



## **Meðvirkni**

**Er meðvirkni sjúkdómur?**

**Anna Steinunn Árnadóttir**

**Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf  
Háskóli Íslands  
Félagsvísindasvið**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**

## **Meðvirkni**

### Er meðvirkni sjúkdómur?

Anna Steinunn Árnadóttir  
030890-2649

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf  
Umsjónarmaður: Steinunn Hrafnssdóttir  
Leiðbeinandi: Jóna Margrét Ólafsdóttir

Félagsráðgjafardeild  
Félagsvísindasvið Háskóla Íslands  
Febrúar 2013

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

© Anna Steinunn Árnadóttir 2013

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland 2013

## Útdráttur

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA-prófs í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Hún fjallar um meðvirkni (e. *codependency*). Leitast verður við að svara eftirfarandi spurningum: Er meðvirkni sjúkdómur? Hvað gerir það að verkum að einstaklingur þróar með sér einkenni meðvirkni? Einnig verður leitast við að útskýra muninn á meðvirkni og óæskilegum stuðningi. Í ritgerðinni er fræðileg umfjöllun um kenningar um meðvirkni og hugtakið „óæskilegan stuðning“ við hegðun annarra einstaklinga. Fjallað er um þau meðferðarúrræði og þá sjálfshjálparhópa sem í boði eru til þess að ná bata frá meðvirkni. Sagt verður frá þeirri gagnrýni sem varpað hefur verið fram á kenningar um meðvirkni sem og gangrýni á þau úrræði og sjálfshjálparhópa sem í boði eru fyrir einstaklinga sem upplifa einkenni um meðvirkni. Ritgerðin er fræðileg samantekt þar sem stuðst er við rannsóknir, bækur og ritrýndar greinar um efnið.

Meðvirkni er samansafn af einkenum sem ekki hefur fengið samþykki sem sjúkdómur en lögð var fram tillaga um að setja meðvirkni inn í DSM III (Cermak, 1986), en það var ekki samþykkt (Morgan, 1991). Ekki er til ein stöðluð skilgreining á meðvirkni og er það algengt að einstaklingar greini sjálfa sig meðvirka þar sem skilgreiningin er orðin svo víð (Irvine, 2000). Skilgreining hugtaksins hefur þróast frá því að vera notað yfir eiginkonur vímuefnasjúkra (Irwin, 1995) og í það að geta átt við hvern þann sem býr við einhvers konar óvirkar aðstæður. Deilt hefur verið um það hvort meðvirkni geti flokkast sem sjúkdómur. Samt sem áður er hægt að færa rök fyrir því að meðvirkni sé sjúkdómur þar sem einkenni hans orsakast yfirleitt af álagsþáttum sem geta haft líkamlegar og andlegar afleðingar í för með sér (Zetterlind og Berglund, 1999; Cermak, 1986).

## **Þakkarorð**

Ég vil þakka umsjónarmanni mínum, Dr. Steinunni Hrafnssdóttur, og Jónu Margréti Ólafsdóttur, leiðbeinanda mínum, fyrir yfirlestur, ábendingar við ritgerðarskrifin og uppbyggilega gagnrýni. Einnig þakka móður minni, Svönu Bjarnadóttur, sem hefur alltaf verið mín helsta hvatning í lífinu, fyrir stuðning og yfirlestur. Að lokum vil ég þakka kærastanum mínum, Bergsteini Ingólfssyni, systur minni, Rannveigu Árnadóttur, og vinkonum mínum fyrir andlegan stuðning og hvatningu.

# Efnisyfirlit

Inngangur .....	7
1 Meðvirkni.....	9
1.1 Hvað er meðvirkni?.....	9
1.2 Skilgreining á hugtakinu meðvirkni .....	10
1.3 Hvernig á að greina og meðhöndl a meðvirkni?.....	17
1.4 Varnarhættir .....	20
1.5 Fjölskyldusjúkdómur .....	22
2 Óæskilegur stuðningur .....	26
3 Gagnrýni á hugtakið meðvirkni.....	29
4 Úrræði fyrir aðstandendur áfengis- og vímuefnasjúkra.....	33
4.1 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ).....	33
4.2 Foreldrahús.....	33
5 Sjálfshjálparhópar .....	35
5.1 Al-Anon.....	35
5.2 Alateen .....	35
5.3 Coda .....	36
5.4 Lausnin .....	36
6 Starf félagsráðgjafa .....	37
Samantekt og niðurstöður .....	38
Umræður .....	41
Heimildaskrá.....	42

## Myndaskrá

Mynd 1 Tíðni mismunandi einkenna meðvirkni.....	11
---	----

## Inngangur

Ritgerð þessi fjallar um meðvirkni (e. *codependency*) út frá skilgreiningum. Ætla má að margir hafi heyrt þetta hugtak áður en fáir vita hvað felst í því að vera meðvirkur. Hugtakið hefur þróast seinustu árin meðal fræðimanna, en áður fyrr voru einungis konur vímuefnasjúkra talðar meðvirkar (Irwin, 1995). Um þessar mundir hafa skilgreiningar á meðvirkni þróast frá því að tengjast einungis mökum og börnum vímuefnasjúkra og yfir í að tengjast mörgu öðru en vímuefnasýki (Doweiko, 2006). Fjallað verður um þá varnarhætti sem fólk með einkenni meðvirkni geta þróað með sér en varnarhættirnir eru taldir algengari hjá fjölskyldumeðlimum vímuefnasjúkra (Gavriel-Fried og Teichman, 2007). Farið verður í hugtakið óæskilegan stuðning sem er nálskylt hugtakinu meðvirkni. Einnig verður sagt fá þeirri gagnrýni sem fræðimenn hafa varpað fram varðandi kenningar um meðvirkni. Fjallað er um þau úrræði og sjálfshjálparhópa sem eru til fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra til þess að vinna með einkenni um meðvirkni.

Rannsóknarspurningar:

- Er meðvirkni sjúkdómur?
- Hvað gerir það að verkum að fólk þróar með sér einkenni meðvirkni?
- Hver er munurinn á meðvirkni og óæskilegum stuðning?

Ástæðan fyrir vali mínu á að skrifa um meðvirkni er persónuleg reynsla mín af viðfangsefninu. Sjálf ólst ég upp við vímuefnasýki annars foreldris sem hafði áhrif á líðan mína og hegðun á unglingsárunum.

Stuðst er við erlendar rannsóknir, fræðigreinar og fræðibækur tengdar efninu, bæði gamlar og nýjar, til þess að skoða hvernig skilgreining hugtaksins hefur þróast. Annað efni á veraldarvefnum er einnig nýtt við.

Ritgerðin skiptist í níu kafla. Fyrsti kaflinn fjallar um skilgreiningar á meðvirkni, hvað meðvirkni er og hvernig skilgreining á meðvirkni hefur breyst. Einnig verður farið yfir hvernig á að meðhöndla meðvirkni, hvernig best er að aðstoða aðstandendur þegar þeir sýna einkenni meðvirkrar hegðunar. Varnarhættirnir eru hluti af meðvirkni og fjallað verður um algengstu einkenni þeirra og hvernig þeir geta birst hjá meðvirkum einstaklingum. Síðan verður fjallað um kenningar um

meðvirkni sem fjölskyldusjúkdóm þar sem rannsóknir hafa sýnt að vímuefnasýki snertir ekki aðeins þann vímuefnasjúka, heldur alla fjölskylduna í heild. Annar kafli fjallar um óæskilegan stuðning sem er hluti af meðvirkni, eini munurinn á skilgreiningum á þessum tveimur hugtökum er að óæskilegur stuðningur er meðvituð hegðun á meðan meðvirkni er ómeðvituð hegðun.

Í þriðja kafla er fjallað um þá gagnrýni sem hefur komið á hugtakið meðvirkni og um einkenni meðvirkni. Í fjórða kafla er farið yfir helstu úrræði sem eru í boði hérlendis fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra sem upplifa einkenni um meðvirkni. Í fimmtra kafla er greint frá helstu sjálfshjálparhópum sem eru hérlendis fyrir þá sem eru aðstandendur vímuefnasjúkra og þá sem vilja læra að þróa heilbrigtsamband við ástvini sína þar sem einhvers konar óvirkni er til staðar eins og hegðunar- eða vímuefnavandi. Í sjötta kafla er farið yfir starf félagsráðgjafa og þá þjónustu sem þeir bjóða upp á fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra. Í sjöunda kafla er samantekt á innihaldi fræðiritgerðarinnar og rannsóknarspurningum svarað. Í áttunda kafla eru lokaorð þar sem fjallað verður um hvers rannsakandinn varð vísari við gerð ritgerðarinnar.

# 1 Meðvirkni

Í þessum kafla verður fjallað um kenningar og skilgreiningar á hugtakinu meðvirkni. Stuðst verður við rannsóknir sem gerðar hafa verið á einkennum meðvirkni og hvernig niðurstöður þeirra hafa breytt skilgreiningum á meðvirkni. Farið verður í hvernig hægt er að þekkja og meðhöndla meðvirkni samkvæmt rannsóknum og hvernig vímuefnasýki hefur ekki einungis áhrif á einstaklinginn sjálfan heldur alla fjölskylduna (Doweiko, 2006; Meyers, Apodaca, Flicker og Slesnick, 2002). Farið verður nánar út í hvernig áfengis- og vímuefnasýki hefur áhrif á alla fjölskyldumeðlimi út frá fjölskyldusjúkdómslíkaninu (Meyers, Apodaca, Flicker og Slesnick, 2002). Einnig verður fjalla um varnarhættina sem algengt er að finna merki um hjá einstaklingum sem búa við vímuefnasýki (Gavriel-Fried og Teichman, 2007).

## 1.1 Hvað er meðvirkni?

Meðvirkni felst í því þegar þörfum tveggja einstaklinga er mætt á óheilbrigðan hátt (Doweiko, 2006). Með því er átt við að einstaklingur sem er með lágt sjálfsálit setur valdið um það hvað honum finnst og hvernig honum líður í hendur annars. Yfirleitt er viðkomandi sjálfhverfur og hefur þörf fyrir að líða eins og hann sé sérstakur, vímuefnasjúklingar er ein tegund af slíkum einstaklingum (Cermak, 1986). Þeir sem þjást af vímuefnasýki eru háðir áfengi, tóbaki eða ólöglegum vímugjöfum. Dæmi um ólögleg vímuefni eru kókaín, ópíum og kannabis (Velferðarráðuneytið, e.d.). Þegar minnst er á vímuefnasýki í ritgerðinni er átt við þá sem eru háðir áfengi eða ólöglegum vímuefnum.

Orðið meðvirkni er notað til þess að skýra eðlilegar tilfinningar og hegðun við óvenjulegar aðstæður. Með því að útskýra fyrir einstaklingum að þetta geti verið eðlileg viðbrögð getur einstaklingurinn farið að einbeita sér að því að breyta sér og sinni eyðileggjandi hegðun gagnvart óvirkum aðstæðum (Morgan, 1991, bls. 722). Óvirkar aðstæður felast meðal annars í því að búa við vímuefnasýki fjölskyldumeðlims. Með óvirkum aðstæðum er átt við aðstæður sem einkennast oft af bráðum áföllum, eins og líkamlegu og andlegu ofbeldi, tilfinningalegum svikum, fordómum og vanmátt gagnvart aðstæðunum, þar sem einstaklingurinn hefur enga

stjórn yfir því sem gengur á (Harter og Vanecek, 2000; Fuller og Warner, 2000; Cermak, 1986).

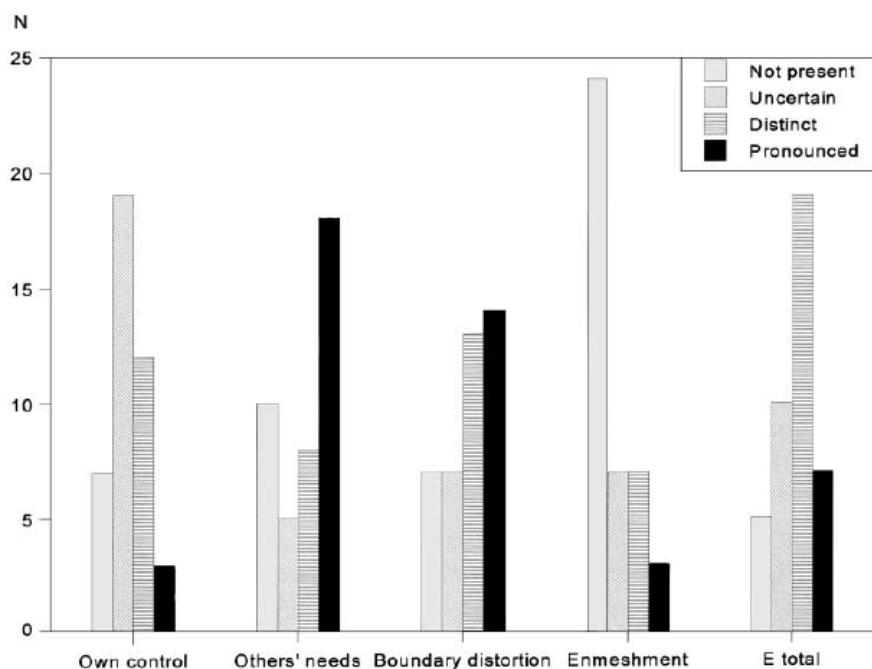
Einkenni meðvirkni skiptast helst í þrjá flokka, afneitun eða blekkingu, tilfinningalega kúgun og áráttu (Cruse-Wegscheider og Cruse, 1990). Afneitun eða blekking felur í sér að einstaklingurinn sér ekki heildarmyndina í þeim aðstæðunum sem hann býr við. Einstaklingurinn notast ekki við allar upplýsingarnar sem eru til staðar og sér einungis það sem hann vill sjá. Einstaklingurinn býr til sinn eigin sannleika út frá því sem hann vill að sé satt frekar en að horfast í augu við það sem er satt. Dæmi um þetta er þegar börn eru kynferðislega misnotuð búa þau sér oft til ímyndaðan heim þar sem þau geta forðast það slæma sem er verið að gera við þau (Trivers, 2000; Cruse-Wegscheider og Cruse, 1990). Tilfinningaleg kúgun er það þegar einstaklingur aftengir tilfinningar sínar sem tengjast því sem er að gerast, en það gerir það að verkum að einstaklingurinn veit ekki hvernig honum líður. Þegar tilfinningum eru ekki sýnd viðbrögð gleymir fólk hvernig á að takast á við þær. Þessar bældu tilfinningar geta komið út sem hroki, stjórnsemi og einangrun ef ekki er tekist á við þær og reynt að vinna úr þeim. Árátta getur átt orsök í bældum tilfinningum sem fólk hefur ekki fengið útrás fyrir. Þessar áráttur eru til dæmis tilhneiting til að fara út í vímuefnaneyslu eða taka upp óæskilega hegðun eins og að fara í óheilbrigtsamband einungis til þess að losna frá kvölinni sem hann finnur innra með sér (Cruse-Wegscheider og Cruse, 1990).

## 1.2 Skilgreining á hugtakinu meðvirkni

Ekki er til nein ein stöðluð skilgreining á hugtakinu meðvirkni. Í grófum dráttum snýst meðvirkni um einstakling sem er tilfinningalega háður öðrum einstakling eða hlut, hann reynir að stjórna hegðun annarra í kringum sig, þarf samþykki annarra vegna lítils sjálfsmats og sjálfstrausts og á það til að gera persónulegar fórnir í lífi sínu í tilraun til þess að hafa áhrif á líðan þess veika (Doweiko, 2006). Þeir sem eru meðvirkir hugsa oft sem svo að það sé ekki í lagi fyrir þá að finna til, eiga vandamál eða hafa gaman. Það sé ekki hægt að elска þá, þeir séu ekki nógu góðir og beri ábyrgð ef aðrir hegði sér illa. Þegar hugsanir á borð við þessar ásækja fólk er hugsanlegt að um meðvirkni sé að ræða (Doweiko, 2006, bls. 322).

Rannsókn sem gerð var á 41 ættingjum vímuefnasjúkra, þar sem 29 voru makar en 12 voru annaðhvort börn eða foreldrar. Þar voru einkenni meðvirkni skoðuð og hvaða einkenni ættingjarnir þurftu að glíma við. Gefnir voru fjórir valkostir til þess að skýra hvort einkennið eigi við einstaklinginn eða ekki. Þeir eru: ekki til staðar (e. *not present*), ekki vitað (e. *uncertain*), greinilegur (e. *distinct*) og áberandi (e. *prounounced*). Fram kemur í stöplaritinu hér að neðan að algengasta einkennið er að ættingjarnir settu þarfir annarra fram fyrir eigin þarfir (e. *other needs*) og á eftir því kom einkennið röskuð mörk (e. *boundary distortion*), eða þeir áttu erfitt með að setja ættingja sínum mörk. Hin einkenninn eru að hafa stjórn á sjálfum sér (e. *own control*) og þegar einstaklingur tileinkar sér tilfinningar annars einstaklings sem sínar eigin (e. *enmeshment*) (Zetterlind og Berglund, 1999).

**Mynd 1 Tíðni mismunandi einkenna meðvirkni**



Í kringum 1930 fengu vímuefnasjúklingar meðferð við sjúkdómi sínum á sjúkrahúsum. Þá tóku félagsráðgjafar viðtöl við maka þeirra og fylgdust með ástandi þeirra og hvaða áhrif vímuefnasýkin hafði á makana og hjónabandið. Félagsráðgjafarnir tóku aðallega eftir fjórum einkennum. Þau voru árásargirni, stjórnun, mökunum fannst réttlætanlegt að refsa þeim vímuefnasjúku, fundu bæði fyrir ást og hatri gagnvart maka sínum og masókisma eða sjálfspíslahvöt (McCrady, Ladd og Hallgren, 2012). Hugtakið meðvirkni kom samt sem áður ekki til sögunnar

fyrr en seint á sjöunda áratug síðustu aldar. Á áttunda áratugnum var fyrst farið að taka eftir því að makar vímuefnasjúkra höfðu ekki endilega þróað með sér þessi einkenni í sambandi við vímuefnasjúkan einstakling heldur í æsku við það að alast upp með foreldri sem var vímuefnasjúkt (Irwin, 1995).

Fagaðilar sem störfuðu við meðferð vímuefnasjúkra urðu varir við að aðstandendur þróuðu með sér einkenni meðvirkni (Black, 1991). Börn sem alast upp við vímuefnasýki eru líklegri til þess að fara í ákveðin hlutverk í uppeldi sínu til þess að komast af. Félagsráðgjafinn Sharon Wegscheider-Cruse kom með nokkur hlutverk yfir börn vímuefnasjúkra árið 1990, sem þau bregða sér í til þess að forðast veruleikann sem þau búa við. Fjölskylduhetjan (e. *family hero*) tekur snemma ábyrgð á fjölskyldunni og því sem þarf að gera innan hennar. Blóraböggullinn (e. *scapegoat*) er barnið sem vill helst ekki umgangast fjölskyldu sína og lokar sig af, það er reitt yfir því að finnast það ekki tilheyra fjölskyldunni og er yfirleitt kennt um allt sem fer úrskeiðis. Barnið sem fer í þetta hlutverk leiðist yfirleitt út í vímuefnaneyslu. Týnda barnið (e. *lost child*) aðlagast aðstæðunum hverju sinni og er mikið eitt. Barnið sem fer í þetta hlutverk er oft vanrækt. Trúðurinn (e. *mascots*) er barnið sem nýtur mikillar athygli og notast við brandara og stríðni til þess að leiða fjölskyldumeðlimi frá raunverulega vandanum. Þessi börn eru hins vegar oft full af ótta og einmannaleika (Cruse- Wegscheider og Cruse, 1990; Vernig, 2011).

Þá var félagsráðgjafi í Bandaríkjunum að nafni Claudia Black sem þróaði fjölskyldumeðferð þar sem makar og börn vímuefnasjúkra gátu komið og unnið í sjálfum sér (Black, 1991). Black tók sérstaklega vel eftir þrem hlutverkum hjá ungum börnum vímuefnasjúkra sem komu í meðferð til hennar en það voru hlutverkin *ábyrga barnið, aðlagarinn og hugarinn*. Ábyrga barnið (e. *the responsible one*) var oftast elsta barnið sem tók ábyrgð á allri fjölskyldunni, að allt yrði gert inni á heimilinu og hugsaði um yngri systkini sín. Aðlagarinn (e. *the adjuster*) var oftast barn númer tvö eða einkabarn, það fylgdi einfaldlega öllu sem því var sagt að gera og aðlagaðist umhverfinu hverju sinni. Hugarinn (e. *the placater*) var barnið sem reyndi iðulega að láta öllum líða sem best innan fjölskyldunnar, hlustaði á vandamál allra og tók þau á sig (Black, 1991). Það sem Black komast einnig að þegar hún fór að tala við uppkomin börn vímuefnasjúkra var að þau virtust ekki eiga við nein vandkvæði að stríða út frá því að hafa alist upp við vímuefnasýki. Þau töluðu yfirleitt

ekki um vandamálin sem áttu sér stað innan fjölskyldunnar á uppeldisárunum. Þetta voru ekki einstaklingar sem voru til vandræða í samféluginu, þetta voru fyrirmynnar samfélagsþegnar (Black, 1991).

Rannsóknir hafa verið gerðar á hlutverkaskiptingu Black (1991) og Cruse-Wegscheider (1990). Í rannsókn sem gerð var á hlutverkaskiptingu innan fjölskyldna fannst munur á sjálfstrausti milli hlutverka. Þeir sem voru flokkaðir sem hetjan eða trúðurinn voru með hærra sjálfstraust en þeir sem voru flokkaðir sem blórabögullinn eða týnda barnið (Williams og Potter, 1994). Í rannsókn sem gerð var á bæði fjölskyldum þar sem vímuefnavandi var til staðar og þar sem hann var ekki til staðar, fannst enginn munur á þessum tveimur gerðum af fjölskyldum. Hlutverkin voru sem sagt alveg jafnt bundin heimilum þar sem var enginn vímuefnavandi eins og á heimilum þar sem var vímuefnavandi. Munur fannst hins vegar á heimilum þar sem ýmiss konar óvirkni var til staðar, eins og andleg- og líkamleg misnotkun, skilnaður og tilfinningalegt óöryggi, og á þeim heimilum þar sem óvirknin var ekki til staðar. Þessar niðurstöður gefa til kynna að notkun á hlutverkaskiptingu ætti frekar að tengja við óvirkar heimilisaðstæður en vímuefnavanda foreldrís, því að það þarf ekki vímuefnasjúkt foreldri til þess að barn þrói með sér einkenni meðvirkni (Alford, 1998). Í rannsókn sem var framkvæmd á fullorðnum einstaklingum þar sem saga var um vímuefnafíkn í fjölskyldunni, voru einstaklingarnir valdir úr hópi þeirra sem sóttu fundi hjá Al-anon og ACOA sem eru stuðningshópar fyrir aðstandendur vímuefnasjúklinga. Niðurstöðurnar voru þær að hlutverkaskiptingin átti ekki endilega við í þeirri röð sem börnin fæddust inn í fjölskylduna. Kynjaskipting fannst hins vegar, algengast var að konur væru í hlutverki týnda barnsins og karlar í hlutverki trúðsins (Veronie og Fruehstorfer, 2001; Goglia, Jurkovic, Burt og Burge-Callaway, 1992).

Samkvæmt Harold E. Doweiko í bókinni *Concepts of Chemical Dependency* er til svokallaður hringur meðvirkni. Í fyrsta lagi þarf einstaklingurinn að þjást af lágu sjálfstrausti til þess að þróa með sér einkenni meðvirkni, einstaklingurinn þarf stuðning og utanaðkomandi viðurkenningu frekar en sjálfsviðurkenningu. Einstaklingurinn þarf að vera tilfinningalega háður öðrum einstaklingi til þess að þróa með sér meðvirkni. Einstaklingurinn trúir því að hann þoli ekki höfnun frá maka, einstaklingurinn forðast að tala um vandamál sem gæti stofnað sambandinu í hættu

og síðan er það þegar einstaklingnum finnst hann vera valdalaus og allt sjálfsálit er horfið. Ef einstaklingurinn nær að forðast eitthvað af þessum stigum er hringurinn rofinn (Doweiko, 2006).

Árið 1986 setti fræðimaðurinn Timmen L. Cermak fram tillögu um að meðvirkni yrði sett inn í DSM III sem persónuleikaröskun en hann skilgreindi meðvirkni sem einkenni sem breyttu persónuleika einstaklingsins, sem mætti finna í flestum fjölskyldumeðlimum sem búa þar sem vímuefnasýki er til staðar. Fjölskyldumeðlimir sem eru óstarfhæfir vegna einkenna meðvirkni falla undir greininguna blönduð persónuleikaröskun sem skilgreind er í DSM III (Cermak, 1986). Hans tillaga hljómaði þannig að ef einstaklingur sýndi einhver eftirfarandi fjögurra einkenna þá ætti hann hugsanlega við meðvirkni að striða:

- ef einstaklingur dregur úr sjálfsáliti sínu til þess að stjórna bæði sjálfum sér og öðrum til þess að draga úr skaðsemi afleiðinga
- ef einstaklingum finnst hann bera ábyrgð á að mæta þörfum annarra fram yfir sínar eigin
- ef einstaklingur er haldinn kvíða eða getur ekki sett mörk þegar kemur að nánd eða skilnaði
- ef einstaklingur á í sambandi þar sem persónuleikaröskun, efnafíkn eða aðrar hvatvízar hegðunir er til staðar (Cermak, 1986).

Persónuleikaröskun er skilgreind innan DSM III sem hegðunarmunstur þar sem einstaklingurinn leyfir öðrum að taka ábyrgð á því sem gerist í lífi sínu. Þetta er röskun sem rekja má til lítils sjálfstraust og efasemda um að einstaklingurinn geti verið sjálfstæður. Þetta verður samt ekki röskun fyrr en þetta fer að halda aftur að einstaklingum, valda honum vanlíðan eða rýrir lífsgæði hans (Morgan, 1991).

Timmen L. Cermak (1986) taldi að þessar tvær skilgreiningar, annars vegar á meðvirkni og hins vegar á persónuleikaröskun vera þær sömu. Hann vildi fá meðvirkni skilgreinda sem sjúkdóm svo hægt væri að rannsaka hvort fjölskyldur vímuefnasjúkra þrói með sér greinanleg persónuleikaeinkenni sem eru ósveigjanleg og eigi erfitt með að aðlagast (Cermak, 1986).

Einnig setti Timmen L. Cermak fram lista með atriðum sem var uppkast að greiningarlíkani. Ef þrjú eða fleiri atriði eiga við fólk er það hugsanlega meðvirkkt:

- Að reiða sig á afneitun

- Að fá stórkostleg dramaköst
- Þunglyndi
- Árátta
- Kvíði
- Fíkniefnaneysla
- Að hafa verið (eða vera) fórnalamb líkamlegs eða kynferðislegs ofbeldis
- Streituvaldandi veikindi
- Að hafa verið í sambandi við virkan áfengis- eða fíkniefnaneytandan í að minnsta kosti tvö ár án þess að leita sér hjálpar (Cermak, 1986, bls. 11)

Þrjár aðstæður þar sem einstaklingur getur þróað með sér einkenni meðvirkni eru að vera í nánu sambandi við vímuefnasjúkan einstakling og/eða alast upp við óvirkar fjölskylduaðstæður. Einstaklingar sem hafa búið við slíkar aðstæður hafa líklegast lifað tilfinningalega óheilbrigðu lífi (Doweiko, 2006), til dæmis með því að setja þarfir annarra fram fyrir sínar eigin eða geta ekki sett öðru fólki mörk (Zetterlind og Berglund, 1999). Þriðju aðstæðurnar eru að vera félagslega samþykkur meðvirku hlutverki. Þá er átt við einstaklinga sem hafa lært það að þeir séu ekki þess virði að borin sé virðing fyrir þeim og þeir eigi ekki skilið að áorka einhverju í lífinu (Doweiko, 2006).

Á seinni hluta tuttugstu aldar komu meðferðaraðilar auga á ákveðna algenga hegðun hjá fólki sem var með einkenni meðvirkni. Þeir skiptu hegðuninni niður í hlutverk.

- *Sá sem þjáist í hljóði* (e. *apathetic person*): Þeir sem töluðu ekki um hvernig því leið.
- *Sá sem sækir í samþykki* (e. *approval seeker*): Þeir sem sóttust eftir samþykki frá maka sínum.
- *Umsjónarmaðurinn* (e. *caretaker*): Þeir sem tileinkuðu líf sitt því að sjá um fíkillinn.
- *Sá samseki* (e. *coconspirator*): Þeir sem draga úr fíklínum í von um að breyta honum sem í rauninni ýtir einungis undir óheilbrigðu hegðunina.
- *Stjórnandinn* (e. *controller*): Þeir sem reyna að stjórna hegðun allra annarra í tilraun til að stjórna sínu eigin lífi.

- *Píslarvotturinn* (e. *martyr*): Þeir sem byggja sjálfsmat sitt á því hversu miklu þeir fórna fyrir fíkillinn.
- *Messías* (e. *messiah*): Þeir sem berjast á móti áfengis- og fíkniefnaneyslu fíkilsins sem hefur þau áhrif að fíkillinn þarf aldrei að upplifa afleiðingar neyslu sinnar.
- *Saksóknarinn* (e. *persecutor*): Þeir sem kenna öllum öðrum um vandamálum sem koma upp nema fíklínus og tjá reiði sína og biturð á þann hátt sem píslavotturinn getur ekki gert (Craig, 2004; Ellis McInerney, DiGiuseppe og Yeager, 1988).

Árið 2004 tóku fræðimennirnir Dear, Roberts og Lange saman algengustu skilgreiningarnar á meðvirkni og fundu fjögur þemu. Fyrsta þemað var ofureinbeiting (e. *external focusing*) á hegðun, skoðanir og væntingar annarra og hvernig einstaklingurinn gat látið hegðun sína samræmast þessum skoðunum og væntingum til þess að fá samþykki allra í kringum sig. Annað þemað var sjálfsfórn (e. *self-sacrificing*) þar sem einstaklingurinn fórnar þörfum sínum til þess að uppfylla þarfir annarra. Þriðja þemað var mannleg stjórnun (e. *interpersonal control*) þar sem einstaklingurinn reynir að laga vandamál annarra og stjórna hegðun þeirra. Fjórða þemað var tilfinningaleg bæling (e. *emotional suppression*) þar sem einstaklingurinn bælir eigin tilfinningar og tekst ekki á við þær þangað til þær fara að vera honum um megn (Dear og Roberts, 2005).

Rannsókn var gerð á 257 nemendum á aldrinum 18 til 35 ára þar sem notast var við skala *Potter-Efron Codependency Assessment* og *Spann-Fischer Codependency Scale*. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að þeir sem áttu fjölskyldur þar sem var álag í umhverfinu, eins og vímuefnasýki eða líkamlegir eða andlegir sjúkdómar voru líklegrir til þess að mælast með einkenni meðvirkni en þeir sem ekki bjuggu við ofangreint álag. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu einnig fram á að konur voru líklegrir til þess að vera með einkenni meðvirkni en karlar, því að þær eru líklegrir til þess að vera í umönnunarhlutverki en karlar. Niðurstöðurnar benda til þess að það þurfi ekki endilega vímusjúkt foreldri til þess að einstaklingurinn þrói með sér meðvirkni, það geta verið aðrir álagsþættir eins og líkamlegir og andlegir sjúkdómar (Fuller og Warner, 2000) eða fjarvera fjölskyldumeðlims vegna herþjónustu (McCrady, Ladd og Hallgren, 2012).

### 1.3 Hvernig á að greina og meðhöndla meðvirkni?

Aðstandendur vímuefnasjúkra finna oft fyrir tilfinningum eins og hjálparleysi, reiði, ótta og gremju (Denning, 2010). Til er nokkuð sem kallast meðvirknihreyfingin og er það menningin í kringum meðvirkni og sjálfshjálparbækur sem gefnar eru út af öðrum en fagaðilum. Þær eru gefnar út af einstaklingum sem telja sig hafa einkenni meðvirkni. Þegar meðvirkni er greind og síðan meðhöndlud þarf að gæta þess að greina hana ekki út frá sjálfshjálparbókum. Í sjálfshjálparbókum eru listarnir yfir einkenni meðvirkni endalausir og hver sem er gæti auðveldlega fundið sjálfan sig í þessum atriðum (Denning, 2010).

Fimm atriði þarf að hafa sérstaklega í huga þegar kemur að því að greina og meðhöndla meðvirkni samkvæmt Timmen L. Cermak:

1. Hvort skjólstæðingurinn noti fíkniefni eða áfengi
2. Hvort heimili skjóstæðingsins sé hentugt fyrir bata
3. Hvort skjólstæðingurinn þjáist af áfallastreituröskun
4. Hvort það eigi að nota einstaklings- eða hópméðferð
5. Á hvaða stigi batans skjólstæðingurinn er (Cermak, 1986, bls. 62-63).

Gefnir hafa verið út aðrir viðmiðunarskalar til þess að greina einkenni meðvirkni, dæmi um það er *Spann-Fisher Codependency Scale* (1991) þar sem sett eru fram sextán einkenni meðvirkni og einstaklingurinn á að staðsetja sig frá einum sem þýðir að hann er *mjög ósammála* atriðinu og upp í sex sem þýðir að hann er *mjög sammála* því. Atriðin eru:

- Það er erfitt fyrir mig að taka ákvarðanir.
- Það er erfitt fyrir mig að setja nei.
- Það er erfitt fyrir mig að taka við hrósi.
- Stundum leiðist mér ef ég hef engin vandamál til þess að beina athygli minni að.
- Ég geri hlutina venjulega ekki fyrir fólk sem er megnugt að gera þá sjálft.
- Þegar ég geri eitthvað fallegt fyrir sjálfan mig fæ ég samviskubit.
- Ég hef sjaldan áhyggjur.
- Ég segi sjálfum mér að hlutirnir muni batna þegar fólk ið í lífi mínu breytir því sem það er að gera.

- Ég virðist eiga í sambandi við einstaklinga þegar þeir þurfa á mér að halda en aldrei þegar ég þarf á þeim að halda.
- Stundum einbeiti ég mér svo mikið að einum einstaklingi í lífi mínu að ég vanræki önnur sambönd.
- Ég virðist stofna til sambanda sem eru erfið fyrir mig.
- Ég leyfir öðrum yfirleitt ekki að sjá hver ég er í raun og veru.
- Ef einhver kemur mér í uppnám þá held ég því innra með mér þangað til ég spring.
- Ég virðist gera hvað sem er til þess að forðast málefnalega árekstra.
- Ég hef oft á tilfinningunni yfirvofandi áfall.
- Ég set oft þarfir annarra fram fyrir mínar eigin (Fisher og Crawford, 1991).

Fjölskyldan er yfirleitt það sem fær einstaklinginn til þess að fara í meðferð og þátttaka fjölskyldunnar í meðferð við vímuefnasýki hefur sýnt betri árángur en einstaklingsmeðferðir, bæði fyrir þann vímuefnasjúka og fjölskylduna (McCrady, Ladd og Hallgren, 2012). Eins og sálfræðingurinn Slade (1999) benti á er ekki rökrétt að hugsa um skjólstæðinginn einan, fjölskyldan er heild sem þarf að hafa í huga til þess að halda stöðugleika innan hennar (Slade, 1999).

Samkvæmt rannsókn sem birt var árið 2002 um mismunandi meðferðir á vímuefnasýki þar sem tekið er tillit til fjölskyldunnar er talið að þrjár áhrifaríkustu meðferðir sem innihéldu fjölskylduna væru parameðferð (e. *marital/couples therapy*), samfélagsstyrking og fjölskyldubjálfun (e. *the community reinforcement and family training*) og fjölskyldumeðferð (e. *family therapy*) (Meyers, Apodaca, Flicker og Slesnick, 2002).

Samfélagsstyrking og fjölskyldubjálfun snýst um að þjálfa fjölskylduna til þess að takast á við gömul vandamál án árekstra. Sá vímuefnasjúki fer fyrst í hegðunarþjálfun til þess að reyna að fá hann til þess að fara í meðferð (Meyers og fl., 2002). Fjölskyldunni er kennt hvernig á að brjóta mynstrið sem viðheldur fíknihegðuninni, eins og að kynna þau fyrir afþreyingu sem hægt er að stunda utan heimilisins til þess að keppa við vímuefnanotkunina, koma á jákvæðari samskiptum og þeim er einnig kennt að forðast að koma í veg fyrir að sjúklingurinn finni fyrir neikvæðum afleiðingum fíknarinnar (McCrady, Ladd og Hallgren, 2012). Meðferðin

hefur haft miklar breytingar í för með sér hjá þeim sem kjósa þessa leið. Sem dæmi má nefna færri skilnaði, færri sjúkrahúsðaga og færri drykkjudaga (Meyers og fl., 2002). Þessi aðferð er talin hafa meiri áhrif en þegar fjölskyldumeðlimir sækja sjálfhjálparhópa, eins og Al-anon (McCrary, Ladd og Hallgren, 2012).

Parameðferð snýst um það að fá parið til þess að breyta samskiptamynstrinu, þar sem makar vímuefnafíkla verðalauna oft hegðun þeirra ómeðvitað og það ýtir undir neysluna. Rannsóknir sýna að parameðferð sýnir meiri árangur en einstaklingsmeðferð, þær sýna einnig að meðferðin hjálpar við að koma jafnvægi á sambandið og dregur um leið úr vímuefnafjarveru makans (Meyers og fl., 2002). Rannsókn sem gerð var á 754 pörum sýndi að parameðferð hafði þau áhrif að þau fengu bæði meiri ánægju út úr sambandinu eftir meðferðina, drykkjan minnkaði og neikvæðar afleiðingar hennar minnkuðu (McCrary, Ladd og Hallgren, 2012).

Meðal kenninga um fjölskyldumeðferð eru fjölskyldusjúkdómslíkanið (e. *family disease model*), fjölskyldukerfislíkanið (e. *family systems theory*) og hegðunarvandi fjölskyldunnar (e. *behavioral family theory*). Fjölskyldusjúkdómslíkanið gengur út frá því að bæði sá vímuefnasjúki og fjölskylda hans þjáist af sjúkdómi, sá vímuefnasjúki þjáist af vímuefnafíkn og fjölskyldan meðvirkni. Vímuefnasjúki einstaklingurinn og fjölskyldumeðlimir eru meðhöndlæðir hver í sínu lagi. Fjölskyldukerfislíkanið lýsir fíkn vímuefnasjúka einstaklingsins sem einkennist af óheilbrigðu mynstri sem er innan fjölskyldunnar. Fjölskyldan aðlagast hegðun vímuefnaneytandans og hjálpar við að viðhalda fíkniefnaneyslunni (Meyers og fl, 2002). Fjölkyldekerfislíkanið byggist á því að hegðun sé lærð og gangi til næstu kynslóða og að hegðun fjölskyldunnar og einstakra einstaklinga innan hennar orsaki óæskilega hegðun (Prest og Protinsky 1993). Fjölskyldan fer öll saman í meðferð til þess að endurskilgreina hlutverk hvers og eins innan fjölskyldunnar. Hegðunarvandi fjölskyldunnar snýst um að þegar sá vímuefnasjúki býr á hamingjusömu heimili er hann ólíklegr til þess að falla og þess vegna vinna meðferðaraðilar að því að kenna heilbrigða samskiptatækni og tækni til þess að verðlauna þegar vímuefnasjúklingurinn er allsgáður. Rannsóknir á fjölskyldumeðferð hafa sýnt að hún hefur meiri áhrif á unglings en þá fullorðnu sem eru í vímuefnanotkun, aðallega vegna þess að stuðningur fjölskyldunnar skiptir miklu máli og unglings eru líklegr til þess að eiga foreldra sem vilja hjálpa og unglingsarnir eru í flestum tilvikum ekki eins

langt leiddir og fullorðna fólkvið (Meyers og fl., 2002; McCrady, Ladd og Hallgren, 2012).

## 1.4 Varnarhættir

Varnarhættir (e. *defense mechanisms*) er hugtak sem var fyrst sett fram árið 1894 (Cramer, 1991). Þeir voru þróaðir og rannsakaðir af Sigmund Freud en dóttir hans, Anna Freud hélt svo áfram að þróa hugmyndina eftir að faðir hennar lést (Cramer og College, 2000). Freud hafði mikinn áhuga á því að rannsaka hvernig einstaklingurinn notaði mismunandi hegðun til þess að skyggja á sársauka. Freud skipti persónuleikanum upp í þrjá þætti, þaðið, sjálfið og yfirsjálfið. Sjálfið (e. *ego*) er að hluta til meðvitað og er skynsemisröddin innra með okkur. Freud hafði áhuga á að skoða hvernig sjálfið tókst á við hvatir sem ekki voru taldar æskilegar. Hvatur eins og kynferðislegar og árásarhneigðar langanir sem hann taldi mikilvægar í mótu persónuleikans (Baumeister, Dale og Sommer, 1998; Cramer, 1991). Varnarhættirnir snúast um að koma í veg fyrir neikvæðar tilfnningar með því að finna fyrir neikvæðum áhrifum eins og kvíða og samviskubiti. Með öðrum orðum eru tilfinningar eins og kvíði og samviskubit verndandi tilfinningar sem vernda sjálfið (Cramer, 1991).

Rannsókn sýndi að varnarhættirnir finnast frekar hjá börnum vímuefnasjúkra foreldra en börnum sem eiga foreldra sem eiga ekki við vímuefnasýki að stríða. Skýringar á þessu má finna í því að börn vímuefnasjúkra einstaklinga þroskast oft fyrr en önnur börn. Þau eru einnig líklegri til þess að þróa með sér mismunandi viðbrögð við aðstæðum heima fyrir til þess að mynda ákveðinn stöðugleika hjá sjálfum sér því þau þroskast yfirleitt hraðar (Gavriel-Fried og Teichman, 2007).

Varnarhættirnir eru sex samkvæmt rannsókn Baumeister, Dale og Sommer (1998). Þeir eru vörpun, tilfærsla, eyðilegging, einangrun, göfgun og afneitun (Baumeister, Dale og Sommer, 1998).

Vörpun (e. *projection*) er þegar einstaklingur sér eigin einkenni í öðru fólk. Einstaklingurinn sér ekki þessi einkenni hjá sjálfum sér og að sjá þessi einkenni hjá öðrum getur ýtt undir að hann forðast að fást við þessi einkenni hjá sjálfum sér. Einstaklingurinn notar vörpun til þess að finnast hann líkari öllum öðrum eða venjulegur. Þegar talað er um einkenni geta það verið einkenni eins og óvæntar

tilfinningar, óskir og hvatir. Þessi varnarháttur verndar einstaklinginn fyrir kvíðanum sem fylgir því að vera öðruvísí (Baumeister, Dale og Sommer, 1998; Cramer 1991).

Tilfærsla (e. *displacement*) er þegar hvatir einstaklings beinast að öðrum en þeim sem þær ættu að beinast að. Sem dæmi má nefna það ef einstaklingur hefur ofbeldishvatir gagnvart föður sínum en tæki þær útá lögreglumönnum (Baumeister, Dale og Sommer, 1998).

Eyðilegging (e. *undoing*) er þegar einstaklingurinn reynir að breyta því sem hefur gerst í fortíðinni, sem er ekki hægt. Einkum atburðum sem hafa valdið honum ógæfu og vanlíðan. Einstaklingar sem nota þennan varnarhátt þjást yfirleitt af þráhyggju yfir þessum liðna atburði sem þeir vildu að hefði aldrei gerst (Baumeister, Dale og Sommer, 1998).

Einangrun (e. *isolation*) er þegar einstaklingur býr til gjá á milli ógnandi hugsana og annarra hugsana og/eða tilfinninga. Hann leyfir ekki ógnandi hugsunum sem tengjast einhverri sýn eða athöfn að blandast við aðrar hugsanir sínar (Baumeister, Dale og Sommer, 1998).

Göfgun (e. *sublimation*) er þegar einstaklingur tekur óásættanlegar hugsanir, langanir og tilfinningar og notar þær í þágu samfélagsins, til að gera eitthvað göfugt. Sem dæmi má nefna þegar listamenn nota kynferðislegar langanir í verk sín, beita kynferðisorku sinni á annan hátt (Baumeister, Dale og Sommer, 1998).

Afneitun (e. *denial*) er þegar einstaklingurinn lokar á raunveruleikann og neitar að takast á við hann. Einnig á þetta við þegar einstaklingur lokar á hvatir sínar og neikvæð viðhorf sem koma frá öðrum. Ef einstaklingurinn lokar ekki á þessar hvatir eða neikvæð viðhorf og viðurkennir það fyrir sjálfum sér, getur það orsakað uppnám hjá honum. Ekki er mikill munur á afneitun og bælingu, en bæling er þegar einstaklingur bælir niður ógnandi tilfinningar, minningar og kröfur (Baumeister, Dale og Sommer, 1998; Cramer 1991).

Varnarhættina er hægt að tengja við aðrar sálfræðilegar breytur. Eins og til dæmis kvíða, félagslega hæfni, félagslega einangrun, skort á stjórnun, viðhorf einstaklingsins til sín sjálfs og persónuleika á unglingsárum (Cramer, 1991). Samkvæmt rannsóknum skiptir fjölskyldubakgrunnur máli þegar kemur að þróun varnarhátta einstaklingsins. Þau börn sem upplifa slæma reynslu inni á heimilinu eru líklegri til þess að notast við afneitun og þeir unglungar sem fengu strangt uppeldi

voru líklegri til þess að snúast gegn foreldrum sínum (Miller and Swanson, 1960). Þeir unglingsar sem áttu föður sem var strangur við þá voru líklegri til þess að notast við varnarhættina tilfærslu, vörpun og einangrun en aðrir unglingsar. Einnig voru þeir unglingsar sem áttu föður sem var við slæma heilsu eða móður sem var sálfræðilega óstöðug líklegri til þess að efast um sjálfa sig en aðrir unglingsar (Weinstock, 1967-a, Weinstock, 1967-b). Þeir unglingsar sem áttu móður sem var með lága greindarvísitölu, neikvætt viðhorf eða gagnrýnið viðhorf voru líklegri til þess að notast við varnarhætti almennt en aðrir unglingsar (Weinstock, 1967-a; Weinstock, 1967-b; Haan, 1974).

## 1.5 Fjölskyldusjúkdómur

Eins og gerð er grein fyrir hér að ofan snýst fjölskyldusjúkdómslíkanið (e. *family disease model*) um að bæði sá vímuefnasjúki og fjölskyldumeðlimir hans séu með sjúkdóm, sá vímuefnasjúki er með vímuefnafíkn og fjölskyldumeðlimir eru með meðvirkni (Meyers og fl., 2002).

Talið er að eitt af hverjum sex börnum í Bandaríkjunum alist upp við vímuefnasýki að minnsta kosti af hálfu annars foreldris (Doweiko, 2006, bls. 330). Börn vímuefnasjúkra einstaklinga þurfa oft að taka ábyrgð á heimilislífinu og ná þá ekki að þroska sjálf sig eins og ætla mætti. Þegar kemur að makavali barna vímuefnasjúkra verður yfirleitt fyrir valinu einstaklingur sem er á sama tilfinningalega þroskastigi og einstaklingurinn sjálfur. Þá getur það gerst að börn vímuefnasjúkra aftengjast foreldrinu þegar þau eldast en finna sér maka sem er álíka tilfinningalega skemmdur og foreldrið. Þegar börn vímuefnasjúklinga giftast öðrum vímuefnasjúklingum viðhelst þessi tilfinningalega bæling, hvorugur aðillinn getur þroskast tilfinningalega því að það stefnir sambandinu í hættu. Það sem einkennir þessi hjónabönd er stjórnun og tilfinningaleg kúgun (Doweiko, 2006; McCrady, Ladd og Hallgren, 2012). Ótti er eitt tæki sem mótar fjölskyldur vímuefnasjúkra, óttinn við að sá vímuefnasjúki falli eða fari ef aðrir fjölskyldumeðlimir gera ekki eins og sá vímuefnasjúki segir.

Rannsókn var gerð árið 1991 af Deborah Lyon og Jeff Greenberg sem hét *Evidence of codependency in women with an alcoholic parent: Helping out Mr. Wrong*. Rannsakað var hvort dætur vímuefnasjúkra einstaklinga myndu hjálpa manni

sem var láttinn líta út eins og hann gæti ekki átt heilbrigð samskipti eða manni sem gæti átt í heilbrigðum samskiptum. Dætur vímuefnasjúkra voru líklegri til þess að hjálpa þeim sem þær gátu hugsanlega „bjargað“, en börn sem áttu foreldra sem áttu ekki við vímuefnavandamál að stríða hjálpuðu frekar manninum sem gat átt í heilbrigðum samskiptum (Deborah og Greenberg, 1991).

Börn vímuefnasjúkra einstaklinga læra að setja þarfir annarra fram fyrir sínar eigin þarfir. Með þessum skilaboðum verða børn vímuefnafíkla ekki eins sjálfstæð og óháð öðrum. Skilaboðin að setja þarfir annarra fram fyrir sínar eigin getur barnið túlkað á þann hátt að ef það geri það ekki muni engum þykja vænt um það. Það getur þróað með sér tilfinningar eins og að finnast það ekki virðingarinnar virði, skemmt og að það geti ekki tekist á við neitt (Doweiko, 2006). Einnig eru børn vímuefnasjúkra líklegri til þess að þróa með sér vímuefnafíkn (Sher, 1997; McNamee og Offord, e.d.; Vaillant, 1983). Tvær rannsóknir voru framkvæmdar á árunum 1939-1944 á 268 drengjum annars vegar og 456 drengjum hins vegar sem komu frá heimilum þar sem vímuefnasýki var til staðar. Samkvæmt þessum rannsóknum voru þeir drengir sem ólust upp við vímuefnasjúkt foreldri líklegir til þess að þróa með sér vímuefnasýki sjálfir (Vaillant, 1983). Sams konar langtímarannsókn sem var framkvæmd á 125 börnum alkóhólista sýndi að þegar børn komast í snertingu við alkóhólisma eru þau líklegri til þess að þróa hann með sér sjálf (Hill, Shen, Lowers og Locke, 2000). Aðrar rannsóknir gefa til kynna að fíkn erfist og tengist ekkert endilega umhverfi okkar. Rannsókn sem gerð var á 3372 karlkyns tvíburum gaf til kynna að fíkn er að mestu leyti í erfðum okkar en stjórnist þó eitthvað af umhverfinu sem við búum í (Tsuang, Lyons, Meyer, Doyle, Eisen, Goldberg, True, Lin, Toomey og Eaves, 1998).

Árið 2001 kom út bókin *Fíkniefni og forvarnir: handbók fyrir heimili og skóla*, þar er fjallað um meðvirkni. Talið er að um það bil 57% unglunga á Íslandi sem eiga við fíkniefnavanda að stríða komi frá heimilum þar sem fíkniefnavandi er til staðar og hafa þessir unglungar komist í snertingu við ýmis meðvirknisvandamál inni á heimilinu. Með meðvirknisvandamálum er átt við helstu einkenni sem eru talin eru upp fyrir meðvirkni hjá unglungum. Unglingurinn hefur lítið jálfssálit sem má tengja við að honum finnst hann bera ábyrgð á drykkju foreldra sinna. Hann tekur ábyrgð á þörfum annarra og reynir að þóknast þessum þörfum sem leiðir til þess að hann

neitar sínum eigin þörfum. Unglingurinn á erfitt með að mynda náin tilfinningartengsl og setja mörk. Unglingurinn afneitar því að það sé eitthvað að inni á heimilinu og að það sem sé í gangi hafi einhver áhrif á hann. Unglingurinn getur einnig sýnt einkenni áfallastreituröskunar, kvíða og sállíkamleg eða álagseinkenni (Helga Hannesdóttir, 2001).

Rannsóknir sýna að börn sem alast upp á heimili þar sem vímuefnavandamál eru til staðar eru líklegri til þess að vera beitt líkamlegu, kynferðislegu og andlegu ofbeldi en börn sem alast ekki upp við vímuefnavandamál (Doweiko, 2006; Harter og Vanecek, 2000). Ofbeldi og vanræksla getur valdið alls konar vesöld hjá börnum eins og kvíða, sjálfsmorðshugsunum og sjálfsmorðstilraunum, áfallastreituröskun og vímuefnamisnotkun (Doweiko, 2006).

Í rannsókn Sher, *Psychological Characteristics of Children of Alcoholics*, fjallar hann um þrjú helstu einkenni barna vímuefnasjúkra: taugaveiklun, hvatvísí og félagslyndni. Taugaveiklun (e. *neuroticism*) í börnum vímuefnasjúkra má rekja til kvíða og þunglyndis hjá foreldrum barnanna. Börn sem glíma við þessi einkenni geta leiðst út í drykkju til þess að forðast að takast á við vandamálin. Börn vímuefnasjúkra eru einnig með lægra sjálfssálit en börn sem eiga ekki foreldra sem eru vímuefnasjúkir. Lágt sjálfssálit getur orsakað taugaveiklun og þunglyndi (Sher, 1997). Hvatvísí (e. *impulsivity*) er einkenni sem á hvað mest við börn vímuefnasjúkra. Margar rannsóknir hafa sýnt að félagsfælni, árásagirni og hvatvísí geta einkennt börn vímuefnasjúkra og einnig geta þessi einkenni sagt til um hvort barnið eigi eftir að þróa með sér vímuefnasýki (Sher, 1997). Félaglyndni (e. *sociability*) er einkenni sem felst í því að vilja tilheyra hóp, stjórnun og orku. Þetta einkenni hefur ekki fundist meira hjá börnum vímuefnasjúkra en öðrum börnum. Þetta einkenni spáir hins vegar til um tíðni ölvunar og drykkjuvandamála í framtíðinni hjá börnum vímuefnasjúkra. Þar sem þessi börn eru líklegri til þess að tilheyra félagsskap sem inniheldur mikla drykkju (Sher, 1997). Einkenni eins og erfiðleikar með að greina og lýsa tilfinningum, lítil sjálfsstjórn og sjálfsvitund passa ekki inn í þessa þrjá flokka hér að ofan en þessi einkenni hafa rannsóknir sýnt að greina sem mest á milli barna vímuefnasjúkra og annarra barna (Sher, 1997).

Sýnt hefur verið fram á hér að ofan að vímuefnasýki foreldra hefur mikil áhrif á börnin og hvernig þau verða í framtíðinni, hvort þau þrói með sér einkenni meðvirkni

(Sher, 1997; Doweiko, 2006; Harter og Vanecek, 2000; Helga Hannesdóttir, 2001). Þau eru samt sem áður ekki einu einstaklingarnir sem verða fyrir áhrifum því makar verða einnig fyrir áhrifum frá vímuefnasjúkum einstaklingnum og sýna einkenni meðvirkni. Rannsókn var gerð á 130 pörum þar sem annar eða báðir einstaklingarnir voru frá Suður-Ameríku eða þar sem báðir einstaklingarnir voru frá Evrópu en bjuggu í Bandaríkjunum. Markmið rannsóknarinnar var að kanna fullnægju í hjónabandi eins og hvernig leyst var úr vandamálum, samskipti og samheldni, vímuefnatengd vandamál og hvernig maki tjáði reiði sína. Niðurstöður sýndu að reiði einkenndi hjónabönd þar sem vímuefnasýki var til staðar, en hún leiddi oft út í ofbeldi á milli hjóna og sérstaklega þegar áfengi var við hönd. Vímuefnasýkin hafði einnig neikvæð áhrif á fullnægju í hjónabandi bæði hjá eiginmanninum og eiginkonunni (Johns, Newcomb, Johnson, Bradbury, 2007).

Í næsta kafla verður fjallað um óæskilegan stuðning (e. *enabling*) sem er skyld hegðun meðvirkninnar. Algengast er að makar vímuefnasjúkra einstaklinga séu þeir sem sýna óæskilegan stuðning en það geta samt sem áður allir í umhverfi vímuefnasjúka einstaklingsins sýnt óæskilegan stuðning (Vernig, 2011; Doweiko, 2006). Í þessum kafla verður farið ítarlegar í óæskilegan stuðning og rannsóknir sem hafa verið gerðar á þessari tegund stuðnings. Einnig verður sýnt frekar fram á muninn á meðvirkni og óæskilegum stuðningi.

## 2 Óæskilegur stuðningur

„Óæskilegur stuðningur vísar til sérstakrar hegðunar; meðvirkni vísar til samskiptamunsturs“ (Doweiko, 2006, bls. 321). Óæskilegur stuðningur og meðvirkni haldast í hendur, einstaklingur getur verið bæði verið meðvirkur og sýnt óæskilegan stuðning en það er ekkert endilega alltaf svo. Einstaklingur getur líka sýnt óæskilegan stuðning án þess að vera meðvirkur (Doweiko, 2006).

Samkvæmt orðabókum þýðir *enable* að gera einhverjum eitthvað kleift eða auðvelda eitthvað (Sævar Hilbertsson, 1996). Óæskilegur stuðningur (e. *enabling*) þýðir í þessum skilningi að einstaklingur hagar sér vísvitandi þannig að einhver annar geti stundað sína vímuefnaneyslu, gerir honum það kleift eða auðveldar honum það. Þessi hegðun kemur í veg fyrir að sá vímuefnasjúki þurfi að eiga við afleiðingarnar þeirrar hegðunar sem fylgir vímuefnasýki (Doweiko, 2006). Óæskilegur stuðningur lítur oft út eins aðstandandinn sé að reyna að koma í veg fyrir neysluna en raunin er sú að hann ýtir einungis undir hana. Þegar sá vímuefnasjúki þarf ekki að takast á við afleiðingar neyslu sinnar getur það haft heftandi áhrif á að viðkomandi leiti sér aðstoðar vegna vímuefnasýkinnar. Hlutverk þess sem sýnir óæskilegan stuðning er einnig að láta fjölskylduna líta vel út út á við og ekki láta bera á því að hún búi við óvirkar aðstæður (Vernig, 2011). Þeir sem sýna óæskilegan stuðning halda að þeir séu að sýna tryggð við þann sjúka og oft eru þetta einstaklingar sem hafa átt foreldra sem hafa átt við vímuefnavanda að stríða. Einkenni þeirra sem sýna óæskilegan stuðning eru einnig hjálparleysi og lítill tími sem fer í þeirra eigin þarfir og áhugamál þar sem allur tími þeirra fer í að styðja einhvern annan (Vernig, 2011). Þessi einkenni eiga einnig við um meðvirkni þar sem sá meðvirki setur þarfir annarra fram fyrir sínar eigin og berst við hjálparleysi þar sem hann ræður ekki við aðstæðurnar sem hann býr við (Harter og Vanecek, 2000; Zetterlind og Berglund, 1999; Dear og Roberts, 2005).

Hugtakið óæskilegur stuðningur var fyrst sett fram snemma á níunda áratugnum þegar meðferðaraðilar fóru að taka eftir því að í sumum fjölskyldum var stuðningur sýndur meðvitað, eins og til dæmis með því að hringja maka sinn inn veikan í vinnuna þegar hann var í rauninni undir áhrifum vímuefna. Sá sem sýnir

Óæskilegan stuðning getur verið hver sem er, ekki einungis maki eða börn. Þetta getur verið einhver sem er í tengslum við þann sem er í vímuefnaneyslu og hagar sér þannig að hann tekur allar afleiðingar frá notandanum (Doweiko, 2006).

Síðustu áratugi hafa rannsóknir verið gerðar á því hvað veldur óæskilegum stuðningi hjá fólk, þá aðallega konum vímuefnasjúkra. Konur vímuefnasjúkra hafa verið látnar merkja við hegðun sem þær kannast við að hafa sýnt maka sínum og eftir því sem þær hafa fengið meiri fræðslu um og þekkingu á hegðun sinni minnkaði óæskilega hegðunin. Þá er átt við hegðun eins og að hóta skilnaði ef maki hættir ekki að drekka, reyna að ráðskast með makann til þess að fá hann til að hætta að drekka, nöldra, fela fyrir honum áfengi og svo framvegis. Þessi hegðun er talin auka á drykkju eða fíkn vímuefnasjúka einsklingsins en ekki draga úr henni (Routunda og Doman, 2001).

Gerð var rannsókn á óæskilegum stuðning sem var kölluð *Pressures to Change*. Í henni tóku 23 makar vímuefnasjúkra einstaklinga þátt. Allir vímuefnasjúku einstaklingarnir áttu það sameiginlegt að þeir neituðu að viðurkenna vanda sinn og takast á við hann. Mökunum var skipt upp í þrjá hópa. Í tveimur hópum voru 16 einstaklingar sem fengu æfingakerfi þar sem farið var yfir menntun, athafnir sem ekki innihalda drykkju, hvernig á að svara þeim vímuefnasjúka, hvernig er hægt að horfast í augu við vandamálið og hvernig ætti að framkvæma þessa hluti. Í þriðja hópnum voru sjö einstaklingar sem fengu enga æfingu í því að svara þeim vímuefnasjúka, hvernig átti að horfast í augu við vandamálið og hugmyndir að athöfnum sem ekki innihalda drykkju. Niðurstöðurnar voru þær að af þessum sextán sem fengu meðferð breyttu tíu makar drykkjuhegðun sinni en enginn maki þeirra sem fengu enga meðferð leitaðu sér hjálpar eða breytti hegðun sinni á þessu sama tímabili (Rotunda og Doman, 2001).

Önnur rannsókn sem framkvæmd var á 42 pörum sem komu í parameðferð vegna vímuefnaneyslu annars einstaklingsins sýndi að makar sem sýna óæskilegan stuðning gera sér ekki alltaf grein fyrir því að þeir séu að sýna óæskilegan stuðning. Allir einstaklingarnir voru látnir svara sama spurningarlistanum þar sem talin voru upp 20 atriði um óæskilegan stuðning. Einn makinn taldi sig ekki sýna nein einkenni óæskilegs stuðnings en allir 42 vímuefnasjúku einstaklinganna töldu að makinn sýndi eitthvað af þessari hegðun sem talin var upp. Þessar niðurstöður sýna að makar sýna

einnig óæskilegan stuðning ómeðvitað, því að þeir halda að þeir séu að hjálpa maka sínum. Makar vímuefnasjúkra einstaklinga telja sér einnig oft trú um að það sé skylda þeirra að taka á sig meiri ábyrgð til þess að minnka álagið á þeim vímuefnasjúka (Rotunda, West og O'Farrel, 2004).

Í næsta kafla verður farið yfir gagnrýni sem fræðimenn hafa komið með á hugtakið meðvirkni. Einnig verður farið í gagnrýni á sjálfshjálparhópa, meðferðarúrræði og gagnrýni á þær rannsóknir sem gerðar hafa verið um óæskilegan stuðning.

### **3 Gagnrýni á hugtakið meðvirkni**

Hugtakið meðvirkni var eins og áður hefur komið fram fyrst um sinn notað yfir eiginkonur vímuefnasjúklinga. Nú hefur skilgreiningin orðið víðari og nær til alls konar fjölskyldna, ekki einungis fjölskyldna vímuefnasjúkra. Einnig hefur hugtakið „fíkn“ víkkað út með tímanum og nær nú yfir alls kyns fíknir, eins og eyðslufíkn. Fræðimenn eins og Meacham (1990) halda því einnig fram að ef ekki er hægt að benda á þá sem eru ekki meðvirkir, sé ekki hægt að benda á þá sem eru meðvirkir (Anderson, 1994). Einnig hafa margir sem koma til meðferðaraðila eða sjálfshjálparhópa greint sjálfa sig með meðvirkni (Irvine, 2000). Eins og fjallað er um hér að ofan er til svokölluð meðvirknihreyfing sem einkennist af sjálfshjálparbókum þar sem listar eru yfir einkenni meðvirkni og eru þeir því sem næst endalausir. Hver sem er getur fundið sig í mörgum af þessum atriðum án þess að vera meðvirkur (Denning, 2010). Með því að hafa skilgreininguna svona víða hafa þær stofnanir sem bjóða upp á úrræði fyrir aðstandendur gert sér það öruggt að hafa endalaust af skjólstæðingum (Anderson, 1994).

Talið er að um 99% barna alist upp á heimili þar sem einhver óvirkni eða óheilbrigði á sér stað (Doweiko, 2006), eins og andleg og líkamleg misnotkun, skilnaður og tilfinningalegt óöryggi (Alford, 1998). Hins vegar eru eða verða ekki 99% barna meðvirk. Gallinn við skilgreininguna á meðvirkni er að það passa svo mörg hegðunarmunstur við skilgreininguna að hún getur átt við um flesta. Það er einnig ekki sjálfgefið að allir einstaklingar sem eiga í sambandi við vímuefnasjúkan einstakling séu meðvirkir (Doweiko, 2006).

Rannsóknir hafa sýnt að vímuefnasýki foreldra hefur ekki endilega í för með sér vandkvæði fyrir barnið í æsku eða á fullorðinsárum (Doweiko, 2006). Það má ekki alhæfa einkennum meðvirkninnar yfir á öll börn vímuefnasjúkra foreldra. Nokkrir þættir hafa áhrif á magn áhrifanna sem vímuefnafíkn foreldrís hefur á barnið. Vímuefnasýki móður hefur önnur áhrif á börn en vímuefnasýki föður, þar sem hlutverk þeirra eru ekki það sama innan fjölskyldunnar (Doweiko, 2006). Sem dæmi má nefna sýndi rannsókn að konur sem áttu vímuefnasjúkan föður meiri lítilsvirðingu gagnvart sjálfum sér en þær sem áttu vímuefnasjúka móður (Berkowitz og Perkins,

1988). Einnig skiptir máli hversu lengi foreldrið hefur verið í neyslu og hvernig neyslumynstri þeirra er háttað. Kyn og aldur barnsins hafa einnig áhrif sem og persónuleikaeinkenni barnsins og foreldrissins. Hvernig fjölskyldan er uppbyggð og saga hennar skiptir einnig máli og hvort barnið á einhvern annan að en foreldrið sem er vímuefnasjúkt sem kemur í staðinn fyrir móðurina eða föðurinn. Allir þessir þættir tengjast því hversu mikil áhrif vímuefnamisnotkun foreldranna hefur á barnið (Doweiko, 2006; Sher, 1997; Anderson, 1994). Vegna þessara margbreytilegu þátta er erfitt að alhæfa um sálfræðilega þætti sem tengjast meðvirkni vegna misvísandi niðustaðna úr rannsóknum (Sher, 1997).

Rannsóknir á börnum og unglungum hafa leitt í ljós tvær gerðir af hegðunarmunstrum. Ein þeirra er rannsókn West og Prinz (1987) sem beindist að því þegar fólk þjáist innra með sér án þess að fá útrás fyrir (e. *internalizing*), en dæmi um það er kvíði og þunglyndi (Sher, 1997). Önnur gerð af hegðunarmynstri er þegar einstaklingurinn beitir þjáningu sinni út á við (e. *externalizing*), en dæmi um það er þegar fólk brýtur reglur og hvatvis hegðun sem einnig hefur verið tengd við athyglisbrest og ofvirkni (e. *ADHD*) (Sher, 1997). Samkvæmt Kenneth J. Sher (1997) sýna rannsóknir að þessi hegðunarmynstur koma fram hjá börnum sem alast upp við vímuefnasýki en engar sannanir eru fyrir því að þau tengist áfegnis- og vímuefnafíkn foreldranna eða einhverjum öðrum aðlögunarvandamálum. Því að einnig hefur einnig verið sýnt fram á að þrátt fyrir að systkini alist upp við sömu óvirku heimilisaðstæðurnar getur annað þeirra sýnt þessi hegðunarmynstur en hitt ekki (Sher, 1997). Í grein Sher *Psychological Characteristics of Children of Alcoholics* bendir hann á að þrátt fyrir að rannsóknir sýni samband milli vímuefnasýki foreldra og hegðunarvandamála barna þeirra eru þessar rannsóknir fáar og þessum dænum er sjaldan fylgt eftir yfir einhvern tíma (Sher, 1997).

Kenningar hafa komið fram um að meðvirkni sé heilasjúkdómur sem virkar þannig að heilinn gefur frá sér adrenalín sem gerir það að verkum að við höfum ekki stjórna á hegðun okkur sem heldur adrenalínu gangandi. Adrenalín er flokkað í þrjá flokka, *dópamín* sem framkallar spennu, *serótónín* sem framkallar þægindi og *norepínefrín* sem framkallar valdastjórnum. Þetta telst afleiðing meðvirkni en ekki orsök hennar (Cruse – Wegscheider og Cruse, 1990). Engar læknifræðilegar rannsóknir styðja þessa kenningu (Doweiko, 2006).

Timmen L. Cermak talar um í bók sinni *Diagnosing and treating co-dependence* að þar sem meðvirkni er ekki skilgreindur sjúkdómur er erfitt fyrir fagfólk að meðhöndla hana. Því fyrr sem meðvirkni verði skilgreind sem sjúkdómur því fyrr sé hægt að aðlaga meðferðina heilkennisins að aðferðum við öðrum andlegum sjúkdónum, því fagaðilar séu alltaf að greina meðvirkni sem eitthvað annað, eins og kvíðaröskun eða þunglyndi til þess að geta meðhöndlað einkennin. Hann telur fjölskylduprógrömm eins og Al-Anon gera mikið til þess að hjálpa meðvirku fólk en að það þurfi dýpri sálfræðilegri meðferð til þess að takast á við þetta vandamál (Cermak, 1986).

Rannsóknir hafa verið gerðar á varnarháttum og eru þær einkum tvenns konar: tilraunir á lærðomi og minningum og einnig tilraunir á skynjunarvörn. Ýmsar rannsóknir voru gerðar frá 1930-1960 en þær voru síðar gagnrýndar, sérstaklega fyrir að varnarhættina mætti frekar skýra með mismunandi þroskaferli einstaklinganna. Rannsóknirnar voru einnig gagnrýndar fyrir aðfræði. Þessi gagnrýni varð til þess að rannsókum á varnarháttum var hætt í kringum 1970. Nú hafa hins vegar varnarhættirnir verið settir inn í DSM IV í tengslum við persónuleikarasakanir (Bowins, 2010; Cramer og College, 2000)).

Gagnrýni á rannsóknir sem gerðar hafa verið um óæskilegan stuðning beinist að því að þær ná einungis yfir maka vímuefnasjúkra, en einstaklingar geta sýnt óæskilegan stuðning við alls konar óvirkar aðstæður, ekki einungis þegar þeir eiga í sambandi við vímuefnasjúkan einstakling (Rotunda og Doman, 2001).

Meðferðarúrræði við meðvirkni gera engan greinarmun á alvarleika áfallanna sem einstaklingarnir lenda í. Einungis eitt líkan er til af úrræðum við meðvirkni og allir eiga að passa inn í það, en það er frekar óraunhæft. Áhrifin af því til dæmis að alast upp við vímuefnasýki foreldris geta verið mismunandi milli fjölskyldna, því að vímuefni hafa mismunandi áhrif á fólk, meðan einn grípur til ofbeldis getur annar verið skemmtilegur og fyndinn undir áhrifum (Doweiko, 2006). Einnig hefur ekki tekist að þróa úrræði fyrir meðvirkni þar sem það er erfitt að greina það frá fjölskylduúrræðum, þessi tveir hlutir eru líkir (Cermak, 1986).

Sjálfshjálþahópar eiga að hjálpa þeim sem eru með einkenni meðvirkni. Sjálfshjálþahópar eru byggðir upp á því að fólk geti komið með efni og sögur á fundina til þess að tala um sem sýna að það hafi einkenni meðvirkni. Þessi

uppbýgging ýtir undir að einstaklingurinn sýni einkenni meðvirknar hegðunar og hugsi meðvirkt áfram í stað þess að draga úr þessum þáttum (Doweiko, 2006). Margir hverjir sem leita sér hjálpar hjá sjálfshjálparhópum hafa lent í einhverju áfalli og vantar stuðning á þeim tímapunkti en halda svo áfram að koma á fundi, jafnvel í mörg ár. Þetta er kallað „líf í bata“ en þetta fólk þjáist af meðvirkni sem er ástand en ekki meiðsli og fólk getur ekki batnað af ástandi (Irvine, 2000).

Í næsta kafla verður farið yfir þau úrræði sem aðstandendur vímuefnasjúkra geta sótt hérlandis. Úrræðin eru ekki mörg en þó nokkur. Þau eru þó einungis tengd við aðstandendur vímuefnasjúkra en ekki meðvirknina sjálfa, þótt að hegðun þeirra flokkist undir meðvirkni.

## **4 Úrræði fyrir aðstandendur áfengis- og vímuefnasjúkra**

### **4.1 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ)**

Fjölskyldumeðlimir vímuefnasjúkra sem upplifa einkenni meðvirkni geta sótt sérstaka fjölskyldumeðferð hjá SÁÁ. Meðferðin byggist á hópvinnu og fyrilestrum sem snúast um að fá þann meðvirka til þess að hækta að reyna að stjórna neyslu þess vímuefnasjúka eða reyna að passa hann, það er fyrsta skerfið í bata. Þarna lærir sá meðvirki að takast á við aðstæðurnar og tilfinningarnar á eðlilegan hátt. Síðasta stigið í að ná bata er að útrýma eyðileggjandi hegðun og hugsunarhætti sem veldur vanlíðan (SÁÁ, 2010). Meðferðin kallast fjölskyldumeðferð og tekur fjórar vikur en að henni lokinni geta aðstandendurnir leitað í stuðningshópa. Fyrir aðstandendur sem búa úti á landi eru í boði helgarnámskeið á göngudeildum á Akureyri og í Reykjavík (SÁÁ, e.d.-a). Markmið meðferðarinnar er að fá aðstandendur til þess að skilja einkenni og áhrif vímuefnasjúkdómsins á fjölskylduumhverfið. Aðstandendur eiga að vera vísari um samskiptin innan fjölskyldunnar að námskeiðinu loknu sem á að auðvelda breytingar á viðhorfum aðstandenda, hvernig þeir hugsa og koma fram við aðra í kringum sig (SÁÁ, e.d.-b).

Aðstandendur geta einnig fengið viðtöl sem eru í boði alla virka daga frá níu til fimm, þetta úrræði á bæði við um aðstandendur vímuefnasjúkra og spilafíkla (SÁÁ, e.d.-a).

SÁÁ býður einnig upp á úrræði fyrir átta til átján ára börn alkóhólista og þurfa þau sjálf að vera vímulaus. Hvert barn á rétt á átta sálfræðiviðtölum þar sem stuðlað er að vellíðan barnsins og því komið í skilning um vandann sem er til staðar á heimilinu. Í viðtölunum eru engar kröfur gerðar til barnanna um sérstaka færni eða þekkingu (SÁÁ, e.d.-c).

### **4.2 Foreldrahús**

Foreldrahús býður upp á fjölskylduráðgjöf sem er ætluð foreldrum og börnum í vanda, t.il dæmis hegðunar-, áfengis- og/eða fíkniefnavanda. Sálfræðingur, vímuefnaráðgjafi og annað fagfólk sér um ráðgjöfina og meðferðina. Í meðferðinni er lögð áhersla á vanlíðan, depurð, kvíða, félagslega einangrun, einelti og

samskiptaerfiðleika innan fjölskyldunnar svo dæmi séu nefnd. Lagt er upp úr því að hafa ráðgjöfina einstaklingsmiðaða því að hver og einn einstaklingur og fjölskylda glímir við mismunandi vandamál og tekst á við þau á mismunandi hátt. Einnig er lögð áhersla á að styðja foreldra sem hafa misst tökin og þurfa stuðning til þess að geta séð um heimilið og önnur börn sem búa á heimilinu, sem og sjálf sig. Markmiðið er að bæta lífsgæði fjölskyldunnar þrátt fyrir vandamálin sem hún glímir við (Vímulaus, e.d.-a).

Sjálfsstyrkingarnámskeið er haldið fyrir börn og unglings þar sem lagt er upp úr því að byggja upp sjálfstraust, félagsfærni, samskiptahæfni, tilfinningaþroska og sjálfsprekkingu. Námskeiðið er ætlað fyrir börn á aldrinum 10-17 ára (Vímulaus, e.d.-b). Eftirmeðferðarnámskeið er einnig í boði fyrir unglings sem hafa átt við vímuefnavanda að stríða á aldrinum 15-20 ára. Þar er þeim kennt að takast á við lífið eftir meðferð (Vímulaus, e.d.-c).

Foreldrarhópar eru einnig í boði í Foreldrahúsi en þar er stuðningur fyrir foreldra sem hafa átt eða eiga börn í vímuefnavanda. Það er mikið áfall fyrir foreldra þegar börnin þeirra fara að nota fíkniefni, því fylgir sorg, reiði, ótti og skömm og sumir foreldrar kunna ekki að takast á við þessar tilfinningar (Vímulaus, e.d.-d).

Í næsta kafla verður fjallað um þá sjálfshjálparhópa sem eru í boði hérlendis.

## 5 Sjálfshjálparhópar

Sjálfshjálparhópur er skilgreint í *Handbók fyrir sjálfshjálparhópa* sem „hópur fólks með sameiginlegt viðfangsefni sem sækist eftir því að efla eigin bjargráð með því að deila reynslu sinni og hlusta á reynslu annarra. Þessi samskipti hafa það markmið að nýta reynslu á jákvæðan hátt fyrir sjálfan sig og aðra.“ (Arndís Ósk Jónsdóttir og Guðbjörg Daníelsdóttir, 2006, bls. 2).

### 5.1 Al-Anon

Al-Anon eru samtök sem konur vímuefnasjúkra stofnuðu árið 1951 (Irwin, H. J., 1995). Þetta hófst þegar konur sem áttu menn í AA-samtökunum fóru að tala saman um vandamál sín meðan þær biðu eftir mönnum sínum. Þær ákváðu síðan að hittast reglulega og fara í gegnum tólf spora kerfið sem var notað á AA-fundum sem þeim fannst bæta líf þeirra. Síðar var tólfspora kerfið aðlagað að Al-Anon-prógramminu. Þrátt fyrir að fjölskyldum vímuefnasjúkra sé bent á að leita til Al-anon þá eru ekki til neinar rannsóknir eða sannanir fyrir því að þetta kerfi sé árangursríkt (Doweiko, 2006). Samtökin eru til í 115 löndum, þau eru óháð kyni, trúarhópum og stjórnmálaskoðunum (Al-Anon, e.d. -a). Eina skilyrðið sem þátttakendur þurfa að uppfylla er að þykja vænt um einhvern sem á við vímuefnavandamál að stríða (Al-Anon, e.d. -b)

### 5.2 Alateen

Alateen eru samtök sem þróuðust út frá Al-anon. Þessi sjálfshjálparhópur er fyrir unglings, þar sem þeir geta hist, rætt saman vandamál sín og lært af öðrum unglungum. Þarna fá þeir fræðslu um vímuefnasýki sem sjúkdóm og læra að skilja hann betur. Farið er í gegnum sömu tólf sporin og í Al-Anon og eitt af markmiðunum er að koma unglungum í skilning um að drykkja fjölskyldumeðlima er ekki þeim að kenna né framkoman sem fylgir henni. Þeim er kennt að þeir geti ekki stjórnað drykkju ástvina, það eina sem þeir geti stjórnað séu þau sjálf (Doweiko, 2006, Al-anon, e.d. -c).

### **5.3 Coda**

Coda eru samtök sem eru vettvangur fyrir einstaklinga til að koma og læra að þróa með sér heilbrigð sambönd. Skilyrðið er að vilja heilbrigt og fullnægjandi samband. Coda fer eftir tólf spora kerfinu (Coda, e.d. -a). Fundirnir skiptast í karla- og kvennafundi en einnig eru haldnir blandaðir fundir (Coda. e.d. -b).

### **5.4 Lausnin**

Lausnin er sjálfsræktarsamtök sem bjóða upp á ráðgjöf, fræðslu, viðtöl og stuðning fyrir þá sem hafa af einhverjum ástæðum orðið fyrir áföllum vegna einhvers sem einhver annar gerði. Lausnin er bæði fyrir fjölskyldur og einstaklinga sem eiga fjölskyldumeðlim eða ástvin sem á við einhvers konar hegðunar- eða vímuefnavanda að stríða. Lausnin vinnur að því að finna lausn fyrir ofangreinda þolendur í samstarfi við aðrar fagstéttir (Lausnin, e.d.-a).

## 6 Starf félagsráðgjafa

Erfitt er fyrir fjölskyldumeðlimi að aftengja sig vímuefnasjúklingnum og er þar starf fagaðila þýðingarmikið. Fjölskyldumeðlimir eru ólíklegir til þess að læra það sjálfir hvernig á að aftengja sig og láta þann sjúka taka afleiðingum af fíkn sinni. Þess vegna er mikilvægt að leita aðstoðar fagaðila þegar kemur að því að takast á við vímuefnasjúkan einstakling (Doweiko, 2006). Markmið félagsráðgjafa er að sporna gegn félagslegu ranglæti og vinna að lausnum fyrir skjólstæðinga þeirra við félagslegum og persónulegum vandamálum (Félagsráðgjafarfélag Íslands, e.d.). Hlutverk félagsráðgjafans er að mynda traust við skjólstæðinga sína til þess að viðhalda reisn og sjálfsvirðingu skjólstæðinganna. Félagsráðgjafar eiga í vinnu sinni að hvetja skjólstæðinga sína til að taka stjórn á lífi sínu (Okitikpi og Aymer, 2008).

Starf félagsráðgjafa þegar kemur að því að meðhöndla meðvirkni, felst meðal annars í einstaklingsráðgjöf, fjölskylduráðgjöf og sálfræðilegri meðferð fyrir bæði fíkla og aðstandendur. Í fjölskylduráðgjöf er farið yfir einkenni vímuefnasýkinnar, hvernig vímuefnasýki snertir ekki einungis fíkilinn heldur alla fjölskylduna. Í viðtölum er farið yfir stöðu fjölskyldunnar út frá neyslu fíkilsins. Farið er yfir það hvaða áhrif neyslan hefur haft á fjölskylduna í samskiptum hvert við annað, einnig hvort hún hefur haft áhrif á vinnu, nám og samskipti fjölskyldunnar við utanaðkomandi aðila. Í sálfræðilegri meðferð er einblínt á geðræn og sálræn vandamál hjá fullorðnum og eldri unglungum (Lifandi ráðgjöf, e.d.; Heilsustöðin, e.d.). Í námskeiðum eins og til dæmis *Lifandi ráðgjöf* býður upp á, þar sem starfar félagsráðgjafi, er farið yfir áhrifin sem fjölskyldan hefur orðið fyrir félagslega, líkamlega og andlega og reynt að bæta úr þeim skaða. Einnig er farið yfir það hvernig má auka lífsgæði fjölskyldunnar (*Lifandi ráðgjöf*, e.d.).

## **Samantekt og niðurstöður**

Í þessari ritgerð var lagt upp með að skoða hvort meðvirkni væri sjúkdómur. Fjallað var um skilgreiningar á meðvirkni en ekki er til nein ein stöðluð skilgreining og hafa margir fræðimenn reynt að skilgreina hugtakið (Doweiko, 2006). Þegar þróun á skilgreiningum meðvirkninnar er skoðuð sést að í byrjun er hugtakið eingöngu notað um konur vímuefnasjúkra. Skilgreiningin verður síðar víðari og þá falla einnig börn vímuefnasjúkra undir skilgreininguna. Loks breytist skilgreiningin á þann hátt að hún nær yfir ákveðin hegðunarmynstur, sem koma ekki bara fram hjá fjölskyldum og vinum vímuefnasjúkra (Irwin, 1995; Black, 1991; Doweiko, 2006). Þessi hegðunarmynstur geta átt við alla sem hafa alist upp við óvirkar heimilisaðstæður, eins og líkamlega og andlega sjúkdóma eða hafa lent í áfalli á lífsleiðinni eins og að verða fyrir líkamlegu, andlegu og/eða kynferðislegu ofbeldi (Cermak, 1986; Fuller og Warner, 2000). Skilgreiningin verður sífellt víðari þannig að fleiri falla undir hana en það getur gert það að verkum að fólk fer að greina sig sjálft og sækja fundi hjá sjálfshjálparsamtökum. Helsta gagnrýni á sjálfshjálparhópana felst í því, eins og kemur fram hér að ofan, að þeir geta ýtt undir áframhaldandi einkenni meðvirkni frekar en að eyða henni (Doweiko, 2006; Denning, 2010).

Fjallað var um hvernig á að greina og meðhöndla meðvirkni en til eru margir staðlar til þess að greina meðvirkni sem hafa verið þróaðir af mismunandi fræðimönnum (Fuller og Warner, 2000). Einnig eru margar leiðir til þess að meðhöndla einkenni meðvirkni en engin meðferð er til sérstaklega við einkennum meðvirkni þar sem meðvirkni er ekki viðurkenndur sjúkdómur (Cermak, 1986). Meðferðirnar sem greint er frá í ritgerðinni ganga allar út frá því að aðeins sé um að ræða aðstandendur vímuefnasjúkra (Denning, 2010; Meyers, Apodaca, Flicker og Slesnick, 2002). Fræðimenn eru sammála um það að meðvirkni sé samt sem áður einkenni sem aðeins þróast innan fjölskyldna þar sem óvirkar aðstæður eiga sér stað, sem gerir meðvirkni að fjölskyldusjúkdómi sem börnin taka svo með sér inn í sínar eigin fjölskyldur (Doweiko, 2006; Sher, 1997; Fuller og Warner, 2000; Dear og Roberts, 2005). Varnarhættirnir voru einnig skoðaðir og skilgreindir. Þeir sem alast upp við álag eins og að eiga strangt foreldri, foreldri sem á við slæma heilsu að stríða

eða foreldri með lága greindarvísitölu, eru líklegri en önnur börn til þess að notast við varnarhættina (Weinstock, 1967-a; Weinstock, 1967-b; Haan, 1974).

Meðvirkni hefur mikið verið gagnrýnd af fræðimönnum, þá sérstaklega fyrir það að vera skilgreind of vítt og ekki nægilega hnitmiðað. Flestir einstaklingar geta fundið sig innan skilgreiningarinnar (Anderson, 1994; Denning, 2010; Doweiko, 2006). Það er einnig gagnrýnt fyrir að alhæfa um þá sem búa við eða alast upp við óvirkar aðstæður, eins og vímuefnafíkn, að þeir séu meðvirkir en það stenst ekki því annars væru allir meðvirkir (Anderson, 1994; Doweiko, 2006; Sher, 1997). Rannsóknir hafa þvert á móti sýnt að tveir einstaklingar geta alist upp eða búið við sömu aðstæðurnar og orðið fyrir mismunandi áhrifum af því, sem sagt getur annar einstaklingurinn þróað með sér meðvirkni en hinn ekki (Sher, 1997).

Í upphafi ritgerðar voru settar fram þrjár rannsóknarsprungar:

- Er meðvirkni sjúkdómur?
- Hvað gerir það að verkum að einstaklingur þróar með sér einkenni meðvirkni?
- Hver er munurinn á meðvirkni og óæskilegum stuðning?

Samkvæmt sjúkdómagreiningarkerfum eins og DSM IV, þá eru einkenni meðvirkni ekki skilgreind sem sjúkdómur (Morgan 1991). Einkenni meðvirkni eru til dæmis þunglyndi, kvíði, vímuefnaneysla, lágt sjálfsálit, að geta ekki sett mörk, setja þarfir annarra fram yfir sínar eigin o.s.frv. Einkenni meðvirkni geta orsakast af álagsþáttum eins og að eiga í sambandi við vímuefnasjúkling eða streituvaldandi sjúkdómum (Zetterlind og Berglund, 1999; Cermak, 1986). Hægt að færa rök fyrir því að meðvirkni sé sjúkdómur. Öll þessi einkenni hafa afleiðingar í för með sér sem valda einstaklingnum skaða, bæði líkamlega og andlega. Ef, til dæmis, einstaklingurinn er ekki að hugsa um sínar þarfir, getur ekki sett öðrum mörk og leyfir öðrum að nýta sig svo lengi mætti áfram telja veldur það honum skaða. Á meðan skilgreiningin á einkennum meðvirkni er víð er ekki hægt að skilgreina meðvirkni sem sjúkdóm þar sem svo margt fellur undir hugtakið og eiginlega allir geta fundið sig innan þess, en það eru ekki allir meðvirkir (Doweiko, 2006). Í grein sem yfirlæknirinn á Vogi, Þórarinn Tyrfingsson, skrifar fullyrðir hann hins vegar að meðvirkni sé sjúkdómur. Hann skrifar að vegna þess að hugmyndin hafi ekki þróast innan háskólasamfélagsins og rannsóknarsamfélagsins sé meðvirkni ekki viðurkennd

sem sjúkdómur í sjúkdómslíkönnum. Hann segir að meðvirkni herji þó á fleira fólk en aðrir sjúkdómar sem hann þekki (Þórarinn Tyrfingsson, 2010).

Það sem gerir það að verkum að einstaklingur þróar með sér einkenni meðvirkni er að búa við óvirkar aðstæður, eins og vímuefnasýki, skilnað, líkamlegt, andlegt eða kynferðislegt ofbeldi, tilfinningalegt ójafnvægi eða líkamlega og andlega sjúkdóma (Fuller og Warner, 2000; Harter og Vanecek, 2000; Cermak, 1986). Þegar einstaklingurinn upplifir álag sem fylgir ofangreindum atburðum verða til eðlilegar tilfinningar við þessum óvirku aðstæðum sem hugtakið meðvirkni skírir (Morgan, 1991). Til eru alls konar hlutverk innan meðvirkninnar sem einstaklingar setja sig í og varnarhættir sem þeir taka upp til þess að forðast rauveruleikann og sársaukann sem fylgir honum, þá er sérstaklega átt við börn vímuefnasjúkra einstaklinga (Craig, 2004; Ellis McInerney, DiGiuseppe og Yeager, 1988; Cruse- Wegscheider og Cruse, 1990; Vernig, 2011; Black, 1991; Baumeister, Dale og Sommer, 1998).

Meðvirkni og óæskilegur stuðningur haldast í hendur. Nokkur munur er á þessu tvennu en hann er að óæskilegur stuðningur er meðvituð hegðun við óvirkar aðstæður, en meðvirkni er samskiptamynstur sem hefur þróast ómeðvitað við óvirkar aðstæður. Einstaklingur getur bæði verið meðvirkur og sýnt óæskilegan stuðning, þessi hegðun og samskiptamynstur blandast oft saman við óvirkar aðstæður (Doweiko, 2006). Sem dæmi eru algengar tilfinningar hjá þeim sem eru með einkenni meðvirkni hjálparleysi, reiði, ótti og gremja sem bitnar á samskiptum við aðra í kringum þá (Denning, 2010). Óæskilegur stuðningur er þegar aðstandandi tekur frá þeim sjúka allar afleiðingar af hans hegðun, en meðvirkni snýst eins og áður var sagt meira um samskipti einstaklingsins við þann sjúka (Doweiko, 2006). Rannsóknir sýna að einstaklingar eru ekki alltaf meðvitaðir um að þeir séu að sýna óæskilegan stuðning (Rotunda, West og O'Farrel, 2004). Þeim finnst þeir einfaldlega vera að sýna tryggð við þann sjúka (Vernig, 2011). Þegar þeim einstaklingum er gerð grein fyrir því hvað þeir eru að gera með hegðun sinni draga þeir úr henni og þá minnkar oft óæskileg hegðun þess veika (Rotunda og Doman, 2001).

## Umræður

Þegar lítið er á upplýsingarnar sem gefnar eru í heimildaritgerðinni er hægt að færa rök fyrir því að meðvirkni sé sjúkdómur. Meðvirkir einstaklingar eru gagnteknir af ákveðinni hegðun og vilja stjórna öllu í kringum sig. Þeir eru yfirleitt umburðarlyndir gagnvart öðru fólk og setja sér oftast ekki mörk sem getur haft skaðlegar sálrænar afleiðingar fyrir þá. Skilgreiningin á einkennum meðvirkni er hins vegar of víð og á meðan hún er það er ekki hægt að staðsetja einstaklinginn innan hugtaksins almennilega. Þar af leiðandi ekki hægt að skilgreina meðvirkni sem sjúkdóm nema að þrengja skilgreininguna. Þetta er hegðunarmynstur sem enginn velur sér, á sama hátt og enginn velur sér að vera vímuefnasjúkur. Vanlíðan og sjúkur hugsanaháttur fylgir því að vera meðvirkur. Líf einstaklingsins snýst nær eingöngu um stress yfir hlutum sem hann hefur enga stjórn á og eiga hug hans allan. Vert er samt sem áður að taka fram að það eru ekki allir aðstandendur sem upplifa hlutina eins og sýna því mismikið af einkennum meðvirkni.

Í námskeiðinu Áfengis- og vímuefnavandamál sem kennt er við Félagsráðgjafardeild var aðeins fjallað um afleiðingar og áhrif vímuefnaneyslu á fjölskylduna. Mín skoðun er hins vegar sú að ekki sé nægilega mikið lagt upp úr því hvað afleiðingarnar geta verið miklar og hvað þær geta haft í för með sér fyrir alla fjölskyldumeðlimi ef ekki er gripið inn í. Takmarkanir ritgerðarinnar eru hversu lítið meðvirkni er rannsókuð og þær rannsóknir sem eru til eru yfirleitt gamlar, það virðist sem hugtakið meðvirkni hafi horfið af áhugasviði fræðimanna um skeið. Einnig er það takmörkun að meðvirkni er illa skilgreind og ekki viðurkennt ástand. Í framtíðinni mætti betur rannsaka meðvirkni með markvissum hætti, það er að segja þyrfti að skilgreina hugtakið betur og tengja það við ákveðnar aðstæður.

## Heimildaskrá

- Al-Anon. (e.d.-a). Sótt þann 8. október 2012 af <http://www.al-anon.is/>
- Al-Anon. (e.d.-b). *Al-anon hefur aðeins einn tilgang: Að hjálpa fjölskyldum og vinum alkóhólista.* Sótt þann 8. október 2012 af <http://www.al-anon.is/alanon/hvad-er-alanon/>
- Alford, K. M. (1998). Family roles, alcoholism, and family dysfunction. *Journal of Mental Health Counseling, 20*, 250-260.
- Al-non. (e.d.-c). *Tilgangur Alateen unglingsadeilda*. Sótt þann 8. október 2012 af <http://www.al-anon.is/alateen/>
- Anderson, S. C. (1994). A Critical Analysis of the Concept of Codependency. *Social Work, 39*(6), 677-685.
- Arndís Ósk Jónsdóttir og Guðbjörg Daniëlsdóttir. (2006). *Handbók fyrir sjálfshjálparhópa.* Reykjavík: Geðhálp.
- Ása Guðmundsdóttir, Hjörðís Björg Tryggvadóttir, Margrét Aðalheiður Hauksdóttir og Pétur Tylfingsson. (2004). *Teigur: Hugræn atferlismeðferð við áfengis- og vímuefnavanda.* Reykjavík: Landspítali Háskólasjúkrahús
- Baumeister, R. F., Dale, K., og Sommer, K. L. (1998). Freudian defense mechanisms and empirical findings in modern social psychology: reaction formation, projection, displacement, undoing, isolation, sublimation, and denial. *Journal of Personality, 66*(6), 1081-1124.
- Berkowitz, A., og Perkins, H. W. (1988). Personality characteristics of children of alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 206-209.
- Black, C. (1991). Children of alcoholics. It will never happen to me (18. Útgáfa). New York: Ballantine books.
- Bowins, B. (2010). Personality Disorders: A Dimensional Defense Mechanism Approach. *American Journal of Psychotherapy, 64*(2), 153-169.
- Cermak, Timmen, L. (1986). Diagnosing and Treating Co-Dependence. Minnesota: Johnson Institute Books.
- Coda. (e.d.-a). *Um Coda.* Sótt þann 8. október 2012 af <http://coda.is/um-coda/>
- Coda. (e.d.-b). *Fundaskrá.* Sótt þann 8. október 2012 af <http://coda.is/fundaskra/>
- Craig, R. J. (2004). *Counseling the alcohol and drug dependent client: A practical approach.* Boston: Allyn & Bacon.
- Cramer, P. (1991). *The Development of Defense Mechanisms.* New York: Springer-Verlag.

- Cramer, P., og College, W. (2000). Defense mechanisms in Psychology today. *American Psychologist*, 55(6), 637-646.
- Cruse - Wegscheider, S., og Cruse, J. (1990). Understanding Co-dependency. Florida, Deerfield Beach: Health Communications, Inc.
- Dear, G.E., og Roberts, C.M. (2005). Validation of the Holyoake Codependency Index. *The Journal of Psychology*, 139(4), 293-313.
- Denning, P. (2010). Harm Reduction Therapy With Families and Friends of People With Drug Problems. *Journal of Clinical Psychology*, 66(2), 164-174.
- Doweiko, H. E. (2006). Concepts of Chemical Dependency. Canada: Thomson Books/Cole.
- Ellis, A., McInerney, J. E., DiGiuseppe, R. A., og Yeager, R. (1988). *Rational-emotive treatment of alcoholism and substance abuse*. New York: Pergamon.
- Félagsráðgjafarfélag Íslands. (e.d.). *Siðarreglur félagsráðgjafa*. Sótt af heimasíðu Félagsráðgjafarfélags Íslands þann 3.janúar 2013 <http://www.felagsradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=8&Itemid=31>
- Fisher, J. L., og Crawford, D. W. (1991). Measuring codependency. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8(1), 87-100.
- Fuller, J. A., og Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5-22.
- Gavriel-Fried, B., og Teichman, M. (2007). Ego Identity of Adolescent Children of Alcoholics. *Journal of Drug Education*, 37(1), 83-95.
- Generational boundary distortions by adult children of alcoholics: Child-as-parent and child-as-mate. *The American Journal of Family Therapy*, 20, 291-299.
- Goglia, L. R., Jurkovic, G. J., Burt, A. M., og Burge-Callaway, K. G. (1992).
- Harter, S. L., og Vanecek, R. J. (2000). Cognitive Assumptions and Long-Term Distress in Survivors of Childhood Abuse, Parental Alcoholism, Dysfunctional Family Environments. *Cognitive Therapy and Research*, 24(4), 445-472.
- Heilsustöðin. (e.d.). *Sálfræðileg meðferð*. Sótt þann 5.nóvember 2012 af [http://www.heilsustodin.is/index.php?option=com\\_content&view=article&id=62&Itemid=117](http://www.heilsustodin.is/index.php?option=com_content&view=article&id=62&Itemid=117)
- Helga Hannesdóttir. (2001). Geðsjúkdómar unglings og vímuefni. Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir: handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 251-273). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

- Hill, S. Y., Shen, S., Lowers, L., og Locke, J. (2000). Factors predicting the onset of adolescent drinking in families at high risk for developing alcoholism. *Biological Psychiatry*, 48(4), 265-275.
- Irvine, L. (2000). "Even Better Than the Real Thing": Narratives of the Self in Codependency. *Qualitative Sociology*, 1(23), 9-28.
- Irwin, H. J. (1995). Codependence, narcissism, and childhood trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 51(5), 658-665.
- Johns, A. L., Newcomb, M. D., Johnson, M. D., og Bradbury, T. N. (2007). Alcohol-related problems, anger, and marital satisfaction in monoethnic Latino, Biethnic Latino, and European American newlywed couples. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(2), 255-275.
- Landspítali Háskólasjúkrahús. (2011). *Fíknigeðdeild Landspítala*. Reykjavík: Höfundur.
- Lausnin. (e.d.-a). *Um innra starf Lausnarinnar*. Sótt þann 28.nóvember 2012 af <http://www.lausnin.is/?p=42>
- Lausnin. (e.d.-b). *Tengsla net Lausnarinnar*. Sótt þann 28.nóvember 2012 af <http://www.lausnin.is/?p=40>
- Lifandi ráðgjöf. (e.d.). *Einstaklings og fjölskylduráðgjöf*. Sótt þann 27.október 2012 af <http://www.lifandiradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=17&Itemid=40>
- Lyon, D., og Greenberg J. (1991). Evidence of Codependency in Women With an Alcoholic Parent: Helping Out Mr. Wrong. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 435-439.
- McCrady, B. S., Ladd, B. O., og Hallgren, K. A. (2012). Theoretical Bases of Family Approaches to Substance Abuse Treatment. Walters, S. T. og Rotgers, F. (ritstjórar). *Treating substance abuse: theory and technique* (bls. 224-255). New York: The Guilford Press.
- McNamee, J.E., og Offord, D.R. (e.d.). *Children of Alcoholics*. Sótt 10. nóvember 2012 af <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s6c41e.pdf>
- Meyers, R. J., Apodaca, T. R., Flicker, S. M., og Slesnick, N. (2002). Evidence-based approaches for the treatment of substance abusers by involving family members. *The Family Journal*, 281(10), 281-288
- Miller, D.R., og Swanson, G.E. (1960). *Inner conflict and defense*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Morgan, J. P. (1991). What is Codependency?. *Journal of Clinical Psychology*, 47(5), 720-729.

- Okitikpi, T., og Aymer, C. (2008). *The Art og Social Work Practice*. England: Russell House Publishing Ltd.
- Prest, L. A., og Protinsky, H. (1993). Family systems theory: a unifying framework for codependence. *American Journal of Family Therapy*, 21(4), 352-360.
- Rotunda, R. J., og Dorman, K. (2001). Partner enabling of substance use disorders: Critical review and future directions. *The American journal of family therapy*, 29, 257-270.
- Rotunda, R. J., West, L. og O'Farrel, T. J. (2004). Enabling behavior in a clinical sample of alcohol-dependent clients and their partners. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26(4), 269-276.
- SÁÁ. (2010). Meðferð við meðvirkni. SÁÁ blaðið, 3, 8.
- SÁÁ. (e.d.-a). *Fjölskyldumeðferð*. Sótt af heimsíðu SÁÁ samtakanna þann 27.september 2012 <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/medferd/dagskra-gongudeilda/fjolskyldumedferd/>
- SÁÁ. (e.d.-b). *Fræðslumeðferð*. Sótt af heimasíðu SÁÁ samtakanna þann 5.nóvember 2012 <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/medferd/dagskra-gongudeilda/fyrir-adstandendur/>
- SÁÁ. (e.d.-c). *Sálfræðibjónusta SÁÁ fyrir börn alkóhólista*. Sótt af heimasíðu SÁÁ samtakanna þann 3.janúar 2013 <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/medferd/salfraedithjonusta-fyrir-born/>
- Sher, J. K. (1997). Psychological characteristics of children of alcoholics. *Alcohol health & research world*, 21. 247-254.
- Slade, A. (1999). Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. Í J. Cassidy og P. R. Shaver (ritstjórar), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (bls. 575-594). New York: Guildford Press.
- Sævar Hilbertsson (ritstjóri). (1996). *Ensk-íslensk, íslensk-ensk orðabók*. Reykjavík: Orðabókaútgáfan
- Trivers, R. The Elements of a Scientific Theory of Self-Deception. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 907, 114-131.
- Tsung, M. T., Lyons, M. J., Meyer, J. M., Doyle, T., Eisen, S. A., Goldberg, J., True, W., Lin, N., Toomey, R., Eaves, L. (1998). Co-occurrence of abuse of different drugs in men: The role of drug-specific and shared vulnerabilities. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 967-972.
- Vaillant, G. E. (1983). *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, MA:Harvard University Press.

- Velferðarráðuneytið. (e.d.). *Áfengi og önnur vímuefna – staðan nú og tillögur að stefnumótun.* Sótt þann 18. desember 2012 af <http://www.velferdarraduneyti.is/media/Gedskyrsla/53kafli.pdf>
- Vernig, P. M. (2011). Family Roles in Homes With Alcohol-Dependent Parents: An Evidence-Based Review. *Substance Use & Misuse*, 46, 535-542.
- Veronie, L., og Fruehstorfer, D. B. (2001). Gender, birth order and family roles identification among adult children of alcoholics. *Current Psychology; Developmental, Learning, Personality, Social*, 20, 53-67.
- Vímulaus. (e.d.-a). *Fjölskylduráðgjöf.* Sótt þann 8. október 2012 af <http://www.vimulaus.is/is/thjonusta/radgjof/fjolskylduradgjof>
- Vímulaus. (e.d.-b). *Sjálfsstyrking fyrir börn og unglingsa.* Sótt þann 8. október 2012 af <http://www.vimulaus.is/is/thjonusta/namskeid/sjalfsstyrking-unglinga>
- Vímulaus. (e.d.-c). *Stuðningshópur fyrir unglingsa.* Sótt þann 8. október 2012 af <http://www.vimulaus.is/is/thjonusta/studningshopar/eftirmelferd>
- Vímulaus. (e.d.-d). *Foreldrahópar.* Sótt þann 8. október 2012 af <http://www.vimulaus.is/is/thjonusta/studningshopar/foreldrahopar>
- Weinstock, A.R. (1967-a). Family environment and the development of defense and coping mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 67-75.
- Williams, D. E., og Potter, A. E. (1994). Factor structure and factorial replication of the Children's Roles Inventory. *Educational and Psychological Measurement*, 54, 417-427.
- Winstock, A.R. (1967-b). Longitudinal study of social class and defense preferences. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 539-541.
- Zetterlind, U., og Berglund, M. (1999). The rate of co-dependence in spouses and relatives of alcoholics on the basis of the Cermak co-dependence scale. *Nordic Journal of Psychiatry*, 53(2), 147-151.
- Þórarinn Tylfingsson. (2010). Meðvirkni er alvarlegur sjúkdómur. *SÁÁ-blaðið*, 2, 3.