)	Konur N (%)	Allir N (%)
Ná viðmiði	30 (58,8)	12 (75,0)	42 (62,7)
Ná ekki viðmiði	21 (41,2)	4 (25,9)	25 (37,3)

Munurinn milli karla ($m = 35,61$, $SD = 19,2$) og kvenna ($m = 47,88$, $SD = 23,0$) var hins vegar ekki marktækur samkvæmt t -prófi, $t(65) = -1,928$, $p = 0,058$.



Mynd 2. Dreifing svara á PCL-5 spurningalistanum

Pearson fylgnistuðull var reiknaður til að meta samband milli fjölda áfalla í æsku (*ACE-IQ*) og áfallastreitueinkenna (*PCL-5*) á fullorðinsárum. Jákvæð en fremur veik fylgni var milli breytanna, $r = 0,359$, $n = 67$, $p = 0,003$.

Til að kanna hvort marktækur munur væri á fjölda áfalla í æsku (*ACE-IQ*) hjá þeim sem skimast með ÁSR ($m = 8,17$, $SD = 2,59$) og þeim sem eru undir skimunarmörkum ($m = 6,82$, $SD = 3,04$) var gert *t*-próf. Niðurstöður *t*-prófsins voru $t(65) = 1,1784$, $p = 0,079$ og munurinn á milli hópanna því ekki marktækur miðað við $\alpha = 0,05$.

Þegar reiknaður var Pearson fylgnistuðull fyrir áföll um ævina (*LEC-5*) og áfallastreitueinkenna komu í ljós veik tengsl, $r = 0,319$, $n = 67$, $p = 0,009$.

Til að kanna hvort marktækur munur væri á fjölda allra áfalla yfir ævina hjá þeim sem skimast með ÁSR ($m = 9,05$, $SD = 3,04$) og þeim sem eru undir skimunarmörkum ($m = 6,48$, $SD = 4,23$) var gert t -próf. Niðurstöður t -prófsins voru $t(65) = 2,879$, $p = 0,005$ og munurinn á milli hópanna því marktækur miðað við $\alpha = 0,05$.

ÁSR og alvarleiki fíknivanda

Lýsandi tölfraði fyrir breytur fjórar sem notaðar voru til að meta alvarleika fíknivandans má sjá í töflu 5. Fjarlægður var einn frávillingur við úrvinnslu mesta fjölda drykkja á einum degi.

Tafla 5

Lýsandi tölfraði fyrir breytur sem meta fíknivanda

	N	Lægsta gildi	Hæsta gildi	Meðaltal	Staðarfrávik
CAGE	55	0	4	3,62	0,76
CAGE-AID	66	0	4	3,08	1,492
Meðalfjöldi drykkja á viku	51	0	335	53,31	62,65
Mesti fjöldi drykkja á einum degi	43	3	83	24,63	15,65

Til þess að kanna hvort tengsl væru á milli ÁSR einkenna og fjölda drykkja, annars vegar meðalfjölda drykkja á viku og hins vegar mesta fjölda drykkja á einum degi síðasta árið, var reiknaður Pearson fylgnistuðull fyrir bæði kynin. Engin marktæk fylgni var hjá konunum milli fjölda drykkja á viku og ÁSR einkenna, $r = 0,085$, $n = 13$, $p = 0,782$. Þegar skoðuð var fylgni hjá konunum milli mesta fjölda drykkja á einum degi og ÁSR einkenna kom í ljós að engin marktæk fylgni var þar á milli, $r = -0,082$, $n = 10$, $p = 0,822$.

Engin marktæk fylgni var hjá körlunum milli fjölda drykkja á viku og ÁSR einkenna, $r = 0,071$, $n = 38$, $p = 0,674$. Eins var engin marktæk fylgni hjá körlunum milli mesta fjölda drykkja á

einum degi og ÁSR einkenna, $r = 0,338$, $n = 34$, $p = 0,0502$. Einn frávillingur sem var verulega hærri en restin af hópnum var fjarlægður við úrvinnslu á mesta fjölda drykkja á einum degi.

Þegar skoðað var hvort marktækur munur væri á milli drykkju þeirra sem skimast með ÁSR samkvæmt *PCL-5* listanum og þeirra sem eru undir skimunarmörkum kom í ljós að svo var ekki í neinum tilvikum. Fyrir fjölda drykkja á viku hjá þeim sem skimast með ÁSR ($m = 48,85$, $SD = 68,71$) og án ÁSR ($m = 65,12$, $SD = 49,58$) voru niðurstöðurnar $t(48) = -0,865$, $p = 0,391$ og því ekki marktækur munur milli hópa.

Fyrir mesta fjölda drykkja á dag hjá þeim sem skimast með ÁSR ($m = 22,48$, $SD = 16,48$) og án ÁSR ($m = 28,25$, $SD = 13,90$) voru niðurstöðurnar $t(41) = -1,173$, $p = 0,247$ og því ekki marktækur munur milli hópa (einn frávillingur var fjarlægður við úrvinnslu).

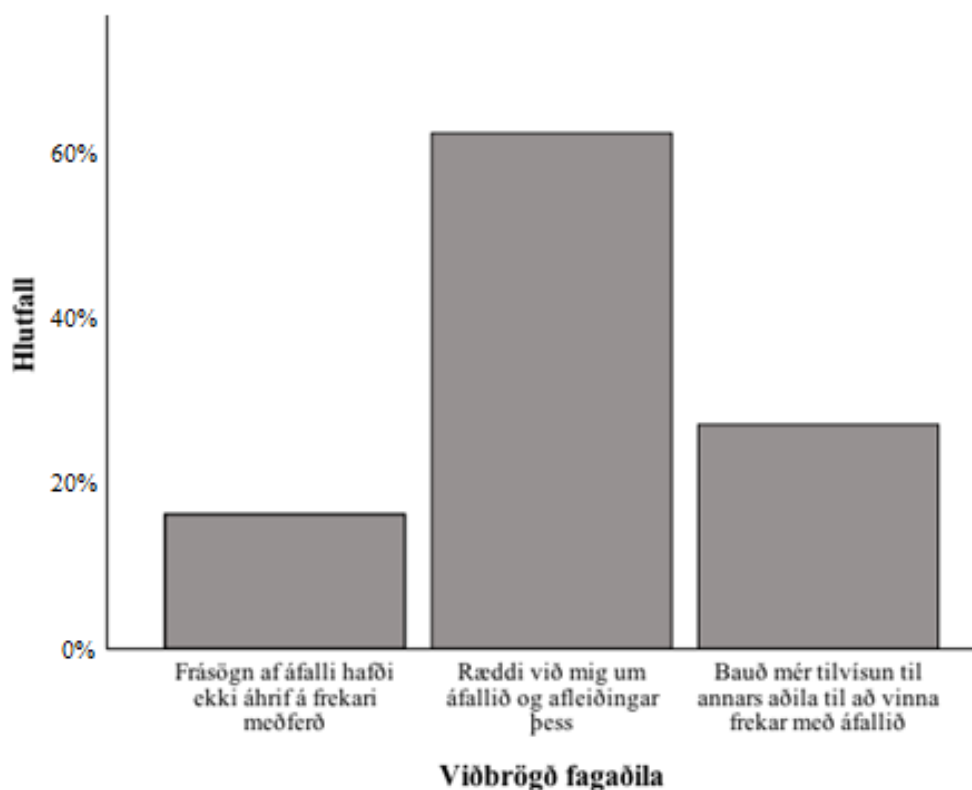
Þegar niðurstöður CAGE listans (áfengisvandi) voru skoðaðar fyrir þá sem skimast með ÁSR ($m = 3,64$, $SD = 0,76$) og án ÁSR ($m = 3,38$, $SD = 0,77$) voru niðurstöðurnar $t(53) = -0,277$, $p = 0,783$ og því ekki marktækur munur milli hópa.

Þegar niðurstöður CAGE-AID listans (vímuefnavandi) voru skoðaðar fyrir þá sem skimast með ÁSR ($m = 2,92$, $SD = 1,59$) og án ÁSR ($m = 3,17$, $SD = 1,45$) voru niðurstöðurnar $t(64) = -0,652$, $p = 0,517$ og því ekki marktækur munur milli hópa.

Þjónustunýting

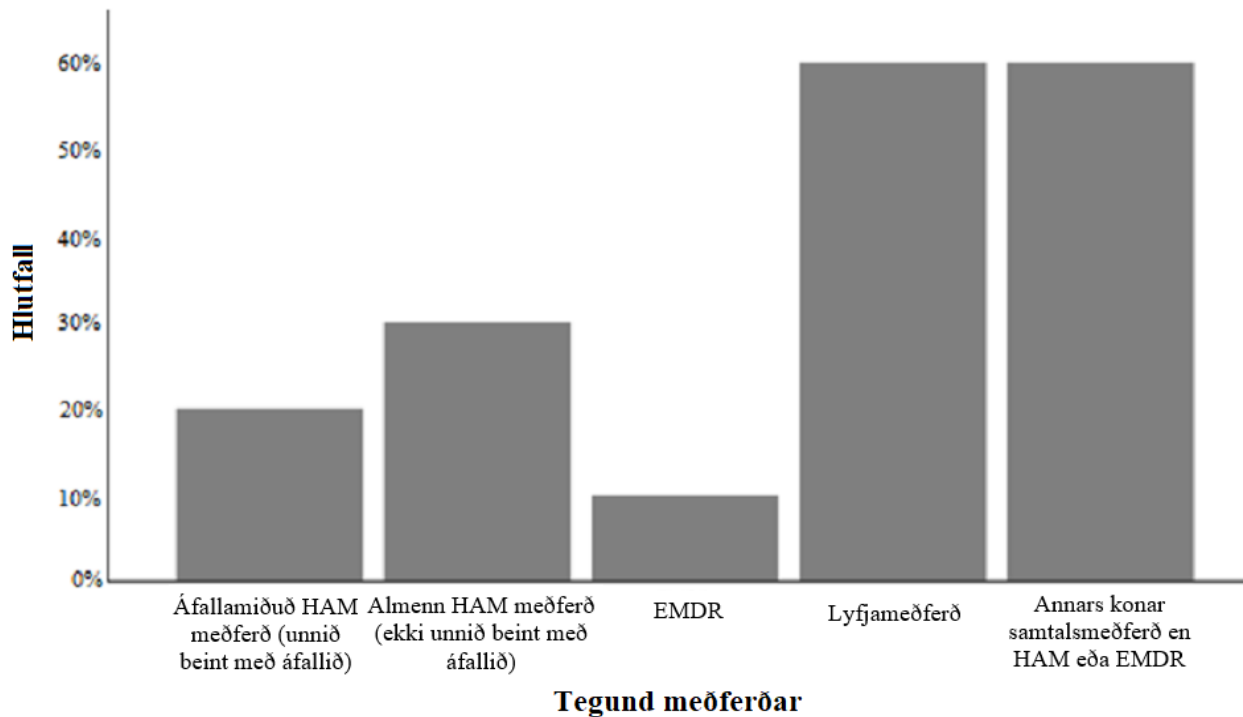
Hjá öllum hópnum voru 76% sem sögðust hafa verið spurð að fyrra bragði af fagaðila (sálfræðingur, félagsráðgjafi, námsráðgjafi, áfengis-/vímuefnaráðgjafi, lækni, hjúkrunarfræðingur, sjúkra- eða iðjuþjálfari) hvort þau höfðu lent í áfalli og 67% sagðist hafa sagt fagaðila það að fyrrabragði. Þegar það sama var skoðað sérstaklega fyrir þá sem uppfylla skimunarviðmið fyrir ÁSR þá sögðust 83% hafa verið spurð að fyrra bragði af fagaðila hvort þau hefðu lent í áfalli og 76% sögðust hafa greint fagaðila frá því að fyrra bragði.

Viðbrögð fagaðila við frásögn um áfall hjá fólki sem náði skimunarmörkum á *PCL-5* fyrir ÁSR má sjá á mynd 12. Hjá þessum hópi sem er mjög líklegur til þess að þurfa að fá aðstoð vegna áfallsins var í 23% tilvika fólki boðin tilvísun til einhvers til þess að vinna frekar með áfallið. Í 58% tilvika ræddi fagaðili við viðkomandi um afleiðingar áfallsins og í 19% tilvika hafði frásögn ekki áhrif á frekari meðferð.



Mynd 12. Viðbrögð fagaðila við frásögn um áfall.

Af þeim sem skimuðust með ÁSR sögðust 26% þeirra hafa fengið meðferð við ÁSR. Aðspurðir um hvers konar meðferð fólk hafði farið í var í raun ekki alltaf um meðferð sérstaklega við ÁSR að ræða, eins og sjá má á mynd 13.



Mynd 13. Tegund meðferðar hjá þeim sem sögðust hafa farið í meðferð við ÁSR.

Umraeða

Mun hærri tíðni ÁSR fannst hjá þessum hópi fólks með fíknivanda heldur en rannsóknir segja til um að sé í almennu þýði, en 58,8% karla og 75,0% kvenna í þessari rannsókn uppfylltu skimunarviðmið fyrir ÁSR á *PCL-5* spurningalistanum. Þó vissulega sé ekki um greiningu að ræða og því ekki víst að allir þessir einstaklingar séu í raun með ÁSR, þá eru samt sem áður miklar líkur á því að þeir sem skimast yfir viðmiðunarmörkum séu með ÁSR eða alvarlegan vanda sem þarfnast meðferðar. Þetta er í samræmi við fyrri rannsóknir á tíðni ÁSR hjá fólki með fíknivanda sem sýna fram á margfalda tíðni ÁSR hjá fólki með fíknivanda, samanborið við þau 8,9% finnst í almennu þýði í Bandaríkjunum og 1,7% í Evrópu (American Psychiatric Association, 2013; Lukaschek o.fl., 2013; Papastavrou o.fl., 2011).

Ekki var marktækur munur á áfallafjölda í æsku milli þeirra sem náðu skimunarmörkum og þeirra sem voru undir skimunarmörkum og aðeins veik fylgni fannst milli áfallafjölda í æsku og áfallastreitueinkenna. Einnig fannst veik fylgni á milli ÁSR einkenna og áfalla um ævina, en þeir sem skimuðust með ÁSR höfðu samt lent í marktækt fleiri áföllum en þeir sem ekki skimuðust með ÁSR.

Rannsóknir hafa bent til þess að kynferðisofbeldi sé ein af þeim áfallategundum sem helst leiði til ÁSR (Tolin og Foa, 2006). Fyrri rannsóknir hafa einnig bent til þess að konur séu líklegri en karlar til þess að lenda í áföllum sem tengjast mannlegum samskiptum, sem kynferðisofbeldi fellur undir (Lind o.fl., 2017; Lukaschek o.fl., 2013; Black og Andreasen, 2011). Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja við það, en þrjár af fjórum algengustu áfallategundum kvennanna tengdust mannlegum samskiptum. Flokkarnir sem tengdust mannlegum samskiptum voru *Kynferðislegt ofbeldi*, *Önnur óvelkomin eða óþægileg kynferðisleg reynsla* og *Líkamlegt ofbeldi*, en hinn áfallaflokkurinn sem tengdist ekki mannlegum samskiptum var *Samgönguslys*. Hjá

körlunum var hins vegar aðeins einn af efstu fjórum áfallaflokkunum sem tengdist mannlegum samskiptum, en það var *Líkamlegt ofbeldi*. Hinir flokkarnir voru *Samgönguslys, Lífshættuleg veikindi eða meiðsli* og *Alvarlegt slys í vinnu, heima eða í frítíma*.

Enginn munur var á alvarleika áfengis- né vímuefnavanda sem metinn var með stöðluðum spurningalistum hjá þeim sem náðu og náðu ekki skimunarmörkum fyrir ÁSR. Sömu niðurstöður komu í ljós þegar fjöldi drykkja var notaður sem mælikvarði á áfengisvandann. Hvorki hjá konum né körlum fannst fylgni milli fjölda drykkja á viku og áfallastreitueinkenna né milli mesta fjölda drykkja á einum degi og áfallastreitueinkenna. Eins var enginn munur á meðalfjölda drykkja á viku né mesta fjölda drykkja á einum degi hjá þeim sem skimuðust með ÁSR og þeim sem ekki náðu skimunarmörkum. Þetta er ekki í samræmi við fyrri rannsóknir sem benda til þess að fylgni sé á milli alvarleika fíknivanda og alvarleika ÁSR einkenna (Papastavrou o.fl., 2011; Schäfer og Najavits, 2007). Taka skal fram að svarhlutfallið var fremur lágt í báðum spurningunum sem spurðu um fjölda drykkja. Margir þátttakendur sögðust hafa sleppt spurningunni því þeir einfaldlega hefðu ekki tölu á drykkjunum. Slíkt gæti skekkt niðurstöðurnar þar sem líklega er erfiðara að muna fjölda drykkjanna þegar þeir eru fleiri frekar en færri. Það gæti valdið því að þeir sem myndu skora hátt á þessari spurningu detta í staðinn út. Hugsanlega mætti auka svarhlutfallið í framtíðarrannsóknum með því að hafa bilskipta svarmöguleika með ákveðnu þaki.

Þeir sem skimuðust með ÁSR og höfðu rætt áfallið við fagaðila í heilbrigðiskerfinu höfðu í 23% tilvika verið boðin tilvísun til einhvers annars til þess að vinna frekar með áfallið. Það væri vissulega betra að sjá hærra hlutfall þeirra sem ná skimunarviðmiði fyrir ÁSR vera boðin áfallamiðuð þjónusta, enda hafa rannsóknir sýnt fram á verri meðferðarárangur í meðferð við fíknivanda ef ÁSR er einnig til staðar og árangur fíknimeðferðar viðhelst ekki eins vel ef

einkenni ÁSR eru enn til staðar þegar fólk hefur lokið meðferð (Cavalcanti-Ribeiro o.fl., 2012; Papastavrou o.fl., 2011; Read, Brown og Kahler, 2004). Hjá þeim sem náðu skimunarmörkum fyrir ÁSR sögðust 26% þeirra hafa farið í meðferð vegna ÁSR, en aðspurð út í hvers konar meðferð viðkomandi fékk kom í ljós að ekki var um áfallamiðaða meðferð að ræða í öllum tilvikum. Það höfðu 20% farið í áfallamiðaða hugræna atferlismeðferð, 10% í EMDR meðferð, 30% höfðu verið í hugrænni atferlismeðferð þar sem ekki var unnið beint með áfallið, 60% fengu lyfjameðferð og 60% sögðust hafa farið í annars konar samtalsmeðferð en hugræna atferlismeðferð eða EMDR. Hér gæti fræðsla um meðferðir við ÁSR verið gagnleg. Fólk virðist í sumum tilvikum telja sig búið að vera að fá meðferð en er samt sem áður með mikil einkenni og í sumum tilvikum er ekki búið að takast á við áfallið sjálft eða hugsanlega ekki með sannreyndum meðferðum. Í 19% tilvika hafði frásögn ekki áhrif á frekari meðferð en algengast var, eða í 58% tilvika, að fagaðilinn hafi rætt um áfallið og afleiðingar þess við viðkomandi. Slíkt er auðvitað ólíklegt til að skila nægum árangri þegar fólk er með þetta mikil einkenni ÁSR.

Ýmsir vankantar eru á þessari forrannsókn. Gagnlegt væri að skoða þetta með fleiri þátttakendum, sérstaklega fleiri konum. Enginn samanburðarhópur var til staðar og frekar takmarkaðar upplýsingar um áfengis- og vímuefnanotkun þátttakenda til þess að geta almennilega metið alvarleika fíknivandans. Einnig var aðeins stuðst við skimun fyrir ÁSR en ekki staðfesta greiningu á röskuninni sem getur haft áhrif á réttmæti hópanna þegar fólk er skipt í tvo hópa eftir því hvort þeir séu með ÁSR eða ekki. Þessi rannsókn hefur skoðað tengsl á milli mismunandi breyta, en ekki er hægt að fullyrða um orsakatengsl út frá þessari rannsókn.

Þessi rannsókn er partur af stærri rannsókn á vegum Landspítalans, SÁÁ og Háskóla Íslands þar sem tekin verða fleiri skref til þess að meta klínískan vanda sjúklinga. Ásamt spurningalistum verða sóttar upplýsingar um staðfestar greiningar geð- og fíknisjúkdóma, fjölda

innlagna, fjölda meðferðartíma á göngudeild eða dagdeild, meðferðartegund (t.d. lyfjameðferð, sértæk sálfræðimeðferð eða fjölskyldumeðferð) og meðferðarlengd í sjúkraskrá SÁÁ sem mun gefa skýrari mynd af fíknivanda einstaklinganna heldur við fáum í þessari forrannsókn. Einnig verður stuðst við samanburðarhóp til að meta niðurstöðurnar.

Í frekari rannsóknum á þessu viðfangsefni gæti reynst gagnlegt að skipta rannsóknarhópnum í tvennt eftir því hvort kom á undan, áfallið eða fíknivandinn. Hægt væri að skima fyrir ÁSR og meta í þeim hópi sem nær skimunarmörkum hvort kom á undan, áfallið eða erfiðleikar með áfengi og/eða vímuefni. Að því loknu skoða hvort sterkari tengsl séu milli einkenna ÁSR hjá þeim sem lentu fyrst í áfallinu heldur en hjá þeim sem lentu í áfallinu eftir að fíknivandinn kom til sögunnar. Gagnlegt gæti reynst í meðferðarstarfi að skoða nánar þá kenningu um að útskýra megi þennan samslátt ÁSR og fíknivanda að einhverju leiti með því að fólk sé að nota áfengi- og vímuefni til þess að takast á við afleiðingar áfalla. Þar sem hlutfall þeirra sem skimast með ÁSR er áberandi hátt í þessum hópi gæti það reynst mikilvægur þáttur í meðferðarstarfi að finna þá einstaklinga sem gætu náð betri árangri í áfengis- og vímuefnameðferð ef unnið væri samhliða með áfallið sem er rót áfallastreitueinkennanna hjá viðkomandi.

Í þessari forrannsókn hefur verið stiklað á stóru og framtíðarrannsóknir fara vonandi meira á dýptina í þessu máli til að gefa okkur betri skilning á þessum mikla samslætti. Niðurstöður þessarar rannsóknar ásamt öðrum erlendum rannsóknum gefa sterkar vísbendingar um það að meðferð áfalla meðfram fíknimeðferð sé verðugt viðfangsefni fyrir komandi rannsóknir. Það að bera saman meðferðarárangur og það hvort árangur viðhaldist betur hjá þeim sem fá samþætta meðferð, samanborið við þá sem fá hefðbundna áfengis- og vímuefnameðferð, gæti gefið okkur mikla vitneskju sem hægt væri að nýta til að þróa öflugra meðferðarstarf fyrir

fólk með fíknivanda. Einnig gæti fræðsla fyrir bæði fólk með fíknivanda og heilbrigðisstarfsfólkið sem sinnir þeirra meðferð aukið meðvitund um þennan samslátt. Slíkt gæti aukið líkurnar á því að þeir sem þurfi á meðferð við ÁSR að halda eigi auðveldara með að komast í réttar hendur og séu síðan færari í að takast á við fíknisjúkdóminn í kjölfarið.

Þessi rannsókn hefur undirstrikað hversu gríðarlega hár samsláttur áfalla og áfallstreitu er við fíknivanda. Það þyrfti því að skoða hvernig meðferðaraðilar eigi að bregðast við frásögnum um áföll hjá þessum hópi fólks, sérstaklega auðvitað hjá fólki sem er með mörg ÁSR einkenni. Þegar samslátturinn er jafn hár og þessar niðurstöður benda til er mikilvægt að skoða hvernig meðferðarstarf getur nýtt sér þær upplýsingar til að ná betri árangri í baráttunni við fíknisjúkdóminn. Meðferðarstarf er alltaf í stöðugri þróun og aukin þekking sem kemur með áframhaldandi rannsóknum á þessu sviði gæti bjargað lífum.

Heimildir

- Antony, M. M., & Barlow, D. H. (2010). *Assessment and treatment planning for psychological disorders* (2. útgáfa). New York, NY: The Guildford Press.
- Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W., & Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment, 10*(2), 176.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. útgáfa). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bellis, M. A., Hughes, K., Leckenby, N., Perkins, C. & Lowe, H. (2014). National household survey of adverse childhood experiences and their relationship with resilience to health-harming behaviors in England. *BMC Medicine, 12*(74).
- Björgvin Ingimarsson (2010). *Próffræðilegt mat á DASS sjálfsmatskvarðanum. Þunglyndi, kvíði og streita*. Óbirt cand. psych. rigerð. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Black, D. W. & Andreasen, N. C. (2011). *Introductory Textbook of Psychiatry* (5. útgáfa). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Black, P. J., Woodworth, M., Tremblay, M. & Carpenter, T. (2012). A Review of trauma informed treatment for adolescents. *Canadian Psychology, 53*(3), 192-203.
- Bovin, M. J., Marx, B. P., Weathers, F. W., Gallagher, M. W., Rodriguez, P., Schnurr, P. P., & Keane, T. M. (2016). Psychometric properties of the PTSD Checklist for Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (PCL-5) in veterans. *Psychological Assessment, 28*(11), 1379.
- Brown & Rounds (1995). *Cut-down, Annoyed, Guilt and Eye-opener – Adapted to Include Drugs; CAGE-AID*.

- Burri, A., & Maercker, A. (2014). Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC Research Notes*, 7(1), 407.
- Carr, C. P., Martins, C. M. S., Stingel, A. M., Lemgruber, V. B. & Juruena, M. F. (2013). The Role of Early Life Stress in Adult Psychiatric Disorders: A Systematic Review According to Childhood Trauma. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(12), 1007-1020.
- Cavalcanti-Ribeiro, P., Andrade-Nascimento, M., Morais-De-Jesus, M., De Medeiros, G., M., Daltro-Oliveira, R. Et al. (2012). Post-traumatic stress disorder as a comorbidity: impact on disease outcomes. *Expert Rev. Neurother.* 12(8), 1023–1037.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J. & Petkova E. (2009). A Developmental Approach to Complex PTSD: Childhood and Adult Cumulative Trauma as Predictors of Symptom Complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408.
- Collins, D. J. & Lapsley, H. M. (2008). *The Cost of Tobacco, Alcohol and Illicit Drug Abuse to Australian Society in 2004/05*. Canberra: Department of Health and Ageing.
- Creamer, M., Burgess, P. & McFarlane, A. C. (2001) Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and well-being. *Psychol Med* 31(7), 1237–1247.
- Cusack, K. J., Grubaugh, A. L., Knapp, R. G. & Frueh, B., C. (2006). Unrecognized Trauma and PTSD among Public Mental Health Consumers with Chronic and Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 42(5), 487-500.
- De Young, A. C., Kenardy, J. A. & Cobham, V. E. (2011). Trauma in Early Childhood: A Neglected Population. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 14, 231–250.

- Ewing (1984). *Cut-down, Annoyed, Guilt and Eye-opener; CAGE*.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine, 14*(4), 245-258.
- Giordano, A. L., Prosek, E. A., Stamman, J., Callahan, M. M., Loseu, S., Bevly, C. M., ... Chadwell, K. (2016). Addressing Trauma in Substance Abuse Treatment. *Journal of Alcohol and Drug Education; Lansing, 60*(2), 55–71.
- Grubaugh, A. L., Zinzow, H. M., Paul, L., Egede, L. E. & Frueh, B. (2011). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adults with Severe Mental Illness: A Critical Review. *Clin Psychol Rev, 31*(6), 883–899.
- Guðrún Agnarsdóttir og Eyrún B. Jónsdóttir. (2011). Neyðarmóttaka vegna nauðgunar. Í Svala Ísfield Ólafsdóttir (ritstjóri). *Hinn launhelgi glæpur: Kynferðisbrot gegn börnum* (bls. 415-438). Reykjavík: Háskólaútgáfan
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology, 44*(2), 227-239.
- Hien, D. A., Jiang, H., Campbell, A. N. C., Hu, M.-C., Miele, G. M., Cohen, L. R., ... Nunes, E. V. (2010). Do Treatment Improvements in PTSD Severity Affect Substance Use Outcomes? A Secondary Analysis From a Randomized Clinical Trial in NIDA's Clinical Trials Network. *The American Journal of Psychiatry; Washington, 167*(1), 95–101.

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., ... & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), 356-366.
- Hyatt, C. J., Assaf, M., Muska, C. E., Rosen, R. I., Thomas, A. D., Johnson, M. R., ... & Potenza, M. N. (2012). Reward-related dorsal striatal activity differences between former and current cocaine dependent individuals during an interactive competitive game. *PloS one*, 7(5), e34917.
- Kazeem, O. T. (2015). A Validation of the Adverse Childhood Experiences Scale in Nigeria. *Research on Humanities and Social Sciences*, 5(11), 18–23.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
- Kline, A., Weiner, M. D., Ciccone, D. S., Interian, A., Hill, L. S., & Losonczy, M. (2014). Increased risk of alcohol dependency in a cohort of National Guard troops with PTSD: a longitudinal study. *Journal of psychiatric research*, 50, 18-25.
- Lind, M. J., Baylor, A., Overstreet, C. M., Hawn, S. E., Rybarczyk, B. D., Kendler, K. S., ... & Amstadter, A. B. (2017). Relationships between potentially traumatic events, sleep disturbances, and symptoms of PTSD and alcohol use disorder in a young adult sample. *Sleep Medicine*, 34, 141-147.
- Lovibond & Lovibond (1995). *Depression Anxiety Stress Scales 21; DASS-21*.
- Lukaschek, K., Kruse, J., Emeny, R. T., Lacruz, M. E., von Eisenhart Rothe, A., & Ladwig, K. H. (2013). Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(4), 525-532.

- Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Cairney, J., Streiner, D. L., & Sareen, J. (2012). Disorder-specific mental health service use for mood and anxiety disorders: Associations with age, sex, and psychiatric comorbidity. *Depression and anxiety*, 29(3), 234-242.
- Mauritz, M. W., Goossens, P. J.J., Draijer, N. & Achterberg, T. (2013). Prevalence of interpersonal trauma exposure and trauma-related disorders in severe mental illness. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 19985.
- Netto, L. R., Cavalcanti-Ribeiro, P., Pereira, J. L., Nogueira, J. F., Santos, L. L., Lira, S. B., ... & Quarantini, L. C. (2013). Clinical and socio-demographic characteristics of college students exposed to traumatic experiences: a census of seven college institutions in Northeastern Brazil. *PloS one*, 8(11).
- National Institute on Drug Abuse (2014, 1. júlí). *Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction*. Sótt af <https://www.drugabuse.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction> þann 3. maí 2018.
- Papastavrou, E., Farmakas, A., Karayiannis, G., & Kotrotsiou, E. (2011). Co morbidity of Post-Traumatic-Stress Disorders and Substance Use Disorder. *Health Science Journal*, 5(2).
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castelao, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P. & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 49, 447–457.
- Read, J. P., Brown, P. J., & Kahler, C. W. (2004). Substance use and posttraumatic stress disorders: symptom interplay and effects on outcome. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1665-1672.

- Roberts, N. P., Roberts, P. A., Jones, N., & Bisson, J. I. (2015). Psychological interventions for post-traumatic stress disorder and comorbid substance use disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review, 38*, 25-38.
- Rosenberg, H. J., Rosenberg, S. D., Wilford II, G. L., Manganiello, P. D., Brunette, M. F. & Boynton, R. A., (2000). The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical population. *Psychiatry in Medicine, 30*(3), 247-259.
- Schäfer, I., & Najavits, L. M. (2007). Clinical challenges in the treatment of patients with posttraumatic stress disorder and substance abuse. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(6), 614-618.
- Shields, A. L., & Caruso, J. C. (2004). A reliability induction and reliability generalization study of the CAGE questionnaire. *Educational and Psychological Measurement, 64*(2), 254-270.
- Skelton, K., Ressler, K. J., Norrholm, S. D., Jovanovic, T., & Bradley-Davino, B. (2012). PTSD and gene variants: New pathways and new thinking. *Neuropharmacology, 62*(2), 628-637.
- Spinhoven, P., Penninx, B. W., van Hemert, A. M., de Rooij, M., & Elzinga, B. M. (2014). Comorbidity of PTSD in anxiety and depressive disorders: Prevalence and shared risk factors. *Child abuse & neglect, 38*(8), 1320-1330.
- Sripada, R. K., Pfeiffer, P. N., Rauch, S. A., & Bohnert, K. (2015). Social support and mental health service use among individuals with PTSD in a nationally-representative survey. *Psychiatric services (Washington, DC), 66*(1), 65.

- Særún Ómarsdóttir (2014). *Afleiðingar kynferðisofbeldis; Alvarleiki tengsl við geranda, tímalengd, tíðni, aldur og kyn þolenda*. Óbirt MA-ritgerð í félagsráðgjöf til starfsréttinda við Háskóla Íslands, Félagaráðgjafadeild.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132(6), 959-992.
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371.
- Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx & Keane (2013). *Life Events Checklist for DSM-5; LEC-5*.
- Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx & Schnurr (2013). *PTSD Checklist for DSM-5; PCL-5*.
- World Health Organization (2011). *The Adverse Childhood Experiences; ACE*.
- Wortmann, J. H., Jordan, A. H., Weathers, F. W., Resick, P. A., Dondanville, K. A., Hall-Clark, B., ... & Mintz, J. (2016). Psychometric analysis of the PTSD Checklist-5 (PCL-5) among treatment-seeking military service members. *Psychological Assessment*, 28(11), 1392.
- Þórarinn Tyrfingsson (2016). *Ársrit meðferðarsviðs SÁÁ 2016*. Reykjavík, SÁÁ.