



Aðstoð við áfengissýki

Stefán Örn Kárason

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf

Háskóli Íslands

Félagsvísindasvið



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Aðstoð við áfengissýki

Stefán Örn Kárason

2908833349

Lokaverkefni til BA-gráðu í Félagsráðgjöf

Umsjónarmaður: Sigurveig H Sigurðardóttir

Leiðbeinandi: Jóna Margrét Ólafsdóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2015

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

© Stefán Örn Kárason 2015

Reykjavík, Ísland 2015

Útdráttur

Þessi ritgerð mun athuga hvort að það sé munur á kynjunum þegar kemur að því að leita sér aðstoðar gagnvart áfengissýki. Fjallað verður um helstu greiningarlíkön sem snúa að áfengissýki og fíkn. Áfengissýki leynist víða og snertir þetta ekki bara einstaklinginn sem er að berjast við áfengissýki heldur í raun fjölskyldumeðlimi, vini einstaklingsins og í raun jafn vel allt samfélagið í heild. Settar hafa verið fram ýmsar kenningar í þessum málaflokki sem ýmist telja að áfengissýki sé eitthvað sem erfist, sé lærd hegðun og fleira. Afleiðingar áfengisneyslu eru ýmsar hvort sem um er að ræða líkamlegar, andlegar, félagslegar eða eitthvað annað, en skoðaðar verða helstu afleiðingar og hvort að það sé kynjamunur þegar kemur að þeim. Fjallað verður um helstu úrræði fyrir áfengissjúka á Íslandi og hvort að það sé tölfræðilegur munur á kynjunum sem leita sér hjálpar.

Formáli

Heimildaritgerð þessi er unnin sem 12ECTS lokaverkefni í BA námi í félagsráðgjöf við félagsráðgjafardeild Háskóla Íslands. Titill ritgerðar er: Aðstoð við áfengissýki. Þakkir fá leiðbeinandi minn Jóna Margrét Ólafsdóttir fyrir góða leiðsögn, Jón Trausti Kárason sem aðstoðaði mig og las yfir, Guðrún Elísabet Hjaltadóttir kærasta mín fyrir að standa við bakið á mér í gegnum þetta ferli og staðið sig eins og hetja. En ætla ég að tileinka þessa ritgerð henni móður minni sem féll frá í miðju námi mínu henni Hermínu Guðrún Hermannsdóttir.

Efnisyfirlit:

1 Inngangur	6
2 Hvað er áfengissýki	8
3 Rannsóknir á áfengissýki	11
4 Kenningar um áfengissýki	13
4.1 Félagsnámskenning:	13
4.2 Sálfræðilegar kenningar:.....	14
4.3 Persónuleikakenning:	14
4.4 Spennulosunarkenning:.....	14
4.5 Sjúkdómakenning	15
5 Konur og áfengissýki	17
5.1 Líkamlegar afleiðingar	17
5.2 Andlegar afleiðingar	18
5.3 Félagslegar afleiðingar.....	19
6 Karlar og áfengissýki	20
6.1 Líkamlegar afleiðingar	20
6.2 Andlegar afleiðingar	21
6.3 Félagslegar afleiðingar.....	22
7 Almennur munur á kynjum	23
8 Bataferli áfengissýki	27
8.1 Hugræn atferlismeðferð	28
8.2 Skaðaminnkandi nálgun.....	28
9 Sértek úræði fyrir konur og endurkomufólk	30
9.1 Vík:	31
10 Sjálfshjálparhópur	33
10.1 AA-Samtökin	33
10.2 Tólf reynsluspor AA-samtakanna.....	33
11 Starf félagsráðgjafa	34
12 Lokaorð	36
Heimildaskrá	39

1 Inngangur

Allt frá fyrstu heimildum um áfengisdrykkju hafa ótalmargar rannsóknir á neyslu áfengis verið framkvæmdar, en fáar hafa gert sérstakan greinamun milli kynjanna. Áfengis og vímuefnaneysla er mikið vandamál bæði fyrir einstaklinga og fjölskyldur þeirra jafnt sem samfélagið í heild. Þessi neysla hefur hvort tveggja áhrif á líkamlega heilsu einstakling og andlega heilsu. Einnig eykur það líkur á félagslegum vandamálum og glæpum (Creamer, Burgess og McFarlane, 2001). Misnotkun á áfengi og vímuefnum er mikið vandamál, ekki bara fyrir einstaklinginn sem er í neyslunni heldur líka fjölskyldu, vini og samfélagið allt. Þó svo að einstaklingurinn sem er í neyslu upplifi líkamlega, andleg og félagslegar afleiðingar sem misnotkuninni fylgja, þá reynir barátta sjúklingsins oftast en ekki mikið á fólkið í nærumhverfi hans, s.s. fjölskyldu og vini (Creamer, Burgess og McFarlane, 2001). Það kemur fram í Ársriti SÁÁ frá árinu 2010, að neysla áfengis hefur aukist mjög á Íslandi síðastliðin ár og er dagleg drykkja orðinn mun algengari hlutur en áður var. Í ritinu er einnig greint frá aukningu á innlögnum á meðferðarsjúkrahúsið Vog hjá aldursbilinu 40 ára og eldri (Ársrit SÁÁ, 2010).

Markmið höfundar með þessari ritgerð er að fjalla um áfengissýki, skoða afleiðingar of mikillar áfengisnotkunar og greina hvort að það sé einhver munur á kynjum þegar kemur að áfengisneyslu? Þessi ritgerð er heimildarritgerð sem leitast við að veita svör við rannsóknarspurningunni: Er munur á hvort kynið leitar sér frekar aðstoðar við áfengissýki? Hverjar eru líkamlegar, andlegar og félagslegar afleiðingar áfengissýki?

Ástæðan fyrir vali mínu á þessu efni er sú að áfengi hefur verið í kringum mig og mína í mjög langan tíma og var það ekki fyrir löngu sem ég fór virkilega að velja því fyrir mér hversu miklum skaða áfengi getur valdið heilu fjölskyldunum. Í mínum vinahóp eru margir sem eiga í erfiðleikum með áfengi og eru það oftast en ekki karlmenn sem um ræðir í því samhengi. Af þessum sökum fór ég að hugsa um hvort að það væri eitthvað öðruvísi karlmenn sem veldur áfengismisnotkun eða eru konur ef til vill duglegri við að fela drykkju sína en karlar?

Í upphafi ritgerðarinnar verða til umfjöllunar, útskýringar á hvað áfengissýki er og helstu skilgreiningar sjúkdómsins. Rýndar verða nokkrar rannsóknir sem tengjast áfengissýki og almennri neyslu kynjanna. Helstu kenningar um áfengissýki verða skoðaðar og reynt að komast að við hvaða kenningar helstu fræðimenn notast við. Þá verður farið yfir hvernig áfengissýki kemur fram hjá konum og hverjar líkamlegar, andlegar og félagslegar afleiðingar

sjúkdómsins eru. Framkvæmdur verður samanburður á því hvernig karlar og konur eru ólík þegar kemur að bæði áfengissýki, sem og meðhöndlun hennar. Að lokum verður litið á helstu meðferðarúrræði sem fólki býðst uppá til þess að vinna á áfengis vanda sínum, en einnig verða skoðuð sérúrræði fyrir konur og endurkomufólk.

Starf félagsráðgjafa er alltaf mjög mikilvægt þegar kemur að því að meðhöndla fólk sem glímir við áfengissýki, og verður kannað hvert hlutverk félagsráðgjafa í því að aðstoða þá sem eru áfengissjúkir.

Birtingarmynd áfengissýki getur verið mismunandi eftir kynjum eins og þekkt er meðal annarra sjúkdóma, en samkvæmt ársskýrslu samtaka áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ) höfðu 14.676 karlar og 5.903 konur skrá sig á meðferðaheimilið Vog frá árinu 1977 til 2009 (Ársrit SÁÁ, 2010).

2 Hvað er áfengissýki

Í þessum kafla verður útskýrt hvað það er að vera áfengissjúkur einstaklingur, auk þess verður skoðað Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 (DSM5) sem segir til um misnotkun einstaklinga á áfengi. Fjallað verður um International Classification of Diseases (ICD-10) sem er alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvanda.

Löngu fyrir fyrstu heimildir tengdar vínframleiðslu hefur maðurinn leitast eftir því að komast í vímu frá áfengi og notað það reglulega. Á Íslandi eru einu löglegu vímuefnin áfengi og lyfseðilskyld lyf sem fólk á það til að misnota til þess að komast í vímu. Er þetta svipað og hefur verið að tíðkast í nágrannalöndum okkar. (SÁÁ, e.d).

Það að einstaklingur misnoti áfengi hefur verið vandamál frá því að maðurinn fór að neyta alkóhóls, og eru til einstaklingar sem drekka meira en góðu hófi gegnir. Sumir þróa með sér neyslutengda sjúkdóma, það gerist ef drykkjan fer yfir ákveðin mörk og einstaklingurinn upplifir að hann hafi ekki stjórn á neyslu sinni og hún sé í forgangi hjá honum. Áfengissýki kallast sá sjúkdómur en það er sagt að fólk sé áfengissjúkt ef það er að berjast við þennan vanda og er sjúkdómurinn ólæknandi (Kinney, 2009).

Til eru ýmsar alþjóðlegar skilgreiningar á óhóflegri neyslu áfengis og er hægt að nefna DSM-greiningarkerfi geðlæknafélags Bandaríkjanna. DSM-kerfið greinir bæði misnotkun á áfengi en einnig hæði. DSM-5 (5.útgáfa) segir til um að einstaklingur teljist misnota áfengi þegar hann endurtekur ítrekað áfengi þó svo að hann sé meðvitaður um öll þau vandamál hljótast af neyslunni. Einnig að ef í það minnsta tvö af eftirtöldum atriðum koma fram á síðustu 12 mánuðum þá er um vandamál að ræða. Þá er kerfið einnig sett upp í 3 flokka það er að segja ef að einstaklingur samsvarar sér við tvö til þrjú atriði þá sé um að ræða væga áfengissýki, ef að um er að ræða fjóra til fimm atriði þá er um að ræða áfengissýki í meðallagi, en ef að einstaklingur upplifir sex eða fleiri atriði þá er um að ræða alvarlega áfengissýki. Hér á eftir má sjá ofangreind atriði;

1. Neysla einstaklings verður meiri en ætlað var og stendur yfir í lengri tíma en áætlað var.
2. Einstaklingur upplifir löngun til að draga úr eða stjórna drykkju sinni án þess að ná þeim árangri.

3. Mikill tími fer í hluti sem tengjast því að útvega sér áfengi, neyta áfengis eða að ná sér eftir neyslu.
4. Einstaklingur upplifir mikla löngun og þrá til þess að nota áfengi.
5. Einstaklingur lendir ítrekað í að geta ekki uppfylla þá hluti sem hann þarf að gera í daglegu starfi, hvort sé skóli, vinna eða heimili.
6. Áframhaldandi áfengisnotkun þrátt fyrir að upplifa ítrekað félagsleg vandræði eða árekstrar í mannlegum samskiptum sökum áfengis.
7. Mikilvægum félagslegum, vinnutengdum eða valfrjálsum viðburðum er sleppt til þess að neyta áfengis.
8. Endurtekin áfengisnotkun við aðstæður sem eru lífshættulegar, svo sem að keyra ölvæður eða notkun á vélum undir áhrifum.
9. Áfengisnotkun er haldið áfram þrátt fyrir að einstaklingurinn sé meðvitaður um líkamleg, andleg og félagsleg vandamál sem fylgja neyslunni.
10. Áfengisþol einstaklings skilgreint eftirfarandi:
 - a. Einstaklingur þarf aukið magn áfengis til þess að finna fyrir sömu áhrifum og áður var náð af minna áfengi.
 - b. Einstaklingur upplifir ekki sömu vímu af sama magni áfengis og áður var, það er að segja að hann fær ekki sömu vímu af ákveðnu magni áfengis og áður var.
11. Einstaklingur notast við áfengi til þess að forðast fráhvörf eða einhver önnur lyf til þess að komast hjá því að fá fráhvörf. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2013).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnun WHO skilgreinir hugtakið fíkn þannig að hún sé ástand sem sé bæði sálrænt og líkamlegt, og sé tengsl milli lifandi veru og efnis sem veldur vímu (WHO, e.d. –a).

WHO gefur einnig út greiningarkerfið ICD 10, International classification of diseases (ICD) og skilgreinir áfengissýki á eftirfarandi hátt; er þetta yfir einhvern tíma eins og dsm5?

1. Einstaklingur upplifir mikla löngun eða árátukennda þörf fyrir efnið.
2. Einstaklingurinn upplifir mikið stjórnleysi í neyslu vímuefnisins. Neyslan verður oftari, meiri og eða á sér stað lengur en áætlað var.

3. Einstaklingur upplifir fráhvarfseinkenni þegar hann dregur úr neyslu sinni eða hann notar vímuefni til að draga úr fráhvarfseinkennum.
 4. Einstaklingurinn finnur fyrir auknu þoli fyrir vímuefninu. Hann þarf meira af efninu til þess að fá sömu áhrif og áður náðist.
 5. Einstaklingurinn eyðir auknum tíma í að verða sér út um vímuefnið, neyta þess og að ná sér eftir neyslu þess, og þá á kostnað annarra frístunda eða einhvers annars sem veitir góða líðan
 6. Einstaklingur heldur áfram neyslu þó svo að hann sé meðvitaður um þann líkamlega og andlega skaða sem hann gerir sjálfum sér.
- (WHO. E.d-b).

Þegar notast er við greiningartæki líkt og ICD 10 og DSM-5 er hægt að auka líkur á að að rétttri meðferð sé beitt og með skilvirkustu leið, en þannig er hægt að spara þá fjármuni sem eru til í þessum málaflokki (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2013). Margir hverjir sem verða háðir áfengi leggja svo gott sem allt undir í neyslu sinni, hvort svo sem um er að ræða líkamleg eða andleg heilsu sem er í veði (Cook og Moore, 2002).

3 Rannsóknir á áfengissýki

Í þessum kafla verða skoðaðar rannsóknir sem tengjast áfengissýki. Rannsóknir sem ýta undir að þetta sé arfgengur sjúkdómur, rannsóknir sem gefa í skyn að karlar byrja fyrr að neyta áfengis en konur, og rannsóknir sem halda hinu gagnstæða fram. Þá verða skoðaðar rannsóknir sem benda til að það sé lítil sem enginn munur milli kynja hvenær á lífsleiðinni áfengisneysla hefst.

George Vaillant er amerískur geðlæknir og var með þeirra fyrstu sem kom fram með sjúkdómskenninguna en hann framkvæmdi rannsókn um miðja síðustu öld á orsökum áfengissýki. Niðurstöður hans leiddu í ljós að sennlega væri um að ræða arfgengan sjúkdóm. Flestir sem hann rannsakaði og urðu áfengissjúkir gátu fundið afa eða föður sem áttu eða hefði átt við sama vanda að stríða (Walliant, 1995). Einnig framkvæmdi Walliant langtíma rannsókn á ungum karlmönnum og fylgdist með þeim í 30 ár. Þessir ungu menn voru úr tveimur mismunandi þjóðfélagshópum, fyrri hópurinn stundaði nám við Harvard háskólann, en seinni hópurinn var úr fátæktarhverfi. Þó svo að hóparnir kæmu úr mjög svo ólíkum félagslegum aðstæðum var ekkert sem benti til þess að einstaklingur úr öðrum hvorum hópnum væri líklegri til að þróa með sér áfengissýki (Walliant, 1995). Þó svo að rannsóknir Walliant hafi verið vel metnar hafa þær fengið gagnrýni á að hann rannsakaði aðeins karlmenn og að um var að ræða mjög svipaðan hóp þar sem allir í honum voru áfengissjúkir (Doweiko, 2012).

Hópur vísindamanna í Bandaríkjunum framkvæmdi rannsókn um áfengissýki á sviði erfðavísinda. Yfir 1000 þátttakendur sem höfðu átt við áfengisvandamál að stríða voru rannsakaður líkt og nánustu ættingjar þeirra. Rannsóknin var framkvæmd þannig að leitað var eftir litningum í blóði með kerfisbundinni skimun. Leitað var að þeim litningum sem taldir eru hafa áhrif á það hvort einstaklingur eigi á hættu að verða áfengissjúklingur. Niðurstöður rannsóknarinnar voru þær að litið er svo á að sjúkdómurinn sé flókinn arfgengur líffræðilegur sjúkdómur, og segja vísindamenn að ekki sé líklegt að það sé eitt gen sem stuðli að sjúkdómnum. Um er að ræða flókið samspil genasamsetninga, en einnig að umhverfið sem einstaklingurinn elst upp í hafi eitthvað að segja um það. (Edenberg, 2002).

Áfengissýki er mun algengari hjá karlmönnum heldur en konum, þó svo að síðustu áratugi hafi aukist um mun að konur þrói með sér áfengissýki (Morhard-Klute og Soyka,

2002). Úr skýrslum frá allmörgum löndum sýna niðurstöður að það eru um þrisvar sinnum fleiri karlkyns áfengissjúklingar en kvenkyns. Einnig sýna kannanir að það taki að meðaltali þrjú ár hjá konum frá því að fyrsta skipti sem drukkið og að verða háður eða áfengissjúkur en þrjú og hálf ár hjá körlum (Dawson, 1996). Aðra rannsókn sem styður þetta.

Gerð var langtímarannsókn í Finnlandi þar sem var fylgt eftir 155 konum og 176 körlum frá 8 ára aldri til 42 ára aldurs. Í rannsókninni var gögnum safnað þegar einstaklingarnir voru 14, 20, 27 36 og 42 ára gömul. Lítil sem engin munur var á meðaltalsaldri á milli kynja þegar þau byrjuðu að drekka. Meðalaldur kvenna var 15,6 ár, en karla 15, 3 ár. Í sömu rannsókn kom fram að karlar neyttu áfengis mun oftar en konur. Þátttakendur sem neyttu áfengis eingöngu tvisvar til tíu sinnum á ári voru 6,5% kvennanna en 5,2% karlanna, en þeir sem drukku daglega voru 1,3% konur en 7,5 % karlar (Pitkänen, Lyyra og Pulkkinen, 2005). Stalling og félagar hans framkvæmdu rannsókn á tvíburum sem sýndi að það væri munur á fyrstu notkun alkóhóls, eða að karlar byrjuðu fyrr að neyta áfengis. Var sú rannsókn gerð á 4119 einstaklingum þar af 1287 tvíburum á aldursbilinu 50-96 ára. Rannsóknin leiddi m.a. í ljós að þegar spurt var um hversu snemma þátttakendur brögðuðu áfengi í fyrsta sinn var meðaltalið hjá körlunum 17,2 ár, en 19,6 ár hjá konunum. Svipaðan mun mátti sjá þegar var spurt var um hvenær þátttakendur upplifðu í fyrsta skipti ölvun. Þar var meðaltalið hjá körlum 21,2 ár en 24,4 ár meðal kvennanna. Þetta þykja nokkuð háar tölur enda nokkuð mörg ár síðan þessir þátttakendur voru ungir en engu að síður má sjá mun á drykkjumynstri á milli kynja (Stalling, Hewitt, Beresford, Heath og Eaves, 1999).

Pickens og samstarfsmenn hans sáu um rannsókn sem var gerð í Bandaríkjunum á 169 pörum af tvíburum. Þar sem annar tvíburinn hafi áður leitað sér aðstoðar í tengslum við áfengissýki og var um að ræða bæði kyninn en var lögð áhersla á að pörin væru að sama kyni. Það sem niðurstöður þessarar rannsóknir sýndu fram á að mun hærrí tíðni var hjá eineggja tvíburum heldur en tvíeggja þegar litið er til áfengissýki. Einnig var hærrí tíðni þegar litið var á kyn eineggja tvíburana en þá voru töluvert fleiri karlar en konur áttu við áfengissýki að stríða. Út frá því hafi tvíburarannsóknir gefið til kynna að erfðir hafi hlutverki að gegna þegar um áfengissýki sé að ræða (Gordis Enoch, 1992).

4 Kenningar um áfengissýki

Þessi kafli fjallar um helstu kenningar sem tengjast áfengissýki. Nánar tiltekið félagsnámskenninguna, sálfræðilegar kenningar, persónukenninguna, sjúkdómakenninguna og spennulosunarkenninguna, auk þess sem skoðaðar verða helstu gagnrýnisraddir þessara kenninga.

4.1 Félagsnámskenning:

Útskýrir að það séu margir og fjölbreyttir þættir sem hafa áhrif á félagsmótun einstaklings. Kenningin er byggð á víxlverkun sem þýðir að einstaklingurinn hefur einhver áhrif á umhverfið sem hann er í og þá einstaklinga sem hann á í samskiptum við. Albert Bandura setti fram kenningu á sjöunda áratugnum en er hún byggð á víxlverkun á milli atferlis einstaklings og félagsmótandi þátta í umhverfi hans. Einstaklingurinn hefur áhrif á félagsmótandi þætti, umhverfislega þætti sem og umhverfi sitt. Þá hafa þessir þættir áhrif tilbaka á einstaklinginn (Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

Bandura lagði fram fullyrðingu að áfengissjúkir væru einstaklingar sem höfðu lært í gegnum mismunandi herminám eða styrkingarferli að neysla á áfengi sé góð leið til að vinna úr áreitum sem valda óbeit eða andúð en einnig að áfengi veiti góða tilfinningu og að einstaklingnum líði betur að drekka (Bandura, A. 1982). Samkvæmt félagsnámskenningunni eru námsferli eins og virk og klassísk skilyrðing, þau ferli sem hafa hvað mest áhrif á mótun á félagslega hluta einstaklings. Einnig hafa hlutir eins og viðhorf þess samfélags sem einstaklingurinn býr í til áfengis áhrif, og því er litið svo á að áfengisneysla sé lærd hegðun. Sá einstaklingur sem sér foreldra sína neyta áfengis við tilefni eins og þegar á að fagna einhverjum áfanga, eða þegar eitthvað áfall kemur upp á, er líklegur til að gera slíkt hið sama. Þegar áfengis er neytt þá finnur einstaklingurinn strax fyrir jákvæðri styrkingu sem felst í vellíðan og afslöppun. Félagsnámskenningin byggir að ofansögðu á því að drykkjusiðir einstaklinga séu lærd hegðun og ráðist af upplifun einstaklingsins á umhverfi sínu og félagsskapar. Samkvæmt kenningunni er áfengissýki ekki sjúkdómur heldur lært atferli (Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

Helsta gagnrýni á félagsnámskenninguna er að ekki sé ekki lögð nægileg áhersla á getu einstaklingsins til þess að hafa áhrif á sinn eigin þroska (Berk, 2007).

4.2 Sálfræðilegar kenningar:

Sálfræðingar hafa byggt sínar kenningar á kenningum Freud um persónuleikann. Gert er ráð fyrir því að áfengissýki sé óstjórnaleg þörf til að neyta efnis sem hefur þær afleiðingar að einstaklingurinn upplifir ofsagleði eða vellíðan og losnar með því við sársauka eða slæmar tilfinningar. Einstaklingar sem verða áfengissjúkir eru taldir hafa þjást af einhverjum líkamlegum eða sálrænum vanda sem þeir ráða ekki við. Þeir sem hafa upplifað slíkar þjáningar upplifa vellíðunaráhrif vímugjafans í mun meira og sterkara mæli en venjulegur einstaklingur. Kenningin segir frá því að mögulega eigi þessar þjáningar rætur sínar að rekja til bernsku, þá höfnunartilfinningar. Sú höfnunartilfinning getur verið orsakavaldur lítillar sjálfsvirðingar og vanlíðan. Sú mikla þörf fyrir vellíðan er vanþroski sem einstaklingurinn hefur ekki náð að vaxa upp úr. Einnig halda sálfræðingar því fram að einstaklingurinn leiti í áfengi til þess að komast hjá neikvæðum tilfinningum og sársauka en upplifi í stað þess jákvæða vellíðunartilfinningu (Dodgen og Shea, 2000).

Sú helsta gagnrýni sem komið hefur fram á sálfræðilegu kenninguna er sú að sennilega muni sá áfengissjúki ekki lifa nægilega lengi til að geta komist í gegnum sálgreininguna, vegna þess að hann neytir áfengis og eða annarra vímuefna á meðan á meðferðinni stendur. Þar af leiðandi dragi þessi efni einstaklinginn til dauða áður en greiningin sé kláruð (Sölvína Konráðs, 2001).

4.3 Persónuleikakenning:

Þessi kenning byggir á því að einstaklingar sem hafa ákveðin persónueinkenni svo sem þau að verða auðveldlega dapur, kvíðinn og slappt sjálfsmat séu töluvert líklegri til að neyta áfengis. Þessir einstaklingar nota áfengi til að losna við vanlíðan og er það þeirra leið til að fela hvernig þeim líður í raun, frá fólki og umhverfi sínu. En einstaklingurinn upplifir jákvæðar breytingar á persónuleika sínum og notast við áfengi til þess að ná þessu breytingum á persónuleika sínum fram. Þessar breytingar geta komið fram sem hrokafull framkoma hjá aðila sem venjulega er mjög feiminn og með lágt sjálfssálit (Kinney, 2009).

4.4 Spennulosunarkenning:

Segir að einstaklingurinn noti áfengi til þess að slaka á, eða að hann noti áfengi sem streitulosandi leið. Einstaklingurinn finni að hann geti losað sig við vondar tilfinningar sem fylgja streitu og álagi. Og leitar hann þá í áfengi þegar hann upplifir til dæmis hræðslu eða

kvíða. Margar rannsóknir ganga út frá þeirri kenningu að einstaklingur sækist í áfengi til að draga úr spennu. En það hefur gengið illa að sanna að því bæði þeir sem eru áfengissjúkir og þeir sem eru það ekki tengja áfengisneyslu við það að losa spennu (Schuckit, 1986).

4.5 Sjúkdómakenning

Þessi kenning byggir á líkani sem maður að nafni Jellinek gerði ásamt öðrum rannsóknum sem tengjast áfengissýki. Sjúkdómnum er skipt í líkamleg, félagsleg, sálræn og andleg einkenni. Til þess að einstaklingur flokkist sem áfengissjúkur samkvæmt Jellinek þarf einstaklingurinn að þjást af sjúklegu líkamlegu eða geðrænu ástandi sem hluta af drykkju sinni (Jellinek, 1962).

Jellinek skiptir sjúkdóms þróuninni í fjögur stig:

1. Einstaklingur fær aukið þol gagnvart magni áfengis. Einstaklingurinn sækist í aðstæður þar sem áfengi er haft um hönd og notar áfengi til þess að draga úr kvíða.
2. Einstaklingurinn upplifir minnisleysi, neyslan áfengis er orðin nauðsynleg fyrir einsatklinginn. Einstaklingurinn neytir áfengis heima hjá sér áður en hann fer í veislur eða aðra staði sem vín er haft við hönd, þambar áfengi og fær ónotatilfiningu þegar rennur af honum.
3. Áfengi er aðalhlutverk einstaklingsins og hefur enga stjórn á tíma sem eytt er í drykkju eða hversu mikið hann neytir.
4. Þegar á lokastig sjúkdómsins er komið, þá snýst allt um drykkju. Einstaklingnum er alveg sama með hverjum hann er að drekka eða hvenær degi hann er að drekka. Einstaklingurinn er búinn að missa fjölskyldur, vini og atvinnu og bíður hans eingöngu geðveiki eða dauði.

Jellinek hélt fram að það væri einstaklingsbundið hversu fljótt áfengissýkin þróaðist hjá einstaklingum (Kinney, 2009)

Það að líkanið byggir eingöngu á rannsóknum á körlum hefur að sama skapi verið gagnrýnt sökum þess að það sé búíð að sýna fram á að áfengissýki þróist mismunandi milli karla og kvenna (Babor, 1996).

Sjúkdómalíkanið segir að sjúkdómurinn sé líkamslegs eðlis, vegna þess að eitt megineinkenni hans er fíkn sem leiðir svo að stjórnleysi, þoli gagnvart fíkniefninu,

fráhvörfum auk ýmissa annarra kvilla. Félagsleg einkenni sjúkdómsins eru erfiðleikar í samskiptum við annað fólk, auk þess sem einstaklingar upplifa oft fjárhagserfiðleika og sífeltilversnandi félagslega stöðu. Sálræn einkenni koma til með vandræðum á tilfinningasviðinu, persónuleiki einstaklingsins tekur breytingum og verður hegðun hans neikvæð. Andlegu einkennin koma fram í viðhorfsbreytingum til lífsins sjálfs og sjálfsálit versnar (Doweiko, 2012; Sölvína Konráðs, 2001).

Samkvæmt líkani Gorski er sjúkdómnum skipt í þrjú stig, en þau eru frumstig, miðstig og krónískt/hrörnunarstig. Frumstigið lýsir sé sem aukið þol gagnvart áfengi og sjúklingurinn upplifir mikla nautn örvandi efna áfengis og hefur mikla þörf fyrir vímuefnið. Miðstigið lýsir sér þannig að neyslan er farin að hafa skaðandi áhrif á líffæri sjúklingsins og þol hans gagnvart áfengi fer minnkandi. Neyslan verður töluvert meiri á miðstiginu og fer að einkennast af stjórnleysi og almenn samskipti við fólk í umhverfi sjúklingsins fara versnandi. Einstaklingurinn fer að standa sig verr í hversdagslegum hlutum svo sem vinnu, skóla eða að halda úti heimili. Einstaklingurinn lifir í afneitun gagnvart sjúkdómnum, og er það gjarnan á þessu stigi þar sem hann getur leiðst út í afbrot. Síðasta stigið er hrörnunarstig. Þá verður hnignun hjá einstaklingnum, sálræn, andleg og félagsleg. Hugsun hans verður óeðlileg og óskynsamleg, líffæri byrja að skemmast og hættir vímuefnið að skila vellíðan. Einstaklingurinn hefur ekki neina stjórn á sinni hegðun (Gorski og Miller, 1986).

Gagnrýni hefur komið á sjúkdómskenninguna af fagaðilum, en í henni hefur m.a. verið bent á að eingöngu heilbrigðisstarfsmenn ættu að meðhöndla sjúkdóminn og geti því ekki neinn annar en þeir starfsmenn meðhöndlað áfengissjúklinginn. Einnig hefur verið fjallað um að með því að líta á áfengissýki sem sjúkdóm sé verið að koma einstaklingnum burt frá ábyrgð sinni gagnvart sínum hlutum, og geti einstaklingurinn skýlt sér á bakvið neikvæða og slæma hegðun vegna sjúkdómsins (Dodgen og Shea, 2000).

Bent hefur verið á að það séu engar sannanir fyrir því að um sé að ræða líffræðilegan sjúkdóm heldur sé verðið að ræða um afleiðingu félagslegra aðstæðna eða undirliggjandi sálrænna sjúkdóma (Kinney, 2009).

5 Konur og áfengissýki

Í þessum kafla verður fjallað um helstu líkamlegu, andlegu og félagslegu afleiðingar áfengissýki hjá konum.

Í gegnum árin hefur ávallt verið talið að áfengisvanda sé karlægt vandamál, en það viðhorf hefur breyst mikið síðustu áratugi. Neysla kvenna hefur aukist nokkuð jafnt og þétt í gegnum árin, en talið er að hlutfall kvenna sé um 40 prósent þeirra sem glíma við áfengisvanda í heiminum (Bright, Osborne og Greif, 2011). Konur eru frábrugðnar körlum þegar kemur að þróun áfengissýki hvort það sé um að ræða líkamlega, andlega eða félagslega (Gitlow, 2007; Jakobsson, Hensing og Spak, 2008)

5.1 Líkamlegar afleiðingar

Sýnt hefur verið fram á það í gegnum rannsóknir að það er líffræðilegur munur á kynjunum þegar kemur að því að þola áfengi. Sökum líffræðilegra þátta þróa konur með sé áfengissýki hraðar en karlar. Konur þurfa minna magn af áfengi til þess að finna áhrif þess, og er því þróun áfengissýkinnar mun hraðari hjá konum en körlum. Einnig eru konur töluvert líklegri en karlar til að þróa með sér önnur heilsufarsleg vandamál vegna neyslu sinnar. (Bright o.fl., 2011).

Afleiðingar áfengisneyslu eru ólíkar hjá kynjunum, konur eru líkamlega næmari fyrir áfengi en karlar. Þegar búið er að taka tillit til líkamsþyngdar þegar er skoðað sama magn af áfengi sem karl og kona innbyrða þá er meira af áfengi í blóði kvenna (Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001; Gitlow, 2007). Ástæðan fyrir þessu er sú að konur hafa lægra hlutfall vatns í líkama sínum en hærra hlutfall fitu miðað við karla. Þegar konur neyta áfengis verður meiri áfengisþéttni en annars vegna þess. Það að konur séu svona næmari en karlar fyrir áfengi skýrir að einhverju leiti hversvegna þær þróa áfengissýki hraðar en karlar. Auk þess hafa rannsóknir sýnt fram á að mikil áfengisneysla hjá konum geti haft truflandi áhrif á tíðarhring þeirra. Einnig eru konur sem misnota áfengi viðkvæmari fyrir lifraskemmdum en karlar, og eru þá líklegri að fá lifrasjúkdóma (Bright o.fl., 2011; Gitlow, 2007).

Konur eru einnig líklegri til að misnota lyfseðilsskyld lyf en karlar og er tilhneiging þeirra að blanda neyslu áfengis og lyfja saman meiri (Bright o.fl., 2011). Einnig eru konur í meiri hættu en karla á að hljóta heilaskaða og vannæringu vegna áfengisneyslu en karlar (Gitlow, 2007).

5.2 Andlegar afleiðingar

Það hefur komið í ljós að við misnotkun á áfengi er mjög algengt að sálrænn vandi komi í kjölfarið, svo sem slök sjálfsvirðing, samviskubit yfir neyslunni, lækkað sjálfsmat og minnkuð sjálfstjórn. Þetta eru tilfinningar sem konur gætu þurft að glíma við eftir að hafa stundað mikla áfengisneyslu (Bright o.fl., 2011). Konur geta upplifað neikvæðar tilfinningar yfir líkamlegu ástandi sínu frekar en karlar og eru því auknar líkur á að þær þrói með sér einhverskonar átröskun (Nelson- Zlupko o.fl., 1995). Svo virðist sem að konur leiti frekar en karlar til lækna til þess að fá lyf gegn þunglyndi og kvíða. Það veldur því að oft getur verið erfitt að greina áfengissýki þeirra því þær taka lyf gegn þunglyndi og drekka oft einar. Konur eiga líka oft auðvelt með að sannfæra sjálfar sig og aðra um að ekki sé neitt sjúklegt ástand að ræða (Óttar Guðmundsson, 1992; Blume, 1998).

Tengsl eru á milli áfengissýki og sjálfsvíga, en rannsóknir sýna að þriðjungur þeirra sem fremja sjálfsvíg hafa átt við áfengissýki að etja. Talið er að þetta sé sökum þess að depurð er eitt af sálrænum einkennum sem fylgir mikilli neyslu á áfengi, en sjálfsvíg eru yfirleitt framin í kjölfar depurðar (Doweiko, 2012). Konur undir 40 ára sem eru áfengissjúkar eru fimm sinnum líklegri til að taka sitt eigið líf heldur en konur sem ekki eru áfengissjúkar (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, e.d.).

Þegar konur hafa neytt áfengis um langa hríð eiga þær oftast en ekki erfitt með að takast á við streitu, einhverjar hafa gert tilraunir til að svipta sig lífi. Langflestar eru þær þjakaðar af skömm og sektarkennd vegna þess að þeim finnst eins og þær séu að bregðast hlutverkum, eins og að vera móðir, húsmóðir, eiginkona eða dóttir vegna áfengisneyslu sinnar (Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001; Gitlow, 2007).

Fjölmargar rannsóknir hafa leitt í ljós að konur upplifa mun meiri skömm vegna neyslu sinnar en karlar, og finnst þeim þær vera að bregðast fjölskyldu sinni þegar þær neyta áfengis (Bailey og Sokol, 2011; Boykoff o.fl., 2010; Jakobsson o.fl., 2008)

Fráhvarfseinkenni áfengis geta valdið kvíðaeinkennum, víðáttufælni og félagsfælni, en það eru sömu einkennum og hjá almennum kvíðasjúklingi. Það ætti aðeins að taka nokkrar vikur frá áfengi fyrir kvíða og fælni að hverfa en ef aðeins sé um að ræða fylgikvilla áfengisneyslunnar. En ef einstaklingur er með sjúkdómin þunglyndi þá hverfa ekki þessi einkenni eingöngu við að hætta neyslu áfengis (Doweiko, 2009).

5.3 Félagslegar afleiðingar

Í gegnum aldirnar hefur hugmyndin um konur mótast þannig að móðurhlutverkið hefur verið miðlægt fyrir sjálfsmynd kvenna og hefur því verið miðlað áfram í gegnum kynslóðir (Sigrún Júlíusdóttir, 2001). Því alast konur oft upp með það hugarfar að þær eigi að vera í umhyggjuhlutverkinu í stað þess að hugsa um sína eigin vellíðan. Þessvegna fara þær með þá hugmynd að aðrir eigi að koma á undan þeim út í lífið, en sú hugmynd getur svo mótað samskipti þeirra við annað fólk í lífi þeirra (Bright o.fl., 2011).

Það er algengt hjá konum sem hafa misnotað áfengi að félagsleg staða þeirra er lakari og einnig staða þeirra á vinnumarkaði (Bright o.fl., 2011). Rannsóknir hafa sýnt fram á að þær konur sem aldrei hafa verið í hjónabandi eða eru fráskildar eru líklegri til að eiga við áfengisvanda (Bailey og Sokol, 2011; Gitlow, 2007; Jakobsson o.fl., 2008). Þrátt fyrir breytta tíma, er félagslegt taumhald meira á áfengisneyslu kvenna en hjá körlum. Félagslega taumhaldið hefur tvenns konar tilgang en það er að varðveita og vernda móður- og uppeldishlutverk konunnar, en einnig til að halda félagslegri virðingu konunnar almennt. Samfélagið gerir þær kröfur til kvenna að þær sýni aðgæslu í hegðun sinni og ekki síst kynhegðun, því áfengisneysla kvenna hefur lengi vel verið tengd við lauslæti (Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001). Af þessum sökum leita konur sér oft seinna hjálpar gagnvart áfengissýki en karlar og eru því oftari en ekki búnað að þróa með sér einhverja vímuefnafíkn eða komnar ansi langt inn í sjúkdómaferlið þegar þær loks leita sér aðstoðar (Boykoff o.fl., 2010; Bright o.fl., 2011). Þegar konur hafa verið í neyslu í langan tíma eru þær oft orðnar mjög félagslega einangraðar frá samfélaginu sínu (Boykoff o.fl., 2010; SÁÁ, 2010).

Félagslegur vandi virðist koma fram á annan hátt hjá konum en körlum. Samfélagsleg viðbrögð eru konum gríðarlega mikilvæg, en þær hugsa meira um það en karlar hvað aðrir séu að hugsa um þær eða hvað þær eru að gera. Þetta getur það verið skýring á því hversvegna konur drekka meira einar en karlar sem drekka oftari í félagslegum aðstæðum. Konur upplifa meiri félagslega höfnun en karlar við vímuefnanotkun og almennt dæmir fólk þær frekar en karla fyrir notkun sína (Blume, 1986; Limosin, 2002).

6 Karlar og áfengissýki

Í þessum kafla verður farið í að skoða helstu líkamlegar, andlegar og félagslegar afleiðingar karla sem berjast við áfengissýki og misnotkun á áfengi. Auk þess sem gerð verður stutt samantekt á mismunandi afleiðingum áfengissýki milli kynjanna.

6.1 Líkamlegar afleiðingar

Þegar einstaklingur neytir áfengis frásogast alkóhól inn í blóðrásina frá maganum og smáþörmum einstaklingsins. Það ferðast í gegnum frumuveggi sökum þess að það leysist auðveldlega upp í vatni og fitu. Helst er það heilinn sem verður fyrir áhrifum áfengis, en um leið og það gerist þá hefst víman vegna virkni þess á miðtaugakerfið. Því meira magn áfengis sem einstaklingur neytir, því meiri áhrif hefur það á hann. Einkenni sem langvarandi og óhófleg áfengisneysla geta kallað fram eru til dæmis vöðvarýrnun, truflanir á hjarta og æðakerfi ásamt minnistapi. Jafnframt getur slík neysla valdið alvarlegum sjúkdómum á borð við lifrabólgu og brisbólgu sem getur síðan leitt til skorpulifrar. Því meira og oftar sem einstaklingur neytir eða misnotar áfengi aukast líkurnar á að alvarlegur skaði verði á líffærum hans. Meltingarsjúkdómar eru almennt frekar algengir hjá fólki sem misnotar áfengi, því áfengið ertir slímhúð magans sem getur út frá því leitt til bólgu, sára eða blæðinga (Storie, 2005). Hraði inntöku áfengis auk alkóhólsstyrks þess áfengis sem neytt er, hafa mikil áhrif á það hversu hratt styrkur alkóhóls í blóð eykst. Þetta orsakast af því að alkóhól sem lifrin ræður ekki við að brjóta niður safnast fyrir í líkamanum og veldur því að einstaklingurinn upplifir meiri áfengisvímu. Drykkjuhraði og alkóhólstyrkur eru ekki það eina sem segir til um hversu mikil áhrifin verða. Einstaklingur sem er léttur og grannur þarf minna af áfengi heldur en einstaklingur sem er þungur. Því skiptir líkamsbygging einnig miklu máli þegar kemur að því hversu mikið áfengi einstaklingar þola. Einnig skiptir máli hvort einstaklingur sem neytir áfengis sé búinn að borða mat áður en hann drekkur. Áfengisneysla á tóman maga veldur því að alkóhólið frásogast hratt og því geta áhrifin orðið mikil og hröð. Það eru margvíslegir þættir sem hafa áhrif á það hversu mikili víma fæst af drykkjunni. Þá getur einstaklingu einnig verið búinn að vinna sér upp mikið áfengisþol með því að drekka oft (Lýðheilsustöð, 2004). Skemmdir á taugakerfi, þá aðallega heila geta komið fram eftir langa og óslitna áfengisdrykkju.

Þessar skemmdir koma af einhverju leiti til vegna lélegs næringaástands einstaklingsins og í miðtaugakerfinu getur orðið rýrnun á heilaberki. Auk þess geta myndast bólgur í úttaugakerfinu sem leiða af sér skertan kraft og tilfiningu í útlimum (Kinney, 2009). Eitt mikilvægasta líffæri líkamans er lifrin og er hún mjög viðkvæm fyrr áfengi, hvort sem neyslan er lítil eða mikil. Þegar áfengi hefur komist í magann, berst það í lifrina með blóðinu og brotnar þar niður. Áfengið breytist í fitu og safnast hún upp í lifrinni hjá þeim sem drekka of mikið. Þá aukast líkurnar á því að skorpulifur myndist, en sökum þess hve mikilvægt líffæri lifrin er þá er um að ræða lífshættulegt ástand þegar fólk fær skorpulifur (Kinney, 2009).

Þegar karlmaður er farinn að neyta áfengis í óhóflegu mæli og neysla hans orðin ávanabindandi, getur hún dregið úr kynlífsgetu sökum risvandamála. Eiturefni í áfengi skaða eistu og valda fækkun í framleiðslu heilbrigðra sáðfruma, en einnig minnkar hreyfigeta þeirra mjög mikið. Þegar karlmaður hefur drukkið mikið og lengi eru líkur á því að eistun skreppi saman og framleiðsla kynhormóna minnki töluvert (Þorkell Jóhannesson, 1984).

6.2 Andlegar afleiðingar

Þegar einstaklingur neytir áfengis þá getur sjálfsálit vaxið hjá honum, hann getur fundið fyrir afslöppun, vellíðan og minni streitu. En litlir skammtar af áfengi geta veitt fólk aukna hamingju en einnig hefur komið í ljós að hugræn virknir (*Cognitive performance*) svo sem þrautalausn og skammtímaminni eykst með smáum skömmtum af áfengi (Baum-Baicker, 1985). En þegar um er að ræða stóra og mikla skammta af áfengi þá eru kvillar eins og svefnsýki, þreyta, einkenni þunglyndis og svefntruflana sem gera vart við sig. Einstaklingur sem er undir áhrifum getur verið þvoglumæltur, árásargjarn og upplifað mikið ójafnvægi hjá sér. Það getur upplifað minnisleysi, athyglisbrest eða skapsveiflur þegar á neyslu stendur. Eftir neyslu og runnið hefur af einstaklingnum þá getur hann upplifað óminni (*blackout*) af atburðum sem hafa átt sér stað á tímanum sem einstaklingurinn hefur verið undir áhrifum (Nolen-Hoeksema, 2007). Nýlega var birt grein í blaðinu *Journal of Psychiatric Research*, og fjallar hún um að gerðar hafi verið rannsóknir á tengslum á milli kvíðaröskunar og áfengisnotkunar, en það hafi ekki verið athugað út frá marktæku samfélagslegu samhengi. Markmiðið var því að skoða þetta í samhengi út frá fullorðnum einstaklingum í samfélaginu. Það tóku 43.000 manns þátt í þessari rannsókn. Þátttakendur voru skoðaðir út frá fjölskyldusögu, áfengisneyslu og kvíðaröskun sinni. Það sem þessi rannsókn sýndi fram á að það voru tengsl á milli fjölskyldusögu, kvíðaröskunar og áfengisnotkunar. Þetta mun vera

rannsóknin sem sýnir svona fjölskyldutengsl á milli kvíðaröskunar og áfengisnotkunar (Fyer, Galea, Goodwin, Keyes og Lipsitz, 2011).

6.3 Félagslegar afleiðingar

Félagsleg einkenni hjá þeim sem glímir við áfengissýki eru oft erfiðleikar í samskiptum við fjölskyldu og vini. Algengt er að einstaklingur missi úr vinnu og upplifi einangrun og útlökun frá nánasta samfélagi sínu. Slíkt ástand getur haft með sér í för alvarlegar afleiðingar fyrir þann áfengissjúka en einnig fjölskyldu hans (Kinney, 2009). Þó svo að karlar geti einangrast þegar þeir eru í neyslu eru þeir líklegri til þess að fara út og vera í félagsskap þegar þeir stunda drykkju sína, þeir fara út á barinn, til vina eða bara einvert þar sem þeir geta upplifað félagsskap (Nelson- Zlupko o.fl., 1995). Þó svo að það fari mikill peningur í neyslu hjá þeim áfengissjúka virðist vera að hann sé búinn að missa tök á öllu öðru áður en hann missir tök á vinnu sinni. En hann notar það sem merki um að hann hafi stjórn á öllu og ekki sé um að ræða neitt vandamál því hann geti sinnt sinni vinnu (Kinney, 2009).

7 Almennur munur á kynjum

Nýlegar rannsóknir sem hafa verið gerðar á konum með alkóhól- og vímuefnaröskun hafa leitt í ljós að það er greinilegur munur á kynjunum þegar kemur að hinum ýmu sviðum vímuefnanotkunar (Brady og Randall, 1999). Á níunda áratugnum var gerð nokkuð stór rannsókn á faraldsfræði vímuefnaröskunar, en þar kom meðal annars fram að karlar eru allt að fimm sinnum líklegri en konur til að vera með áfengissýki, og þrisvar sinnum líklegri til að vera með fíkniefnasjúkdóm heldur en konur (Reiger, Farmer, Rea, Locke, Keith, Judd og Goodwin, 1990). Afleiðingar vímuefnanotkunar karla eru mun líklegri en kvenna til að hafa áhrif á vinnu þeirra, en það er líklegra að neyslan hafi einhverskonar trufluandi áhrif á fjölskyldulíf kvenna heldur en karla. Til samanburðar má sjá að það eru fleiri konur en karlar sem notast við vímuefni þegar horft er til fráskilda einstaklinga (Lex, 1991).

Ársrit SÁÁ sem gefið var út árið 2010, segir frá starfsemi samtakanna frá árunum 2007-2010. Þegar skoðaðar eru tölur frá meðferðarsjúkrahúsinu Vogu þá kemur í ljós að á árinu 2009 voru 2219 einstaklingar sem skráðu sig í meðferð. En eingöngu 680 af þessum einstaklingum voru konur, eða 30,6% af heildinni, en karlar voru 1539 eða 69,4%. Meðalaldur þeirra sem voru innrituð voru 37,4 ár, en ef tekið er eingöngu tillit til kvenna þá var meðalaldur þeirra 35,5 ár en 38,2 ár hjá körlunum. Meðaldvöl á Vogu þetta ár var 9,78 dagar þegar litið er á bæði kynin. Konur dvöldu 10,2 daga að meðaltali en karlar 9,6 daga.

Þegar litið er á línurit yfir aldursdreifingu innritaðra nýliða (nýliðar miðast við fyrstu innlögn) á Vog árið 2009 þá má sjá að í nánast öllum flokkum eru karlar langt yfir í fjölda innlagðra, að undanskildum tveimur flokkum, það er undir 20 ára flokknum og yfir 69 ára. Þegar línurit yfir fjölda kvenna sem hafa komið á Vog frá árinu 1984-2009 má sjá mjög mikla aukningu, en árið 1984 voru þær um 260 en árið 2009 skráðu 680 konur sig inn til meðferðar á Vogu (Ársrit SÁÁ, 2010).

Í skýrsla sem WHO gaf út árið 2011 kemur fram að áfengisneysla og vandamál henni tengd séu þriðji stærsti áhættuþáttur sjúkdóma og fötlunar í heiminum. Í skýrslunni segir að frá árinu 1990 til 2005 var neysla áfengis á heimsvísu 4,3-4,7 lítrar af hreinu alkóhóli á hverja manneskju. Neysla á áfengi var stöðug yfir þetta tímabil á heimsvísu, en þegar einstaka heimsálfur eru skoðaðar þá eru einu heimsálfurnar sem auka neyslu sína yfir þetta tímabil Afríka og Suðaustur Asía. Aðrar heimsálfur standa nokkuð í stað. Evrópa er duglegust þegar

kemur að því að neyta áfengis eða um 9 lítra á mann. Þar á eftir kemur Ameríka sem neytir um 7 lítra á mann. Samkvæmt þessum tölum má sjá að bæði Evrópa og Ameríka eru nokkuð yfir meðalneyslu af hreinu alkóhóli. Á þessu sama tímabili jókst unglíngadrykkja í 71% landa í heiminum, í 4% landa dróst úr unglínganeyslu en í 8% landa stóð hún í stað (World Health Organization, 2011). Fyrir athugun Alþjóðaheilbrigðismálastofnunnar höfðu um það bil helmingur karla og tveir þriðju kvenna ekki neytt áfengis árið fyrir athugun þeirra. Í löndum þar sem velmegun er almennt há er hlutfall bindindisfólks frekar lágt, en með háa neyslutíðni. Í Norður Afríku og Suður Asíu er hlutfallið umtalsvert hærra, en þar eru mikið af múslimum sem neyta ekki áfengis samkvæmt trú þeirra. Í þessum löndum er algengt að konur drekki ekki, en áfengisbindindi segir einna best til um algengi áfengistengdra sjúkdóma og slysa hjá löndum. Túradrykkja er drykkjumynstur þegar einstaklingur drekkur mikið af áfengi yfir ákveðin tíma og samfleytt en dregur sig af og til frá drykkju sinni. Af öllum þeim sem neyta áfengis er hlutfall svokallaða „Túrafólks“ um 11,5%. Slík drykkja leiðir til alvarlegra heilsufarsvandamála en það tengist þó aðallega slysum tengdum drykkju. Rússland er með hæstu tíðni þessa drykkjumynsturs, en einnig nágrennalönd Rússlands. Vestur Evrópa hefur lægstu tíðni fólks sem hefur tileinkað sér þannig drykkjumynstur að tíðni og aðstæður áfengisneyslu og hlutfall fólks sem drekkur sig ofurölvi (World Health Organization, 2011).

Tafla 1. Þær tíu hæstu þjóðir þegar kemur af hlutfalli áfengisraskana meðal 15 ára og eldri árið 2004.

Land	Tíðni áfengisraskanna		
	Kyn		
	Karlar	Konur	Samtals
Rússland	16,29%	2,58%	18,87%
Ungverjaland	15,29%	2,27%	17,56%
Moldóva	14,08%	2,15%	16,23%
Litháen	13,35%	1,98%	15,33%
Suður-Kórea	13,10%	0,41%	13,51%
Lettland	11,54%	1,67%	13,21%
Hvíta- Rússland	11,43%	1,69%	13,12%
Kólumbía	10,33%	2,55%	12,88%
Eistland	11,09%	1,62%	12,71%
Noregur	9,05%	2,55%	11,60%

Eins og kemur fram í töflu 1 er áberandi hve mörg lönd í Austur Evrópu eru ofarlega á þessum lista sem er yfir hæstu tíðni áfengisraskana. Eina landið sem Ísland ber sig gjarnan við er Noregur, en önnur lönd sem Ísland ber sig gjarnan við eru ekki á þessum lista. Einnig má sjá hversu mikill munur er á hlutföllum karla og kvenna.

Tafla 2. Hlutföll áfengisraskana þeirra þjóða sem Íslendingar bera sig gjarnan saman við.

Land	Tíðni áfenigsraskana		Samtals
	Karlar	Konur	
Noregur	9,05%	2,55%	11,60%
Svíþjóð	6,32%	2,27%	8,59%
Bretland	6,42%	1,52%	7,94%
Bandaríkin	5,48%	1,92%	7,40%
Danmörk	4,12%	0,98%	5,10%
Ísland	2,97%	0,73%	3,70%

Á töflu 2 má sjá að Noregur er hæst meðal þeirra landa sem Ísland ber sig reglulega við yfir hæsta hlutfall áfengisraskana enda er Noregur á efstu 10 í töflu 1. En Ísland er neðst á þessum lista með 2,97% karla en 0,73% kvenna (World Health Organization, 2011).

8 Bataferli áfengissýki

Í þessum kafla verður skoðað bataferlið hjá fólki sem á við áfengissýki til þess að ná tökum á áfengissýki sinni. Batalíkan Gorski verður skoðað og farið verður yfir það hvernig það líkan virkar.

Batalíkan Gorski sem byggist á sjúkdómakenningum, segir að mikilvægt sé að vinna meðhöndla sjúkdóminn sem fyrst. Félagsleg, líkamleg og sálræn hegðunareinkenni þarf að taka á og í áframhaldi þarf að beita heildrænni meðferð. En fyrst og fremst þarf að gefa sjúklingnum upplýsingar um hvað bati á sjúkdómnum felur í sér um og hvernig sé hægt að viðhalda batanum. Þá fyrst getur sjúklingurinn unnið með sjúkdómnum og lifað heilbrigðu lífi (Gorski og Miller, 1986).

Bataferlið skiptist í sex stig:

1. Viðurkenning. En þá dregur einstaklingurinn úr afneitun sem hann hefur verið í og getur horfst í augu við sjúkdóminn og afleiðingar neyslu sinnar.
2. Jafnvægi náð. Einstaklingurinn nær að sigrast á fráhvörfum og nær einhverju jafnvægi á líkamann hjá sér.
3. Frumbati. Einstaklingurinn kemst að því hvernig á að lifa af án vímugjafans og sættir sig við að hann sé að berjast við sjúkdóm. Lærir að takast á við daglega hluti án þess að neyta áfengis.
4. Bati og jafnvægi kemst á lífsvenjur. Einstaklingurinn hefur náð því að vera án vímugjafans í fjóra til níu mánuði verða mestu breytingar á venjum hans. Einstaklingurinn tekur á hlutum sem illa fóru hjá honum á meðan drykkju hans stóð. Samskipti við fjölskyldu og vini en einnig eykst fjármálaöryggi hjá einstaklingnum.
5. Síðbati og persónuþroski. Einstaklingurinn kemst að því að ýmsir hlutir í fari hans þurfa að breytast svo sem viðhorf, venjur og hegðun. Óheiðarleiki minnkar eða hverfur, öll samskipti sem tengjast fjölskyldunni bætast. Einnig upplifir einstaklingurinn tilfinningar eins og ást og trú á sjálfan sig í auknu mæli.
6. Vöxtur og þroski. Einstaklingurinn heldur áfram að þroskast og lifa í bata, hann tekst á við breytingar í lífi sínu á árangursríkan hátt (Gorski og Miller, 1982).

Í byrjun meðferðarinnar er mikilvægt að sjúklingurinn komist í góða umönnun til að létta honum að ná fram markmiðum meðferðarinnar. En svo þarf að endurmeta síðar

staðsetningu einstaklings þegar árangur meðferðarinnar er að koma í ljós, hvort hún sé að bæta ástand einstaklingsins eða hvort að ástandið sé að versna (Gorski, 1992).

8.1 Hugræn atferlismeðferð

Hugræn atferlismeðferð byggist af hluta til á kenningu um breytingar og er oftast um að ræða stutt inngríp hjá þeim sem glímir við áfengissýki í þessu samhengi en þarf hann að gera breytingar á hugsunum og hegðun sinni (Godley, Garner, Passetti, Funk, Dennis og Godley, 2010). Aðferðir sem koma frá hugrænni meðferð og eru notaðar í HAM eru til að mynda skráning hugsana, fundið kosti og galla einstaklingsins, fundið hugsanaskekkjur og sókratískar spurningar. Það kallast sókratískar spurningar þegar notast er við opnar spurningar sem skjólstæðingurinn veit svarið við. En engu að síður hjálpar svarið honum aðstoðar það hann að sjá svarið í nýju ljósi (Baldur Heiðar Sigurðsson og Þórður Örn Arnarson, 2010; Wright, 2006). Hugræn atferlismeðferð snýst um það að einstaklingurinn setur sér markmið og finnur leið til að takast á við vandamál sín. Reynt er að finna aðferð til að snúa neikvæðum hugsunum í jákvæðar hugsanir til þess að einstaklingnum líði betur með sínar hugsanir (Macgowan og Engle, 2010). Það hefur komið endurtekið fram í rannsóknum að HAM skilar ekkert síðri árangri við meðhöndlun á áfengisvanda heldur en aðrar aðferðir. HAM hefur til að mynda reglulega verið borið saman við áhugahvetjandi meðferð, tólf spora meðferð, sálgreiningarmeðferð og sambandsmiðaða atferlismeðferð. En það verður sífellt algengara að HAM og aðferðir þess eðlis séu notaðar við meðhöndlun á áfengissýki. Þó svo að það sé ekki víst hvaða þáttur meðferðarinnar sé áhrifaríkastur (Morgenstern og Longabaugh, 2000; National institute for health and clinical excellence (NICE), 2011; Stewart og Conrod, 2005).

8.2 Skaðaminnkandi nálgun

Skaðaminnkandi nálgun beinir sjónum sínum að áfengisneyslu og annarri áhættuhegðun, þessi nálgun miðar að því að draga úr skaðlegum afleiðingum án þess að bindindi sé eina markmiðið eða forsenda meðferðar. Þessi leið hefur verið kölluð „miskunnsama hugmyndafræðin“ og er það vísir í ákveðinnar hugmyndafræði og viðurkenningu á því að fólk notar og mun nota áfram áfengi á þann veg að með því hlýst skaði bæði fyrir þann sem neytir og samfélagið. Skaðaminnkun byggir á mannúðar og skynsemis nálgun. Þar sem allir þeir sem eiga við áfengissýki eru ekki tilbúnir eða geta hætt þeirri neyslu. Heldur er reynt að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur og reynt er að bæta lífskjör þeirra með stuðning, þó svo að lokamarkmið aðferðinnar sé að það verði

algjört bindindi (Tatarsky og Marlatt, 2010). Áfengis- og vímuefnaneysla á öllum stigum er meðhöndluð á sama hátt og félagsleg, tilfinningleg eða heilsufarsleg vandamál í lífi einstaklingsins. Markmið skaðaminnkandi aðferðinnar er að ná að draga úr neikvæðum áhrifum áfengis- og vímuefnanotkunar á einstaklinga, fjölskyldur þeirra og í raun samfélagið í heild, burt séð frá því hvort að endanlegri ákvörðun notandans um að hætta neyslu sinni (Erickson, Butters og Walko, 2003).

9 Sértek úræði fyrir konur og endurkomufólk

Í þessum kafla verður farið í að skoða sértek meðferðarúræði fyrir konur og endurkomufólk og gerð smá grein fyrir hvernig ferlið í þeim meðferðum er frábrugðið venjulegri meðferð.

Þarfir kynjanna þegar kemur að meðferðarúræðum eru ekki alveg þau sömu. Í gegnum tíðina hafa þau meðferðarúræði sem í boði eru aðallega verið hönnuð með þarfir karla í huga og því lítið sem ekkert verið gert með það fyrir fyrir augum hverskonar meðferð henti best fyrir konur (Simpson og Miller, 2002). Það sem hefur komið út úr rannsóknum sem beinast að áfengis- og vímuefnaneyslu kvenna hefur fengið samfélagið til að opna augun að það sem hentar karlmönnum sem meðferðarúræði þarf ekki endilega að henta konum, og er nú farið að huga betur að því hvernig sé hægt að hjálpa konum með þessi vandamál (Beckman, 1994). Kvenmenn sem ljúka áfengismeðferð séu oft að eiga við allt önnur vandræði en karlar þó svo að þær komi úr líkum félagslegum aðstæðum og séu á svipuðum aldri og með álíka menntun (Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir, 2001; Blume, 1998; Storie, 2005). Það má þó ekki líta á konur með áfengissýki sem einsleit hóp, að allar séu þær með sömu þarfirnar. Það þarf að taka tillit til ýmissa einstaklingslegra hluta eins og aldurs, kynhneigðar, þjóðernis eða hvort að þær hafi upplifað reglubundið ofbeldi af einhverjum toga. Allt eru þetta breytur sem þarf að hafa í huga við meðferð á konum með áfengissýki (Beckman, 1994; Salter og Breckenridge, 2013).

Einn mikilvægasti þátturinn sem snýr að meðferðarúræðum sem hönnuð eru sérstaklega með þarfir kvenna í huga, er viðhorf sérfræðinga og annars starfsfólks sem kemur að málum þeirra, og þá aðallega í garð kvenna sem eru að glíma við áfengissýki (Salter og Breckenridge, 2013). Þeir sem sjá um meðferð slíkra kvenna, þurfa að hafa bæði þekkingu og skilning á upplifun og reynslu þeirra kvenna sem koma í meðferð. Þeir þurfa að vera meðvitaðir um allar þær sérþarfir sem gætu verið hjá konunum og vita hvernig eigi að bregðast við þeim. Það getur hjálpa meðferðarheldni og minnkað hættuna á falli hjá einstaklingnum þegar meðferð hefur verið lokið (Beckman, 1994). Einnig skiptir miklu máli að öll fjölskylda konunnar taki þátt í meðferðinni, sérstaklega ef hún er að fara aftur í meðferð og upplifir skömm og fyrirlitningu vegna þess að hún hefur fallið í fyrsta skipti (Storie;2005). Margar konur vilja frekar fara í sérstakar kvennameðferðir þar sem eingöngu konur eru meðhöndlaðar, þær vilja vera í hópum með öðrum konum sem eru að upplifa svipaða hluti og þær sjálfar. Margar konur kjósa kynjaskipta meðferð frekar en kynjablandaða meðferð

(Fendrich, Hubbel og Lurigio, 2006). Helsta ástæðan fyrir því að þær kjósa það frekar er að oft eiga konur auðveldara að ræða vandamálin sín sem snúa að kynferði, börnum þeirra eða ofbeldi sem þær hafa upplifað ef það eru bara konur í hópnum. Kvennameðferðir hafa fengið til sín konur sem eiga við áfengisvanda sem hefðu sennilega aldrei leitað sér aðstoðar nema að það væri fyrir kynjaskipta meðferð. Þar er hægt að telja upp konur sem hafa orðið fyrir ofbeldi, samkynhneigðar konur, konur sem hafa upplifað kynferðisofbeldi og margt fleira (Fendrich, Hubbel og Lurigio, 2006; Storie, 2005; Sun, 2006). Einnig hafa rannsóknir sýnt fram á að konur séu líklegri til þess að verða fórnalömb kynferðislegrar áreitnis en karlar í meðferð sem sé kynjablönduð. Hvort sem er um að ræða einstakling sem er í meðferð eða starfsmann meðferðarstofnunarinnar (Nelson-Zlupko o.fl., 1995; Salter og Breckenridge, 2013).

Konur eru þriðjungur þeirra sem koma inn til SÁÁ, en í gegnum tíðina hafa 4% kvenna á Íslandi 15 ára og eldri leitað sér aðstoðar á sjúkrahúsinu Vog. Þetta eru um 500 konur á ári eða um það bil 7000 frá stofnun sjúkrahússins (Kristbjörg Halla Magnúsdóttir, 2014). Á árunum 1986-1988 var mikið fjallar um sérstöðu kvenna og áfengismeðferða en á Sogni og Staðarfelli sem eru meðferðarheimili voru fyrirlestrar meira og meira farnir að vera sniðnir að þörfum kvenna. Þar var farið að taka á viðkvæmum málefnum sem tengjast því að vera kona í áfengisneyslu. Í kjölfar þessara umræðna var settur á fót sérstakur stuðningshópur fyrir endurkomukonur sem leituðu á göngudeild SÁÁ, en þær áttu kost á þessum stuðning í eitt ár. Með þessu var kominn grundvöllur hinnar nýju kvennameðferðar (SÁÁ, e.d.). SÁÁ byrjaði svo árið 1995 með sérstaka kvennameðferð sem var sérstaklega miðuð að sérstöðu kvenna með fíknisjúkdóma, en 2003 var ákveðið að kynjaskipta meðferðarhópum hjá SÁÁ alveg og er ekki boðið lengur upp á blandaða meðferð eins og var áður fyrr (Kristbjörg Halla Magnúsdóttir, 2014). Á Vogu eru bæði kynin í sama húsi en hópameðferð og viðtöl eru skipt eftir kyni og aldri og byrjar kynjaskiptingin þar. Konur byrja 10-15 daga meðferð á Vogu en halda svo í áframhaldandi meðferð á Vík þar sem þær búa í fjórar vikur í senn (SÁÁ, 2011).

9.1 Vík:

Vík er endurhæfingarheimili fyrir einstaklinga sem útskrifast frá sjúkrahúsinu Vog. Á Vík er meðferðarúrræði sem er sniðið sérstaklega með þarfir kvenna í huga. Vík er fyrsta meðferðarheimilið þar sem einungis konur eru í vímuefnameðferð. Með þessum breytingum er vonast til að konur eigi auðveldara með að koma í meðferð og hlutfall þeirra sem leita sér hjálpar aukist. Vík býður þeim sem hafa útskrifast frá þeim og náð að vera edrú í meira en

eitt ár að koma aftur á Vík í vikutíma. Þessi vika er ætluð til þess að konunnar rifji upp fræðin og þær aðferðir sem kenndar eru á Vík. Þessi vika er hugsuð sem einskonar eftirfylgni fyrri meðferðar (SÁÁ, e.d.).

10 Sjálfshjálparhópur

Í þessum kafla verður skoðað hvað AA samtökin standa fyrir og hvernig þau virka. En þau eru sjálfshjálpar samtök sem margir leita til að meðferð lokinni.

10.1 AA-Samtökin

AA-samtökin (Alcoholics Anonymous) eru fyrir fólk með fíknisjúkdóm, en á þeim vettvangi kemur fólk saman með þau sameiginlegu markmið að halda sig frá áfengi eða öðrum vímuefnum. Á svokölluðum AA fundum deilir fólk með sér reynslusögum til þess að samhæfa, styrkja og gefa von um velgengni í því að losna undan fjötrum vímuefnabætur (AA, e.d.-a).

William Silkworth var einn af upphafsmönnum AA-samtakanna en í hugmyndafræði samtakanna eru lagðar fram leiðir til þess að sleppa því að neyta áfengis, og vinnur fólk í AA samtökunum með 12 sporakerfi til að ná bata (Óttar Guðmundsson, 1992).

AA-samtökin segja að það sé aðeins ein leið fyrir þann sem er haldinn áfengissýki til þess að ná fullum bata sé að neita sér um áfengi og það þurfi að vera þannig það sem eftir er ævinnar. (AA bókin, 2006). Ekki eru þó allir sammála því að þetta sé eina leiðin að bata. Árið 1992 birtist grein í *Tímariti Sálfræðingafélagsins* þar sem sagt er að áfengisfíkill geti snúið til hófdrykkju, en að taka þurfi mið af því á hvaða stigi fíknin sé og einnig hvernig hún skuli vera meðhöndluð (Oddi Erlingsson, 1992).

10.2 Tólf reynsluspor AA-samtakanna.

AA-samtökin byggja á 12 reynslusporum sem fólk þarf að fylgja og fara eftir. Einstaklingur sem stundar þessi 12 spor þarf að fara í gegnum hvert spor fyrir sig. Til að byrja með þarf einstaklingurinn að viðurkenna vanmátt sinn gagnvart áfengi. Spor tvö og þrjú fjalla um að gefa æðri mátt vald sitt og að það geti hjálpað þeim að heilbrigðu lífi. Í sporum fjögur og fimm er fjallað um að skoða lífsmunstur sitt og játa hvaða hluti einstaklingurinn hefur gert rangt í sínu lífi, einstaklingurinn þarf að játa það gagnvart sjálfum sér, Guði og þeim sem verknaðurinn snýr að. Síðustu sporin fjalla um sjálfskoðun og fyrirgefningar gagnvart fyrri hegðun, einstaklingurinn þarf að vinna í sjálfum sér og leita til Guðs. Síðasta sporið fjallar um að breiða út boðskap 12 spora kerfisins til annara sem á því þarf að halda (AA bókin, 2006).

11 Starf félagsráðgjafa

Í þessum kafla verður farið í að skoða starf félagsráðgjafa almennt og hvernig þeir starfa. Einnig verður fjallað um hve mikilvægt starf félagsráðgjafa er hjá fólki sem á við áfengisvanda að stríða.

Siðareglur félagsráðgjafa fjalla um að félagsráðgjafar eiga að sýna virðingu fyrir manngildum og sérstöðu hvers einstaklings og trú á hans getu til þess að nýta sér alla sína hæfileika til fulls. Helstu markmið hjá félagsráðgjöfum er að vinna að finna lausnir á félagslegum og persónulegum vandamálum til þess að sporna við félagslegu ranglæti. (Félagsráðgjafafélag Íslands e.d.).

Félagsráðgjöf sem starfsgrein hefur alltaf einbeitt sér að hafa sem mestu heildarsýn yfir alla þá hluti sem starfinu fylgja. Allt frá upphafi félagsráðgjafar hefur starf þeirra byggst á heildarsýn, félagsráðgjafinn þarf að horfa á bæði einstaklinginn sem hann er að vinna með og umhverfi hans. Félagsráðgjafinn og einstaklingurinn sem unnið er með þurfa að vinna að sameiginlegu markmiði, en það er bætt lífskilyrði. Félagsráðgjöf er sú starfsgrein sem sérhæfir sig við að vinna með einstaklingum, fjölskyldum og hópum, og er í þeirri vinnu lögð áhersla á að allir virki sem best í samfélagi sínu (Farley, Smith, og Boyle, 2009). Þegar það er sagt að félagsráðgjöf sé fjölbreytileg ráðgjöf er til að mynda verið að tala um að starfsgreinin nýtir sér þekkingu úr greinum á borð við heimspeki, félagsfræði, mannfræði, sálarfræði, lögfræði, hagfræði, líffræði og stjórn málafræði ef eitthvað á að nefna (Brynja Óskarsdóttir, 2006). Félagsráðgjafar leggja mikla áherslu á að vinna í átt til sjálfshjálpar, eða að fá einstaklinginn til þess að hjálpa sér sjálfur (Farley o.fl., 2009). Félagsráðgjafar reyna að vinna með þá styrkleika sem einstaklingurinn hefur sem leitar aðstoðar þeirra. Þeir vinna markvisst í því að auka þá styrkleika sem skjólstæðingur þeirra hefur gegn veikleikum þeirra, og þeim vanda sem þeir eru að kljást við. Markmiðið er að koma með lausnir á vanda skjólstæðingsins og aðstoða hann við að finna sínar eigin leiðir til að vinna sig úr þeim vanda sem hann er í (Turner, 2002). Þegar unnið er með einstaklinga sem eiga við áfengissýki að etja er mikilvægt að skoða aðstæður einstaklingsins. Athuga þarf hverjar fjölskylduaðstæður hans eru og ef það er fjölskylda í lífi einstaklingsins þarf að bjóða fjölskyldunni að taka þátt í ferli hans til bata (Begun, 2004). Félagsráðgjafar hafa verið í auknu mæli verið að taka meira þátt í meðferðarvinnu áfengissjúklinga og fjölskyldum þeirra. Félagsráðgjafinn þarf að koma

fjölskyldunni í skilning um vandamálið og styrkja samband fjölskyldunar. Fjölskyldan er kannski búin að finna fyrir höfnun frá fólki í umhverfi hennar, svo sem nágrönnum eða vinum. Einnig getur hún verið búin að upplifa niðurlægingu og skömm. Það er næstum frumskilyrði fyrir þann sem er að berjast við sjúkdóminn að hann hafi stuðning fjölskyldunnar svo að meðferðin skili sem bestum árangri (Boyle, Farley og Smith, 2006).

Félagsráðgjafar starfa gjarnan í þverfaglegum teymum og í þeim teymum eru fagaðilar innan annarra stétta sem vinna sameiginlega að þeim markmiðum sem eru best fyrir skjólstaðinginn(Sigrún Júlíusdóttir, 2006).

12 Lokaorð

Meðal þess sem var leitast við að svara þegar farið var út í skrif á þessari ritgerð var: Er munur á hvort kynið leitar sér frekar aðstoðar við áfengissýki? En einnig athugað hvort það væri **munur** á líkamlegum, andlegum og félagslegum afleiðingum áfengisneyslu milli kynja? Ásamt því að skoða hvernig fólk fær aðstoð til að takast á við áfengissýki sína.

Að eiga í erfiðleikum með áfengi er mjög algengt hjá fólki, en hver er munurinn að eiga erfitt með áfengi og vera áfengissjúkur? Til eru mörg greiningarlíkön sem segja til hvort að einstaklingur eigi við áfengissýki að etja. Til að mynda er notast við DSM-5 kerfið sem á að greina hvort að einstaklingur sé að misnota áfengi. Um er að ræða lista þar sem 11 hlutir eru taldir upp, og ef einstaklingur samsvarar sig við ákveðið marga hluti af þeim er um að ræða áfengisvanda. Því fleiri hlutir af listanum sem eiga við hann því stærra er vandamálið. (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. 2013).

WHO segir að hugtakið fíkn sé bæði líkamlegt og sálrænt, og hefur stofnunin gert sína eigin skilgreiningu á áfengissýki. En á þeirra lista er aðeins meira um líkamleg einkenni sem fólk upplifir þegar það á við áfengissýki að etja (WHO, e.d.-c)

Svo virðist vera að karlar séu algengari að sækja sér aðstoðar við áfengissýki, en svo virðist vera að konur upplifi mun meiri skömm við að viðurkenna að þær eigi við áfengisvanda að stríða. Konur drekka oftar einar heima hjá sér og er því oft erfiðara að átta sig á vandamáli þeirra. Konur upplifa mikla skömm sérstaklega þá mæður, að þær séu að bregðast móðurhlutverkinu og finnst erfiðara að leita sér aðstoðar. Þær eru jafnvel oft mun verr á sig komnar þegar þær leita svo aðstoðar.

Samkvæmt tölum frá ársriti SÁÁ 2010 þá eru konur sem leita aðstoðar við áfengissýki mun færri en karlar. Meðferðarsjúkrahúsið Vogur er með starfsemi til að hjálpa þeim sem eiga við áfengisvanda að stríða, en árið 2009 voru eingöngu 30% þeirra sem leituðu sér aðstoðar konur, en alls voru það 2219 einstaklingar sem komu á Vog það árið. Því má segja að konur sækji sér síður aðstoðar við áfengissýki en karlar, þrátt fyrir að það hafi verið að aukast. Gera má ráð fyrir að aukningin stafi af upplýstara samfélagi kemur bersýnilega í ljós það eru ekki bara karlar sem berjast við þennan sjúkdóm (Ársrit SÁÁ, 2010).

Rannsóknir á áfengissýki hafa verið gerðar í langan tíma og hafa þær gefið upp mismunandi niðurstöður eins og raun ber vitni. Til að byrja með voru nær eingöngu gerðar rannsóknir á körlum og áfengi, talið var að áfengissýki væri eingöngu sjúkdómur sem herjaði á karla. Síðustu áratugi hefur sú venja fallið frá og er byrjað að skoða áfengi líka frá sjónarhóli kvenna (Creamer, Burgess og McFarlane, 2001). Hvort sem um er að ræða rannsóknir sem sýna fram á að áfengissýki sé arfgeng eða ekki, hvort að það séu félagslegar aðstæður sem valda því eða hvort kynið er líklegra að eiga við áfengissýki að etja (Kinney, 2009).

Eins og með öll heimsins mál þá er það þannig að fólk er aldrei sammála, og hafa nokkrar kenningar verið settar fram sem tengjast áfengissýki. Þar má nefna félagsnámskenninguna, sem lítur svo á að áfengisneysla sé eitthvað sem einstaklingur lærir, og því fari áfengishefðir og athafnir áhrif á hvernig einstaklingur notar áfengi. Svo eru til sálfræðilegar kenningar sem byggja á kenningum Freud og persónuleikann, og að einstaklingurinn upplifi eitthvað gott þegar hann neytir áfengis og kemst frá vondum tilfinningum með því að neyta áfengis. Þeir sem aðhyllast þessum kenningum vilja meina að sá sem er áfengissjúkur þjáist af líkamlegum eða andlegum vandamálum og leiti hann því í áfengi til lausnar á þeim. En að mögulega eigi þessar þjáningar rætur sínar að rekja til æskunnar og höfnunartilfinningar og séu einstaklingarnir oft með lítið sjálfsálit (Dodgen og Shea, 2000).

Sjúkdómskenningin sem hefur verið að eignast fleiri og fleiri fylgjendur er sú kenning sem gengur útfrá því að sjúkdómnum sé skipt í fernt, en það er líkamleg, félagsleg, sálræn og andleg einkenni. Terence Gorski setti upp líkan þar sem hann skiptir sjúkdómnum upp í þrjá flokka, eftir því hve alvarlegur sjúkdómurinn sé.

Þó svo að kynin eru ólík að margvíslegu leyti þá eru fylgikvillar áfengismisnotkunar oft lík á milli kynja, þó er einhver munur á. Líkamlegur mismunur felst meðal annars í því að konur þróa fyrr með sér áfengissýki en karlar, þær þurfa minna af áfengi til þess að verða fyrir áhrifum. Bæði kynin berjast við andlega kvilla sem fylgja mikilli áfengisneyslu. Hlutir eins og kvíði, þunglyndi og félagsfælni eru nokkrir hlutir sem áfengissjúkur einstaklingur þarf að berjast við í veikindum sínum (Walliant, 1995).

Niðurstaðan sem höfundur hefur komist að er sú að það er munur á kynjum þegar kemur af áfengisneyslu, en kynin leita oft í áfengi undir mismunandi kringumstæðum. Konur

eru gjarnari á að leita í áfengi þegar eitthvað bjátar á, þegar þær upplifa eitthvað erfitt líkt og skilnað eða ástvinamissi. Konur neyta frekar áfengis einar og á kvöldin heima hjá sér, ólíkt mönnum sem leita frekar í áfengi í félagslegum aðstæðum og þegar þeir eru undir miklu álagi. Í gegnum tíðina hafa það mestmegnis verið karlar sem hafa stundað rannsóknir á áfengistengdum málefnum. Þó svo það sé að breytast í dag hefur það hefur verið venjan að snúa þeim rannsóknunum aðallega að körlum og neyslu þeirra. Gjarnan er tekist á um hvað í raun og veru það er sem gerir einstakling áfengissjúkan. Hvort það sé tengt litningum, félagslegum aðstæðum eða í raun hvort þetta sé bara sjúkdómur. Litið hefur verið á að áfengissýki sé sjúkdómur sem eingöngu karlmenn þurfi að glíma við, og viðhorf fólks gagnvart neyslu kynjanna því ólík (Blume, 2005). Passa því áfengissjúkar konur illa inn í almennu viðmið samfélagsins, getur það valdið skömm og afneitun bæði hjá konunni sem er áfengissjúk og fjölskyldu hennar. Þess vegna er áfengissýki kvenna gjarnan greind seint og illa. Oft er það mun erfiðara fyrir konur að viðurkenna sjúkdóminn heldur en það er fyrir karla (Blume, 2005). Fordómar í samfélaginu valda því að konur leita sér ekki eins mikið aðstoðar við áfengissýki og karlar. Þessir fordómar koma úr umhverfi þeirra, fjölskyldna og í raun konunum sjálfum. Það er krafist ábyrgðar af konum þegar kemur að kvenhlutverki þeirra, móðurímynd og uppeldishlutverki þeirra. Af þeim sökum er litið öðruvísi á drykkju kvenna en karla (Blume, 2005).

Ekki er mikið til af leiðum hérna á Íslandi þar sem fólk getur leitað sér aðstoðar við meðhöndlun áfengissýki, en mikilvægt er að bæta þjónustu áfengissjúkra og jafnvel bæta fjölbreytileika í vali þegar kemur að meðferðarúrræðum. Einnig væri jákvætt ef að öflugri eftirfylgni og aðstoð væri til staðar. Að vera áfengissjúkur er barátta allt lífið og getur einstaklingur auðveldlega komist í aðstæður sem hann á erfitt með og fallið. Félagsráðgjafar eru mikilvægur partur af bataferli einstaklings þegar kemur að áfengissýki, hvort sem um er að ræða frá sjónarhóli heilbrigðiskerfisins eða hins félagslega kerfis. Þá er átt við að veita aðstoð fyrir og í meðferð eða þegar einstaklingurinn er að berjast við að koma sér á fætur aftur í samfélaginu.

Heimildaskrá

AA bókin. (2006). Reykjavík: AA-útgáfan.

AA-samtökin. (e.d.-a). Hvað er AA? Sótt 28. feb. 2015 af: <http://aa.is/fyrir-nylida>

AA-samtökin. (e.d.-b) Um AA. Sótt 28. feb. 2015 af: <http://aa.is/um-aa-samtokin>

Ársrit SÁÁ. (2010). Ársrit SÁÁ 2007-2009. [rafræn útgáfa]. Reykjavík: Samtök áhugafólks um áfengis og vímuefna vandann.

Ása Guðmundsdóttir og Hildigunnur Ólafsdóttir. (2001). Konur og áfengi. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), Fíkniefni og forvarnir. Handbók fyrir heimili og skóla (bls. 144-152). Reykjavík; Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.

Babor, T. F. (1996). The Classification of Alcoholics. Typology Theories From the 19th Century to the Present. *Alcohol Research and Health*, 20(1), 6-20.

Bailey, B.A. og Sokol, R.J. (2011). Prenatal alcohol exposure and miscarriage, stillbirth, preterm delivery, and sudden infant death syndrom. *Alcohol Research and Health*, 34(1), 86-91.

Baldur Heiðar Sigurðsson og Þórður Örn Arnarson. (2010). Af hverju spyrja sálfræðingar alltaf: „Hvað finnst þér?“. *Geðvernd*, 39, 9-14.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Baum-Baicker, C. (1985) Psychological benefits of moderate alcohol consumption: A review of the literature. *Drug and Alcohol Dependence*, 15, 305-322.

Beckman, L. J. (1994). Treatment needs of women with alcohol problems. *Alcohol Health and Research World*, 18(3), 206-211.

Begun, Audrey. (2004). Social Work Curriculum on Alcohol use Disorders. U.S. Department of Health and Human Services. NIH Publication No. 03-5386, 354- 366.

Berk, L. E. (2007). *Development Through the Lifespan* (4. útgáfa). Boston: Pearson Education.

Blume, S. B. (1986). Women and alcohol: A review. *The Journal of the American Medical Association*, 256(11), 1467-1470.

- Blume, S. B. (1998). Understanding Addictive Disorders in Women. Í Graham A., Shultz P. og Chevy Chase (ritstjórar), American Society of Addiction Medicine (bls. 1173-1190). USA: The Guilford Press.
- Boykoff, N., Schneekloth, T. D., Hall – Flavn, D., Loukianova, L., Karpyak, V. M., Stevens, S. R. Og Frye, M. A, (2010) Gender differences in the relationship between depressive symptoms and cravings in alcoholism. American Journal on Addictions, 19(4), 352-356.
- Brady, K. T. og Randall, C. L. (1999). Gender differences in substance use disorders. Addictive Disorders, 22(2), 241-252.
- Bright, C.L., Osborne, V.A. og Greif, G.L. (2011) One dozen considerations when working with women in substance abuse groups. Journal of Psychoactive Drugs, 43 (1), 64-68.
- Brynja Óskarsdóttir. (2006). Félagsráðgjöf á sjúkrahúsum á tímum breytinga. Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), Heilbrigði og heildarsýn. Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu (bls. 141-161). Reykjavík: Háskólaútgáfan og RBF.
- Cook, P.J. og Moore, M.J. (2002). The economics of alcohol abuse and alcohol-control policies. Health Affairs, 21 (2), 120-133.
- Creamer, M., Burgess, P. og McFarlane, A. (2001). Post-traumatic stress disorder: findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being. Psychological Medicine, 31, 1237- 1247.
- Dodgen C.E. og Shea, W.M. (2000). Substance Use Disorders: Assessment and Treatment. San Diego: Academic Press.
- Doweiko, H. E. (2012). Concepts of Chemical Dependency (6. útgáfa). USA: Thomson Brooks/Cole.
- Edenberg, H. J. (2002). The collaborative study on the genetics of alcoholism. [rafræn útgáfa]. Alcohol research and health. 3, 214-214
- Erickson, P., Butters, J. Og Walko, K. (2003). CAMH and Harm Reduction: a Background Paper on its Meaning and Application for Substance Use Issues. Sótt 2.mái 2015 af <http://www.doctordeluca.com/Library/AbstinenceHR/CAMH&HR03.pdf>
- Farley O. W., Smith L. L. og Boyle S. W. (2009). Introduction to Social Work (10. útgáfa). Boston: Pearson Allyn and Bacon.
- Fendrich, M., Hubbel, A. og Lurigio, A. J. (2006). Providers perceptions of gender-specific drug treatment. Journal of Drug Issues, 36, 667-686.

Félagsráðgjafafélag Ísland. (e,d). Siðareglur félagsráðgjafa Sótt 15. mars 2015 af:
<http://www.felagsradgjof.is/index.php?option=content&task=view&id=8&Itemid=31>

Fyer, A.j., Galea, S., Goodwin, R.D., Keyes, K. og Lipsitz, J.D. (2011). Family history of alcohol use disorders among adults with panic disorder in the community. [rafræn útgáfa].
Journal of Psychiatric Research 45, 1123-1126

Gitlow, S. (2007). Substance use disorders: A practical guide. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Godley, S. H., Garner, B. R, Passetti, J. L., Funk, R. R., Dennis, M. L og Godley, M.D. (2010). Adolescent outpatient treatment and continuing care: Main findings from randomized clinical trial. Drug and Alcohol Dependence 110(1-2): 44-54

Gordis, E. (1992). „Genetics of Alcoholism.” Alcohol Alert. Sótt 29. apríl 2013 af
<http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/aa18.htm>

Gorski, T. T. (1992). Understanding the Twelve steps. New York : Simon and Schuster

Gorski, T.T. og Miller, M. (1986). Staying Sober: A Guide for Relapse Prevention. Herald House: Independence press.

<http://www.saa.is/islenski-vefurinn/samtokin/starfsemi/medferdarheimilid-vik/>

Jakobsson, A., Hensing, G. og Spak, F. (2008). The role of gendered conceptions in treatment seeking for alcohol problems. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22(2), 196-202

Jellinek, E. M. (1962). Phases of alcohol addiction. Í Pittman, D. J. og Snyder, C.R. (ritsjórar), Society, Culture, and Drinking Patters (bls 356-381. New York og London: John Wiley & Sons, Inc

Kinney, J. (2009). Loosing the grip: A handbook of alcohol information (10. útgáfa). New York: McGraw-Hill.

Kristbjörg Halla Magnúsdóttir. (2014, 15. febrúar). Hvernig konur fara í áfengismeðferð? Morgunblaðið, bls. 30.

Lex, B. W. (1991). Gender differences and substance abuse. Advances in Substance Abuse,4, 225-296.

Limosin, F. (2002). Clinical and biological specificities of female alcoholism. Encephale, 28, 503-509.

- Lýðheilsustöð. (2004). Hvað veist þú um áfengi? Sótt 11.mars 2015 af http://www2.lydheilsustod.is/media/afengi/utgefing/Afengi_fullordnir_2005.pdf
- Macgowan, M. J. Og Engle, B. (2010). *Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 19(3): 527-545.
- Morgenstern, J. Og Longabaugh, R. (2000). Cognitive-behavioral treatment for alcohol dependence: *A review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. Addiction*, 95(10), 1475-1490.
- National Association of Social Workers. (e.d.). Choices. Sótt þann 3. febrúar 2015 á <http://www.socialworkers.org/pubs/choices/choices1.asp>
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2013). Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5 sótt þann 2.apríl 2015 af <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.pdf>
- Nelson-Zlupko, L., Kauffman, E. og Dore, M. M. (1995). Gender difference in drug addiction and treatment: Implications for social work intervention with substance-abusing women. *Social Work*, 40(1), 45-54.
- Nolen-Hoeksema, S. (2007). *Abnormal psychology*. (4.útgáfa). New York: McGraw-Hill.
- Oddi Erlingsson. (1992). Tengsl greiningar og meðferðar á áfengisvanda: Hófdrykkja, bindindi og áfengismeðferð. *Tímarit Sálfræðingafélags Íslands* 3, 39-47.
- Óttar Guðmundsson. (1992). *Tíminn og tárið, Íslendingar og áfengi í 1100 ár*. Reykjavík: Forlagið.
- Pitkänen, T., Lyyra, A. L. og Pulkkinen, L. (2005). Age of onset of drinking and the use of alcohol in adulthood: a follow-up study from age 8-42 for females and males. *Addiction*, 100(5), 652-661.
- Reiger, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L. og Goodwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2518.
- Salter, M. og Breckenridge, J. (2013). Women, trauma and substance abuse: understanding the experiences of female survivors of childhood abuse in alcohol and drug treatment. *International Journal of Social Welfare*, 1-9.

- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (2010). Ársskýrsla SÁÁ 2007-2010. Reykjavík: Oddi. Sótt 16.febrúar 2015 af http://www.saa.is/Files/Skra_0042334.pdf
- Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (e.d.b). Kvennameðferð. Sótt 6. mars 2015 af <http://saa.is/islenski-vefurinn/samtokin/frettir/nr/24271/>
- SÁÁ. (e.d.). Fræðslurit SÁÁ: Áfengis- og vímuefnavandinn. Sótt þann 6.mars 2015 af <http://saa.is/grein/afengi/>
- Schuckit, M.A. (1986). Etiologic theories on alcoholism. Í Nada, J, Estes.M, Edith Heineman (Ritstj.). Alcoholism. Developid, Consequences, and Interventions. Bls. 11-21. Saint. Louis: Mosby Collage Company
- Sigrún Júlíusdóttir. (2001). Fjölskyldur við aldahvörf. Náin tengsl og uppeldisskilyrði barna. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Sigrún Júlíusdóttir. (2006). Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu – eitt sérfræðisviða. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu (bls. 33-47). Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Simpson, T. og Miller, W. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. Clinical, psychology review, 22, 27-77.
- Stallings, M. C., Hewitt, J. K., Beresford, T., Heath, A. C. og Eaves, L. J. (1999). A twin study of drinking and smoking onset and latencies from first use to regular use. Behavior Genetics, 29(6), 409-421.
- Stewart, S. H. Og Conrod, P.J. (2005). State-of-the-art in cognitive-behavioral interventions for substance use disorders: Introduction to the special issue. Journal of Cognitive Psychotherapy: An Internatioanl Quarterly, 19(3), 261-284.
- Storie, M.(2005). Basics of addiction counseling: Desk reference and study guide. Í M. Storie (Ritstjóri), Module V: Special Considerations of counseling (bls 187 – 223). (9. útgáfa). Washington DC: NAADAC.
- Sun, A. (2006). Program factors related to women´s substance abuse treatment retention and other outcomes: A review and critique. Journal of Substance Abuse Treatment, 30, 1-20.
- Sölvína Konráðs. (2001). Sálfræðilegar skýringar á alkóhólisma. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), Fíkniefni og forvarnir (bls.91-104). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum

- Tatarsky, A. Og Marlatt, G. A. (2010). State of the Art in Harm Reduction Psychotherapy: An Emerging Treatment for Substance Misuse (Rafræn útgáfa). *Journal Of Clinical Psychology in Session*, 66(2), 117-122.
- Turner, J.F. (2002). *Diagnosis in social work: New imperatives*. New York: The Haworth press.
- Waillant, G. E. (1995). *The natural history of alcoholism Revisited*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press
- World Health Organization. (2011). *Global status report on alcohol and health*. Sótt 6. mars 2015 af http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44499/1/9789241564151_eng.pdf
- World Health Organization. (e.d.-a). *Management of substance abuse*. Sótt 10. april 2015 af http://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/index.html
- Wright, J. H. (2006). *Cognitive behavioral therapy: Basic principles and recent advances*. *Focus*, 4, 173-178.
- Þorkell Jóhannesson. (1984). *Lyfjafræði Miðtaugakerfisins, nokkrir höfuðdrættir helstu vímugjafar*. Reykjavík: Menntamálaráðuneytið/Háskóli Íslands