



Tengsl persónuleika og AA-fundasóknar við bata eftir áfengis- og vímuefnameðferð

Reynar Kári Bjarnason

**B.S. ritgerð
Háskóli Íslands
Sálfræðideild
Heilbrigðisvísindasvið**



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Tengsl persónuleika og AA-fundasóknar við bata eftir áfengis- og vímuefnameðferð

Reynar Kári Bjarnason

B.S. í sálfræði

Leiðbeinendur: Ingunn Hansdóttir og Jakob Smári

Sálfræðideild

Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2010

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

© Reynar Kári Bjarnason 2010

Prentun: Háskólaprent ehf.

Reykjavík, Ísland 2010

Efnisyfirlit

| | |
|--|----|
| Efnisyfirlit | 4 |
| Abstract | 5 |
| Útdráttur..... | 6 |
| Inngangur | 6 |
| Skilgreining á fíknsjúkdómum..... | 8 |
| Próun og afleiðingar fíknsjúkdóma | 11 |
| Saga AA-samtakanna og upphaf þeirra á Íslandi..... | 12 |
| Árangur af meðferð | 15 |
| Um NEO persónuleikaprófið | 16 |
| Persónuleiki og árangur af meðferð | 21 |
| Persónuleiki fíkilsins..... | 23 |
| Áhrif persónuleika á löngun í vímugjafa | 26 |
| Áhrif AA á edrú tíma | 27 |
| Festa í AA samtökunum..... | 29 |
| Af hverju eru AA fundir illa sóttir? | 31 |
| Markmið rannsóknarinnar | 32 |
| Aðferð | 33 |
| Þátttakendur..... | 33 |
| Mælitæki..... | 33 |
| Framkvæmd | 34 |
| Tölfræðileg úrvinnsla..... | 35 |
| Niðurstöður | 36 |
| Bakgrunnsbreytur..... | 36 |
| AA-fundasókn..... | 38 |
| Persónuleiki..... | 39 |
| Edrú tími | 43 |
| Tilgáta 1 | 44 |
| Tilgáta 2 | 45 |
| Tilgáta 3 | 46 |
| Umræða..... | 49 |
| Heimildir..... | 52 |
| Viðauki..... | 57 |

Abstract

Alcohol and drug abuse is a vast problem in Iceland. Between 10% and 20% of individuals are expected to receive the diagnosis for alcoholism sometime during their lifetime. In this study, the relationship between personality, Alcoholics Anonymous (AA) meeting attendance and sobriety were examined. Participants' personalities were measured with the NEO-FFI personality test. The hypotheses were: a) Those who go once a month or more often to an AA meeting experience a longer time staying sober; b) Those who show less neuroticism (N) and are more conscientious (C), according to the NEO-FFI results, experience a longer times sober; c) AA meeting attendance has influence on the relationship between personality and time sober, i.e. those who have less neuroticism (N) and more conscientiousness (C) are more able to benefit from the AA association. Analysis of variance (ANOVA) was used to test hypotheses of difference between groups. This was a retrospective study using data from a study by SÁÁ and Decode of the genetics of dependence in Iceland. The 1,706 participants had all gone through treatment at SÁÁ and their average age was 51 years. The results show that those who attended AA meetings had significantly longer times staying sober. Those who had little neuroticism had the longest times staying sober. The group low on N and high on C had significantly longer sobriety than the groups with high N and either high or low C, but did not differ significantly from the group high on N and low on C. There was not any interaction between personality and AA meeting attendance on sobriety. These results suggest that personality, especially N, and AA attendance is related to sobriety.

Áfengis- og vímuefnaneysla er mikið vandamál á Íslandi. Áætlað er að á milli 10–20% líkur séu á því að einstaklingur nái greiningarviðmiðum fyrir áfengishæði einhvern tímann á lífsleiðinni og margir þurfa að leita sér meðferðar vegna fíknsjúkdóma. Í þessari rannsókn var sjónum beint að þeim þáttum sem gætu tengst bata, nánar tiltekið AA fundasókn og persónuleikagerð hjá þeim sem komið hafa til meðferðar á sjúkrahúsið Vog. Því var spáð að lengstan edrútíma myndu þeir eiga sem færu reglulega (mánaðarlega eða oftar) á AA-fundi, og þeir sem væru með persónuleikgerð sem einkenndist af lítilli tauveiklun (N, neuroticism) og mikilli samviskusemi (C, conscientiousness) samkvæmt NEO-FFI persónuleikaprófinu. Því var einnig spáð að AA fundir myndu best nýtast umræddum persónuleikahópi þ.e. að um samvirkni væri að ræða. Rannsóknin var aftursýn þar sem unnið var með gögn úr erfðarannsókn SÁÁ og Íslenskrar Erfðagreiningar frá 1706 þátttakendum sem svöruðu spurningalistum um AA fundasókn og edrútíma og gengust þar að auki undir NEO-FFI persónuleikaprófið. Meðalaldur þeirra var 51 ár. Einhliða dreifigreining var notuð til að prófa tilgátturnar og helstu niðurstöður voru þær að þeir sem fóru oftar á AA-fundi höfðu marktækt lengri edrútíma. Þeir hópar sem voru með litla taugaveiklun höfðu lengstan edrútíma. Meðaltals edrútíminn var hæstur hjá þeim sem höfðu litla taugaveiklun og mikla samviskusemi, en ekki var marktækur munur á milli einstaklinga með litla taugaveiklun og mikla samviskusemi og þeirra sem höfðu litla taugaveiklun og litla samviskusemi. Ekki reyndist vera samvirkni milli persónuleikagerðar og AA-fundasóknar á edrútíma. Niðurstöðurnar benda til þess að þátttaka í AA-samtökunum sé mikilvægur stuðningur fyrir alla, óháð persónuleika. Huga þarf sérstaklega að þeim hópi fólks sem hefur mikla taugaveiklun, því þeir eiga erfitt með að halda sér edrú.

Misnotkun á áfengi og vímuefnum er mikið vandamál á Íslandi eins og um allan heim. Tölur frá Bandaríkjunum sýna að á hverju ári leiðir misnotkun á áfengi og vímuefnum til dauða meira en 100,000 Bandaríkjamanna. Talið er að um 7,7% Bandaríkjamanna 12 ára og eldri eigi við áfengisvandamál að stríða (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2007). Í Bandaríkjunum og í Vestur Evrópu eru á milli 10–20% líkur á að karlar og 5–10% líkur á að konur nái einhvern tímann á ævinni greiningarviðmiðum fyrir áfengishæði. Þetta er gríðalega há tíðni samanborið við aðra sjúkdóma. Tíðni anórexíu er t.d. um 1%, tíðni geðklofa er á milli 0,5–2% og tíðni þunglyndis er á milli 8–12% (Hoeksema, 2008). Á Íslandi eru taldir 22% líkur á því að karlar og 10% líkur á því að konur verði vímuefnafíklar einhvern tíman á ævinni (Samtök áhugafólks um áfengis og vímuefnavandann [SÁÁ], e.d.). Íslendingar drekka áfengi mun sjaldnar en aðrir

Evrópubúar en yngra fólkið drekkur oftar og meira en eldra fólkið og ölvunardrykkja virðist vera hluti af drykkjumynstrinu (Lýðheilsustöð, 2004). Aðgengi að áfengi og vímuefnum hér á landi hefur á undanförunum árum aukist. Það má m.a. merkja á fjölgun vínveitingastaða og verslunum ÁTVR hér á landi og stöðugum fréttum sem berast af því að lögreglan hafi lagt hald á ólögleg fíkniefni í miklu magni sem reynt hefur verið að smygla til landsins. Það er því greinilegt að aðgengi að áfengi og vímuefnum er orðið mun auðveldara en áður sem leiðir yfirleitt til aukinnar misnotkunnar.

Áfengis- og vímuefnafíkn er skilgreind sem sjúkdómur í DSM-IV greiningarhandbókinni sem gefin er út af APA (American Psychiatric Association). Bæði hjá Samtökum áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ) og einnig í AA samtökunum er unnið út frá því að um sjúkdóm sé að ræða.

Þrátt fyrir ofangreindar staðreyndir eru margir á þeirri skoðun að áfengissýki sé einungis skortur á viljastyrk og að ofneytandinn hafi ekki nógu sterkan persónuleika til að hætta neyslunni. Slík viðhorf fela í sér fordóma gagnvart fólki með áfengis eða vímuefnafíkn og geta leitt til þess að einstaklingar þora ekki að leita sér meðferðar vegna hræðslu við að fá á sig óæskilegan stimpil. Þekkingarskortur er ein helsta ástæða fordóma, því eru rannsóknir á þessum sjúkdómi afar mikilvægar því aukin þekking á áfengis- og vímuefnafíkn er góð leið til að útrýma fordómum gagnvart sjúkdómnum.

Fíknsjúkdómar eru krónískir sjúkdómar sem geta leitt til dauða ef ekkert er að gert og því mikilvægt að leita leiða til að upplýsa fólk um sjúkdóminn, afleiðingar hans og meðferð. Neysla áfengis getur skaðað heilann sem og flest önnur líffæri. Heilabörkurinn er sérstaklega viðkvæmur gagnvart áfengi en hann hefur áhrif á ákvörðunartöku og hvernig við leysum vandamál. Dreki er það svæði í heilanum sem hefur með minni og lærdóm að gera og er sérstaklega viðkvæmt fyrir neyslu áfengis, einnig er Litli heilinn viðkvæmur fyrir áfengi en hann stjórnar samhæfingu hreyfinga. Áhrif áfengis á Litla heila sést greinilega á ölvuðu fólki sem oft er óstöðugt á fótunum vegna þess að Litli heilinn nær ekki að samhæfa hreyfingarnar. Afleiðingarnar eru rýrnun á þessum heilasvæðum sem veldur allt frá minniháttar skerðingu á skynjun og greind yfir í greindaskerðingu á háu stigi (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2007).

Rannsóknir benda til þess að mismunandi meðferðir henti ólíkum einstaklingum. Persónuleiki fólks getur t.d. haft áhrif á það hvort eða hvernig meðferð gagnast einstaklingnum. Nýjar og framúrstefnulegar meðferðir virðast t.d. frekar henta þeim sem eru opnir fyrir nýrri reynslu heldur en þeim sem eru íhaldssamir og þeir sem eru kærulausir þurfa oft betra aðhald í meðferð heldur en þeir sem eru mjög samviskusamir (Costa og McCrae, 1992a). AA-samtökin skipa stóran sess í áfengis- og vímuefna meðferð. Margir fara í framhaldi af meðferð í AA-samtökin og kynnast samtökunum á meðan á meðferð stendur. AA-samtökin voru stofnuð 1935 og hafa vaxið á ógnarhraða síðan þá. Í dag er talið að um 2 milljónir manna stundi þessi samtök um allan heim. Rannsóknir hafa sýnt að þeim sem stunda AA-fundi reglulega gengur betur að halda sér edrú en þeim sem ekki stunda fundi (Laudet, Stanick og Sands, 2007).

Markmið rannsóknarinnar er að skoða hvort persónuleiki og AA-fundasókn hafi áhrif á edrútíma. Notast verður við dreifigreiningu til að meta áhrif frumbreytanna sem eru persónuleiki og AA-fundasókn. Gögnin koma frá rannsókninni Erfðir fíknsjúkdóma sem unnin var af SÁÁ í samvinnu við Íslenska Erfðagreiningu. Fólk sem komið hafði til meðferðar hjá SÁÁ, frá stofnun samtakanna var boðið að taka þátt í rannsókninni. Einungis er unnið með hluta af gögnunum úr rannsókninni sem tengjast þeim breytum sem verið er að rannsaka í þessari rannsókn.

Skilgreining á fíknsjúkdómum

Upp úr miðri 20. öldinni fóru hugmyndir um að áfengissýki væri sjúkdómur að verða algengari og margir settu fram skilgreiningu á sjúkdómnum. Hér verður gerð grein fyrir nokkrum þessara skilgreininga í tímaröð.

Allt frá stofnun AA-samtakanna árið 1935 hafa þau ekki haft opinbera skilgreiningu á áfengis- og vímuefnafíkn. Oft er þó notast við skilgreiningu læknisins William Silkworth örlagavaldi í lífi Bill Wilson stofnenda AA-samtakanna. Hann skilgreindi áfengisfíkn sem þráhyggju hugans og líkamlegt ofnæmi. Þráhyggjan fær einstaklinginn til að drekka gegn vilja sínum og ofnæmið veldur því að drykkjan leiðir til dauða eða geðveiki. Önnur skilgreining sem AA-meðlimir nota oft er að alkóhólisti sé manneskja sem getur ekki spáð fyrir um hvað muni gerast eftir að hann tekur fyrsta sopann.

E. M. Jellinek var frumkvöðull í rannsóknum á alkóhólisma og átti stóran þátt í því að alkóhólismi varð skilgreindur sem sjúkdómur. Hans skilgreining á alkóhólisma árið 1946 var að „alkóhólismi“ væri sú notkun á áfengi sem leiddi til skaða hjá einstaklingnum sjálfum, samfélaginu, eða hvoru tveggja. Árið 1960 setti Mark Keller fyrrum ritstjóri Journal of Studies on Alcohol fram þá skilgreiningu að alkóhólismi væri krónískur sjúkdómur sem lýsti sér með endurtekinni drykkju sem leiddi til skaða á heilsu, félagslegri stöðu, eða efnahag einstaklingsins.

American Medical Association (AMA) setti fram skilgreiningu á alkóhólisma árið 1977 sem fól í sér að alkóhólismi væri sjúkdómur sem einkenndist af mikilli skerðingu vegna óhóflegrar neyslu áfengis. Skerðingu sem getur verið bæði lífeðlisfræðileg, sálfræðileg eða félagsleg. Alþjóðlega heilbrigðisstofnunin (WHO) sem gefur út ICD greiningarhandbókina hætti að nota orðið alkóhólisti árið 1977 og það gerðu einnig American Psychiatric Association (APA) árið 1980, sama ár og þeir gáfu út greiningarhandbókina DSM-III. Þar var í fyrsta skipti sett fram viðmið til greiningar á fíknsjúkdómum sem sérstökum sjúkdómi, annarsvegar áfengis- og vímuefnasmisnotkun (substance abuse) og hins vegar áfengis- og vímuefnahæði (substance dependence). Áður höfðu fíknsjúkdómar verið flokkaðir undir persónuleikaröskunum en í DSM-III voru áfengis-og vímuefna misnotkun og hæði hvoru tveggja flokkað undir fíknsjúkdóma. Þetta var gert m.a. til að leggja áherslu á að um sjúkdóm væri að ræða og því farið var að nota orðið alki yfir hluti sem í raun tengdist neyslu vímugjafa ekki á neinn hátt eins og orðið vinnualki (Workaholic) (Kinney, 2006).

Í dag er stuðst við DSM-IV handbókina sem kom út árið 1994, en hún kom út endurbættri útgáfu árið 2000 undir heitinu DSM-IV-TR. Þar er að finna viðmið til greiningar á fíknsjúkdómum, bæði áfengis og vímuefnafíkn. Þar er misnotkun (abuse) lýst sem slæmu neyslumynstri sem hefur slæmar afleiðingar. Til að ná greiningarviðmiðum þurfa eitt eða fleiri af eftirfarandi einkennum að hafa komið fram á 12 mánaða tímabili.

1. Endurtekin neysla sem leiðir til þess að einstaklingurinn getur ekki uppfyllt skyldur sínar í einhverjum af þessum hlutverkum; í vinnunni, skólanum eða heima.

2. Endurtekin neysla við hættulegar aðstæður (t.d. aka bíl) eða hættulegar tómstundir (t.d. fallhlífastökk).
3. Komast endurtekið í kast við lögin í gegnum neysluna.
4. Halda áfram neyslu þrátt fyrir stöðug endurtekin félagsleg- eða samskiptaleg vandamál tengd neyslunni.

Til að ná greinarviðum fyrir hæði (dependence) þurfa þrjú eða fleiri af eftirfarandi sjö einkennum að koma fyrir á sama 12 mánaða tímabilinu.

1. Aukið þol, en það er þegar einstaklingurinn þarf aukið magn af áfengi eða vímuefnum til að verða vímaður, eða að minni áhrif koma fram þegar að sami skammtur er tekinn oft.
2. Fráhvarfseinkenni koma fram þegar að neyslu er hætt, eða aðrir vímuefni eru notaðir til að forðast fráhvarfseinkennin. Algeng fráhvarfseinkenni frá áfengi eru skjálfti, sviti, kvíði og þunglyndi.
3. Stærri skammtar eru notaðir eða að neyslutúrarnir fara að verða lengri heldur en lagt var upp með.
4. Stöðug löngun eða misheppnaðar tilraunir til að minnka eða stjórna neyslunni.
5. Mikill tími fer í hluti tengda neyslunni eða að jafna sig eftir neyslu.
6. Mikilvægar félagslegar stundir, vinna eða tómstundir minnkaðar eða hætt vegna neyslu.
7. Neysla heldur áfram þrátt fyrir líkamleg eða sálfræðileg vandkvæði sem versna eða eru tilkominn vegna neyslu (Hoeksema, 2008; Kinney, 2006).

World Health Organization (WHO) gefur út greiningarhandbókina ICD. Þar er einnig að finna viðmið til að greina fíknsjúkdóma. Mikil skörun er á milli ICD og DSM greiningarviðmiðanna. Þannig að einstaklingur sem uppfyllir greiningarviðmið DSM gerir það líklega einnig í ICD. Helsti munurinn er sá að í DSM er talað um félagsleg vandamál tengd neysluni og neyslu við hættulegar aðstæður. Ekki er lögð sérstök áhersla á þessa þætti í ICD greiningarhandbókinni (Kinney, 2006).

Þróun og afleiðingar fíknsjúkdóma

Fíknsjúkdómar eru krónískir heilasjúkdómar sem einkennast af þrálátri neyslu þrátt fyrir slæmar afleiðingar. Ýmsar ástæður eru fyrir því að fólk byrjar að neyta vímugjafa. Sumir byrja að nota vímugjafa vegna þess að vímuefni framkalla vellíðunar tilfinningu eða draga úr stressi og kvíða. Aðrir byrja að nota vímugjafa til að ná betri árangri t.d. í íþróttum og enn aðrir byrja að prófa vímuefni vegna þess að þeir eru forvitnir. Í upphafi er ákvörðunin um að taka inn vímugjafa lang oftast sjálfviljug. Hins vegar þegar að fíknin tekur völdin yfir einstaklingnum missir hann stjórn. Líkt og með aðra sjúkdóma þá er tilhneiging til að þróa með sér sjúkdóminn misjöfn á milli manna. Því fleiri áhættuþætti sem einstaklingurinn hefur þeim mun meiri líkur eru á því að neyslan leiði til fíknar. Einn helsti áhættuþátturinn eru erfðir einstaklingsins, en fíknsjúkdómar eru arfgengir. Aðrir áhættuþættir eru misnotkun vímugjafa á heimilinu og ef að vinirnir eru í neyslu (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2007). Því fyrr sem einstaklingurinn byrjar að neyta vímugjafa því líkleggra er að hann þrói með sér fíkn. En í raun getur aldrei neinn verið viss um að hann verði ekki fíkill og besta leiðin til að forðast sjúkdóminn er því að byrja aldrei að nota áfengi eða vímuefni.

Fíknsjúkdómar eru stigvaxandi, einstaklingurinn byrjar oft að neyta vímuefnisins til þess að slaka á. Hann finnur að ýmsar hömlur, eins og feimni og kvíði, fara að losna þegar að hann er í vímu. Fljótlega getur hann ekki skemmt sér án þess að nota vímuefnið. Með tímanum fer neyslan að hætta að einskorða sig við skemmtanir, t.d. til þess að slaka á eftir vinnudag eða fá sér einn fyrir svefninn. Polið fer að aukast, neyslumunstrið breytist og fráhvarfseinkennin fara að vera verri. Einstaklingurinn reynir að hafa stjórn á neyslunni, t.d. með því að drekka einungis um helgar. Eftir því sem neyslan heldur lengur áfram fara afleiðingar hennar að lýsa sér með kvíða og þunglyndi (Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

Vímugjafar hafa áhrif á taugaboðefnið dópamín sem hefur með vellíðan einstaklingsins að gera. Vímugjafarnir geta losað um allt að 2 til 10 sinnum meira magna af dópamíni heldur en náttúrulegir gleðigjafar eins og t.d. matur og kynlíf. Smám saman aðlagar heilinn sig að þessu mikla dópamínmagni með því að framleiða minna magna af dópamíni við vímugjafanum eða fækka móttökurum sem taka á móti þessu taugaboðefni. Þetta veldur því dópamín fer að hafa minni áhrif í líkamanum og þar af leiðandi finnur einstaklingurinn ekki

fyrir ánægju af náttúrulegum gleðigjöfum. Einstaklingurinn verður því á endanum þunglyndur og getur ekki notið hluta sem áður veittu honum ánægju (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2007). Í stað þess að tengja vanlíðunina við neysluna bregða margir á það ráð að breyta ytri aðstæðum eins og að flytja eða skipta um vinnu. Sjúklingurinn réttlætir neysluna fyrir sjálfum sér. Hann fer að taka upp hina ýmsu varnarhætti líkt og afneitun, bælingu og yfirfærslu til þess að viðhalda réttlætingu sinni. Á endanum fer sektarkenndin, skömmin og skorturinn á sjálfsvirðingu að buga hann. Þegar kemur að því að einstaklingurinn hefur gengið fram af sjálfum sér eða verður fyrir einhverju áfalli, leitar hann sér oft hjálpar (Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

Þróun sjúkdómsins getur verið ólík eftir einstaklingum þar sem umhverfis og erfðabættir vinna saman að mótun sjúkdómsins. Langvarandi ofneysla getur valdið neytandanum ýmsum líkamlegum vandamálum eins og vannæringu, lifrabólgu, brisirtlabólgu, vöðvarýrnun og margskonar skemmdum á heila og taugum. Ofneysla er gríðarlega kostnaðarsöm fyrir þjóðfélagið m.a. vegna slysa, afbrota, sjálfsvíga, morða og vinnutaps. Talið er að um helmingur banaslysa í umferðinni megi rekja til ölvunar og það sama á við um morð. Einnig má rekja tæpan þriðjung sjálfsvíga og drukkana til ölvunar (SÁÁ, 2006–2007). Til þessa er vísað þegar talað er um að sjúkdómurinn endi í mörgum tilfellum með dauða ef ekkert er að gert. Vímuefnin ein og sér valda ekki alltaf dauðanum heldur er það oft dómgreindalaus hegðun einstaklingsins undir áhrifum sem leiðir til dauða.

Saga AA-samtakanna og upphaf þeirra á Íslandi

AA samtökin eru ein stærstu sjálfhjálparsamtök í heimi. Þau eiga rætur að rekja til Bandaríkjanna og spruttu upp út frá svo kölluðum Oxfordhóp, sem var kristileg hreyfing sem boðaði afturhvarf til frumkristni. Þar var lögð áhersla á einfalt kristilegt lífni og á fundum ræddu menn um syndir sínar og yfirsjónir. Oxfordhópurinn varð síðar að athvarfi fyrir fólk með drykkjuvandamál og mörgum tókst að hætta að drekka með því að sækja fundi hópsins. Bill Wilson upphafsmaður AA samtakanna stundaði þessa fundi og hvatti aðra ofdrykkjumenn til að gera það einnig. Fundirnir höfðu gefið Bill von um að það væri leið til að sigrast á drykkjusýkinni. Einnig hafði árangur vinar hans og skólabróður Ebby Thatcher í baráttunni við fíknina áhrif á hann. Forsagan af

árangri Ebby var sú að hann hafði kynnst Oxfordhópnum í gegnum ofdrykkjumanninn Rowland og þar hafði hann orðið fyrir andlegri vakningu (Ingólfur Margeirsson, 1994).

Bill Wilson tókst síðan að hætta að drekka með aðstoð taugalæknisins William Silkeworth sem leit á áfengissýki sem sjúkdóm. Kenningar hans gengu út frá því að drykkjusjúklingur væri með ofnæmi fyrir alkóhóli og gæti þess vegna ekki stjórnað eigin drykkju. Drykkjusýki væri því sjúkdómur en ekki skortur á viljastyrk. Þessar hugmyndir læknisins höfðu mikil áhrif á Bill Wilson, núna gat hann litið á sig sem sjúkling en ekki bara aumingja með siðferðisbrest. Skilgreining Dr. Silkeworth á alkóhólisma er enn í dag viðurkennd skilgreining á áfengissýki í AA-samtökunum. Í meðferðinni varð Bill einnig fyrir mikilli trúarvakningu sem breytti afstöðu hans til drykkju. Eftir meðferð helgaði hann sig því að aðstoða aðra drykkjusjúklinga og sannfærðist um að leiðin til að halda sér ódrukknum væri að tala við aðra áfengissjúklinga. Þannig komst Bill Wilson í samband við Robert Smith eða Bob læknir eins og hinn stofnandi AA samtakanna er ávallt kallaður. Stofnun AA-samtakanna hefur verið miðuð við dagsetninguna 19. júní 1935, en þá drakk Bob læknir sinn síðasta áfenga drykk. Bill Wilson hafði hins vegar hætt að drekka rúmu ári áður (Ingólfur Margeirsson, 1994).

Hópurinn í kringum Bill og Bob og hugmyndafræði þeirra stækkaði smám saman. Allt var þetta fólk með áfengisvandamál. Í kringum 1939 var fjöldinn um 100 og söfnuðu þeir saman reynslu sinni í bókinni Alcoholics Anonymous. Út frá nafni þeirrar bókar fengu samtökin nafnið AA samtökin. Þessi nýju samtök slitu sig frá Oxford hreyfingunni og urðu að sjálfstæðum samtökum (Hildigunnur Ólafsdóttir, 2000). Í AA-bókinni er alkóhólisma lýst frá sjónarmiði alkóhólistans. Andleg sjónarmið samtakanna voru sett fram í tólf reynslusporum og gerð var grein fyrir því hvernig þessum sporum var beitt gegn drykkjusýkinni (Tólf reynsluspor og tólf erfðavenjur, 1981). Boðskapur AA samtakanna fór að berast til landa utan Bandaríkjanna upp úr 1940. Árið 1957 voru félagarnir orðnir 200 þúsund í sjö þúsund deildum í sjötíu löndum. Árið 1976 var talið að félagar samtakanna væru um ein milljón í um 28 þúsund deildum um heim allan. Í dag er talið að félagarnir séu um tvær milljónir og deildirnar um 35 þúsund í yfir 145

löndum. Um 35% AA-félaga eru konur, en í upphafi voru einungis karlar í þessum samtökum (Ingólfur Margeirsson, 1994).

Frumkvöðull AA samtakanna á Íslandi var Guðrún Pálsdóttir Camp. Hún var fædd á Íslandi, en hélt ung til Bandaríkjanna þar sem hún kynntist Bill Wilson og AA-samtökunum. Guðrún fékk brennandi áhuga á boðskap samtakanna og árið 1948 hélt hún til Íslands til að stofna AA deild. Með hjálp Gísla Sigurbjörnssonar sem var forstjóri elliheimilisins Grundar í Reykjavík stofnuðu þau fyrstu AA deildina. Ólíkt Guðrúnu þá hafði Gísli verið bindindismaður allt sitt líf. Fyrstu íslensku AA fundirnir fóru fram sumarið 1948 á skrifstofu Gísla á elliheimilinu Grund. Þessi fyrsta AA deild lifði ekki lengi því ekki leið á löngu þar til þessir fáu meðlimir voru farnir að drekka aftur og Guðrún flutti aftur til Bandaríkjanna. Það var ekki fyrir en sex árum síðar sem AA samtökin komust svo á laggirnar á Íslandi til frambúðar. Í vetrarbyrjun 1954 voru félagarnir orðnir um 80 í hinum nýju AA-samtökum. Árið 1964 var fjöldi AA félaga á Íslandi orðinn 118 og sex deildir starfandi, þar af þrjár deildir í Reykjavík með 81 félagi (Ingólfur Margeirsson, 1994).

Fyrsta meðferðastofnunin fyrir áfengissjúklinga hér á landi var Bláa bandið sem stofnað var árið 1955 en þar gátu dvalið um 18–20 áfengissjúklingar. Meðferðin stóð yfir í 3 vikur og var stefnan sú að AA samtökin fylgdust með sjúklingunum eftir að þeir komu út (Ingólfur Margeirsson, 1994). Bláa bandinu var lokað 1963 og starfsemin sameinuð Kleppsspítalanum. Upp úr 1975 fóru menn að leita sér lækningar við áfengissýki á Freeport sjúkrahúsinu í New York, eftir að Tryggingastofnun ríkisins fór að greiða fyrir meðferðina. Um 650 Íslendingar fóru í meðferð til Bandaríkjanna, þeir síðustu árið 1982. Þegar að fólkið kom til baka fór það að stunda AA fundi hér heima samkvæmt ráðleggingum frá ráðgjöfum og læknum meðferðastofnunarinnar. Mikil gróska varð í AA samtökunum á Íslandi þessum tíma. Árið 1976 opnaði Landsspítalinn endurhæfingarheimilið á Vífilstöðum sem tók allt upp í 24 sjúklinga og sama ár var félagatala AA-samtakanna kominn upp í 200 og margfaldaðist hún á næstu misserum með tilkomu SÁÁ og auknum ferðum til Freeport. Í framhaldi af Freeport ferðunum voru Samtök áhugafólks um áfengisvandamálið (SÁÁ) stofnuð árið 1978. AA-samtökin stækkuðu og döfnuðu og árið 1979 voru AA

deildirnar orðnar 28 í Reykjavík. Árið 1995 voru skráðir 240 AA fundir á viku á Íslandi, þar af 110 á höfuðborgarsvæðinu (Ingólfur Margeirsson, 2004).

Á sjúkrahúsinu Vogu sem SÁÁ rekur hefur farið fram meðferð fyrir fólk með áfengis eða vímuefnafíkn frá árinu 1984. Algengast er að sjúklingar séu í 7–10 daga í afeitrun á Vogu og fari síðan í fjórar vikur í eftirmeðferð annað hvort á Staðarfelli eða Vík. Í árslok 2006 höfðu 18,731 einstaklingar, þar af 5,291 kona og 12,440 karlar innritast á Vog og árið 2007 höfðu verið skráðar 53,858 komur á Vog frá upphafi. Af núlifandi körlum 15 ára og eldri hafa 9,4% farið inn á Vog og 4% af núlifandi konum (SÁÁ, 2006–2007). Árlega koma á milli 1600–1800 sjúklingar í meðferð á Vog, þar af rúmlega þriðjungur í fyrsta skipti. Þeim konum sem leita sér meðferðar fer fjölgandi, árið 1979 voru konur 21% af þeim sjúklingum sem fengu meðferð á Vogu en árið 2000 voru konur 30% af heildarfjölda sjúklinga (SÁÁ, 2006–2007).

Almennt hefur verið talið að aukið aðgengi að áfengi auki neyslu þess. Áfengi verður sífellt aðgengilegra í íslensku samfélagi. Sem dæmi má nefna að vínbúðir ÁTVR voru 19 árið 1990 og 46 árið 2008 (ÁTVR, 2008). Einnig fjölgaði stöðum sem hafa vínveitingar úr 134 árið 1990 í 512 árið 2001 (Þórunn Steindórsdóttir, 2002). Árið 1995 var neysla á hreinu alkóhóli á hvern einstakling 15 ára og eldri tæpir fimm lítrar og árið 2007 var neyslan kominn upp í 7,5 lítra (ÁTVR, 2008). Bjórsala var lögleidd 1. mars 1989 og eftir það hafa seldir alkóhóllítrar af sterku áfengi farið minnkandi en heildarsala alkahóllítra aukist (Lýðheilsustöð, 2004).

Af þessum tölum má greinilega merkja að áfengisneysla er mikið vandamál á Íslandi. Ljóst er að meiri skilningur á sjúkdómnum gæti dregið úr fordómum og leitt til enn betri árangurs í baráttunni við hann og mundi það vera gríðarlegur ávinningur fyrir land og þjóð, því að virkir fíklar kosta samfélagið mikið fé með afbrotum og heilsutjóni. Að sjá að baki ungu og efnilegu fólki vegna neyslu þeirra á áfengi og vímuefnum er þyngra en tárur taki og fölna þær hörmungar í samanburði við þann kostnað sem fer í að reka góð meðferðarúrræði.

Árangur af meðferð

Hversu mikilum árangri skila meðferðir við fíknisjúkdómum? Þessi spurning á fullan rétt á sér því oft þurfa meðferðastofnanir að sækja um styrki til að geta haldið starfinu gangandi og þurfa því að sýna fram á árangur. Meðferð er kostnaðarsöm og í mörgum löndum er hún ekki niðurgreidd af ríkinu eins og á

Ísland, þannig að fólk vill fá að vita hvað það er að borga fyrir og hvort meðferðin skili árangri. Miller, Walters og Bennett (2000) tóku saman tölur frá sjö stórum meðferðarstofnunum í Bandaríkjunum sem hafa bæði legusjúklinga og göngudeild. Niðurstöður þeirra sýna að um 25% sjúklinganna náðu að vera allsgáðir í eitt ár eftir meðferð, um 10% höfðu byrjað að nota vímugjafa hófsamlega og án vandamála og 98% voru enn á lífi ári eftir meðferð. Samanborið við aðra króníska sjúkdóma telst það nokkuð góður árangur að 98% voru enn á lífi ári eftir meðferð. Hverskonar neyslu og hversu mikilli neyslu sjúklingurinn var í áður en hann kemur í meðferð hefur áhrif hvernig honum vegnar eftir meðferðina. Einnig skiptir máli viðhorf til meðferðinnar og á hvaða forsendum einstaklingurinn ákveður að fara í meðferð. Stuðningur frá nánasta fólki hefur einnig áhrif á það hvernig fólki gengur í og eftir meðferð. Af þeim 18,731 einstaklingum sem komið hafa til meðferðar á sjúkrahúsið Vog hafa tæplega 50% aðeins komið einu sinni og um 80% komið þrisvar sinnum eða sjaldnar (SÁÁ, 2006–2007). Þar sem um krónískan sjúkdóm er að ræða sem fer stöðugt versnandi má gera ráð fyrir því að ástæða þess að fólk kemur ekki aftur í meðferð sé sú að þeir hafi náð árangri í baráttunni við sjúkdóminn.

Project Match er stór langtímarannsókn á árangri mismunandi meðferðarúrræða. Þessi meðferðarúrræði voru skoðuð: Hugræn atferlismeðferð (Cognitive Behavioral Therapy), áhugahvöt til breytinga (Motivational Enhancement Therapy) og tólf spora kerfið (Twelve Step Facilitation). Niðurstöðurnar sýna að ekki var munur á árangri eftir því hvernig meðferð sjúklingurinn fékk, sem bendir til þess að það sem skiptir meginmáli er að meðferðin sé fagleg og að eftirfylgni sé til staðar eftir meðferð en ekki tegund meðferðar (Carroll o.fl., 1998). Bent hefur verið á að edrúttími segi ekki alla söguna um árangur af meðferð. Heldur ætti að líta til annarra þátta eins og líðan fólks og lægri tíðni vandamála, hvernig fólki vegnar í samfélaginu almennt og hvort að það lifir betra lífi eftir að það hættir í neyslu. Bindindi sé ekki kvöð heldur sjálfviljugur lífsstíll (Betty Ford Institute, 2007)

Um NEO persónuleikaprófið

Hver einstaklingur hefur sinn eigin persónuleika. Sá sem er athyglissjúkur í dag verður það líklega einnig í næstu viku. Athafnir fólks eru mótaðar af persónuleika þeirra og engir tveir einstaklingar bregðast eins við sömu aðstæðum og

skýringin á því er að þeir hafa ólíkan persónuleika. Það eru um 100 ár síðan að menn byrjuðu að þróa sálfræðileg próf. Með stöðugri tækniþróun og tilkomu öflugra reiknivéla og tölva hefur réttmæti og áreiðanleiki sálfræðilegra prófa aukist umtalsvert. Í dag eru til fjölmörg persónuleikapróf með öruggum raunviðmiðum sem gera mönnum kleift að nota prófin til áreiðanlegrar flokkunar og mats á einstaklingum (Hörður Þorgilsson, e.d.). Eitt algengasta persónuleikaprófið er NEO prófið sem þróað var af Costa og McCrae. Fyrsta útgáfa þess NEO-I kom út árið 1980. Prófið samanstóð af eftirfarandi þremur meginþáttum: Taugaveiklun (Neuroticism), úthverfa (Extroversion) og opinn persónuleiki (Openness to experience). Þannig fékk prófið nafnið NEO. Þetta upphaflega NEO próf var töluvert gagnrýnt m.a. vegna þess að það gat ekki gert grein fyrir eiginleikum eins og fórnfýsi, trausti, sjálfstjórn og þörf fyrir að ná árangri. Árið 1985 bættu Costa og McCrae tveimur meginþáttum til viðbótar við prófið til að mæta þessari gagnrýni. Þetta voru þættirnir samvinnuþýði (Agreeableness) og samviskusemi (Conscientiousness) (Costa og McCrae, 2008, 1992a). Þetta nýja próf fékk nafnið NEO-PI og byggði það á svo kölluðu fimmþáttalíkani. Það er vaxandi samkomulag meðal persónuleikasálfræðinga að sá munur sem er á milli persónuleika manna geti verið skilgreindur út frá fimmþáttalíkaninu, þ.e. að fimm megin persónuleikaþættir skýri meira eða minna allan einstaklingsmun. Persónuleiki hvers og eins er talin blanda af þessum fimm megin persónuleikaþáttum (Costa og McCrae, 1992a). Árið 1992 var prófið endurbætt enn frekar og kom út undir heitinu NEO-PI-R. Þar var bætt við fleiri undirþáttum við meginþættina samviskusemi og samvinnuþýði. Einnig voru endurbættar 10 spurningar af þeim 144 sem eiga við meginþættina taugaveiklun, opinn og úthverfa. NEO-PI-R prófið hefur í heild 240 spurningar með nýjum og bættum stöðlum sem fengnir voru með úrtaki sem átti að endurspegla betur almenning og er sú útgáfa notuð enn í dag (Costa og McCrae, 2008). Hver meginþáttur hefur sex undirþætti og er gildi hvers meginþáttar summa undirþáttanna. Meginþættirnir gefa heildarmynd af persónuleika einstaklingsins og undirþættirnir gefa nákvæmari upplýsingar (Costa og McCrae, 1992b).

NEO-PI-R persónuleikaprófið var fyrst þýtt á íslensku árið 1994 af Auði Gunnarsdóttur, Friðriki H. Jónssyni og Gyðu Eyjólfsdóttur. Þýðingin var

endurskoðuð af Freyju Birgisdóttur, Friðriki H. Jónssyni og Steinunni Gestsdóttur árið 1995. Hefur sú þýðing verið notuð síðan. Áreiðanleiki NEO-PI-R á Íslandi kemur vel út eins og sést í töflu 1. Allir meginþættirnir hafa áreiðanleikastuðla yfir 0,80 og meðaltalið er svipað og í Bandaríkjunum og Eistlandi. Í töflu 2 má sjá að áreiðanleikastuðlar á Íslandi og Bandaríkjunum eru mjög svipaðir. Bæði löndin eru með aðeins lægri áreiðanleikastuðla heldur en Eistland (Friðrik H. Jónsson og Arnór Bergþórsson, 2004).

Tafla 1. Helstu niðurstöður stöðlunar NEO-PI-R á Íslandi.

| | Áreiðanleikastuðull | Meðaltal | Staðalfrávik |
|--------------|---------------------|----------|--------------|
| Taugaveiklun | 0,91 | 87,6 | 22,7 |
| Úthverfa | 0,88 | 110,5 | 20,1 |
| Opinn | 0,87 | 107,2 | 18,9 |
| Samvinnuþýði | 0,82 | 126,9 | 15,9 |
| Samviskusemi | 0,88 | 116,6 | 19,5 |

(Friðrik H. Jónsson og Arnór Bergþórsson, 2004).

Tafla 2. Áreiðanleikastuðlar meginþátta NEO-PI-R á Íslandi, Bandaríkjunum og Eistlandi.

| | Ísland | Bandaríkin | Eistland |
|--------------|--------|------------|----------|
| Taugaveiklun | 0,91 | 0,92 | 0,92 |
| Úthverfa | 0,88 | 0,89 | 0,93 |
| Opinn | 0,87 | 0,87 | 0,92 |
| Samvinnuþýði | 0,82 | 0,86 | 0,87 |
| Samviskusemi | 0,88 | 0,90 | 0,92 |

(Friðrik H. Jónsson og Arnór Bergþórsson, 2004).

Meginþættir NEO persónuleikaprófsins

- *Taugaveiklun (Neuroticism)*. Mikil taugaveiklun er einkenni flestra geðsjúkdóma, sérstaklega þunglyndis og kvíða. Einnig eru þeir sem haldnir eru mikilli taugaveiklun gjarnir á að upplifa neikvæðar tilfinningar eins og reiði og sektarkennd. Þeir sem mælast með litla taugaveiklun gengur oft betur í meðferð, því að þeir eru í góðu jafnvægi, yfirvegaðir og bregðast vel við álagi.
- *Úthverfa (Extraversion)*. Tengist aðallega innri eiginleikum einstaklingsins. Þeir sem eru úthverfir eru félagslyndir, athafnasamir og hafa tilhneigingu til að upplifa jákvæðar tilfinningar eins og gleði og ánægju. Þeir sækjast eftir að vera í fjölmenni og eru gjarnan málgefdir. Þeir sem eru hins vegar innhverfir eru dulir og kjósa fremur einveru.
- *Opinn persónuleiki (Openness to Experience)*. Þeir sem eru opnir eru hugmyndaríkir, næmir fyrir list og fegurð og hafa gjarnan flókið tilfinningalíf. Þeir eru vitsmunalega forvitnir og sveigjanlegir í hegðun, viðhorfum og gildum. Þetta eru eiginleikar sem margir telja eftirsóknarverða en tengjast ekki endilega góðri geðheilsu. Þeir sem eru mjög opnir eru frekar tilbúnir til að meðtaka nýjar hugmyndir og prófa óvenjulegar aðferðir við að leysa vandamál. Þeir sem mælast hins vegar lágt á þessum þætti eru frekar íhaldssamir og þröngsýnir.
- *Samvinnuþýði (Agreeableness)*. Þessi þáttur tengist aðallega innri eiginleikum einstaklingsins. Þeir sem eru mjög samvinnuþýðir eru, samvinnuliprir, hafa samhygð með öðrum og eiga auðvelt með að treysta öðrum. Þeir sem mælast lágt á þessum þætti eru hins vegar tortryggir, harðlyndir, sjálfelskir og fjandsamlegir. Samvinnuþýði segir gjarnan til um hvernig sambandi við aðra er háttað, t.d. milli meðferðaraðila og sjúklings. Þeir sem ekki eru samvinnuþýðir hafa oft efasemdir um meðferðina sem þeir eru að fá og meðferðaraðilann sem er að sinna þeim. Þeir sem eru mjög

samvinnuþýðir eru á hinn bóginn mjög hlýðnir og geta orðið háðir meðferðaraðilanum.

- *Samviskusemi (Conscientiousness)*. Þessi þáttur greinir á milli þeirra sem eru samviskusamir, skipulagðir, vandvirkir og iðnir og þeirra sem eru kærulausir, óskipulagðir, metnaðarlausir og latir. Mikil samviskusemi tengist félagsfærni og áráttu hegðun. Félagfærni er hæðsla við að haga sér þannig að maður verði sér til skammar eða niðurlægji sjálfan sig. Mikil samviskusemi tengist einnig árangri í starfi og námi. Þeir sem hafa mikla samviskusemi taka þeim verkefnum sem þeir fá í hendurnar alvarlega og reyna að leysa úr þeim eins vel og þeir geta (Freyja Birgisdóttir og Steinunn Gestsdóttir, 1995; Costa og McCrae, 1992a).

NEO-PI-R er langt og ítarlegt próf; það tekur um eina klukkustund að svara öllum 240 spurningunum á prófinu. Þar sem svo langt próf hentar ekki alltaf í rannsóknum, sömdu Costa og McCrae styttri útgáfu sem nefnist NEO-FFI með 60 spurningum sem mæla alla fimm meginþættina (Costa og McCrae, 1992a). Árið 2004 gáfu Costa og McCrae út endurbætta útgáfu af NEO-FFI prófinu og fékk það þá nafnið NEO-FFI-R. Helsta breytingin var sú að skipt var um 14 spurningar af 60 í prófinu. Spurningunum sem var skipt út þóttu ruglingslegar og átti fólk til að misskilja þær (Friðrik H. Jónsson, 2005). Áreiðanleikastuðlar fyrir íslenska útgáfu af NEO-FFI-R eru viðunandi eins og sést í töflu 3. Þeir eru sambærilegir bandarískri útgáfu prófsins að þættinum samviskusemi undanskildum. Meðaltalið er hærra fyrir þættina opinn og samviskusemi í Bandaríkjunum heldur en á Íslandi. Meðaltalið fyrir þáttinn taugaveiklun er hins vegar hærra á Íslandi heldur en í Bandaríkjunum, einungis 16,83 í USA samanborið við 19,18 á Íslandi. Útkoman fyrir samvinnuþýði er aftur á móti mjög svipuð (Friðrik H. Jónsson, 2005).

Tafla 3. Helstu niðurstöður stöðlunar NEO-FFI-R á Íslandi.

| | Áreiðanleikastuðull | Meðaltal | Staðalfrávik |
|--------------|---------------------|----------|--------------|
| Taugaveiklun | 0,84 | 19,18 | 8,2 |
| Úthverfa | 0,79 | 27,84 | 6,79 |
| Opinn | 0,73 | 25,06 | 6,13 |
| Samvinnuþýði | 0,71 | 32,24 | 5,50 |
| Samviskusemi | 0,67 | 30,39 | 5,87 |

(Friðrik H. Jónsson, 2005).

Persónuleiki og árangur af meðferð

Persónuleiki er mikilvæg breyta sem vert er að skoða þegar kemur að meðferðum ýmissa sjúkdóma. Persónuleikaeinkenni hafa t.d. verið notuð til að spá fyrir um árangur meðferða við þunglyndi, kvíða og árátta og þráhyggju (Reich og Green, 1991). Muller, Weijers, Böning og Wiesbeck (2008) gerðu rannsókn á því hvaða persónuleikaeinkenni það væru sem greindu á milli þeirra sem voru edrú einu ári eftir meðferð og þeirra sem voru það ekki. Þátttakendur voru 146 og uppfylltu þeir greiningu ICD-10 fyrir áfengishæði. Persónuleikinn var metinn út frá NEO-FFI, TCI, SSS og EPQ persónuleikaprófunum. Niðurstöðurnar leiddu í ljós að þeir sem höfðu mikila hvatvísi (impulsiveness), sem er undirþáttur taugaveiklunar á NEO persónuleikaprófinu, höfðu meiri tilhneigingu til að falla. Þeir sem eru hvatvísir taka gjarnan ákvarðanir án þess að hugsa um afleiðingar gjörða sinna. Það að taka fyrsta sopann eftir bindindi var líklegra hjá þessum hópi fólks samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar. Einnig sýndu niðurstöðurnar að þeir sem héldust edrú í þetta eina ár sem rannsóknin stóð yfir voru líklegri til að búa með maka, 75,4% af þeim sem héldu sér edrú bjuggu með maka samanborið við 48,1% þeirra sem féllu. Einstaklingar sem búa með öðrum og fá stuðning frá sínum nánustu virðist ganga betur og einnig eru minni líkur á að þeir sem búa með öðrum einangri sig.

O'Leary (2000) gerði rannsókn á tengslum persónuleika við árangur í göngudeildarmeðferð. Þátttakendurnir sem allir höfðu fengið greininguna áfengishæði samkvæmt DSM-IV voru 51 talsins og var meðalaldur þeirra 36,4

ár. Þátttakendurnir voru látnir gangast undir persónuleikaprófið NEO-FFI eftir að hafa verið allsgáðir í að minnsta kosti 5 daga, þeim var síðan fylgt eftir í þrjá mánuði. Þeir sem féllu innan fyrsta mánaðar komu hærra út á þættinum taugaveiklun og lægra út á samviskusemi samanborið við þá sem voru edrú alla þrjá mánuðina. Meðaleinkunn á þættinum taugaveiklun var 33 hjá þeim sem féllu samanborið við 23 hjá þeim sem héldust edrú á meðan rannsókninni stóð. Enginn hinna meginpersónuleikapáttanna, úthverfa, opinn eða samvinnuþýði voru frábrugðin á milli hópanna. Þeir sem eru taugaveiklaðir eru gjarnan kvíðnir og órólegir, það gæti heft þá við að ná árangri í baráttunni við fíknina. Lítil samviskusemi gefur til kynna að einstaklingurinn sé kærulaus, metnaðarlítill og óskipulagður, og því líklegri til að virða að vettugi þau ráð sem honum eru gefin til að ná árangri í baráttunni við sjúkdóminn. Hugsanlega þarf þessi einstaklingur á meira aðhaldi að halda til þess að ná árangri. Takmarkanir þessarar rannsóknarinnar eru hins vegar þær að úrtakið var lítið og þátttakendum var einungis fylgt eftir í 3 mánuði.

Svipaðar niðurstöður fengust í rannsókn Bottlender og Soyka (2005), lág einkunn fyrir samviskusemi og há fyrir taugaveiklun tengdist verri árangri í baráttunni við sjúkdóminn. Þeir mældu einnig persónuleikann með NEO-FFI prófinu sem er stytta útgáfa af NEO prófinu og voru mælingar prófsins mjög stöðugar, en prófið var lagt fyrir á meðan þeir voru í meðferð, 6 mánuðum eftir meðferð og 12 mánuðum eftir meðferð. Þessi rannsókn sýnir að þegar þátttakendum var fylgt lengur eftir tengdust þessir sömu þættir, samviskusemi og taugaveiklun, einnig verri árangri í baráttunni við fíknina.

Fisher, Elias og Ritz (1998) fundu einnig tengsl taugaveiklunar og samviskusemi við fall, en þeir notuðust við NEO-PI-R prófið sem lengri útgáfa prófsins. Þátttakendum var fylgt eftir í eitt ár og kom í ljós að þeir sem höfðu háa einkunn fyrir taugaveiklun og litla fyrir samviskusemi voru líklegri til að falla. Engin tengsl voru milli hinna þriggja aðalþátta NEO-PI-R, opinn (openness), úthverfa (extroversion) og samvinnuþýði (agreeableness), við hverjum vegnaði vel eftir meðferð. Þátttakendurnir voru 108 á aldinum 16 til 70 ára og höfðu þeir allir lokið 28 daga meðferð þar sem áhersla var lögð á 12 spora kerfi AA samtakanna.

Persónuleiki fíkiilsins

Sumir virðast geta drukkið áfengi eða neytt annara vímuefna án vandræða, aðrir þróa með sér fíknisjúkdóma á mjög skömmum tíma, og enn aðrir virðast smám saman missa stjórn á neyslu sinni. Hvað er það sem skilur á milli þessara hópa? Rannsóknir hafa verið gerðar til að varpa ljósi á hvort ákveðin persónuleiki einkenni þá sem hafa ekki stjórn á neyslunni. Einkenni sem greina þá frá þeim sem geta notað áfengi og jafnvel önnur vímuefni án þess að það verði þeim til trafala.

Ruiz, Pincus og Dickinson (2003) rannsökuðu tengsl milli persónuleika og drykkjuhegðunar hjá háskólanemum. Persónuleikinn var mældur með NEO-PI-R prófinu og drykkjuhegðunin var mæld með SCID spurningalistanum. Þátttakendur rannsóknarinnar voru 200 talsins, þar af 99 karlar og 101 kona. Mikil taugaveiklun (neuroticism) og skortur á samviskusemi (conscientiousness) voru þeir þættir sem tengdust mest aukinni drykkju og auknum vandamálum tengdum drykkjunni. Nokkrir undirþættir úthverfu (extroversion) og samvinnuþýði (agreeableness) sýndu einnig smávægileg tengsl við aukna drykkju og vandamál. Þeir sem eru taugaveiklaðir eru gjarnan kvíðnir, feimnir, óframfærnir og eiga erfitt við að njóta sín í samskiptum við annað fólk. Áfengið getur losað um þessar hömlur meðan á vímunni stendur og því gæti neyslan virkað sem einhverskonar frelsi fyrir þessa einstaklinga. Þetta getur því leitt til aukinnar neyslu og hættu á því að fólk lendi í vítahring sem erfitt er að losna úr án hjálpar. Lítil samviskusemi tengdist einnig aukinni drykkju og auknum vandamálum tengdum drykkjunni en þeir sem hafa litla samviskusemi eru gjarnan kærulausir, óskipulagðir og metnaðarlausir.

Þessi sömu persónuleikaeinkenni taugaveiklun, samviskusemi og samvinnuþýði komu einnig fram í norski rannsókn á ópíumfíklum í methadone viðhaldsmeðferð. Þátttakendurnir voru 65, þar af 22 konur. Persónuleikinn var einnig skoðaður með NEO-PI-R persónuleikaprófinu í þessari rannsókn (Bronner, Schmidt og Herbst, 1994).

Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður Finn (2009), sem hann vann út frá gögnum langtímarannsóknarinnar University of Michigan –The Life Transitions Study. Í rannsókninni var 364 sjúklingum með greininguna áfengishæði frá fjórum mismunandi meðferðarstofnunum fylgt eftir í 3 ár.

Þátttakendurnir tóku NEO-FFI persónuleikaprófið og fengu þeir hærra á taugaveiklunar þættinum og lægra á þáttunum samviskusemi og samvinnuþýði heldur en samanburðarhópurinn. Hins vegar spáðu þessir persónuleikaþættir ekki fyrir um hverjir myndu falla í mikla neyslu. Mikil neysla var skilgreind sem fimm drykkir eða fleiri hjá körlum og fjórir eða fleiri hjá konum. Lítil samvinnuþýði kom einnig fram í rannókn Ruiz og félaga árið 2003 en þeir sem hafa litla samvinnuþýði eru gjarnan tortryggir, fjandsamlegir og eiga erfitt með að treysta öðrum. Hugsanlegt er að þetta séu eiginleikar sem fólk þróar með sér í neyslunni, því að það er orðið vant að hafa óheiðarlegt fólk í kringum sig. Í rannsóknunum sem raktar voru í kaflanum hér að framan „Persónuleiki og árangur af meðferð“ kom lítil samvinnuþýði aldrei fram sem eiginleiki sem hefði áhrif á það hvernig fólki gengi að halda sér edru eftir meðferð. Lítil samvinnuþýði virðist því vera eiginleiki sem er algengur hjá fíklum en hefur ekki áhrif á hvernig þeim gengur í baráttunni við fíknina.

Þeir sem haldnir eru áfengis eða vímuefnafíkn eru líklegri heldur en fólk almennt til að aka

ölvaðir eða sýna aðra áhættu hegðun. Hubicka, Kallmen, Hiltunen og Bergman (2009) gerðu rannsókn á persónuleikaþáttum 162 einstaklinga í Svíþjóð sem höfðu verið teknir fyrir ölvunarakstur. Persónuleikaeinkennin voru mæld með NEO-PI persónuleikaprófinu og niðurstöðurnar bornar saman við sænskan almenning. Niðurstöðurnar veita innsýn í persónuleika fólks sem á við vandamál að stríða sem tengist neyslu. Í ljós kom að þeir sem höfðu verið teknir fyrir ölvunarakstur voru marktækt minna ($P < 0,1$) samviskusamir og opnir en einstaklingar í samanburðarhópi, hins vegar var enginn munur á hópunum hvað varðaði taugaveiklun.

Spilafíkn er algeng á Íslandi og bíður sjúkrahúsið Vogur upp á meðferð við spilafíkn. Áhugavert er að skoða hvort að sömu persónuleikaeinkenni komi fram hjá þeim eru spilafíklar og hjá þeim sem eru fíklar í áfengi og vímuefni. Bagby o.fl. (2007) rannsökuðu persónuleikaeinkenni hjá 292 spilafíklum í meðferð. Persónuleikinn var mældur með NEO-FFI prófinu og voru niðurstöðurnar bornar saman við fólk sem stundað hafði fjárhættuspil undanfarið ár en hafði aldrei farið í meðferð vegna spilafíknar. Niðurstöðurnar sýndu að báðir hóparnir voru áhættusæknir, en þeir sem voru í meðferð vegna spilafíknar voru marktækt

taugaveiklaðari. Þeir voru sérstaklega háir á undirþáttunum hvatvísi og tilfinningalegu varnarleysi (emotional vulnerability). Mikil taugaveiklun kom einnig fram í rannsókn Ruiz og félaga á einstaklingum með áfengis eða vímuefnavandamál.

Ætli persónuleiki fólks hafi áhrif á það hvaða vímuefna þeir nota? Gera má ráð fyrir því að sá sem situr heima hjá sér og reykir kannabis sé talsvert ólíkur þeim sem dansar á skemmtistað undir áhrifum amfetamíns. Í rannsókn Terraccinao, Löckenhoff, Crum, Bienvenu og Costa (2008) í Baltimore voru skoðuð persónuleikaeinkenni 1102 þátttakendum með NEO-PI-R persónuleikaprófinu. Persónuleiki þeirra sem prófað höfðu eiturylf var borin saman við persónuleikaeinkenni þeirra sem aldrei höfðu prófað eiturylf. Þeir sem notað höfðu kannabis síðastliðið ár voru 88 talsins og var persónuleiki þeirra borinn saman við þá 576 sem aldrei höfðu notað kannabis. Þeir sem höfðu notað kannabis komu marktækt hærra út á persónuleikabáttunum opinn og lægra á þáttunum samviskusemi og samvinnuþýði. Kókaín neytendur rannsóknarinnar voru níu talsins og fengu þeir marktækt hærra á taugaveiklun og lægra á samviskusemi samanborið við þá 1023 sem aldrei höfðu neytt kókaíns. Niðurstöður þessarar rannsóknar virðast benda til þess að persónuleiki fíkla sé ólíkur eftir því hvaða vímuefna þeir nota.

Framangreindar rannsóknir benda til þess að fólk með fíknsjúkdóm sé líklegt til að hafa mikla taugaveiklun og litla samvinnuþýði. Rannsóknir á börnum foreldra með fíknsjúkdóm bendir til að börnin hafi sömu persónuleikaeinkenni og foreldrar þeirra. Loukas, Krull, Chassin og Carle (2000) báru saman persónuleikaeinkenni ungs fólks sem áttu foreldra með fíknsjúkdóm við ungt fólk sem ekki átti foreldra með fíknsjúkdóm. Persónuleikinn var metin með NEO-FFI persónuleikaprófinu. Þátttakendurnir voru 456 talsins og þar af 246 þar sem annar eða báðir foreldrarnir voru með fíknsjúkdóm og 208 í samanburðarhóp sem áttu ekki foreldra með fíknsjúkdóm. Í ljós kom að þeir sem áttu foreldra með fíknsjúkdóm sýndu meiri taugaveiklun og minni samvinnuþýði heldur en samanburðarhópurinn. Þeir sem komu hátt út á þættinum taugaveiklun og lágt á samvinnuþýði réttlættu einnig eigin drykkju að meiri krafti. Rannsóknirnar hér að framan hafa sýnt að fíklar hafa gjarnan mikla taugaveiklun og litla samvinnuþýði og niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að börn fíkla hafi þessi sömu

persónuleikaeinkenni. Fíknsjúkdómar eru taldir vera að hluta til arfgengir. Persónuleikaeinkenni eru að einhverju leiti erfð og síðan mótar umhverfið persónuleika hvers og eins. Persónuleikaeinkennin taugaveiklun og samvinnuþýði geta því verið að hluta til erfð og að hluta til lærd.

Costa og McCrae (1992b) höfundar NEO-PI persónuleikaprófsins halda því fram að persónuleiki fólks sé stöðugur einkum eftir 30 ára aldur. Persónuleiki þeirra sem eru fíklar virðist út frá framangreindum rannsóknum vera ólíkur persónuleika þeirra sem ekki eru fíklar og þetta ætti að koma fram áður en neyslan hefst því persónuleikinn á að vera stöðugur samkvæmt Costa og McCrae. Rannsókn Brown, Irwin og Schuckit (1991) sýndi hins vegar fram á að persónuleiki fíkilsins helst ekki stöðugur yfir tíma. Þátttakendur rannsóknarinnar voru 91 fíkill í bata. Einni viku eftir að þeir urðu edrú sýndu 40% þátttakenda aukinn kvíða og þunglyndi. Þessi einkenni fóru minnkandi með tímanum þar til að kvíðinn og þunglyndið hafði gengið yfir. Þessar niðurstöður eru í andstöðu við Costa og McCrae (1992b) og benda til þess að persónuleiki fíkils séu óstöðugur, þar sem einkennin sem greindu fíkillinn frá samanburðarhópnum voru horfin stuttu eftir að þeir voru orðnir allsgáðir. Það kemur í raun ekki á óvart að fíklar sem eru ný orðnir edrú sýni aukin merki um taugaveiklun því að þeir eru að takast á við miklar breytingar og byrja nýtt líf.

Niðurstöður rannsóknar Sutherland (1997) á fíklum benda í sömu átt. Þátttakendurnir sem voru 889 komu frá 123 mismunandi meðferðastofnunum í Bretlandi og höfðu verið edrú frá hálfum mánuði upp í 12 mánuði. Persónuleiki þátttakenda var mældur með Addiction Recovery Index (ARI) sem er samblanda af NEO-PI, EPQ og CCEI persónuleikaprófunum. Niðurstöðurnar sýndu að taugaveiklun fór lækkandi samhliða auknum edrú tíma og færðist nær almennum viðmiðum. Stig fyrir taugaveiklun lækkuðu um 37,3% að meðaltali á 12 mánuðum. Þessar niðurstöður benda til þess að stöðugur persónuleiki fíkils sé ekki til staðar því að persónuleikinn virðist breytast eftir að einstaklingurinn er orðinn edrú.

Áhrif persónuleika á löngun í vímugjafa

Rannsóknir hafa verið gerðar á því hvort að persónuleiki fólks hafi áhrif á hvernig það upplifir löngun í vímugjafa. Löngun er magslungið fyrirbæri sem getur lýst sér á ýmsan hátt, t.d. með árátukenndum hugsunum um uppáhalds

vímugjafann. Zilberman, Tavares og el Guebaly (2003) rannsökuðu sambandið milli persónuleikaeinkenna og löngunar hjá konum í meðferð. Þátttakendurnir voru 95 og höfðu þeir verið edrú allt frá 5 til 21 degi. Persónuleikinn var mældur með NEO-PI-R prófinu og löngunin með Pennsylvania Craving Scale (PCS) og Craving Questionnaire (CQ). Niðurstöðurnar sýndu að lítil samvinnuþýði (agreeableness) og samviskusemi (conscientiousness) tengdist aukinni löngun. Lítil samvinnuþýði gefur til kynna að einstaklingurinn er tortrygginn, harðlyndur og fjandsamlegur. Hann getur átt erfitt með að treysta meðferðaraðilanum og haft efasemdir um meðferðina (Costa og McCrae, 1992). Hugsanleg skýring á aukinni löngun getur því verið sú að meðferðin gangi ekki nógu vel. Önnur skýring tengist skorti á samviskusemi sem leiðir af sér kæruleysi, óskipulag, metnaðarleysi og leti (Freyja Birgisdóttir og Steinunn Gestsdóttir 1995). Meginþættirnir samvinnuþýði og samviskusemi virðast því ýta undir það að einstaklingurinn upplífi löngun eftir að hann verður edrú.

Áhrif AA á edrútíma

Flestir þeirra sem eru að reyna að hætta að drekka leita til AA-samtakanna. Meðan fólk er í meðferð er það hvatt til að fara að stunda AA-fundi eftir að það kemur úr meðferð. Sumir virðast hins vegar ekki finna sig innan AA-samtakanna og fara aðrar leiðir til að halda sér allsgáðum. Það getur farið mikill tími í það hjá fólki að vera virkt innan AA-samtakanna, t.d. að fara á fundi, lesa AA fræðin og hjálpa öðrum. Er þessi mikla vinna sem fólk er að leggja á sig í AA-samtökunum að skila tilætluðum árangri?

Gossop, Stewart og Marsden (2007) rannsökuðu áhrif AA-fundasóknar á edrútíma. Þátttakendurnir voru 142 og var þeim fylgt eftir í 4–5 ár eftir meðferð. Meðalaldur þátttakanda var 29,7 ár og voru 78% þátttakenda karlar. Um þriðjungur þátttakanda hafði farið á AA-fundi einhvern tímann á tveimur árum áður en rannsóknin hófst. Niðurstöðurnar sýna að þeir sem höfðu farið á fundi áður voru líklegri til að gera það einnig eftir meðferð. 32% þeirra sem höfðu farið á fundi áður höfðu einnig gert það ári eftir meðferðina á móti 8% þeirra sem ekki höfðu farið á fundi fyrir meðferð. Einungis fundasókn eftir meðferð spáði hins vegar fyrir um bata. Þeir sem stunduðu fundi eftir meðferð voru líklegri til að hafa ekki notað áfengi eða vímuefni á öllum þeim tímamörktum sem mælingar voru gerðar, en það var strax eftir meðferð, eftir 1 ár, 2 ár og 4–5 ár. Þeir sem fóru á

fundi oftar en einu sinni í viku voru líklegri til að vera lausir frá áfengi og vímuefnum heldur en þeir sem fóru sjaldnar en einu sinni í viku eða aldrei á fundi. Einungis á milli 20–25% þátttakenda stundaði fundi á þeim tímum sem mælingar voru gerðar.

Moss og Moss (2004) rannsökuðu einnig áhrif þess að stunda AA-samtökin á edrútíma. Um var að ræða langtímarannsókn með 473 þátttakendum þar sem mælingar á AA ástundun og edrútíma voru gerðar einu ári eftir meðferð og aftur átta árum eftir meðferð. Þeir sem tengdust AA-samtökunum fljótt eftir meðferð og stunduðu AA lengur voru frekar allsgáðir bæði eftir eitt ár og eftir átta ár samanborið við þá sem ekki stunduðu AA samtökin. Samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar þá er mikilvægt að fólk fari strax eftir meðferð að stunda fundi. Því má ætla að sú tilhögun að hafa AA-fundi sem hluta af meðferð líkt og gert er á Vogu sé heillavænleg, þannig að fólk sé í raun byrjað í AA-samtökunum áður en það kemur úr meðferð. Fólk er oft hrætt við það sem það þekkir ekki svo að það er gott að vera búinn að kynna samtökunum í meðferðinni.

Rannsókn McKellar, Stewart og Humphreys (2003) sýnir svipaðar niðurstöður. Þeir fylgdu þátttakendum eftir í tvö ár að lokinni meðferð. Þátttakendurnir voru 2319 karlar, meðalaldurinn var 43,5 ár og höfðu þeir allir fengið greininguna áfengishæði. Niðurstaðan var sú að þátttaka í AA dró úr neyslu og vandamálum tengdum neyslunni. Fundasóknin fór þó oftast minnkandi með tímanum. Eftir eitt ár sögðust 23,3% hafa farið á fleiri en 10 fundi síðastliðna þrjá mánuði og eftir tvö ár sögðust 19,8% hafa farið á 10 eða fleiri fundi síðastliðna þrjá mánuði. Hvernig gekk að vera edrú fyrsta árið eftir meðferð spáði ekki fyrir um þátttöku í AA árið þar á eftir. Einnig koma svipaðar niðurstöður fram í rannsókn Terra o.fl. (2008). Aðeins 20% þátttakenda sem allir höfðu farið í meðferð stunduðu AA-samtökin sex mánuðum síðar.

Laudet, Stanick og Sands (2007) gerðu rannsókn á þátttöku í AA samtökunum einu ári eftir meðferð. Þátttakendurnir voru 229 og höfðu þeir annað hvort verið í meðferð þar sem AA-fundir voru hluti af meðferðinni eða þar sem ekki var lögð áhersla á AA-samtökin. Mælingar voru gerðar eftir 3 mánuði, 6 mánuði og 1 ári eftir meðferð. Þátttaka í AA samtökunum var mæld með fundasókn, sporavinnu, hvort viðkomandi hafði „sponsor“ eða „sponsaði“ einhvern annan, hvort hann hafði heimadeild, var í samskiptum við aðra AA

félaga, las AA fræðin og hvort fólk leit á sjálfan sig sem meðlim í samtökunum. Rúmur helmingur þátttakenda náði að vera edrú fyrstu þrjá mánuðina og 21,5% þátttakenda náði að vera edrú í heilt ár. 40% þátttakenda stunduðu AA fundi fyrstu þrjá mánuðina eftir meðferð en þátttaka í AA fór minnkandi með tímanum og höfðu einungis 16,7% stundað AA samfleytt í heilt ár frá því að þeir komu úr meðferð. Þeir sem höfðu verið í meðferð sem lagði áherslu á AA fundi voru fimm sinnum líklegri til að stunda AA fundi eftir að þeir komu úr meðferð og einnig voru þeir fjórum sinnum líklegri til að ná að vera allsgáðir í heilt ár.

Arthur, Tom og Glenn (2008) athuguðu hvað væri til í þeirri fullyðingu að einungis 5% þeirra sem sækja fundi AA-samtakanna náði bata í dag miðað við 75% árangur á árunum 1940–50. Bill Watson annar stofnenda AA-samtakanna áætlaði að um 20–40% þeirra sem mæta á AA-fundi haldi áfram að mæta og fari að stunda AA reglulega. Tölurnar um 50–75% árangur á upphafsárum AA-samtakanna koma frá þeim hópi sem stundaði AA reglulega, þ.e.a.s. 50–75% árangur náðist hjá þeim 20–40% sem stundaði AA reglulega. Hin 60–80% sem ekki prófuðu AA-samtökin reglulega voru ekki tekin með í reikninginn. Bill Watson segir í febrúar 1940 að hann telji að helmingur þeirra sem stundi AA-samtökin af fullri alvöru séu enn edrú og um 25% hafi misstigið sig en hann telji að þeir muni á endanum ná bata. Þetta hafa einhverjir túlkað þetta sem $50+25=75\%$ árangur, en í raun er einungis átt við þá sem stunduðu AA-samtökin af fullri alvöru en ekki alla þá sem prófuðu að mæta á fundi. Talan um 5% árangur kemur fram vegna þess að þar er verið að taka með í dæmið alla þá sem eru í samtökunum, óháð ástundun.

Samkvæmt niðurstöðum ofangreindra rannsókna leikur ekki vafi á að AA-samtökin hjálpa mjög mörgum að halda sér á réttri braut eftir meðferð, það er hins vegar athyglisvert að einhverra hluta vegna þá virðast margir hætta að stunda fundi og margir finna sig ekki í samtökunum.

Festa í AA samtökunum

Rannsóknir hafa sýnt að þeir sem stunda AA samtökin ná almennt lengri edrútíma en þeir sem ekki ná að tengjast samtökunum (McKeller, Steward og Humphreys, 2003; Moss og Moss, 2004). Athyglisvert er að skoða hvað skilur þá sem stunda AA samtökin reglulega frá þeim sem aldrei hafa stundað fundi eða hætta fljótlega. Reigle og Dowd (2004) skoðuðu hvaða persónuleikabættir

einkenndu þá sem stunduðu AA-samtökin. Þátttakendurnir voru 126 og var meðalaldur þeirra 43 ár. Persónuleikinn var metinn með NEO-PI og voru mælingar á AA ástundun gerðar 12 mánuðum eftir meðferð. Sá hópur fólks sem fékk hátt á samviksusemi og lágt á samvinnuþýði fóru oftast á AA-fundi. Þeir sem voru með litla samvinnuþýði höfðu einnig oft samband við stuðningsaðila sinn innan AA og áttu marga vini í samtökunum. Þeir sem skoruðu hátt á taugaveiklun áttu einnig marga vini innan AA og höfðu oft samskipti við þá. Enginn persónuleikapáttur spáði fyrir um það hverjir lásu mest í AA fræðunum. Þeir sem eru mjög samviskusamir eru gjarnan skipulagðir og vandvirkir. Þeim vegnar því oft vel í því sem þeir taka sér fyrir hendur og er þar með talið ástundun í AA. Þeir sem hafa litla samvinnuþýði eru gjarnan tortryggir, harðlyndir og sjálfelskir. Af hverju tengsl voru á milli eiginleikanna tortryggni, harðlyndi og sjálfelsku og aukinnar fundasóknar og meiri samskipta við stuðningsaðila í þessari rannsókn er óljóst. Þeir sem hafa mikla taugaveiklun upplifa oft neikvæðar tilfinningar eins og reiði og sektarkennd. Þeir gætu því átt marga vini í AA-samtökunum sem þeir geta talað við og þannig unnið með þessar tilfinningar. Því það að eiga trausta vini sem hægt er að tala við um vandamál sín getur verið mjög gagnlegt.

Hurlburt, Gade and Fuqua (1984) rannsökuðu einnig hvort að munur væri á persónuleika þeirra sem stunda AA eftir meðferð og þeirra sem gera það ekki. Tilraunahópurinn samanstóð af 91 alkóhólista sem höfðu verið edrú í að minnsta kosti 6 mánuði og voru virkir í AA samtökunum. Persónuleiki þeirra var borinn saman við 91 alkóhólista sem höfðu lokið meðferð en stunduðu ekki AA samtökin. Persónuleikinn var mældur með Eysenck Personality Questionnaire (EPQ). Í ljós kom að þeir sem ekki voru í AA samtökunum voru tilfinningaríkari, harðari af sér (tough-minded) og innhverfari heldur en þeir sem stunduðu AA. Þeir sem eru innhverfir kjósa frekar einveru og því kemur ekki á óvart að þeir stundi verr AA-samtökin sem ganga að stórum hluta út á samveru við aðra.

Tonigan, Bogenschutz og Miller (2006) rannsökuðu hvort það væri samband á milli alvarleika alkóhólismans og hvernig fólk nær að tengjast innan AA samtakanna. Þátttakendurnir voru 463 og voru hluti af svo kallaðri Project Match rannsókn sem er geysistór rannsókn um meðferðir við fíknsjúkdómum. Alvarleiki áfengisvandans var skilgreindur út frá flokkunum A og B sem Babor ofl. (1992)

þróuðu, þar sem flokkur B er alvarlegri áfengissýki. Við gerð flokkanna var tekið tillit til áhættupátta, neyslumynsturs, hversu krónískur sjúkdómurinn er og afleiðingar hans. Niðurstöðurnar voru þær að alvarleiki alkóhólismans spáir fyrir um mætingu í AA, þeir sem hafa ekki alvarlega áfengissýki voru tvisvar sinnum líklegri til að hætta í AA eftir meðferð. Af þátttakendum í flokki A fóru 29% ekki á AA fundi eftir meðferð miðað við 14% af flokki B. Hugsanleg skýring á þessum mun er að þeir sem hafa alvarlegri alkóhólisma eiga e.t.v. fleiri og verri minningar úr neyslunni. Því má ætla að þeir líti á sjúkdóminn alvarlegri augum og finnist það vera minna mál að mæta á AA-fundina ef það hjálpar þeim að vera edrú.

Af hverju eru AA fundir illa sóttir?

Eins og hér hefur verið greint frá benda erlendar rannsóknir til þess að AA samtökin hjálpi fólki í baráttunni við fíknisjúkdóma, þ.e. því meira sem fólk stundar AA þeim mun betur gengur þeim að vera edrú. Þrátt fyrir þetta benda rannsóknir til að einungis lítil hópur fólks stundi AA-samtökin eftir að þeir koma úr meðferð (Gossop, Stewart og Marsden, 2007; McKeller o.fl., 2003; Moss og Moss, 2004, Terra o.fl. , 2008). Í rannsókn Gossop o.fl. (2007) stunduðu einungis 20–25% AA-samtökin eftir meðferð og í rannsókn Terra o.fl (2008) kom í ljós að aðeins 20% þátttakenda stunduðu AA-samtökin sex mánuðum eftir meðferð. Þátttakendur í rannsókninni töldu helstu ástæður þess að þeir stunduðu ekki AA vera að; þeir samsömuðu sig ekki við aðferðirnar, fundirnir vöktu upp löngun, þeir fundu ekki þörf til að stunda AA, og þeir höfðu ekki tíma til þess. Ástæðurnar sem þeir sem stunduðu AA fundi gáfu fyrir því voru; samsömun við aðferðirnar, til að forðast fall, leit að hjálp, leit að tilfinningalegu jafnvægi og leið til að læra. Það var einnig áberandi hvað margir þátttakendur þjáðust af kvíðaröskunum eða um 59%. Kvíðinn gæti verið orsakapáttur og haft áhrif á það hversu fáir stunduðu AA-samtökin. Fundirnir ganga m.a. út á það að hitta annað fólk og segja frá persónulegri reynslu sinni frammi fyrir öðrum. Þeim sem haldnir eru kvíðaröskunum gæti vaxið þetta í augum og fundist öruggara að halda sig heima. Niðurstöður rannsóknanna sem hér hafa verið reifaðar benda til þess að jafnvel þó að AA sé árangursrík leið fyrir marga þá virðist hún einnig vera óhentug fyrir aðra.

Markmið rannsóknarinnar

Markmið rannsóknarinnar er að athuga áhrif persónuleika og AA-fundasóknar á edrútíma hjá einstaklingum sem hafa farið í meðferð hjá SÁÁ. Ekki verður gerður sérstakur greinarmunur á neyslu áfengis eða annara vímuefna í þessari rannsókn.

Fyrsta tilgáta rannsóknarinnar er að þeir sem fara mánaðarlega eða oftar á AA-fundi eigi lengri edrútíma. AA fundasókn er mæld út frá ástundun síðustu 6 mánuðina. Edrútími er skilgreindur sem sá tími sem liðinn er síðan einstaklingurinn var í neyslu. Þessi tilgáta verður prófuð með dreifigreiningu þar sem áhrifum frá aldri þátttakenda er stjórnað. Þeir sem eru eldri eru líklegri til að hafa lengri edrútíma. Ólíklegt er t.d. að 20 ára þátttakandi hafa mikið meira en fjögurra ára edrútíma.

Önnur tilgátan er að þeir sem sýni minni merki um taugaveiklun og eru samviskusamari samkvæmt NEO-FFI persónuleikaprófinu hafa lengri edrútíma. Edrútími er aftur skilgreindur sem tímabilið frá því að einstaklingurinn var í neyslu. Persónuleikinn verður mældur með NEO-FFI prófinu og lítil taugaveiklun er skilgreind sem einkunn undir 19,18 og mikil samviskusemi er skilgreind sem einkunn yfir 30,39. Þetta eru meðaltöl meginþáttanna út frá stöðlun NEO-FFI á Íslandi (Friðrik H. Jónsson, 2005). Þessi tilgáta verður einnig prófuð með dreifigreiningu þar sem áhrifum frá aldri þátttakenda er stjórnað.

Þriðja tilgátan er að AA-fundasókn hafi áhrif á tengsl persónuleikabátta við edrútíma, þ.e.a.s. að fólk með persónuleikagerð sem hefur litla taugaveiklun og mikla samviskusemi takist betur að nýta sér AA-samtökin. Þessi samvirkniáhrif verða prófuð með tvíhliðadreifigreiningu.

Rannsókninni er ætlað að auka þekkingu á tengslum fíknsjúkdóma og persónuleikabátta og þeim úrræðum sem best eru til þess fallin að auka bata fólks með áfengis eða vímuefnafíkn. Þessi rannsókn hefur það fram yfir margar erlendar rannsóknir á svipuðu efni að úrtakið er mjög stórt. Áhrif persónuleika á edrútíma hafa ekki verið skoðuð áður í íslensku samfélagi svo að höfundur viti til. Skilningur á þeim þáttum sem tengjast sjúkdómnum er grundvöllur árangursríkrar meðferðar og forvarna. Þessi rannsókn er því góð viðbót við þá flóru af þekkingu sem þegar er til um áfengis- og vímuefnafíkn.

Aðferð

Þátttakendur

Notuð voru gögn úr rannsókninni Rannsókn á erfðum fíknsjúkdóma, þ.e. áfengissýki, tóbaksfíknar og annarar vímuefnafíknar, og tengslum þeirra við aðrar geðraskanir sem unnin var af SÁÁ í samstarfi við Íslenska Erfðagreiningu (ÍE). Af þeim 6635 einstaklingum sem fengu boð um að taka þátt í rannsókninni voru 1706 einstaklingar sem tóku þátt, þar af 1191 karl eða 69,8% og 515 konur eða 32,2%. Meðalaldur þátttakenda var 50,86 ár og staðalfrávik 14,05 ár. Meðalaldur karlanna var 52,22 ár (sf = 13,66 ár) og kvennanna 47,70 ár (sf = 14,38 ár.). Spönnin var frá 20 til 86 árum. Allir þátttakendurnir höfðu farið í meðferð hjá SÁÁ. Spurningalistar voru sendir heim til fólks og það beðið um að senda þá til baka útfyllta en einnig var hægt að svara þeim í gegnum netið. Allir þeir sem tóku þátt í rannsókninni voru sjálfboðaliðar.

Mælitæki

NEO-FFI persónuleikaprófið sem er styttri útgáfa NEO-PI prófsins var notað til að mæla persónuleika (sjá viðauka). Það inniheldur 60 spurningar og mælir persónuleika út frá fimm meginþáttum; taugaveiklun, úthverfa, opinn, samvinnuþýður og samviskusamur. Hver meginþáttur felur í sér 12 spurningar. Hverri spurningu er svarað á fimm punkta Likert mælistiku; mjög ósammála, ósammála, hlutlaus, sammála og mjög sammála. Stig eru gefin frá 0–4 fyrir svar við hverri spurningu. Heildareinkunn fyrir hvern meginþátt getur því verið frá 0–48. Samkvæmt leiðbeiningarhandbók NEO-FFI er mæling talin ógild ef 10 eða fleiri spurningum af 60 hefur verið sleppt og meginþáttur þar sem vantar svör við fjórum eða fleiri spurningum ber að túlka með varúð. Þegar níu eða færri spurningum hefur verið sleppt, ber að setja hlutlaus svör í staðinn og túlka með varúð sérhvern meginþátt þar sem vantar svör við fjórum eða fleiri spurningum (Costa og McCrae, 1992c). Til að auka réttmæti mælinga á persónuleika í þessari rannsókn var sleppt að reikna út meginþætti hjá þeim þátttakendum þar sem svör við einni eða fleiri spurningum vantaði. Nánar um próffræðilega eiginleika NEO-FFI er að finna í inngangskafli ritgerðarinnar „Saga NEO persónuleikaprófsins“.

Til að mæla AA-fundarsókn svöruðu þátttakendur spurningunni „Hversu reglulega hefur þú sótt AA fundi undanfarna 6 mánuði?“. Spurningunni er svarað með einum af fimm punkta mælistiku, aldrei, sjaldnar en mánaðarlega, mánaðarlega, vikulega, daglega eða næstum daglega. Til að mæla edrútíma sem eru fylgibreyta rannsóknarinnar var spurt eftirfarandi spurningar: „Hvenær drakkstu síðast áfengi eða notaðir einhver vímuefni, lögleg eða ólögleg?“. Spurningunni er svarað á 13 punkta mælistiku sem tóku eftirfarandi gildi:

1. Innan við vika síðan.
2. 1–2 vikur síðan.
3. 3–4 vikur síðan.
4. 1–2 mánuðir síðan.
5. 3–4 mánuðir síðan.
6. 5–6 mánuðir síðan.
7. 7–11 mánuðir síðan.
8. 1–2 ár síðan.
9. 3–4 ár síðan.
10. 5–6 ár síðan.
11. 7–8 ár síðan.
12. 9–10 ár síðan.
13. Meira en 10 ár síðan.

Framkvæmd

Gögnin voru án persónuauðkenna og var hver þátttakandi merktur með rannsóknarnúmeri. Leyfi fyrir þessari úrvinnslu var fengið hjá Vísindasiðanefnd þann 1. mars 2010. Einungis var unnið með lítinn hluta af gögnum úr rannsókn SÁÁ og ÍE, þ.e. einungis þær breytur sem tengdust tilgátum rannsóknarinnar og bakgrunnsbreytum um þátttakendurna. Upplýsingar um menntun þátttakenda koma úr viðtali sem 906 af 1706 þátttakendunum tóku þátt í sem einnig var hluti af rannsókn SÁÁ og ÍE.

Um aftursýna rannsókn var að ræða, því gögnunum hafði þegar verið safnað og þátttakendurnir voru ekki virkir meðan á rannsókninni stóð. Frumbreytur rannsóknarinnar voru persónuleikaeinkenni og AA-fundasókn. Fylgibreyta rannsóknarinnar var edrútími.

Tölfræðileg úrvinnsla

Öll úrvinnsla var framkvæmd með tölfræðiforritinu SPSS og stuðst var við handbókina Gagnavinnsla í SPSS eftir Einar Guðmundsson og Árna Kristjánsson (2005) varðandi túlkun og framkvæmd skipana. Lýsandi tölfræði var framkvæmd á helstu breytur rannsóknarinnar. Einbreytudreifing (One-way ANOVA) var notuð við samanburð milli breyta og Bonferroni til að finna út hvar munurinn liggur. Marktektarmörkin voru miðuð við alfa 0,05.

Tafla 4. Persónuleikagerðum skipt í hópa.

| | ↑ (S) | ↓ (S) |
|-------|----------------|---------|
| ↓ (T) | Hópur 1 | Hópur 2 |
| ↑ (T) | Hópur 3 | Hópur 4 |

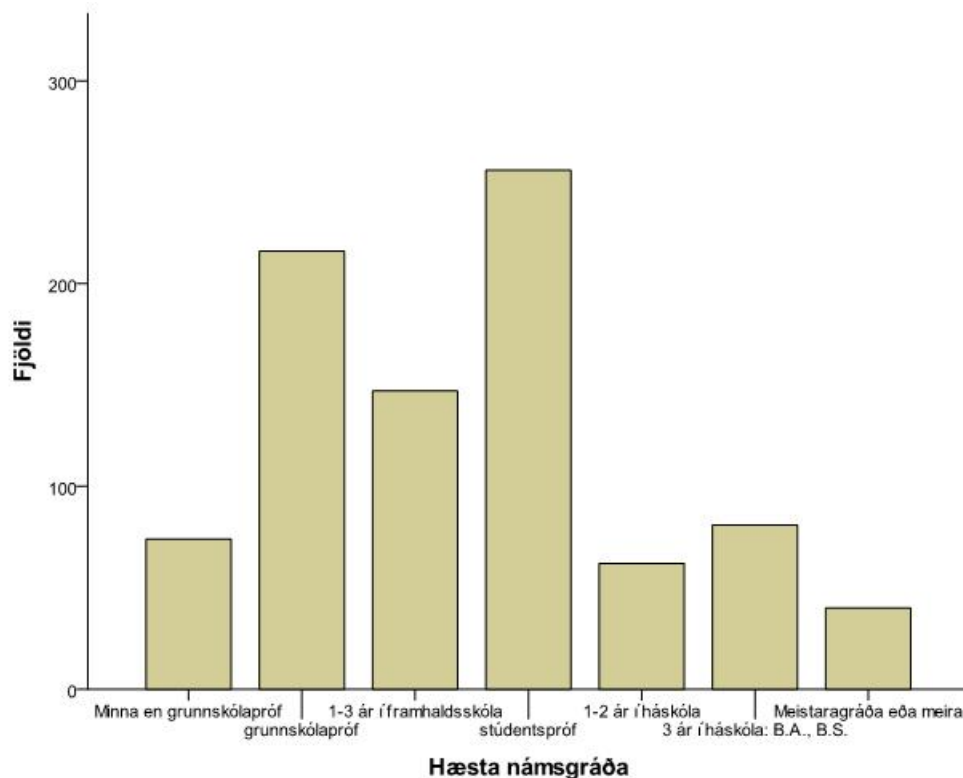
Tafla 4 sýnir hvernig þátttakendum var skipt í hópa eftir persónuleika. Þeir sem fengu bæði undir meðaltali á persónuleika þættinum taugaveiklun (T) og yfir meðaltali á persónuleikaþættinum samviskusemi (S) voru taldir hafa lengstan edrútíma (Hópur 1). Edrútími þessa hóps var borinn saman við hina hópana sem náðu ekki að vera bæði undir í taugaveiklun og yfir í samviskusemi. Útiloka þurfti 259 þátttakendur vegna þess að þeir höfðu ekki svarað öllum spurningunum sem fylgdu þessum tveimur meginþáttum persónuleikaprófsins.

Hin tilgáta rannsóknarinnar var að þeir sem stundað hafa AA-fundi mánaðarlega eða oftár síðustu 6 mánuðina hafi verið edrú lengur. Þátttakendum var skipt í tvo hópa. Í öðrum hópnum voru þeir sem sækja AA-fundi mánaðarlega eða oftár og í hinum þeir sem fara sjaldnar en mánaðarlega á fundi. Edrútími þessara hópa var borinn saman til að finna út hvort marktækur munur væri á milli hópanna.

Niðurstöður

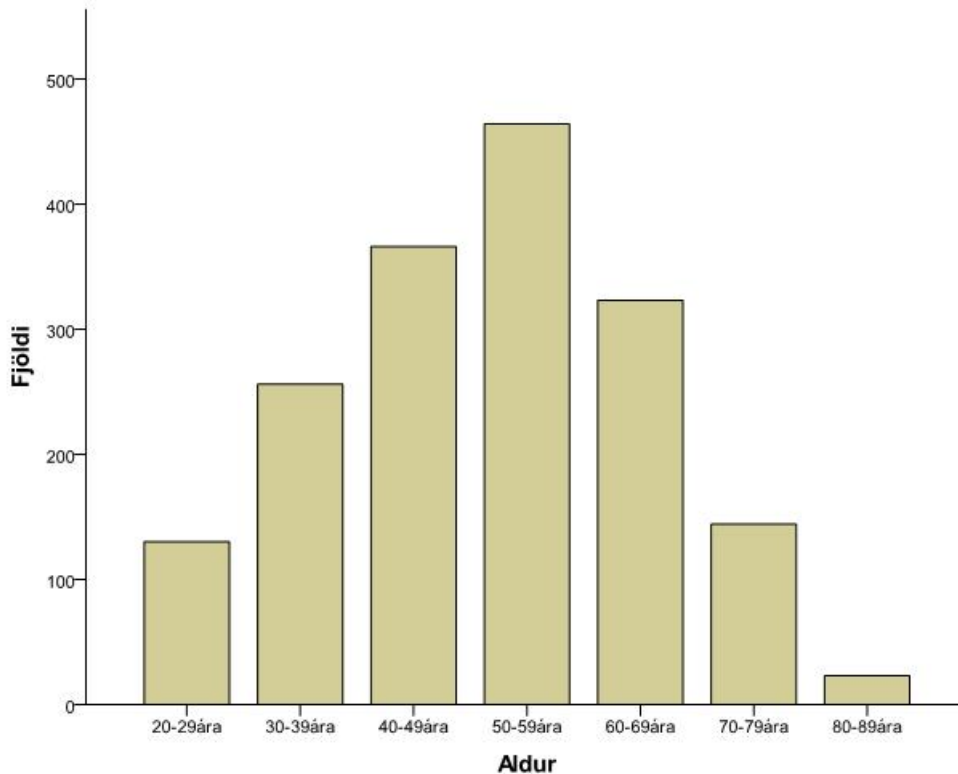
Bakgrunnsbreytur

Bakgrunnsbreyturnar menntun, aldur og hversu gamlir þátttakendurnir voru þegar að neyslan var farin að verða að vandamáli voru skoðaðar. Upplýsingar um menntun fengust frá 877 þátttakendum. Hæsta prófgráða hjá tæpum 25% þátttakenda var grunnskólapróf og rúmlega 29% þátttakenda hafði mest lokið stúdentsprófi. Einnig höfðu tæp 14% þátttakenda lokið háskólanámi eða 121 einstaklingur, þar af höfðu 36 lokið Meistaragráðu og fjórir Doktorsgráðu. Hlutfall Íslendinga á aldrinum 25 til 64 sem lokið hafa háskólanámi er 29,5% (Rannís, 2009). Þetta bendir til þess að þátttakendur rannsóknarinnar hafi minni menntun en Íslendingar almennt, en taka verður tillit til þess að tæplega 17% þátttakenda rannsóknarinnar eru eldri en 64 ára. Mynd 1 sýnir dreifingu menntunnar hjá þátttakendum.



Mynd 1. Hæsta námsgráða sem þáttakendur höfðu lokið

Meðalaldur þátttakenda var tæp 51 ár. Aldursdreifingin er normaldreifð eins og sjá má á mynd 2. Flestir voru á milli 50–59 ára eða 27,2% þátttakenda. Tuttugu ára aldurstakmark hafði verið sett sem skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni og er það skýringin á því að meðalaldurinn er frekar hár



Mynd 2. Sýnir dreifingu á aldri þátttakenda

Svör fengust frá 1620 einstaklingum um á hvaða aldri þeir voru þegar neyslan var farin að vera vandamál. Meðalaldurinn var 23,51 ár með staðalfráviknið 10,92 og spönnin frá 8 til 81 ári. Ekki var mikill munur á milli kynjanna varðandi hvenær þátttakendur töldu neysluna hafa verið orðna að vandamáli. Hjá konum var meðaltalið 24,97 ár og staðalfráviknið 11,66 en hjá körlum 22,87 ár og staðalfráviknið 10,52. Árið 2006 var meðalaldur kvenna sem komu í meðferð á Vog 35,9 ár og meðalaldur karla 37,3 ár (SÁÁ, 2006–2007). Af þessum tölum má því ætla að margir séu því búnir að berjast við þennan sjúkdóm í mörg ár áður en þeir leita sér hjálpar.

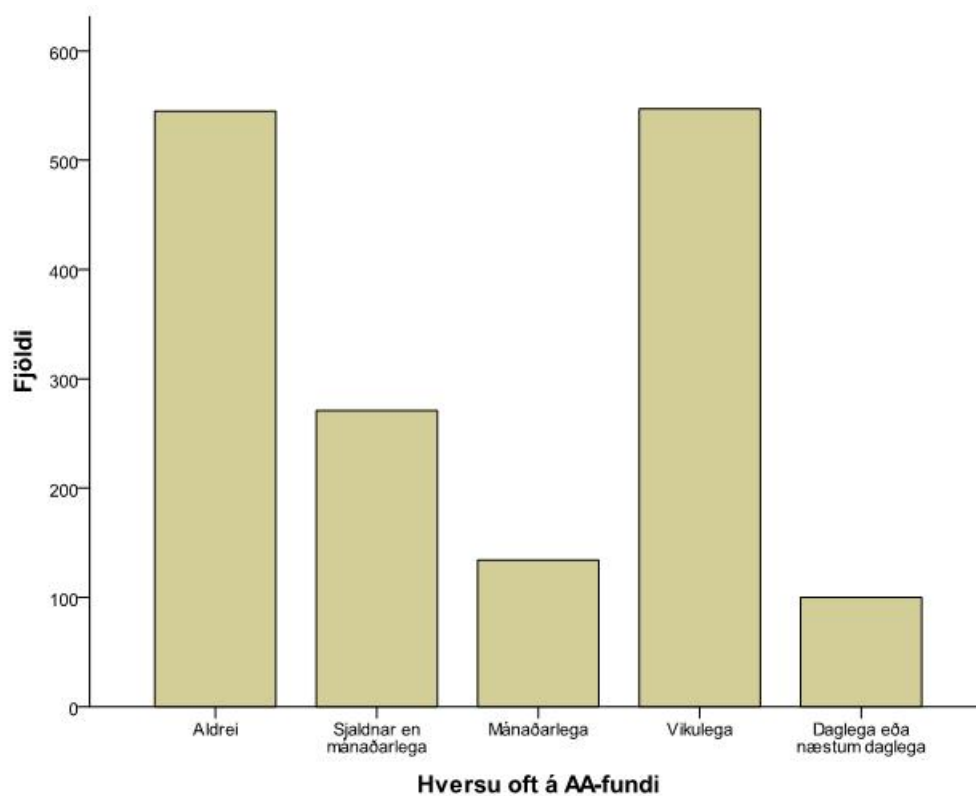
Við upphaf rannsóknarinnar var talið að aldur þátttakenda hefði áhrif á edrúttíma, þ.e. hversu langt væri síðan neytt var áfengis eða vímuefna. Því að þeir sem eru ungir hafa ekki haft möguleika til að vera edrú jafn lengi og þeir

sem eldri eru. Þeir voru hugsanlega ekki byrjaðir í neyslu þegar þeir sem eldri voru orðnir edrú. Áhrifin voru hins vegar það lítil þegar farið var að skoða tengslin á milli aldurs og edrútíma að fallið var frá þeirri hugmynd að stjórna fyrir áhrifum frá aldri þegar meta átti tengsl AA-fundasóknar og persónuleika við edrútíma. Fylgnin milli aldurs og edrútíma var einungis 0,161, en fylgnistuðlar undir 0,20 lýsa veiku sambandi breyta. Fylgnistuðull í öðru veldi (coefficient of determination) segir til um hversu stór hluti dreifingar einnar breytunnar tengist dreifingu hinnar breytunnar. Fylgnistuðullinn milli edrútíma og aldurs var 0,161 og þegar hann er settur í annað veldi þá er niðurstaðan 2,59%. Það eru því ekki mikil tengsl á milli þessara breyta í þessu gagnasafni og verður því ekki reynt að stjórna fyrir áhrifum aldurs við útreikninga á tilgátum rannsóknarinnar (Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson, 2005).

AA-fundasókn

AA-fundasókn síðustu sex mánuðina fyrir þátttöku í rannsókninni var ein af frumbreytum rannsóknarinnar. Gild svör við þessari spurningu fengust frá 1597 þátttakendum, meðaltalið er 1,62 og staðalfrávikíð 1,408. Breytan er ósamfelld og tekur fimm gildi. Mæling á skekkju dreifingarinnar er 0,102 sem segir að um sé að ræða jákvæða skekkju. Ris dreifingarinnar er $-1,564$ sem sýnir að risið er lægra og halar dreifingarinnar lengri en í normaldreifingu. Fyrsta tilgáta rannsóknarinnar er að þeir sem fara mánaðarlega eða oftar á AA-fundi eigi lengri edrútíma. Til þess að prófa þessa tilgátu skipti höfundur þessarar rannsóknar AA-fundasókninni upp í tvo hópa, í öðrum hópnum voru þeir sem sóttu fundi mánaðarlega eða oftar og í hinum þeir sem fóru sjaldnar en mánaðarlega á fundi. Í ljós kom að 816 þátttakendur höfðu farið sjaldnar en mánaðarlega á AA fundi og 781 höfðu farið mánaðarlega eða oftar á fundi síðustu sex mánuðina.

Af mynd 3 má sjá að flestir þátttakendur stunduðu annað hvort AA-fundi vikulega eða aldrei. 40,51% þátttakenda stundaði AA-fundina vikulega eða oftar og 34,1% fóru aldrei á fundi.



Mynd 3. AA-fundasókn síðustu 6 mánuði

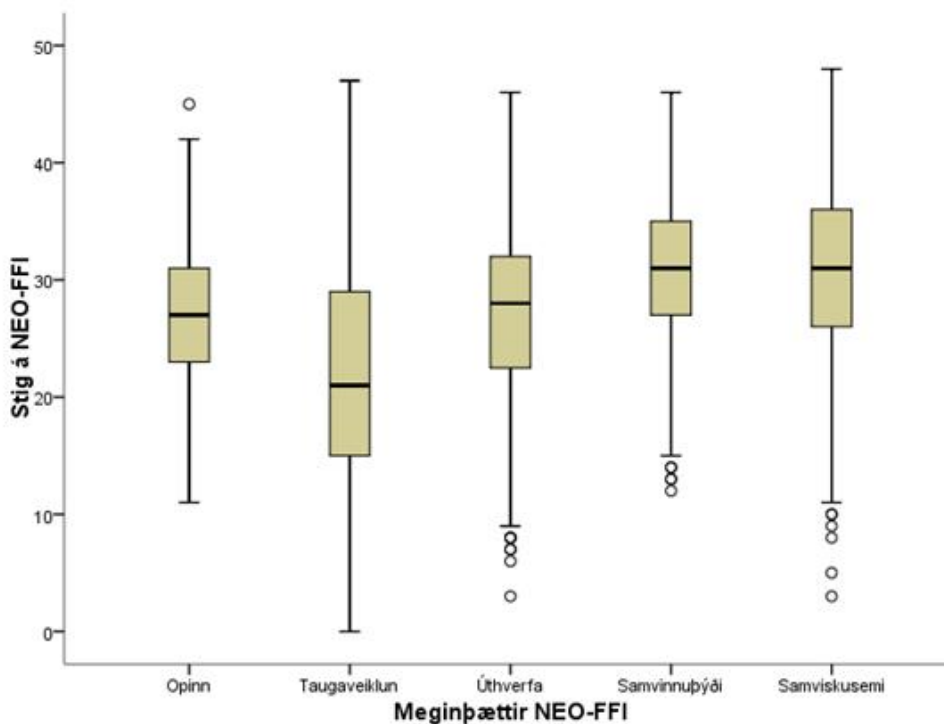
Persónuleiki

Persónuleiki þátttakenda var ein af frumbreytum rannsóknarinnar og var hann mældur með NEO-FFI prófinu. Meginþættirnir taugaveiklun og samviskusemi voru taldir hafa áhrif á edrútíma.

Tafla 5. Lýsandi tölfræði fyrir meginþætti NEO-FFI

| | N | Meðaltal | Staðalfrávik | Lægsta gildi | Hæsta gildi |
|---------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|-------------|
| Taugaveiklun | 1624 | 21,98 | 9,04 | 0 | 47 |
| Úthverfa | 1616 | 27,25 | 7,03 | 3 | 47 |
| Opinn | 1625 | 26,84 | 5,79 | 11 | 45 |
| Samvinnuþýði | 1630 | 30,78 | 5,55 | 12 | 46 |
| Samviskusemi | 1635 | 30,78 | 7,40 | 3 | 48 |

Samanburður á niðurstöðum NEO-FFI prófsins í þessari rannsókn (tafla 5) við niðurstöður stöðlunar NEO-FFI á Íslandi (tafla 3) sýnir að ekki er mikill munur á milli stöðlunarhópsins og úrtak þessarar rannsóknar. Meðaltal á taugaveiklun mældist 21,98 í þessari rannsókn samanborið við 19,18 þegar NEO-FFI var staðlað á Íslandi og meðaltal á samvisekusemi mældist 30,78 í þessari rannsókn samanborið við 30,39. Meginþættirnir eru nokkuð nálægt því að vera normaldreifðir eins og sjá má á mynd 4. Dreifingin á þættinum taugaveiklun er eilítið jákvætt skekkt, því efra skeggið er dálítið lengra en það neðra og línan sem sýnir að miðgildið er fyrir neðan miðju á kassanum. Dreifingin á samvisekusemi er nálægt því að vera normaldreifð því línan er í miðjum kassanum og skeggin eru nokkurn vegin jafn löng en nokkrir frávillingar í neðri hluta dreifingarinnar gefa henni svolitla neikvæða skekkju.

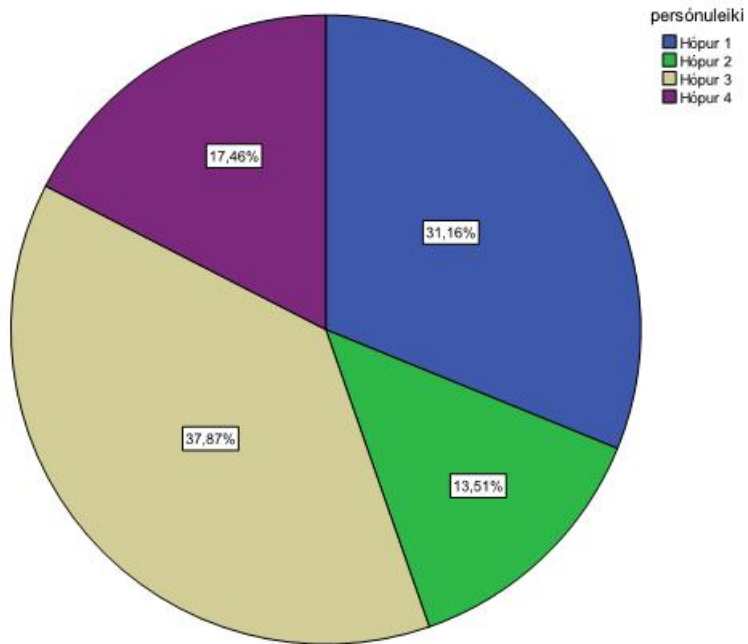


Mynd 4. Dreifing á meginþáttum NEO-FFI persónuleikaprófsins.

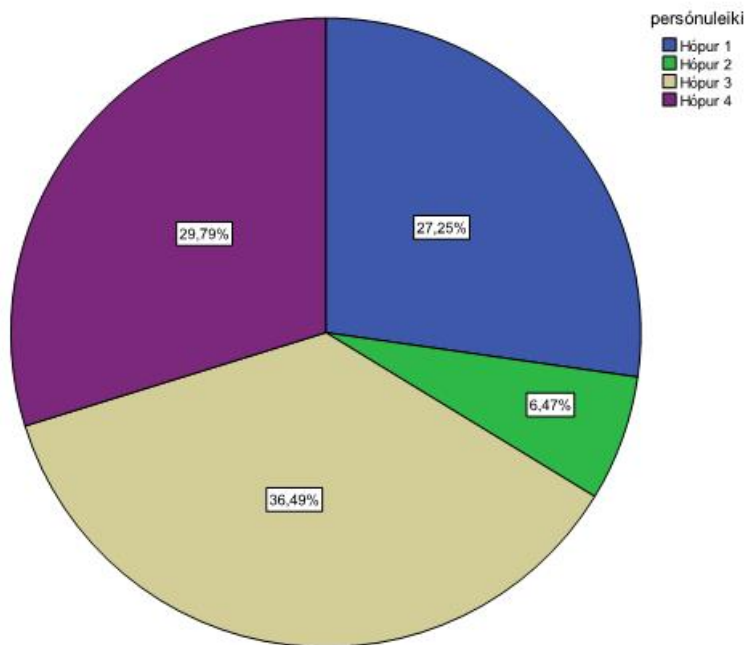
Tafla 6. Fjöldi þátttakenda í hverjum hópi persónuleika.

| | Fjöldi | Prósenta |
|-------------------------------------|------------|--------------|
| Lítið T og Mikið S (Hópur 1) | 434 | 30,0% |
| Lítið T og lítið S (Hópur 2) | 165 | 11,4% |
| Mikið T og lítið S (Hópur 3) | 542 | 37,5% |
| Mikið T og Mikið S (Hópur 4) | 306 | 21,1% |
| Samtals | 1447 | 100% |

Önnur tilgáta rannsóknarinnar var að þeir sem hafa litla taugaveiklun og mikla samviskusemi eigi lengstan edrú tíma. Til að prófa þessa tilgátu var þátttakendum skipt upp í fjóra hópa eftir persónuleikagerð eins og sjá má á töflu 6. Hópar voru myndaðir eftir gildum á T og S, þar sem miðað var við meðaltal stöðlunarhóps á þessum þáttum. Persónuleikinn er því orðin að ósamfelldri breytu sem tekur fjögur gildi. Hópur 1 er tilgátuhópurinn sem talinn var hafa lengstan edrú tíma. Myndir 5 og 6 sýna dreifingu í hópunum eftir kyni þátttakenda. Fjöldi karla er 1014 og þar af 316 (31,2%) í tilgátuhópnum (hópur 1). Fjöldi kvenna er 433 og þar af 118 (27,3%) í tilgátuhópnum. Áhugavert er að hlutfall kvenna í hópum 3 og 4 er um 66% samanborið við 56% karla í þessum hópum. En hópar 3 og 4 hafa það sameiginlegt að hafa mikla taugaveiklun. Konur er því taugaveiklaðari í þessu úrtaki heldur en karlar.



Mynd 5. Fjöldi karla í hverjum hópi persónuleika



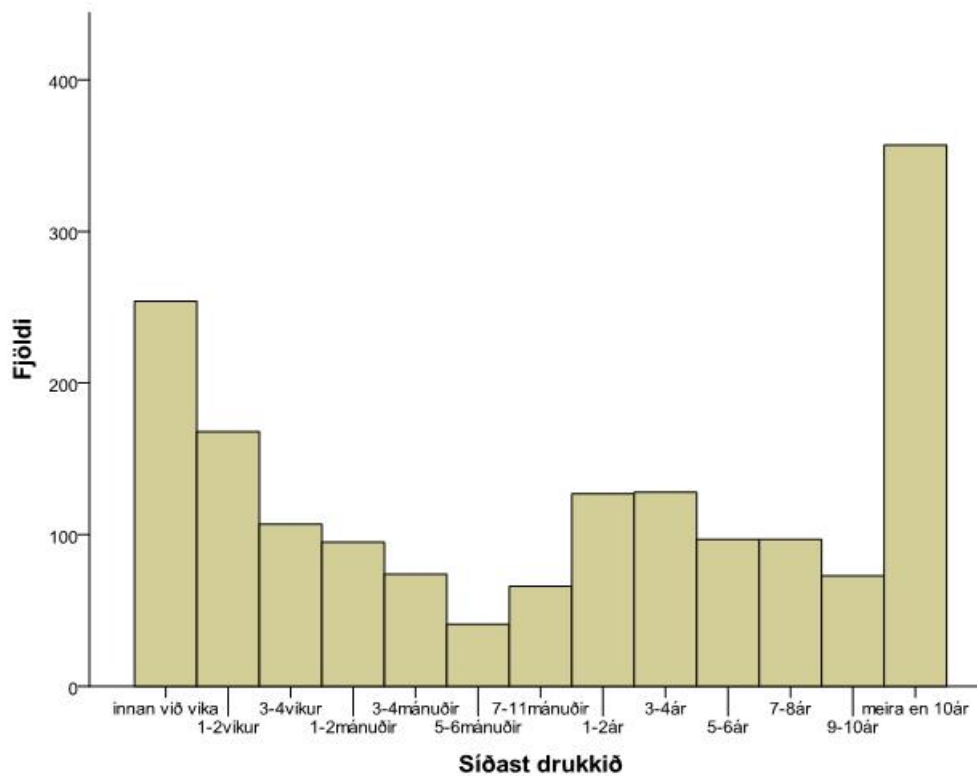
Mynd 6. Fjöldi kvenna í hverjum hópi persónuleika

Edrútími

Fylgibreyta rannsóknarinnar var hversu lengi þátttakendur voru búnir að vera allsgáðir þegar þeir tóku þátt í rannsókninni. Gild svör fengust frá 1684 þátttakendum sem er 98,7% svarhlutfall.

Meðal edrútími var á milli 7 til 11 mánuðir (eða 7,18 á breytunni edrútími), sjá mynd 8. (Karlar: $M = 7,24.$, $sf = 4,56.$; Konur: $M = 7,03.$, $sf = 4,33.$). Í ljós kom að ekki var verulegur kynjamunur á edrútímalengd, konur og karlar höfðu mjög sambærilega langan edrútíma. Karlar voru 1178 (69,95%) og konur 506 (30,05%).

Þátttakendur rannsóknarinnar voru á mjög mismunandi stað í baráttu sinni við fíknina þegar þeir tóku þátt í rannsókninni eins og fram kemur á mynd 7. Breytan tekur 13 gildi þar sem gildið 1 samsvarar edrútíma innan við viku og 13 meira en 10 árum. Flestir, eða 357 (21,2%), voru annað hvort búnir að vera edrú í meira en 10 ár eða einungis í innan við viku, eða 254 (15,1%) og þá hugsanlega enn í neyslu. Úrtakið gefur því góða mynd af sjúkdómnum og mismunandi stigum batans. Skekkjan á breytunni edrútími var einungis -0,05, þetta kemur til vegna þess að flestir þátttakendurnir raðast á sitt hvorn endann í dreifingunni og því er ekki skekkja í aðra hvora áttina. Ris dreifingarinnar var -1,52 sem bendir til að dreifingin sé lægri en í normaldreifingu. Almennt litið er brot á forsendunni um normaldreifingu ekki talið alvarlegt þar sem F-prófið er nokkuð traust gagnvart frávikum frá normaldreifingu, en það getur minkað afköst prófsins. F-prófið er aftur á móti ekki traust gagnvart frávillingum en engir frávillingar voru til staðar í gögnunum og var dreifigreining notuð þó að forsendur stæðust ekki fullkomlega.



Mynd 7. Hvenær þátttakendur neyttu síðast áfengis eða vímuefna

Tilgáta 1

Tilgáta 1 var að þeir sem sækja mánaðarlega eða oftar AA fundi hafi lengri endrúttíma.

Tafla 7. Lýsandi tölfræði fyrir endrúttíma eftir fundasókn

| AA-fundasókn | Fjöldi | Meðaltal | Staðalfrávik |
|-------------------------|--------|----------|--------------|
| Sjaldnar en mánaðarlega | 808 | 6,05 | 4,77 |
| Mánaðarlega eða oftar | 772 | 8,67 | 3,68 |

Niðurstöður dreifigreiningarinnar eru $F(1,1578) = 148,738$, $p < 0,001$, sem þýðir að það er hægt að hafna núlltilgátunni um að það sé enginn munur á milli hópanna. Eins og sést í töflu 7 er greinilegur munur á meðaltals endrúttíma á milli hópanna. Þeir sem fóru sjaldnar en mánaðarlega á fundi voru edrú að meðaltali í 5 til 6 mánuði (gildi 6,05 á breytunni endrúttími). Þeir sem fóru mánaðarlega eða oftar á fundi voru edrú að meðaltali í 1 til 2 ár (gildi 8,67 á breytunni endrúttími), sem er marktækt hærri endrúttími heldur en hjá þeim sem fóru sjaldnar en mánaðarlega á fundi.

Tilgáta 2

Tilgáta 2 beindist að persónuleikabáttum og var sú að þeir sem sýna minni merki um taugaveiklun og eru samviskusamari samkvæmt NEO-FFI persónuleikaprófinu hafi lengri edrúttíma.

Tafla 8. Lýsandi tölfræði fyrir edrúttíma eftir persónuleika.

| Persónuleiki | Fjöldi | Meðaltal | Staðalfrávik |
|-------------------------------------|------------|-------------|--------------|
| Lítið T og mikið S (Hópur 1) | 431 | 8,69 | 4,285 |
| Lítið T og lítið S (Hópur 2) | 161 | 7,66 | 4,576 |
| Mikið T og lítið S (Hópur 3) | 540 | 5,97 | 4,321 |
| Mikið T og Mikið S (Hópur 4) | 303 | 6,81 | 4,277 |

Niðurstöður dreifigreiningarinnar eru $F(3,1427) = 33,392$, $p < 0,001$, sem þýðir að það er marktækur munur á edrúttíma hópanna. Sjá má meðaltals edrúttíma eftir persónuleikahópum í töflu 8. Meðaltals edrúttíminn er hæstur í tilgátuhópnum (hópur 1) og í hópi 2, en báðir þessir hópar fólks mældust með litla taugaveiklun á NEO-FFI. Hópur 1 hafði meðaltals edrúttímann eitt til fjögur ár (gildi 8,69 á breytuni edrúttími). Hópur 2 hafði meðaltals edrúttíma frá sjö til tveimur árum (gildi 7,66 á breytunni edrúttími). Meðaltals edrúttíminn var lægstur hjá hópi 3 eða milli fimm og sex mánuðir, en þeir sem falla í þann hóp sýndu mikla taugaveiklun og litla samviskusemi. Þetta er öfugt miðað við tilgátuhópinn sem hefur litla taugaveiklun og mikla samviskusemi.

Allsherjarprófið segir einungis til um að það sé munur á edrúttíma milli persónuleikahópa, en það segir ekki hvar munurinn er. Við vitum því ekki hvaða meðaltöl eru eins og hver eru marktækt ólík (Guðmundur B. Arnkelsson, 2006). Til að sjá hvar munurinn á milli hópanna liggur var notast við samanburðarpróf Bonferroni. Niðurstöðurnar má sjá í töflu 9, þar kemur fram marktækur munur milli hóps 1 og 3; milli hóps 1 og 4; milli hóps 2 og 3; og milli hóps 3 og 4, en ef öryggisbilið er skoðað sést að munurinn er ekki svo mikill á milli hóps 3 og 4. Öryggisbilið segir okkur að við getum sagt með 95% öryggi að munurinn á meðaltals edrúttíma milli hóps 3 og 4 er á bilinu -1,6776 og -0,0334. Þetta er það

nálægt núlli að það er greinilega ekki það mikill munur á milli þessara hópa. Hópur 3 hefur því marktækt styttri edrúttíma heldur en allir hinir hóparnir.

Tafla 9. Niðurstöður leiðréttingar Bonferronis

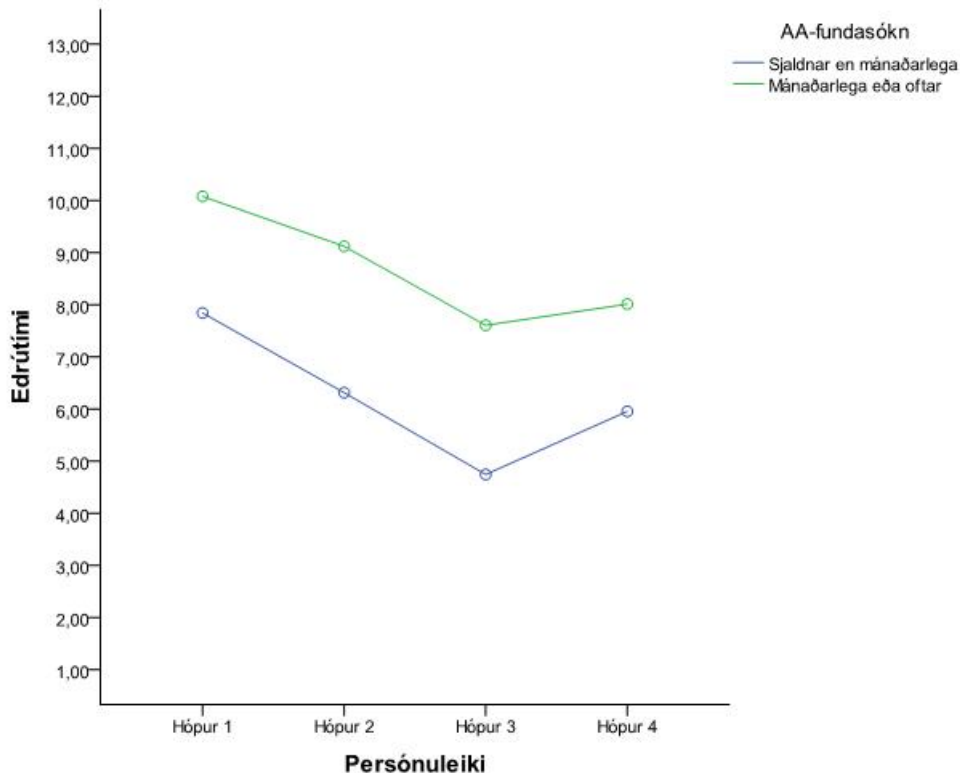
| (I) Hópur | (J) Hópur | Meðaltals munur (I-J) | P-gildi | 95% Öryggisbil | |
|-------------------------|-----------|--------------------------|---------|----------------|-----------|
| | | | | Neðri mörk | Efri mörk |
| Lágt N hátt C (Hópur 1) | Hópur 2 | 1,03237 | ,060 | -,0255 | 2,0902 |
| | Hópur 3 | 2,74716* | ,000 | 2,0063 | 3,4880 |
| | Hópur 4 | 1,89169* | ,000 | 1,0328 | 2,7506 |
| Lágt N lágt C (Hópur 2) | Hópur1 | -1,03237 | ,060 | -2,0902 | ,0255 |
| | Hópur 3 | 1,71478* | ,000 | ,6866 | 2,7430 |
| | Hópur 4 | ,85932 | ,253 | -,2570 | 1,9756 |
| Hátt N lágt C (Hópur 3) | Hópur 1 | -2,74716* | ,000 | -3,4880 | -2,0063 |
| | Hópur 2 | -1,71478* | ,000 | -2,7430 | -,6866 |
| | Hópur 4 | -,85547* | ,036 | -1,6776 | -,0334 |
| Hátt N hátt C (Hópur 4) | Hópur 1 | -1,89169* | ,000 | -2,7506 | -1,0328 |
| | Hópur 2 | -,85932 | ,253 | -1,9756 | ,2570 |
| | Hópur 3 | ,85547* | ,036 | ,0334 | 1,6776 |

Meðaltalsmunur á edrúttíma var marktækur við * $p < 0,05$.

Tilgáta 3

Tilgáta 3 var sú að AA-fundasókn hafi áhrif á tengsl persónuleikapátta við edrúttíma, þ.e.a.s. að þeim sem mælast lítið taugaveiklaðir og mjög samviskusamir takist betur að nýta sér AA-samtökin. Breytan um AA-fundasókn tekur tvö gildi, annars vegar þeir sem fara sjaldnar en mánaðarlega á AA-fundi og hins vegar þeir sem fara oftar en mánaðarlega á fundi. Breytan um persónuleika tekur fjögur gildi eftir hversu háa einkunn þátttakendur fengu á þáttunum taugaveiklun og samviskusemi. Niðurstöður prófunar um samvirkni

milli AA-fundasóknar og persónuleika eru: $F(2,1336) = 0,810$, $p > 0,05$. Það er því ekki hægt að hafna núlltilgátunni um að það sé engin samvirkni milli AA-fundasóknar og persónuleika. P-gildið er vel yfir 0,05 en það voru þau alfa mörk sem lagt var upp með.



Mynd 8. Meðaltals edrúttími eftir AA-fundasókn og persónuleika.

Mynd 8 og tafla 10 sýna að áhrif persónuleika á edrúttíma er ekki misjafn eftir AA-fundasókn og því er ekki um samvirkni að ræða. Samvirkni felst í því að tengsl séu til staðar í sumum hópum en ekki öðrum, áhrifin eru stundum neikvæð og stundum jákvæð og áhrifin eru mismikil. Það á ekki við í þessu tilfalli þar sem áhrifin eru allstaðar svipuð. Línurnar á mynd 8 eru nokkuð samsíða sem segir til um að ekki sé um samvirkni að ræða, því áhrif fundasóknar á edrúttíma eru alltaf svipuð, óháð persónuleika. Tilgátuhópurinn var ekki að nýta sér AA-fundina betur en hinir hóparnir eins og tilgáta 3 spáði fyrir um. Í töflu 10 kemur einnig fram að meðaltals edrúttíminn er alltaf hærri hjá þeim sem fóru mánaðarlega eða oft á AA-fundi. Jafnframt sýnir tafla 10 fjölda þátttakenda í hverjum hópi persónuleika eftir fundasókn. Meirihluti þeirra sem voru í hópi 3

fóru sjaldnar en mánaðarlega á AA-fundi eða 56,2%. Einnig höfðu þeir lægsta meðaltals edrúttímann eða 4,75 sem er edrúttími milli 1–4 mánaða.

Tafla 10. Meðtaltals edrúttími eftir AA-fundasókn og persónuleika

| AA-fundasókn | Persónuleiki | N | % | Meðaltal | Staðalfrávik |
|-------------------------|--------------|-----|-------|----------|--------------|
| Sjaldnar en mánaðarlega | Hópur 1 | 185 | 46,5% | 7,8432 | 4,87477 |
| | Hópur 2 | 70 | 44,9% | 6,3143 | 4,92124 |
| | Hópur 3 | 291 | 56,2% | 4,7465 | 4,27149 |
| | Hópur 4 | 132 | 48,8% | 5,9562 | 4,67293 |
| Mánaðarlega eða oft | Hópur 1 | 213 | 53,5% | 10,0806 | 2,95653 |
| | Hópur 2 | 86 | 55,1% | 9,1220 | 3,74954 |
| | Hópur 3 | 227 | 43,8% | 7,6079 | 3,84092 |
| | Hópur 4 | 145 | 52,2% | 8,0139 | 3,55572 |

Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að lengstum edrútíma náðu þeir sem stunduðu AA fundi reglulega og voru með ákveðna persónugerð (lítt taugaveiklaðir og samviskusamir) í hópi þeirra sem höfðu komið til áfengis og/eða vímuefnameðferðar á sjúkrahúsið Vog.

Þeir sem stunduðu AA-fundi mánaðarlega eða oftár náðu lengri edrútíma og var tilgáta 1 því staðfest. Þessar niðurstöður koma fram þrátt fyrir að þeir sem eru nýkomnir úr meðferð stunda gjarnan AA-fundi mjög ört. Stundum er talað um 90 fundi á 90 dögum fyrir þá sem eru að ljúka meðferð. Þeir sem eru með stuttan edrútíma fara þá oft á fundi. Þetta virtist ekki vera raunin meðal þátttakenda í þessari rannsókn því að þeir sem höfðu stundað AA-fundi reglulega voru með lengri edrútíma. Þessar niðurstöður eru í samræmi við hliðstæðar rannsóknir erlendis á áhrifum AA-fundasóknar og edrútíma (Gossop, Stewart og Marsden, 2007; Laudet, Stanick og Sands, 2007; Moss og Moss, 2004). Einnig hafa rannsóknir sýnt að AA-fundasókn fer minnkandi eftir því sem lengri tími líður frá því að meðferð lauk (McKellar, Stewart og Humphreys, 2003). Þeir sem hafa verið allsgáðir lengi eru oft búnir að fjarlægjast neysluna það mikið að þeim finnst þeir ekki þurfa að fara eins oft á AA-fundi. Þetta var ekki raunin í þessari rannsókn því að þeir sem fóru mánaðarlega eða oftár á fundi höfðu lengri edrútíma. Einungis var spurt um AA-fundasókn síðustu sex mánuðina, þannig að ekki sést á þessum gögnum hvernig fundasókn breytist yfir tíma. Hugsanlega er fundasókn mest fyrsta árið, og dregur svo úr, en til þess að sjá slíka þróun þyrfti langsníðsrannsókn.

Lengstum edrú tíma náði tilgátuhópurinn (hópur 1) sem hafði litla taugaveiklun og mikla samviskusemi; en hann hafði marktækt hærri edrútíma heldur en hópar 3 og 4, en þeir sýndu báðir mikla taugaveiklun sem hópur 1 gerði ekki. Tilgátuhópurinn hafði verið edrú að meðaltali í 1–4 ár en hópar 3 og 4 höfðu hins vegar verið edrú í 5–11 mánuði. Ekki kom fram marktækur munur milli hóps 1 og 2. Tilgáta 2 stóðst að hluta til því hópur 1 sem talið var að hefði lengstan edrútíma allra hópanna var með marktækt lengri edrútíma en hópar 3 og 4 en ekki marktækt lengri en hópur 2.

Erlendar rannsóknir sýna sambærilegar niðurstöður hvað varðar einstaklinga með mikla taugaveiklun, þ.e. að þeim gangi illa í baráttunni við fíknina (Bottlender og Soyka, 2005; Fisher, Elias og Ritz, 1998; Muller, Weijers, Böning og Wiesbeck, 2008). Sá hópur sem kom verst út er hópur 3 en hann sýndi mikla taugaveiklun og litla samviskusemi á persónuleikaprófinu, sem er öfugt við hóp 1. Samkvæmt þessum niðurstöðum má ætla að mikil taugaveiklun sé sá meginþáttur NEO persónuleikaprófsins sem heftir fólk hvað mest við að ná bata frá fíkninni. Hugsanleg skýring á því er að taugaveiklun hefur tengingu við geðsjúkdóma, sérstaklega þunglyndi og kvíða. Þessir einstaklingar eru því hugsanlega að berjast við fleiri vandamál heldur en hinir sem ekki eru jafn taugaveiklaðir. Þeir bregðast ekki eins vel við álagi og eru ekki í góðu jafnvægi, það má því ekki mikið útaf bregða til þess að þeir upplifi neikvæðar tilfinningar eins og reiði og sektarkennd. Þessi hópur fólks þarf hugsanlega á meiri eða annarskonar aðstoð að halda heldur en þeir eru að fá. Fróðlegt væri að kanna hvort að sérstök eftirfylgni við þennan hóp fólks að meðferð lokinni gæti gagnast þeim. Þessi hópur var einnig fjölmennastur, en tæplega 40% þátttakenda í rannsókninni var í hópi 3. Meiri hluti þátttakenda í hópi 3 eða 56,2% fóru sjaldnar en mánaðarlega á AA-fundi. Eins og niðurstöður tilgátu 1 sýna þá gengur þeim betur að vera edrú sem stunda AA-fundi reglulega. Áhugavert væri að rannsaka ástæður þessarar lélegu fundarsóknar hjá þeim sem eru mjög taugaveiklaðir og lítt samviskusamir. Er það eitthvað við fyrirkomulag AA-fundanna sem sem fælir þennan hóp frá og ef svo er hvaða leiðir er hægt að fara til að koma til móts við þennan fjölmenna hóp? Ef að persónuleikagerð sem hefur mikla taugaveiklun og litla samviskusemi er eins algeng hjá fíklum eins og rannsóknin bendir til þá gæti það skýrt að hluta til af hverju svo fáir stunda AA-samtökin eftir meðferð. Þessar niðurstöður eru í samræmi við rannsókn Gossop o.fl. (2007) og Terra o.fl (2008) þar sem fram kom að einungis um 20% þátttakenda stunduðu AA-fundi eftir meðferð.

Tilgátu 3 var hafnað því ekki var hægt að sýna fram á samvirkniáhrif persónuleikagerðar og AA-fundasóknar. Allar fjórar persónuleikagerðirnar sem prófaðar voru í þessari rannsókn komu betur út ef einstaklingarnir stunduðu AA-fundi reglulega. Þeir sem voru í hópi 1 tókst því ekki að nýta sér AA-fundina betur heldur en hinir hóparnir eins og tilgáta 3 spáði fyrir um.

Þegar þátttakendur eru látnir svara spurningum líkt og í þessari rannsókn geta alltaf komið upp einhverjar villur. Þátttakendur gætu hafa misskilið spurningar eða jafnvel merkt í vitlausan reit. Svör þátttakenda byggjast einnig á minni þeirra um liðna atburði og getur því hugsanlega gætt ónákvæmni í svörum þeirra. Engin ástæða er hins vegar til að ætla að þátttakendur hafi ekki verið að segja rétt frá. Úrtak þessarar rannsóknar er einnig það stórt (1706 einstaklingar) að einstaka villur ættu ekki að hafa áhrif á niðurstöðurnar. Flestir þátttakendur rannsóknarinnar voru annað hvort búnir að vera allsgáðir í innan við viku eða meira en 10 ár. Úrtakið getur því hugsanlega gefið skekka mynd af þýðinu; allir einstaklingar sem lokið hafa meðferð hjá SÁÁ. Ekki er hægt að álykta um þann hóp sem ekki tók þátt í rannsókninni.

Meginstyrkleikar rannsóknarinnar eru þeir að úrtakið var mjög stórt og þátttakendur voru á mjög ólíkum stöðum í batanum þegar þeir tóku þátt í rannsókninni, en edrúttími þátttakenda var frá nokkrum dögum upp í meira en 10 ár. Niðurstöðurnar eiga því við um fjölbreytilegan hóp fíkla í bata. Úrtakið endurspeglar því vel þennan sjúklingahóp og stærð úrtaksins styrkir þær ályktanir sem draga má út frá niðurstöðum rannsóknarinnar, þ.e. niðurstöðurnar hafa meira alhæfingargildi. Flestar erlendar rannsóknir á þessu sviði fylgja þátttakendum eftir í stuttan tíma og gefa því niðurstöður um mjög einsleitan hóp fíkla í bata.

Niðurstöðurnar sýna að persónuleiki og AA-fundasókn tengjast edrúttíma. Viljastyrkur og löngun til að hætta í neyslu er ekki það sem skilur á milli þeirra sem ná að vera edrú og þeirra sem eru í stöðugri baráttu og eru alltaf að falla eins og virðist nokkuð útbreidd skoðun. Niðurstöðurnar benda til þess að þátttaka í AA samtökunum sé mikilvægur stuðningur fyrir alla, óháð persónuleika. Huga þarf sérstaklega að þeim hópi fólks sem hefur mikla taugaveiklun, því að þeir virðast eiga erfiðast með að halda sér edrú. Í framhaldi af þessari rannsókn væri áhugavert að kanna nánar t.d. með viðtölum hvað veldur því að þeir sem eru taugaveiklaðir fara sjaldnar á AA-fundi og hvað er það sem fær þá frekar en aðra til að byrja aftur í neyslu eftir bindindi.

Heimildir

- Arthur, S., Tom, E., og Glenn, C. (2008). AA recovery outcome rates: Contemporary myth and misinterpretation. Sótt 20. apríl 2010 af <http://hindsfoot.org/recout01.pdf>.
- ÁTVR (2008). Ársskýrsla ÁTVR 2008. Sótt 29. apríl 2010 af http://www.vinbudin.is/Portaldata/1/Resources/solutolur/arsskyrslur/Arssk_rsla_ATVR_2008.pdf.
- Babor, T. F., Hofmann, M., DelBoca, F. K., Hesselbrock, V., Meyer, R. E., Dolinsky, Z. S. o.fl. (1992). Types of alcoholics: I. Evidence for an empirically derived typology based on indicators of vulnerability and severity. *Archives of General Psychiatry*, 49, 599–608.
- Bagby, R. M., Vachon, D. D., Bulmash, E. L., Toneatto, T., Quilty, L. C. og Costa, P. T. (2007). Pathological gambling and the five-factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 43, 873–880.
- Betty Ford Institute (2007). What is recovery? A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33, 221–228.
- Bottlender, M. og Soyka, M. (2005). Impact of different personality dimensions (NEO Five Factor Inventory) on the outcome of alcohol-dependent patients 6 and 12 months after treatment. *Psychiatry Research*, 136, 61–67.
- Bronner, R. K., Schmidt, C. W. og Herbst, J. H. (1994). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. Í Costa, P. T., Widinger, T. A. (ritstjórar). *Personality disorders and the five factor model of personality* (bls. 131–148). Washington, DC: American Psychological Association.
- Brown, S. A., Irwin, M., og Schuckit, M. A. (1991). Changes in anxiety among abstinent and male alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 5–61.
- Carroll, K. M., Connors, G. J., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Donovan, D. M., Kadden, R. R. o.fl. (1998). Internal validity of Project MATCH treatments, disceiminality and integrity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 290–303.

- Costa, P. T. og McCrae, R. R. (1992a). Normal personality assessment in clinical practise: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 4, 5–13.
- Costa, P. T. og McCrae, R. R. (1992b). The five factor model of personality and its relevance to personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 6, 343–359.
- Costa, P. T. og McCrae, R. R. (1992c). *The Neo PI-R professional manual*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T. og McCrae, R. R. (2008). The revised NEO personality inventory (NEO-PI-R). Í G. J. Boyle, D. Matthews og D. H. Saklofske (ritstjórar), *The Sage handbook of personality theory and assessment* (bls. 179–198). Kalifornía: Sage.
- Einar Guðmundsson og Árni Kristjánsson. (2005). *Gagnavinnsla í SPSS*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Finn, M. (2009). *Personality traits and relapse rates: A survival analysis*. Óbirt BA-ritgerð: University of Michigan
- Fisher, L. A., Elias, J. W. og Ritz, K. (1998). Predicting relapse to substance abuse as a function of personality dimensions. *Alcoholism, Clinical, and Experimental Research*, 22, 1041–1047.
- Freyja Birgisdóttir og Steinunn Gestsdóttir (1995). *Athugun á réttmæti íslenskrar útgáfu persónuleikaprófsins NEO-PI-R*. Óbirt BA ritgerð: Háskóli Íslands.
- Friðrik H. Jónsson (2005). *Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar útgáfu NEO-FFI-R*. Í Úlfar Hauksson (ritstjóri), *Rannsóknir í Félagsvísindum VI* (bls. 429–439). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Friðrik H. Jónsson og Arnar Berþórsson (2004). *Fyrstu niðurstöður úr stöðlun NEO-PI-R á Íslandi*. *Sálfræðiritið*, 9, 9–16.
- Gossop, M., Stewart, D. og Marsden, J. (2007). Attendance at Narcotics Anonymous and Alcoholics Anonymous meetings, frequency of attendance and substance use outcomes after residential treatment for drug dependence: A 5-year follow-up study. *Addiction*, 103, 119–125.

- Guðmundur B. Arnkelsson (2006, 26. júní). Einhliða Dreifgreining: Fyrirlestur í tölfræði III. Sótt 17. apríl 2010 af http://gba.is/tol3/glaerur/einhlida_dreifgreining.pdf.
- Hoeksema, S. N. (2008). *Abnormal psychology* (4. útgáfa). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Hubicka, B., Kallmen, H., Hiltunen, A. og Bergman, H. (2009). Personality traits and mental health of severe drunk drivers in Sweden. Sótt 1. maí 2010 af <http://www.springerlink.com/content/hrnhmu112357pn24/fulltext.pdf>.
- Hurlburt, G., Gade, E. og Fuqua, D. (1984). Personality differences between Alcoholics Anonymous members and nonmembers. *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 170–171.
- Hörður Þorgilsson. (e.d.) Hvað er persónuleiki. Sótt 1. maí 2010 af <http://www.persona.is/index.php?action=articles&method=display&aid=23&pid=24>
- Ingólfur Margeirsson. (1994) *Frumherjarnir: Saga AA samtakanna á Íslandi 1948–1964*. Reykjavík. AA-útgáfan.
- Ingólfur Margeirsson (2004). *Sporgöngumenn: Saga AA samtakanna á Íslandi 1964–2004*. Reykjavík. AA-útgáfan.
- Jóna Margrét Ólafsdóttir. (e.d.). Þróun sjúkdómsins. Sótt 28. mars 2010 af <http://www.lifandiradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=7&Itemid=30>
- Kinney, J. (2006). *Loosening the grip: A handbook of alcohol information* (8. útgáfa). New York: McGraw-Hill Higher Education.
- Laudet, A., Stanick, V. og Sands, B. (2007). An exploration of the effect of on-site 12-step meetings on post-treatment outcomes among polysubstance dependent outpatient clients. *Evaluation Review*, 31, 613–646.
- Loukas, A., Krull, J. L., Chassin, L. og Carle, A. C. (2000). The relation of personality to alcohol abuse/dependence in a high-risk sample. *Journal of Personality*, 68, 1153–1175.

- Lýðheilsustöð. (2004). Áfengisneysla á Íslandi. Sótt 24. apríl 2010 af <http://www.lydheilsustod.is/rannsoknir/afengi-og-vimuefni/talnaefni/ytarefni/nr/1045>.
- National Institute on Drug Abuse (2007). Drugs, brains, and behavior: The science of addiction. Sótt 27. mars 2010 af <http://www.drugabuse.gov/scienceofaddiction/sciofaddiction.pdf>
- McCrae, R. R. og Costa, P. T. (2004). A contemplated revision of the NEO Five-Factor Inventory. *Personality and Individual Differences*, 36, 587–596.
- McKellar, J., Stewart, E. og Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-Related Outcomes: Cause, Consequence, or Just a Correlate? A Prospective 2-Year study of 2,319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 302–308.
- Miller, W. R., Walters, S. T. og Bennett, M. E. (2000). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on alcohol*, 62, 211–220.
- Moos, R. H., Moos B. S. (2004). Long-term influence of duration and frequency of participation in Alcoholics Anonymous on individuals with alcohol use disorders. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 72, 81–90.
- Muller, S. E., Weijers, H. G., Boning, J. og Wiesbeck, G. A. (2008). Personality traits predict treatment outcome in alcohol-dependent patients. *Neuropsychobiology*, 57, 159–164.
- O’Leary, L. S. (2000). Personality traits and addiction relapse rates: Is there a connection. Óbirt doktorsritgerð: Rowan University.
- Hildigunnur Ólafsdóttir. (2000). Alcoholics Anonymous in Iceland. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Rannís. (2009). Rannsóknir og þróunarstarf á Íslandi 2009. Sótt 12. maí 2010 af http://www.rannis.is/files/Tölfræði-íslenska%202009-net_4811715.pdf.
- Reich, J. H. og Green, A. I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 74–82.

- Reigle, N. og Dowd, E. T. (2004). Predicting alcoholic anonymous affiliation. *Health Education Journal*, 63, 81–88.
- Ruiz, A. M., Pincus, L. A. og Dickinson, A. K. (2003). NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol related problems. *Journal of Personality Assessment*, 81, 226–236.
- SÁÁ (e.d.). Fræðsluefni-Áfengi. Sótt 27. mars 2010 af <http://saa.is/islenski-vefurinn/fraedsluefni/afengi/>
- SÁÁ (2006–2007). Ársrit SÁÁ 2006–2007. Reykjavík: SÁÁ.
- Sutherland, I. (1997). To assess changing personalities of substance addicts during the first year of recovery. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 253–262.
- Terra, B. M., Barros, T. M. H., Stein, T. A., Figueira, I., Palermo, H. L., Athayde, D. L. o.fl. (2008). Do alcoholics anonymous groups really work? Factors of adherence in a Brazilian sample of hospitalized alcohol dependents. *The American Journal on Addictions*, 17, 48–53.
- Terraccinao, A., Löckenhoff, E. C., Crum M. R., Bienvenu, O. J. og Costa P. T. (2008). Five factor model personality profiles of drug users. *BMC Psychiatry*, 8, 1–10.
- Tonigan, J. S., Bogenschutz, M. P. og Miller, W. R. (2006). Is alcoholism typology a predictor of both Alcoholics Anonymous affiliation and disaffiliation after treatment? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 323–330.
- Tólf reynsluspor og tólf erfðavenjur (1981). Reykjavík: AA-útgáfan.
- Zilberman, L. M., Tavares, H. og el-Guebaly, N. (2003). Relationship between craving and personality in treatment-seeking women with substance-related disorders. *BMC Psychiatry*, 3, 1–5.
- Þórunn Steindórsdóttir. (2002). Áfengi og önnur vímuefni: Ýmsar tölulegar upplýsingar. Reykjavík: Áfengis-og vímuefnaráð.

Viðauki

Spurningar NEO-FFI persónuleikaprófsins sem lagðar voru fyrir þátttakendur.

Persónuleikabættir einstaklinga geta tengst ýmsum gerðum fíknar. Eftirfarandi 60 staðhæfingum er ætlað að kanna persónuleikabætti. Staðhæfingunum þarf að svara með því að merkja við viðeigandi valkost.

- Ef þú telur staðhæfinguna eiga vel við þig, merkir þú við “Mjög sammála”
- Ef þú telur staðhæfinguna eiga að einhverju leyti við þig, merkir þú við “Sammála”
- Ef þú telur staðhæfinguna ekki eiga við þig, merkir þú við “Ósammála”
- Ef þú telur staðhæfinguna alls ekki eiga við þig, merkir þú við “Mjög ósammála”
- Ef þú ert óviss eða átt erfitt með að svara einhverri staðhæfingu, getur þú merkt við “Hlutlaus”

Mikilvægt er að öllum staðhæfingunum sé svarað og að hver og einn svari fyrir sjálfan sig. Það eru engin rétt eða röng svör, eingöngu er óskað eftir því að svarað sé af bestu samsvisku og af hreinskilni.

| | | Mjög ósammála | Ósammála | Hlutlaus | Sammála | Mjög sammála |
|---|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1 | Ég er ekki áhyggjufull(ur) að Eðlisfari | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2 | Mér finnst gaman að hafa fullt af fólki í kringum mig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3 | Ég vil ekki sóa tíma mínum í Dagdrauma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4 | Ég reyni að vera kurteis við alla sem ég hitti | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5 | Ég held eigum mínum fínum og Hreinum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6 | Mér finnst oft að aðrir séu yfir mig Hafnir | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7 | Það er stutt í hláturinn hjá mér | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8 | Um leið og ég finn réttu | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|----|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | aðferðina við að gera hluti, þá held ég mig við hana | | | | | |
| 9 | Ég lendi oft í deilum við fjölskyldu mína og vinnufélaga | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10 | Ég er nokkuð góð(ur) í aðskipuleggja tíma minn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11 | Þegar ég er undir miklu álagi, finnst mér sem ég muni kikna | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12 | Ég er ekki sérstaklega glaðvær | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13 | Þau mynstur sem ég finn í list og náttúru vekja áhuga minn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14 | Sumt fólk telur mig vera sjálfselska(n) og eigingjarna(n) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15 | Ég er ekki mjög skipulögð Manneskja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16 | Ég er sjaldan einmana eða niðurdregin(n) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17 | Ég nýt þess virkilega að tala við fólk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18 | Ég tel að það rugli og afvegaleiði nemendur að hlusta á umdeilda fyrirlesara | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19 | Ég myndi frekar vilja vera í samvinnu með öðrum en að keppa við þá | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20 | Ég reyni að inna samviskusamlega af hendi þau verkefni sem mér eru fengin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21 | Ég er oft spennt(ur) og taugaóstyrk(ur) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22 | Mér líkar að vera þar sem eitthvað er að gerast | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23 | Ljóð hafa lítil eða engin áhrif á mig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24 | Ég er oft tortryggin(n) og efagjörn/efagjarn á fyrirætlanir annarra | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25 | Ég á mér skýr markmið og vinn að því að ná þeim á skipulagðan hátt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26 | Mér finnst ég stundum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | einskis virði | | | | | |
| 27 | Yfirleitt kys ég að gera hluti ein(n) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28 | Ég bragða oft á ókunnum og framandi mat | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29 | Ég tel að flestir noti mann ef maður gefur færi á því | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30 | Ég eyði miklum tíma til einskis áður en ég sest niður við vinnu mína | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31 | Ég er sjaldan óttaslegin(n) eða kvíðin(n) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32 | Mér líður oft eins og ég sé að springa úr orku | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33 | Ég tek sjaldan eftir þeim tilfinningum eða hugarástandi sem mismunandi aðstæður leiða af sér | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34 | Flestum sem þekkja mig líkar vel við mig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35 | Ég legg hart að mér til að ná settum markmiðum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36 | Ég verð oft reið(ur) yfir því hvernig fólk kemur fram við mig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37 | Ég er glaðvær og fjörmikil(l) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38 | Mér finnst að við eigum að leita ráða hjá trúarleiðtogum okkar vegna ákvarðana um siðferðileg mál | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39 | Sumir telja mig vera kalda(n) og útsmogna/útsmoginn | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40 | Þegar ég skuldbind mig til að gera eitthvað má treysta því að ég geri það | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41 | Oft þegar hlutirnir fara úrskeiðis, missi ég kjarkinn og langar að gefast upp | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42 | Ég er ekki glaðvær bjartsýnismanneskja | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43 | Stundum þegar ég les ljóð eða virði fyrir mér listaverk setur að mér hroll eða ég fyllist ánægju | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44 | Ég er þver og ákveðin(n) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

| | | | | | | |
|----|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 45 | Stundum er ég ekki eins áreiðanleg(ur) og traust(ur) eins og ég ætti að vera | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46 | Ég er sjaldan döpur/dapur eða þunglynd(ur) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47 | Ég lifi hratt | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48 | Ég hef lítinn áhuga á að velta fyrir mér uppruna alheimsins eða mannlegu eðli | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49 | Ég reyni yfirleitt að vera hugulsöm/samur og tillitsöm/samur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50 | Ég er afkastamikil manneskja sem kem hlutunum alltaf í verk | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51 | Mér finnst ég oft hjálparvana og vil láta einhverja aðra leysa úr vanda mínum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52 | Ég er mjög virk(ur) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53 | Ég bý yfir mikilli fróðleiksfýsni | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54 | Ef mér líkar ekki við fólk, þá læt ég það vita af því | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 55 | Ég virðist aldrei ná því að vera skipulögð/skipulagður | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 56 | Stundum hef ég skammast mín svo mikið að mig hefur langað til að jörðin gleypti mig | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 57 | Ég myndi frekar vilja fara mínar eigin leiðir en að vera leiðtogi annarra | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 58 | Ég nýt þess oft að leika mér að kenningum og óhlutbundnum hugmyndum | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 59 | Ef nauðsyn krefur þá er ég tilbúin(n) til að ráðskast með fólk til að fá það sem ég vil | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 60 | Ég reyni alltaf að ná framúrskarandi árangri í öllu sem ég tek mér fyrir hendur | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

