



**BA ritgerð**  
**Félagsráðgjöf**

**Áfengis- og vímuefnasýki í fjölskyldum**

Diljá Ólafsdóttir

**Jóna Margrét Ólafsdóttir**  
**Júní 2014**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**FÉLAGSVÍSINDASVIÐ**

---

FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

## Áfengis- og vímuefnasýki í fjölskyldum

Diljá Ólafsdóttir

050291-2789

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf

Leiðbeinandi: Jóna Margrét Ólafsdóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2014

Áfengis- og vímuefnasýki í fjölskyldum

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA í félagsráðgjöf  
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.  
© Diljá Ólafsdóttir, 2014

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland, 2014

## Útdráttur

Markmið þessarar ritgerðar er að fjalla um hvaða áhrif áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga í fjölskyldum getur haft á aðra fjölskyldumeðlimi. Tilgangurinn er að varpa ljósi á hvernig vímuefnasýki hefur áhrif á fjölskylduna í heild sinni, en ekki aðeins á þann vímuefnasjúka. Fjallað verður um áhrif áfengis- og vímuefnasýki í parasamböndum og hvaða áhrif það getur haft á börn að alast upp við slíkar aðstæður.

Helstu niðurstöður þessarar ritgerðar eru að vímuefnasýki getur haft alvarleg og langvarandi skaðleg áhrif á alla fjölskyldumeðlimi, ekki einungis þann vímuefnasjúka. Því veikari sem sá vímuefnasjúki er og því lengur sem viðkomandi glímir við sjúkdóminn, því meiri áhrif getur það haft á meðlimi fjölskyldunnar. Rannsóknir hafa sýnt fram á að vímuefnasýki einstaklinga getur haft andleg, líkamleg og félagsleg áhrif á aðstandendur þeirra. Börn sem alast upp við vímuefnasýki geta orðið fyrir miklum áhrifum vegna neyslu foreldra sinna, en rannsóknir hafa sýnt fram á að því eldra sem barnið er minnka skaðleg áhrif vímuefnasýkinnar. Einnig hafa rannsóknir sýnt fram á að það hefur mismunandi áhrif á börn hvort það er faðir eða móðir sem glímir við vímuefnasýki og að þau áhrif margfaldist ef báðir foreldrarnir eru vímuefnasjúkir. Síðastliðin 20 ár hefur sjónum verið beint að systkinasamböndum vegna hugmynda um að systkini hafi áhrif hvert á annað og spili stórt hlutverk í lífi og þroska hvers annars. Rannsóknir sýna jafnframt að vímuefnasjúkar fjölskyldur eru líklegri til þess að sýna einkenni meðvirkni í samanburði við aðrar fjölskyldur.

## Formáli

Ritgerð þessi er 12 eininga lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Ég vil þakka Jónu Margréti Ólafsdóttur, leiðbeinanda mínum, fyrir alla þá hjálp sem hún hefur veitt mér. Ég vil einnig þakka Agnesi frænku minni og Anítu vinkonu minni fyrir aðstoð þeirra. Að lokum vil ég þakka móður minni fyrir allan þann stuðning, hvatningu og umburðarlyndi sem hún hefur veitt mér í gegnum ritgerðarskrifin.

## Efnisyfirlit

<b>Útdráttur</b> .....	<b>3</b>
<b>Formáli</b> .....	<b>4</b>
<b>1. Inngangur</b> .....	<b>7</b>
<b>2. Vímuefni</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Kenningar um vímuefnasýki</b> .....	<b>12</b>
3.1 Sálfræðikenning Freud.....	12
3.2 Persónuleikakenning Jung .....	13
3.3 Námskenningar og skilyrðingar .....	13
3.4 Félagsnámskenningar .....	13
3.5 Spennulosunarkenningar.....	14
3.6 Líffræðilegar kenningar.....	14
3.7 Sjúkdómskenningar .....	14
<b>4. Greiningarlíkon</b> .....	<b>17</b>
4.1 International Classification of Diseases (ICD-10) .....	17
4.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V).....	18
<b>5. Fjölskyldur</b> .....	<b>21</b>
5.1 Hvað er fjölskylda?.....	21
5.2 Kerfiskenningar.....	22
5.3 Fjölskylduformgerðarlíkanið .....	23
5.4 Fjölskyldusjúkdómslíkanið .....	23
5.5 Atferlismeðferðarlíkanið.....	25
5.6 Styrkleikar og veikleikar fjölskyldukenninga .....	25
<b>6. Áfengis- og vímuefnasýki í fjölskyldum</b> .....	<b>26</b>
6.1 Áhrif áfengis- og vímuefnasýki í fjölskyldum .....	26
6.2 Áhrif áfengis- og vímuefnasýki á börn .....	28
6.3 Áhrif áfengis- og vímuefnasýki á systkini .....	34
<b>7. Meðvirkni</b> .....	<b>36</b>
7.1 Hvað er meðvirkni?.....	36
<b>8. Meðferðarúræði á Íslandi</b> .....	<b>39</b>
8.1 Landspítali Háskólasjúkrahús.....	39
8.2 SÁÁ.....	39
8.3 Foreldrahús.....	40
8.4 Félagsráðgjafar .....	41

<b>9. Sjálfshjálparhópar fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra .....</b>	<b>43</b>
9.1 Al-Anon .....	43
9.2 Alateen .....	43
<b>Lokaorð og samantekt .....</b>	<b>45</b>
<b>Heimildaskrá.....</b>	<b>50</b>

## 1. Inngangur

Vímuefni hafa fylgt mannkyninu í margar aldir og er saga þeirra að mörgu leyti samofin sögu mannsins. Áfengi er nú viðurkenndur vímuegjafi víða um heim og oft á tíðum er boðið upp á áfengi við margvísleg tækifæri, til dæmis í veislum eða við aðrar hátíðlegar athafnir. Neyslumynstur og meðferð áfengis er þó breytileg eftir löndum en samfélagið sem við búum í mótar hugmyndir okkar hvernig við eigum að hegða okkur með eða án áfengis (Helgi Gunnlaugsson, 2001). Vandí vegna áfengis- og vímuefna hefur jafnframt fylgt okkur í gegnum tíðina og þegar á heildina er litið hefur hann aukist stöðugt (Helgi Gunnlaugsson, 2001; Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann, e.d.a.). Vandinn er flókinn og margbreytilegur og birtist okkur meðal annars í fjölskyldum (SÁÁ, e.d.a.).

Vímuefni eru öll efni sem kalla fram vímu- eða fíkníáhrif, bæði lögleg og ólögleg (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012). Vímuefni geta verið ávanabindandi og með langvarandi neyslu þeirra geta einstaklingar þróað með sér fíkn í efnin. Þegar einstaklingur er vímuefnasjúkur hefur hann misst alla stjórn á neyslu sinni og líf hans snýst um það eitt að verða sér út um slíkt efni eða lyf (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012; Þorkell Jóhannesson, 2001). Vímuefnasýki er talin vera fjölskyldusjúkdómur því neysla eins aðila innan fjölskyldu hefur mikil áhrif á aðra fjölskyldumeðlimi og allir verða varir við hana (Kinney, 2006; Óttar Guðmundsson, 1992). Vímuefnasýki hefur því ekki aðeins slæm áhrif á heilsu og líðan þess vímuefnasjúka, heldur einnig á félagslegt umhverfi hans, til dæmis í samskiptum fjölskyldunnar (Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir, 2011).

Rannsóknir sýna að rekja megi fjölda vandamála í fjölskyldum til vímuefnasýki en áhrif vímuefnasýki á bæði tengsl og samskipti í fjölskyldum og í hjónabandi eru flókin og margvísleg (Doweiko, 2012). Því veikari sem vímuefnaneytandinn er og því lengur sem hann glímir við sjúkdóminn, því skaðlegri eru áhrif sjúkdómsins á meðlimi fjölskyldunnar (Sölvína Konráðs, 2001). Fjölskyldumeðlimir vímuefnasjúkra eiga til að sýna einkenni meðvirkni en sá sem er meðvirkur lætur hegðun annarrar manneskju hafa áhrif á sig og er einnig upptekinn af því að stjórna hegðun hennar (Beattie, 1993). Mikilvægt er því að öll fjölskyldan fái einhverskonar meðferð um leið og sá vímuefnasjúki (Óttar Guðmundsson, 1992).



Markmið þessarar ritgerðar er að fjalla um hvaða áhrif áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga í fjölskyldum getur haft á aðra fjölskyldumeðlimi. Tilgangurinn er að varpa ljósi á hvernig vímuefnasýki hefur áhrif á fjölskylduna í heild sinni, en ekki aðeins á þann vímuefnasjúka. Fjallað verður um áhrif áfengis- og vímuefnasýki í parasamböndum og hvaða áhrif það getur haft á börn að alast upp við slíkar aðstæður. Rannsóknarspurning þessarar heimildarritgerðar er: Hvaða áhrif getur áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga í fjölskyldum haft á aðra fjölskyldumeðlimi?

Ritgerðin skiptist í tíu kafla. Byrjað verður á því að fjalla almennt um vímuefni. Því næst verður fjallað um þær kenningar sem settar hafa verið fram um eðli og ástæður vímuefnasýki. Í fjórða kafla verður fjallað um þau greiningarlíkön sem stuðst er við við greiningu á áfengis- og vímuefnasýki. Í fimmta kafla verður fjallað um fjölskyldur og fjölskyldumeðferðir. Spurningunni „hvað er fjölskylda?“ verður varpað fram, hugtakið fjölskylda verður skilgreint og fjallað verður um þau fjölskyldumeðferðarlíkön sem sett hafa verið fram. Í sjötta kafla verður fjallað um áhrif vímuefnasýki í fjölskyldum. Í sjöunda kafla verður fjallað um meðvirkni, hún skilgreind og gagnrýni fræðimanna á hugtakinu. Í áttunda- og níunda kafla verður fjallað um þau meðferðarúrræði og sjálfshjálparhópa á Íslandi sem í boði eru fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra og hvernig félagsráðgjafar koma að meðferðarvinnu vímuefnasjúkra og fjölskyldna þeirra. Í tíunda kafla og jafnframt þeim síðasta eru lokaorð og samantekt. Þar verða dregnar saman helstu niðurstöður ritgerðarinnar og rannsóknarspurningunni svarað eftir bestu getu.

Í ritgerðinni verða yfirheitin vímuefni og vímuefnasýki notuð en undir þau falla bæði lögleg og ólögleg vímuefni svo sem áfengi, lyfseðilsskyld lyf, kannabis, amfetamín, kókaín og margt fleira.

## 2. Vímuefni

Til eru ýmsar skilgreiningar á vímuefnum. Líta má svo á að vímuefni séu öll lyf, bæði náttúruleg og tilbúin, sem hafa áhrif á hugarástand fólks, breyta skynvitund þeirra og hægt er að nota oftast til þess að ná fram sömu áhrifum (Northern Territory Department of Health, 2007). Vímuefni eru öll efni sem kalla fram vímu- eða fíkníáhrif, bæði lögleg og ólögleg (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012). Vímuefni breyta ástandi eins eða fleiri líkamlegra, sálrænna eða vitrænna ferla og geta orsakað fíkn (Sölvína Konráðs, 2001). Vímuefni hafa áhrif á miðtaugakerfi heilans og starfsemi hans sem gerir það að verkum að skynjun og líðan fólks breytist við inntöku þeirra. Við inntöku margra vímuefna losna vellíðunarboðefni í miðtaugakerfinu, til dæmis dópamín (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012).

Vímuefni eru flokkuð í þrjá flokka eftir mismunandi áhrifum þeirra á miðtaugakerfið og á einstaklinginn sem tekur þau inn. Flokkarnir eru slævandi, örvandi og skynvillandi vímuefni (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012). Þau vímuefni sem hafa slævandi áhrif á miðtaugakerfið, til dæmis róandi lyf og áfengi, draga ýmist úr hreyfingum, skynjun eða vökuvitund og þau sem hafa örvandi áhrif, til dæmis koffín, kókaín og amfetamín, auka hreyfingar og efla vökuvitund (Þorkell Jóhannesson, 2001). Skynvillandi vímuefni, til dæmis kannabis, valda ofskynjunum eða brenglaðri mynd af umhverfi og andlegri og líkamlegri líðan (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012).

Vímuefni geta haft sálræn, tilfinningaleg og líkamleg áhrif á þann sem neytir þeirra og jafnframt breytt hegðun þeirra en þessar breytingar á hegðun koma ekki eins fram hjá öllum sem nota vímuefni. Áhrif vímuefnanna fara meðal annars eftir því hvaða vímuefna er neytt, hvaða áhrif vímuefnið hefur á miðtaugakerfið, hversu mikið af magni er neytt, hvernig það er tekið inn, hversu oft, yfir hve langan tíma og hvort það sé tekið inn með öðrum vímuefnum. Áhrif vímuefnanna fara einnig eftir einstaklingnum sem neytir þeirra. Það fer meðal annars eftir aldri hans, hæð, þyngd, kyn, þoli gagnvart efninu, fyrrum reynslu af neyslu efnisins, skapi, persónuleika og væntingum hans gagnvart neyslu vímuefnisins. Áhrif vímuefnanna fara einnig eftir umhverfi einstaklingsins og þeim væntingum sem samfélagið gerir. Það fer meðal annars eftir því hvað hvað telst leyfilegt, afsakanlegt og viðurkennt af hverju samfélagi fyrir sig,

staðsetningu, félagsskap og hávaða í umhverfinu (Northern Territory Department of Health, 2007).

Fólk neytir vímuefna af mörgum ástæðum. Ástæður þess geta ýmist verið af því að vinir og fjölskylda neyta þeirra, sér til ánægju, til þess að slaka á og losa um spennu og til að vera hluti af trúarlegri athöfn. Ástæður þess að fólk neytir vímuefna geta einnig verið vegna einmanaleika, til að flýja leiðindi, til að minnka sársauka, til að auðveldara sé að takast á við vandamál og gleyma áhyggjum, vegna þess að það er orðið háð efninu, vegna þess að fólk verður veikt ef það hættir að neyta vímuefnanna og neysla þeirra eykur hugrekki til þess að gera hluti sem það getur ekki og vill ekki gera (Northern Territory Department of Health, 2007).

Vímuefni geta verið ávanabindandi og með langvarandi neyslu þeirra geta einstaklingar þróað með sér fíkn í efnin (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012). Fíkn er tilraun einstaklinga til að hafa stjórn á óviðráðanlegum sveiflum á tilfinningum sínum. Þegar fíkill neytir efna finnst honum sem hann hafi náð valdi á þessum óviðráðanlegu sveiflum. Fíkn fylgir ákveðnu þróunarferli, en sjúkdómurinn þróast stig af stigi, frá ákveðnum en óljósum byrjunarreit til ákveðins endareits (Nakken, 2004). Einstaklingar sem haldnir eru fíkn hafa sterka þrá eða þörf fyrir að nota vímuefni, þeim þykir erfitt að stjórna neyslu sinni, þeir fá fráhrarfseinkenni ef neyslu er hætt og þeir halda áfram að neyta vímuefna þrátt fyrir að neyslan valdi vandamálum (Northern Territory Department of Health, 2007).

Fíkn getur verið sálræn, líkamleg og félagsleg. Sálræn fíkn er ástand sem einstaklingur kemst í þegar hann neytir efna sem kalla fram fullnægju og sálræna þörf til þess að neyta efnisins í þeim tilgangi að njóta ákveðinnar ánægjuþilfinningar, eða til þess að koma í veg fyrir óþægilegar tilfinningar, ýmist til skamms eða lengri tíma. Sálræn fíkn er greind út frá sálrænni líðan einstaklingsins, bæði fyrir og eftir að hann hefur innbyrgt efnið. Líkamleg fíkn eru viðbrögð við aðlöguninni að því ástandi sem efnin höfðu á starfsemi líkamans. Nauðsynlegt er að gefa lyf við líkamlegri fíkn til þess að líkaminn komist aftur í heilbrigt ástand. Líkamleg fíkn er greind út frá fráhrarfseinkennum, því ástandi sem skapast þegar líkamann vantar efnið (Sölvína Konráðs, 2001). Fíkn getur einnig verið félagsleg, en þá er um einhverskonar tilraunaneyslu að ræða. Neyslan getur verið tilviljanakennd eða ráðgerð notkun á vímuefnum, svo sem í veislum, móttökum

eða við aðrar, stundum daglegar, athafnir eða gegn streitu, álagi, sjúkdómum eða sjúkdómseinkennum. Neysla af slíku tagi finnst í öllum þjóðfélagshópum og er einkum bundin við yngra fólk sem virðist nota efnið á svipaðan hátt og áfengi er notað af meirihluta fólks. Við félagslega neyslu eru ýmis efni prófuð, þá sérstaklega kannabisefni. Ástæður félagslegrar fíknar geta ýmist verið nýjungagirni, hópþrýstingur og spenna (Helgi Gunnlaugsson, 2001; Þorkell Jóhannesson, 2001).

### 3. Kenningar um vímuefnasýki

Kenningar, bæði fræðilegar og vísindalegar, eru hugmyndir manna sem eiga að skýra eða skipuleggja flókinn veruleika eða einangruð fyrirbæri. Kenningar eru aðeins hugmyndir, þær fela ekki í sér sannleika og geta hvorki verið réttar né rangar. Ef hugmyndirnar eru settar fram á ákveðinn hátt má draga af þeim tilgátur. Tilgáturnar eru prófaðar með tilraunum eða öðrum rannsóknum og niðurstöður þeirra benda á hvort kenningin er réttmæt eða ekki (Sölvína Konráðs, 2001). Í þessum kafla verður fjallað um helstu kenningar sem fræðimenn hafa hafa sett fram um ástæður og eðli vímuefnasýki í gegnum tíðina.

#### 3.1 Sálfræðikenning Freud

Kenning sálfræðinnar um vímuefnasýki er byggð á kenningum Freud um persónuleikann (Sölvína Konráðs, 2001). Vímuefnasjúki einstaklingurinn hefur óviðráðanlega þörf í vímuefnið og notar það til þess að koma í veg fyrir neikvæðar tilfinningar en finnur þess í stað til vellíðunar (Dodgen og Shea, 2000). Kenning Freuds fjallar ekki um vímuefnasýki sem sjúkdóm (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012). Freud heldur því fram að vímuefnasjúkir hafi staðnað á munnstigi persónuleikabroskans þar sem þörfum, svo sem sogþörf, hungri og þorsta, er fullnægt í gegnum munn. Ástæðuna má rekja til erfiðleika í barnæsku sem ekki náðist að vinna úr. Til þess að vímuefnasjúki einstaklingurinn nái bata þarf sálgreinirinn að hjálpa honum að draga fram þessar tilfinningar og gera honum grein fyrir sársaukanum í dulvitundinni (Sölvína Konráðs, 2001).

Kenningar Freuds hafa fengið töluverða gagnrýni. Gagnrýnin beinist aðallega að því hversu mikil áhersla er lögð á órökréttar hugsanir og innri baráttu. Þetta þykir alltof almennt, þetta á illa við mannlegt eðli og mannlega hugsun sem er rökrétt og leitar að jafnvægi og þetta getur ekki átt við alla. Gagnrýnin beinist einnig að áherslunni sem lögð er á innri öfl og þróun mannsins í æsku en með því er útilokað að sjá orsök og afleiðingar vandans. Þá hefur Freud verið gagnrýndur fyrir það hvað hann skrifaði í raun lítið um vímuefnasýki, kenningar hans þykja heldur karllægar og þær sýna illa menningarlegan mismun. Vímuefnasýki er ekki einsleitt vandamál (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012).

### 3.2 Persónuleikakenning Jung

Persónuleikakenning Jung er kenning innan sálfræðinnar. Kenningin er mjög ólík kenningu Freud að dulvitundinni fráskilinni. Jung byggir kenningu sína á því að einstaklingur með lágt sjálfsmat er líklegur til þess að þróa með sér hegðun til þess að fela veikleikann frá umhverfinu. Einstaklingnum hættir til að nota vímuefni sem ákveðið jafnvægi en vímuefnið breytir upplifun fólks á eigin sjálfi og persónuleika. Ákveðin hætta er á því að einstaklingur fari að samsama sig hlutverki persónunnar sem hann telur sig vera þegar hann er undir áhrifum vímuefna. Ef svo verður er hætta á því að einstaklingurinn leiti að jafnvægi með vímuefnum (Sölvína Konráðs, 2001; Kinney, 2006).

### 3.3 Námskenningar og skilyrðingar

Samkvæmt námskenningunni er vímuefnasýki lærð hegðun en ekki skilgreind sem sjúkdómur. Kenningin fjallar um neysluna sem hringrás hegðunar sem verður til vegna sjálfskapaðra hvata. Hringrásin fer af stað með drykkju sem veitir vellíðan og eftir drykkjuna kemur vanlíðan. Til þess að draga úr og komast yfir fráhvörfin og vanlíðan í kjölfar drykkju er byrjað að drekka á ný. Þróun vímuefnasýki er því eins konar hringrás, drykkja, aukið þol og fráhvörf sem kalla aftur á drykkju (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012, Kinney, 2006).

### 3.4 Félagsnámskenningar

Frumkvöðull félagsnámskenningarinnar var Albert Bandura, bandarískur sálfræðingur sem fæddur var árið 1920 (Sölvína Konráðs, 2001; Kristján Guðmundsson og Lilja Úlfarsdóttir, 2006). Bandura vildi meina að einstaklingar gætu lært með því að fylgjast með öðrum, hann kallaði það sýndarnám. Einstaklingar geta því lært af reynslu annarra í stað þess að prófa sjálfir (Kristján Guðmundsson og Lilja Úlfarsdóttir, 2006). Samkvæmt kenningu hans eru margir þættir sem hafa áhrif á félagsmótun einstaklingsins og öll hegðun er lærð (Kinney, 2006). Kenningin byggist á víxlverkun milli hegðunar einstaklings og þátta í umhverfinu sem móta hann (Sölvína Konráðs, 2001). Þau viðhorf og umhverfi sem einstaklingur elst upp við og býr í hafa áhrif á skoðun hans á vímuefnaneyslu. Alist einstaklingur upp við að vímuefni séu höfð við öll tilefni, þá finnst honum það eðlilegt og viðeigandi (Kinney, 2006).

Félagsnámskenningar hafa meðal annars verið gagnrýndar fyrir að þær ná einungis til félagslegra samskipta og umgengni við aðra. Margar rannsóknir sýna aftur á móti að frávíkshæðun sé uppsprottin frá einstaklingnum sjálfum og hans vali. Kenningarnar voru jafnframt gagnrýndar fyrir að einblína einungis á áhrif félagsnáms á frávíkshæðun en taka ekki tillit til áhrifa frávíkshæðunar á félagsnám. Gagnrýnendur vilja meina að umgengni við einstaklinga með frávíkshæðun er oftast afleiðing frekar en orsök fyrir frávíkshæðun (Akers og Lee, 1996).

### **3.5 Spennulosunarkenningar**

Samkvæmt spennulosunarkenningunni neytir einstaklingur vímuefna til þess að slaka á og ráða betur við árekstra og vanlíðan í daglegu lífi. Þegar einstaklingurinn er undir áhrifum vímuefna eykst sjálfstraust hans til þess að takast á við erfiða hluti og þar af leiðandi sækir einstaklingurinn í vímuefnið (Dodgen og Shea, 2000). Þegar einstaklingur byrjar á því að neyta vímuefna til þess að losna við kvíða er líklegt að hann haldi áfram að neyta þeirra til að draga úr kvíða og af því skapast vítahringur (Book og Randall, 2002). Gagnrýnendur hafa dregið kenninguna í efa því ýmsar lyfjafræðilegar rannsóknir hafa sýnt fram á að vímuefni ættu fremur að auka stress, heldur en að draga úr því (Book og Randall, 2002).

### **3.6 Líffræðilegar kenningar**

Vímuefni valda því að taugafrumur losa birgðir dópamíns, taugaboðefnisins sem kallar fram vellíðan. Sá einstaklingur sem finnur fyrir jákvæðum breytingum á líðan sinni við neyslu vímuefna leitar í að neyta meira. Hann er meðvitaður af fyrri reynslu að þegar hann innbyrti efnið, þá leið honum vel. Ekki er þó vitað hvort þessar breytingar eigi sér stað á sama hátt hjá þeim sem neyta vímuefna í hófi og þeirra sem eru vímuefnasjúkir (Doweiko, 2012).

### **3.7 Sjúkdómskenningar**

Flest meðferðarkerfi skilgreina vímuefnasýki sem sjúkdóm. Rökin fyrir því er stjórnlaus neysla og líkamleg og sálræn fráhvörf. Fræðimenn eru sammála því að hvort sem vímuefnasýki er skilgreind sem sjúkdómur eða ekki, þá getur hún leitt til fjölmargra sjúkdóma (Sölvína Konráðs, 2001).

Benjamin Rush (1746-1813) sem oft hefur verið kallaður faðir amerískra geðlækninga var einn sá fyrsti sem lét sig varða vímuefnasýki. Hann setti fram þá hugmynd að vímuefnamisnotkun leiddi til sjúkdóms. Árið 1784 birti Rush grein sem markaði upphaf kenninga um vímuefnasýki og sjúkdómshugtakið (Jóna Margrét Ólafsdóttir, e.d.).

Það var síðan árið 1960 sem Jellinek kom fram með þá fullyrðingu að vímuefnasýki væri sjúkdómur. Hann gerði rannsókn árið 1952, þá fyrstu sem gerð var á neyslu og misnotkun vímuefna. Út frá niðurstöðum rannsóknarinnar greindi hann vímuefnasýki í fimm meginflokkum. Fyrsti flokkurinn var Alpha eða sálræn fíkn, annar flokkurinn var Beta eða líkamleg sjúkdómseinkenni sem afleiðing af neyslu vímuefna, en ekki líkamleg fíkn. Þriðji flokkurinn var Gamma sem var líkamleg fíkn og stjórnlaus neysla, fjórði flokkurinn var Delta sem var líkamleg fíkn en ekki stjórnlaus neysla og fimmti og sá síðasti var Epsilon sem var túradrykkja. Jellinek og hans félagar settu fram tilgátur um að orsakir vímuefnasýki væru líffræðilegar og þessa líffræðilegu eiginleika mætti rekja til erfða (Sölvína Konráðs, 2001). Jellinek fékk þó gagnrýni á kenningar sínar. Gagnrýnendur töldu sjónarhorn hans of þröngt og bentu jafnframt á að vímuefnasjúkir væru mismunandi og því ætti ekki alltaf það sama við um þá alla (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012).

Niðurstöður rannsókna Jellinek voru í samræmi við niðurstöður rannsókna Vaillants. Vaillant hélt því fram að vímuefnasýki væri framsækinn sjúkdómur og því alvarlegri sem hann væri, því fleiri vandamál fylgdu honum. Vaillant ályktaði út frá niðurstöðum rannsókna sinna að vímuefnasýki myndi á endanum annaðhvort draga einstaklinga til dauða eða að þeir myndu lifa í algjöru bindindi (Kinney, 2006). Rannsókn Vaillants var meðal annars gagnrýnd fyrir að rannsaka einungis karlmenn og helst þá sem voru vímuefnasjúkir, þátttakendur í rannsókn hans þóttu heldur einsleitir hópur og þær upplýsingar sem hann studdist við voru ekki eingöngu úr hans eigin rannsókn (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012).

Sjúkdómsskenningarnar hafa meðal annars verið gagnrýndar fyrir það að leggja of mikla áherslu á að einungis heilbrigðisstarfsfólk og annað fagfólk geti meðhöndlað vímuefnasjúka (Kinney, 2006). Sjúkdómsskenningarnar voru gagnrýndar fyrir að með því að líta á vímuefnasýki sem sjúkdóm getur fólk notað vímuefnasýkina sem afsökun og fríað sig þar með allri ábyrgð á gjörðum sínum og jafnframt notað hugtakið sjúkdómur



sem réttlætingu fyrir neyslu (Kinney, 2006; Sölvína Konráðs, 2001). Gagnrýnendur hafa einnig áhyggjur af því að samfélagið sé búið að viðurkenna vímuefnasýki sem sjúkdóm og þar með umbera og afsaka frekar hegðun sem vímuefnasjúkir einstaklingar ættu í raun að bera ábyrgð á sjálfir (Kinney, 2006). Þá var kenningin einnig gagnrýnd fyrir að vímuefnasýki hafi engar sannanlegar líffræðilegar orsakir. Oftar en ekki er vímuefnasýki afleiðing aðstæðna. Ýmsir sálrænir kvillar eru undanfari neyslunnar og ofneysla vímuefna af ýmsu tagi byggist ekki á líffræðilegum forsendum en sé þó merki um hegðunartruflun (Sölvína Konráðs, 2001).

## 4. Greiningarlíkön

International Classification of Diseases (ICD-10) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V) eru þau greiningarlíkön sem notuð eru og stuðst eru við til þess að greina hvort einstaklingur er vímuefnasjúkur. ICD-10 er gefið út af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni og er tölfræðiflokkun sjúkdóma og annarra skyldra heilbrigðisvandamála (Embætti landlæknis, 2012). DSM V er gefið út af Ameríska geðlæknafélaginu.

### 4.1 International Classification of Diseases (ICD-10)

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin skilgreinir vímuefnasýki sem líkamlegt og sálrænt ástand sem er afleiðing samstarfs lífveru og ávanabindandi efnis. Ástand þetta einkennist af áráttukenndri hegðun, neyslu vímuefna til þess að upplifa breytingu á andlegu ástandi og til þess að koma í veg fyrir óþægilegar afleiðingar sökum skorts á efninu. Hægt er að vera háður fleiri en einu vímuefni, en þeir einstaklingar sem haldnir eru fíkn í mörg efni eru haldnir krónískri fíkn (WHO, 1974).

Vímuefni geta verið ávanabindandi og með langvarandi neyslu þeirra geta einstaklingar þróað með sér fíkn í efnin. Þegar einstaklingur er vímuefnasjúkur hefur hann misst alla stjórn á neyslu sinni og líf hans snýst um það eitt að verða sér út um slíkt efni eða lyf (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012; Þorkell Jóhannesson, 2001).

Samkvæmt ICD-10 flokkunarkerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar þarf einstaklingur að hafa orðið var við að minnsta kosti þrjú af eftirfarandi einkennum til þess að vera með vímuefnavanda síðastliðna 12 mánuði:

1. Einstaklingur finnur fyrir sterkri löngun eða áráttukenndri þörf fyrir efnið.
2. Einstaklingur á erfitt með að stjórna neyslu sinni: tíðni, magni og lengd.
3. Einstaklingur finnur fyrir líkamlegum fráhrarfseinkennum þegar dregið er úr neyslu og jafnframt ef vímuefni eru notuð til þess að koma í veg fyrir fráhrarfseinkenni.
4. Einstaklingur hefur aukið þol gagnvart vímuefninu og þarf aukið magn til þess að ná fram þeim áhrifum sem áður fengust.

5. Einstaklingur vanrækir frístundir eða annað sem veitir vellíðan og sífellt meiri tími fer í að nálgast vímuefni, neyta þeirra og ná sér eftir neyslu.

6. Einstaklingur heldur neyslu áfram þrátt fyrir líkamlegar eða andlegar afleiðingar (WHO, e.d.).

#### **4.2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM V)**

Áfengissýki er áráttukennd og óviðráðanleg neysla einstaklinga á áfengi þrátt fyrir vitneskju um neikvæðar afleiðingar neyslunnar. Þeir einstaklingar sem glíma við áfengissýki hafa yfirleitt sterkt þol gegn eitrunaráhrifum áfengis og þeim fráhrarfseinkennum sem koma þegar áfengi fer úr líkamanum (Edenberg og Goate, 1998). Áfengissýki er sjúkdómur. Hann er ólæknandi að því leyttinu til að áfengissjúkir einstaklingar geta ekki og munu aldrei geta notað áfengi á eðlilegan hátt og þeir geta ekki stjórnað neyslu sinni. Þegar áfengissjúkir einstaklingar eru ódrukkarnir taka þeir á vandamálum sínum með röngum viðhorfum sem leiða þá til drykkju að nýju (SÁÁ, e.d.b.). Neyslan verður miðpunktur lífs þeirra með tilheyrandi afleiðingum, fyrir þá sjálfa, aðstandendur og þjóðfélagið. Hafi áfengissjúkir einstaklingar ekki tilefni eða ástæður til að drekka, þá búa þeir hana til. Áfengissjúkir telja sig ekki eiga við vandamál að stríða (SÁÁ, e.d.b.). Áfengissýki ræðst ekki af því hvort einstaklingar eru veikgeðja, vondir, litlir eða stórir, heldur er um að ræða líkamlegar ástæður sem stjórna af erfðum eða eru áunnar. Einkenni áfengissýki eru einstaklingsbundin (SÁÁ, e.d.b.).

Áfengissýki getur verið tvenns konar, annars vegar viðvarandi og hins vegar tímabundin. Viðvarandi fíkn getur haldist stöðug án meðferðar. Í tímabundinni fíkn kemur fíknin í drykkjutúrum. Drykkjutúrarnir byrja oft um helgar og geta í lengst í marga daga, vikur eða jafnvel mánuði þar til kraftar viðkomandi eru búnir eða honum tekst að hætta, með eða án aðstoðar (Þorkell Jóhannesson, 2001).

Samkvæmt DSM V er áfengissýki vafasamt mynstur áfengisneyslu sem leiðir til klínískrar marktækrar skerðingar. Samkvæmt því er einstaklingur áfengissjúkur uppfylli hann að minnsta kosti tvö af eftirfarandi atriðum, innan 12 mánaðar tímabils.

1. Áfengi er oftast neytt í meira mæli eða yfir lengra tímabil en ætlað var.

2. Viðvarandi löngun eða misheppnaðar tilraunir til að minnka eða hafa stjórn á neyslunni.
3. Löngum tíma er eytt í að verða sér út um áfengi, neyta áfengis og ná sér eftir neyslu.
4. Þrá, sterk löngun eða hvöt til að neyta áfengis.
5. Endurtekin neysla áfengis leiðir til vanrækslu í vinnu, skóla eða á heimili.
6. Áframhaldandi neysla áfengis þrátt fyrir viðvarandi eða endurtekin félagsleg eða mannleg vandamál af völdum áfengis.
7. Mikilvægir félagslegir þættir, atvinna eða tómsfundastarf skerðist vegna áfengisneyslu.
8. Endurtekin áfengisneysla í aðstæðum þar sem það er líkamlega hættulegt.
9. Notkun áfengis er haldið áfram þrátt fyrir vitneskju um viðvarandi eða endurtekin líkamleg eða andleg vandamál sem líklega er af völdum áfengis.
10. Þol er skilgreint sem annaðhvort:
  - a. Þörf er á verulega auknu magni af áfengi til að ná tilætluðum áhrifum.
  - b. Minni áhrif fást með sama magni af áfengi.
11. Fráhvörf eru skilgreind sem annaðhvort:
  - a. Einkennandi fráhrarfseinkenni fyrir áfengi:
    - A. Langvarandi og þungri neysla áfengis er hætt eða fer minnkandi.
    - B. Tvö eða fleiri af eftirfarandi atriðum koma fram innan nokkurra klukkustunda til nokkurra daga eftir að neysla áfengis er hætt.
      1. Ósjálfráð virkni (til dæmis svitamyndun eða hjartsláttartíðni hærri en 100 bmp).

2. Aukinn skjálfti í höndum.
3. Erfiðleikar með svefn.
4. Magaveiki eða uppköst.
5. Skammvinn sjón, ofskynjanir eða blekkingar.
6. Geðshristingur.
7. Kvíði.
8. Flog.

b. Áfengis (eða annarra náskyldra efna) er neytt til að koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni (American Psychiatric Association, 2013).

Til eru önnur sambærileg greiningarkerfi um önnur vímuefni hjá DSM V en ekki verður farið nánar í þau hér.

## 5. Fjölskyldur

Í þessum kafla verður fjallað um fjölskyldur og fjölskyldumeðferðir. Spurningunni „hvað er fjölskylda?“ verður varpað fram, hugtakið fjölskylda verður skilgreint og fjallað verður um kerfiskenningarnar, fjölskylduformgerðarlíkanið, fjölskyldusjúkdómslíkanið og að lokum verður fjallað um atferlismeðferðarlíkanið.

### 5.1 Hvað er fjölskylda?

Í gegnum tíðina hefur fjölskyldan, minnsta þjóðfélagseiningin, gegnt því hlutverki að vera frumhópur einstaklingsins, því hlutverki sem engin önnur stofnun eða þjóðfélagslegar aðgerðir hafa getað hnekk. Fjölskyldan, bæði formleg og óformleg, er sú eining sem verndar viðkvæm og persónuleg tilfinningabönd, ást karls og konu, foreldra og barna, hvort sem það er í lagalegum, siðferðilegum eða efnahagslegum skilningi. Til fjölskyldunnar er fyrst leitað í gleði og sorg, í erfiðleikum og þegar áföngum er náð. Áföngum einkalífsins er þar fagnað sameiginlega, hvort sem það er fæðing, skírni, fermingarveisla eða gifting, og atburðir líkt og dauðsfall, veikindi, skilnaður eða annar eins missir eða sorg geta aukið samheldni fjölskyldunnar. Í fjölskyldunni getur einstaklingurinn þroskað sínar dýpstu þarfir og tilfinningar í nánnum samskiptum við aðra (Sigrún Júlíusdóttir, 2001).

Hugtakið fjölskylda er eitt algengasta hugtak félagsfræðinnar (Guðný Björk Eydal, 2005). Illa hefur þó gengið að setja saman vel afmarkaða og hnitmiðaða skilgreiningu á hugtakinu og hefur það verið skilgreint á marga og mismunandi vegu (Guðný Björk Eydal, 2005; Sigrún Júlíusdóttir, 2001). Sérfræðingar telja þversagnakennt að fjalla um eðli og form samskipta sem eitthvað niðurnjörvað og endanlegt í fjölbreytileika nútímans og þeim hröðu breytingum sem eru á lífsháttum. Má því segja að ekki sé hægt að tala um fjölskylduna sem stöðugt og skýrt afmarkað fyrirbæri. Sjálfsagt er endalaust hægt að deila um hvað sé fjölskylda og hvað ekki en alla jafna er talað um þá sem búa saman eða eiga saman heimili sem fjölskyldu. Félagsráðgjafar skilgreina hugtakið fjölskylda gjarnan sem „þeir sem búa saman“ (Sigrún Júlíusdóttir, 2001). Hugtakið fjölskylda er skilgreint í þingsályktunartillögu frá árinu 1997. Skilgreiningin hljóðar svo:

Fjölskyldan er hópur einstaklinga sem á sameiginlegt heimili þar sem þeir deila tómtundum, hvíld, tilfinningum, efnahag, ábyrgð og verkefnum. Meðlimir eru oftast fullorðnar manneskjur af báðum kynjum, eða einstaklingur, ásamt barni eða

börnum (þeirra). Þeir eru skuldbundnir hvorum öðrum í siðferðilegri gagnkvæmri hollustu (Félags- og tryggingamálaráðuneytið, 2001).

Hagstofa Íslands notar aftur á móti fjölskylduformið kjarnafjölskylda til viðmiðunar. Skilgreining Hagstofunnar á kjarnafjölskyldu er eftirfarandi:

Frá árinu 1999 teljast til kjarnafjölskyldu hjón og fólk í óvígðri sambúð, börn hjá þeim 17 ára og yngri, einhleypir karlar og konur, sem búa með börnum 17 ára og yngri. Börn 18 ára og eldri, sem búa með foreldrum sínum, teljast ekki til kjarnafjölskyldu og sama gildir um einhleypa sem búa með börnum sínum 18 ára og eldri. Árin 1997 og 1998 teljast til kjarnafjölskyldu hjón og fólk í óvígðri sambúð, börn hjá þeim 15 ára og yngri, einhleypir karlar og konur, sem búa með börnum 15 ára og yngri. Börn 16 ára og eldri, sem búa með foreldrum sínum, teljast ekki til kjarnafjölskyldu og sama gildir um einhleypa sem búa með börnum sínum 16 ára og eldri (Hagstofa Íslands, 2013).

## 5.2 Kerfiskenningar

Samkvæmt kerfiskenningunni er einstaklingur hluti af alls konar kerfum sem hafa áhrif á hann og ræðst líf hans af mörgum samverkandi þáttum. Þessir þættir geta annars vegar verið innra með einstaklingnum, persónuleiki hans og gildi, og hins vegar utanaðkomandi þættir sem hann stjórnar ekki sjálfur, til dæmis hegðun annarra (Farley, Smith, og Boyle, 2009; Becket og Taylor, 2010). Pincus og Minahan flokkuðu kerfin í þrjá flokka: óformlegt kerfi, formlegt kerfi og samfélagslegt kerfi. Undir óformlegt kerfi falla til dæmis fjölskylda, vinir og skólafélagar. Í formlegu kerfi eru verkalýðsfélög og aðrir eins hópar og í þriðja flokkinum eru samfélagsleg kerfi eins og sjúkrahús, skólar, félagsþjónusta og aðrar stofnanir (Pincus og Minahan, 1981).

Kerfiskenningar eru tengdar hugmyndafræði félagsráðgjafa, það er að hafa alltaf heildarsýn að leiðarljósi (Farley o.fl., 2009; Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Kerfiskenningin er fjölskyldumiðuð. Kjarni hennar er sá að það sem hefur hvað mest áhrif á einstaklinga, fjölskyldur og umhverfið sem fjölskyldurnar eru hluti af eru samskiptin á milli einstaklings, fjölskyldu og umhverfis. Mikilvægt er að skoða líf einstaklings sem samverkandi heild eða kerfi. Skoða þarf hvað það er í lífi einstaklingsins sem hefur góð áhrif og hvað hefur slæm áhrif á þá skerðingu sem hann er að fást við (Hrefna Ólafsdóttir, 2006; Farley o.fl., 2009). Til þess að hægt sé að hjálpa einstakling þurfa félagsráðgjafar að vera í tengslum við það kerfi sem einstaklingurinn er hluti af, bæta samskipti milli fólks innan kerfisins og finna heildstæðar lausnir fyrir notendur

þjónustunnar. Fjölskyldan er eitt af mikilvægustu kerfunum í lífi hvers einstaklings (Hrefna Ólafsdóttir, 2006; Farley o.fl., 2009). Kerfiskenningin hefur meðal annars verið gagnrýnd fyrir að hún gerir ráð fyrir því að allt falli að einhverju kerfi og það sé ekkert sem fellur ekki að einhverju kerfi (Payne, 2005).

### **5.3 Fjölskylduformgerðarlíkanið**

Fjölskylduformgerðarlíkanið skoðar aðallega hlutverk fjölskyldumeðlima, mörk milli fjölskyldumeðlima í sambandinu, reglur um hegðun og hvernig viðhalda eigi jafnvægi í fjölskyldum. Flestir fjölskyldumeðlimirnir streitast á móti breytingum á hlutverkum til þess að koma í veg fyrir ójafnvægi í fjölskyldum (Dodgen og Shea, 2000).

Félagráðgjafinn Virginia Satir var upphafsmaður fjölskylduformgerðarlíkansins. Samkvæmt kenningu hennar er fjölskyldan sjúklingurinn, en ekki aðeins sá vímuefnasjúki og því er unnið með alla fjölskylduna. Áhersla er lögð á sjálfsvirðingu fjölskyldunnar, því lítil sjálfsvirðing getur leitt til lágs sjálfsmats, kvíða og hugsana um hvaða skoðun aðrir hafa á viðkomandi og fjölskyldu hans. Lágt sjálfsmat getur orðið til þess að fólk verður háð öðrum og það getur komið í veg fyrir að einstaklingar þroskist eðlilega. Markmið meðferðarinnar er að fjölskyldan vaxi og þroskist. Fagaðilar byggja meðferð sína aðallega á tjáningu og nota meðal annars hlutverkaleiki. Virk hlustun er kennd, hlustað er á alla og hver og einn fjölskyldumeðlimur verður að tala fyrir sjálfan sig (Satir, 1988).

Gagnrýnendur vilja meina að fjölskylduformgerðarlíkanið noti of mikinn ágreining til að leysa vandamál í stað þess að beita samvinnu. Með sinni frjálslegu notkun á ágreiningi virðist fjölskylduformgerðarlíkanið ekki leggja áherslu á samvinnu meðferðaraðila og skjólstæðinga þeirra í fjölskylduráðgjöf. Fjölskylduformgerðarlíkanið hefur jafnframt verið gagnrýnt fyrir að þeir meðferðaraðilar sem vinna með líkanið eyða ekki nógu miklum tíma í skjólstæðinga sína áður en meðferð hefst. Þeir hlusta ekki á skjólstæðinga sína og ná ekki að láta þá finna að verið sé að hlusta á þá áður en meðferðin til að reyna að leysa vandann hefst (Hammond og Nichols, 2008).

### **5.4 Fjölskyldusjúkdómslíkanið**

Fjölskyldusjúkdómslíkanið lítur á vímuefnasýki sem fjölskyldusjúkdóm. Sá vímuefnasjúki er ekki sá eini sem glímir við sjúkdóm, heldur allir meðlimir fjölskyldunnar. Sá



vímuefnasjúki þjáist af vímuefnafíkn og fjölskyldan af meðvirkni. Neytandinn er sífellt upptekinn af neyslu sinni og fjölskyldumeðlimirnir uppteknir af neytandanum. Vímuefnasýki þess vímuefnasjúka einkennist af því óheilbrigða mynstri sem er innan fjölskyldunnar, fjölskyldan aðlagast hegðun þess vímuefnasjúka og hjálpar þar með til að viðhalda neyslunni. Þegar vímuefnavandinn vex þá verður raunverulegt líf fjölskyldunnar fjarlæggt því lífi sem fjölskyldan ætlaði sér að lifa. Þegar fjölskyldan áttar sig á því að orsök fyrir vandanum liggur hjá vímuefnasjúka einstaklingnum skapast ójafnvægi í fjölskyldunni sem leiðir til þess að fjölskyldukerfið verði að lokum óstarfhæft. Allir meðlimir fjölskyldunnar þurfa að fá meðferð og eru meðhöndlaðir hver í sínu lagi. Þeir einstaklingar sem þjáist af meðvirkni eiga til að vera með lágt sjálfstraust, gera lítið úr eigin þörfum, setja þarfir annarra frammar öðru, vera háðir öðrum einstaklingum og eiga erfitt með tengslamyndun. Auk þessara einkenna eiga meðvirkir einstaklingar til að þjáist af kvíða, þunglyndi, tilfinningalegri bælingu, fjandskap og vera uppteknir af þeim sjúka (Dodgen og Shea, 2000; Meyers, Apodaca, Flicker og Slesnick, 2002; Werner, Joffe og Graham, 1999).

Meðvirkir einstaklingar eru uppteknir við að bjarga og stjórna þeim vímuefnasjúka og vanrækja þar með áhyggjur sínar. Samhliða minnkandi sjálfsáliti þeirra, minnkar sjálfstjórn þeirra og ákveðni. Ef þessir einstaklingar leita sér ekki hjálpar, halda þeir áfram að tengjast fólki með þessum hætti, jafnvel þó vímuefnasjúki einstaklingurinn sé hættur neyslu eða er horfinn úr líf viðkomandi (Zelvin, 1999). Fjölskyldumeðferðaraðilar eru meðvitaðir um að þeir þurfi að taka á þessum vandamálum áður en þeir byggja meðferð sína á fjölskyldusjúkdómslíkaninu eða á öðrum kerfisbundnum líkönum (Whittinghill, 2002). Nánar verður fjallað um meðvirkni og skilgreiningar hennar í 7. kafla.

Markmiðið með fjölskyldusjúkdómslíkaninu er að hvetja fjölskyldumeðlimi til að viðurkenna að þeir verði einnig fyrir áhrifum fíknisjúkdóms, líkt og sá vímuefnasjúki. Ef fjölskyldumeðlimirnir halda áfram að vera í sínum hefðbundnu fjölskylduhlutverkum viðhalda þeir vímuefnavandanum hjá þeim vímuefnasjúka (Whittinghill, 2002). Fjölskyldumeðlimir þurfa að fá upplýsingar og fræðslu um bæði vímuefnasýki og meðvirkni ásamt upplýsingum um einstaklings- og hópmeðferðir til þess að bæta andlegan líðan (Meyers o.fl., 2002).

Gagnrýnendur fjölskyldusjúkdómslíkansins vilja meina að ekki sé gagnlegt að takmarka meðferðir með sjúkdómslíkaninu án þess að huga að öðrum vandamálum innan fjölskyldna, því margar fjölskyldur eru að takast á við marga erfiðleika, svo sem hótanir, skilnað, heimilisleysi og ofbeldi, í tengslum við vímuefnasýkina sem krefst allrar þeirra orku og athygli (Whittinghill, 2002). Femínistar gagnrýndu einnig meðvirknihlutann af sjúkdómslíkaninu. Þeir vildu meina að verið væri að kenna meðvirka einstaklingnum um eigið valdaleysi með því að segja hann veikan og saka hann um að vera að búa til sín eigin vandamál (Zelvin, 1999).

### **5.5 Atferlismeðferðarlíkanið**

Atferlismeðferðarlíkanið gengur út á það að hegðun einstaklinga sé lærd og sé samspil hegðunar og umhverfis. Þar af leiðandi getur hegðun einstaklings styrkst eftir þeim viðbrögðum sem hann fær við hegðun sinni (Kristján Guðmundsson og Lilja Ósk Úlfarsdóttir, 2006). Þegar atferlismeðferðarlíkanið er notað í fjölskyldumeðferð er áhersla lögð á samskiptin milli fjölskyldumeðlima. Þegar vímuefna er neytt breytist hegðunarmynstrið. Bæði neytandanum og fjölskyldumeðlimum hans gætu þótt hegðun vímuefnasjúka einstaklingsins betri þegar hann er undir áhrifum vímuefna og þar af leiðandi styrkt þá hegðun. Til dæmis gæti sá vímuefnasjúki orðið vingjarnlegri og opnari tilfinningalega þegar hann neytir vímuefna og á meðan veitt fjölskyldu sinni frið og ánægju (Dodgen og Shea, 2000).

### **5.6 Styrkleikar og veikleikar fjölskyldukenninga**

Fjölskyldukenningar um vímuefnasýki hafa bæði styrkleika og veikleika. Styrkleikar kenninganna eru meðal annars þeir að athyglin beinist að utanaðkomandi vandamálum sem geta viðhaldið vímuefnasýkinni og að sá sjúki leiti sér ekki aðstoðar. Ef fjölskyldumeðlimir eru þátttakendur í meðferð getur það bætt árangur þess vímuefnasjúka og jafnframt hjálpað til við að lina þjáningar sem tengjast sjúkdómnum. Veikleikar kenninganna eru meðal annars þeir að það er vandi að vinna með fjölskylduna í heild, þá sérstaklega ef fleiri einstaklingar innan hennar glíma við vímuefnasýki. Það er einnig veikleiki að ekki sé sinnt þörfum allra fjölskyldumeðlima (Dodgen and Shea, 2000).

## 6. Áfengis- og vímuefnasýki í fjölskyldum

Í þessum kafla verður fjallað um hvaða áhrif áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga í fjölskyldum getur haft á aðra fjölskyldumeðlimi. Í kaflanum verður fjallað um hvaða áhrif áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga getur haft á fjölskylduna í heild, á börnin í fjölskyldunni og að lokum verður fjallað um hvaða áhrif áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga getur haft á systkini.

### 6.1 Áhrif áfengis- og vímuefnasýki í fjölskyldum

Rannsóknir sýna fram á að vímuefnasýki hefur ekki aðeins alvarlegar afleiðingar fyrir þann vímuefnasjúka heldur fjölskylduna í heild. Jafnframt hefur verið sýnt fram á að vímuefnasýki hefur ekki aðeins slæm áhrif á heilsu og líðan þess vímuefnasjúka, heldur einnig á félagslegt umhverfi einstaklingsins, til dæmis á samskipti innan fjölskyldunnar (Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir, 2011; Le Poire, 2004). Því veikari sem sá vímuefnasjúki er og því lengur sem hann glímir við sjúkdóminn, því skaðlegri eru áhrif sjúkdómsins á aðra meðlimi fjölskyldunnar (Sölvína Konráðs, 2001).

Árið 1980 var farið að skoða fjölskyldur vímuefnasjúkra og hvaða áhrif einstaklingar með vímuefnasýki hefðu í fjölskyldum. Þessi þróun var ein sú mesta sem átt hefur sér stað á sviði vímuefna. Þessi þróun varð til þess að áhersla var lögð á að fjölskyldur vímuefnasjúkra tækju meiri þátt í meðferðum og leituðu sér aðstoðar fagaðila jafnvel þótt sá vímuefnasjúki væri ekki í meðferð. Með þessu var jafnframt verið að viðurkenna að vímuefnasýki væri fjölskyldusjúkdómur (Kinney, 2006).

Rannsóknir sýna að vímuefnasýki hefur langvarandi skaðleg áhrif á fjölskylduna. Áhrif vímuefnasýki á bæði tengsl og samskipti í fjölskyldum og í hjónabandi eru flókin og margvísleg en rannsóknir sýna að vímuefnasýki stuðlar að ágreiningi í fjölskyldum. Rannsóknir sýna að vímuefnasjúkar fjölskyldur eru oft ósamheldnar og með lítið stuðningsnet. Rannsóknir gefa jafnframt til kynna að marga erfiðleika í fjölskyldum eins og andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi, árekstrar, samskiptaerfiðleikar, lagaágreiningur, vanlíðan í hjónaböndum, skilnaðir, vanræksla og ófullnægjandi uppeldi barna og auknar líkur á að börn verði vímuefnasjúk megi rekja til vímuefnasýki. Enn fremur sýna þær að rekja megi fjárhagsvandamál til vímuefnasýki, en vímuefnasýki hefur neikvæð áhrif á frammistöðu í vinnu og getur leitt til vinnutaps (Doweiko, 2012; Gregg og Toumbourou, 2003; Rotunda, Scherer og Imm, 1995; Le Poire, 2004).

Vímuefnaneysla getur einnig verið stór útgjaldaliður. Makinn sem ekki er í neyslu tekur því gjarnan að sér það hlutverk að vera fyrirvinna fjölskyldunnar og tekur á sig fjárhagslega ábyrgð (Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir, 2011). Þegar samanburður var gerður á vímuefnasjúkum fjölskyldum og öðrum fjölskyldum kom í ljós að vímuefnasjúkar fjölskyldur voru framtakslausari, höfðu minna skipulag og glímdu við fleiri vandamál. Samskipti innan þeirra einkenndust af meiri neikvæðni, átökum, samkeppni, minni samheldni, minni tjáningu, minni sjálfstæði og þær áttu erfiðara með að leysa vandamál. Auk þess voru skilnaðir mun algengari í hjónaböndum þar sem annar aðilinn var vímuefnasjúkur í samanburði við aðrar fjölskyldur (Rotunda o.fl., 1995; Mahato, Ali, Jahan, Verma og Singh, 2009). Foreldrar í vímuefnasjúkum fjölskyldum eru oft stjórnsmir, gagnrýnir, þeir eiga það til að ofvernda börnin sín og veita þeim litla umhyggju (Le Poire, 2004).

Fræðimenn fundu tvö mismunandi stig sem lýsa því hvernig fjölskyldur aðlaga sig að vímuefnasýki. Á fyrra stiginu viðurkenna fjölskyldur vandann, þær reyna að stjórna honum og yfirleitt verða þær félagslega einangraðar. Maki þess vímuefnasjúka tekur sér oft það hlutverk sem vænst er af maka vímuefnasjúkra einstaklinga. Á seinna stiginu getur fjölskyldulíf einkennst af ótta, vonleysi, hnignun ásamt því að kynferðisleg nánd minnkar, aukin aðsókn er í hjálp, hlutverk makans stækkar og skilnaðir aukast (Rotunda o.fl., 1995).

Vímuefnasjúkar fjölskyldur búa oft við mikla streitu því vímuefnasýkin hefur neikvæð áhrif á líf þeirra. Bæði sá vímuefnasjúki og aðrir meðlimir fjölskyldunnar reyna að stjórna aðstæðum eða afneita veruleikanum til þess að halda fjölskyldunni saman. Fjölskyldur reyna að finna jafnvægi milli vímuefnasýki og fjölskyldulífs. Margar fjölskyldur ná þessu jafnvægi en hjá öðrum sem ekki ná því getur allt farið að snúast um vímuefnasýkina. Vímuefnasjúki einstaklingurinn reynir að fela sannleikann fyrir sjálfum sér, börnum sínum, umhverfinu og samfélaginu. Lífið verður allt ein óreiða, allt traust og allur trúnaður minnkar, loforð eru svikin og þeir aðilar sem eiga að veita öryggi og stuðning sýna oft óábyrga hegðun sem veldur því að fjölskyldumeðlimirnir vita ekki hverjum þeir geta treyst. Í þeim fjölskyldum sem vímuefnasýkin fer sífellt versnandi getur hún sundrast (Rahgozar, Mohammadi, Yousefi og Piran, 2012).

Sumir fræðimenn vilja meina að langvarandi misnotkun á vímuefnum muni að lokum leiða til þess að fjölskyldur verði óstarfhæfar. Í upphafi lífa fjölskyldur með vímuefnasýkinni með því að afneita vandamálinu og að lokum reyna þær að útrýma vandamálinu. Þegar tilraunir þessara fjölskyldna til að afneita og útrýma vandamálinu mistakast verður fjölskyldan óskipulögð og innan fjölskyldunnar skapast gremja og átök. Ef tilraunir til að endurskipuleggja fjölskylduna mistakast gera fjölskyldumeðlimir jafnvel ráðstafanir til að endurskipuleggja fjölskylduna án vímuefnasjúka einstaklingsins (Rotunda o.fl., 1995).

Rannsóknir sýna að í vímuefnasjúkum samböndum eru skilnaðir tíðir. Ekki er þó vitað hvort ástæðan fyrir því sé vegna neyslunnar eða vegna þess að einstaklingarnir eiga hreinlega ekki saman. Rannsóknir sýndu þó einnig fram á að sum sambönd bjuggu yfir ákveðnum styrk sem varð til í fjölskyldum vegna þeirra erfiðleika sem vímuefnaneyslunni fylgdi og fjölskyldan varð að takast á við. Einstaklingarnir nýttu sér þennan styrk til að komast í gegnum þessa erfiðleika. Algengt var að það væri í höndum eins aðila, þá oftast maka, að leysa úr þeim vandamálum sem upp komu í fjölskyldum, einnig þeim sem sköpuðust vegna neyslunnar, og þar með var einstaklingurinn að hlífa bæði þeim vímuefnasjúka og öðrum meðlimum fjölskyldunnar (Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir, 2011).

Í rannsókn sem Jóna Margrét Ólafsdóttir gerði á upplifun maka á áhrifum vímuefnasýki í fjölskyldum kom í ljós að allir viðmælendur hennar voru sammála um að vímuefnaneysla maka þeirra hefði haft andleg, líkamleg og félagsleg áhrif á fjölskylduna. Allir viðmælendur hennar töldu sig þekkja einkenni meðvirkni, þeir höfðu orðið varir við að tengsl við stórfjölskyldu höfðu rofnað og að vímuefnasýkin leiddi til fjárhagslegra erfiðleika (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2010).

## **6.2 Áhrif áfengis- og vímuefnasýki á börn**

Talið er að rúmlega 25% barna, 18 ára og yngri, í Bandaríkjunum búi við vímuefnasýki (Kinney, 2006). Vímuefnasýki hefur heftandi áhrif á þroska barns og þarfir þess vímuefnasjúka eru settar framar þörfum barnsins (Nakken, 2004). Það skiptir þó máli á hvaða aldri barnið er þegar foreldri þess missir stjórn á neyslu sinni, því eldri sem það er því minni skaðleg áhrif hefur það á barnið (Sölvína Konráðs, 2001).

Margar rannsóknir sem gerðar hafa verið sýna fram á að alast upp við vímuefnasýki hefur skaðleg áhrif á börn. Börn sem alast upp við vímuefnasýki alast upp við óskipulag og streituvaldandi aðstæður. Þau verða oft fyrir ofbeldi, vanrækslu eða misnotkun og oft búa þau við fátækt og félagslega einangrun. Þau einangrast jafnvel til þess að reyna fela óreiðuna fyrir ættingjum, vinum og öðrum og vegna fjárhagslegs skorts foreldranna til að fjármagna til dæmis félagsstörf og íþróttaiðkun (Grant, 2000; Le Poire, 2004). Enn aðrar rannsóknir sýna fram á að vímuefnasýki foreldra hefur skaðleg áhrif á hegðun barna þeirra sem og tilfinninga- og sálræna aðlögun. Umhverfi þeirra barna sem búa við vímuefnasýki einkennast meira af ofbeldi, hjúskaparáttökum og átökum milli barnanna og foreldra þeirra heldur en hjá öðrum börnum (Rotunda o.fl., 1995; Le Poire, 2004). Jafnframt sýna þessi börn hærrí títíni kvíðaraskana, auknar líkur eru á að þau sjálf leiðist út í vímuefni og eiga við þunglyndi að stríða. Þau byrja oft fyrr að neyta vímuefna og þau sýna oft andfélagslega hegðun (Le Poire, 2004).

Það virðist hafa mismunandi áhrif á tilfinningalíf barna hvort það er faðir eða móðir sem glímur við vímuefnavanda en ef báðir foreldrarnir eru vímuefnasjúkir margfaldast áhrifin á börnin. Ef móðirin er vímuefnasjúk er algengt að börnin fari á mis við tilfinningalega ræktun en tilfinningaleg ræktun hefur verið hlutverk móður í aldaraðir. Ef faðirinn glímur við vímuefnavanda þá gilda önnur viðhorf. Börnin standa með móðurinni og áður en langt um líður hafa valdahlutföllin innan þessara fjölskyldna raskast og faðirinn hefur engin áhrif og enginn tekur mark á honum. Móðirin tekur að sér bæði móður- og föðurhlutverkið og er stundum eina fyrirvinnan á heimilinu. Faðirinn bregst við þessari niðurlægingu með yfirgangi og hroka og á þessum heimilum er ofbeldi algengt og tilfelli eru um kynferðislega misnotkun barna af hálfu föður. Börn sem alast upp með vímuefnasjúkan föður eru líkleg til að mynda sér brenglaða föðurímynd og hugmynd um kynjahlutverkin (Sölvína Konráðs, 2001).

Það fylgir því mikil sálar- og tilfinningakvöl fyrir börn að alast upp í vímuefnasjúkum fjölskyldum, sérstaklega ung börn. Vímuefnasjúkir foreldrar skipta stöðugt um hlutverk innan fjölskyldunnar, aðra stundina eru þeir ábyrgir og góðir foreldrar en hina stundina hegða þeir sér eins og óábyrg börn. Barn í vímuefnasjúkri fjölskyldu aðlagar sig að hegðun foreldra sinna til að halda tengslum við þá og þar af leiðandi hegðar það sér aðra stundina eins og barn en á þeirri næstu eins og ábyrgt foreldri (Nakken, 2004).

Eins og áður hefur komið fram þá sýna rannsóknir að vímuefnasjúkir foreldrar hafi neikvæð áhrif á börn sín. Ástæða þess er að vímuefni geta dregið úr foreldrahæfni þeirra á ýmsan hátt. Ofneysla vímuefna getur leitt til ósamræmis í uppeldi. Þegar barn hagar sér illa getur foreldri í einu tilfelli brugðist illa við með öskri og í öðru tilfelli látið undan barninu. Með þessu ósamræmi fær barnið misvísandi skilaboð um hvað sé viðeigandi hegðun og auk þess getur það grafið undan andlegum og tilfinningalegum þroska þess (Mahato, o.fl., 2009).

Í vímuefnasjúkum fjölskyldum er börnum kennt að vera fjölskyldum sínum trú og þeim er kennt að ljúga til þess að koma ekki upp um leyndarmál fjölskyldunnar. Þeir heilbrigðu í fjölskyldunni vita að þessi hegðun er fáránleg en vegna hollustu sinnar við fjölskylduna telja þeir sjálfum sér og öðrum trú um að þetta sé ekki svo slæmt. Til að börn lifi af í umhverfi sem þessu læra þau að afneita heilbrigðum viðbrögðum sínum sem segja þeim að þau séu í hættu. Þau neyðast til að vera sífellt óheiðarlegri við sjálfan sig því sjúkdómurinn er stöðugt að þróast innra með þeim (Nakken, 2004).

Í vímuefnasjúkum fjölskyldum er börnum meinað að þroska með sér eðlilega tjáningu, tilfinningar og traust. Það fyrsta sem barn lærir er að tala ekki um það sem gerist á heimilinu. Sá vímuefnasjúki man oft ekki eftir drykkjutúrum sínum og bregst illa við ef eitthvað er borið upp á hann. Börnin læra að láta eins og ekkert hafi í skorist daginn eftir. Vímuefnasjúklingurinn veit ekki hvað hefur gerst og börnin lifa því í tvískiptum veruleika, veruleikanum sem þau búa við í raun og veru og veruleikanum sem vímuefnasjúklingurinn heldur að þau búi við. Þar sem vímuefnasjúki einstaklingurinn er foreldrið þurfa börnin að lifa í hans veruleika og láta sem þeirra veruleiki sé ekki til. Þar af leiðandi geta börnin ekki talað um sannar tilfinningar sínar. Annað sem börn vímuefnasjúkra læra er að þau mega ekki hafa tilfinningar. Þriðja sem þau læra er að þau geta hvorki treyst neinu né neinum sem er afleiðing af því að allt getur breyst fyrirvaralaust. Barnið hættir brátt að opna sig tilfinningalega (Árni Þór Hilmarsson, 1993).

Í rannsókninni Psychological Characteristics of Children of Alcoholics eftir Kenneth Sher fjallar hann um þrjú helstu einkenni barna vímuefnasjúkra. Þessi þrjú einkenni eru taugaveiklun, hvatvísi og félagslyndi. Taugaveiklun í börnum vímuefnasjúkra má bæði rekja til lágs sjálfsmats og svo kvíða og þunglyndis hjá foreldrum barnanna og eiga þessi

börn á hættu að leiðast út í drykkju til þess að komast hjá því að takast á við vandamál sín. Hvatvísi og hömluleysi má rekja til vímuefnasýki í fjölskyldum en þessi einkenni geta verið orsök fyrir fleiri vandamálum. Félagslyndi getur sagt til um tíðni ölvunar og drykkjuvanda í framtíðinni hjá börnum vímuefnasjúkra og eru þessi börn líklegri til þess að tilheyra hóp sem inniheldur mikla drykkju. Rannsóknir hafa jafnframt sýnt að persónueinkenni eins og erfiðleikar með að greina og lýsa tilfinningum, lítil sjálfstjórn og sjálfsvitund greina hvað mest á milli barna vímuefnasjúkra og barna sem ekki eiga vímuefnasjúka foreldra (Sher, 1997).

Börn sem alast upp í vímuefnasjúkum fjölskyldum miða sig oft við aðra og velta fyrir sér hver staða þeirra er í samanburði við aðra. Þessi börn vita ekki hvernig „eðlileg“ fjölskylda er. Þau fara að upplifa sig sem öðruvísi en vinirnir og fara efast um sjálfan sig, þau verða ráðvillt og vilja fá að vita hvað sé eðlilegt. Sjálfsefi, óreiða og misræmi af þessu tagi einkenna oft börn vímuefnasjúkra og líf þeirra. Þetta ósamræmi í fjölskyldum vímuefnasjúkra veldur því að meðlimir hennar verða óöruggir, þá sérstaklega börn sem verða óörugg með sjálfan sig og gagnvart umheiminum því þau vita aldrei hvenær ást og umhyggja breytast í svik og svívirðingar (Nakken, 2004).

Börn í vímuefnasjúkum fjölskyldum taka gjarnan að sér ákveðin hlutverk. Þessi hlutverk eru að einhverju leyti aðlögun að þeim aðstæðum sem þau lifa við. Hlutverkin eru mikilvæg til að viðhalda stöðugleika í fjölskyldunni þrátt fyrir neyslu þess vímuefnasjúka (Árni Þór Hilmarsson, 1993). Claudia Black skiptir þessum hlutverkum í fjóra flokka. Fyrsti flokkurinn er hetjan, annar flokkurinn er týnda barnið, þriðji flokkurinn er trúðurinn og fjórði og síðasti flokkurinn er blóraböggullinn (Black, 1991).

Hetjan er sá fjölskyldumeðlimur sem tekur að sér það hlutverk að taka á sig ábyrgð sem foreldrarnir vanrækja, hún gætir þess að allt hafi sinn gang og er meðvituð um það sem er að eiga sér stað. Hetjan er oftast en ekki elsta barnið í fjölskyldunni eða jafnvel það eina. Hún vekur venjulega upp aðdáun hjá nágrönnunum. Hún reynir sífellt að bæta ástandið á heimilinu og láta öðrum líða vel. Hún upplifir og skynjar sífelld mistök og ófullkomnun en bætir fyrir það með því að vera ábyrgðarfull og dugleg. Hetjunnar gengur yfirleitt vel í skóla, er hjálpsöm og kurteis. Hún lærir snemma að sjá um sig sjálf og jafnframt systkini sín ef þau eru til staðar. Þegar hetjan kemst á fullorðinsár skiptir fjölskyldan hana miklu máli, hún hefur yfirstjórnina í fjölskyldunni og finnur sér oft maka



sem er ósjálfstæður. Allt í kringum hana þarf að vera fullkomið og í röð og reglu. Allt þarf að hafa sinn tilgang og hún kann ekki lengur að skemmta sér. Hetjan er sá einstaklingur sem veitir fjölskyldunni einhverja sjálfsvirðingu (Árni Þór Hilmarsson, 1993; Black, 1991; Sölvína Konráðs, 2001).

Týnda barnið aðlagar sig að aðstæðum heimilisins. Fyrir því eru ýmsir hlutir eðlilegir sem önnur börn kynnst aldrei. Það hefur lært að vera ekki í of nánnum tengslum við fjölskyldu sína. Jafnframt hefur það lært að það er ekkert sem það getur gert til að bæta ástand heimilisins. Týnda barnið eyðir miklum tíma einsamalt við hljóðlát dundur. Það þarf ekki að hafa áhyggjur af týnda barninu. Það er rólegt, fáskiptið, hefur lítið frumkvæði og lætur lítið fyrir sér fara og fær því hvorki jákvæða né neikvæða athygli. Týnda barninu finnst öruggast að vera eitt með sjálfu sér, því þá veldur það ekki neinum vandræðum. Í skólanum dregur týnda barnið sig í hlé og lætur lítið á sér bera. Þegar týnda barnið eldist á það erfitt með að komast í samband við tilfinningar sínar aftur, það finnur ekki til þegar það verður fyrir áföllum og það á erfitt með að setja sig í spor annarra. Týnda barnið hefur lært að veita fjölskyldunni sinni þá fölsku tilfinningu að ekkert sé að og að vímuefnasýkin hafi ekki skaðað fjölskylduna á nokkurn hátt (Árni Þór Hilmarsson, 1991; Black, 1991; Sölvína Konráðs, 2001).

Trúðurinn er sá sem kemur fjölskyldunni til að hlæja. Hann er oftast skemmtilegur, hefur góðan persónuleika og kemst langt með því að nota kímningáfu sína. Hann er vinsæll af félögum sínum og kemst upp með mikið í skólanum því kennurunum finnst hann skemmtilegur og uppátæki hans eru saklaus. Enginn tekur trúðinn alvarlega og fjölskylda hans hefur ákveðið að hann skilji hvorki erfiðleika né vanlíðan (Sölvína Konráðs, 2001).

Blóraböggullinn lærir snemma að hann fær einungis athygli fyrir það sem ekki er gert eða það sem er rangt, en ekki fyrir það hver hann eða hún er eða fyrir jákvæða hegðun. Blóraböggullinn sækist eftir neikvæðri athygli og er sífellt til vandræða, til dæmis í skóla. Hann er agalaus, hann stendur ekki við það sem hann segir og er oft reiður. Blóraböggullinn skammast sín fyrir fjölskyldu sína og vill ekki vera hluti af henni. Fyrir honum eru vinirnir mikilvægari en fjölskyldan og lítur hann heldur á þá sem fjölskyldu sína. Barn sem tekur að sér hlutverk blóraböggulsins er líklegast til þess að

leiðast út í vímuefnaneyslu. Hlutverk blóraböggulsins er að beina athygli umhverfisins frá vímuefnasjúka einstaklingnum (Black, 1991; Sölvína Konráðs, 2001).

Þegar börn vímuefnasjúkra eldast og nálgast fullorðinsárin eru þau oft með lágt sjálfsálit, kvíða og þau eiga oftast erfitt með að tjá tilfinningar sínar í samanburði við aðra (Le Poire, 2004). Vímuefnasýki í fjölskyldum getur haft áhrif á tengslamyndun. Fullorðin börn vímuefnasjúkra geta þróað með sér óöryggi í tengslum við aðra, þá sérstaklega ef þau upplifa að foreldrar þeirra hafi yfirgefið sig líkamlega en þó að mestu leyti tilfinningalega. Upplifun þeirra getur leitt til lágs sjálfstrausts. Þá sýna rannsóknir fram á að dætur vímuefnasjúkra reynast vera sveigjanlegri, hvatvísari, neikvæðari og sýna oftast merki um vanlíðan þegar þær nálgast fullorðinsárin í samanburði við aðra. Jafnframt hafa þær minni sjálfsálit og eru uppteknari af öðrum (Le Poire, 2004).

Í vímuefnasjúkum fjölskyldum getur jafnframt orðið viðsnúningur á hlutverkum og börn fara í hlutverk foreldra sem getur leitt til óviðeigandi sambands milli foreldris og barns. Þó að börn eigi að vera þróa eigin sjálfsmynd þá er líklegt að sjálfsmynd þeirra hafi orðið fyrir áhrifum af því að hafa verið að hugsa um aðra og þeirra þarfir. Fræðimenn styðja þetta og jafnframt að börn vímuefnasjúkra eiga það til að fara í hlutverk ábyrgðarfulla barnsins. Þegar börn fara í þetta hlutverk getur það orðið til þess að þau mynda ótta við nánd og forðast tilfinningatengsl í framtíðinni. Þegar þau nálgast fullorðinsárin geta þau upplifað sig yfir aðra hafin, þar sem þau voru alltaf ábyrgðarfullri og meira traustvekjandi en vímuefnasjúkir foreldrar þeirra. Síðar í lífinu geta börn vímuefnasjúkra verið fjarlæg og annars hugar í samböndum við aðra og jafnframt átt í rómantískum samböndum við einstaklinga sem sýna sömu ófyrirsjáanlegu hegðun og foreldrar þeirra gerðu (Le Poire, 2004).

Sá hluti barna vímuefnasjúkra sem verða fyrir ofangreindum áhrifum virðist þó ekki vera stór, en sá hluti barna sem verða sjálf vímuefnasjúk er aftur á móti stærri. Það getur verið skaðlegt að draga fram miklar ályktanir um sérstök persónueinkenni sem byggja einungis á fjölskyldusögu vímuefnasjúkra. Margar af þeim vinsælu myndum sem búið er að draga upp af börnum vímuefnasjúkra alhæfa of mikið og geta verið skaðlegar. Að vita meira um fjölskyldur vímuefnasjúkra, hegðun þeirra, hversu margir eru vímuefnasjúkir eða glíma við aðra kvilla tengdri vímuefnasýki, eykur gildi staðreyndanna sem settar eru fram um persónuleika og sálræna aðlögun einstaklingsins. Það er því

aðeins byrjunin að öflun dýpri og meiri upplýsinga að vita að einstaklingur er barn vímuefnasjúkra (Sher, 1997).

### 6.3 Áhrif áfengis- og vímuefnasýki á systkini

Síðastliðin 20 ár hefur áhugi á samböndum systkina aukist. Ástæða þess eru hugmyndir um að systkini spili stórt hlutverk í lífi og þroska hvers annars. Systkini eru jafnframt talin hafa áhrif hvert á annað, meðal annars í daglegri umgengni, í gegnum samkeppni, þau veita hvert öðru félagsskap og sem fyrirmyndir (Whiteman og Christiansen, 2008).

Árið 2005 gerði Marina Barnard rannsókn á áhrifum vímuefnaneyslu á foreldra og systkini. Rannsóknin sýndi að börn sem eiga systkini í neyslu höfðu tilhneigingu til að óttast um heilsu og velferð systkina sinna, þá sérstaklega þegar þau neyttu vímuefnanna utan heimilisins. Systkini vímuefnasjúkra óttuðust einnig möguleikann á því að systkini þeirra tækju inn of stóran skammt. Þau systkini sem höfðu gott samband við foreldra sína upplifðu aukinn kvíða yfir því hvort foreldrar þeirra gætu tekist á við vandann. Þeim fannst þau ófær um að breyta stöðu systkina sinna og fannst erfitt að horfa upp á þau eyðileggja líf sitt. Börnunum fannst jafnframt vandræðalegt að sjá systkini sín undir áhrifum eiturfylltja og betlandi á almannafæri og reyndu að forðast þau ef þau mættu þeim á meðal almennings til að forðast niðurlægingu. Það jók á skömm barnanna hvað vímuefnasjúk systkini þeirra hirtu illa um sig, bæði hvað útlit og hreinlæti varðar. Þau áttu erfitt með að viðurkenna fyrir öðrum að fjölskyldumeðlimur þeirra ætti við vímuefnavanda að stríða. Þá sýndi rannsóknin að neysla systkinanna hefði áhrif á tengsl systkinanna. Börnunum fannst vímuefnasjúk systkini sín heldur áhugalaus um samband þeirra, þeim fannst skortur á tengslum þeirra á milli og þau töldu að ef neysla systkina þeirra héldi áfram myndi hún ógna sambandi þeirra enn meir. Þá sýndi rannsóknin að börn sem eiga vímuefnasjúk systkini eru líklegri en önnur börn til að þróa með sér vímuefnavandamál, þá sérstaklega yngri systkini (Barnard, 2005).

Önnur rannsókn sýndi að börn sem eiga vímuefnasjúk systkini eru líklegri til þess að verða heimilislau og glíma við þunglyndi samanborið við önnur börn. Rannsóknin sýndi jafnframt að foreldrar vímuefnasjúkra barna voru upptekin af vímuefnasjúka barninu og systkini þeirra fengu því litla athygli. Systkinin voru oft látin taka ábyrgð sem þau voru ekki tilbúin til að taka og miklar kröfur voru gerðar til þeirra (Bamberg, Toumbourou og Marks, 2008).

Enn önnur rannsókn sýndi að auk þess sem systkini vímuefnasjúkra barna eigi í meiri hættu á að misnota vímuefni í samburði við önnur börn þá þurfa þau að takast á við fjölda annarra vandamála. Þau eiga greiðari aðgang að vímuefnum og þau eru berskjaldaðri fyrir fjölskylduágreiningi, ofbeldi og truflun á skólagöngu þegar upp koma erfiðleikar. Í fjölskyldum vímuefnasjúkra barna getur athyglin verið svo mikil á vímuefnasjúka systkinið að hin systkinin fara að upplifa sig utangátta. Ætlast er til að þau taki ábyrgð í algjöru ósamræmi við aldur þeirra og að þau hegði sér vel til þess að auka ekki álagið í fjölskyldunni. Rannsóknin sýndi jafnframt að börn sem eiga vímuefnasjúk systkini glíma frekar við geðræn vandamál og andfélagslega hegðun en önnur börn og þau leitast eftir auknum tilfinningum. Öll þessi atriði eru áhættuþættir fyrir sjálfsvíg en þunglyndi, kvíði, fíkniefnamisnotkun, vonleysi og hvatvísi eru atriði sem tengjast sjálfsvígum ungmenna. Börn sem eiga vímuefnasjúk systkini fá færri tækifæri innan fjölskyldunnar vegna þess að miklum tíma og athygli er eytt í vímuefnasjúka barnið. Tækifæri í skólanum og samfélaginu eru einnig takmörkuð því börnin eru treg til að taka þátt í félagslífinu útaf sektarkennd, skömm eða einfaldlega til að forðast spurningar um systkini sín. Af þessum ástæðum eru tengsl við aðra sem ekki sýna frávíkshægðun takmörkuð. Á unglingsárunum fjarlægast unglingar oft fjölskyldur sínar og reyna að lifa sjálfstæðu lífi. Þetta getur verið hættutímabil hjá börnum sem eiga vímuefnasjúk systkini vegna áhyggjufullra foreldra sem óttast að þau leiðist út í neyslu líkt og vímuefnasjúka barnið. Á unglingsárunum er ungt fólk einnig í leit að sjálfsmýndinni og getur þróun tilfinninga verið flækt af bæði fyrirmyndum innan fjölskyldunnar og af því að þau þurfa að takast á við þau vandamál sem eiga sér stað innan fjölskyldunnar, til dæmis sorg yfir því að hafa misst tengsl við systkini sitt. Á unglingsárunum upplifa þau sig yfirleitt ósigrandi og eru jafnframt eigingjörn. Á unglingsárunum finnst ungu fólki það oft bera ábyrgð á einhverjum sem þau geta ekki stjórnað (Gregg og Toumbourou, 2003).

## 7. Meðvirkni

Fjölskyldumeðlimir vímuefnasjúkra eiga til að sýna óæskilegan stuðning og einkenni meðvirkni. Í þessum kafla verður fjallað um meðvirkni, skilgreining á hugtakinu og óæskilegan stuðning. Að lokum verður fjallað um gagnrýni á hugtakið meðvirkni.

### 7.1 Hvað er meðvirkni?

Þegar fagaðilar sem störfuðu við vímuefnaeðferð fóru að skoða hvaða áhrif vímuefnasýki einstaklinga hafði á líðan og hegðun aðstandenda þeirra þróuðu þeir með sér nokkur hugtök til að hjálpa þeim að bæði skilja og útskýra áhrif vímuefnasýki, bæði innan fjölskyldunnar og til annarra. Tvö af þessum hugtökum eru enn notuð í dag, annars vegar meðvirkni og hins vegar óæskilegur stuðningur. Meðvirkni er ákveðið samskiptamynstur og óæskilegur stuðningur er ákveðin hegðun (Doweiko, 2012).

Óæskilegur stuðningur er þegar aðstandandi hegðar sér vísvitandi þannig að hann gerir þeim vímuefnasjúka kleift að stunda neyslu sína. Þessi hegðun kemur í veg fyrir að sá vímuefnasjúki þurfi að bera ábyrgð á hegðun sem fylgir vímuefnasýkinni. Aðstandandinn gerir sér ekki grein fyrir óeðlilegri hegðun sinni sem er í raun röng, ætlunin er að hjálpa þeim vímuefnasjúka vegna væntumþykju (Doweiko, 2012).

Meðvirkni er hugtak sem oft er notað til að lýsa áhrifum vímuefnasýki á fjölskyldumeðlimi. Á áttunda áratugnum bentu fræðimenn á að aðstandendur vímuefnasjúkra yrðu varir við það ástand sem vímuefnasjúkir skapa í umhverfi sínu. Aðstandendur upplifa tilfinningasveiflur en tengja það ekki beint við vímuefnasýkina. Oft á tíðum er hægt að líkja samskiptum þess vímuefnasjúka við fjölskyldu, vini og vinnufélaga við leikrit. Sá vímuefnasjúki og aðstandendur hans tengjast tilfinningalega sem gerir þeim vímuefnasjúka kleift að stunda vímuefnaneyslu sína. Fjölskyldan lætur eins og ekkert sé og tekur þar með þátt í feluleik þess vímuefnasjúka og verður þar með meðvirk (Kinney, 2006).

Hugtakið meðvirkni nær yfir bæði hegðun og hugsun einstaklings sem bregst við óvenjulegum aðstæðum með eðlilegum tilfinningum. Einstaklingurinn getur tileinkað sér þessa hegðun sem getur haft skaðleg áhrif á líf hans og er þar af leiðandi talin óæskileg (Morgan, 1991). Í meginráttum er meðvirkni einstaklingur sem er tilfinningalega háður öðrum einstaklingi eða hlut. Með hegðun sinni reynir hann að stjórna öðrum í kringum sig, hann þarf stöðugt samþykki annarra vegna lágs sjálfsmats og sjálfstrausts og

jafnframt tekur hann þarfir annarra fram yfir eigin þarfir til þess eins að reyna hafa áhrif á líðan þess vímuefnasjúka (Doweiko, 2012).

„Meðvirk er sú mannvera sem hefur látið hegðun annarrar manneskju hafa áhrif á sig og er jafnframt heltekin af því að stjórna hegðun hennar“ (Beattie, 1993, bls 36).

Meðvirkni er margþætt. Einstaklingur er meðvirkur ef umhyggja hans hefur snúist upp í þráhyggju, ef samkennd hans hefur breyst í umönnun og ef hann er að hugsa um aðra og hugsar ekki um sjálfan sig. Meðvirkur einstaklingur er háður öðru fólki, hann er háður geðsveiflum þess, hegðun, veikleika eða vellíðan og ást þess. Meðvirkni er fíkn mótsagnanna. Meðvirkur einstaklingur virðist vera sá sem aðrir reiða sig á, en aftur á móti er hann sjálfur háður öðrum. Hann virðist sterkur einstaklingur en upplifir sig hjálparlausan. Hann virðist vera stjórnandi en er í raun og veru stjórnað, í sumum tilvikum af sjúkdómum eins og vímuefnasýki. Meðvirkni er að finna í okkur sjálfum, það er að segja hvernig við látum hegðun annarra hafa áhrif á okkur og hvernig við reynum að hafa áhrif á aðra. Í eðli sínu eru meðvirkir einstaklingar velviljaðir, þeir láta sig aðra varða og bregðast við þörfum annarra (Beattie, 1993).

Einkenni meðvirkni má skipta upp í þrjá flokka: afneitun eða blekkingu, tilfinningalega bælingu og tilhneigingu til óæskilegrar hegðunar. Afneitun eða blekking felur í sér að einstaklingurinn sér ekki heildarmyndina. Hann notast ekki við allar þær upplýsingar sem eru í boði og sér aðeins það sem honum hentar og hann vill sjá. Í stað þess að horfast í augu við sannleikann býr hann til sinn eigin sannleika og trúir einungis því sem hann vill trúa. Tilfinningaleg bæling er þegar einstaklingurinn afneitar tilfinningum sínum sem tengjast raunveruleikanum. Með tímanum veit hann ekki hvernig honum líður og hvernig hann á að fást við tilfinningar sínar. Ef ekki er tekist á við þessar bældu tilfinningar og reynt að vinna úr þeim geta þær komið út sem hroki, stjórnsemi og einangrun. Vegna afneitunar og tilfinningalegrar bælingar er einstaklingur í hættu á að leiðast út í óæskilega hegðun, til dæmis vímuefnaneyslu. Með slíkri hegðun nær einstaklingurinn að halda ró innra með sér (Wegscheider-Cruse, 1990).

Óæskilegur stuðningur og meðvirkni eru að mörgu leyti lík en samt sem áður er munur þar á milli. Óæskilegur stuðningur er meðvituð hegðun þar sem einstaklingurinn veit hvað hann er að gera en meðvirkni er samskiptamynstur sem hefur þróast ómeðvitað. Sami einstaklingurinn getur bæði sýnt óæskilegan stuðning og verið

meðvirkur en hann getur einnig sýnt óæskilegan stuðning án þess þó að vera meðvirkur (Doweiko, 2012).

Þegar fjölskyldumeðlimir eru meðvirkir reyna þeir að leyna neyslu vímuefnasjúka einstaklingsins með því að afsaka hegðun hans. Þeir útskýra og finna afsakanir fyrir gjörðum þess vímuefnasjúka og jafnframt laga og bæta það sem hefur farið úrskaiðis vegna neyslunnar (Kinney, 2006). Meðvirkur einstaklingur telur sig eiga sök á vanda þess vímuefnasjúka og á því erfitt með að benda honum á hann (Doweiko, 2012). Meðvirkni fjölskyldumeðlima kemur í veg fyrir að vímuefnasjúki einstaklingurinn geri sér grein fyrir vandamálu sínum og axli ábyrgð (Kinney, 2006).

Rannsóknir sýna að fjölskyldur þar sem álag er mikið, til dæmis vímuefnasýki eða líkamlegir eða andlegir sjúkdómar, eru líklegri til þess að sýna einkenni meðvirkni í samanburði við aðrar fjölskyldur. Þær sýndu jafnframt að konur eru líklegri en karlar til að sýna einkenni meðvirkni. Þá benti rannsóknin á að fjölskyldur sem glíma við annars konar álag en vímuefnasýki gætu einnig sýnt einkenni meðvirkni (Fuller og Warner, 2000).

Hugtakið meðvirkni hefur fengið töluverða gagnrýni. Gagnrýnendur benda á að fáar vísindalegar rannsóknir hafa verið gerðar á hugtakinu meðvirkni. Þær vísindalegu rannsóknir sem gerðar hafa verið hafa jafnframt verið aðferðarfræðilega takmarkaðar, þá sérstaklega hvað úrtök og þröng sjónarhorn varðar (Sher, 1997). Hugtakið meðvirkni var gagnrýnt fyrir að vera of almennt, of vítt og notað of frjállega. Hugtakið þykir heldur tvírætt og þar af leiðandi er það ofnotað og fólk stimplar sig oft og greinir sig sjálft meðvirkt (Fuller og Warner, 2000). Það er álit margra fagaðila að meðvirkni sé sýndarvandamál og sú staðreynd að hugtakið hafi ekki verið rannsakað í mörg ár styður það. Þá var hugtakið meðvirkni gagnrýnt fyrir að gera ekki ráð fyrir að börn sem alast upp við vímuefnasýki takist á við vandamálin, læri af þeim og verði að heilsteypum einstaklingum, heldur er alltaf gert ráð fyrir því að vímuefnasýkin valdi þeim lífstíðarvandamálum. Hugtakið var jafnframt gagnrýnt fyrir að afsaka hegðun vímuefnasjúkra einstaklinga, fría þá ábyrgð á eigin hegðun og færa ábyrgð yfir á maka sem sagður er viðhalda vímuefnavandanum (Doweiko, 2012). Gagnrýnendur leggja mikla áherslu á rannsóknir á hugtakinu meðvirkni (Fuller og Warner, 2000).

## 8. Meðferðarúrræði á Íslandi

Vímuefnasýki er fjölskyldusjúkdómur. Neysla eins aðila innan fjölskyldu hefur mikil áhrif á aðra fjölskyldumeðlimi og allir verða varir við hana. Mikilvægt er því að öll fjölskyldan fái einhvers konar meðferð um leið og sá vímuefnasjúki. Fjölskyldumeðlimir þurfa að fá fræðslu um einkenni og þróun sjúkdómsins og hvaða viðbrögðum megi gera ráð fyrir frá þeim vímuefnasjúka (Óttar Guðmundsson, 1992). Í þessum kafla verður fjallað um þau meðferðarúrræði á Íslandi sem eru í boði fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra.

### 8.1 Landspítali Háskólasjúkrahús

Fíknigeðdeild Landspítalans býður upp á fjölskyldufundi fyrir vímuefnasjúka einstaklinga og fjölskyldur þeirra þar sem farið er yfir stöðu mála þess vímuefnasjúka. Að þessum fundum koma þeir fagaðilar sem eiga við hverju sinni, ýmist geðlæknir, hjúkrunarfræðingur eða félagsráðgjafi. Þessir fjölskyldufundir eru upplýsingafundir fyrir fjölskyldur þar sem næstu skref eru ákveðin og lagðar eru línurnar fyrir þann vímuefnasjúka. Mikilvægt er að fá sjónarhorn fjölskyldna, hvað þær ætla að gera ef sá vímuefnasjúki fellur eða heldur sér á beinu brautinni. Mikilvægt er að fjölskyldur setji vímuefnasjúkum einstaklingum mörk. Ef aðstandendur þurfa á sérstökum stuðningi að halda er þeim veittur sá stuðningur. Íris Eik Ólafsdóttir félagsráðgjafi á fíknigeðdeild Landspítalans telur afar mikilvægt að vinna með fjölskyldur samhliða vinnu með þeim vímuefnasjúka. Hún telur mikilvægt að fjölskyldan sé öll að stefna í sömu átt (Íris Eik Ólafsdóttir munnleg heimild, 7. maí 2014).

### 8.2 SÁÁ

Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ) hafa byggt upp fjölbreytta meðferðarþjónustu bæði fyrir áfengis- og vímuefnasjúklinga og aðstandendur þeirra. Meðferðin býður upp á marga möguleika. Aðstandendum er aðallega sinnt með viðtölum og sérstakri fjölskyldumeðferð á göngudeildum SÁÁ. Fjölskyldumeðferðin tekur fjórar vikur en í kjölfar meðferðarinnar geta aðstandendur sótt stuðningshópa vikulega. Í meðferðinni er leitast við að auka þekkingu aðstandenda á fíknisjúkdómnum, einkennum hans, birtingarmynd og hvaða áhrif hann hefur á þá sem standa sjúklingnum næst. Einnig fá aðstandendur aðstoð við að breyta aðstæðum innan fjölskyldunnar til batnaðar (SÁÁ, e.d.c.). SÁÁ býður einnig upp á helgarfjölskyldumeðferð. Úrræðið er



sérstaklega ætlað þeim sem búa á landsbyggðinni og er haldið reglulega á göngudeildinni á Akureyri og í Reykjavík (SÁÁ, e.d.d.).

SÁÁ býður einnig upp á sálfræðiþjónustu fyrir börn á aldrinum 8-18 ára sem ekki eru byrjuð að neyta vímuefna. Sálfræðingar SÁÁ sjá um þjónustuna og leggja þeir sig fram um að nálgast bæði börn og foreldra sem standa frammi fyrir vímuefnavanda af nærgætni og virðingu. Markmið þjónustunnar eru að barn fái opnun og viðurkenningu á stöðu sinni og aðstæðum í fjölskyldum þar sem vímuefnasýki er til staðar. Leitast er við að barn skilji betur hvað vímuefnasýki er, hvernig hún þróast og hvaða afleiðingar hún getur haft. Einnig að hjálpa barninu að átta sig betur á aðstæðum sínum og foreldra sinna og hugsanlegum afleiðingum vandans. Stuðlað er að vellíðan og velferð barns bæði í nútíð og framtíð og reynt er að rjúfa þann þagnarmúr og einangrun sem skapast oft hjá barni í þessum aðstæðum. Leitast er við að styrkja sjálfsmynd og félagsfærni barns og gera það hæfara til að takast á við og vinna úr tilfinningalegri vanlíðan. Mikilvægt er að barn átti sig á því að langflestir foreldrar vilja og reyna að vera góðir foreldrar en vímuefnasýkin getur skyggt á það. Þá er einnig mikilvægt að fyrirbyggja neyslu allra vímuefna með því að auka vitund barnsins á því hvað felst í vímuefnaneyslu. Sérstaða þessarar þjónustu er að hún felst í sjónrænni vinnu með hjálp tölvu, en börnum finnst oft auðveldara að ræða erfiða reynslu og tilfinningar þegar tölva er notuð í viðtölum. Þessi nálgun auðveldar börnum að meðtaka það sem fram fer í viðtölunum, muna og skilja. Ef barn er aftur á móti lítið í sér eða í tilfinningalegu ójafnvægi, er tölvan lögð til hliðar (SÁÁ, e.d.e.).

### **8.3 Foreldrahús**

Vímulaus æska eru foreldrasamtök sem stofnuð voru árið 1986. Vímulaus æska rekur Foreldrahús bæði í Borgartúni 6 í Reykjavík og í Hafnafirði, en það síðarnefnda er oft kallað "Litla Foreldrahúsið". Samtökin halda úti námskeiðum og sinna ráðgjafarþjónustu fyrir fjölskyldur sem eiga börn og unglinga í vanda. Áður fyrr var fyrst og fremst unnið með vímuefnavanda unglinga en í dag er þjónustan fjölbreytilegri og unnið er með margvísleg vandamál eins og einelti, félagslega erfiðleika og hegðunarvanda. Starfsemi Foreldrahúss skiptist í tvo meginflokka, annars vegar forvarnir og hins vegar ráðgjöf, og bjóða samtökin upp á fjölskylduráðgjöf, foreldrahópa, sjálfstyrkingarnámskeið og stuðningsmeðferð (Vímulaus æska, e.d.a.).

Fjölskylduráðgjöf Foreldrahúss er ætluð foreldrum og börnum í einhverskonar vanda. Ráðgjöfinni sinna sálfræðingur, vímuefnaráðgjafar og annað fagfólk. Ráðgjöfin er einstaklingsmiðuð. Í boði er sálfræðipjónusta, ráðgjöf og meðferð fyrir börn og unglunga með hegðunar- og/eða vímuefnavanda og jafnframt vegna vanlíðunar, depurðar, kvíða, félagslegrar einangrunar, eineltis, samskiptaerfiðleika í fjölskyldunni og fleira. Hver og einn einstaklingur og fjölskylda glímir við mismunandi vandamál og bregst jafnframt við því á mismunandi hátt. Vandamálin eru því ólík en flestir eru að glíma við einhverskonar vanlíðan. Í ráðgjöfinni er leitast við að mæta þeim vanda sem hver fjölskylda er að fást við og styrkja hana til betri lífs því foreldrar eiga það til að missa tökin þegar álagið er orðið það mikið og þurfa stuðning til að sinna sér og öðrum börnum á heimilinu (Vímulaus æska, e.d.b.).

#### **8.4 Félagsráðgjafar**

Undanfarin ár hafa félagsráðgjafar komið í auknum mæli að meðferðarvinnu vímuefnasjúkra og fjölskyldna þeirra. Félagsráðgjafar aðstoða fjölskyldur við að skilja vandann og styrkja fjölskylduna (Farley, o.fl., 2009). Samkvæmt 50. grein laga númer 40/1991 um félagsþjónustu sveitarfélaganna skal félagsmálanefnd veita aðstandendum og fjölskyldum vímuefnasjúkra ráðgjöf og aðstoð eftir því sem við á (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991). Félagsráðgjafar eru ekki eina stéttin sem vinnur í félagsþjónustunni á Íslandi en er sú stétt sem hefur hvað mest sett mark sitt á þjónustuna. Félagsráðgjafar henta mjög vel til að vinna með fjölskyldum og aðstandendum vímuefnasjúkra því þeir nálgast öll sín viðfangsefni út frá heildarsýn. Hver og einn einstaklingur er sérstakur og skoða þarf aðstæður hans frá öllum sjónarhornum og í tengslum við umhverfi, fjölskyldu, vini og vinnufélaga og í raun allt samfélagið í heild. Félagsráðgjafar þekkja samfélagið og vita hvaða bjargir eru þar að finna. Þeir þekkja kenningar um mannlega hegðun og geta jafnframt skilið og greint hvernig fólk og umhverfi hefur áhrif hvort á annað (Lára Björnsdóttir, 2006). Þegar félagsráðgjafar vinna með vímuefnasjúkum og fjölskyldum þeirra eru þeir oftast en ekki málstjórar. Þeir veita fjölskyldunni félagslega ráðgjöf og stuðning, þeir benda fólki á úrræði og bera ábyrgð á eftirfylgd mála í margvíslegum úrræðum (Erla Björg Sigurðardóttir, 2011).

Félagsráðgjafar bjóða upp á fjölskylduráðgjöf fyrir fjölskyldur sem glíma við ýmis konar vandamál, meðal annars vímuefnasýki. Í ráðgjöfinni leggja félagsráðgjafar áherslu á þau vanlíðunareinkenni, samskiptatruflanir eða félagslega örðugleika sem koma upp í fjölskyldunni vegna þess álags sem skapast vegna vímuefnaneyslunnar. Þeir vinna meðal annars að því að bæta samskipti innan fjölskyldunnar, ofbeldis- og misbeitingarmál, uppeldisráðgjöf, hjónameðferðir og kreppumeðferðir af ýmsu tagi. Félagsráðgjafar aðstoða einstaklinga í fjölskyldu og hjónabandi við að aðgreina sig og þroskast á eigin forsendum, styrkja bæði hjónabandið og foreldrahlutverkið á sama tíma og fjölskyldan í heild fær þá aðstoð sem hún þarf til þess að meðferðin nýtist (Sigrún Júlíusdóttir, 1989). Félagsráðgjafar starfa jafnframt við barnavernd og fjölmörg mál sem koma inn á borð til þeirra og eru í tengslum við bæði vímuefnaneyslu foreldranna og barnanna sjálfra (Barnaverndarstofa, 2012).

## 9. Sjálfshjálparhópar fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra

Í þessum kafla verður fjallað um sjálfshjálparhópana Al-Anon og Alateen sem eru í boði fyrir aðstandendur vímuefnasjúkra.

### 9.1 Al-Anon

Al-Anon eru samtök ættingja og vina vímuefnasjúkra og er tilgangur þeirra að hjálpa fjölskyldum vímuefnasjúkra. Þar deila þau reynslu sinni, styrk og vonum um að leysa sameiginlega vandamál sín. Al-Anon gengur út frá því að vímuefnasýki sé fjölskyldusjúkdómur og að breytt viðhorf geti stuðlað að bata en það er gert með því að tileinka sér reynslusporin tólf. Al-Anon eru samtök sem eru óháð trúarhópum, stjórnmalaskoðunum, félagasamtökum eða stofnunum, þau taka ekki þátt í deilum og þau taka ekki afstöðu í neinum málum (Al-Anon, e.d.a.).

Al-Anon leiðin byggir á þremur arfleiðum samtakanna en þær sjá samtökunum fyrir andlegum grunni. Ef félagar samtakanna tileinka sér þessar meginreglur í lífi og starfi er hægt að bæta sjálfstraust þeirra og að þeir sjái aðstæður sínar í öðru ljósi.

1. Reynslusporin tólf þjónusta hvern og einn félaga. Reynslusporin tólf eru aðalaðferð samtakanna til að einstaklingar nái tökum á persónulegri hugarró og betri líðan.
2. Erfðavenjurnar tólf þjónusta deildum innan Al-Anon. Erfðavenjurnar þjóna þeim tilgangi að halda deildunum heilbrigðum, tryggja grundvallareðli þeirra og gæta þess að þær séu það batasamfélag sem aðstandendur þurfa á að halda.
3. Þjónustuhugtökin eru viðmið starfsemi samtakanna í heild sinni. Þjónustuhugtökin standa vörð um sátt og samlyndi deildanna og tryggja að Al-Anon bataleiðin haldist jákvæð og stöðug (Al-Anon, e.d.b.).

### 9.2 Alateen

Alateen eru samtök unglinga sem hafa orðið fyrir áhrifum af drykkju ættingja eða náins vinar. Alateen er hluti af fjölskyldudeildum Al-Anon. Þar eru eingöngu rædd eigin vandamál og hjálpast er að með því að deila reynslu sinni, styrk og vonum. Alateen gengur út frá því að vímuefnasýki sé fjölskyldusjúkdómur þar sem hann hefur áhrif á alla

fjölskylduna, bæði andlega og líkamlega. Þó svo að unglíngarnir geti hvorki breytt né stjórnað foreldrum, vinum eða systkinum geta þeir samt sem áður skilið sig frá vandamálum þeirra og þótt vænt um þau. Samtökin eru óháð öllum utanaðkomandi samtökum og eru trúmál ekki rædd. Alateen tileinkar sér reynslusporin tólf en með þeim öðlast félagar samtakanna vitrænan, tilfinningalegan og andlegan þroska (Al-Anon, e.d.c.).

## Lokaorð og samantekt

Markmið þessarar ritgerðar var að fjalla um hvaða áhrif áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga í fjölskyldum gætu haft á aðra fjölskyldumeðlimi. Tilgangurinn var að varpa ljósi á hvaða áhrif vímuefnasýki einstaklinga hefði á fjölskylduna í heild sinni, á börnin í fjölskyldunni og á systkini, en ekki aðeins á þann vímuefnasjúka. Skoðuð voru hvaða áhrif það hefði á börn að eiga vímuefnasjúk systkini, en það sjónarhorn hefur lítið verið rannsakað. Markmiðið var að svara eftirfarandi rannsóknarspurningu: Hvaða áhrif getur áfengis- og vímuefnasýki einstaklinga í fjölskyldum haft á aðra fjölskyldumeðlimi?

Árið 1980 var farið að skoða fjölskyldur vímuefnasjúkra og þau áhrif sem vímuefnasjúkir einstaklingar hafa á fjölskyldur. Í kjölfarið var vímuefnasýki viðurkennd sem fjölskyldusjúkdómur en rannsóknir sýna fram á að vímuefnasýki í fjölskyldum hefur alvarleg og langvarandi skaðleg áhrif á alla fjölskylduna (Kinney, 2006; Rotunda o.fl., 1995). Rannsóknir sýna einnig fram á að vímuefnasýki hefur andleg-, líkamleg- og félagsleg áhrif á fjölskylduna. Vímuefnasjúkar fjölskyldur eru oft ósamheldnar, með lítið stuðningsnet og eiga í samskiptaerfiðleikum. Þær eru framtakslausari, með minna skipulag, glíma við fleiri vandamál, eiga í meiri innbyrðis samkeppni, eru ósjálfstæðari og eiga erfiðara með að leysa vandamál í samanburði við aðrar fjölskyldur (Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir, 2011; Gregg og Toumbourou, 2003; Rotunda o.fl., 1995; Mahato o.fl., 2009). Rannsóknir sýna jafnframt að rekja meggi andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi til vímuefnasýki. Vímuefnasjúkar fjölskyldur búa oft við mikla streitu því vímuefnasýkin er farin að hafa neikvæð áhrif á líf þeirra og vilja sumir fræðimenn meina að langvarandi misnotkun á vímuefnum muni að lokum leiða til þess að fjölskyldur verði óstarfhæfar (Le Poire, 2004; Rahgozar o.fl., 2012; Rotunda o.fl., 1995). Rannsóknir sýna að skilnaðir eru tíðir í vímuefnasjúkum fjölskyldum, en þær sýna jafnframt að sumar fjölskyldur búa yfir ákveðnum styrk sem verður til vegna vímuefnasýkinnar sem fjölskyldurnar geta nýtt sér til að komast í gegnum erfiðleikana (Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir, 2011).

Sýnt hefur verið fram á að það hefur skaðleg áhrif á börn að alast upp við vímuefnasýki, en því eldra sem barnið er, því minni skaðleg áhrif hefur vímuefnasýkin á það. Það virðist einnig hafa mismunandi áhrif á börn hvort það er faðir eða móðir sem glímur við vímuefnavanda en ef báðir foreldrarnir eru vímuefnasjúkir margfaldast áhrifin

á börnin (Le Poire, 2004; Sölvína Konráðs, 2001). Börn í vímuefnasjúkum fjölskyldum alast upp við óskipulag, streituvaldandi aðstæður og félagslega einangrun og einkennist umhverfi þeirra meira af ofbeldi en hjá öðrum börnum. Það fylgir því mikil sálar- og tilfinningakvöl fyrir börn að alast upp við vímuefnasýki og sýna þessi börn oftar þunglyndi, taugaveiklun, hærri tíðni kvíðaraskana, andfélagslega hegðun og þau leiðast oftast sjálf út í vímuefnaneyslu og jafnvel fyrr í samanburði við önnur börn. Þau eru oft hvatvís, félagslynd og hafa litla sjálfstjórn og sjálfsvitund (Grant, 2000; Le Poire, 2004; Nakken, 2004; Sher, 1997). Rannsóknir sýna jafnframt að vímuefnasjúkir foreldrar hafa neikvæð áhrif á börn sín en vímuefni geta dregið úr foreldrahæfni sem getur leitt til ósamræmis í uppeldi (Mahato, o.fl., 2009). Í vímuefnasjúkum fjölskyldum er börnum meinað að þroska með sér eðlilega tjáningu, tilfinningar og traust. Þeim er kennt að vera fjölskyldum sínum trú og þeim er kennt að ljúga til þess að koma ekki upp um leyndarmál fjölskyldunnar. Þau læra að þau mega ekki hafa tilfinningar og að treysta ekki neinum. Börn í vímuefnasjúkum fjölskyldum taka gjarnan að sér ákveðin hlutverk, hlutverk sem eru mikilvæg til að viðhalda stöðugleika í fjölskyldunni. Þessi hlutverk eru hetjan, sá fjölskyldumeðlimur sem tekur á sig ábyrgð sem foreldrarnir vanrækja, týnda barnið sem aðlagar sig að aðstæðum heimilisins, trúðurinn sem kemur fjölskyldunni til að hlægja og blóraböggullinn sem sækist eftir neikvæðri athygli og er sífellt til vandræða (Árni Þór Hilmarsson, 1993; Black, 1991; Sölvína Konráðs, 2001). Rannsóknir sýna að þegar börn vímuefnasjúkra eldast og komast á fullorðinsárin eru þau oft með lágt sjálfsálit, kvíða og þau eiga oft erfitt með að tjá tilfinningar sínar. Þau eru oft óörugg og fjarlæg í tengslum við aðra og geta jafnframt átt í rómantískum samböndum við einstaklinga sem sýna sömu ófyrirsjáanlegu hegðun og foreldrar þeirra gerðu. Sá hluti barna vímuefnasjúkra sem verða fyrir ofangreindum áhrifum virðist þó ekki vera stór, en sá hluti barna sem verða sjálf vímuefnasjúk er aftur á móti stærri (Le Poire, 2004; Sher, 1997).

Síðastliðin 20 ár hefur áhugi á samböndum systkina aukist. Ástæða þess eru hugmyndir um að systkini hafi áhrif hvert á annað og spili stórt hlutverk í lífi og þroska hvers og eins. Vímuefnasýki barna hefur áhrif á tengsl systkina. Börn sem eiga systkini í neyslu hafa tilhneigingu til að óttast um heilsu og velferð systkina sinna. Þau skammast sín oft fyrir systkini sín og eiga erfitt með að viðurkenna fyrir öðrum að fjölskyldumeðlimur þeirra eigi við vímuefnavanda að stríða. Þau eru líklegri til að verða

heimilislaus, sýna andfélagslega hegðun og glíma við þunglyndi eða önnur geðræn vandamál samanborið við önnur börn (Whiteman og Christiansen, 2008; Barnard, 2005; Bamberg o.fl., 2008). Í fjölskyldum vímuefnasjúkra barna eru foreldrar oft uppteknir af vímuefnasjúka barninu og fá systkinin því litla athygli. Systkinin eru því oft látin taka ábyrgð í algjöru ósamræmi við aldur og miklar kröfur eru gerðar til þeirra (Bamberg o.fl., 2008; Gregg og Toumbourou, 2003). Börn sem eiga vímuefnasjúk systkini fá takmörkuð tækifæri innan fjölskyldunnar sem og í skólanum og samfélaginu (Gregg og Toumbourou, 2003). Rannsóknir sýna jafnframt að börn sem eiga vímuefnasjúk systkini eru líklegri til að þróa með sér vímuefnasýki en önnur börn, þá sérstaklega yngri systkini. Auk þess eiga þau greiðari aðgang að vímuefnum og eru berskjaldaðri fyrir fjölskylduágreiningi, ofbeldi og truflun á skólagöngu þegar upp koma vandamál (Barnard, 2005; Gregg og Toumbourou, 2003).

Fjölskyldur vímuefnasjúkra eiga til að sýna óæskilegan stuðning og einkennimeðvirkni. Óæskilegur stuðningur er meðvituð hegðun þar sem einstaklingurinn veit hvað hann er að gera en meðvirkni er samskiptamynstur sem hefur þróast ómeðvitað. Meðvirkni fjölskyldumeðlima kemur í veg fyrir að vímuefnasjúkir einstaklingar geri sér grein fyrir vandamálum sínum og axli ábyrgð (Doweiko, 2012; Kinney, 2006).

Helstu niðurstöður þessarar ritgerðar er að vímuefnasýki er fjölskyldusjúkdómur þar sem hún hefur langvarandi skaðleg áhrif á alla fjölskylduna. Ritgerðin er mikilvæg fyrir þær sakir að hún beinir athyglinni að fjölskyldum vímuefnasjúkra, en ekki aðeins þeim vímuefnasjúka eins og flestar aðrar rannsóknir. Jafnframt er varpað ljósi á systkini vímuefnasjúkra, en það er sjónarhorn sem lítið hefur verið rannsakað. Vandí vegna vímuefnasýki hefur aukist stöðugt í gegnum tíðina og þar sem fjölskyldan gegnir stóru hlutverki í lífi hvers og eins verður fjölskyldan fyrir miklum áhrifum af vímuefnasýkinni. Samfélagið er stöðugt að verða meðvitaðra um þau áhrif sem fjölskyldur vímuefnasjúkra verða fyrir, en ekki aðeins sá vímuefnasjúki, og því hafa rannsóknir á fjölskyldum vímuefnasjúkra aukist undanfarin ár. En það er ljóst að með enn fleiri rannsóknum á börnum, systkinum og fjölskyldum vímuefnasjúkra er hægt að auka lífsgæði margra fjölskyldna bæði hér á landi og annars staðar í heiminum. Auk þess er mögulegt að auka lífsgæði þessara fjölskyldna enn meira með starfandi félagsráðgjöfum, sem sérhæfðir



eru í vímuefnamálum, á hinum ýmsu sviðum samfélagsins, til dæmis í skólum og heilsugæslum. Í ljósi þess að vímuefnasýki í fjölskyldum er staðreynd sem erfitt er að koma í veg fyrir er þó hægt að minnka áhrifin af hennar völdum með auknum rannsóknum, þekkingu og fræðslu á vímuefnasýki.

---

Diljá Ólafsdóttir

## Heimildaskrá

- Akers, R. L. og Lee, G. (1996). A longitudinal test of social learning theory: Adolescent smoking. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 317-343.
- Al-Anon. (e.d.a.). Al-Anon: Von og hjálp fyrir fjölskyldur og vini alkóhólista. Sótt 18. apríl 2014 af <http://al-anon.is/>
- Al-Anon. (e.d.b.). Al-Anon hefur aðeins einn tilgang: Að hjálpa fjölskyldum og vinum alkóhólista. Sótt 18. apríl 2014 af <http://al-anon.is/alanon/hvad-er-alanon/>
- Al-Anon. (e.d.c.). Alateen er fyrir unglunga sem hafa orðið fyrir áhrifum af drykkju annarra. Sótt 18. apríl 2014 af <http://al-anon.is/alateen/hvad-er-alateen/>
- American Psychiatric Association, 2013. *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (5. Útgáfa). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Árni Þór Hilmarsson. (1993). *Uppkomin börn alkóhólista: Að losna úr fjötrum fortíðar*. Reykjavík: Almenna bókafélagið.
- Bamberg, J. H., Toumbourou, J. W. og Marks, R. (2008). Including the siblings of youth substance abusers in a parent-focused intervention: A pilot test of the best plus program[dagger]. *Journal of Psychoactive Drugs*, 40(3), 281-91.
- Barnard, M. (2005). *Drugs in the family: The impact on parents and siblings*. University of Glasgow: Joseph Rowntree Foundation.
- Barnaverndarstofa. (2012). Ársskýrsla 2008-2011. Barnaverndarstofa. Sótt 19. apríl 2014 af <http://www.bvs.is/media/arsskyrslur/Arsskyrsla-2008-2011.pdf>
- Beattie, M. (1993). *Aldrei aftur meðvirkni: Að hætta að stjórna öðrum og bera umhyggju fyrir sjálfum sér* (Helga Ágústsdóttir þýddi). Reykjavík: Birtingur.
- Beckett, C. og Taylor, H. (2010). *Human Growth and Development*. London: Sage Publications.
- Black, C. (1991). *It will never never happen to me! Children of alcoholics*. (18. útgáfa). New York: Ballantine books.
- Book, S. W. og Randall, C. L. (2002). Social anxiety disorder and alcohol use. *Alcohol Research and Health*, 26(2), 130-135.
- Dodgen, C. E. og Shea, M. W. (2000). *Substance use disorders: Assessment and treatment*. Academic Press.
- Doweiko, H. E. (2012). *Concepts of chemical dependency* (8. útgáfa). Bandaríkin: Brooks/Cole.

- Embætti landlæknis. (2012). *ICD-10*. Sótt 15. febrúar 2014 af <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/icd-10/>
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2009). *Introduction to Social Work*. Boston: Pearson Education Inc.
- Félags- og tryggingamálaráðuneytið. (2001). *Gerð fjölskyldustefnu sveitarfélaga*. Sótt 19. febrúar 2014 af <http://www.velferdarraduneyti.is/malaflokkar/fjolskyldurad/frettir/nr/417>
- Félagsráðgjafafélag Íslands. (e.d.). *Siðareglur íslenskra félagsráðgjafa*. Sótt 4. apríl 2014 af [http://felagsradgjof.is/Stjorn/Sidareglur\\_islenskra\\_felagsradgjafa/](http://felagsradgjof.is/Stjorn/Sidareglur_islenskra_felagsradgjafa/)
- Fuller, J. A. og Warner, R. M. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5-22.
- Goate, A. M. og Edenberg, H. J. (1998). The genetics of alcoholism. *Current Opinion in Genetics & Development*, 8(3), 282-286.
- Grant, F. B. (2000). Estimates of US Children Exposed to Alcohol Abuse and Dependence in the family. *American Journal of Public Health*, 90(1), 112-115.
- Gregg, M. E. og Toumbourou, J. W. (2003). Sibling peer support group for young people with a sibling using drugs: A pilot study[dagger]. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(3), 311-9.
- Guðný Björk Eydal. (2005). *Family policy in Iceland 1944-1984*. Department of Sociology. Göteborg University.
- Hagstofa Íslands. (2013). *Kjarnafjölskyldur eftir sveitarfélögum og fjölskyldugerð 1998-2013*. Sótt 21. febrúar 2014 af <http://www.hagstofa.is/?PageID=2593&src=https://rannsokn.hagstofa.is/pxis/Dialog/varval.asp?ma=MAN07108%26ti=Kjarnafj%F6lskyldur+eftir+sveitarf%E9l%F6gum+og+fj%F6lskylduger%F0+1998%2D2013%26path=../Database/mannfjoldi/Fjolskyldan/%26lang=3%26units=Fj%F6ldi>
- Hammond, R. T. og Nichols, M. P. (2008). How Collaborative Is Structural Family Therapy? *The Family Journal*, 16, 118 - 124.
- Helgi Gunnlaugsson. (2001). Vímuefni og samfélag. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsdóttir (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir: Handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 78-84). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.
- Hrefna Ólafsdóttir. (2006) Börn og geðræn vandkvæði. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 111-127). Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir. (2011) Fjölskyldan og vímuefnasýki. Í Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjóri), *Rannsóknir í félagsvísindum XII* (bls. 45-51). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.

- Jóna Margrét Ólafsdóttir. (2010). *Fjölskyldan og áfengissýki*. Óbirt MA-ritgerð: Háskóli Íslands, Félagsráðgjafardeild.
- Jóna Margrét Ólafsdóttir. (2012). *Fíknisjúkdómar og samskipti: Viðbrögð og vinnureglur*. Reykjavík: Lifandi ráðgjöf.
- Jóna Margrét Ólafsdóttir. (e.d.). *Kenningar um alkóhólisma*. Sótt 21. febrúar 2014 af <http://lifandiradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=6&Itemid=29>
- Kinney, J. (2006). *Loosening the grip. A handbook of alcohol information* (8. útgáfa). New York: McGraw-Hill.
- Kristján Guðmundsson og Lilja Úlfarsdóttir. (2006). *Inngangur að sálfræði*. Reykjavík: JPV útgáfa.
- Lára Björnsdóttir. (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 49-61). Reykjavík: Háskólaútgáfan og RBF.
- Le Poire, B. A. (2004). The Influence of Drugs and Alcohol on Family Communication: The Effects That Substance Abuse Has on Family Members and the Effects That Family Members Have on Substance Abuse. Í A. L. Vangelisti (ritstjóri), *Handbook of family communication* (bls. 609-628). Manhattan, New Jersey: Lawrence Erlbaum associates, publishers.
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.*
- Mahato, B., Ali, A., Jahan, M., Verma, A. N. og Singh, A. R. (2009). Parent-child relationship in children of alcoholic and non-alcoholic parents. *Industrial Psychiatry Journal*, 18, 32-35.
- 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. *Family Journal*, 10(3), 281-288.
- Morgan, J. P. (1991). What is Codependency? *Journal of Clinical Psychology*, 47(5), 720-729.
- Nakken, C. (2003). *Fíknir: Eðli fíknar og leiðir til að losna úr vítahringnum* (Stefán Steinsson þýddi). Reykjavík: Almenna bókafélagið.
- Northern Territory Department of Health. (2007). *Public health bush book volume 2: Facts and approaches to three key public health issues*. Darwin: Northern Territory Department of Health.
- Óttar Guðmundsson. (1992). *Tíminn og tárið, Íslendingar og áfengi í 1100 ár*. Reykjavík: Forlagið.
- Payne, M. (2005). *Modern social work theory: A critical introduction* (3. útgáfa). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

- Pincus, A. og Minahan, A. (1981). *Social work practice: model and method*. Itasca: F. E. Peacock Publishers.
- Rahgozar, H., Mohammadi, A., Yousefi, S. og Piran, P. (2012). The impact of father's addiction on his supportive and economic role in the family and social relations and socialization of the family members: The case of Shiraz, Iran. *Asian Social Science*, 8(2), 27-33.
- Raymond, A. (2010). Substance Abuse Is a Disease of the Human Brain: Focus on Alcohol [rafræn útgáfa]. *Journal of Law, Medicine & Ethics*. 38, 735-744.
- Reykjavíkurborg. (2011). *Vímuefnasjúkir og fjölskylduvinna Velferðarsvið og þjónustumiðstöðvar Reykjavíkurborgar*. Sótt 22. febrúar 2014 af [http://reykjavik.is/sites/default/files/yomis\\_skjol/skjol\\_utgefid\\_efni/FyrirlesturErla.pdf](http://reykjavik.is/sites/default/files/yomis_skjol/skjol_utgefid_efni/FyrirlesturErla.pdf)
- Rotunda, R. J., Scherer, D. G. og Imm, P. S. (1995). Family systems and alcohol misuse: Research on the effects of alcoholism on family functioning and effective family interventions. *Professional Psychology Research and Practice*, 26(1), 95-104.
- Satir, Virginia. (1988). *The new peoplemaking*. Science and Behavior, Books. Inc. California: Mountain View.
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (e.d.a.). *Sjónvarp-fíkn*. Sótt 4. apríl 2014 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/raedsluefni/thu-spilar-fikn/>
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (e.d.b.). Áfengis- og vímuefnavandinn [rafræn útgáfa]. *Fræðslurit SÁÁ*, 2-5.
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (e.d.c.). *Fyrir aðstandendur*. Sótt 21. febrúar 2014 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/medferd/fyrir-adstandendur/>
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (e.d.d.). *Fjölskyldumeðferð*. Sótt 21. febrúar 2014 af <http://www.saa.is/islenski-vefurinn/medferd/dagskra-gongudeilda/fjolskyldumedferd/>
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (e.d.e.). Sálfræðiþjónusta SÁÁ fyrir börn alkóhólista. Sótt 18. apríl 2014 af <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(3), 247-254.
- Sigrún Júlíusdóttir. (1989). Fjölskylduráðgjöf. *Sveitarstjórnarmál*, 49(40), 228-236.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2001). *Fjölskyldur við aldahvörf*. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Sölvína Konráðs. (2001). Sálfræðilegar skýringar á alkóhólisma. Í Árne Einarsson og Guðni R. Björnsdóttir (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir: Handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 91-103). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

- Vímulaus æska. (e.d.a.). *Starfsemi*. Sótt 21. febrúar 2014 af <http://www.vimulaus.is/is/um-vaer/starfsemi>
- Vímulaus æska. (e.d.b.) *Fjölskylduráðgjöf*. Sótt 21. febrúar 2014 af <http://www.vimulaus.is/is/thjonusta/radgjof/fjolskylduradgjof>
- Wegscheider-Cruse, S. (1990). *Understanding co-dependency*. Deerfield Beach: Health Communications.
- Werner, M. J., Joffe, A. og Graham, A. V. (1999). Screening, early identification, and office-based intervention with children and youth living in substance-abusing families. *Pediatrics*, 103(5), 1099-112.
- Whiteman, S. D. og Christiansen, A. (2008). Process of sibling influences in adolescence: Individual and family correlates. *Family Relations*, 57, 24-34.
- Whittinghill, D. (2002). Ethical considerations for the use of family therapy in substance abuse treatment. *Family Journal*, 10(1), 75-78.
- World Health Organization. (1974). *Who expert committee on drug dependence*. (Skýrsla nr. 551). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (e.d.). *The ICD 10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Sótt 16. febrúar 2014 af <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- Zelvin, E. (1999). Applying relational theory to the treatment of women's addictions. *Affilia*, 14(1), 9-23.
- Þorkell Jóhannesson. (2001). Miðtaugakerfið. Í Árne Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir: Handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 22-71). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.