

## **Tilurð fíknar:**

### **Niðurstöður rannsóknar á áföllum í barnæsku**

**Vincent J. Felitti, MD**

Deild forvarnarlækninga  
Kaiser Permanente Medical Care Program  
7060 Clairemont Mesa Boulevard  
San Diego, California 92111  
USA

Þessi grein hefur verið gefin út í Þýskalandi undir titlinum:  
Felitti VJ. Ursprünge des Suchtverhaltens – Evidenzen aus einer Studie zu  
belastenden Kindheitserfahrungen. Praxis der Kinderpsychologie und  
Kinderpsychiatrie, 2003; 52:547-559.

# **Tilurð fíknar:**

## **Niðurstöður rannsóknar á áföllum í barnæsku**

*“Í uppruna mínum felast endalok mín.”*

T.S. Eliot, “Four Quartets”<sup>1</sup>

### **Útdráttur:**

Megindleg rannsókn sem náði til meira en 17.000 fullorðinna millistéttareinstaklinga í Bandaríkjunum sem undirgengust ítarlegt mat á lífsálfélaglegri og líkamlegri heilsu sýnir að þrír algengir flokkar fíknar tengjast sterklega og í ákveðnu hlutfalli ýmsum sértækum áföllum í æsku. Þetta, ásamt skyldum upplýsingum, bendir til að meginástæða fíknar sé fyrst og fremst tengd aðstæðum í æsku en ekki ákveðnu efni.

### **Tilgangur:**

Ætlun mín er að andmæla hefðbundnum hugmyndum um fíkn með nýjum sönnunum úr klínískri rannsókn á yfir 17.000 fullorðnum millistéttareinstaklingum í Bandaríkjunum. Hefðbundnar kenningar um fíkn halda því fram að þráhyggjukennnd notkun fíknandiags skýrist að einhverju leyti af sameindafræðilegri uppbyggingu þess. Þessi viðhorf rugla saman gangverkinu og orsakavaldinum. Allar samþykktar kenningar um fíknir hafa félagslegar, læknisfræðilegar, meðferðarlegar og lögfræðilegar skírskotanir og því skiptir máli hvernig fíkn er skilgreind. Að rugla saman raunverulegri orsök og gangverki er mjög misvísandi. Hér verða kynntar nýjar upplýsingar sem hvetja til endurskilgreiningar á rótum fíknar.

### **Bakgrunnur:**

Upplýsingarnar sem ég kynni hér eru niðurstöður rannsóknar á áföllum í barnæsku (Adverse Childhood Experiences).<sup>2</sup> Þessi rannsókn kryfur grundvallarorsök tíu algengustu dánarorsaka í Bandaríkjunum; þær niðurstöður sem lúta að fíkn eru aðeins hluti af heildarniðurstöðum rannsóknarinnar.

Um miðjan níunda áratuginn uppgötvaðu læknar við deild forvarnarlækninga við Kaiser Permanente í San Diego að sjúklingar sem náðu góðum árangri í þyngdartapsverkefni væru líklegir til að hætta og fylgja árangrinum ekki eftir. Þessi óvænta athugun leiddi til þess að við uppgötvaðum að matarfíkn og ofþyngd væri oft ómeðvitað sem varnarviðbragð við óuppgötvaðum vandamálum sem næðu aftur í barnæsku.<sup>3,4</sup> Það sem ekki lá í augum uppi var að ofþyngd hafði falda kosti: Hún hafði kynferðislegan, líkamlegan eða tilfinningalegan verndarmátt.

Uppgötvun okkar að lýðheilsuvandamál eins og ofþyngd gæti falið í sér lausn fyrir einstaklinginn og sú niðurstaða okkar að tíðni áfalla í barnæsku meðal fullorðins millistéttarfolks var mikið hærri en við bjuggumst við, leiddi til samvinnu við Miðstöð sóttvarna (Centers for Disease Control) til að skrá tíðni og til að rannsaka þær vísbendingar sem þessar óvæntu klínísku athuganir gáfu. Ég vil koma á framfæri þökkum til Roberts F. Anda MD, samstarfsmanns míns, sem hannaði rannsóknina af miklu innsæi í faraldursfræðilegu samhengi og hóps hans hjá Miðstöð sóttvarna sem greindi mörgþúsund blaðsíður af upplýsingum um sjúklinga svo niðurstöðurnar sem hér verða kynntar gátu fengist.

Margir af offitusjúklingunum sem við rannsökuðum höfðu einnig glímt við ofdrykkju, verið stórreykingafólk eða notað ólögleg fíkniefni. Hvaða gildi hafa þessar

athuganir? Benda þær til óskilgreindrar, meðfæddrar tilhneigingar til fíknar? Er fíkn arfgeng eins og haldið hefur verið fram um áfengissýki? Er fíkn líffræðilegur sjúkdómur, persónuleikaröskun eða eitthvað annað? Eru sjúkdómar og persónuleikaraskanir aðgreinanlegir hlutir eða eru þeir eftir allt saman skyldir? Hvað á að gera með áhrifamiklar nýjar niðurstöður í taugalíffræði sem virðast sýna fram á taugaefnafræðilegar skýringar á fíkn? Hvers vegna er aðeins lágt hlutfall fólks berskjaldað gagnvart fíknivöldum og verður fíklar?

Þótt gerðar hafi verið víðtækar tilraunir til að útrýma vímuefnavandanum með löggjöf hefur útbreiðsla hans ekki minnkað á síðustu öld. Aftur á móti hefur útbreitt mynstur vímuefnaneyslu meðal fólks tekið róttækum breytingum, sem vekur umtalsverða athygli stjórnmalamanna og orðið til þess að ráðamenn hafa reynt að grípa inn í.<sup>5</sup> Vanmáttur þessara yfirgripsmiklu inngrípa sem sett eru fram af ráðamönnum í góðri trú til að ná stjórn á fíknisjúkdómum hefur dregið upp ígrundaðar og ögrandi athugasemdir úr ótal áttum, frá ótal sjónarhornum.<sup>6,7</sup>

Í víðtækri rannsókn okkar á yfir 17.000 fullorðnum millistéttareinstaklingum af mismunandi uppruna uppgötvuðum við að þráhyggjukennd notkun nikótíns, alkóhóls og sprautaðra götulyfja eykst hlutfallslega á sterkan, stigskiptan, skammtatengdan hátt samhliða alvarleika áfalla í æsku. Þetta styður eldri sálgreiningarkenningar og er á skjön við núgildandi hugmyndir, að meðtöldum líffræðilegum geðlækningum, vímuefnaferðum og vímuefnaforvörnum. Uppgötvanir okkar ögra á margan hátt vegna þess að þær benda til þess að grunnorsök fíknar sé meðal *okkar* og hvernig við komum fram við hvort annað, en ekki meðal eiturlyfjasala eða hættulegra efna. Þær benda til þess að milljarðar Bandaríkjadala hafi verið eytt á öllum mögulegum stöðum þar sem svarið er ekki að finna.

### **Uppbygging rannsókna:**

Kaiser Permanente (KP) er stærsta fyrirfram fjármagnaða stofnun í Bandaríkjunum sem ekki er rekin í hagnaðarskyni. Það eru 500.000 KP meðlimir í San Diego, um það bil 30% eru stórborgarbúar. Við buðum 26.000 fullorðnum einstaklingum að vera sjálfbóðaliðar í yfirgripsmikilli læknisfræðilegu mati í deild forvarnarlækninga til að hjálpa okkur að skilja hvernig atvik úr barnæsku gætu síðar haft áhrif á heilsufar á fullorðinsárum. Sjötíu prósent þeirra samþykktu þátttöku, vitandi að upplýsingarnar sem safnað var væru nafnlausar og myndu ekki verða hluti af sjúkraskrá þeirra. Úrtakið var 80% hvítir einstaklingar, þar eru einstaklingar af spænskum uppruna meðtaldir, 10% svartir og 10% af asískum uppruna. Meðalaldur þeirra var 57 ár, 74% hafði stundað háskólanám, 44% höfðu lokið háskólanámi, 49,5% voru karlkyns. Á hverjum fjórum árum leitar 81% allra fullorðinna meðlima Kaiser Health Plan eftir sambærilegu læknisfræðilegu mati. Það er því engin ástæða til að ætla annað en að valið sé óhlutlægt og þar með að hlutdrægni sé marktækur þáttur í rannsókninni. Rannsóknin var framkvæmd í tveimur fösom svo hægt væri að gera leiðréttingar á miðri leið ef nauðsyn krefði. Frekari upplýsingar um uppbyggingu rannsóknarinnar er að fá í upprunalegu riti um rannsóknina í heild.<sup>2</sup>

Rannsóknin ber saman áföll úr barnæsku og heilsufar á fullorðinsárum, að meðaltali hálfri öld eftir að atvikin eiga sér stað. Þeim áföllum sem tekin voru til rannsókna var skipt í átta flokka sem oft voru skoðaðir í fyrrgreindri meðferð við ofþyngd. Útbreiðsla hvers flokks er tilgreind í sviga.

- síendurtekin og mismunandi líkamleg misnotkun (11%)
- síendurtekin og mismunandi andleg misnotkun (11%)
- kynferðisleg misnotkun (22%)

## Að alast upp á heimili

- með áfengis- eða eiturlyfjasjúklingi (25%)
- með einstaklingi sem setið hafði í fangelsi (3%)
- með geðsjúklingi, þunglyndissjúklingi eða þar sem fjölskyldumeðlimur hafði verið vistaður á stofnun (19%)
- þar sem móðir sem var beitt ofbeldi (12%)
- þar sem hvorugt blóðforeldra bjó (22%)

Stigakerfið er einfalt: Ef skjólstaðingur hafði orðið fyrir því sem einhver flokka áfallanna tiltekur í æsku eða á unglingsárum, gaf það eitt stig. Einnig gaf það eitt stig ef fleiri en eitt tilvik innan hvers flokks hafði átt sér stað, t.d. gaf einn áfengissjúklingur í fjölskyldu sama stigafjölda og áfengissjúklingur og eiturlyfjasjúklingur í fjölskyldu. Ef eitthvað, þá ætti þetta frekar að draga úr niðurstöðunum en ýkja þær. Stigin eru því frá 0 og upp í 8. Minna en helmingur úrtaksins hafði 0 stig og einn af hverjum fjórtán hafði fleiri en 4 stig.

Eftir á að hyggja var hönnunargalli á rannsókninni að telja ekki með vandamál á borð við vanrækslu á lágu stigi og áhugaleysi á barni sem annars fær fullnægjandi líkamlega umönnun. Þessi yfirsjón hefur ekki áhrif á túlkun okkar á niðurstöðum fyrsta fasa rannsóknarinnar og gæti útskýrt sumar óvæntar útkomur hjá fólki sem fékk 0 stig. Tilfinningaleg vanræksla var rannsökuð í seinni fasanum.

Rannsóknin inniheldur væntanlegan vinkil: Upphafspýðinu er fylgt eftir í ákveðinn tíma til að tengja áföll í barnæsku við læknisheimsóknir, komu á neyðarmóttöku, við lyfjakostnað, sjúkrahúsinnlagnir og dauðsföll. Niðurstöður þessara greininga verða bráðum gefnar út.

### **Niðurstöður:**

Heildarniðurstöður okkar, sem kynntar eru rækilega í bandarískum ritum, sanna að:

Áföll í barnæsku eru ótrúlega algeng, þrátt fyrir að vera almennt falin og óuppgötvuð. Áföll í barnæsku hafa afgerandi afleiðingar fimmtíu árum síðar, þrátt fyrir að hafa breyst frá því að vera sálfélagslegar aðstæður yfir í að vera líffræðilegur sjúkdómur, félagsleg truflun og geðsjúkdómur.

Áföll í barnæsku ráða úrslitum um heilsu og félagslega velferð þjóðarinnar.

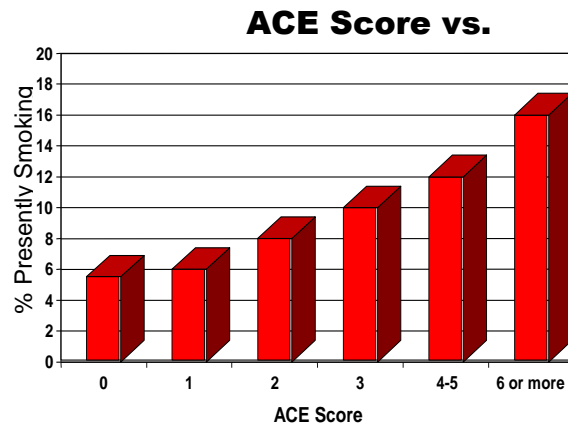
Heildarniðurstöður okkar ögra nógildandi hugmyndum, sem margar eru mjög viðkvæmar. Þær bjóða einnig upp á möguleika til nýrrar nálgunar á mörg af okkar erfiðustu lýðheilsuvandamálum. Niðurstöður rannsóknarinnar veita innsýn í nauðsynlegar breytingar sem gera þarf á barna- og fullorðinslækningum, sem munu líklega hafa veruleg áhrif á kostnað og árangur heilsuverndar.

Ætlun okkar er að kynna niðurstöðurnar aðeins í tengslum við fíkn þar sem nikótín, alkóhól og sprautuð fíkniefni eru notuð sem dæmi um efni sem almennt eru talin ávanabindandi. Ef við vitum af hverju hlutirnir gerast og hvernig, þá gætum við verið komin með nýjan grunn til að koma í veg fyrir þá.

### **Reykingar:**

Að reykja tóbak sætir mikilli andstöðu í Bandaríkjunum, sérstaklega í Suður-Karólínu, þar sem rannsóknin var gerð. Þar reyktu flestir áður fyrr, bæði karlar og konur, en nú til dags aðeins minnihluti. Það er ólöglegt að reykja í opinberum byggingum, almenningssamgöngustöðvum, veitingastöðum, krám og flestum svæðum hótela.

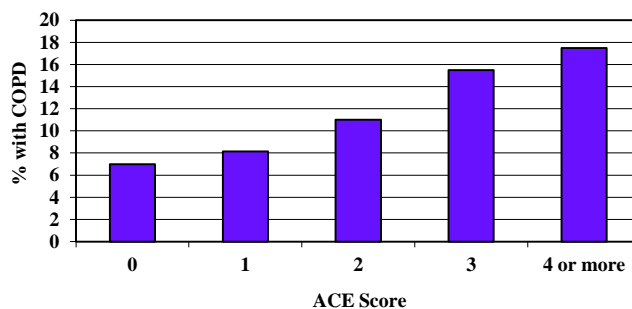
Þegar við rannsökuðum núverandi reykingafólk komumst við að þeirri niðurstöðu að reykingar hefðu sterk tengsl við áföll í æsku. Mynd 1 sýnir þetta greinilega. Gildið *p* fyrir þessar og aðrar upplýsingar er 0,001 eða meira.



Þessi stöðuga 250% aukning á líkum á því að barn verði reykingamanneskja þegar stigin eru 6 miðað við 0 stig hefur ekki verið sönnuð áður. Þessi einfalda athugun veitir afgerandi vísbendingar um hugbreytandi áhrif nikótíns.<sup>9</sup> Þessar upplýsingar hafa ekki áður verið teknar inn í herferðir gegn reykingum, en eru mikilvægar til að komast til botns í uppreisnarhegðuninni sem í reykingum felst hjá mörgu fólki.<sup>10, 11, 12, 13</sup>

Þegar tíðni krónískrar berkjubólgu (brónkítis) meðal fullorðinna og lungnaþembu sjáum við einnig skýra aukningu. Þar með breytist sambandið frá því að vera samband milli áfalla og heilsuógnandi hegðunar yfir í það að vera samband milli áfalla og líffræðilegs sjúkdóms. Með öðrum orðum sýnir mynd 2 samband milli tilfinningalegrar streitu og líffræðilegra sjúkdóma með milligöngu hegðunar sem er tilfinningalega hagstæð þrátt fyrir að vera læknisfræðilega hættuleg.

**ACE Score vs. COPD**

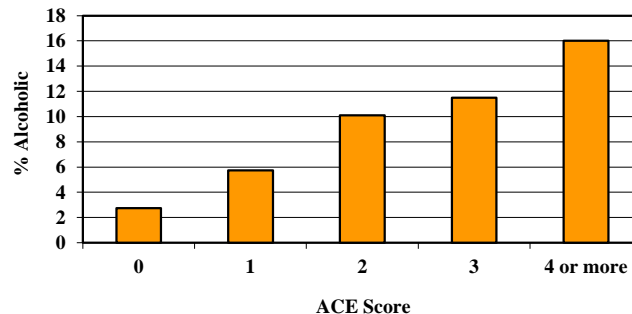


### Áfengissýki:

Áfengissýki einstaklings er mjög viðkvæmt mál svo við spurðum í rannsókninni hvort viðkomandi einstaklingur hefði einhvern tíma talið sjálfan sig vera haldinn áfengissýki. Við töldum játandi svar frekar draga úr raunverulegu ástandi frekar en hitt, sem gerir það að verkum að raunverulega eru tölurnar mögulega hærri en koma fram á þessari mynd. Sambandið milli sjálfgreindrar áfengissýki og áfalla er

sýnt á mynd 3. Hér sést að líkur á því að glíma við áfengissýki á fullorðinsárum aukast um 500% eftir því sem áfallastigunum fjölgar.<sup>14</sup>

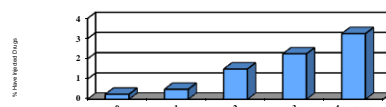
ACE Score vs. Adult Alcoholism



### Sprautufíkn:

Í Bandaríkjunum eru heróín og metaamfetamín algengustu fíkniefni sem fólk sprautar sig með. Áhugavert er að metaamfetamín er mjög skylt amfetamíni, fyrsta þunglyndislyfi sem kynnt var af Ciba Pharmaceuticals árið 1932. Þegar við skoðuðum sambandið milli þess að sprauta sig með ólöglegum fíkniefnum og verða fyrir áföllum í barnæsku sáum við sambærilegt mynstur. Líkurnar á því að sprauta sig með ólöglegum fíkniefnum aukast verulega eftir því sem áfallastig eru fleiri. (Mynd 4) Þegar fjöldi áfallastiga er orðinn öfgakenndur verður sambandið enn öflugra. Til dæmis er karlkyns barn með 6 stig 46 falt (4600%) líklegri til að verða sprautufíkill síðar á lífsleiðinni en karlkyns barn með 0 stig.

ACE Score vs. Intravenous Drug Use



### Til athugunar:

Þrátt fyrir að meðvitund um áhættusemi reykinga sé nánast almenn alls staðar í heiminum og hafi stuðlað að marktækri minnkun reykinga hefur útbreiðsla þeirra staðið í stað síðastliðin ár. Reyndar eru tengslin milli reykinga og áfallastigsins sterkara í þýðinu sem fætt er eftir að skýrslan Surgeon's General Report um reykingar var gefin út. Endurspeglar núverandi reykingamenn kjarna einstaklinga sem hefur dýpri þörf fyrir hugbreytandi áhrif nikótíns en þeir sem hafa hætt að reykja? Klínísk rannsókn okkar<sup>12</sup> og upplýsingar úr áfallarannsókninni bendir til þess að það sé líklegt. Auðvitað eru engar góðar sannanir á hugbreytandi áhrifum nikótíns til að kljást við reiði, kvíða, þunglyndi og hungur.<sup>9-12</sup>

Almennt er viðurkennt að áfengi sé hugbreytandi efni. Þessi augljósa skýring á áfengissýki er stundum hafnað í hag hugsanlegra erfðafræðilegra orsakavalda.

Auðvitað er mögulegt að áfengissýki tengist fjölskyldum eins og gildir um móðurmál. Okkar niðurstöður styðja reynslutengdar og sálaraflostengdar skýringar á

áfengissýki, þrátt fyrir að það gæti verið munur milli erfðafræðilegra og efnaskiptalegra þátta kynþátta og einstaklinga.

Greining á upplýsingunum sem fengust með rannsókninni á neyslu vímuefna sem tekin eru með sprautum sýna sterk tengsl við áföll í barnæsku. Greining á rekjanlegri áhættu í samfélagi\* (e. Population Attributable Risk) sýnir að 78% neyslu kvenna á efnum sem tekin eru með sprautum megi rekja til áfalla í barnæsku. Þegar karlmenn eru teknir inn í þá tölu er hún 67%. Þessi greining hefur verið stöðug í þýði fjögurra kynslóða þar sem fæðingarár spanna eina öld. Þetta gefur til kynna að sambandið milli áfalla í barnæsku og neyslu ólöglegra fíkniefna hefur haldist stöðug, þrátt fyrir miklar breytingar á framboði fíkniefna auk samfélagsbreytinga og tilkomu forvarnarátaka.

*\*Rekjanleg áhætta í samfélagi er einfalt hugtak, þrátt fyrir að reikningarnir séu flóknir, en það lýsir því að hluti áhættuþátta séu rekjanlegir til ákveðinnar orsakar innan þýðisins.*

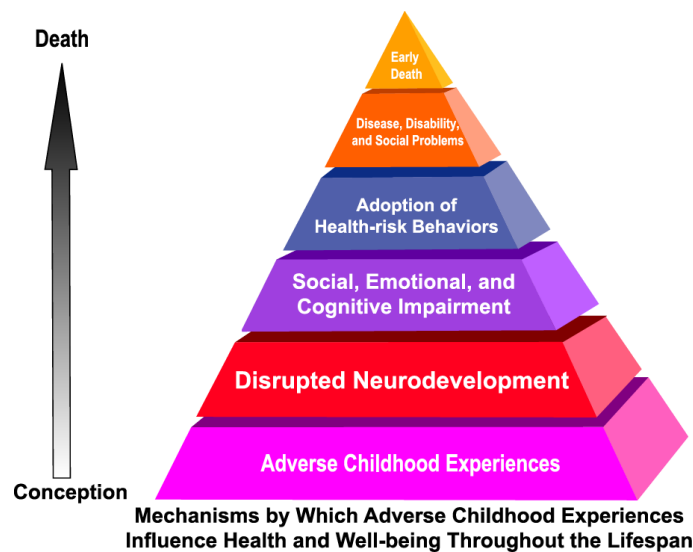
Athugun á bandarískum hermönnum í Víetnam leiddi til mikilvægra niðurstaðna sem oft er litið framhjá. Margir þeirra neyttu heróíns reglulega meðan á dvölinni stóð. Þrátt fyrir það var aðeins 5% þeirra fíklar sem enn neyttu efnisins 10 mánuðum eftir að þeir sneru til baka frá Víetnam. Meðferð hafði ekkert að segja um þessa háu bataprósentu. Af hverju verða ekki allir háðir þegar þeir ítrekað sprauta sig með efni sem er jafn ávanabindandi og heróín? Ef efni eins og heróín er ekki í eðli sínu jafn ávanabindandi fyrir alla, heldur aðeins lítinn minnihlutahóp neytenda, hvað er það þá sem veldur þessu lága hlutfalli? Er það efnið sem í eðli sínu er ávanabindandi eða hefur fortíð neytandans eitthvað að segja þegar kemur að fíkninni? Samsetning efnisins er jú eftir sem áður óbreytt. Rannsóknir okkar benda til þess að að stærsti áhrifspátturinn að baki fíknar séu áföll í æsku sem tíminn hefur ekki náð að græða og það reynist neytandanum um megn að breiða yfir hana af skömm með pukri vegna þess að hún er samfélagslegt feimnismál. Fíkillinn virðist vera sá sem hefur engar aðrar lausnir tiltækar og sækir ómeðvitað létti í neyslu efna með þekktum hugbreytandi áhrifum og lætur sér áhættuna sem í því felst að neyta ólöglegra og heilsuspillandi efna í léttu rúmi liggja. Áfallarannsóknin sýnir fram á klínískar sannanir þess að áföll í barnæsku sem ekki hefur verið tekið á eru meðal grundvallarorsaka, ef ekki hreinlega grundvallarorsök þess að einstaklingur verði háður hugbreytandi efnum og verði þ.a.l. fíkill.

Að því gefnu að hefðbundin merking fíknar sé alvarlega gölluð og að við höfum kynnt sterkar sannanir fyrir óhefðbundinni skýringu, leggjum við til að lagðar verði til hliðar gamlar, vélrænar skýringar á fíkn og þær teknar upp í staðinn sem styðjast við sálræna þáttinn. Það er að segja, að fíkn séu ómeðvitaðar en jafnframt skiljanlegar ákvarðanir sem teknar eru til að leita efnafræðilegs léttis undan stöðugum afleiðingum gamallar áfallastreitu, sem yfirleitt ógna heilsu til framtíðar. Orðatiltæki á borð við „sjálfseyðandi hegðun“ eru misvísandi og skyldu einnig lögð niður, því samhliða því að lýsa viðurkenningu á langtímaáhættu yfirsést þeim mikilvægi augljósra jákvæðra skammtímaáhrifa sem er hvati að notkun efnanna.

Endurskoðuð merking hugtaksins fíkn býður upp á nýja nálgun á hefðbundnum forvörnum og meðferðarúræðum. Núverandi lýðheilsufræðileg nálgun með endurteknum aðvörnum hefur afhjúpað takmarkanir sínar, kannski vegna þess að forvarnirnar eggja einungis til breytinga án þess að skilja orsökina, þær líta ekki til einstaklingsins. Áföll í barnæsku er útbreitt vandamál og venjulega ógreint. Þau hafa skaðleg áhrif á tauga- og tilfinningaþroska og slæm áhrif á árangur í félagslífi og námi. Við kynþroska hafa börn getu og sjálfstæði til að sækja sér breytt ástand

gegnum ákveðið hegðunarmynstur sem hefur verið þekkt frá örófi alda, þ.e. neyslu áfengis, óhóflega ástundun kynlífs, tóbaksreykingar, notkun hugbreytandi efna og ofát. Þessi varnarviðbrögð hafa augljósa virkni fyrir þá sem grípa til þeirra, sennilega vegna breytandi áhrifa þeirra á taugaboðefni. Nikótín getur til dæmis verið öflugur staðgengill taugaboðefnisins asetýlkólín. Það kemur ekki á óvart að magn taugaboðefna fer eftir erfðapáttum einstaklinga.

Það eru þessi varnarviðbrögð og jákvæð skammtímaáhrif þeirra á tilfinningar sem oft valda langtímanotkun sem leiðir til langvinnra sjúkdóma og veldur í mörgum tilfellum ótímabærum dauðsföllum. Þessari keðjuverkun er lýst í áfalla-píramídanum (Mynd 5). Keðjuverkunin er hæg, oft óstöðvandi og venjulega hulin undir ábreiðu tíma, leyndar og samfélagslegra feimnismála. Tíminn læknar sjaldnast þessi sár vegna þess að orsök og afleiðing liggur venjulega innan fjölskyldu einstaklingsins. Það er skiljanlegt að það þyki meira freistandi að skella skuldinni á efni en að líta inn á við. Við höldum því fram að fíkn bendi í langflestum tilvikum til áfalla fyrr á ævinni.



{Myndatexti: Hvernig áföll í barnæsku hafa áhrif á heilsu og velferð gegnum lífið. Bleikt: Áföll í barnæsku, rautt: Röskun á taugaproska, fjólublátt: Félagslegur, tilfinningalegur og vitsmunalegur skaði, blátt: Heilsuspillandi hegðun, appelsínugult: Sjúkdómar, örorka og félagsleg vandamál, gult: Ótímabært dauðsfall. Píla: Hugtak – Dauði }

Keðjuverkunin í áfalla-píramídanum styður við þá skoðun sálgreiningar að fíkn sé fyrst og fremst afleiðing áfalla í æsku. Ennfremur gerir hún það með megindelegri rannsókn og sleppur þannig við þá hlutdrægni sem fylgir rannsókn á málum eins einstaklings í einu. Fíkn er ekki heilasjúkdómur né heldur orsök af efnafræðilegu ójafnvægi eða erfðapáttum. Fíkn verður best skýrð sem skiljanleg, ómeðvituð, þráhyggjukennnd notkun á hugbreytandi efnum sem varnarviðbragð við áföllum sem yfirleitt er haldið leyndum af skömm vegna þess að hún er samfélagslegt feimnismál.

Niðurstöður okkar sýna að áföll úr barnæsku hafa djúpstæð og markandi áhrif á líf einstaklings á fullorðinsárum. Efnafræðilegt ójafnvægi, hvort sem það ræðst af erfðapáttum eða ekki, hefur verið gefin sú þýðing sem markandi lífsreynsla hefur, til



að lýsa afleiðingum. Það er mikilvægt að greina á milli orsakar og gangverks. Óvissa og ruglingur á þessu tvennu mun valda óþarfa deilum og misheppnuðum tilraunum til að koma í veg fyrir og meðhöndla fíkn, hvort sem er á samfélagslegum grundvelli eða hvað varðar einstaklinga. Niðurstöður okkar skýra einnig að það að skoða aðeins einn flokk óhagstæðrar lífsreynslu, hvort sem það er heimilisofbeldi, kynferðislegt ofbeldi í æsku eða aðrar birtingarmyndir af geturöskun í fjölskyldum er grundvallarvilla. Ekkert af þessu er eyland, þetta er allt hluti af flókinni kerfisvillu. Enginn elst upp á sama heimili og alkóhólisti, þar sem allt annað í heimilishaldinu er í fullkomnu lagi.

### **Meðferð:**

Ef við eigum að bæta núverandi ófremdarástand, verðum við á vettvangi læknisfræði að einbeita okkur eins fljótt í ferlinu og hægt er að áföllum í barnæsku. Það er mögulegt og ásættanlegt að að framkvæma fjöldaskimun eftir áföllum í æsku í samhengi við alhliða læknisfræðilegt mat. Það yrði til þess að flýta greiningu og beina meðferð strax að orsökinni frekar en einkennum í hverju tilviki fyrir sig, sem hvort eð er ber ekki árangur. Við skimuðum eftir þessum átta flokkum áfalla í barnæsku í yfir 450.000 meðlimum Kaiser Health Plan. Upphafleg skimun var eftir víðfeðma yfirferð á kerfisbundnum spurningalistum og benti til þess að skjólstæðingar deila þessum upplýsingum alls ekki í óspurðum fréttum. Jákvæðum svörum er fylgt eftir með hefðbundnum söguspurningum: „Ég sé að þú hefur verið beitt/ur kynferðislegu ofbeldi í æsku. Segðu mér hvaða áhrif það hefur haft á líf þitt.“

Svona skimun hefur sannanlegt gildi. Áður en við skimuðum fyrir áföllum í barnæsku, leiddi kerfisbundið, heildrænt og læknisfræðilegt gildismat okkar til 12% samdráttar á læknisheimsóknnum árið á eftir. Síðar, í forprófun, veitti sálgreinir eitt viðtal við þunglynda skjólstæðinga. Þetta leiddi til 50% samdráttar á læknisheimsóknnum meðal þessa hóps á árinu á eftir. Samt sem áður varð þessi samdráttur aðeins meðal þeirra þunglynda skjólstæðinga sem almennt nýttu sér læknisþjónustu mikið vegna líkamlegra kvilla. Nýlega prófuðum við þessa nálgun okkar með taugafræðilegum netrannsóknnum á 135.000 skjólstæðingum sem voru skimaðir fyrir áföllum í barnæsku. Þetta var hugsað sem hluti af endurhönnuðu heildrænu læknisfræðilegu mati okkar. Meðal alls þessa úrtaks dró úr læknisheimsóknnum um 35% árið eftir greininguna.

Reynsla okkar af því að spyrja þessara spurninga sýnir að umfang vandamála tengdum áföllum í barnæsku er svo stórt að snemmbær forvörn er þegar upp er staðið eina raunhæfa lausnin. Snemmbær forvörn krefst þróunar á hagkvæmu og ásættanlegu inngripi inn í sápukúlu persónulegra vandamála eða fjölskulduvandamála. Tækni til þess að ná slíkri breytingu fram í einu lagi þarf að þróa vegna þess að hver og einn hræðist hið nýja og óþekkta sem getur haft slæm áhrif á sjálfsstraust, sem aftur getur leitt til óbreytts ástands. Samt sem áður er ein möguleg nálgun á snemmbærar forvarnir með margmiðlun. Sögupræðir í kvikmyndum og sjónvarpsþáttum fela í sér mikil tækifæri til meðferða sem ekki hafa verið nýtt hingað til, með því að draga upp myndir af andstæðum, þ.e. ákjósanlegum og óákjósanlegum uppeldisaðferðum í mismunandi aðstæðum.

Það að fíkn er háð reynslu en ekki efni eða ákveðnu andlagi og þráhyggjukennd notkun á einu efni reynist óalgeng, bendir til nauðsynjar á endurhönnun meðferðarúrreða á þann hátt að unnið sé með undirliggjandi orsök frekar en að beina sjónum aðeins að því að taka efnið út úr myndinni.

### **Niðurstaða:**

Núverandi skýring fíknar byggir á veikum grunni. Rannsókn okkar á sambandi óhagstæðrar lífsreynslu í barnæsku og heilsu á fullorðinsárum á yfir 17.000 einstaklingum sýnir að fíkn er almennt skiljanleg þótt í flestum tilvikum sé hún ómeðvituð tilraun til að fá lausn frá fyrri áföllum sem haldið hefur verið leyndum, með því að nota hugbreytandi efni. Það er síðan erfitt að fá nóg af einhverju sem virkar ekki alveg og þess vegna heppnast þessi tilraun ekki, fyrir utan alla áhættuþætti sem henni fylgja. Það sem við höfum sýnt fram á mun koma fáum sálfræðingum á óvart, þrátt fyrir að umfang rannsóknarinnar sé áður óþekkt og niðurstöðum okkar verði stundum verulega ógnað af öðrum fræðigreinum.

Þær sannanir sem styðja niðurstöður okkar um grunnorsök fíknar eru öflugar og hafa róttækar ályktanir í för með sér. Tíðni áfalla í barnæsku og langtímaáhrif hennar eru greinilega afgerandi áhrifsþáttur á lýðheilsu og félagslega velferð þjóðarinnar. Það er sama hvort litið er á málið í samhengi við ríkisútlát, kostnað við heilsugæslu, lífsgæði, læknismeðferðir eða áhrif á stefnumarkandi yfirlýsingar (public policy). Áföll í barnæsku eru erfitt viðfangsefni og verður enn erfiðara fyrir flest okkar vegna þess að hún snertir í mörgum tilvikum heimili okkar. Að taka á henni mun verða þrekaun en einnig skapa tækifæri fyrir marga til að öðlast betra líf.

### **Neðanmálsgrein:**

Útdrætti úr öllum áðurútgefnum og óútgefnum greinum um ACE rannsóknina má finna með því að slá nafn höfundarins (Felitti VJ) á vefsíðu US National Library of Medicine: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>

Frí áskrift að rafrænu fréttabréfi sem fjallar um ýmis mál sem snerta ACE rannsóknina fæst með því að senda tölvupóst á netfangið [editor@acestudy.org](mailto:editor@acestudy.org).

### **Heimildaskrá:**

1. Eliot, TS. Four Quartets. Harcourt, Brace, and World, New York, 1943.
2. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, Koss MP, et al. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. American Journal of Preventive Medicine. 1998; 14:245-258.
3. Felitti VJ. Long Term Medical Consequences of Incest, Rape, and Molestation. Southern Medical Journal. 1991; 84:328-331.
4. Felitti VJ. Childhood Sexual Abuse, Depression, and Family Dysfunction in Adult Obese Patients. Southern Medical Journal. 1993; 86:732-736.
5. Brecher EM. Licit and Illicit Drugs. Little Brown, Boston; 1972, p183-192
6. Friedman M, Szasz TS. On Liberty and Drugs: Essays on the free market and prohibition. Drug Policy Foundation Press, Washington DC, 1992.
7. Gray JP. Why Our Drug Laws Have Failed and What We Can Do About It: A Judicial Indictment of the War on Drugs. Temple University Press, Philadelphia, 2001.
8. Anda RF, Croft JB, Felitti VJ, Nordenberg D, Giles WH, Williamson DF, Giovino GA. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. Journal of the American Medical Association. 1999; 282:1652-1658.
9. Carmody TP. Affect regulation, nicotine addiction, and smoking cessation. J Psychoactive Drugs 1989; 24:111-122.
10. Larson PS, Silvette H. Tobacco: Experimental and Clinical Studies, Suppl. 3; Williams & Wilkins, Baltimore, 1975.
11. Jaffe JH, Jarvik M. In Lipton MA, DiMascio A, Killam K. Psychopharmacology: A Generation of Progress. Raven Press, NY, 1978. p1665-1676.
12. ACE Score 6: Psychoactive benefits of nicotine. Videotaped interview. Department of Preventive Medicine, Kaiser Permanente, San Diego, 1997.

13. Anda RF, Williamson DF, Escobedo LG, Mast EE, Giovino GA, Remington PL. Depression and the dynamics of smoking. A national perspective. *JAMA*. 1990 Sep 26;264(12):1541-5.
14. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB. Adverse Childhood Experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*. 2002; 27(5): 713-725.
15. Robins LN, Helzer JE, Davis DH. *Arch Gen Psychiatry* 1975 Aug;32(8):955-61. Narcotic use in southeast Asia and afterward. An interview study of 898 Vietnam returnees.
16. Robins LN. Vietnam Veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction* 1993; 88:1041-1054.
17. Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Chapman DP, Giles WH, and Anda RF. Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*. 2003; 111(3): 564-572.
18. Du L, Faludi G, Palkovits M, Sotoni P, et al. High activity-related allele of MAO-A gene associated with depressed suicide in males. *Neuroreport* 2002; 13(9): 1195-98.
19. Felitti VJ. Unpublished data, Kaiser Permanente Medical Care Program, San Diego, 1978, 1980, 1998.

ENDIR