



**BA ritgerð**

**Félagsráðgjöf**

**Konur og vímuefnaneysla**

áhrif á börn

Dagný Baldursdóttir

**Leiðbeinandi Jóna Margrét Ólafsdóttir**  
**Janúar 2016**



**HÁSKÓLI ÍSLANDS**  
**FÉLAGSVÍSINDASVIÐ**

---

FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

**Konur og vímuefnaneysla**  
***áhrif á börn***

Dagný Baldursdóttir

300486-2669

Lokaverkefni til BA-gráðu  
Leiðbeinandi: Jóna Margrét Ólafsdóttir

Félagsráðgjafardeild  
Félagsvísindasvið Háskóla Íslands  
Janúar 2016

Konur og vímuefni: áhrif á börn

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu  
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.  
© Dagný Baldursdóttir, 2016

Prentun: Háskólaprent  
Reykjavík, Ísland, 2016

## Útdráttur

Verkefni þetta er lokaverkefni til BA prófs í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Markmið ritgerðar er að varpa ljósi á vímuefnasýki kvenna og gera grein fyrir hvernig hún er frábrugðin vímuefnasýki karla, hugsanlegum áhrifum á börn sem alast upp hjá vímuefnasjúkum mæðrum og hvernig barnaverndarstarfsmenn koma að málefnum sem þessum. Ritgerð þessi er heimildarritgerð og gögn sem notast var við eru ritrýndar rannsóknir, ritrýndar fræðigreinar, upplýsingaviðtal við fagaðila á vettvangi, bækur, skýrslur og lög.

Niðurstöður leiddu í ljós að konur þróa vímuefnasýki með sér á annan hátt samanborið við karla er varðar sálræna, líkamlega og félagslega þætti og þurfa konur sérstuðning í meðferð vegna þess. Börn sem alast upp hjá vímuefnasjúkum mæðrum er hættara við að glíma við tilfinningaleg vandkvæði á borð við þunglyndi, kvíða, lágt sjálfsmat og námsörðugleika. Barnaverndarstarfsmenn starfa með hagsmuni barnsins að leiðarljósi og reyna að vinna með fjölskylduna í heild sinni.

Lykilhugtök: konur, vímuefnasýki, börn, barnaverndarstarfsmenn, félagsráðgjöf.

## Formáli

Ritgerð þessi er 12 ECTS eininga lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Ég vill fyrst og fremst þakka leiðbeinanda mínum Jónu Margréti Ólafsdóttur fyrir góðfúslegar ábendingar, uppbyggilega gagnrýni og gott samstarf. Sérstakar þakkir fær vinkona mín Tinna Dahl Christiansen fyrir yfirlestur og uppbyggilega gagnrýni. Ég vill þakka Páli Ólafssyni félagsráðgjafa hjá Barnaverndarstofu fyrir upplýsingaviðtal sem hann veitti höfundu. Einnig vill ég þakka eiginmanni mínum honum Sævari Má Sveinssyni fyrir ómetanlegan stuðning og hvatningu í gegnum námið. Einnig eiga foreldrar mínir Hildur Þorvaldsdóttir og Baldur Hreinsson hrós skilið fyrir mikinn stuðning og barnapössun á meðan á náminu stóð og kann ég þeim mínar bestu þakkir fyrir. Að lokum vill ég þakka dætrum mínum Elsu Margréti Sævarsdóttur og Emilíu Katrínu Sævarsdóttur fyrir mikla tillitssemi og skilning á meðan á ritgerðarskrifum stóð.

## Efnisyfirlit

<b>Útdráttur</b> .....	<b>3</b>
<b>Formáli</b> .....	<b>4</b>
<b>1 Inngangur</b> .....	<b>6</b>
<b>2 Vímuefni</b> .....	<b>8</b>
2.1 Fíkn.....	8
2.2 Slævandi efni.....	10
2.3 Örvandi efni .....	11
2.4 Skynvillandi efni .....	11
<b>3 Kenningar</b> .....	<b>13</b>
3.1 Spennulosunarkenningin (e. tension reduction theory) .....	13
3.2 Persónuleikakenning Jungs (e. personality theory).....	13
3.3 Sálgreiningarkenning Freuds (e. psychodynamic theory of personality) .....	14
3.4 Félagsnámskenningin (e. social learning theory) .....	14
3.5 Sjúkdómskenningin (e. disease theory).....	15
3.6 Líffræðilegar kenningar (e. biological theory) .....	15
<b>4 Konur og vímuefni</b> .....	<b>17</b>
4.1 Félagslegir þættir .....	17
4.2 Líkamlegir þættir.....	18
4.3 Sálrænir þættir.....	19
4.4 Áfengisneysla á meðgöngu .....	19
<b>5 Líðan barna sem eiga vímuefnasjúka móðir</b> .....	<b>22</b>
5.1 Tengslakenningar .....	22
5.2 Hlutverk.....	23
5.3 Ofvirkni og athyglisbrestur (e. attention deficit hyperactivity disorder) .....	24
<b>6 Úrræði</b> .....	<b>26</b>
6.1 Meðferðarúrræði fyrir vímuefnasjúkar konur .....	26
6.1.1 Úrræði á Íslandi.....	27
6.2 Sálfræðiaðstoð fyrir börn.....	28
<b>7 Félagsráðgjafar á starfsvettvangi</b> .....	<b>30</b>
7.1 Félagsráðgjafar.....	30
7.2 Félagsþjónustan og barnavernd .....	30
<b>8 Umræður og lokaorð</b> .....	<b>33</b>
<b>Heimildaskrá</b> .....	<b>35</b>

## 1 Inngangur

Vímuefnaneysla er stórt vandamál út um allan heim í nútíma þjóðfélagi. Vandinn nær til allra króka og kima í samfélaginu, óháð stétt eða stöðu (Felicilda-Reynaldo, 2014; Khan, Kausar og Imam, 2013). Í þessari ritgerð verður einblínt sérstaklega á konur og vímuefnanotkun þeirra ásamt því hvaða áhrif það hefur í för með sér á börn þeirra. Áhugi höfundar á málefni sem þessu kom þegar höfundur tók námskeið á fyrsta ári í félagsráðgjöf að nafni „áfengis- og vímuefnamál“ og því taldi höfundur áhugavert að fjalla um þetta málefni í BA-verkefni.

Þegar hugtakið vímuefni er notað í þessari ritgerð á það við um allar tegundir vímuefna hvort sem um ræðir áfengi, ávanabindandi lyf eða ólögleg vímuefni. Ritgerðinni er ætlað að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

1. Hver eru sálræn, líkamleg og félagsleg áhrif vímuefnaneyslu á konur og hvernig er hún frábrugðin vímuefnaneyslu karla?
2. Hefur það áhrif á börn ef móðir þeirra er áfengis- og vímuefnasjúk?
3. Hvert er starf barnaverndarstarfsmanna í málefnum vímuefnasjúkra mæðra og barna þeirra?

Ritgerðin skiptist upp í átta kafla. Í fyrsta kafla er gert grein fyrir rannsóknarspurningum og uppbyggingu ritgerðar. Í öðrum kafla er gert grein fyrir hugtakinu fíkn, mismunandi tegundum vímuefna, verkun þeirra á miðtaugakerfi heilans og fráhvörfum eftir að vímuefnaneyslu er hætt. Í þriðja kafla er farið yfir helstu kenningar sem tengjast áfengis- og vímuefnafíkn. Í fjórða kafla er farið yfir áhrif vímuefnaneyslu kvenna og greint frá því hvernig hún er frábrugðin vímuefnaneyslu karla að teknu tilliti til sálrænna, líkamlegra og félagslegra þátta. Einnig verður gert grein fyrir vímuefnaneyslu á meðgöngu. Í fimmta kafla er gert grein fyrir tengslakenningum, líðan barna sem eiga vímuefnasjúka móður og farið yfir helstu hlutverk sem börn vímuefnasjúkra eiga sameiginlegt að tileinka sér. Í sjötta kafla er farið yfir helstu úrræði sem standa vímuefnasjúkum konum til boða og hvaða úrræði eru fyrir börn þeirra. Í sjöunda kafla er gert grein fyrir störfum félagsráðgjafa á þjónustumiðstöðvum og störfum barnaverndarstarfsmanna innan

áfengis- og vímuefnasviðs. Höfundur tók upplýsingaviðtal við Pál Ólafsson félagsráðgjafa hjá Barnaverndarstofu til að fá upplýsingar um helstu úrræði fyrir vímuefnasjúkar mæður og börn þeirra. Í áttunda og síðasta kaflanum er efnið dregið saman og rannsóknarspurningum svarað. Ritgerð þessi er heimildaritgerð og heimildir sem höfundur notast við eru ritrýndar fræðigreinar, rannsóknir, bækur, skýrslur og lög.



## 2 Vímuefni

Öll vímuefni eiga það sameiginlegt að hafa hugbreytandi og truflandi áhrif á dómgreind þeirra einstaklinga sem neyta efnanna (Khan o.fl., 2013). Vímuefni hafa mismunandi áhrif á miðtaugakerfið og fer eftir því hvort efnið sem um ræðir sé slævandi, örvandi eða skynvillandi efni (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012; Kinney, 2006; Þorkell Jóhannesson, 2001).

### 2.1 Fíkn

Hugtakið fíkn hefur verið skilgreint af mismunandi aðilum og má þar nefna ASAM (*American society of addiction medicine*), DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) og Alþjóðaheilbrigðismálastofnun (WHO) gaf út ICD 10 (*American Psychiatric Association*, 2013; Smith, 2012; WHO, 2004). Samkvæmt Sölvínu Konráðsdóttur er fíkn skilgreind á þessa leið:

Fíkn í vímogjafa er sálrænt og iðulega líkamlegt ástand sem er afleiðing samvirkni lífveru og ávanabindandi efnis. Þetta er ástand sem einkennist af hegðun sem er ávallt árátukennd neysla vímogjafa til þess að upplifa breytingu á sálarástandi og til að forðast óþægilegar afleiðingar sem stafa af skorti á efninu. Einstaklingur getur verið háður fleiri en einum vímogjafa. Þeir einstaklingar sem eru haldnir krónískri fíkn eru mjög oft haldnir fíkn í mörg efni (Sölvína Konráðsdóttir, 2001, bls. 91).

ASAM (American Society of Addiction Medicine) kom með skilgreiningu á hugtakinu fíkn árið 2011. Samkvæmt ASAM er fíkn skilgreind sem langvinnur sjúkdómur sem er að hluta til tilkomin vegna samspils erfða og umhverfis. Heilinn sækist eftir vímogjafanum vegna þeirra „verðlauna“ sem vímogjafinn veitir. Einstaklingurinn er með árátukennda löngun í vímuefnið og talið er að fíkn sé heilasjúkdómur (Smith, 2012). Samkvæmt Smith (2012) er vímuefnafíkn ólæknandi sjúkdómur, talið er að þeir sem þjáist af vímuefnasýki skorti taugaboðefnið dópamín í heilanum.

Bandaríska geðlæknafélagið gaf út DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) greiningarlíkan til þess að unnt sé að meta hvort sá sem um ræðir eigi við vímuefnavanda að etja. DSM 5 talar um vímuefnaröskun og fer alvarleiki hennar eftir stigum. Ef viðkomandi er með tvö til þrjú stig er talað um væga vímuefnaröskun. Fjögur

til fimm stig er talað um óhóflega neyslu og ef stigin eru fimm eða fleiri er um alvarlega vímuefnaröskun að ræða. Viðkomandi þarf að hafa haft að lágmarki tvö einkenni síðastliðna tólf mánuði til þess að teljast vímuefnasjúkur (American Psychiatric Association, 2013; Kuerbis, Hagman, og Morgenstern, 2013). Það sem einkennir vímuefnaröskun samkvæmt DSM 5 er meðal annars:

1. Viðkomandi neytir vímuefna í stærri skömmtum en æskilegt getur talist og neyslan varir í lengri tíma.
2. Viðkomandi hefur ítrekað reynt að stöðva neyslu vímuefna án árangurs.
3. Miklum tíma er varið í að verða sér út um vímuefni, neyta þeirra eða jafna sig eftir neyslu.
4. Óstjórnleg löngun í vímuefni.
5. Áfengisneysla viðvarandi þrátt fyrir að daglegum skyldum sé ekki sinnt svo sem vinnu, heimili, skóla og fjölskyldu.
6. Áfengisneyslu haldið áfram þrátt fyrir að hún valdi félagslegu og líkamlegu tjóni.
7. Fjölskylda og vinna er vanrækt sökum neyslu vímuefna og ýmsum heilbrigðum venjum ábótavant svo sem íþróttum og tómstundum.
8. Vímuefnaneysla endurtekin þrátt fyrir að hún valdi hættu með því að aka bifreið undir áhrifum vímuefna.
9. Vímuefnaneyslu haldið áfram þrátt fyrir að sá sem um ræðir geri sér grein fyrir að hún valdi viðvarandi líkamlegum og sálrænum veikindum.
10. Viðkomandi myndar aukið þol gagnvart vímuefninu sem lýsir sér í því að aukið magn þarf til þess að ná fram sömu áhrifum og óskað er eftir og áberandi minni áhrif fást þegar sama magns vímuefna er neytt hverju sinni.
11. Fráhvörf gera vart við sig eftir langa og viðvarandi neyslu og má þar nefna kvíða, skjálfta, svefnleysi, ofskynjanir, svita, óróleika og ofstarfsemi ósjálfráða taugakerfisins sem lýsir sér meðal annars með hjartsláttatruflunum og svitaköstum. Viðkomandi neytir vímuefna til þess að draga úr eða koma í veg fyrir fráhrarfseinkenni (American Psychiatric Association, 2013; Kuerbis, o.fl., 2013).

Alþjóðaheilbrigðismálastofnun (WHO) gaf út ICD 10 til þess að skilgreina vímuefnasýki. Samkvæmt ICD 10 er einungis talað um að vera háður vímuefnum. Ef sá sem um ræðir hefur upplifað þrjú eða fleiri atriði síðastliðna tólf mánuði telst viðkomandi vímuefnasjúkur.

1. Sterk löngun og árátukennd löngun í vímuefnið.
2. Vímuefnaneyslan verður stjórnlaus, varir lengur og er meiri en gert var ráð fyrir í upphafi.
3. Fráhvarfseinkenni gera vart við sig þegar dregið er úr vímuefnaneyslunni eða viðvarandi neyslu haldið áfram til þess að koma í veg fyrir fráhvarfseinkenni.
4. Þolið gegn vímuefnum eykst og þarf stöðugt meira magn til þess að ná fram sömu áhrifum og áður.
5. Sífelld meiri tími fer í að verða sér út um vímuefni, neyta þeirra eða jafna sig eftir neyslu þeirra á kostnað fjölskyldu og tómsunda.
6. Neyslu er haldið áfram þrátt fyrir að hún valdi andlegum og líkamlegum skaða (WHO, 2004).

Ofangreindar þrjár skilgreiningar eiga það allar sameiginlegt að vera að skilgreina vímuefnasýki en gera það þó með misjöfnum hætti. ASAM vísar til þess að vímuefnasýki sé að hluta til vegna samspils erfða og umhverfis. DSM 5 talar um vímuefnaröskun og geti hún verið misalvarleg eftir stigum og ICD 10 talar um að vera háður vímuefnum (American Psychiatric Association, 2013; Smith, 2012; WHO, 2004).

## **2.2 Slævandi efni**

Slævandi vímuefni eiga það sameiginlegt að hafa slævandi áhrif á miðtaugarkerfi heilans og eru áfengi, róandi lyf, svefnlyf, sterk verkjalyf, morfín, heróín, methodon, kódeín sem heyra undir ópíumskyld lyf (Þorkell Jóhannesson, 2001). Áfengi er löglegt vímuefni og hefur margvísleg áhrif á líkamann og má þar nefna: syfja, óskýrt mál, ósamræmi í hreyfingum, minnistap, tíð þvaglát, áhættuhegðun getur aukist, hækkaður hjartsláttur og hömluleysi svo dæmi séu tekin. Einstaklingar sem drekka meira en góðu hófi gegnir mynda þol gagnvart áfenginu og þurfa alltaf sífelld meira magn til þess að framkalla sömu vímu og fékkst í upphafi (Þorkell Jóhannesson, 2001). Ef vímuefnasjúkir einstaklingar stöðva drykkju sína skyndilega upplifa þeir oft á tíðum mikil fráhvörf sem

lýsa sér til dæmis í skjálfta, óróleika og ósjálfráða taugakerfið starfar of hratt sem veldur því að fólk í fráhvörfum fær hraðan hjartslátt og hækkaðan blóðþrýsting. Í alvarlegri tilvikum getur fólk fengið krampa og ofskynjanir (Leggio, Kenna, Fenton, Bonenfant og Swift, 2009; Þorkell Jóhannesson, 2001).

Lyfseðilsskyld róandi lyf eru ávanabindandi sé neysla þeirra meiri en góðu hófi gegnir, sá sem um ræðir er fljótur að byggja upp þol og þarf sífellt stærri skammt til þess að framkalla sömu áhrif. Áhrif ofangreindra lyfja eru til dæmis doði, verkjastillandi áhrif, slökun, sælutilfinning, ógleði, klígja, öndunarstopp, dá, sljóleiki og vellíðan (Felicilda-Reynaldo, 2014; Þorkell Jóhannesson, 2001).

Fráhvarfseinkenni af völdum ópíumskyldra lyfja geta verið kraftmikil sem hvetur til frekari neyslu til þess að sporna við fráhvörfum. Dæmi um fráhvarfseinkenni geta verið mikill kvíði, óróleiki, nefrennsli, sviti, vot augu, skapstygð, uppköst, skjálfti, krampi, hraður hjartsláttur og verkir í vöðvum (Þorkell Jóhannesson, 2001).

### **2.3 Örvandi efni**

Örvandi efni eru af margvíslegum toga og má þar nefna amfetamín, methamphetamine, ritalín og kókaín (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012). Við neyslu efnanna losar heilinn aukið dópamín. Einkenni örvandi efna svo sem kókaíns og amfetamíns eru meðal annars að neytandinn finnur fyrir mikilli orku og er sjálfsöruggur og upplifir vellíðunartilfinningu en notkun efnanna getur einnig valdið hjartastoppi (Felicilda-Reynaldo, 2014). Líkt og með öðrum vímuefnum er þol gagnvart efnunum fljótt að koma sem leiðir til þess að sífellt stærri skammtur er tekinn (Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012; Þorkell Jóhannesson, 2001). Fráhvörf af völdum örvandi efna eru til dæmis kvíði, ranghugmyndir, þunglyndi, sinnuleysi, vöðvakippir, skapstygð, einbeitingarskortur, mikil syfja, langvarandi svefn og mikil hungurtilfinning getur komið fram (SÁÁ, e.d. - d; Þorkell Jóhannesson, 2001).

### **2.4 Skynvillandi efni**

Skynvillandi efni eru til dæmis englaryk, e-pillur, kannabis, LSD og meskalín. Kannabis er algengast meðal skynvillandi efna og eru áhrifin af neyslu þeirra afslöppun, yfirvegund, ofsagleði, oflæti, aukin matarlyst, aukið sjálfstraust, ró, lélegt skammtímaminni og vellíðan. Langvarandi neysla hefur einnig slæm áhrif á heilann þar sem vitsmunir og minni einstaklinga ber hnekki sem birtist meðal annars í slökum námsárangri og eiga einstaklingar í hættu á að staðna í þroska (Þorkell Jóhannesson, 2001). Mikil neysla

kannabis getur einnig valdið geðsjúkdómum svo sem geðklofa (Veling, Mackenbach, van Os og Hoek, 2008). Þess ber þó að geta að samkvæmt Buadze, Stohler, Schulze, Schaub og Liebreuz (2010) eru ekki tengsl milli kannabis notkunar og geðklofa.

Einstaklingar finna gjarnan fyrir miklu óöryggi með sjálfan sig, þunglyndi getur gert vart við sig sem og minnstruflanir. Fráhvörf að völdum skynvilluefna eru meðal annars kvíði, óróleiki, ranghugmyndir og svefntruflanir (Þorkell Jóhannesson, 2001). Samkvæmt rannsóknum eru algengt að einstaklingar sem hætta neyslu kannabis upplifi aukinn kvíða, svefnörðugleika, aukna kynhvöt, þunglyndi, eirðarleysi, sterka löngun í efnið, þirring, verki í vöðvum, höfuðverk, aukna svitamyndun, kuldahroll, skjálfta, magaþægindi svo dæmi séu tekin (Copersino, Boyd, Tashkin, Huestis, Heishman, Dermand, ... og Gorelick, 2010; Lee, Schroeder, Karschner, Goodwin, Hirvonen, Gorelick og Huestis, 2014).

Í næsta kafla verður gert grein fyrir helstu kenningum sem settar hafa verið fram er varða vímuefnasýki.

### 3 Kenningar

Hér á eftir verður gert grein fyrir helstu kenningum sem settar hafa verið fram varðandi vímuefnasýki. Rétt er að áréttta að ekki er hægt að fullyrða út frá kenningum né tala um að ein kenning sé réttari en önnur (Dodgen og Shea, 2000; Kinney, 2006). Fyrst verður gert grein fyrir spennulosunarkenningum sem vísa til þess að vímuefni dragi úr spennu (Dodgen og Shea, 2000), næst verður fjallað um persónuleikakenningu Jungs sem gengur út á að sumir persónuleikar séu líklegri fyrir því að þróa með sér vímuefnasýki (Kinney, 2006). Í beinu framhaldi verður gert grein fyrir sálgreiningarkenningu Freuds sem fjallar um þroskaferli persónuleikans (Kinney, 2006). Félagssnámskenningar vísa til þess að vímuefnasýki sé lærd hegðun (Khan o.fl., 2013). Sjúkdómskenningar gera ráð fyrir því að vímuefnasýki sé sjúkdómur sem geti staðið einn og sér (Leggio, o.fl., 2009). Sjötta og síðasta kenningin sem gert verður grein fyrir eru líffræðilegar kenningar sem ganga út á að vímuefnasýki sé arfgeng (Khan o.fl., 2013).

#### 3.1 Spennulosunarkenningin (e. tension reduction theory)

Spennulosunarkenningar vísa til þess að einstaklingar neyti vímuefna til að draga úr spennu, kvíða og streitu. Talið er að ákveðin hópur fólks sem býr við mikla streitu sé líklegri til þess að nota vímuefni til þess að ná fram slökun og fá aukið sjálfstraust. Sá sem um ræðir lærir fljótt að vímuefnið slær á kvíða og veldur slökun en þetta er eingöngu skammtímalausn þar sem fráhvörfin valda jafnvel ennþá meiri kvíða en áður var. Ljóst er að auðvelt er að komast í vítahring í aðstæðum sem þessum (Curtin, Patrick, Lang, Cacioppo og Birbaumer, 2001; Dodgen og Shea, 2000; Jóna Margrét Ólafsdóttir, 2012). Fræðimenn hafa þó gagnrýnt kenninguna að því leyti að talið er að vímuefnaneysla auki á kvíða í stað þess að draga úr honum (Dodgen og Shea, 2000; Kinney, 2006).

#### 3.2 Persónuleikakenning Jung (e. personality theory)

Persónuleikakenning Jung vísar til þess að ákveðnir persónuleikar séu líklegri til þess að þróa með sér vímuefnasýki. Þeir einstaklingar hafa gjarnan brotna sjálfsmýnd, eru háðir áliti annarra, fela líðan sína fyrir umheiminum og nota vímuefna til þess að láta sér líða betur. Undir áhrifum vímuefna sýna þeir annan persónuleika sem þeir telja sig eiga að vera, hegða sér öðruvísi gagnvart öðru fólki og eiga í hættu að festast í ákveðnu hlutverki sem erfitt getur

reynst að komast úr. Jung var upptekin af því hvort persónuleiki fólks skipti sköpum er varðar vímuefnasýki (Kinney, 2006). Persónuleikakenningar hafa meðal annars verið gagnrýndar vegna þess að ekki hefur tekist að sýna fram á samkvæmt rannsóknum að ákveðnir persónuleikar séu líklegri til þess að þróa með sér vímuefnasýki (Kinney, 2006).

### **3.3 Sálgreiningarkenning Freuds (e. psychodynamic theory of personality)**

Sálgreiningarkenning Sigmund Freud fjallar um þroskaferli persónuleikans. Einstaklingar sem hafa orðið fyrir áfalli í æsku á munnstigi þegar sogþörf, þorsti og hungur er allsráðandi eiga í hættu að þróa með sér vímuefnasýki. Hann talar ekki um vímuefnasýki sem sjúkdóm en bendir á að þeir sem hafa staðnað á munnstigi sækja í ofsagleði og vellíðan og noti gjarnan vímuefnagjafa til þess að framkalla ofangreinda gleði. Freud taldi að til þess að unnt væri að hjálpa vímuefnasjúkum að ná bata þyrfti að draga fram neikvæðar tilfinningar í undirmeðvitundinni (Kinney, 2006). Sálgreiningarkenningar Freuds hafa fengið gagnrýni varðandi hversu þröngt Freud talaði um orsakir vímuefnasýki og má þar nefna að Freud gerði ekki ráð fyrir að aðrir þættir gætu haft áhrif svo sem umhverfis- og erfðapættir (Dodgen og Shea, 2000).

### **3.4 Félagsnámskenningin (e. social learning theory)**

Félagsnámskenningar vísa til þess að vímuefnaneysla sé lærd hegðun en ekki sjúkdómur sem slíkur. Námið er lært í gegnum skilyrðingu sem felur í sér umbun og refsingu (Khan o.fl., 2013). Við upphaf vímuefnaneyslu gefur það mikla umbun í formi vellíðunar og spennulosunar en þegar líða tekur á neysluna og fráhrarfseinkenni gera vart við sig drekkur sá sem umræðir til þess að slá á fráhrörfin. Segja má að einstaklingurinn búi sér til hálfgerð sjálfskaparvíti. Upphaflega er drykkjan notuð til þess að framkalla gleði en þegar á líður er drykkjan notuð til þess að koma í veg fyrir fráhrörfin (Niaura, 2000). Félagsnámskenningin hefur verið gagnrýnd meðal annars vegna þess að ekki er tekið tillit til fjölskyldusögu einstaklings. Sem dæmi ef tveir einstaklingar sjá að jafningar eru að nota vímuefni og einungis annar aðilinn fer að nota vímuefni en ekki hinn. Hugsanlegt er að sá sem fetar í fótspor jafningja búi við bágar félagslegar aðstæður á meðan hinn aðilinn sem neytir ekki vímuefna búi við sterkar félagslegar aðstæður (Steele, Peralta og Elman 2011).

### 3.5 Sjúkdómskenningin (e. disease theory)

Sjúkdómskenningar gera ráð fyrir því að vímuefnasýki sé sjálfstæður sjúkdómur sem getur staðið einn og sér. Einstaklingar sem glíma við vímuefnasýki hætta ekki neyslu þrátt fyrir neikvæðar afleiðingar neyslunnar og hægt er að sjá þróun sjúkdómsins líkt og annarra krónískra sjúkdóma (Leggio, o.fl., 2009).

Jellineck kom fram með kenningu árið 1960 og færði rök fyrir því samkvæmt fyrri rannsóknum sem hann sjálfur hafði gert að vímuefnasýki væri sjúkdómur. Sá sem haldin væri vímuefnasýki skorti ekki vilja til þess að hætta neyslu heldur væri sjúkdómurinn af læknisfræðilegum toga. Sjúkdómurinn hefði áhrif á andlega, líkamlega og félagslega þætti hjá einstaklingnum. Þróun sjúkdómsins skipti hann upp í alpha, beta, gamma, delta og epsilon (Leggio o.fl., 2009; Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

- Alpha: vísar til sjúklegrar þráhyggju og óstjórnlegrar löngunar í vímuefnið og hvata fyrir áframhaldandi neyslu þar sem hún veitir vellíðan.
- Beta: líkamleg einkenni sem virðast vera afleiðing neyslunnar en samt sem áður ekki líkamleg fíkn.
- Gamma: fíknin orðin líkamleg og neyslan stjórnlaus.
- Delta: líkamleg fíkn en samt sem áður ekki stjórnlaus neysla.
- Epsilon: vísar til túradrykkju (Leggio, o.fl., 2009).

Einnig kemur fram samkvæmt Jellineck að sá einstaklingur sem getur stjórnað vímuefnaneyslu sinni eftir meðferð er líklega ekki vímuefnasjúkur og forsenda þess að ná bata er algjört bindindi. Jellineck og félagar töldu að rekja mætti vímuefnasjúkdóm til erfða að hluta til (Leggio, o.fl., 2009; Pennock og Kerr, 2005).

Sjúkdómskenningar hafa fengið gagnrýni meðal annars vegna þess að þegar búið er að sjúkdómsvæða vímuefnasýki er jafnframt talið að heilbrigðisstarfsmenn séu einu einstaklingarnir sem geta veitt vímuefnasjúkum viðeigandi aðstoð. Kenning Jellineck hefur fengið gagnrýni vegna þess hversu þröngt hann skilgreinir vímuefnasýki og ekki séu til haldbærar sannanir fyrir því að vímuefnasýki sé sjúkdómur (Kinney, 2006).

### 3.6 Líffræðilegar kenningar (e. biological theory)

Rannsóknir hafa sýnt fram á sterkan erfðapátt er varðar vímuefnasýki (Ystrom, Kendler og Reichborn-Kjennerud, 2014). Samkvæmt Khan o.fl. (2013) eru börn vímuefnasjúkra foreldra



fjórum sinnum líklegri til þess að þróa með sér vímuefnasýki eftir að þau byrja að neyta vímuefna. Ættleiðingarannsóknir hafa staðfest að þau börn sem eru ættleidd og eiga líffræðilega foreldra sem eru vímuefnasjúkir eru líklegri til þess að verða vímuefnasjúkir samanborið við ættleidd börn sem eiga ekki vímuefnasjúka líffræðilega foreldra (Sölvína Konráðsdóttir, 2001). Rannsóknir hafa einnig verið gerðar á eineggja tvíburum og borið saman við tvíeggja tvíbura. Niðurstöður hafa leitt í ljós að vímuefnasýki er að hluta til komin vegna erfða þar sem eineggja tvíburi er líklegri til þess að verða vímuefnasjúkur ef hinn tvíburinn er haldin vímuefnasýki samanborið við tvíeggja tvíbura þar sem annar tvíburinn er vímuefnasjúkur (Sölvína Konráðsdóttir, 2001; Quickfall og el-Guebaly, 2006).

Í næsta kafla verður gert grein fyrir vímuefnasýki kvenna og hvernig hún er frábrugðin vímuefnasýki karla er varðar félagslega, líkamlega og sálræna þætti (DeMarinis, Caplan og Chang, 2013). Einnig verður gert grein fyrir vímuefnaneyslu á meðgöngu og hugsanlegum skaða sem ófædd börn í móðurkviði geta orðið fyrir.

## 4 Konur og vímuefni

Í gegnum árpúsundir hafa verið ákveðnar staðalímyndir um konur og hlutverk þeirra í samfélaginu (Simon, 2014). Hér áður fyrr ríktu miklir fordómar gagnvart konum sem neyttu vímuefna og var vímuefnaneysla kvenna falið vandamál þar sem mikil skömm ríkti oft á tíðum (Greenfield, Back, Lawson og Brady, 2010; Powis, Gossop, Bury, Payne og Griffiths, 2000).

### 4.1 Félagslegir þættir

Konur sem glíma við vímuefnasýki verða oft á tíðum fyrir miklum fordómum frá samfélaginu, þar sem hér áður fyrr var talið að vímuefnasýki væri einungis sjúkdómur sem herjaði á karlmenn (van der Walde, Urgenson, Weltz og Hanna, 2002). Það þótti ekki dömulegt að drekka og kona sem verður stjórnlaus undir áhrifum þótti ekki vænlegur kostur fyrir karlmann þar sem staðalímynd kvenna var gjarnan að hún ætti að vera fyrirmyndar móðir og eiginkona (Greenfield, o.fl., 2010; van der Walde, o.fl., 2002). Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á að konur í neyslu verða oftast fyrir ofbeldi samanborið við konur sem ekki eru í neyslu (Devries, Child, Bacchus, Mak, Falder, Graham ... og Heise, 2014; Greenfield, o.fl., 2010; van der Walde, o.fl., 2002). Samkvæmt rannsókn Danica og Wallace (2003) sem gerð var á 152 vímuefnasjúkum mæðrum kom í ljós að 69% allra kvennanna sem tóku þátt í rannsókninni höfðu orðið fyrir annað hvort líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi. Ennfremur sýndu niðurstöður úr eigindlegri rannsókn Grant frá árinu 2014, þar sem tekin voru viðtöl við tuttugu og fimm konur sem allar áttu það sameiginlegt að vera vímuefnasjúkar, að 52% kvennanna höfðu orðið fyrir kynferðislegu eða líkamlegu ofbeldi einhvern tímann á lífsleiðinni. Alls höfðu sextán konur af þeim tuttugu og fimm orðið fyrir einhverskonar ofbeldi (Grant, 2014). Fleiri rannsóknir hafa einnig sýnt fram á að oft á tíðum hafa vímuefnasjúkar konur orðið fyrir ofbeldi í æsku sem leiðir til vímuefnaneyslu snemma á fullorðinsárum (van der Walde, o.fl., 2002). Þá eru konur sem glíma við vímuefnavanda líklegri til þess að eiga sambýlismann sem einnig er vímuefnasjúkur (Buu, Wang, Wang, Puttler, Fitzgerald og Zucker, 2011; van der Walde, o.fl., 2002).

## 4.2 Líkamlegir þættir

Konur byrja almennt seinna að drekka samanborið við karla en fara í langflestum tilvikum á svipuðum aldri og karlar í meðferð sem vísar til þess hversu hratt þær fara niður á við (Greenfield o.fl., 2010; Hommer, 2003). Líffræðilegar ástæður eru fyrir því að konur þola vímuefni almennt verr en karlar. Helstu ástæður þess eru að konur eru með meira fitumagn í líkama sínum og eru vímuefni því lengur að fara úr líkama kvenna samanborið við karla. Konur eru með minna vatn í líkamanum og verða því mun fyrr drukknar heldur en karlmenn. Ennfremur eru konur með minni hvata í kviðvef sem er þess valdandi að áfengið fer hraðar út í blóðið. Rétt áður en konur fá tíðarblæðingar verða þær mun drukknari en ella. Konur eru einnig líklegri til þess að þróa með sér hjarta og æðasjúkdóma (Hommer, 2003; van der Walde, o.fl., 2002). Talið er að sumar konur í vímuefnaneyslu séu í ákveðinni hættu að smitast af HIV veirunni vegna þess að þær eru líklegar til þess að stunda óvarið kynlíf og nota skítugar sprautunálar (Gollub, 2008). Samkvæmt rannsókn Dişsiz, Oskay og Beji (2010) kom í ljós að vímuefnasjúkar konur eru líklegar til þess að þjást af þvagfærasýkingu og þvagleka. Þær eru einnig líklegar til þess að stunda óvarðar samfarir, hafa marga rekkjunauta, smitast af kynsjúkdómum og lenda í ótímabærum þungunum svo dæmi séu tekin.

Rannsókn var gerð á 126 tyrkneskum konum á tímabilinu 15. september 2006 - 15. mars 2007. Upphaflega var haft samband við 163 konur sem uppfylltu skilgreiningu á vímuefnasýki samkvæmt DSM IV og þar af samþykktu 126 konur að taka þátt í rannsókninni. Konurnar voru á aldrinum 15 ára og eldri. Niðurstöður sýndu að 37,3 % kvennanna voru áfengissjúkar flestar af þeim voru 35 ára og eldri, 62,7% voru vímuefnasjúkar og voru flestar af þeim á aldrinum 15-24 ára. Gagnasöfnun fór fram annars vegar með viðtölum og hins vegar með spurningalistakönnun. Ennfremur sýndu niðurstöður að 42,1% kvennanna höfðu misst vinnuna, 7,9% stunduðu vændi til þess að eiga fyrir vímuefnaneyslunni, 70,6% voru fórnarlömb ofbeldis, þar af höfðu 89,8% orðið fyrir andlegu ofbeldi. Tæplega 80% höfðu orðið fyrir líkamlegu ofbeldi og 34,8% höfðu orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi. 27% kvennanna höfðu orðið þungaðar áður en þær náðu 18 ára aldri og 60,6% kvennanna áttu marga rekkjunauta og einungis 34,8% notuðu getnaðarvarnir. Samkvæmt niðurstöðum þessara rannsókna má álykta að konur sem glíma við vímuefnasýki þurfi heildstæða meðferð sem tekur tillit til ofangreindra þátta. Hafa ber þó takmarkanir rannsóknarinnar í huga þar sem ekki var samanburðarhópur á konum sem voru ekki vímuefnasjúkar, sem myndi styrkja niðurstöður sem þessar enn frekar. Þó hafa aðrar rannsóknir sýnt fram á svipaðar niðurstöður (Dişsiz, o.fl., 2010).

### 4.3 Sálrænir þættir

Konur með vímuefnasýki upplifa oft á tíðum mikla vanlíðan og má þar nefna þunglyndi, kvíða og skömm (Powis, o.fl., 2000). Konur sem eiga börn velta því gjarnan fyrir sér hvort þær séu búnar að skemma börnin sín fyrir lífstíð og fá mikla sektarkennd vegna neyslu sinnar (Powis, o.fl., 2000; van der Walde, o.fl., 2002). Almennt vonleysi og uppgjöf einkennir gjarnan konur í neyslu (Boykoff, Schneekloth, Hall-Flavin, Loukianova, Karpyak, Stevens ... og Frye, 2010). Samkvæmt rannsókn Ambrogne (2007) kom í ljós að konur sem höfðu glímt við vímuefnafíkn fundu fyrir þunglyndiseinkennum löngu áður en þær byrjuðu í neyslu. Út frá því má telja að þunglyndið hafi komið á undan og vímuefnaneyslan á eftir. Samkvæmt rannsókn Helzer og Pryzbeck (1988) leiddi í ljós að þær konur sem eru með bæði þunglyndi og vímuefnafíkn hafa í 66% á móti 34% tilvikum greinst með þunglyndi á undan vímuefnasýki samanborið við 22% karla á móti 78%. Samkvæmt rannsókn Baker, Kavanagh, Kay-Lambkin, Hunt, Lewin, Carr og Connolly (2010) kom í ljós að konur sem voru greindar með hvorutveggja vímuefnasýki og þunglyndi farnaðist betur í meðferð ef þær fengu heilstæða meðferð sem tók mið af hvorutveggja þunglyndi og vímuefnasýki samanborið við þær konur sem fengu einungis vímuefnamedferð.

Gerð var rannsókn á sextíu og sex vímuefnasjúkum mæðrum í Bretlandi sem leiddi í ljós að 48% kvennanna höfðu upplifað þunglyndi (Powis, o.fl., 2000). Samkvæmt rannsókn Boykoff o.fl. (2010) eru vímuefnasjúkar konur líklegri til þess að þjást af þunglyndi samanborið við vímuefnasjúka karlmenn.

Út frá þessum niðurstöðum má álykta að konur í vímuefnaneyslu glími við fleiri tilfinningarleg vandamál samanborið við karla í vímuefnaneyslu.

### 4.4 Áfengisneysla á meðgöngu

Fetal alcohol spectrum disorders (FASD) er regnhlífarhugtak yfir hugsanlega kvilla sem börn vímuefnasjúkra mæðra geta greinst með ef móðir þeirra hefur neytt vímuefna á meðgöngu (Burd, Klug, Li, Kerbeshian og Martsolf, 2010). Einn af þeim kvillum er heilkennið fetal alcohol syndrome (FAS) eða fósturskaði af völdum vímuefna (Jones og Streissguth, 2010). Einkenni FAS eru meðal annars líkamleg vansköpun og ónógur vöxtur svo sem þunnar flatar varir, stuttar augnrifur, langt bil milli nefs og efrivarar, hegðunarvandamál, árásargirni, hvatvísi, námsörðugleikar, skertur vitsmunaproski, greindarskerðing, heilaskaði, minnistrufnanir, erfitt með að koma orðum frá sér, skilja ekki afleiðingar gjörða sinna, erfitt með að leysa ágreining,

erfiðleikar með almenn samskipti og erfiðleikar félagslega svo fátt eitt sé nefnt (Courtwright, 2004; Miller, 2006; Sólveig Jónsdóttir, 1999). Samkvæmt Burd o.fl. (2010) er líklegra að börn í móðurkviði greinist með FAS ef móðir þeirra hefur reykt samhliða vímuefnaneyslu á meðgöngu. Þess ber þó að geta að tengsl eru á milli vímuefnaneyslu og reykinga því er hugsanlegt að konur sem reykja ekki neyti vímuefna í minna mæli samanborið við þær konur sem reykja (Burd o.fl., 2010). Talið er að áhrif vímuefnaneyslu á fóstur sé skaðlegri fyrir barnið ef móðir neytir vímuefna á síðasta þriðjung meðgöngunnar samanborið við fyrsta og annan þriðjung (Khan o.fl., 2013). Áætla má að sex af hverjum þúsund lifandi fæddum börnum í Bandaríkjunum fæðist með FAS heilkennið, sem vísar til þess að um það bil fjórar milljónir barna fæðast með það á ári hverju (Coggins, Timler og Olswang, 2007).

Ryan og Ferguson (2006) framkvæmdu langtímarannsókn á börnum sem hafa greinst með FAS og beittu eigindlegri aðferðafræði við öflun gagna. Niðurstöður sýndu að mikilvægt væri að börn sem greinast með FAS fái sértækari þjónustu í skólakerfinu og þau eiga í hættu á að greinast með hegðunar- og námsörðugleika samanborið við börn sem eru ekki með FAS (Ryan og Ferguson, 2006). Rannsóknir hafa einnig sýnt fram á hærra hlutfall geðraskanna hjá fullorðnum einstaklingum sem greinst hafa með FAS (Chasnoff, Telford, Wells og King, 2015). Gagnrýni hefur meðal annars komið fram vegna þess að FAS er ekki skilgreint sem fötlun og því eiga börn í skólakerfinu oft erfitt með að fá sérstuðning vegna þess. Börn sem hafa verið greind með FAS fá oft á tíðum svokallaðar hliðarraskanir og hafa fengið sértækan stuðning í skólakerfinu vegna þeirra en ekki vegna grunnvandans. Ýmsar aðferðir hafa borið árangur við að aðstoða börn með FAS heilkenni og má þar nefna reiðistjórnun, sjálfsskoðun, valdefling, að hjálpa barninu að einblína á jákvæðu eiginleika sína og veita viðeigandi ráðgjöf fyrir barnið og fjölskyldu þess (Miller, 2006).

Ef grunur leikur á um að móðir stofni lífi ófædds barns síns í hættu meðal annars með því að neyta vímuefna skipti miklu máli að barnaverndarnefnd bregðist skjótt við þar sem hver dagur sem móðir er í neyslu skiptir máli. Barnaverndarnefnd fær um það bil fimmtíu til sextíu tilkynningar á ári hverju um vímuefnaneyslu meðal barnshafandi kvenna. Í slíkum tilvikum er rætt við móður og henni gefin kostur á að fara sem dæmi í afvötnun á Vog og í framhaldi í eftirmeðferð á Vík. Komi upp sú staða að móðir neiti samstarfi við barnaverndarnefnd er hægt að fara fram á sviptingu sjálfræðis yfir umræddri móður og hún gæti þá þurft að dveljast á geðdeild uns barnið fæðist (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015). Líkt og kveður á um í 30. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002 ef kona er

barnshafandi og stofnar lífi ófædds barns síns í hættu með ósæmilegu líferni er hægt að svipta hana sjálfræði uns barnið fæðist. Samkvæmt Páli Ólafssyni félagsráðgjafa hjá Barnaverndarstofu eru afar fá tilvik um sjálfræðissviptingu þar sem mæður vilji nánast í öllum tilvikum fara í meðferð eða taka sig sjálfar á og ná sér upp úr neyslunni (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015).

Næsti kafli fjallar um líðan barna sem eiga vímuefnasjúka móður, farið verður yfir tengslakenningu Bowlby og kenningu Sharon Wegscheider um fimm hlutverk barna innan vímuefnasjúkra fjölskyldna.

## 5 Líðan barna sem eiga vímuefnasjúka móðir

Rannsóknir hafa ítrekað sýnt fram á að líðan barna sem eiga vímuefnasjúka móðir hvort sem um ræðir andlega, líkamlega eða félagslega er almennt verri samanborið við börn sem eiga ekki vímuefnasjúka móðir (Christensen og Bilenberg, 2000; Conners, Bradley, Mansell, Liu, Roberts, Burgdorf og Herrell, 2004; Werner og Johnson, 2004). Samkvæmt rannsókn Conners, o.fl. (2004) sem gerð var á 4.084 börnum sem áttu það sameiginlegt að eiga vímuefnasjúka móðir voru þau líklegri til þess að vera með lakari námsárangur, hegðunarörðugleika, félagsleg og tilfinningarleg vandamál samanborið við börn sem eiga ekki vímuefnasjúka móðir. Aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á sömu niðurstöður (Buu o.fl., 2011; Serec, Svab, Kolsek, Svab, Moesgen og Klein 2012; Templeton, 2014). Ennfremur hafa rannsóknir sýnt að börn sem alast upp á vímuefnasjúkum heimilum eru líklegri til þess að þjást af þunglyndi, kvíða, sektarkennd og lélegu sjálfstrausti (Khan o.fl., 2013; Nicholas og Rasmussen, 2006). Þá eru börn sem alast upp við vímuefnasýki líklegri til þess að þjást af sállíkamlegum einkennum svo sem magaverk, höfuðverk og meltingartruflunum (Khan o.fl., 2013; Nicholas og Rasmussen, 2006). Börn vímuefnasjúkra mæðra eru einnig líklegri til þess að búa við fátækt og vera félagslega einangruð samanborið við börn sem ekki eiga vímuefnasjúkar mæður (Conners, o.fl., 2004; Khan o.fl., 2013). Þá eru drengir vímuefnasjúkra foreldra í meiri hættu að þróa með sér vímuefnasýki og andfélagslega hegðun samanborið við stúlkur (Christensen og Bilenberg, 2000; Edwards, Eiden, Colder og Leonard, 2006). Aðrar rannsóknir hafa sýnt fram á sömu niðurstöður (Conners, o.fl., 2004).

### 5.1 Tengslakenningar

Samkvæmt rannsóknnum eiga börn vímuefnasjúkra mæðra í hættu að verða fyrir tilfinningarlegri vanrækslu (Conners, o.fl., 2004; Gilchrist og Taylor, 2009; Khan o.fl., 2013; Lambie og Sias, 2005). John Bowlby (1907-1990), betur þekktur sem „faðir tengslakenningarinnar“, setti fram tengslakenninguna á sjötta áratug síðustu aldar sem snýst í hnotskurn um móðurmissir. Hann rannsakaði meðal annars börn sem höfðu verið aðskilin frá mæðrum sínum eftir seinni heimsstyrjöldina og dró ályktanir út frá þeim niðurstöðum. Bowlby taldi mikilvægt að börn mynduðu sterk tengsl við frumumönnunaraðila sinn sem oftast nær er móðirin allt frá frumvernskunni. Öll börn hafa þörf fyrir ást, umhyggju og öryggi

frá foreldrum sínum að mati Bowlby (Beckett og Taylor, 2010; MacDonald, 2001). Ýmsar gagnrýnisraddir hafa heyrst er varða kenningu Bowlby og má þar nefna samkvæmt Beckett og Taylor (2010) er full djúpt í árina tekið varðandi tengsl milli móður og barns. Móðirin getur til að mynda orðið úrvinda af því að þurfa að vera með barnið öllum stundum þar sem Bowlby taldi að jafnvel skammur aðskilnaður milli móður og barns væri barninu skaðlegt. Klein var ósammála Bowlby og taldi hann fara á mis við grunnildi sálgreiningar með því að horfa einungis á hið sýnilega og mælanlega (Sæunn Kjartansdóttir, e.d). Feministar gagnrýndu Bowlby fyrir að leggja svona mikið upp úr því að móðirin væri sú eina sem gæti veitt barninu þessi nánu tengsl þar sem feður, ömmur, afar, frænkur eða annar fullorðinn einstaklingur getur vel sinnt ofangreindu hlutverki sem dæmi ef móðirin fellur frá eða er ekki til staðar (Beckett og Taylor, 2010; MacDonald, 2001).

## 5.2 Hlutverk

Sharon Wegscheider þróaði kenningu um fimm hlutverk barna innan vímuefnasjúkra fjölskyldna þau eru eftirfarandi: hetja, blóraböggull, týnda barnið, trúður og hjálparhella. Hetjan er yfirleitt elsta barnið og er hlutverk sem felur í sér að axla mikla ábyrgð gagnvart fjölskyldunni. Barnið er sífellt að sjá til þess að öllum fjölskyldumeðlimum líði vel og gleymir þar af leiðandi sjálfum sér. Námsárangur á það til að vera frammúrskarandi og sá sem um ræðir gerir miklar kröfur um að vera fullkominn og standa sig vel á öllum sviðum samfélagsins (Lambie og Sias, 2005; Vernig, 2011).

Blóraböggull er sá fjölskyldumeðlimur sem hefur lært af fenginni reynslu að enginn í fjölskyldunni fær athygli eða umbun fyrir að standa sig vel. Barn sem fer í hlutverk blórabögguls er yfirleitt barn númer tvö í systkinaröðinni. Barnið er sífellt að koma sér í vandræði, valda usla og hegða sér illa til þess að fá neikvæða athygli. Sá sem um ræðir er með mikla innbyggða reiði, lítur niður á fjölskyldu sína og vill ekki tilheyra henni á nokkurn hátt. Í augum blóraböggulsins er vinnuhópurinn mun mikilvægari og álitin sem fjölskylda. Blóraböggullinn er það hlutverk sem ætlað er að beina athyglinni á vímuefnasýkina sem er til staðar í fjölskyldunni (Lambie og Sias, 2005; Vernig, 2011).

Týnda barnið er yfirleitt þriðja barnið og telur öruggast að vera ekki í nánnum tilfinningatengslum við aðra fjölskyldumeðlimi. Barnið er mikið eitt í sínu horni og lætur ekki mikið fyrir sér fara. Barnið fær hvorki jákvæða né neikvæða athygli og fjölskyldumeðlimir hafa lítil afskipti af því. Hlutverk týnda barnsins er að láta sem ekkert sé að í fjölskyldunni og



telur sér trú um að vímuefnasýkin hafi engin slæm áhrif á fjölskylduna (Lambie og Sias, 2005; Vernig, 2011).

Trúður er oft númer fjögur í systkinaröðinni og er sá fjölskyldumeðlimur sem reynir að vera fyndinn og fá aðra fjölskyldumeðlimi til þess að hlægja og vera glaðir. Trúðurinn er vinsæll í félagahópnum, sækist eftir athygli og gefur mikið af sér. Fáir taka mark á honum og telja að sá sem um ræðir skilji hvorki erfiðleika né sorg (Lambie og Sias, 2005; Vernig, 2011).

Barn sem fer í hlutverk hjálparhelli tekur á sig alla ábyrgð þess vímuefnasjúka og líkist hetjuhlutverkinu að vissu leiti. Barnið telur sig bera ábyrgð á gjörðum þess vímuefnasjúka og trúir því stöðugt að það geti læknað þann sjúka. Einkennin koma meira og meira í ljós þegar barnið nálgast unglingsaldurinn. Þeim mun verri sem vímuefnaneyslan er þeim mun meiri ábyrgð sýnir hjálparhellan. Stjórnsemi hjálparhellurnar er mikil og hún tekur allar ákvarðanir fyrir þann vímuefnasjúka (Lambie og Sias, 2005; Vernig, 2011).

Goodman (1987) gagnrýndi meðal annars kenningu Wegscheider og taldi „hlutverkin“ vera mikla einföldun á flóknu kerfi og greindi jafnframt frá því að ekki væru öll börn vímuefnasjúkra foreldra sem færu í þessi hlutverk.

Páll Ólafsson félagsráðgjafi hjá Barnaverndarstofu greindi frá því á þeim sextán árum sem hann hefur unnið í barnaverndarmálum hefur hann orðið var við að börnin eru mjög klár í að fela vanda foreldra sinna, sum börn passa sig alltaf að vera pottþétt í öllu sem þau taka sér fyrir hendur til þess að enginn hafi grunsemdir um að það séu einhverskonar erfiðleikar í fjölskyldunni á meðan önnur börn fara að láta mjög illa til þess að umhverfið beini sjónum sínum að barninu sjálfu í stað þess að sjá vandann sem ríkir á heimilinu. Barnaverndarmál eru í eðli sínu mjög erfið og getur verið erfitt að brjóta múr fjölskyldunnar þar sem mikil leynd getur átt sér stað innan fjölskyldunnar (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015).

### **5.3 Ofvirkni og athyglisbrestur (e. attention deficit hyperactivity disorder)**

Ofvirkni og athyglisbrestur (ADHD) eins og það er kallað í daglegu tali er taugaþroskaröskun sem lýsir sér meðal annars í einbeitingarskortum, viðkomandi truflast auðveldlega við utanaðkomandi áreiti, á erfitt með heimanám og skipulagningu, tímaskyn getur verið ábótavant, hvatvísi og hreyfióróleika (Bussing, Zima, Gary og Cynthia, 2003). Talið er að orsakir ADHD séu tilkomnar vegna erfða eða í 75-95% tilvika (ADHD samtökin, e.d.; Beaver,

Nedelec, Rowland og Schwartz, 2012; Polańska, Jurewicz og Hanke, 2012). Farokhzadi, Mohammadi, Alipour, Rostami og Dehestani (2012) framkvæmdu rannsókn á 400 foreldrum þar sem helmingur átti börn með ADHD og helmingur ekki. Börnin voru á aldrinum 6-18 ára. Niðurstöður leiddu í ljós að börn með ADHD voru 21% líklegri til þess að eiga foreldra sem voru í vímuefnaneyslu samanborið við börn sem voru ekki með ADHD.

Samkvæmt rannsókn Schuckit, Smith, Radziminski og Heyneman (2000) var ekki marktækur munur á ADHD hjá börnum sem áttu vímuefnasjúka foreldra eða ekki. Meginlegg rannsókn var gerð á 162 börnum, hluti barnanna átti fjölskyldusögu um vímuefnasýki og hluti þeirra átti ekki fjölskyldusögu um vímuefnasýki. Skriflegt samþykki fékkst hjá foreldrum barnanna fyrir þátttöku og meðalaldur barnanna var 11 ár. Þátttakendum var skipt í þrjá mismunandi hópa. Í hópi eitt voru 57 börn sem ekki áttu fjölskyldusögu um vímuefnasýki eða 35%. Í hópi tvö voru 68 börn eða 42% sem áttu fjölskyldusögu um vímuefnasýki en einungis var um fjarskylda ættingja að ræða. Í þriðja og síðasta hópnum voru 37 börn eða 23% sem áttu að minnsta kosti eitt vímuefnasjúkt foreldri. Börnin í hópnum þremur voru svipuð í aldri og kynjaskipting var 49,1 % stúlkur og 50,9 % voru drengir. Niðurstöður leiddu í ljós að ekki var marktækur munur á milli hópa í hlutfalli þeirra barna sem voru greind með ADHD.

Í næsta kafla verður gert grein fyrir helstu úrræðum sem standa vímuefnasjúkum konum til boða og hvaða úrræði eru fyrir börn sem eiga vímuefnasjúkar mæður.

## 6 Úrræði

Þessum kafla er ætlað að gera grein fyrir þeim úrræðum sem standa annars vegar vímuefnasjúkum konum til boða og hins vegar börnum þeirra. Það hefur sýnt sig að félagslegur stuðningur skiptir miklu máli varðandi bataferli vímuefnasjúkra kvenna (Jonas, Dobson og Brown, 2000; Graff, Morgan, Epstein, McCrady, Cook, Jensen og Kelly, 2009).

### 6.1 Meðferðarúrræði fyrir vímuefnasjúkar konur

Margir geta sammælt um að hentugra er að hafa kynjaskipta áfengis- og vímuefnameðferð (van der Walde, o.fl., 2002). Konur sem koma til meðferðar glíma oft á tíðum í meira mæli við andleg, líkamleg og félagsleg vandamál samanborið við karla (Boykoff, o.fl., 2010; Greenfield o.fl., 2010; van der Walde, o.fl., 2002). Líkt og fram kom í eigindlegri rannsókn Ambrogne (2007) töldu margar konur að þeim gagnaðist betur að vera í kvannahópum. Þá hafa aðrar rannsóknir einnig sýnt fram á sömu niðurstöður (van der Walde, o.fl., 2002).

Margt getur hindrað mæður í að leita sér viðeigandi aðstoðar meðal annars vegna þess að þær eru hræddar um að vera tilkynntar til barnaverndarnefndar (Powis o.fl., 2000; van der Walde, o.fl., 2002). Líkt og kveður á um í 20. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002 ber áfengismeðferðastofnunum að tilkynna til barnaverndarnefnda ef þeir telja að barn búi við óviðunnandi heimilisaðstæður. Hugsanlegt er að konur leiti sér ekki aðstoðar af ótta við að vera tilkynntar en þó var Páll Ólafsson hjá Barnaverndarstofu ekki viss um það þar sem það kveður ekki á um í lögum að það eigi að tilkynna vímuefnasjúkar mæður sem koma til meðferðar nema grunnsemd um ofbeldi og/eða vanrækslu gagnvart barni eða þunguðum konum eigi sér stað (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015). Konur eru einnig hræddar við að leita sér meðferðar vegna fordóma sem þær verða fyrir af hálfu samfélagsins (van der Walde, o.fl., 2002).

Danica og Wallace (2003) framkvæmdu rannsókn á 152 vímuefnasjúkum mæðrum sem komu í meðferð ýmist með eða án barna sinna. Rannsóknaraðferðinni sem var beitt var annars vegar meginleg með spurningarlistakönnun og hins vegar eigindleg með viðtölum. Skilyrði þess að fá inntöku í meðferðina voru meðal annars að konan sem um ræðir þjáist af alvarlegri vímuefnafíkn, verður að vera eldri en 17 ára, gefa upplýst leyfi fyrir þátttöku í rannsókninni, eiga eitt barn eða fleiri undir þrettán ára aldri eða vera barnshafandi og hafa

forsjá yfir börnum sínum eða góða möguleika á að fá forsjánnu til baka. Börnin urðu að vera undir fjórtán ára aldri til þess að geta verið með mæðrum sínum í meðferðinni. Flestir þátttakendur voru á aldrinum 25-34 ára eða 61%. 35% kvennanna voru með tvö börn eða fleiri og 20% kvenna voru barnshafandi af fyrsta barni við innlögn. 35% kvennanna voru með forsjá barna sinna fyrir meðferð, 65% mæðranna voru aðskildar frá a.m.k. einu barni, 27% voru með eitt eða fleiri börn hjá sér í meðferðinni en ekki öll börnin sín, 19% voru ekki með neitt af börnum sínum í meðferð, 11% voru ekki með börnin sín fyrir meðferð og 8% voru með öll börnin sín nema unglinginn. Meðallengd meðferðar reyndist vera 6,3 mánuðir en konunum var fylgt eftir í eitt ár eftir meðferð. Helstu niðurstöður sýndu að þær konur sem voru með börnin hjá sér í meðferð voru almennt lengur í meðferðinni og voru líklegri til þess að vera allsgáðar ári eftir meðferð eða yfir helmingur kvennanna samanborið við þær konur sem ekki voru með börnin hjá sér. Þessar niðurstöður gefa vísbendingu um að mikilvægt sé að bjóða upp á meðferðarúrræði þar sem mæður geta haft börnin sín hjá sér. Þó hafa aðrar rannsóknir sýnt fram á að börnin geti haft truflandi áhrif á mæðurnar og þær yfirgefi meðferð of fljótt sökum þess (Danica og Wallace, 2003). Mæður sem þurfa að sinna börnum sínum leita sér síður aðstoðar á meðferðastofnunum þar sem ekki er hægt að hafa börnin hjá sér (Loneck, Garrett og Banks, 1997; Powis, o.fl., 2000). Samkvæmt Loneck, Garrett og Banks (1997) eru vímuefnasjúkar konur sem hafa atvinnu líklegri til þess að ljúka meðferð samanborið við vímuefnasjúkar konur sem eru atvinnulausar.

### **6.1.1 Úrræði á Íslandi**

Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann (SÁÁ) býður upp á meðferð fyrir konur og karla sem hefst á sjúkrahúsinu Voggi og í framhaldi er boðið upp á eftirmeðferð á Vík sem er sérsniðið meðferðaúrræði fyrir konur (SÁÁ, e.d. - c.; SÁÁ., e.d. - a). SÁÁ er einnig með úrræði á göngudeild sem er ýmist ætlað þeim sem þurfa ekki innlögn á Voggi og einnig sem stuðningsúrræði eftir afeitrun á Voggi (SÁÁ, e.d.).

Landspítali - Háskólasjúkrahús (LSH) er með svokallaða fjölkvilladeild (33-A) fyrir áfengis- og vímuefnasjúka einstaklinga. Deildin er ætluð þeim sem glíma við fjölbættan vanda sem vísar til þess að sá sem um ræðir er með vímuefnavanda og geðsjúkdóm ofaná lagt (Landspítali, e.d.).

Teigur er annars vegar dagdeildarþjónusta og hins vegar með kvöldmeðferðir á vegum geðsviðs sem ætlað er sem stuðningsúrræði eftir inniliggjandi meðferð á

fjölkvilladeild landspítalans (Landspítali, e.d. - c). Einnig er geðsvið með starfrækta göngudeild fíknimeðferðar sem sumum er vísað á í stað innlagnar (Landspítali, e.d. - b).

Foreldrar meðganga barn (FMB) er teymi sem er starfrækt á landsspítalanum og er ætlað foreldrum sem eiga von á barni eða með barn á fyrsta aldursári. Teyminu er ætlað að aðstoða foreldra sem eiga við geðræna erfiðleika að etja og/eða í erfiðleikum með tengslamyndun við barnið sitt (Landspítali, e.d. – a).

Hlaðgerðarkot er með inniliggjandi meðferðarúrræði fyrir vímuefnasjúka og er rekið af Samhjálp. Tuttugu og fimm einstaklingar geta verið í meðferð á hverjum tíma (Samhjálp, e.d.).

## **6.2 Sálfræðiaðstoð fyrir börn**

Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ) býður upp á sértæka þjónustu fyrir börn vímuefnasjúkra foreldra sem felst í sálfræðimeðferð. Forsendur þess að börn fái meðferð eru að þau séu á aldrinum 8-18 ára og hafi ekki neytt vímuefna sjálf. Foreldrar/forráðamenn geta óskað eftir viðtölum fyrir börnin sín og gert er ráð fyrir átta viðtölum fyrir hvert barn (SÁÁ, e.d.- b). Markmið þjónustunnar er að veita barni í aðstæðum sem þessum tækifæri til þess að opna sig þar sem mikil þöggun og leynd getur átt sér stað í vímuefnasjúkum fjölskyldum. Meðferðinni er ætlað að sporna við frekari vanda og stuðla að velferð barnsins í komandi framtíð (SÁÁ, e.d. - b).

Mikilvægt er að fagfólk sem vinnur með börnum sé vakandi fyrir einkennum sem börn vímuefnasjúkra foreldra sýna. Börn sem búa við vímuefnasýki hafa tilhneigingu til þess að sýna ýmis einkenni og má þar nefna fjarvistir úr skóla, mæta seint í skólann, koma illa til fara, hreinlæti ábótavant, sveiflukenndur námsárangur, hegðunarörðugleikar, erfitt að ná í foreldra, foreldrar áhugalausir um námið, sállíkamleg einkenni svo sem magaverkur og höfuðverkur, mikil vanlíðan og þunglyndi, árásagirni og erfiðleikar félagslega svo fátt eitt sé nefnt. Hafa ber í huga að áðurnefnd einkenni geta líka komið fram þrátt fyrir að ekki sé um vímuefnasýki að ræða í fjölskyldunni, því er mikilvægt að fagfólk afli sér eins miklar upplýsingar um viðkomandi barn eins og kostir er áður en sá sem um ræðir fer að bera upp grun sinn á borð annarra (Lambie og Sias, 2005).

Hugræn atferlismeðferð (HAM) hefur reynst árangursrík í vinnu með börnum sem eiga vímuefnasjúka foreldra. Talið er að bein tengsl sé milli hugsunar, tilfinningar og atferlis. Börnum í aðstæðum sem þessum er hjálpað að greina eigin hugsanir og tilfinningar og vinna

með þær. Þeim er einnig hjálpað að finna aðrar gagnlegar hugsanir í staðin fyrir þær neikvæðu. Heimavinna í HAM er lykilatriði ef vel á til að takast við að ná góðum árangri í meðferðinni. Heimavinnan felst meðal annars í því að börnin skrifa niður hugsanir og tilfinningar í dagbók og greina röksemdina í hugsuninni (Webb, 1993).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að ef börn vímuefnasjúkra fá ráðgjöf, stuðning og að á þau sé hlustað getur það skipt sköpum um líðan þeirra og hvernig þau ná að vinna úr þessum erfiðu tilfinningum (Lambie og Sias, 2005; Werner og Johnson, 2004).

Í næsta kafla verður gert grein fyrir starfi félagsráðgjafa á vettvangi og hvernig barnaverndarnefnd vinnur með börn vímuefnasjúkra kvenna og fjölskyldur þeirra.

## **7 Félagsráðgjafar á starfsvettvangi**

Grunnskyldur félagsráðgjafa er að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur og horfa á mál viðkomandi út frá heildarsýn (Embætti Landlæknis, e.d.). Í þessum kafla verður gert grein fyrir störfum félagsráðgjafa almennt og barnaverndarstarfsmönnum sem koma að málefnum vímuefnasjúkra kvenna og barna þeirra. Félagsráðgjafar starfa meðal annars eftir fjórum vinnuaðferðum og má þar nefna einstaklingsvinna, fjölskylduvinna, samfélagsvinna og hópavinna (Farley, Smith og Boyle, 2006).

### **7.1 Félagsráðgjafar**

Félagsráðgjöf er tiltölulega ung fræðigrein og segja má að hún hafi byrjað að þróast sem fræðigrein út frá iðnbyltingunni sem átti sér stað í Evrópu seint á 18. öld. Frumkvöðlar í félagsráðgjöf voru meðal annars Mary Ellen Richmond (1861-1928) og Jane Addams (1866-1935) sem báðar lögðu mikið upp úr heildarsýn (Farley, o.fl., 2006). Félagsráðgjöf er lögverndað starfsheiti og þarf leyfi landlæknis til þess að starfa sem slíkur (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d.). Félagsráðgjafar líta á einstaklinginn út frá heildarsýn og hjálpa einstaklingnum samkvæmt því og má þar nefna að einstaklingur sem á við vandamál að stríða er aldrei einn og stakur heldur er hann alltaf hluti af heild sem hefur áhrif á hann (Farley, o.fl., 2006). Félagsráðgjafar stuðla að hjálp til sjálfshjálpar og vinna markvist að því að valdefla skjólstæðinga (Embætti Landlæknis, e.d; Morrison og Hostetter, 2006).

### **7.2 Félagsþjónustan og barnavernd**

Félagsráðgjafar starfa á þjónustumiðstöðvum og starfa meðal annars eftir lögum um félagsþjónustu sveitafélaganna nr. 40/1991. Markmið laganna samkvæmt fyrstu grein er að bæta lífsskilyrði fólks sem búa við bágar félagslegar aðstæður, gera viðeigandi ráðstafanir til að sporna við félagslegum vandamálum og tryggja þroskavænleg uppeldisskilyrði barna og ungmenna.

Barnaverndarnefndir heyra undir Barnaverndarstofu, eru starfrækar út um land allt og eru tuttugu og átta talsins (Hildigunnur Ólafsdóttir og Kristný Steingrímsdóttir, 2013). Barnaverndarstarfsmenn starfa samkvæmt barnaverndarlögum nr. 80/2002. Ákveðnir starfsmenn eru pólitískt kjörnir og sitja í barnaverndarnefndum og taka allar ákvarðanir er

varðar málefni sem koma inn á borð barnaverndarnefnda. Rétt er að árétta að fyrrnefndir starfsmenn eru ekki í beinum tengslum við börn og foreldra, heldur einungis tengiliðir við starfsfólk sem vinnur með fjölskyldum í barnaverndarúrræðum (Anni G. Haugen, 2008).

Líkt og kveður á um í 50. gr. í lögum um félagsþjónustu sveitafélaganna nr. 40/1991 ber félagsmálanefndum að aðstoða áfengis- og vímuefnasjúka einstaklinga sem felst meðal annars í að upplýsa einstaklinga um meðferðir sem og endurhæfingarúrræði sem í boði eru og veita félagslega ráðgjöf og stuðning. Eitt af þeim úrræðum er FMB teymi sem starfrækt er á Landspítalanum. FMB stendur fyrir foreldrar, meðganga, barn og er starfrækt með það markmið að leiðarljósi að aðstoða barnshafandi mæður sem eiga meðal annars við vímuefnavanda og geðræna erfiðleika að etja. Teymið fylgir foreldrum eftir í allt að eitt ár eftir fæðingu barnsins (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015). Barnaverndarnefnd sér einnig um að fylgja málum sem þessum eftir. Það er ekki nóg að sjá til þess að móðirin verði allsgáð heldur þarf einnig að passa upp á að hún hafi öruggt húsnæði fyrir sig og barnið sitt. Í sumum tilvikum búa ófrískar konur í neyslu við óviðunandi aðstæður og gefst þeim í slíkum tilvikum kostur að flytja tímabundið á vistheimilið Hamarskot sem er staðsett rétt hjá Selfossi. Að sögn Páls Ólafssonar félagsráðgjafa hjá Barnaverndarstofu eru afar fá tilvik þar sem slíkt gerist þar sem ófrísku konurnar flytja oftast inn á vini eða ættingja (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015).

Þyngsta úrræðið sem barnaverndarnefnd framkvæmir er að taka börn af foreldrum sínum strax á fæðingardeildinni, það er einungis gert ef barninu stafar hættu af foreldrum sínum, sem dæmi ef móðir er í mikilli neyslu og/eða á við mikla geðræna erfiðleika að stríða. Í slíkum tilvikum hefur móðir til að mynda ekki komið í mæðravernd á meðan á meðgöngu stóð og engin hafði hugmynd um að hún væri barnshafandi. Yfirleitt dugar að setja inn stuðning til dæmis með því að aðstoða móður í meðferð og þá er barnið hjá föður sínum á meðan, ef faðir er ekki fær um að sjá um barnið er það í flestum tilvikum vistað hjá ættingjum. Sé það ekki mögulegt eru börnin vistað skv. 84. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002 sem er tímabundin vistun utan heimilis að hámarki í þrjá mánuði (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015).

Líkt og kveður á um í 20. gr. barnaverndarlaga nr. 80/2002 ber m.a. áfengis- og vímuefnastofnunum að vera í samstarfi við barnaverndarnefnd ef þeir hafa ástæðu til að ætla að barn búi við óviðunandi aðstæður. Það er alls ekki algilt að áðurnefndar stofnanir



tilkynni foreldra sem koma til meðferðar og í sumum tilvikum er ekki þörf á því vegna þess að til eru dæmi um að foreldrar sem neyta vímuefna geri það einungis þegar börnin eru í umsjá annarra, svo sem hjá ömmu og afa, en barnaverndarstarfsfólk telur að það ættu að koma fleiri tilkynningar frá áfengis- og vímuefnastofnunum en raun ber vitni (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015).

Í skýrslu á vegum velferðaráðuneytisins kemur fram að markmið barnaverndarnefnda eru annars vegar almennar aðgerðir og hins vegar sértækar aðgerðir til þess að draga úr og koma í veg fyrir skaða sem börn kunna að verða fyrir vegna áfengis- og vímuefnaneyslu foreldra. Með almennum aðgerðum er átt við takmarkað aðgengi að áfengi sem og verðlag geta haft áhrif þar á. Með sértækum aðgerðum er átt við að efla og styðja börn sem hafa nú þegar mátt líða fyrir drykkju foreldra sinna og koma í veg fyrir að skaðinn verði meiri (Hildigunnur Ólafsdóttir og Kristný Steingrímsdóttir, 2013).

Þeir aðilar sem tilkynna vímuefnaneyslu mæðra hvað helst er lögreglan, þar næst eru það skólar. Að sögn Páls hefur hann sjálfur ekki haft reynslu af því að mæðravernd eða heimilislæknar tilkynni foreldra til barnaverndarnefndar sem er sláandi þar sem hann hefur starfað í málaflokknum í sextán ár (Páll Ólafsson munnleg heimild, 14. október 2015).

Í næsta og jafnframt síðasta kaflanum verður efnið dregið saman og rannsóknarspurningum svarað.

## 8 Umræður og lokaorð

Höfundur lagði upp með í byrjun að skoða vímuefnaneyslu kvenna og hugsanleg áhrif á börn þeirra. Rannsóknarspurningar sem ritgerðinni var ætlað að svara voru eftirfarandi: Hver eru sálræn, líkamleg og félagsleg áhrif vímuefnaneyslu á konur og hvernig er hún frábrugðin vímuefnaneyslu karla, hefur það áhrif á börn ef móðir þeirra er áfengis- og vímuefnasjúk og að lokum hvert er starf barnaverndarstarfsmanna í málefnum vímuefnasjúkra mæðra og barna þeirra?

Niðurstöður leiddu í ljós að konur sem glíma við vímuefnasýki upplifa sjúkdóminn á annan hátt en karlar er varðar sálræna, líkamlega og félagslega þætti (Boykoff, o.fl., 2010; Greenfield o.fl., 2010; van der Walde, o.fl., 2002). Konur þróa einnig með sér vímuefnaneyslu hraðar en karlar eins og áður sagði og eru líffræðilegar ástæður fyrir því. Líkt og fram kom er mikilvægt að veita konum sér stuðning í meðferð þar sem þær glíma við vímuefnasýki á annan hátt en karlar (van der Walde, o.fl., 2002).

Börn sem alast upp hjá vímuefnasjúkum mæðrum eiga í meiri hættu að glíma við tilfinningalegan vanda á borð við þunglyndi, kvíða, lágt sjálfsmat, vera með lakari námsárangur og greinast með hegðunarraskanir samanborið við börn sem eiga ekki vímuefnasjúka móður (Khan o.fl., 2013; Werner og Johnson, 2004). Sumar rannsóknir hafa þó sýnt fram á að börn vímuefnasjúkra mæðra séu ekki líklegri en önnur börn til að greinast með hegðunarraskanir og má þar nefna ADHD (Schuckit, o.fl., 2000). Samkvæmt Webb (1993) hefur hugræn atferlismeðferð hentað börnum vel til þess að vinna með erfiðar tilfinningar sem eru oft fylgikvilli þess að alast upp við vímuefnasýki.

Félagsráðgjafar sem starfa á þjónustumiðstöðvum eru með það markmið að leiðarljósi að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur og horfa á mál viðkomandi út frá heildarsýn (Farley, o.fl., 2006). Barnaverndarnefnd gegnir veigamiklu hlutverki er varðar málefni vímuefnasjúkra mæðra og barna þeirra. Barnaverndarnefnd starfar ávallt með hagsmuni barnsins að leiðarljósi og reynir eftir fremsta megni að ná fram samstarfsvilja foreldra (Hildigunnur Ólafsdóttir og Kristný Steingrímsdóttir, 2013). Höfundi fannst mjög áhugavert að sjá að samkvæmt Danica og Wallace (2003) eru vímuefnasjúkar mæður líklegri til þess að ljúka vímuefnameðferð ef þær eru með börnin hjá sér í meðferðinni. Þessi niðurstaða gefur ákveðna vísbendingu um að gagnlegt gæti verið að bjóða upp á

meðferðarúrræði hér á Íslandi fyrir mæður þar sem þær gætu haft börnin sín hjá sér.

Helstu styrkleikar ritgerðarinnar eru þær að hún hefur ágæta yfirsýn yfir vímuefnaneyslu kvenna og skýrir hvernig hún er frábrugðin vímuefnaneyslu karla er varðar sálræna, líkamlega og félagslega þætti, einnig greinir hún frá áhrifum sem vímuefnasýki mæðra hafa á börn. Helstu veikleikar hennar eru þær að það hefði gert ritgerðina sterkari að taka eigindleg viðtöl við vímuefnasjúkar konur til þess að styrkja niðurstöður þessara rannsókna. Áhugavert væri að gera eigindlega rannsókn og taka viðtöl við konur sem glíma við vímuefnasýki og fá þeirra upplifun á sjúkdómnum. Að lokum telur höfundur gagnlegt að vímuefnastofnannir hér á landi væru í meira samstarfi við barnaverndarnefnd hvað varðar tilkynningarskyldu en raun ber vitni líkt og Páll Ólafsson hjá Barnaverndarstofu greindi frá.

Reykjavík, janúar 2016

---

Dagný Baldursdóttir

## Heimildaskrá

ADHD samtökin. (e.d.). *Hvað er ADHD?* Sótt 20.september 2015 af <http://www.adhd.is/is/um-adhd/hvad-er-adhd->.

Ambrogne, J. A. (2007). Managing depressive symptoms in the context of abstinence: Findings from a qualitative study of women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 43(2), 84-92. Sótt 25. september af <http://search.proquest.com/docview/200804793?accountid=28822>.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorder*. (5. útgáfa). Washington DC: American Psychiatric.

Anni G. Haugen. (2008). *Barnaverndarstarfsmenn, kröfur og menntun*. Í Gunnar Þór Jóhannesson og Helga Björnsdóttir (ritstjórar). Rannsóknir í félagsvísindum IX: Félags- og mannvísindadeild, félagsráðgjafardeild, sálfræðideild og stjórn málafræðideild. (bls. 357-368). Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóli Íslands. Sótt 21.september 2015 af [http://skemman.is/stream/get/1946/7639/20251/1/F%C3%A9lagsv%C3%ADsindab%C3%B3k\\_2008.pdf](http://skemman.is/stream/get/1946/7639/20251/1/F%C3%A9lagsv%C3%ADsindab%C3%B3k_2008.pdf).

Baker, A. L., Kavanagh, D. J., Kay-Lambkin, F. J., Hunt, S. A., Lewin, T. J., Carr, V. J. og Connolly, J. (2010). Randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for coexisting depression and alcohol problems: short-term outcome. *Addiction*, 105(1), 87-99.

*Barnaverndarlög nr. 80/2002*.

Beaver, K. M., Nedelec, J. L., Rowland, M. W. og Schwartz, J. A. (2012). Genetic risks and ADHD symptomatology: Exploring the effects of parental antisocial behaviors in an adoption-based study. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(2), 293-305. Sótt 1.október 2015 af <http://dx.doi.org/10.1007/s10578-011-0263-0>.

Beckett, C. og Taylor, H. (2010). *Human Growth and Development* (2 útgáfa). London: Sage Publication Ltd.

Boykoff, N., Schneekloth, T. D., Hall-Flavin, 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.

Buadze, A., Stohler, R., Schulze, B., Schaub, M. og Liebreinz, M. (2010). Do patients think cannabis causes schizophrenia? - A qualitative study on the causal beliefs of cannabis using patients with schizophrenia. *Harm Reduction Journal*, 7, 22.

Burd, L., Klug, M. G., Li, Q., Kerbeshian, J. og Martsof, J. T. (2010). Diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: A validity study of the fetal alcohol syndrome checklist. *Alcohol*, 44(7-8), 605-14.

- Bussing, R., Zima, B. T., Gary, F. A. og Cynthia, W. G. (2003). Barriers to detection, help-seeking, and service use for children with ADHD symptoms. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 30(2), 176-89. Sótt 2.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/205229267?accountid=28822>.
- Buu, A., Wang, W., Wang, J., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E. og Zucker, R. A. (2011). Changes in women's alcoholic, antisocial, and depressive symptomatology over 12 years: A multilevel network of individual, familial, and neighborhood influences. *Development and Psychopathology*, 23(1), 325-37.
- Chasnoff, I. J., Telford, E., Wells, A. M. og King, L. (2015). Mental Health Disorders among Children within Child Welfare who have Prenatal Substance Exposure: Rural vs. Urban Populations. *Child Welfare*, 94(4), 53.
- Christensen, H. B. og Bilenberg, N. (2000). Behavioural and emotional problems in children of alcoholic mothers and fathers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(3), 219.
- Coggins, T. E., Timler, G. R. og Olswang, L. B. (2007). A state of double jeopardy: Impact of prenatal alcohol exposure and adverse environments on the social communicative abilities of school-age children with fetal alcohol spectrum disorder. *Language, Speech & Hearing Services in Schools*, 38(2), 117-27. Sótt 10.september 2015 af <http://search.proquest.com/docview/232589941?accountid=32710>.
- Conners, N. A., Bradley, R. H., Mansell, L. W., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K. og Herrell, J. M. (2004). Children of Mothers with Serious Substance Abuse Problems: An Accumulation of Risks. *American Journal Of Drug & Alcohol Abuse*, 30(1), 85-100.
- Copersino, M. L., Boyd, S. J., Tashkin, D. P., Huestis, M. A., Heishman, S. J., Dermand, J. C. ... og Gorelick, D. A. (2010). Sociodemographic Characteristics of Cannabis Smokers and the Experience of Cannabis Withdrawal. *American Journal Of Drug & Alcohol Abuse*, 36(6), 311-319.
- Courtwright, D. T. (2004). How real is fetal alcohol syndrome? *Perspectives in Biology and Medicine*, 47(4), 608-616. Sótt 2.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/233165433?accountid=28822>.
- Curtin, J. J., Patrick, C. J., Lang, A. R., Cacioppo, J. T. og Birbaumer, N. (2001). Alcohol Affects Emotion Through Cognition. *Psychological Science (Wiley-Blackwell)*, 12(6), 527.
- Danica, K. K. og Wallace, G. (2003). Where are the children? an examination of children's living arrangements when mothers enter residential drug treatment. *Journal of Drug Issues*, 33(2), 305. Sótt 8.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/208837863?accountid=28822>.
- DeMarinis, V., Caplan, J. og Chang, G. (2013). Brief Intervention for Risk-Drinking Women: A Mixed Methods Analysis of Content and Process. *American Journal On Addictions*, 22(1), 67-74.

- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K. ... og Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379-391.
- Dişsiz, M., Oskay, U. Y. og Beji, N. K. (2010). Use of Alcoholic Beverages and Other Psychoactive Substances Among Women in Turkey: Medical, Biological, and Social Consequences. A Pilot Study. *Substance Use & Misuse*, 45(7/8), 1060-1076.
- Dodgen, C. E. og Shea, M. W. (2000). Substance use disorders USA: Academic Press, USA.
- Edwards, E. P., Eiden, R. D., Colder, C. og Leonard, K. E. (2006). The development of aggression in 18 to 48 month old children of alcoholic parents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 409-23.
- Embætti Landlæknis. (e.d.). Siðareglur félagsráðgjafa. Sótt 21.september 2015 af <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efartil/heilbrigdisstarfsfolk/starfsleyfi/sidareglur/item13340/>.
- Farley, O. W., Smith, L. L. og Boyle, S. W. (2006). Introduction to social work (10. útg.). Boston: Allyn & Bacon.
- Farokhzadi, F., Mohammadi, M. R., Alipour, A., Rostami, R. og Dehestani, M. (2012). Substance abuse disorders in the parents of ADHD children, and parents of normal children. *Acta Medica Iranica*, 50(5), 319-27. Sótt 28.september af <http://search.proquest.com/docview/1022046821?accountid=28822>.
- Felicilda-Reynaldo, R. D. (2014). Recognizing Signs of Prescription Drug Abuse and Addiction, Part I. *Medsurg Nursing*, 23(6), 391-396.
- Félagsráðgjafafélag Íslands. (e.d.). *Alþjóðadagur Félagsráðgjafa*. Sótt 12.september 2015 af [http://www.felagsradgjof.is/Vidburdir/Og\\_svo\\_annar\\_vidburdur/](http://www.felagsradgjof.is/Vidburdir/Og_svo_annar_vidburdur/).
- Gilchrist, G. og Taylor, A. (2009). Drug-using mothers: Factors associated with retaining care of their children. *Drug & Alcohol Review*, 28(2), 175-185.
- Gollub, E. L. (2008). A neglected population: Drug - using women and women's methods of hiv/sti prevention. *Aids education and prevention*, 20(2), 107-20. Sótt 9.september 2015 af <http://search.proquest.com/docview/198023530?accountid=28822>.
- Goodman, R. W. (1987). Adult Children of Alcoholics. *Journal Of Counseling And Development*, 66(4), 162-63.
- Graff, F. S., Morgan, T. J., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Cook, S. M., Jensen, N. K. og Kelly, S. (2009). Engagement and Retention in Outpatient Alcoholism Treatment for Women. *American Journal On Addictions*, 18(4), 277-288.
- Grant, J. (2014). Reflexivity: Interviewing women and men formerly addicted to drugs and/or alcohol. *The Qualitative Report*, 19(38), 1-15. Sótt 10.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/1566184436?accountid=28822>.

- Greenfield, S. F., Back, S. E., Lawson, K. og Brady, K. T. (2010). Substance Abuse in Women. *The Psychiatric Clinics of North America*, 33(2), 339–355.
- Helzer, J. E. og Pryzbeck, T. R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(3), 219-224.
- Hildigunnur Ólafsdóttir og Kristný Steingrímsdóttir. (2013). *Börnum rétt hjálparhönd: Rannsókn á aðgerðum barnaverndar vegna barna sem bíða tjón af áfengis- eða vímuefnaneyslu foreldra*. Reykjavík: Velferðaráðuneyti. Sótt 26.september 2015 af [http://www.velferdarraduneyti.is/media/Rit\\_2013/Bornum\\_rett\\_hjalparhond\\_22042013.pdf](http://www.velferdarraduneyti.is/media/Rit_2013/Bornum_rett_hjalparhond_22042013.pdf).
- Hommer, D. W. (2003). Male and Female Sensitivity to Alcohol-Induced Brain Damage. *Alcohol Research & Health*, 27(2), 181.
- Jonas, H. A., Dobson, A. J. og Brown, W. J. (2000). Patterns of alcohol consumption in young australian women: Socio-demographic factors, health-related behaviours and physical health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 24(2), 185-191. Sótt 20.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/215710166?accountid=28822>.
- Jones, K. L. og Streissguth, A. P. (2010). Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A brief history. *Journal Of Psychiatry & Law*, 38(4), 373-382.
- Jóna Margrét Ólafsdóttir. (2012). *Fíknisjúkdómar og samskipti: Viðbrögð og vinnureglur*. Reykjavík: Lifandi ráðgjöf.
- Khan, K. S. A., Kausar, Y. og Imam, M. A. (2013). Influence of alcohol addicted parents in the development of alcoholic behaviour of their children. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 4(8), 1608-1610. Sótt 25.september 2015 af <http://search.proquest.com/docview/1611830593?accountid=28822>.
- Kinney, J. (2006). *Loosening the grip* (8. útgáfa). New York: McGraw-Hill.
- Kuerbis, A. N., Hagman, B. T. og Morgenstern, J. (2013). Alcohol Use Disorders among Substance Dependent Women on Temporary Assistance with Needy Families: More Information for Diagnostic Modifications for DSM-5. *American Journal On Addictions*, 22(4), 402-410.
- Lambie, G. W. og Sias, S. M. (2005). Children of alcoholics: Implications for professional school counseling. *Professional School Counseling*, 8(3), 266-273. Sótt 2.nóvember 2015 af <http://search.proquest.com/docview/213445364?accountid=28822>.
- Landspítali. (e.d.). Fíknigeðdeild. Sótt 2.október 2015 af <http://www.landspitali.is/?PageID=15511>.
- Landspítali. (e.d. – a). Foreldrar meðganga barn – FMB teymið. Sótt 10. desember 2015 af <http://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/deildir/ferli-og-bradathjonusta/foreldrar-medganga-barn-fmb-teymid/>.

- Landspítali. (e.d. – b). Göngudeild fíknimeðferðar 31C. Sótt 2.október 2015 af <http://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/deildir/fiknigeddeild/gongudeild-fiknimedferdar-32e/>.
- Landspítali. (e.d. - c). Teigur - dagdeild. Sótt 2.október 2015 af <http://www.landspitali.is/sjuklingar-adstandendur/klinisk-svid-og-deildir/deildir/fiknigeddeild/dagdeild-fiknimedferdar/>.
- Lee, D., Schroeder, J. R., Karschner, E. L., Goodwin, R. S., Hirvonen, J., Gorelick, D. A. og Huestis, M. A. (2014). Cannabis withdrawal in chronic, frequent cannabis smokers during sustained abstinence within a closed residential environment. *American Journal On Addictions*, 23(3), 234-242.
- Leggio, L., Kenna, G. A., Fenton, M., Bonenfant, E. og Swift, R. M. (2009). Typologies of alcohol dependence from jellinek to genetics and beyond. *Neuropsychology Review*, 19(1), 115-29.
- Loneck, B., Garrett, J. og Banks, S. M. (1997). Engaging and retaining women in outpatient alcohol and other drug treatment: The effect of referral intensity. *Health & Social Work*, 22(1), 38-46. Sótt 30.september 2015 af <http://search.proquest.com/docview/210546549?accountid=28822>.
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.*
- MacDonald, S. G. (2001). The real and the researchable: A brief review of the contribution of John Bowlby (1907-1990). *Ion Perspectives in Psychiatric Care*, 37(2), 60-4. Sótt 1.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/200754182?accountid=28822>.
- Miller, D. (2006). Students with fetal alcohol syndrome: Updating our knowledge, improving their programs. *Teaching Exceptional Children*, 38(4), 12-18. Sótt 2.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/201086247?accountid=32710>.
- Morrison, V. V. og Hostetter, C. (2006).The impact of msw education on social worker empowerment and commitment to client empowerment throught social justice advocacy. *Journal of Social Work Education*, 42(1), 105-121. Sótt 10.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/209791430?accountid=28822>.
- Niaura, R. (2000). Cognitive social learning and related perspectives on drug craving. *Addiction*, (95), S155-S163.
- Nicholas, K. og Rasmussen, E. (2006). Childhood Abusive and Supportive Experiences, Inter-Parental Violence, and Parental Alcohol Use: Prediction of Young Adult Depressive Symptoms and Aggression. *Journal Of Family Violence*, 21(1), 43-61.
- Pennock, P. E. og Kerr, K. A. (2005). In the Shadow of Prohibition: Domestic American Alcohol Policy since 1933. *Business History*, 47(3), 383-400.



- Polańska, K., Jurewicz, J. og Hanke, W. (2012). Exposure to environmental and lifestyle factors and attention-deficit / hyperactivity disorder in children - A review of epidemiological studies. *International Journal Of Occupational Medicine & Environmental Health*, 25(4), 330-355.
- Powis, B., Gossop, M., Bury, C., Payne, K. og Griffiths, P. (2000). Drug-using mothers: Social, psychological and substance use problems of women opiate users with children. *Drug and Alcohol Review*, 19(2), 171. Sótt 15.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/217299528?accountid=28822>.
- Quickfall, J. og el-Guebaly, N. (2006). Genetics and alcoholism: How close are we to potential clinical applications? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 461-7. Sótt 15.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/222800251?accountid=28822>.
- Ryan, S. og Ferguson, D. L. (2006). On, yet under, the radar: Students with fetal alcohol syndrome disorder. *Exceptional Children*, 72(3), 363-379. Sótt 8.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/201106415?accountid=28822>.
- Samhjálp. (e.d.). *Hlaðgerðarkot*. Sótt 8.október 2015 af <http://www.samhjalp.is/hladgerdarkot>.
- SÁÁ. (e.d.). *Göngudeild SÁÁ í Reykjavík*. Sótt 20.september 2015 af <http://saa.is/samtokin/starfsemi/gongudeild-reykjavik/>.
- SÁÁ. (e.d. - a). *Kvennameðferð*. Sótt 20.september 2015 af <http://saa.is/medferdir/kvennamedferd/>.
- SÁÁ. (e.d. - b). *Sálfræðipjónusta barna: Spurt og svarað*. Sótt 20.september 2015 af <http://saa.is/medferdir/salfraedithjonusta-barna/salfraedithjonusta-barna-spurt-og-svarad/>.
- SÁÁ. (e.d. - c). *Sjúkrahúsið Vogur*. Sótt 20.september 2015 af <http://saa.is/samtokin/starfsemi/sjukrahusid-vogur/>.
- SÁÁ. (e.d. - d). *Örvandi efni*. Sótt 20.september 2015 af <http://saa.is/grein/orvandi-efni/>.
- Schuckit, M. A., Smith, T. L., Radzinski, S. og Heyneman, E. K. (2000). Behavioral symptoms and psychiatric diagnoses among 162 children in nonalcoholic or alcoholic families. *The American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1881-3. Sótt 15.september 2015 af <http://search.proquest.com/docview/220482249?accountid=28822>.
- Serec, M., Svab, I., Kolsek, M., Svab, V., Moesgen, D., og Klein, M. (2012). Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents. *Drug & Alcohol Review*, 31(7), 861-870.
- Simon, J. M. (2014). Disciplining Drunken Mothers: Media Representations of Women's Use of Alcohol. *Communication Review*, 17(1), 45-64.
- Smith, D. E. (2012). Editor's Note: The Process Addictions and the New ASAM Definition of Addiction. *Journal Of Psychoactive Drugs*, 44(1), 1-4.

- Sólveig Jónsdóttir. (1999). *Fósturskaði af völdum áfengis*. Læknablaðið, 85, 130-144.
- Steele, J. L., Peralta, R. L. og Elman, C. (2011). The co-ingestion of nonmedical Prescription drugs and alcohol : A partial test of social learning theory. *Journal of Drug Issues*, 41(4), 561-585. Sótt 30.október 2015 af <http://search.proquest.com/docview/917781988?accountid=28822>.
- Sæunn Kjartansdóttir. (e.d.). *Tengslakenning John Bowlby. Börn hungrar í nálægð og ást móðurinnar ekki síður en fæðu*. Sótt 2.september af [http://www.fyrstutengsl.is/media/PDF/Tengslakenning\\_John\\_Bowlbyx.pdf](http://www.fyrstutengsl.is/media/PDF/Tengslakenning_John_Bowlbyx.pdf).
- Sölvína Konráðsdóttir. (2001). Börn alkóhólista. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir: Handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 105-112). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíkniforvörnum.
- Templeton, L. (2014). Supporting families living with parental substance misuse: the M-PACT (Moving Parents and Children Together) programme. *Child & Family Social Work*, 19(1), 76-88.
- van der Walde, H., Urgenson, F. T., Weltz, S. H. og Hanna, F. J. (2002). Women and Alcoholism: A Biopsychosocial Perspective and Treatment Approaches. *Journal Of Counseling & Development*, 80(2), 145-153.
- Veling, W., Mackenbach, J. P., van Os, J. og Hoek, H. W. (2008). Cannabis use and genetic predisposition for schizophrenia: A case-control study. *Psychological Medicine*, 38(9), 1251-6.
- Vernig, P. M. (2011). Family Roles in Homes With Alcohol-Dependent Parents: An Evidence-Based Review. *Substance Use & Misuse*, 46(4), 535-542.
- Webb, W. (1993). Cognitive behavior therapy with children of alcoholics. *School Counselor*, 40(3), 170.
- Werner, E. E. og Johnson, J. L. (2004). The Role of Caring Adults in the Lives of Children of Alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 39(5), 699-720.
- WHO. (2004). Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Sótt 20.október 2015 af [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf).
- Ystrom, E., Kendler, K. S. og Reichborn-Kjennerud, T. (2014). Early age of alcohol initiation is not the cause of alcohol use disorders in adulthood, but is a major indicator of genetic risk. A population-based twin study. *Addiction*, 109(11), 1824-1832.
- Porkell Jóhannesson. (2001). Miðtaugakerfið. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar), *Fíkniefni og forvarnir: Handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 12-76). Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíkniforvörnum.