



BA ritgerð
Félagsráðgjöf

Áföll og áfallamiðuð nálgun

Hlutverk félagsráðgjafa í stuðningi við þolendur áfalla

Theódóra Björk Guðjónsdóttir

Freydís Jóna Freysteinsdóttir
Janúar 2022



HÁSKÓLI ÍSLANDS
FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

Áföll og áfallamiðuð nálgun
Hlutverk félagsráðgjafa í stuðningi við þolendur áfalla

Theódóra Björk Guðjónsdóttir

220885-2679

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf
Leiðbeinandi: Freydís Jóna Freysteinsdóttir
Stærð ritgerðar í ECTS einingum: 12 einingar

Félagsráðgjafardeild
Félagsvísindasvið Háskóla Íslands
Janúar 2022

Áföll og áfallamiðuð nálgun – Hlutverk félagsráðgjafa í stuðningi við
þolendur áfalla

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Theódóra Björk Guðjónsdóttir, 2022

Reykjavík, Ísland, 2022

Útdráttur

Á síðustu árum hefur áhugi á áföllum og afleiðingum þeirra farið vaxandi meðal almennings og fræðimanna samhliða opnari umræðu um alvarleika og algengi áfalla. Afleiðingar áfalla eru margvíslegar og geta verið æði þungbærar. Nýlegar rannsóknir benda til þess að afleiðingar áfalla snemma á ævinni séu jafnvel víðtækari og alvarlegri en áður var talið og komi meðal annars fram í verra heilsufari og lakari félagslegri stöðu svo fátt eitt sé nefnt. Samhliða þessu sýna rannsóknir að líkur á því að upplifa áföll aukast eftir því sem félagslegri stöðu fólks hrakar. Af þessum sökum er mikilvægt að samfélög vakni til meðvitundar um áföll sem lýðheilsuvanda sem setur þungar byrðar á opinber kerfi sem og á herðar einstaklinga sé ekki brugðist við á viðeigandi hátt. Félagráðgjafar gegna mikilvægu hlutverki í þjónustu við þolendur áfalla sem eru líklegri en aðrir til að nýta sér hvers kyns félagslega þjónustu. Af þeim sökum er nauðsynlegt að félagráðgjafar hafi á valdi sínu góðar og gagnreyndar aðferðir til að vinna með þessum hópi. Markmiðið með ritgerð þessari var að kortleggja áhrif áfalla á lífsgæði og heilsu fólks og velta upp þeirri spurningu hvernig félagráðgjafar geti sem best þjónustað þá einstaklinga sem eiga sér sögu um áföll. Svonefnd áfallamiðuð þjónusta er skilgreind og tekin til skoðunar auk þess sem farið er yfir verndandi þætti og áhættuþætti þegar kemur að afleiðingum áfalla. Fyrirliggjandi rannsóknir sýna að áföll eru djúpstæður persónulegur og samfélagslegur vandi sem hefur víðtæk áhrif á heilsu einstaklinga og félagslega virkni. Félagráðgjafar hafa frá upphafi starfað með þolendum áfalla og búa yfir ríkum þekkingargrunni til að takast á við afleiðingar áfalla í því skyni að efla lífsgæði. Áfallamiðuð nálgun getur komið að góðu gagni í því skyni.

Efnisyfirlit

Útdráttur.....	3
Efnisyfirlit.....	4
1 Inngangur	5
2 Félagsráðgjöf.....	7
2.1 Félagsráðgjöf og áföll.....	8
3 Tengslakenning John Bowlby.....	10
3.1 Tengslakenningin og áföll	12
4 Áföll.....	15
4.1 Hvað er áfall?	15
4.2 Áfallastreituröskun	16
4.3 Flókin áfallastreituröskun	18
4.4 Viðbragðsbundin geðtengslaröskun	19
4.5 Afhömluð tengslaröskun.....	20
4.6 Annars konar afleiðingar áfalla.....	21
4.6.1 Áföll sem samfélagslegur vandi.....	22
4.6.2 Áföll og mótlæti í æsku – ACE rannsóknin	22
4.6.3 Áföll og ójöfnuður	23
4.6.4 Taugalíffræðileg áhrif áfalla	24
4.7 Seigla og verndandi þættir.....	25
5 Áfallamiðuð þjónusta	28
5.1 Hvers vegna áfallamiðuð þjónusta?.....	28
5.2 Skilgreiningar á helstu hugtökum og megingildum	29
5.2.1 Öryggi.....	30
5.2.2 Traust.....	31
5.2.3 Valdefling.....	31
5.2.4 Valfrelsi	32
5.2.5 Samvinna.	33
5.3 Áskoranir í áfallamiðaðri þjónustu.....	33
6 Umræða.....	36
Heimildaskrá	40

1 Inngangur

Á síðustu áratugum hefur áhugi á áföllum farið nokkuð vaxandi meðal almennings og fræðimanna samhliða opnari umræðu um alvarleika og algengi áfalla. Hugtakið áfall (e. trauma) er engu að síður strembið að skilgreina og ekki eru allir á eitt sáttir um hvað sé raunverulegt áfall og hvernig beri að skilgreina það. Ástæðan kann að hluta til að liggja í þeirri ólíku merkingu sem áföll hafa milli menningarheima og þeim gerólíku afleiðingum sem áföll kalla yfir einstaklinga. Á meðan sumir komast nær óskaddaðir frá erfiðri reynslu geta aðrir þróað með sér geðraskanir og aðra alvarlega fylgikvilla í kjölfarið (Mersky, Topitzes og Britz, 2019). Beinast liggur við að notast við skilgreiningu bandaríska sálfræðingafélagsins (American Psychological Association, e.d.) og bandaríska geðlæknafélagsins (American Psychiatric Association, 2013) þar sem áfall er skilgreint sem tilfinningalegt viðbragð við skelfilegum og lífsógnandi atburði á borð við slys, nauðgun eða náttúruhamfarir. Afleiðingar áfalla eru margvíslegar og geta verið mjög þungbærar, einkum ef áföll eiga sér stað snemma á ævinni. Nýlegar rannsóknir benda til þess að afleiðingar áfalla í æsku séu enn víðtækari en áður var talið og hafi neikvæð áhrif á lífeðlisfræðilegan þroska barna og líkamlega heilsu þeirra síðar á ævinni svo fátt eitt sé nefnt (Larkin, Felitti og Anda, 2014; Sperry, 2016; Spratt, Devaney og Frederick, 2019). Af þessum sökum er það sérlega áriðandi að samfélög vakni til fullrar meðvitundar um alvarleika áfalla sem lýðheilsuvanda.

Félagsráðgjafar hafa frá upphafi starfað náið með þolendum margskonar áfalla og hafa mikilvægu hlutverki að gegna í stuðningi við þennan hóp skjólstæðinga. Þá ber félagsráðgjöfum einnig að starfa í þágu félagslegs réttlætis og mannréttinda samkvæmt siðareglum íslenskra félagsráðgjafa (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Svonefndri áfallamiðaðri nálgun eða þjónustu (e. trauma-informed care) hefur vaxið fiskur um hrygg innan félagsráðgjafarfagsins á síðustu áratugum en í henni felst að fagaðilar eru meðvitaðir um algengi áfalla og þau áhrif sem áföll og erfið reynsla í fortíðinni hafa á félagssálfræðilega virkni fólks í nútíð (Levenson, 2017).

Markmiðið með þessari ritgerð er að kortleggja áhrif áfalla á lífsgæði og heilsu fólks og velta upp þeirri spurningu hvernig félagsráðgjafar geti sem best þjónustað þá einstaklinga sem eiga sér sögu um áföll í fortíð og nútíð. Spurningar sem leitast var við að svara voru eftirfarandi:

1. Hver eru áhrif áfalla á lífsgæði og heilsu fólks?
2. Hver eru samfélagsleg áhrif áfalla?
3. Hverjir eru í áhættu á að þróa með sér áfallastreituröskun (e. post traumatic stress disorder) og annan geðrænan og félagslegan vanda í kjölfar áfalla?
4. Hvaða þættir eru verndandi og hvaða þættir eru áhættuþættir?
5. Hvert er hlutverk félagsráðgjafa gagnvart skjólstæðingum með áfallasögu?
6. Hvað er áfallamiðuð nálgun og hvernig gagnast hún í því skyni?

Í öðrum kafla verður farið yfir upphaf, sögu og markmið félagsráðgjafarfagsins og snertifletir þess við áföll útskýrðir í undirkafla um félagsráðgjöf og áföll. Í þriðja kafla verður tengslakenningu John Bowlby gerð skil og tengsl kenningarinnar við áföll útskýrð í undirkafla þar á eftir. Í fjórða kafla um áföll verður hugtakið áfall skilgreint og farið yfir ólík greiningarviðmið nokkurra af þeim geðröskunum sem rekja má til áfalla. Í undirköflum þar á eftir verða reifaðar annars konar afleiðingar áfalla sem skipt er niður í áföll sem samfélagslegan vanda, áföll í æsku og ACE-rannsóknina, áföll og ójöfnuð, og taugalíffræðileg áhrif áfalla. Síðasti hluti fjórða kafla fjallar um seiglu og verndandi þætti gegn áhrifum áfalla. Fimmti kafla fjallar um áfallamiðaða þjónustu. Í fyrsta undirkafla fimmta kafla eru rök færð fyrir mikilvægi áfallamiðaðrar þjónustu og í öðrum undirkafla er farið nánar í skilgreiningar á grunnildum áfallamiðaðrar nálgunar. Í þriðja undirkafla eru áskoranir í áfallamiðaðri þjónustu reifaðar. Í sjötta kafla er umræða þar sem niðurstöður ritgerðarinnar eru teknar saman.

2 Félagsráðgjöf

Félagsráðgjafarfræðingur á uppruna sinn að rekja til hreyfinga félagslegra umbótasinna á síðari hluta 19. aldar í Evrópu og í Norður-Ameríku. Félagsráðgjöf varð síðar að opinberu starfsheiti á þriðja áratug tuttugustu aldar í kjölfar bættra tækifæra til menntunar og aukinnar stofnanavæðingar. Tilkoma félagsráðgjafarfagsins var hluti af mörgum tilraunum til að takast á við fátækt sem á mótsagnakenndan hátt fór vaxandi á tímum blómstrandi efnahags og tæknilegra framfara í kjölfar iðnbyltingarinnar og vaxandi þéttbýlismyndunar (Stuart, 2013). Fyrir tíma iðnbyltingarinnar var það aðallega hlutverk fjölskyldunnar að annast um þá einstaklinga sem einhverra hluta vegna gátu ekki séð sér farborða. Þeir einstaklingar þurftu þá helst að treysta á skyldleika og fjölskyldubönd fyrir umhyggju og stuðning. Hinni skipulögðu góðgerðarstarfsemi sem félagsráðgjafarfræðingur á rætur að rekja til óx mjög fiskur um hrygg á þessum tíma en starfsemi varð þó fljótlega umdeild. Talað var um að starfið væri illa skipulagt og liði fyrir skort á formlegri þekkingu. Í kjölfarið var komið á sérstökum námskeiðum fyrir fólk sem starfaði á vegum félaganna og upp úr þeim varð félagsráðgjafarfræðingur til (Eldey Huld Jónsdóttir, e.d.).

Fyrsti íslenski félagsráðgjafinn var Guðrún Jónsdóttir sem snéri heim frá námi árið 1957. Fleiri íslenskir félagsráðgjafar bættust við um 1960 og um fimm árum síðar fór af stað umræða um nauðsyn þess að koma á félagsráðgjafarnámi hérlandis (Eldey Huld Jónsdóttir, e.d.). Á Íslandi öðluðust félagsráðgjafar lögverndun starfsheitisins árið 1975 sem var nokkru fyrr en félagsráðgjafar á öðrum Norðurlöndum. Lögsaga félagsráðgjafarfagsins heyrir undir heilbrigðisráðuneytið og er stéttin skilgreind sem heilbrigðisstétt. Lengi vel studdust íslenskir félagsráðgjafar við alþjóðlegar siðareglur í íslenskri þýðingu en árið 1997 komu út íslenskar siðareglur félagsráðgjafa. Þá var reglugerð um sérfræðileysi íslenskra félagsráðgjafa samþykkt á Alþingi árið 1999. Samkvæmt henni eru aðalsvið til sérfræðiréttinda fjögur; félagsráðgjöf á heilbrigðissviði, félagsþjónusta, réttarfélagsráðgjöf og skólafélagsráðgjöf. Til að öðlast starfsréttindi þarf að uppfylla skilyrði um meistaranám og starfsreynslu í fimm ár undir handleiðslu (Sigrún Júlíusdóttir, 2006).

Félagsráðgjöf hefur frá upphafi verið skilgreind sem almennt fag líkt og heimilislækningar. Innan fagsins urðu snemma til tvær aðgreindar leiðir, annars vegar samfélagsleg vinna í þágu félagslegra umbóta og hins vegar meðferðarstarf með

einstaklingum og fjölskyldum þeirra. Lengi vel var ákveðinn núningur milli þessara aðskildu greina sem hindraði nokkuð eðlilega framþróun í faginu. Í seinni tíð hefur þessi tvíhyggja látið undan síga og aukin áhersla verið lögð á menntun innan fagsins, fjölkerfanálgun, sérhæfingu og heildarsýn (Sigrún Júlíusdóttir, 2006). Heildarsýn hefur frá upphafi einkennt félagsráðgjafarfagið. Að baki þess hugtaks býr sú hugmynd að hver og ein manneskja sé einstök og margbreytileg og að horfa þurfi til aðstæðna hennar út frá öllum hliðum og í samhengi við umhverfi, svo sem fjölskyldu, vana og vinnufélaga. Af því leiðir að félagsráðgjafinn þarf að tileinka sér styrkleika á víðu sviði þrátt fyrir að einnig sé mikil þörf á sérhæfingu innan fagsins, til dæmis innan barnaverndar, öldrunarmála og fötlunarmála (Lára Björnsdóttir, 2006).

2.1 Félagráðgjöf og áföll

Upphaflega lögðu félagsráðgjafar höfuðáherslu á stuðning við fátæka en sú áhersla átti síðar eftir að breytast og þróast samhliða þeim róttæku breytingum sem fylgdu tveimur heimsstyrjöldum og kreppunni miklu. Til að mynda öðlaðist geðheilsa aukið vægi innan félagsráðgjafarfagsins þegar uppgjafahermenn þörfuðust úrræða eftir að hafa snúið aftur úr heimsstyrjöldunum tveimur. Í kjölfar fyrri heimsstyrjaldarinnar óx faginu enn ásmegin þegar bandarískir félagsráðgjafar fengu það hlutverk að vera tengiliðir milli hermanna og fjölskyldna þeirra. Bandaríski herinn sendi einnig félagsráðgjafa, sem margir hverjir höfðu hlotið þjálfun hjá Rauða krossinum, út á vígvöllinn til að styðja við hermenn sem í kjölfar átakanna þjáðust af því sem kallað var sprengjulost (e. shell shock) og margvíslegum geðrænum vanda (Stuart, 2013). Kimberley og Parsons (2017) leggja áherslu á að félagsráðgjafar og forverar þeirra sem störfuðu í þágu góðgerðarmála hafi frá upphafi hjálpað fórnarlömbum margskonar áfalla löngu áður en hugtakið áfall var skilgreint á þann hátt sem gert er í dag. Til að mynda voru félagsráðgjafar um aldamótin 1900 virkir í starfi með særðum hermönnum, fólki sem þjáðist af taugaveiklun (e. neurosis), fjölskyldum sem bjuggu við heimilisofbeldi og aðra djúpstæða erfiðleika, geðfötlugu fólki og börnum sem voru fórnarlömb mansals og kynferðisofbeldis svo fátt eitt sé nefnt.

Af þessu má ætla að félagsráðgjafar ásamt forverum þeirra hafi frá upphafi starfað náið með þolendum áfalla og tekist á við margvíslegar afleiðingar þeirra með

einum eða öðrum hætti (Kimberley og Parsons, 2017). Þrátt fyrir þessa rúmlega hundrað ára löngu sögu er það þó ekki fyrr en á allra síðustu áratugum sem leitast hefur verið við að þróa fastmótaðar kenningar og vinnubrögð fyrir félagsráðgjafa til að undirbúa þá fyrir vinnu með þolendum áfalla. Knight (2019) telur að kenningin um áfallamiðaða (trauma-informed) nálgun í uppbyggingu þjónustukerfa sem var upphaflega sett fram árið 2001 af fræðimönnunum Harris og Fallof hafi markað upphafið að aukinni áherslu á áföll í rannsóknarstarfi á sviði félagsráðgjafar. Mersky og félagar (2019) nefna aftur á móti bandaríska þjóðarsambandið um börn og áfallastreitu (the National child traumatic stress network [NCTSN]) sem stofnað var af Bandaríkjaþingi árið 2000 sem einn mikilvægasta hornsteininn í framþróun áfallamiðaðrar nálgunar og starfi í þágu vitundarvakningar um áföll. Heilt á litið virðist sem skipulegar þreifingar í átt til áfallamiðaðrar þjónustu hafi byrjað í kringum aldamótin 2000 og standi enn yfir. Þó vantar ennþá upp á að áfallafræði verði fastur og órjúfanlegur hluti af félagsráðgjafarnámi á heimsvísu þótt áhuginn fari vaxandi (Knight, 2019).

Samkvæmt siðareglum íslenskra félagsráðgjafa er grundvöllur félagsráðgjafarfagsins virðing fyrir manngildi og sérstöðu hvers og eins og trú á getu þeirra til að nota hæfileika sína til fullnustu. Markmið félagsráðgjafarfagsins er að vinna að lausnum persónulegra og félagslegra vandamála og berjast gegn hvers kyns félagslegu ranglæti og mannréttindabrotum. Siðareglurnar skiptast í frumskyldur, ábyrgðar- og hæfnisskyldur, félagslegar skyldur og að lokum fagfélagslegar skyldur (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Siðareglurnar falla vel að markmiðum áfallamiðaðrar nálgunar sem miða að því skapa aðstæður þar sem skjólstæðingar finna til öryggis, valdeflingar og valfrelsis. Samvinna félagsráðgjafa og skjólstæðings skal grundvallast á gagnkvæmu trausti og hlutverk félagsráðgjafans felst meðal annars í því að vera meðvitaður um það hvernig áhrif áfalla geta haft áhrif á líf og virkni skjólstæðinga (Knight, 2019). Um þetta verður fjallað nánar í fimmta kafla um áfallamiðaða þjónustu.

3 Tengslakenning John Bowlby

Tengslakenningin svonefnda á rætur að rekja til breska geðlæknisins og sálgreinisins John Bowlby (1907-1990). Tengslakenningin boðar að gæði þeirra tengsla sem myndast milli kornabarns og móður þess eða helsta umönnunaraðila hafi mikið forspárgildi um þroska barnsins síðar á lífsleiðinni. Tengsl þessi séu jafnframt drifin áfram af frumpörf barnsins fyrir öryggi og vernd (Page, 2011).

Bowlby starfaði mikið með börnum og unglingum um ævina og þá einkum þeim sem áttu við hegðunarvanda að stríða eða voru af einhverjum ástæðum aðskilin frá foreldrum sínum og nánustu fjölskyldu. Hann tók eftir mynstri í hegðun og þroska barna undir sjö ára aldri sem misst höfðu tengsl við mæður sínar og voru alin upp á stofnunum; þau stækkuðu minna en önnur börn, voru seinni til máls og sýndu síðar á ævinni skerta getu til að mynda varanleg tengsl við aðrar manneskjur. Að mati Bowlbys mátti einna helst rekja þessa erfiðleika barnanna til móðurmissis. Þær hugmyndir þóttu á þeim tíma nýstárlegar og voru mjög umdeildar, einkum innan bresku sálgreinasamtakanna sem Bowlby tilheyrði (Sæunn Kjartansdóttir, 2021). Bowlby aðgreindi sig einnig frá hugmyndafræði sálgreiningar með áhuga sínum á hátternisfræði (e. ethology) og þróunarkenningu Darwins. Þá varð hann jafnframt fyrir miklum áhrifum af raunvísindalegum rannsóknum á tengslamyndun dýra sem þá voru nýjar af nálinni, til dæmis rannsóknum Konrad Lorenz á sambandi fuglsunga við mæður sínar og rannsóknum Harry Harlow á hegðun móðurlausra rhesus-apaunga (Page, 2011).

Bowlby sýndi fram á að þvert á það sem hugmyndafræði sálgreiningar boðaði er samband kornabarna við mæður sínar annað og meira en einungis bundið við fæðugjöf. Líkt og rannsóknir Lorenz og Harlow sýndu mynda gæsaungar og rhesus-apaungar tengsl við mæður og móðurstaðgengla sem ekki sáu ungunum fyrir fæðu. Með hliðsjón af þessu taldi Bowlby að þörf mannskra barna fyrir að mynda tengsl við mæður sínar og sækja hjá þeim hlýju og öryggi væri líffræðileg og meðfædd (Howe, 1995; Page, 2011). Í framhaldi skilgreindi Bowlby svonefnda tengslahegðun (e. attachment behaviour) sem afkvæmi sýnir undir hvers kyns álagi, til dæmis vegna hungurs, sársauka, utanaðkomandi árásar, breytinga á umhverfi eða aðskilnaðar frá foreldrum. Tengslahegðun hefur þrjú megin einkenni; ásókn barnsins í nálægð við foreldri þegar hætta steðjar að, aukin öryggiskennd barnsins í návist foreldris og mótmæli barnsins við aðskilnað (Howe, 1995).

Barnasálfræðingurinn Mary Ainsworth (1913-1999) var nán samstarfskona Bowlbys og þróaði rannsóknina *Ókunnar aðstæður* (e. strange situation) þar sem bera má kennsl á ólík tengslamynstur ungra barna útfrá viðbrögðum þeirra við aðskilnaði og endurfundum við móður eða annan náinn umönnunaraðila (Sæunn Kjartansdóttir, 2021). Borin voru kennsl á fimm megin tegundir tengslamynstra.

1. Öruggt tengsl (e. secure attachment). Barn fer í nokkurt uppnám við aðskilnað, sýnir jákvæð viðbrögð við endurfundi og leitar eftir snertingu og huggun. Barnið tekur foreldri fram yfir ókunnuga, foreldri er vakandi og næmt fyrir þörfum barnsins og barnið er öruggt í þeirri vissu að foreldri sé til staðar og veiti stuðning ef á þarf að halda (Payne, 2005).
2. Óörugg/náandarfælin tengsl (e. insecure/avoidant attachment). Fá eða engin merki um uppnám við aðskilnað, barn forðast eða hunsar foreldri við endurfundi og leitar ekki eftir líkamlegri snertingu. Leikur barns er takmarkaður, barnið er á verði gagnvart foreldri og gerir ekki upp á milli foreldrisins og ókunnugra. Foreldri sýnir þörfum barnsins fálæti og jafnvel hunsar það (Payne, 2005).
3. Óörugg/tvíbent tengsl (e. insecure/ambivalent attachment). Barn kemst í mikið uppnám við aðskilnað og lætur ekki huggast auðveldlega. Sækist eftir nánd við foreldri en róast samt ekki. Barn krefst athygli og hafnar henni á víxl, sýnir til skiptis hæði (e. dependence) og mótþróa og er kvíðið gagnvart nýjum aðstæðum og fólki. Foreldri er ósamkvæmt sjálfu sér og ónæmt á þarfir barnsins en hafnar þó ekki barninu né sýnir því fjandskap (Payne, 2005).
4. Óörugg/ruglingsleg tengsl (e. insecure/disorganized attachment). Sum einkenni sambærileg við náandarfælin og tvíbent tengslamynstur. Barn sýnir trufluð viðbrögð við aðskilnaði og endurfundum við foreldri, getur til dæmis hlaupið í átt að móður sinni en snúið við á miðri leið og hlaupið frá henni, „frosið“ í sporunum og sýnt önnur merki um ótta (Sæunn Kjartansdóttir, 2021). Í öðrum tilfellum er hegðun barnanna vélræn við endurfundi og sýna þau þá litlar tilfinningar og horfa til dæmis ekki í augu foreldris þegar þau eru tekin upp. Í þessum tilfellum kveikir foreldri hvorki öryggistilfinningu né

huggun með barninu þar sem barnið ýmist óttast foreldrið eða skynjar að foreldrið sjálft sé óttaslegið (Howe, 1995).

5. Engin tengsl (e. non-attachments). Barn sýnir engin viðbrögð við aðskilnaði. Enginn greinarmunur er gerður á fólki á meðan grunnþörfum barnsins er mætt. Barnið á í erfiðleikum við að hemja árásarhneigð og hefur lélega hvatastjórnun. Barn með slíkt tengslamynstur hefur ekki haft tækifæri til að mynda tengsl við foreldri eða annan umönnunaraðila, til dæmis vegna vistunar á stofnun frá frumbersku eða alvarlegra vandamála í fari foreldranna, til dæmis mikillar vímuefnaneyslu (Payne, 2005).

Samkvæmt tengslakenningu Bowlbys þróast ólík tengslamynstur í frumbersku og mótast af reynslu ungra barna af umönnunaraðilum sínum (oftast foreldrum) og viðhaldast með framrás persónulegra sambanda fram á fullorðinsár (Ogle, Rubin og Siegler, 2015). Á fyrstu árum ævinnar þróar barnið með sér *innra vinnulíkan* (e. internal working model) sem er eins konar huglægt líkan af barninu sjálfu og öðru fólki í umhverfi þess. Innra vinnulíkan barnsins mótast af þeim samskiptum sem það hefur átt við sína nánustu í gegnum tíðina. Hafi barnið alist upp í öruggum tengslum við áreiðanlega og ástríka foreldra dregur það þá ályktun að það sjálft sé þess verðugt að vera elskað og sýnd athygli. Hafi barnið aftur á móti alist upp við óöruggt tengslamynstur er hætta á að það sjái heiminn sem hættulegan stað, telji sig áhrifalítið og vænti síður góðs frá öðru fólki. Þessar hugmyndir eru ekki meðvitaðar, en þær eru djúpstæðar þar sem þær mótast í frumbersku á því tímabili ævinnar þegar barnið er hvað bjargarlausast (Sæunn Kjartansdóttir, 2021).

3.1 Tengslakenningin og áföll

Margar rannsóknir hafa verið gerðar í því skyni að bera kennsl á og skilgreina áhættuþætti og styrkleika meðal einstaklinga sem hafa upplifað áföll. Áhættuþættir og styrkleikar spila stórt hlutverk í því hvernig einstaklingar bregðast við og vinna úr þeim áföllum sem henda þá á lífsleiðinni (Ogle o.fl., 2015). Margt bendir til þess að örugg tengslamynstur séu ákveðinn styrkleiki þegar einstaklingar verða fyrir áföllum og mótlæti. Langtímarannsóknir benda til þess að örugg tengslamyndun í bernsku hafi

jákvæð áhrif á tilfinningastjórnun, seiglu og hæfileikann til að þróa og viðhalda vináttusamböndum. Örugg tengslamyndun á fullorðinsárum hefur að sama skapi jákvæð áhrif á sjálfstraust, tilfinningastjórnun og getuna til að þola streitu. Aftur á móti tengist óörugg og nándarfælin tengslamyndun aukinni tíðni sálrænna kvilla í kjölfar erfiðra atburða og hefur neikvæð áhrif á getu einstaklinga til að nýta sér félagslegan stuðning. Þá eykur óörugg tengslamyndun hættuna á að þróa með sér alvarlega sjúkdóma (Fowler, Allen, Oldham og Frueh, 2013).

Rannsóknir á ólíkum tengslamynstrum meðal fullorðinna gefa til kynna að þeir einstaklingar sem hafa tilhneigingu til kvíðablandinnar tengslamyndunar (e. attachment anxiety) upplifi viðvarandi ótta við höfnun og að vera yfirgefnir af sínum nánustu. Til að slá á slíkar tilfinningar reyna þeir einstaklingar hvað þeir geta til að leita nálægðar við þá sem þeir tengjast nánnum böndum og komast í uppnám ef þeir eru ekki aðgengilegir eða sýna ekki viðeigandi svörun. Þessi tengslamyndun einkennist af ofsafengnum tilfinningum sem ýta undir neikvæða tilfinningalega svörun við erfiðum atburðum og auka líkur á því að einstaklingur túlki aðstæður og upplýsingar sem ógnandi. Kvíðablandin tengslamyndun á fullorðinsárum er talin tengjast margskonar erfiðleikum, til dæmis tilhneigingu til að gefa neikvæðum tilfinningum aukið vægi og tilhneigingu til að kvíða yfirvofandi atburðum og telja þá ógnandi. Þá upplifa einstaklingar með kvíðablandna tengslamyndun alvarlegri einkenni kvíða og þunglyndis en aðrir og mælast auk þess áttakasæknari (Ogle o.fl., 2015).

Einstaklingar sem hafa tilhneigingu til nándarfælinnar tengslamyndunnar (e. attachment avoidance) á fullorðinsárum upplifa óþægindi í nánnum persónulegum samböndum og treysta því fyrst og fremst á sig sjálfa þegar erfiðleikar steðja að. Þeir hafa tilhneigingu til að hunsa meðvitað eigin viðbrögð við ógnandi aðstæðum og upplýsingum og bæla niður erfiðar minningar. Slík viðbrögð virka að ákveðnu marki til að hafa hemil á neikvæðum tilfinningum og gera sem minnst úr erfiðleikum. Engu að síður benda rannsóknir til þess að nándarfælin tengslamynstur tengist annars konar erfiðleikum á borð við skerta getu til að bera kennsl á neikvæðar tilfinningar, minnkaða tilhneigingu til að leita sér utanaðkomandi hjálpar og auknum líkum á að þróa með sér þunglyndi (Ogle o.fl., 2015).

Ljóst er að tengslamynstur spila lykilhlutverk hjá einstaklingum þegar kemur að því að spá fyrir um viðbrögð við áföllum og alvarlegum atburðum. Heilt yfir benda rannsóknir til þess að örugg tengslamyndun sé verndandi þáttur gegn einkennum áfallastreituröskunar á meðan óörugg tengslamyndun stuðlar að auknu varnarleysi einstaklinga gegn slíkum einkennum. Tengsl einkenna áfallastreituröskunar við óörugg og nándarfælin tengslamynstur hafa fundist meðal fullorðinna þolenda áfalla í nánnum samskiptum (e. interpersonal trauma), fórnarlamba hryðjuverkaárása og fyrrverandi stríðsfanga. Þá hafa óörugg tengslamynstur verið skilgreind sem áhættuþáttur fyrir einkenni áfallastreituröskunar meðal uppkominna þolenda ofbeldis í æsku. Heilt yfir benda rannsóknir til þess að einstaklingar með sögu um áföll í æsku séu líklegri en aðrir til að þróa með sér áfallastreituröskun (Ogle o.fl., 2015).

4 Áföll

Í þessum kafla er hugtakið áfall skilgreint og þær tegundir geðraskana útskýrðar sem rekja má með beinum hætti til áfalla; áfallastreituröskun (PTSD), flókin áfallastreituröskun (CPTSD), viðbragðsbundin geðtengslaröskun og afhömluð tengslaröskun (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2019). Þá verður fjallað um annars konar áhrif og afleiðingar áfalla og að síðustu um seiglu og verndandi þætti gegn áhrifum áfalla.

4.1 Hvað er áfall?

Samkvæmt skilgreiningu bandaríska sálfræðingafélagsins (American Psychological Association) er áfall skilgreint sem tilfinningalegt viðbragð við skelfilegum atburði á borð við slys, nauðgun eða náttúruhamfarir. Strax í kjölfar slíkra atburða er algengt að fólk upplifi lost (e. shock) og fari í afneitun. Afleiðingar áfalla til lengri tíma geta verið óútreiknanlegar og yfirþyrmandi tilfinningar, endurlit (að upplifa atburðina aftur og aftur), erfiðleikar í persónulegum samböndum og jafnframt líkamleg einkenni á borð við ógleði og höfuðverki (American Psychological Association, e.d.). Viðbrögð við áföllum eru mjög einstaklingsbundin og velta á persónulegum, félagslegum og menningarlegum þáttum. Þótt hópur fólks deili sömu eða sambærilegri áfallasögu geta upplifanir þeirra af atburðunum verið gerólíkar (Knight, 2019). Af þessum orsökum getur verið erfitt að skilgreina hugtakið áfall á almennan og nákvæman hátt þar sem skilgreining þess útheimtir skoðun á huglægrri og tilfinningalegri reynslu fólks sem getur mótast af ólíkum menningarheimum og viðhorfum (Mersky o.fl., 2019).

Einstaklingar sem verða fyrir áföllum geta í ákveðnum tilfellum þróað með sér nokkrar tegundir geðraskana í kjölfarið sem skilgreindar eru í DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013) og alþjóðlegri tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála í ICD flokkunarkerfinu (World Health Organization, 2019). Af þeim er áfallastreituröskun (e. posttraumatic stress disorder, PTSD) hvað þekktust. Að auki hefur svonefnd flókin áfallastreituröskun (e. complex post traumatic stress disorder [CPTSD]) nýlega verið skilgreind í flokkunarkerfi ICD-11 sem gjarnan einkennir þolendur margendurtekinna eða langvarandi áfalla (Cloitre, 2020). Einnig eru skilgreindar tvær aðrar tegundir raskana sem rekja má til áfalla, og svipar mjög til áfallastreituröskunar,

en það eru bráðastreituröskun (e. acute stress disorder) og aðlögunarröskun (e. adjustment disorder) (American Psychiatric Association, 2013). Þá eru jafnframt skilgreindar tvær geðtengslaraskanir sem rekja má til alvarlegrar félagslegrar og tilfinningalegrar vanrækslu í frumbersku; viðbragðsbundin geðtengslaröskun (e. reactive attachment disorder) og afhömluð tengslaröskun (e. disinhibited social engagement disorder), en þær eru mjög sjaldgæfar (Torres, 2020).

Hér verður einkennum áfallastreituröskunar, flókinnar áfallastreituröskunar, viðbragðsbundinnar geðtengslaröskunar og afhamlaðrar tengslaröskunar lýst. Þar sem einkennum bráðastreituröskunar og aðlögunarröskunar svipar mjög til áfallastreituröskunar verður látið nægja að lýsa þeirri síðastnefndu. Lýsing á einkennum áfallastreituröskunar veitir jafnframt yfirsýn yfir þær afleiðingar sem áföll geta haft í för með sér fyrir einstaklinga, hvort sem þeir uppfylla greiningarviðmið um áfallastreituröskun eða ekki.

4.2 Áfallastreituröskun

Til að vera vera greindur með áfallastreituröskun þarf einstaklingur að uppfylla eftirfarandi viðmið (American Psychiatric Association, 2013; Torres, 2020):

1. Að hafa upplifað lífsógnandi atburð með beinum eða óbeinum hætti, það er annað hvort að hafa lent í slíku atviki persónulega eða að hafa orðið vitni að því. Þetta a einnig við ef einstaklingur fréttir að skelfilegur atburður hafi komið fyrir náinn fjölskyldumeðlim eða ástvin. Að auki getur einstaklingur þróað með sér áfallastreituröskun ef hann verður ítrekað vitni að skelfilegum atburðum vegna atvinnu sinnar, til dæmis sem sjúkraflutningamaður eða lögreglumáður.
2. Að finna fyrir einu eða fleiru af eftirtöldum einkennum sem snúa að endurupplifun atburða; a) að upplifa þrálátar og ásæknar minningar af atburðinum, b) fá endurteknar martraðir þar sem atburðurinn kemur fyrir, c) upplifa endurlit (e. flashback) þar sem viðkomandi finnst hann endurupplifa atburðinn, d) komast í mikið og langvarandi tilfinningalegt uppnám ef

eitthvað hefur gerst sem minnir á atburðinn og e) finna fyrir augljósum líkamlegum einkennum ef eitthvað gerist sem minnir á atburðinn.

3. Að stunda svonefnda forðunarhegðun. Hún felst í að forðast þau áreiti sem kunna að minna á áfallið, hvort sem þau eru huglæg eða hlutlæg. Til að uppfylla greiningarviðmið þarf viðkomandi að forðast annað hvort huglæg eða hlutlæg áreiti eða bæði. Huglæg áreiti eru minningar, hugsanir og tilfinningar sem tengjast áfallinu en hlutlæg áreiti eru til dæmis fólk, staðir, hlutir, samtöl um atburð og aðrar athafnir sem minna á áfallið.
4. Að finna fyrir neikvæðum breytingum á hugarfari og skapsmunum sem ýmist hófust í kjölfar áfallsins eða versnuðu. Í þeim flokki einkenna er a) minnisleysi um áfallið og atburði sem tengjast því og er vanalega af völdum hugrofs (e. dissociative amnesia), ekki af völdum höfuðáverka eða vímuefnaneyslu), b) yfirþyrmandi neikvæð sjálfsímynd og hugmyndir um umheiminn, c) ýktar ásakanir í eigin garð eða annarra vegna áfallsins, d) neikvætt tilfinningalíf (ótti, hryllingur, reiði, sektarkennd eða skömm), e) minni áhugi á daglegri virkni og þátttöku í mikilvægum atburðum, f) að upplifa sig einangraðan frá öðru fólk og g) viðvarandi tregða til að upplifa jákvæðar tilfinningar á borð við hamingju, gleði eða kærleika. Einstaklingur þarf að finna fyrir tveimur eða fleirum upptalinna einkenna í þessum flokki til að uppfylla greiningarviðmið fyrir áfallastreituröskun.
5. Að finna fyrir breytingum á örvun og viðbrögðum sem annað hvort hófust í kjölfar áfalls eða versnuðu. Einkenni í þessum flokki eru a) aukinn pirringur og árásargirni af litlu eða engu tilefni, b) áhættusöm eða sjálfseyðandi hegðun, c) að vera stöðugt á varðbergi, d) að vera mjög viðbrigðin(n) gagnvart áreiti, e) einbeitingarerfiðleikar og f) svefnleysi eða svefntruflanir. Einstaklingur þarf að finna fyrir tveimur eða fleirum af ofantöldum einkennum til að uppfylla greiningarviðmið um áfallastreituröskun.
6. Einkenni í flokkum 2, 3, 4 og 5 þurfa að hafa varað lengur en í einn mánuð.

7. Einkennin þurfa að hafa valdið einstaklingnum umtalsverðri þjáningu eða truflun í félagslegum samskiptum, á vinnustað eða á öðrum mikilvægum sviðum hins daglega lífs.
8. Einkennin mega ekki vera af völdum lyfja, vímuefnanotkunar eða annarra veikinda.

Tekið skal fram að þessi greiningarviðmið eiga við um börn og fullorðna yfir sex ára aldri. Börn yfir eins árs aldri geta engu að síður þjáðst af áfallastreituröskun, en þá er algengt að all nokkur tími líði, jafnvel mánuðir eða ár eftir að áfallið átti sér stað áður en sýnileg einkenni barnsins uppfylla greiningarviðmið (American Psychiatric Association, 2013).

4.3 Flókin áfallastreituröskun

Flókin áfallastreituröskun (e. complex post traumatic stress disorder) er geðröskun sem einstaklingar geta þróað með sér í kjölfar ógnandi eða skelfilegra atburða sem oftast eru endurteknir eða standa yfir í lengri tíma og undankomuleiðir eru fáar eða engar. Þar sem má til dæmis nefna atburði á borð við pyntingar, þrælahald, þjóðarmorð, langvarandi heimilisofbeldi eða endurtekið ofbeldis í æsku (World Health Organization, 2019). Flókin áfallastreituröskun aðgreinir sig frá hefðbundinni áfallastreituröskun að því leyti að þeir sem þjáast af hinni fyrrnefndu hafa oftast upplifað áföll sem eru margendurtekin eða teygja sig yfir langan tíma og einkenni þeirra eru flóknari en hefðbundin einkenni áfallastreitu (Cloitre, 2020). Til að uppfylla greiningarviðmið ICD-11 um flókna áfallastreituröskun þarf í fyrsta lagi að uppfylla greiningarviðmið fyrir hefðbundna áfallastreituröskun. Að auki þurfa eftirfarandi einkenni að vera til staðar:

1. Alvarleg og viðvarandi vandamál við stjórnun tilfinninga.
2. Löskuð sjálfsmynd og sterk og viðvarandi sannfæring um að viðkomandi sé misheppnaður, minna virði en aðrir eða jafnvel einskis virði. Þessu fylgja þungbærar tilfinningar á borð við skömm og sektarkennd sem tengjast áfallinu eða áföllunum.

3. Erfiðleikar við að viðhalda tengslum og upplifa nánd við annað fólk. Þessir erfiðleikar valda verulegri skerðingu í persónulegu lífi, til dæmis innan fjölskyldu, í félagslífi, skóla eða námi, á vinnustað eða á öðru mikilvægu sviði daglegs lífs (World Health Organization, 2019).

4.4 Viðbragðsbundin geðtengslaröskun

Viðbragðsbundin geðtengslaröskun (e. reactive attachment disorder) í frumbersku einkennist af truflaðri og óviðeigandi tengslahegðun þar sem barn leitar sjaldan eða aldrei til foreldris eða umönnunaraðila til að sækjast eftir huggun, stuðningi, vernd eða umönnun. Talið er að barn sem haldið er viðbragðsbundinni geðtengslaröskun hafi í grunninn hæfni til að mynda tengsl við ákveðinn aðila en hafi ekki fengið til þess tækifæri vegna bágra aðstæðna í frumbersku og skorts á eðlilegri umönnun. Til að uppfylla greiningarviðmið viðbragðsbundinnar geðtengslaröskunar samkvæmt DSM 5 greiningarkerfinu þurfa eftirfarandi einkenni að vera til staðar (American Psychiatric Association, 2013):

1. Stöðugt hegðunarmynstur þar sem barn sýnir þvingaða, tilfinningalega lokaða hegðun í návist fullorðinna umönnunaraðila: a) barnið sækist sjaldan eða aldrei eftir huggun þegar það kemst í uppnám, b) barnið sýnir sjaldan eða aldrei svörun við huggun þegar það kemst í uppnám. Bæði einkenni þurfa að vera til staðar til að uppfylla greiningarviðmið.
2. Barn sýnir stöðuga félagslega og tilfinningalega truflun sem einkennist af að minnsta kosti tveimur eftirfarandi einkennum: a) félagsleg og tilfinningaleg svörun í samskiptum við aðra er í lágmarki, b) hæfni til að finna til ánægju er takmörkuð, c) atvik eiga sér stað þar sem óútskýrður þirringur, depurð og ótti eru til staðar í lítt ógnandi samskiptum við fullorðna umönnunaraðila.
3. Barnið hefur upplifað mjög alvarlegan skort á umönnun sem hefur einkennst af að minnsta kosti einu af eftirfarandi: a) vanrækslu eða skorti á umönnun þar sem tilfinningalegum grunnþörfum fyrir huggun, örvun og væntumþykju hefur ekki verið mætt af fullorðnum umönnunaraðilum, b) ítrekuðum

breytingum á umönnunaraðilum sem rýra tækifærin til að þróa stöðug náin tengsl, c) óhefðbundnum uppeldisaðstæðum sem takmarka verulega tækifæri til að mynda náin tengsl við umönnunaraðila, til dæmis uppeldi á stofnun þar sem fáir starfsmenn vinna með mörg börn.

4. Umönnun barnsins sem lýst er í þriðja hluta er talin orsök truflaðrar hegðunar sem talað er um í fyrsta hluta.
5. Barnið uppfyllir ekki greiningarviðmið um röskun á einhverfurófi.
6. Einkennin eru til staðar hjá barninu fyrir fimm ára aldur.
7. Barnið hefur náð að minnsta kosti níu mánaða aldri.

Þar sem viðbragðsbundin geðtengslaröskun á rætur að rekja til alvarlegrar vanrækslu er hún oft til staðar samhliða seinkuðum þroska, þá einkum vitsmuna- og málþroska. Lítið er vitað um algengi viðbragðsbundinnar geðtengslaröskunnar en hún er almennt talin sjaldgæf. Röskunin hefur verið greind meðal barna sem hafa upplifað alvarlega vanrækslu áður en þeim var komið í fóstur eða á uppeldisstofnanir en hún er þó engu að síður sjaldgæf innan þess hóps (tæplega 10% af heildarfjölda) (American Psychiatric Association, 2013).

4.5 Afhömluð tengslaröskun

Afhömluð tengslaröskun (e. disinhibited social engagement disorder) einkennist af hegðunarmynstri þar sem barn yfir níu mánaða aldri hagar sér á óviðeigandi hátt við ókunnugt fólk sökum tengslaröskunar sem rekja má til tilfinningalegrar og félagslegrar vanrækslu. Hegðun barnsins er of kumpánleg gagnvart fólki sem það þekkir ekki og brýtur í bága við ríkjandi menningarvenjur. Til að uppfylla greiningarviðmið DSM 5 kvarðans um afhamlaða tengslaröskun þurfa eftirfarandi einkenni að vera til staðar (American Psychiatric Association, 2013):

1. Hegðunarmynstur þar sem barn nálgast og á samskipti við ókunnugt fullorðið fólk á óhindraðan hátt og sýnir að minnsta kosti tvö einkenni af eftirfarandi:
 - a) barn er lítið eða ekkert hikandi að tala við og nálgast ókunnugt fullorðið

fólk, b) barn er óviðeigandi kumpánlegt og markalaust í samskiptum í orðum og hegðun á þann hátt sem er ekki menningarlega viðurkennt eða í samræmi við aldur barnsins, c) barn sýnir litla eða enga viðleitni til að fullvissa sig um nærveru fullorðins umönnunaraðila þegar það rásar burt eða kannar ókunnug svæði, d) barn er viljugt og lítið eða ekkert hikandi að fara með ókunnugri fullorðinni manneskju.

2. Hegðun sem lýst er í fyrsta hluta er ekki rakin til hvatvísi (samanber ofvirkni og athyglisbrest) heldur inniheldur óhamlaða félagslega hegðun.
3. Barnið hefur upplifað mjög alvarlegan skort á umönnun sem hefur einkennst af að minnsta kosti einu af eftirfarandi: a) vanrækslu eða skorti á umönnun þar sem tilfinningalegum grunnþörfum fyrir huggun, örvun og væntumþykju hefur ekki verið mætt af fullorðnum umönnunaraðilum, b) ítrekuðum breytingum á umönnunaraðilum sem rýra tækifærin til að þróa stöðug nán tengsl, c) óhefðbundnum uppeldisaðstæðum sem takmarka verulega tækifæri til að mynda nán tengsl við umönnunaraðila, til dæmis uppeldi á stofnun þar sem fáir starfsmenn vinna með mörg börn.
4. Umönnun barnsins sem lýst er í þriðja hluta er talin orsök truflaðrar hegðunar sem fjallað er um í fyrsta hluta.
5. Barnið hefur náð að minnsta kosti níu mánaða aldri.

4.6 Annars konar afleiðingar áfalla

Hér verður fjallað um afleiðingar áfalla í víðara samhengi. Fyrst verður fjallað um áföll sem samfélagslegan lýðheilsuvanda á heimsvísu og því næst um svonefnda ACE-rannsókn sem kortlagði áhrif áfalla í æsku á heilsufar og lífsgæði á fullorðinsárum. Þá verður fjallað um það hlutverk sem félagslegur ójöfnuður spilar í áföllum fólks og að lokum fjallað stuttlega um taugalíffræðileg áhrif áfalla.

4.6.1 Áföll sem samfélagslegur vandi

Áföll eru útbreiddur, skaðlegur og kostnaðarsamur lýðheilsuvandi út um allan heim. Afleiðingar áfalla setja þungar byrðar á herðar einstaklinga, fjölskyldna og samfélaga og skapa miklar áskoranir fyrir opinberar stofnanir og þjónustukerfi. Áföll hafa í för með sér aukna heilsufarslega áhættuhegðun sem ein og sér getur valdið alvarlegum andlegum og líkamlegum sjúkdómum. Þá renna nýlegar rannsóknir stoðum undir tengsl áfalla við truflanir í þroska tauga- ónæmiskerfis. Með viðeigandi íhlutun og aðstoð getur fólk náð bata eftir slíkar raunir en því miður er æði algengt að fólk njóti ekki til þess viðeigandi stuðnings. Mikilvægi þess að samfélög og opinber kerfi leiti kerfisbundinna og þverfaglegra leiða til að takast á við áföll og afleiðingar þeirra verður sífellt viðurkenndara (Substance abuse and mental health services administration, 2014).

Flest bendir til þess að áföll og annað alvarlegt mótlæti séu síður en svo sjaldgæf fyrirbæri. Sem dæmi má nefna að niðurstöður rannsókna hafa sýnt að á heimsvísu verði um 23% barna fyrir líkamlegu ofbeldi, 13% barna fyrir kynferðislegu ofbeldi (18% stúlkna og 8% drengja), 16% barna upplifi líkamlega vanrækslu og 18% upplifi tilfinningalega vanrækslu (Mersky o.fl., 2019). Hafa ber í huga að áföll eiga sér ekki stað í tómarúmi og að einstaklingur upplifir áfall í samhengi við það samfélag sem hann tilheyrir, hvort sem samfélagið er skilgreint landfræðilega eða menningarlega. Viðbrögð samfélagsins við áfallinu leggja grunninn að þeim áhrifum sem áfallið hefur og reynslunni sem það skapar. Samfélög sem einkennast af skilningi á eðli og afleiðingum áfalla geta markað brautina fyrir bataferli einstaklingsins á meðan samfélög sem hunsa og gera lítið úr áhrifum áfalla geta hindrað bataferli og jafnvel orðið til þess að áfall endurtaki sig (Substance abuse and mental health services administration, 2014).

4.6.2 Áföll og mótlæti í æsku – ACE rannsóknin

Í ljós hefur komið að áhrif áfalla í æsku af völdum illrar meðferðar og fjölskylduerfiðleika eru sérlega þungbær fyrir einstaklinga (American Psychiatric Association, 2013; Larkin o.fl., 2014; Levenson, 2017). Slík áföll geta verið augljós og áþreifanleg; til dæmis þegar barn er beitt líkamlegu ofbeldi eða verður fyrir kynferðislegri misnotkun. Áföllin geta jafnframt verið lúmskari, minna sýnileg og átt sér stað yfir lengri tíma, til dæmis þegar barn er vanrækt tilfinningalega eða á foreldri sem misnotar vímuefni (Levenson, 2017).

Árið 1994 var framkvæmd viðamikil, bandarísk lýðheilsurannsókn á vegum Kaiser Permanente stofnunarinnar og bandarísku sóttvarnastofnunarinnar (Centers for Disease Control) á erfiðri reynslu í æsku (e. adverse childhood experiences) sem best er þekkt undir skammstöfuninni „ACE“. ACE-rannsóknin snérist um að kortleggja tengsl erfiðrar reynslu í æsku (á árunum fram að 18 ára aldri) við heilsufar og félagslega velferð á fullorðinsárum. „Erfiðri reynslu“ var skipt í tíu undirflokka: 1. andlegt ofbeldi, 2. líkamlegt ofbeldi, 3. vanrækslu, 4. skort á stuðningi og nánd innan blóðfjölskyldu, 5. kynferðislega misnotkun, 6. foreldramissi, 7. að hafa orðið vitni að heimilisofbeldi, 8. að eiga fjölskyldumeðlim með vímuefnavanda, 9. að eiga fjölskyldumeðlim sem þjáist af geðrænum veikindum og 10. að eiga fjölskyldumeðlim sem hefur setið í fangelsi. Ef þátttakendur höfðu upplifað reynslu á borð við þá sem lýst er í listanum fengu þeir ACE-stig á skalanum 0-10, en stigin byggðust á fjölda undirflokka þeirrar reynslu sem viðkomandi hafði upplifað (Larkin o.fl., 2014).

Niðurstöður bentu eindregið til þess að sú erfiða reynsla á æskuárum sem skimað var fyrir í rannsókninni spili afgerandi hlutverk í líkamlegri og andlegri heilsu, velferð og félagslegri virkni fólks á fullorðinsárum. Fjöldi ACE-stiga þátttakenda tengdist til að mynda heilsufarslegri áhættuhegðun á borð við reykingar, fíkniefnaneyslu og ofát sem svo aftur juku líkur á hjartasjúkdómum, sykursýki og krabbameini. Eftir því sem ACE-stigunum fjölgaði jókst heilsufarsleg áhætta fyrir einstaklinginn. Frekari rannsóknir leiddu í ljós tengsl milli ACE-stiga og aukinnar tíðni andlegra sjúkdóma og ýmiskonar félagslegra vandamála sem spönnuðu allt frá afbrotahæðun á unglingsárum til heimilisleysis (Spratt o.fl., 2019).

4.6.3 Áföll og ójöfnuður

Þrátt fyrir að hver sem er geti vissulega orðið fyrir áföllum hafa rannsóknir sýnt að áföll leggjast ekki á ólíka hópa fólks í jöfnum mæli. Líkurnar á að upplifa ofbeldi í æsku, ofbeldi í nánnum samböndum og náttúruhamfarir eru meiri eftir því sem einstaklingar búa við lakari efnahag og viðkvæmari félagslega stöðu. Efnaminna fólk er jafnframt líklegra til að fá fleiri stig á ACE-prófi en efnameira fólk (Mersky ofl., 2019). Áfallastreituröskun getur komið upp hjá fólki af öllum kynþáttum og þjóðernum en þó eru konur tvisvar sinnum líklegri en karlar til að þjáast af áfallastreituröskun einhvern

tímann á ævinni. Ekki er enn fullkomlega ljóst hvað skýrir þennan kynbundna mun en talið er að hann megi rekja til bæði líffræðilegra og sálfélagslegra þátta. Til að mynda er algengara að konur upplifi áföll á borð við kynferðisofbeldi en karlar, og þá gjarnan fyrr á ævinni sem þekkt er að hafi alvarlegri afleiðingar fyrir einstaklinga en áföll sem ríða yfir síðar á ævinni (Olf, 2017). Þá eru ýmsir minnihlutahópar einnig útsettari fyrir áfallastreituröskun samkvæmt bandarískri tölfræði, einkum fólk af latneskum og afrískum uppruna sem og afkomendur amerískra frumbyggja (Torres, 2020).

Mersky og félagar (2019) færa rök fyrir því að margar tegundir áfalla séu birtingarmyndir mannréttindabrota og félagslegs óréttlætis. Þótt sum áföll hljóttist í kjölfar atburða sem ekki er hægt að stjórna, til dæmis dauðsfalla af náttúrulegum orsökum, tilviljanakenndra slysa og náttúruhamfara er stór hluti þeirra áfalla sem fólk verður fyrir af mannavöldum. Þar koma gjarnan brot á mannréttindum við sögu, til dæmis þegar fólk hrekst á flótta af heimaslóðum sínum, er beitt pyntingum eða annars konar ofbeldi eða verður fyrir áföllum í stríðsátökum. Með því að líta á áföll og frelsi frá þeim sem mannréttinda- og réttlætismál er samfélögum sýnt fram á nauðsyn þess að draga verði úr tíðni áfalla og bregðast við afleiðingum þeirra að því marki sem hægt er í því skyni að jafna réttinn til heilbrigðis og lífshamingju.

4.6.4 Taugalíffræðileg áhrif áfalla

Nýjar rannsóknir hafa rennt stoðum undir tengsl áfalla við breytingar í taugalíffræðilegum ferlum sem hafa áhrif á streituvíðbrögð líkamans og getu heilans til að takast á við áhrif áfalla (Knight, 2019). Þegar börn alast upp við alvarlegt mótlæti og slæmar aðstæður ýtir það undir stöðuga offramleiðslu taugaboðefna sem virkja flótta-, árásar- og frostviðbrögð (e. fight-flight-freeze response) og koma jafnframt í veg fyrir heilbrigðan þroska annarra taugafrumna. Til lengri tíma valda þessar breytingar á heilanum skertri hæfni til tilfinningastjórnunar, skertri hæfni til að mynda félagsleg tengsl, minnkaðri hvatastjórnun og truflunum í vitsmunalegum ferlum (Levenson, 2017).

Hin stöðuga oförvun í þeim hlutum heilans sem kveikja á og stjórna streituvíðbrögðum í kjölfar áfalla bitnar til dæmis á undirstúku, heiladinguls og nýrnahettuöxlinum (e. hypothalamic-pituitary-adrenal axis), en það veldur meðal annars bælingu í virkni ónæmiskerfisins. Eitt af sýnilegustu merkjum um áfallastreituröskun

innan heilans er svo að hið svonefnda drekasvæði (e. hippocampus) minnkar, en það stjórnar meðal annars streituvíðbrögðum og minni. Þegar einstaklingar eru lengi undir miklu álagi getur drekasvæðið beðið skaða af og valdið minnstruflunum (Sperry, 2016).

Möndlungurinn (e. amygdala) í heilanum hefur að sama skapi mikilvægu hlutverki að gegna í úrvinnslu tilfinninga og óttavíðbrögðum. Þótt áhrif áfallastreituröskunar séu ekki sýnileg utan frá á möndlungi líkt og á drekanum mælist marktækur munur á virkni möndlungsins í fólki sem þjáist af áfallastreituröskun. Möndlungurinn verður þá ofurnæmur fyrir meintum ógnum og ofvirkur í svörun við áreiti úr umhverfinu, einkum þeim áreitum sem minna á áföllin og atburðina sem tengjast þeim en einnig þeim sem hafa enga tengingu við áfallið (Sperry, 2016).

Heilabörkurinn (e. prefrontal cortex) er það svæði heilans sem sér um að hefta streitu- og tilfinningavíðbrögð í samvinnu við möndlunginn. Hann sér einnig um að slökkva á skilyrtum óttavíðbrögðum. Meðal þeirra sem þjáist af áfallastreituröskun hefur mælst minnkun í virkni heilabarkarins í samhengi við alvarleika þeirra áfalla sem einstaklingar hafa orðið fyrir (Sperry, 2016).

4.7 Seigla og verndandi þættir

Hugtakið seigla (e. resilience) vísar til getu einstaklinga eða kerfa til að takast á við breytingar. Það er útbreitt í þó nokkrum fræðigreinum, til dæmis innan verkfræði, umhverfisfræði, félagsvísinda og sálfræði. Sálræn seigla vísar til getu einstaklingsins til að aðlagast streitu og takast á við mótlæti. Allir búa yfir einhvers konar seiglu og sú seigla getur auk þess byggst upp og þróast með tímanum. Réttast er að líta á seiglu sem ferli fremur en eiginleika, það er að segja ferli sem felur í sér sálrænar og lífeðlisfræðilegar breytingar sem gera einstaklingum kleift að takast betur á við áföll (Friedberg og Malefakis, 2018). Samkvæmt Ungar (2013) er sambandið milli jákvæðra þátta í umhverfinu sem tempru áhrif áfalla og seiglu einstaklinga margbrotið en á sama tíma nátengt. Hann gengur svo langt að telja að seigla hafi lítið með einstaklingsbundna hæfileika að gera til að sigrast á erfiðleikum heldur velti fremur á óformlegum og formlegum öryggisnetum í umhverfi fólks. Seigla á sér stað í erfiðum aðstæðum þegar einstaklingar finna sér leiðir í átt að þeim bjargráðum sem þeir þurfa á að halda til að komast yfir mótlætið. Þessar aðstæður geta þó einungis átt sér stað þegar umhverfið

býr yfir bjargráðum sem hafa þýðingu í þeirri menningu sem einstaklingurinn lifir og hrærist í. Það veltur því nokkuð á pólitískri ákvarðanatöku, fjármagni, fjölskyldum, menningarhefðum og jafnvel heppni hvort bágstaddur einstaklingur sem glímir við neikvæðar afleiðingar áfalla muni þróa með sér seiglu (Ungar, 2013).

Eins og áður kom fram í kafla 3.1. um tengslakenninguna og áföll eru örugg tengslamynstur þýðingarmikill verndandi þáttur þegar kemur að áföllum. Samkvæmt rannsóknum stuðla örugg tengslamynstur í bernsku að betri tilfinningastjórnun, aukinni seiglu og hæfileikum til að halda í og þróa vináttusambönd (Fowler o.fl., 2013). Í rannsókn Madsen og Abell (2010) á seiglu þolenda ofbeldis var verndandi þáttum gegn áhrifum áfalla skipt niður í þrjú megin svið; styðjandi vináttusambönd, bjartsýni og lausnamiðað hugarfar. Eins og við er að búast vísar flokkurinn styðjandi vináttusambönd til hæfileikans til að stofna til og viðhalda uppbyggilegum vináttusamböndum við aðra, en gott félagslegt stuðningsnet vegur geysilega þungt í að byggja upp seiglu. Með bjartsýni er átt við jákvætt hugarfar og væntingar um hvað framtíðin beri í skauti sér. Rannsóknir hafa sýnt að almenn bjartsýni eykur batalíkur í kjölfar líkamlegra veikinda, virkar hvetjandi til að leysa úr vandamálum og eykur líkur á að einstaklingur leiti sér stuðnings úr umhverfinu. Lausnamiðað hugarfar felur í sér hæfileikann til að finna skapandi lausnir í erfiðum aðstæðum, en rannsóknir renna stoðum undir að slíkur hæfileiki ásamt getunni til að læra af fyrri reynslu og að sækjast eftir breytingum stuðli að bættri seiglu meðal þolenda ofbeldis.

Annar verndandi þáttur gegn áhrifum áfalla sem reglulega er nefndur til sögunnar í fræðunum en er ekki að fullu studdur af rannsóknum er andleg sannfæring eða þátttaka í einhvers konar andlegri iðkun (e. spirituality). Ákveðnar rannsóknir á andlegri iðkun í samhengi við áföll hafa sýnt blendnar niðurstöður á meðan aðrar sýna fram á jákvæð tengsl við seiglu og almenna vellíðan (Madsen og Abell, 2010). Annar verndandi þáttur sem er að sumu leyti einnig andlegs eðlis er hæfileikinn til að horfast í augu við ótta og líta á hann sem leiðbeinandi afl frekar en andstæðing (Friedberg og Malefakis, 2018). Þá reyndust seiglumiklir einstaklingar með áfallasögu að eigin sögn búa yfir fórnfýsi, ríkri siðferðisvitund og sterkri sannfæringu um hvað er rétt og rangt samkvæmt rannsókn Southwick og Charney (2012).

Þótt tína megi til ýmsa þætti í fari einstaklinga sem þekkt er að geti stuðlað að seiglu og aukið líkur á bata í kjölfar áfalla og mótlætis ber flest að sama brunni sem áður var minnst á samkvæmt kenningu Ungars (2013) um mikilvægi ytri umhverfispátta. Þrátt fyrir að innri hvöt til að aðlagast aðstæðum sé mikilvægur þáttur bataferlis í kjölfar áfalla er það samt hið félagslega umhverfi sem ýmist stuðlar að æskilegum eða óæskilegum valkostum fyrir einstaklinga sem leita sér bjargráða. Líkt og áður kom fram í kafla 4.6.2. um ACE-rannsóknina er orsakasambandið milli hjarta- og æðasjúkdóma meðal uppkominna þolenda ofbeldis í æsku tilkomið vegna óheilbrigðari lífsstíls sem þolendur áfalla eru líklegri til að tileinka sér vegna áhrifa áfallanna sjálfra og annarra neikvæðra umhverfispátta (Spratt o.fl., 2019). Ungar (2013) telur að jákvæðir umhverfispættir virki á sambærilegan hátt og þeir neikvæðu og verði til þess að byggja upp seiglu einstaklinga á sama hátt og neikvæðir þættir draga úr henni. Því betur sem ytra umhverfi sér einstaklingum fyrir bjargráðum sem stuðla að aukinni velferð, því líklegri eru einstaklingarnir til að byggja upp eigin seiglu, til dæmis með því stofna til öruggra tengsla, stunda heiðarlega vinnu og finna fyrir aukinni valdeflingu.

5 Áfallamiðuð þjónusta

Í þessum kafla verður fjallað um áfallamiðuða þjónustu (e. trauma-informed care), rök færð fyrir mikilvægi hennar í störfum félagsráðgjafa og hugtakið skilgreint nánar.

5.1 Hvers vegna áfallamiðuð þjónusta?

Störf félagsráðgjafa eru fjölbreytt og afar líklegt að til þeirra leiti á einhverjum tímapunkti fólk með áfallasögu (Knight, 2015; Levenson, 2017). Rannsóknir sýna að fullorðnir einstaklingar með sögu um áföll í æsku eru líklegri en aðrir til að nota klíníska þjónustu eða vera vísað á slíka þjónustu. Á sviði félagsráðgjafa á þetta einkum við um þjónustu fyrir fólk sem glímur við vímuefnavanda og fólk sem er viðriðið geðheilbrigðisþjónustu, barnavernd og réttarvörslukerfið. Þessum hópi skjólstæðinga fylgja margar áskoranir og algengt er að fagfólk upplifi sig illa í stakk búið til að mæta þörfum þeirra (Knight, 2015). Eins og áður hefur komið fram er ekki óalgengt að einstaklingar með einkenni áfallasteitu hafi miklar skapsveiflur og geti jafnvel sýnt árásargjarna hegðun af litlu tilefni, til dæmis öskrað, stofnað til slagsmála og eyðilaggt hluti. Annar fylgifiskur áfallastreitu eru neikvæð hugsanamynstur, niðurrífandi hegðun og neikvæðar væntingar um lífið. Má nefna sem dæmi hugsanir eins og „ég mun aldrei treysta neinum framar“, eða „fólki í valdastöðum er aldrei treystandi“. Þá getur áfallastreita valdið verulegri truflun í tilfinningalífi þannig að einstaklingur upplifir sig aftengdan öðru fólki og hann getur jafnvel verið ófær um að finna fyrir gleði, ánægju og öðrum jákvæðum tilfinningum (American Psychiatric Association, 2013). Einkennin sem talin eru upp hér eru þó einungis hluti af einkennum áfallastreitu og eins og gefur að skilja geta þau truflað verulega eðlileg samskipti og daglega virkni fólks (American Psychiatric Association, 2013; Torres, 2020). Þá er ótalin einkenni annars konar geðraskana sem einstaklingar geta þróað með sér í kjölfar áfalla.

Tekið skal fram að einkenni á borð við þau sem hér voru talin upp geta einnig verið til komin af öðrum ástæðum en áfallasögu einstaklings. Þekkt er að einkennum athyglisbrests og ofvirkni (e. attention deficit hyperactivity disorder) er oft ruglað saman við einkenni áfallastreituröskunar og öfugt. Samspil athyglisbrests og ofvirkni annars vegar og áfallastreituröskunar hins vegar hjá sama einstaklingi er jafnframt sérlega flókið að greina og meðhöndla. Athyglisbrestur með ofvirkni, sem er meðfædd taugaþroskaröskun, veldur því að þau svæði heilans sem hafa með tilfinningar,

sjálfsmeðvitund og hvatvísi að gera eru smærri, minna þroskuð og síður virk en hjá þeim sem ekki þjást af slíkri röskun. Þetta veldur umtalsverðum skerðingum í til dæmis námi, ákvarðanatöku, skipulagningu og í myndun sambanda við aðra. Þau einkenni sem eru sameiginleg með athyglisbresti með ofvirkni og áfallastreituröskun eru til dæmis skortur á athyglisgáfu, hvatvísi, svefnleysi, pirringur, lélegt minni og einbeiting, kvíði, viðkvæmni gagnvart skynáreiti, lágt sjálfsmat og tilhneiging til að verða háður vímuefnum (Crenshaw og Mayfield, 2021). Í ljósi þessa er það sérlega mikilvægt að félagsráðgjafar og annað starfsfólk á sama vettvangi séu vakandi fyrir því að hegðun fólk getur átt sér margvíslegar skýringar og að ekki er allt sem sýnist.

Ennfremur er æskilegt að félagsráðgjafar þekki vel til svonefndrar jaðarpersónuleikaröskunar (e. borderline personality disorder), en hún einkennist af miklum og viðvarandi óstöðugleika í sjálfsmynd, skapferli og persónulegum samböndum. Einstaklingar með jaðarpersónuleikaröskun hafa gjarnan einkenni sem svipar til einkenna áfallastreituröskunar, til dæmis aukna hvatvísi, sjálfseyðandi hegðun, reiðiköst og erfiðleika við að mynda og viðhalda eðlilegum samböndum. Ólíkt áfallastreituröskun er jaðarpersónuleikaröskun talin viðvarandi ástand sem kemur fram á unglingsárum eða snemma á fullorðinsárum og helst nokkuð stöðugt eftir það (American Psychiatric Association, 2013). Þótt saga um áföll sé ekki eitt af greiningarviðmiðum DSM-5 greiningarkerfisins fyrir jaðarpersónuleikaröskun er mjög algengt að einstaklingar sem uppfylla greiningarviðmiðin eigi langa og flókna sögu um áföll, þá einkum kynferðislega misnotkun, líkamlegt og andlegt ofbeldi og alvarlega vanrækslu í uppvexti svo fátt eitt sé nefnt. Því miður mætir þessi hópur gjarnan fordómum hjá heilbrigðisstarfsfólki og er talinn erfiður í umgengni og meðferð. Í slíkum tilfellum getur reynst hjálplegt að líta á einstaklinga með jaðarpersónuleikaröskun sem hugsanlega þolendur áfalla í stað þess að dæma þá um of fyrir erfiða framkomu (Walker og Kulkarni, 2019).

5.2 Skilgreiningar á helstu hugtökum og megingildum

Í áfallamiðaðri þjónustu (e. trauma-informed care) felst að fagaðilar eru meðvitaðir um algengi áfalla og þau áhrif sem áföll og erfið reynsla í fortíðinni hafa á félagssálfræðilega virkni fólks í nútíð. Áfallamiðuð þjónusta er þó öðruvísi en hefðbundin áfallameðferð (e.

trauma-focused therapy) þar sem markmið hennar er ekki að vinna með sjálf áföllin, heldur að vinna með erfiðleika og áskoranir einstaklingsins í samhengi við þau áföll sem viðkomandi hefur upplifað. Félagsráðgjafar sem veita áfallamiðaða þjónustu notfæra sér þekkingu sína á eðli áfalla til að undirbyggja samskipti við skjólstæðinga sem grundvallast á virðingu og samkennd. Þeir leitast við að virða sjálfsákvörðunarrétt einstaklinga og gera skjólstæðingum kleift að þróa með sér heilbrigðar aðferðir til samskipta og bjargráða. Þeim er jafnframt ljóst að þau óheilbrigðu samskipti og lífsmynstur sem skjólstæðingar kunna að hafa tamið sér geta verið afleiðing áfalla og annars konar mótlætis (Levenson, 2017).

Áfallamiðuð þjónusta í félagsráðgjöf grundvallast af fimm megingildum eða lögmálum sem rannsóknir renna stoðum undir að séu hvað árangursríkust í starfi með fólki með áfallasögu. Þau eru *öryggi*, *traust*, *valdefling*, *valfrelsi* og *samvinna*. Í umhverfi þar sem þessi gildi eru höfð að leiðarljósi skapast aðstæður sem eru höfuðandstæða þess sem fólk með áfallasögu hefur gjarnan þurft að upplifa (Knight, 2019). Hér að neðan verður inntak megingildanna fimm útskýrt nánar.

5.2.1 Öryggi

Þeir sem hafa upplifað áföll geta upplifað veröldina sem hættulegan stað og eiga einnig til að vantreysta fólki. Því er nauðsynlegt að skapa öruggt umhverfi í áfallamiðuðu starfi. Öryggi getur bæði verið efnislegt og tilfinningalegt. Í efnislegu öryggi felst ytri umgjörð starfsins, að húsnæði sé viðundandi og hlýlegt og bjóði upp á afdrep þar sem hægt er að eiga trúnaðarsamtöl (Knight, 2019). Einnig má nefna vernd gegn umhverfishættum, góða lýsingu, aðgengi fyrir fatlað fólk og gott viðhald á húsnæði og umhverfi þess (Levenson, 2017). Tilfinningalegt öryggi veltur svo aftur á því hvort samband skjólstæðings við félagsráðgjafann einkennist af trausti, skilningi og stuðningi (Knight, 2019). Fyrsta skrefið til að skapa öryggi í þeim samskiptum er að félagsráðgjafinn viðurkenni að einstaklingurinn geti hafa upplifað áföll í nútíð eða fortíð sem hafi tilfinnanleg áhrif á líf viðkomandi og vinni samkvæmt því. Örugg samskipti einkennast af stöðugleika, eru fyrirsjáanleg og laus við skömm. Með réttri nálgun er hægt að viðhalda skýrum mörkum og eðlilegu valdajafnvægi í samskiptum án þess að endurskapa kúgandi andrúmsloft og niðurbjótandi valdboð sem margir þjónustunotendur kunna að hafa reynslu af (Levenson, 2017).

5.2.2 Traust

Þegar þörfum einstaklinga fyrir öryggi, virðingu og samþykki hefur verið mætt er hægt að byggja upp traust. Traust er áunnið og styrkist með tímanum. Mikilvægt er að allri óvissu varðandi þjónustuna sé eytt af hálfu félagsráðgjafans og að skjólstæðingurinn viti til hvers er ætlast af honum. Gott dæmi um slíkt er þegar félagsráðgjafi útskýrir í þaula inntökuskilyrði fyrir úrræði sem standa til boða, þjónustuferla, upplýsingar um trúnað, hvaða reglur gildi um miðlun upplýsinga, mætingarskyldu og gjöld svo fátt eitt sé nefnt. Ekki skal pressa á skjólstæðing að gefa upp upplýsingar sem viðkomandi er ekki tilbúinn að gefa upp. Einnig er mikilvægt að leyfa einstaklingum að mynda traust á eigin hraða og forsendum, en það er liður í því að kenna heilbrigð samskiptamynstur (Levenson, 2017).

Til að skapa traust í áfallamiðaðri þjónustu þarf að koma á skýrum mörkum milli fagaðila og skjólstæðinga, virða þagnarskyldu eins og unnt er (og láta vita fyrirfram ef hætta er á að rjúfa þurfi þagnarskyldu) og viðhalda opnum og heiðarlegum samskiptum. Ennfremur er nauðsynlegt að fagaðilar tileinki sér menningarnæmi þar sem ólík menning hefur áhrif á upplifun fólks af áföllum. Þá felur traust einnig í sér að skjólstæðingum sé hjálpað við að endurheimta sitt eigið sjálfstraust og þróa með sér betri tilfinningastjórnun (Knight, 2019).

5.2.3 Valdefling

Í áfallamiðaðri þjónustu á samband skjólstæðings við félagsráðgjafa að vera valdeflandi og gefa hinum fyrrnefnda eins mikla stjórn og unnt er til að ná markmiðum sínum. Megináhersla skal lögð á að öðlast betri stjórn yfir eigin lífi (Knight, 2019). Raunveruleg valdefling getur átt sér stað þegar styrkleikanálgun (e. strengths-based approach) er beitt til að ramma inn neikvæð einkenni áfalla sem aðferðir einstaklingsins til bjargráða í stað sjúkdómseinkenna. Alltof oft hættir fagaðilum til að einblína á að leiðrétta erfiða hegðun og gleyma að horfa einnig til styrkleika einstaklingsins. Í stað þess að velta fyrir sér hvað sé að skjólstæðingi ættu fagaðilar með réttu að velta fyrir sér *hvað hafi komið fyrir* viðkomandi (Levenson, 2017; Substance abuse and mental health services administration, 2014).

Með því að viðurkenna og leggja áherslu á að einkenni áfallastreitu eru einungis eðlileg viðbrögð einstaklinga við ógnandi aðstæðum geta félagsráðgjafar bent á jákvæðar

leiðir til bjargráða og hjálpað skjólstæðingum að færa sér reynslu sína í nyt til að byggja upp heilbrigð sambönd og endurheimta stjórnina í daglegu lífi. Í þessu samhengi er orðræðan mikilvæg, til dæmis er vísvitandi ekki talað um „fórnarlömb“ (e. victims) heldur „þá sem komast lífs af“ (e. survivor) í enskumælandi löndum (Levenson, 2017). Öðugt hefur reynst að finna viðeigandi þýðingu á enska orðinu *survivor* en á íslensku hefur orðið „þolandi“ náð almennri útbreiðslu.

5.2.4 Valfrelsi

Forsenda þess að skjólstæðingar finni til valdeflingar er að þeir hafi valfrelsi. Fagaðilar verða ávallt að hafa í huga að einstaklingar eru sérfræðingar í eigin lífi og virða menningarlegan bakgrunn þeirra (Knight, 2019). Með valfrelsi er lögð áhersla á að einstaklingum finnist þeir hafa stjórn á eigin bataferli. Þegar liður á bataferlið eykst meðvitund um að þótt ekki sé alltaf mögulegt að stjórna umheiminum og öðru fólki er mögulegt að hafa stjórn á eigin viðbrögðum. Truflun í tilfinninga- og hegðunarstjórnun getur ýtt undir sjálfsniðurrif. Dæmi um slíkt eru hugsanir á borð við „ég er misheppnaður“. Það er því mikilvægt að hjálpa skjólstæðingum að þróa með sér betri tilfinningastjórnun og uppbyggilegar aðferðir til að leysa vandamál. Liður í þeirri hjálp er að gera skjólstæðingum grein fyrir að skilyrtu flótta-, árásar- og frostviðbrögðin (e. fight-flight-freeze responses) við álagi úr umhverfinu sem þeir kunna að sýna eru einungis einn valkostur af mörgum (Levenson, 2017).

Til að styrkja skjólstæðinga í þeirri upplifun að þeir hafi valfrelsi er gott að spyrja þá hvað þeim henti best í þjónustunni og benda þeim á mismunandi möguleika séu þeir fyrir hendi. Eins og gefur að skilja er þetta einnig liður í að leiðbeina einstaklingum til að veita upplýst samþykki. Varast skal að beita skömmum eða refsingum fyrir móttþróahegðun en hjálpa í staðinn skjólstæðingum til að meta hversu tilbúnir þeir eru til að gera breytingar á eigin lífi. Á þann hátt eykst meðvitund um eigin lífsstíl og ákvarðanatöku og hvaða áhrif það kann að hafa á möguleika til að ná settum markmiðum (Levenson, 2017).

5.2.5 Samvinna.

Í áfallamiðaðri nálgun verður að veita valdamismuni skjólstæðinga og félagsráðgjafa sérstaka athygli. Þessi fyrirframgefni valdamismunur í sambandi þess sem veitir stuðning við þann sem þiggur stuðninginn kallar á stöðuga meðvitund um það hvernig valdaójafnvægið getur á lúmskan hátt ýtt undir varnarleysi og mótþróa hjá skjólstæðingi. Algengt er að fólk með sögu um áföll og mótlæti í æsku hafi upplifað svik og illa meðferð af hendi þeirra sem áttu að veita þeim vernd og umönnun. Þegar þetta fólk hittir fyrir félagsráðgjafa eða annan fagaðila sem hefur það hlutverk að veita þeim hjálp eða stuðning er hættu á að gömul sár ýfist upp og jafnvel að áfall endurtaki sig (e. re-traumatization) ef misbrestur verður í samskiptunum. Að sama skapi eiga þolendur misnotkunar það til að vilja þóknast og beygja sig undir kröfur annarra gagnrýnslaust og því er sérlega mikilvægt að minna þá stöðugt á að þeir hafi rétt á að spyrja spurninga, hafna þjónustu sem ekki hentar þeim og gera kröfur (Levenson, 2017).

Til að sem mestur árangur náist í sambandi félagsráðgjafa við einstakling þarf að samþætta þekkingu félagsráðgjafans við sérþekkingu einstaklingsins á eigin lífi og bjargráðum. Með því að kynna sér lífssögu hvers og eins, afla sér þekkingar um menningarbakgrunn einstaklinga og veita skjólstæðingi hlutdeild í ferlinu getur félagsráðgjafi virkjað skjólstæðinginn til að gera jákvæðar breytingar á eigin lífi (Levenson, 2017).

5.3 Áskoranir í áfallamiðaðri þjónustu

Þótt áhuginn á áföllum, afleiðingum áfalla og áfallamiðaðri þjónustu fari almennt vaxandi innan félagsráðgjafarfagsins vantar ennþá töluvert upp á að þetta svið öðlist fastmótaðan sess innan fræðanna. Vandinn virðist að hluta til vera skortur á skýrum skilgreiningum á því hvað felist í áföllum, hugtakanotkun og hugmyndamótun (e. conceptualization) þar að lútandi. Hugtakið áfall (e. trauma) er í augum margra fremur loðið og almenn tilhneiging virðist vera til að útvíkka merkingu þess sem getur réttlætánlega kallast áfall. Að merking hugtaka verði með tímanum víðtækari er ekki í sjálfu sér skaðlegt og getur jafnvel verið til marks um framfarir ef breyting merkingar er í samhljómi við gagnreynda þekkingu. Hins vegar er ákveðin hættu á að mat og mælingar á algengi áfalla brenglist ef skilgreining þess sem kallast áfall er of víðtæk.

Þetta getur spillt fyrir starfi rannsakenda sem leitast við að greina mynstur í ólíkum tegundum áfalla og afleiðinga þeirra í því skyni að smíða sérsniðnar lausnir í áfallameðferð (Mersky o.fl., 2019).

Önnur þekkt áskorun sem mætir félagsráðgjöfum í áfallamiðuðu starfi (og í raun á hvaða starfsvettvangi sem er) er hættan á að rífa óviljandi upp gömul sár skjólstæðinga með áfallasögu og jafnvel valda því að áfall endurtaki sig (e. re-traumatization) líkt og minnst var á í kafla 5.2.5 um samvinnu (Levenson, 2017). Sumar opinberar stofnanir og þjónustukerfi notast við einhvers konar valdboð til að ná settum markmiðum, til dæmis réttarvörslukerfi og barnaverndarnefndir. Einstaklingar með áfallasögu sem eiga í samskiptum við slíkar stofnanir eiga á hættu að verða fyrir endurteknum áföllum af þessum sökum. Af þessu leiðir að starfshættir kerfanna geta óviljandi unnið gegn yfirlýstum markmiðum um bætt samfélag, velferð og heilbrigði og valdið einstaklingum auknum skaða sem þegar hafa gengið í gegnum áföll og aðrar raunir (Substance abuse and mental health services administration, 2014). Af þessum sökum er mikilvægt að félagsráðgjafar gefi valdamismuni sérstakan gaum í áfallamiðuðu starfi og séu meðvitaðir um það varnarleysi sem margir skjólstæðingar með sögu um áföll kunna að upplifa í samskiptum við stofnanir, opinber kerfi og aðila sem ætlað er að veita þeim stuðning (Levenson, 2017).

Þótt sýnt hafi verið fram á að áfallasaga einstaklinga, þá einkum áföll í æsku, vegi afar þungt þegar kemur að heilsu þeirra og félagslegri hæfni (Larkin o.fl., 2014; Spratt o.fl., 2019) hættir fagaðilum og stofnunum gjarnan til að líta fram hjá áfallasögu en leggja í staðinn ofuráherslu á ytri vandamál á borð við fíkn, ofbeldishegðun og slæma ákvarðanatöku. Sem dæmi má nefna að innan heilbrigðiskerfa eru karlmenn gjarnan stimplaðir með fíknivanda en konur með persónuleikaraskanir án þess að skimað hafi verið fyrir undirliggjandi áfallasögu og afleiðingum flókinnar áfallastreituröskunar sem þekkt er að hefur mikil áhrif á fíknivanda og fíknihæðun. Þessarar tilhneigingar gætir einnig innan vímuefna meðferða þar sem ofuráhersla er lögð á fíkn og fíknitengda hegðun án þess að áföllum sé gefinn nægilegur gaumur (Kimberley og Parsons, 2017). Til að bæta gráu ofan á svart hættir skjólstæðingum einnig til að segja ekki frá eigin áfallasögu vegna þeirrar skammar sem áfallið veldur þeim. Í þeim tilfellum reynir mikið á viðtalstækni félagsráðgjafans til að hvetja skjólstæðinginn til að tjá sig um erfiða reynslu

án þess þó að setja á hann óæskilegan þrýsting. Þá er einnig hættu á að einstaklingar muni einfaldlega ekki eftir þeim áföllum sem hafa hent þá þar sem afleiðingar áfalla eru oft minnisleysi og bæling minninga. Þetta á sérstaklega við áföll sem eiga sér stað í bernsku. Af þessum sökum þurfa félagsráðgjafar oft að lifa með talsverðum vafa í starfi með einstaklingum sem sýna sterk merki um áfallasögu án þess að geta greint frá henni (Knight, 2015).

Að lokum ber að nefna að þrátt fyrir yfirlýstan vilja fagstétta á borð við félagsráðgjafa, starfsfólk á menntasviði og rannsakendur til að notfæra sér áfallamiðaða nálgun í starfi sínu nást þau markmið sjaldan að fullu sökum skorts á fjármagni og þekkingarleysis á því hvað raunverulega felst í áfallamiðaðri þjónustu. Því miður benda rannsóknir einnig til þess að áfallamiðuð þjónusta sé enn sem komið er meira í ætt við draumkennda hugsjón fremur en veruleika á flestum starfsvettvöngum félagsráðgjafa (Knight, 2019). Það er því sérstök áskorun fyrir nýja kynslóð félagsráðgjafa að veita áfallamiðaðri nálgun nægilegt rými og brautargengi innan fræðanna og iðkunar fagsins sem á þarf að halda svo að bæta megi þjónustu við þolendur áfalla og efla lífsgæði þeirra.

6 Umræða

Hér verða niðurstöður ritgerðarinnar teknar saman í stuttu máli og þeim spurningum svarað sem lagt var upp með. Markmið ritgerðarinnar var að kortleggja áhrif áfalla á lífsgæði og heilsu fólks. Einnig var þeirri spurningu velt upp hver samfélagsleg áhrif áfalla væru. Ljóst er að áhrif áfalla fyrir einstaklinga og samfélög eru víðtæk, margbreytileg og þungbær. Afleiðingar áfalla fyrir einstaklinga geta komið fram í alvarlegum kvíðaröskunum á borð við áfallastreituröskun og flókna áfallastreituröskun (World Health Organization, 2019) sem meðal annars leiða af sér djúpstæðar truflanir í tilfinningalífi, mikla vanlíðan og skerta félagslega virkni svo fátt eitt sé nefnt (bráðastreituröskun og aðlögunarröskun eru þar einnig meðtaldar þótt þeim hafi ekki verið lýst hér). Þá geta áföll í frumbersku sem rekja má til alvarlegrar tilfinningalegrar vanrækslu og tengslaröskunar valdið viðbragðsbundinni geðtengslaröskun og afhamlaðri tengslaröskun sem báðar fela í sér alvarlegar truflanir í þroska og tengslamyndun ungra barna (American Psychiatric Association, 2013). Líkt og fram kom í kaflanum um tengslakenningu Bowlbys er traust tengslamyndun í æsku og á fullorðinsárum afar mikilvægur verndandi þáttur gagnvart áföllum og annars konar mótlæti auk þess að vera nokkurs konar hornsteinn andlegs heilbrigðis (Fowler o.fl., 2013). Nýlegar rannsóknir á áföllum og lýðheilsu á borð við ACE-rannsóknina hafa jafnframt sýnt fram á tengslin milli áfalla og mótlætis á æskuárum við lakara heilsufar síðar á ævinni og auknar líkur á að þróa með sér alvarleg veikindi á borð við hjarta- og æðasjúkdóma (Larkin o.fl., 2014; Spratt o.fl., 2019). Þá hafa neikvæð áhrif áfalla á taugaþroska barna og fullorðinna einnig verið studd af rannsóknum (Levenson, 2017; Sperry, 2016).

Áföll hafa ennfremur víðtækar og dýrkeyptar afleiðingar fyrir samfélög ekki síður en einstaklinga. Þar sem áföll hafa í för með sér aukna heilsufarslega áhættuhegðun skapar það aukinn kostnað og álag fyrir heilbrigðiskerfi og aðra opinbera þjónustu (Substance abuse and mental health services administration, 2014). Samspil áfalla og samfélaga er jafnframt flóknara en svo að einungis sé hægt að tala um áhrif áfalla á samfélög en ekki öfugt. Ljóst er að félagsleg vandamál á borð við fátækt og ójöfnuð skapa aukna hættu á að einstaklingar verði fyrir áföllum og mótlæti (Mersky o.fl., 2019). Þá eru einstaklingar sem tilheyra minnihlutahópum líklegri til að þróa með sér áfallastreituröskun en aðrir. Kynjahlutföll meðal þeirra sem þróa með sér áfallastreituröskun eru heldur ekki jöfn þar sem konur eru tvisvar sinnum líklegri til að

þjást af áfallastreituröskun en karlar (Torres, 2020). Færa má fyrir því rök að samfélög beri auk þess þó nokkra ábyrgð þegar kemur að því að vernda einstaklinga fyrir áhrifum áfalla þar sem stór hluti þeirra áfalla sem leiða af sér alvarlegar afleiðingar fyrir þolendur eru af mannavöldum og geta jafnvel verið bein afleiðing pólitískrar ákvarðanatöku. Dæmi um slíkt eru áföll af völdum stríðsátaka og fátæktar (Mersky o.fl., 2019). Áföll eru því langt því frá einkamál þeirra sem fyrir þeim verða heldur teygja þau anga sína um heilu samfélögin og geta skaðað út frá sér sé ekki tekið á vandanum.

Þriðja spurning ritgerðarinnar var svohljóðandi: Hverjir eiga á hættu að þróa með sér áfallastreituröskun og annan geðrænan og félagslegan vanda í kjölfar áfalla? Heilt yfir getur hver sem er þróað með sér áfallastreituröskun eða annan geðrænan vanda í kjölfar áfalls og eins og gefur að skilja komast fáir í gegnum lífið nema að lenda á einhverjum tímapunkti í áföllum og mótlæti. Eins og fram hefur komið eru þó ákveðnir hópar útsettari fyrir alvarlegum áföllum en aðrir vegna samfélagslegra þátta á borð við fátækt, ójöfnuð og jaðarsetningu. Kyn virðist einnig spila hlutverk í algengi áfallastreitu þar sem konum er tvisvar sinnum hættara við að þróa með sér áfallastreituröskun en körlum (Torres, 2020).

Fjórdá ritgerðarspurning var svohljóðandi: Hvaða þættir eru verndandi og hvaða þættir eru áhættuþættir? Hvað varðar verndandi þætti gagnvart afleiðingum áfalla er örugg tengslamyndun í bernsku sem og á fullorðinsárum við fjölskyldu og ástvini afar mikilvæg. Örugg tengslamynstur við foreldra eða aðra umönnunaraðila í bernsku hafa jafnframt forspárgildi um traust tengslamynstur síðar á ævinni sem fræðunum ber almennt saman um að stuðli að seiglu og sterkari mótstöðu gegn áföllum og mótlæti (Fowler o.fl., 2013). Aðrir einstaklingsbundnir þættir sem þekkt er að geti verndað gegn áhrifum áfalla eru bjartsýni og lausnamiðað hugarfar (Madsen og Abell, 2010). Einstaklingsbundnir styrkleikar mega sín þó lítils gagnvart áhrifum áfalla ef samfélög sjá einstaklingum ekki fyrir nauðsynlegum þjargráðum sem gera þeim kleift að þróa með sér seiglu, leita lausna á vandamálum og komast yfir mótlætið (Ungar, 2013). Helstu áhættuþættir sem útsetja einstaklinga fyrir neikvæðum afleiðingum áfalla eru einna helst óörugg eða léleg tengslamyndun í bernsku (Fowler o.fl., 2013), ofbeldi, vanræksla eða annars konar mótlæti í uppvexti sem veikja andlega og líkamlega mótstöðu gegn áhrifum áfalla (Larkin o.fl., 2014; Spratt o.fl., 2019) og takmarkaður aðgangur að

samfélagslegum þjargráðum (Substance abuse and mental health services administration, 2014; Ungar, 2013).

Fimmta ritgerðarspurning snéri að því hvernig félagsráðgjafar geti með bestu móti þjónustað þann hóp skjólstæðinga sem glímir við afleiðingar áfalla í nútíð og fortíð. Sjötta og síðasta ritgerðarspurning var svo eftirfarandi: Hvað er áfallamiðuð nálgun og hvernig gagnast hún í því skyni? Ljóst er að félagsráðgjafar hafa mikilvægu hlutverki að gegna gagnvart þeim hópi skjólstæðinga sem glímir við afleiðingar áfalla. Þjónusta félagsráðgjafa við fólk með áfallasögu nær allt aftur til upphafs félagsráðgjafarfagsins þegar sjálfboðaliðar góðgerðasamtaka reyndu eftir mætti að sporna gegn fátækt og félagslegum vanda í sívaxandi samfélögum iðnbyltingarinnar (Kimberley og Parsons, 2017; Stuart, 2013). Í nútíðinni er það þekkt og almennt viðurkennt að stór hluti þeirra einstaklinga sem leita sér þjónustu félagsráðgjafa eru með einhvers konar áfallasögu, þá einkum félagsráðgjafa sem starfa á sviði barnaverndar, geðheilbrigðisþjónustu, réttarvörslukerfisins eða í úrræðum fyrir fólk með vímuefnavanda (Knight, 2015; Levenson, 2017).

Áhuginn á eðli og afleiðingum áfalla hefur farið mjög vaxandi innan fagsins undanfarna áratugi og beinist meðal annars að áfallamiðaðri þjónustu. Áfallamiðuð þjónusta, eða áfallamiðuð nálgun felst í því að fagaðilar sem hana veita eru meðvitaðir um algengi áfalla og þær afleiðingar sem þau geta haft á félagssálfræðilega virkni fólks. Áfallamiðuð þjónusta er þó öðruvísi en áfallameðferð þar sem markmið hennar er ekki að vinna með sjálf áföllin, heldur taka á erfiðleikum og áskorunum einstaklinga í samhengi við þau áföll sem þeir kunna að hafa upplifað. Í þessu felst að félagsráðgjafanum er ljóst að þau neikvæðu lífsmynstur, samskipti og ákvarðanir sem einkenna líf skjólstæðingsins geta verið afleiðingar áfalla og eru jafnvel hluti af þeim leiðum sem skjólstæðingurinn notar til að takast á við eigin erfiðleika og lifa af (Levenson, 2017). Fimm megingildi sem áfallamiðuð þjónusta grundvallast af eru öryggi, traust, valdefling, valfrelsi og samvinna. Markmiðið með að hafa þessi gildi að leiðarljósi er að skapa uppbyggilegar aðstæður sem eru höfuðandstæða þess sem þolendur áfalla hafa oftast en ekki þurft að þola (Knight, 2019).

Þótt áfallamiðuð þjónusta njóti vaxandi vinsælda meðal félagsráðgjafa og annarra skyldra fagstétta vantar þó nokkuð upp á að hún verði fullmótuð sem kenning. Í því samhengi skipta skilgreiningar hugtaka miklu máli en ákveðin vandamál geta fylgt því

að niðurnjörva jafn margbreytilegt hugtak og „áfall“ (Mersky o.fl., 2019). Skortur á fjármagni (Knight, 2019) og almenn tilhneiging stofnana og úrræða til að einblína á erfiða hegðun einstaklinga og líta framhjá áfallasögu stendur einnig í vegi fyrir framförum á þessu sviði (Kimberley og Parsons, 2017). Þá er ótalin hættan á því að samskipti við ósveigjanlegt regluverk stofnana og úrræða verði til þess að áföll endurtaki sig hjá einstaklingum sem ekki eru sterkir á svellinu sökum afleiðinga annarra áfalla (Substance abuse and mental health services administration, 2014). Það er því áriðandi að félagsráðgjafar taki að sér það hlutverk sem siðareglurnar kveða á um og beiti sér gegn því félagslega ranglæti sem afskiptaleysi samfélagsins gagnvart áföllum er. Mikilvægur liður í því ferli er innleiðing áfallamiðaðrar þjónustu eða nálgunar í vinnu með skjólstæðingum í því skyni að efla lífsgæði þeirra og félagslega virkni og sporna við neikvæðum afleiðingum áfalla í þágu samfélagsins í heild.

Nafn höfundar

Heimildaskrá

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM 5* (5. útg). American Psychiatric Publishing.
- American Psychological Association. (e.d.). *Trauma*. <https://www.apa.org/topics/trauma>
- Cloitre, M. (2020). ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: Simplifying diagnosis in trauma populations. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129-131. doi:10.1192/bjp.2020.43
- Crenshaw, W. og Mayfield, J. (2021, 23. apríl). *The relationship between PTSD and ADHD: Symptoms, diagnosis, treatment*. ADDitude. <https://www.additudemag.com/ptsd-symptoms-adhd-diagnosis-difficult/>
- Eldey Huld Jónsdóttir. (e.d.) *Félagsráðgjafafélag Íslands var stofnað 19. febrúar 1964 – tilurð félagsráðgjafar*. Félagsráðgjafafélag Íslands. <https://felagsradgjof.is/felagid/>
- Félagsráðgjafafélag Íslands. (e.d.). *Síðareglur félagsráðgjafa á Íslandi*. <https://felagsradgjof.is/felagsradgjof/sidareglur/>
- Fowler, J. C., Allen, J. G., Oldham, J. M. og Frueh, B. C. (2013). Exposure to interpersonal trauma, attachment insecurity, and depression severity. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 313–318. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.045>
- Friedberg, A., og Malefakis, D. (2018). Resilience, trauma, and coping. *Psychodynamic Psychiatry*, 46(1), 81-113. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.1.81>
- Harris, M. og Fallot, R. D. (2001). *Using trauma theory to design service systems*. Jossey-Bass/Wiley.
- Howe, D. (1995). *Attachment Theory for Social Work Practice*. Palgrave.
- Kimberley, D. og Parsons, R. (2017). Trauma-informed social work treatment and complex trauma. Í Turner, F. J. (ritstjóri), *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches* (6. útgáfa) (bls. 553-573). Oxford University Press.
- Knight, C. (2019). Trauma informed practice and care: Implications for field instruction. *Clinical Social Work Journal*, 47, 79-89. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0661-x>
- Knight, C. (2015). Trauma-informed social work practice: Practice considerations and challenges. *Clinical Social Work Journal*, 43(1), 25-37.

<http://dx.doi.org/10.1007/s10615-014-0481-6>

Larkin, H., Felitti, V. J. og Anda, R. F. (2014). Social work and adverse childhood experiences research: Implications for practice and health policy. *Social Work in Public Health, 29*, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/19371918.2011.619433>

Lára Björnsdóttir. (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 49-61). Háskóli Íslands.

Levenson, J. (2017). Trauma-informed social work practice. *Social Work, 62*(2), 105-113. <https://doi.org/10.1093/sw/swx001>

Madsen, M. D., og Abell, N. (2010). Trauma resilience scale: Validation of protective factors associated with adaptation following violence. *Research on Social Work Practice, 20*(2), 223-233. <http://dx.doi.org/10.1177/1049731509347853>

Mersky, J. P., Topitzes, J. og Britz, L. (2019). Promoting evidence-based trauma-informed social work practice. *Journal of Social Work Education, 55*(4), 645-657. <https://doi.org/10.1080/10437797.2019.1627261>

Ogle, C. M., Rubin, D. C., og Siegler, I. C. (2015). The relation between insecure attachment and posttraumatic stress: Early life versus adulthood traumas. *Psychological Trauma : Theory, Research, Practice and Policy, 7*(4), 324–332. <https://doi.org/10.1037/tra0000015>

Olf M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. *European Journal of Psychotraumatology, 8*(4), 1351204. <https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1351204>

Page, T. (2011). Attachment theory and social work treatment. Í Turner, F. J. (ritstjóri), *Social Work Treatment: Interlocking Theoretical Approaches* (bls. 30-47). Oxford University Press.

Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory* (3. útgáfa). Palgrave Macmillan.

Sigrún Júlíusdóttir. (2006). Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu – eitt sérfræðisvið. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 33-48). Háskóli Íslands.

Southwick, S. M. og Charney, D. S. (2012). *Resilience: The science of mastering life's greatest challenges*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139013857>

- Sperry, L. (2016). Trauma, Neurobiology, and Personality Dynamics: A Primer. *The Journal of Individual Psychology* 72(3), 161-167. <https://doi:10.1353/jip.2016.0014>
- Spratt, T., Devaney, J. og Frederick, J. (2019). Adverse childhood experiences: Beyond signs of safety; reimagining the organisation and practice of social work with children and families. *The British Journal of Social Work*, 49(8), 2042-2058. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcz023>
- Stuart, P. (2013, 11. júní). *Social Work Profession: History*. Encyclopedia of Social Work. <https://oxfordre.com/socialwork/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-623>
- Substance abuse and mental health services administration. (2014, júlí). *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach*. https://ncsacw.samhsa.gov/userfiles/files/SAMHSA_Trauma.pdf
- Sæunn Kjartansdóttir. (2021). Tengslakenning John Bowlbys. *Ritið - tímarit hugvísindastofnunar*, 21(1), 141-156. <https://doi.org/10.33112/ritid.21.1.8>
- Torres, F. (2020, ágúst). What is posttraumatic stress disorder? *American Psychiatric Association*. <https://www.psychiatry.org/patients-families/ptsd/what-is-ptsd>
- Ungar, M. (2013). Resilience, trauma, context, and culture. *Trauma, Violence, & Abuse: A Review Journal*, 14(3), 255-266. <http://dx.doi.org/10.1177/1524838013487805>
- Walker, P. og Kulkarni, J. (2019, 2. maí). *We need to treat borderline personality disorder for what it really is – a response to trauma*. The Conversation. <https://theconversation.com/we-need-to-treat-borderline-personality-disorder-for-what-it-really-is-a-response-to-trauma-115549>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th útgáfa). <http://id.who.int/icd/entity/585833559>

