



BA ritgerð
Félagsráðgjöf

Börn og ungmenni með tvíþættan vanda
Úrræði og áherslur í meðferð

Karen Sturludóttir

Leiðbeinandi Sigrún Harðardóttir
Febrúar 2016



HÁSKÓLI ÍSLANDS
FÉLAGSVÍSINDASVIÐ
FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

Börn og ungmenni með tvíþættan vanda
Úrræði og áherslur í meðferð

Karen Sturludóttir

250789-3279

Lokaverkefni til BA-gráðu í félagsráðgjöf

Leiðbeinandi: Sigrún Harðardóttir

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Febrúar 2016

Börn og ungmenni með tvíþættan vanda

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA félagsráðgjöf
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Karen Sturludóttir, 2016

Prentun: Háskólaprent ehf.
Reykjavík, Ísland, 2016

Útdráttur

Markmið þessarar ritgerðar er að gera grein fyrir tvíþættum vanda barna og ungmenna auk þess að fjalla um þær alvarlegu afleiðingar sem tvíþættur vandi getur haft í för með sér. Einstaklingur sem greindur er með fíknisjúkdóm og geðsjúkdóm á sama tíma er talinn vera með tvíþættan vanda. Leitast verður við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum: Hvaða áherslur þurfa að vera í meðferð fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda og hvaða úrræði eru í boði á Íslandi fyrir þennan hóp. Helstu niðurstöður eru þær að ungmenni sem glíma við slíkan vanda svara meðferð síður auk þess er hærra brottfall úr meðferð hjá þeim hópi en hjá einstaklingum sem glíma við annan vandann. Ástæðan fyrir því er sú að stofnanir sérhæfa sig aðeins í öðrum vandanum og geta þar af leiðandi ekki unnið með bæði fíkniefnavandann og geðræna vandann á sama tíma. Niðurstöður leiddu einnig í ljós að ungmennin þurfa á samþættri meðferð að halda þar sem unnið er með bæði geðræna-og vímuefnavandann á sama tíma. Í samþættri meðferð er notast við margar aðferðir sem henta hverjum og einum. Áhersla er lögð á einstaklingsmiðaða nálgun og samvinnu milli fagaðila sem leiðir til stöðugleika og betri þjónustu. Rannsóknir hafa sýnt að vímuefnaneysla og geðræn einkenni minnka þegar einstaklingur fær samþætta meðferð auk þess að minni þörf er fyrir innlagnir og fjölskylduvirkni eykst. Niðurstöður leiddu hinsvegar í ljós að flest úrræði hér á landi sérhæfa sig einungis í öðrum vandanum eða vara í of stuttan tíma. Auk þess er lítil samvinna á milli fagaðila og stofnanna og því upplifa foreldrar oft úrræðaleysi og vanmætti.

Formáli

Ritgerð þessi er 12 eininga (ETCTS) lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Leiðbeinandi minn var Sigrún Harðardóttir og vil ég þakka henni fyrir gott samstarf og uppbyggilegar athugasemdir. Þá vil ég þakka Sigurbjörgu Ástu Hreinsdóttur fyrir yfirlestur, góðar ábendingar og ómetanlega aðstoð. Að lokum langar mig að þakka Úlfi Blandon sambýlismanni mínum og syni mínum Benjamín Birgi Blandon fyrir þolinmæði, óendanlegan stuðning og hvatningu öll árin mín í Félagsráðgjöf.

Efnisyfirlit

Útdráttur	3
Formáli	4
1 Inngangur	6
2 Þroskaverkefni barna og ungmenna	8
2.1 Lífsskeiðakenning Erik H. Erikson	8
2.2 Tengslakenning John Bowlby	10
2.3 Vistfræðikenning Bronfenbrenner	11
3 Tvíþættur vandi barna og ungmenna	14
3.1 Vímuefnavandi barna og ungmenna	14
3.2 Geðrænn vandi barna og ungmenna.....	16
3.3 Orsakir og birtingamyndir tvíþætts vanda	17
4 Meðferðarleiðir fyrir ungmenni með tvíþættan vanda	20
4.1 Samþætt meðferð	20
4.1.1 <i>MultifunC</i>	23
4.2 Úrræði á Íslandi	24
4.2.1 Úrræði á vegum sveitarfélaga.....	24
4.2.2 Úrræði á vegum barnaverndar.....	24
4.2.3 Barna- og unglingsgeðdeild (BUGL).....	27
4.2.4 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ)	28
4.2.5 Vinakot	28
5 Niðurstöður og lokaorð	30
Heimildaskrá	33

1 Inngangur

Meirihluti ungmenna sem greindir eru með vímuefnaröskun þjást einnig af geðrænum vandamálum. Einstaklingur sem greindur er með fíknisjúkdóm og geðsjúkdóm á sama tíma er talinn vera með tvíþættan vanda (Fishman, 2015).

Geðræn vandamál eins og kvíði, lyndisraskanir, þunglyndi og önnur truflandi hegðun hjá börnum eykur líkur á vímuefnanotkun (Fishman, 2015). Í lok níunda áratugar kom í ljós hversu algengur vímuefnavandi var samhliða geðrænum vanda. Í kjölfar þess gáfu niðurstöður rannsókna til kynna að vímuefnaeðferð eða meðferð við geðrænum vanda ein og sér hentaði ekki einstaklingum með tvíþættan vanda. Fræðimenn og fagaðilar voru sammála um að sameina þyrfti þessar tvær meðferðir og í kjölfarið hófst vaxandi umræða um hvernig mætti huga að þörfum þessara barna og ungmenna (Hills, 2007).

Erfitt getur verið að greina og meðhöndla vanda þar sem tveir sjúkdómar koma saman og hafa áhrif á hvorn annan. Neikvæðar hliðar vímuefnavandans og geðræna vandans eru alvarlegar og hafa gífurlegar afleiðingar fyrir einstaklinginn bæði líkamlega, andlega og félagslega. Þessir þættir gera það að verkum að erfiðara er að meðhöndla sjúkdóminn (Fishman, 2015). Rannsóknir hafa sýnt að meðferðarheldni er lakari á meðal einstaklinga með tvíþættan vanda. Þeir eiga erfiðara með að haldast í meðferð, sem veldur því að þeir eru lengur að ná bata. Ein af ástæðunum fyrir því getur verið að meðferðarúrræðin sem eru í boði henti ekki þessum hóp. Einstaklingar fá þjónustu frá stofnun sem sérhæfir sig í öðrum hvorum vandanum sem endar á því að engin stofnun er reiðubúin að takast á við bæði geðræna- og vímuefnavandann á sama tíma (Fishman, 2015; Mueser, Drake og Wallach, 1998). Umræða um úrræði fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda jókst hér á landi í kjölfar þess að Samtökin Olnbogabörn voru stofnuð árið 2013. Samtökin voru stofnuð af mæðrum barna sem glíma við vímuefnaneyslu og önnur hegðunarvandamál. Markmið samtakanna er að auka umræðu og beita yfirvöld þrýstingi til að ungt fólk með áhættuhegðun fái viðeigandi þjónustu (Olnbogabörnin, e.d.).

Tvíþættur vandi hefur ekki einungis áhrif á einstaklinginn sjálfan heldur hefur vandinn áhrif á nánustu fjölskyldu sem og samfélagið í heild (Rassool, 2006). Mikilvægt er að unnið sé út frá heildarsýn en sú hugmyndafræði snýst um að einstaklingar eru ólíkir og líta þarf á

aðstæður þeirra frá öllum hliðum. Má þar nefna umhverfi, fjölskyldu, vini, hverfið, skólann og í raun allt samfélagið. Fagaðilar þurfa að þekkja til samfélagsins, vita hvaða úrræði eru að finna og geta leiðbeint einstaklingum í rétta átt (Lára Björnsdóttir, 2006).

Markmið þessarar ritgerðar er að gera grein fyrir tvíþættum vanda barna og ungmenna. Ásamt því að fjalla um þær alvarlegu afleiðingar sem verða ef ungmennin fá ekki viðeigandi þjónustu. Leitað verður svara við eftirfarandi rannsóknarspurningum:

1. Hvaða áherslur þurfa að vera í meðferð fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda?
2. Hvaða úrræði eru í boði fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda á Íslandi?

Í öðrum kafla ritgerðarinnar er fræðileg umfjöllun um þroska barna og ungmenna og mikilvægi þess að vel takist að ná þroskaviðmiðum. Í því samhengi verður fjallað um kenningu Erik H. Erikson um sálfélaglegan þroska til að öðlast skilning á þeim verkefnum sem börn og ungmenni takast á við í átt að þroskaðri sjálfsvitund. Rætt verður um Tengslakenningu Bowlby en hún fjallar um mikilvægi geðtengsla á fyrstu æviárum barnsins. Í lok kaflans verður gerð grein fyrir Vistfræðikenningu Bronfenbrenner þar sem fjallað er um allt umhverfi barnsins og hvernig það hefur áhrif á þroska og hegðun þess. Í þriðja kafla er farið yfir skilgreiningar á tvíþættum vanda, vímuefnavanda og geðrænum vanda. Í kjölfarið er fjallað um tvíþættan vanda ásamt því að skoða orsakir og birtingamyndir hans. Í fjórða kafla verður fjallað um meðferðarleiðir sem hafa reynst árangursríkar fyrir ungmenni með tvíþættan vanda einnig verður gerð grein fyrir þeim úrræðum sem eru í boði á Íslandi fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda. Í kafla fimm eru niðurstöður settar fram og ályktanir dregnar.

2 Þroskaverkefni barna og ungmenna

Grunn að góðri geðheilsu og heilbrigði þarf að byggja upp strax í æsku. (Sæunn Kjartansdóttir, 2010). Mikilvægt er að þekkja þroskaferil barna þar sem fyrstu árin í lífi barns geta haft áhrif á þróun geðrænna vanda barna í framtíðinni (Hrefna Ólafsdóttir, 2006). Gerð verður grein fyrir þroskakeningum barna og unglunga frá fæðingu til unglingsaldurs. Meðal annars til að sýna fram á hversu mikilvæg fyrstu árin eru til að mynda jákvæð geðtengsl og þróa með sér góða sjálfsmynd.

2.1 Lífsskeiðakenning Erik H. Erikson

Erik H. Erikson var sálfræðingur og er frægastur fyrir kenningu sína um sálfélagslegan þroska einstaklinga. Þar fjallar hann um að þróun sjálfins fari í gegnum átta stig og leysa þurfi ákveðin þroskaverkefni á hverju stigi svo viðkomandi sé tilbúinn að fara á næsta stig. Ekki þarf að vera búinn að leysa öll þroskaverkefni til að komast á næsta stig en mörg óleyst þroskaverkefni geta þó hindrað framfarir einstaklingsins. Því betur sem gengur að leysa verkefni á ákveðnu stigi, því betur gengur á næsta þroskastigi. Kenningin spannar allt æviskeið mannsins og tekur mið af félagslegu umhverfi og áhrif menningar á þroska einstaklingsins. Auk þess hafa samskipti við foreldra og nánasta umhverfi áhrif á sálfélagslega aðlögun barna (Beckett og Taylor, 2010; Erikson, 1963).

Fjallað verður um fyrstu fimm stigin í líkani Erikson þar sem þroski barna verður skoðaður frá því að barn fæðist og til átján ára aldurs. Hin þrjú stigin sem ekki verður fjallað um eru yngri fullorðinsárin, mið fullorðinsárin og seinni fullorðinsárin.

Fyrsta stig í líkani Erikson (1963) fjallar um nýfædd börn til eins árs aldurs. Börn á þessum aldri þurfa stöðuga umönnun, ást og umhyggju til að þau finni fyrir öryggi. Verkefni á þessu stigi snúast um traust eða vantraust. Ef útkoman er jákvæð á þessum aldri öðlast einstaklingurinn traust gagnvart sjálfum sér og öðrum. Ef grunnþörfum barnsins er ekki mætt verður útkoman neikvæð og barn þróar með sér óöryggi. Miklar líkur eru þá að barnið eigi erfitt með að treysta umönnunaraðila sínum og öðrum seinna í framtíðinni (Sigurjón Björnsson, 1986; Berk, 2009).

Annað stig er frá eins árs aldri fram að þriggja ára. Verkefnið á þessu stigi snýst um að þroska með sér sjálfstæði en ef illa gengur geta börnin upplifað skömm eða efa. Mikilvægt er

að barn búi við þannig aðstæður að það nái að þroska með sér sjálfstæði en finnist það ekki einskis virði. Á þessum aldri vilja börnin gera hlutina sjálf og sýna hæfni sína og því er mikilvægt samkvæmt Erikson að setja börnum skýr mörk án þess að brjóta niður athafnir þeirra. Með trú á eigin getu eykst sjálfsvitund ungmenna en neikvæð úkoma á þessu stigi getur haft veruleg áhrif á unglingsárin og valdið því að þau lendi í átökum með eigin sjálfsmynd (Sigurjón Björnsson, 1986; Berk, 2009).

Þriðja stig er frá þriggja til sex ára, og er stig frumkvæðis eða sektarkenndar. Börn á þessum aldri eru farin að sýna frumkvæði og prófa nýja hluti. Börn þróa með sér frumkvæði ef foreldrar styðja við bakið á þeim í nýjum aðstæðum. Hættan er sú að foreldrar bregðist of harkalega við með skömmum sem getur leitt til þess að barn upplifi sektarkennd og þrói með sér hræðslu við að sýna frumkvæði. Með því að barn fái stuðning frá foreldrum sínum til að prófa sig áfram styrkir það sjálföryggi og frumkvæði barnsins sem hjálpar þeim svo á næsta stigi (Berk, 2009; Arnett, 2012).

Fjórdða stig er frá sex ára til ellefu ára þar sem verkefnið er að þroska með sér iðjusemi annars geta þau upplifað vanmáttarkennd. Börn á þessum aldri eru farin að kanna umhverfi sitt nánar og skólaganga er að hefjast. Hér eru börnin farin að læra og þekkja þá færni sem af þeim er krafist í samfélaginu. Barn sem fær hvatningu þróar frekar með sér iðjusemi og metnað til að læra sem og auka sjálfstraust í félagslegri færni. Neikvæð útkoma á þessu stigi verður þegar barn nær ekki slíkri velgengni og upplifir því mikla vanmáttarkennd. Heimili og skóli geta haft jákvæð og neikvæð áhrif á einstaklinga. Því skiptir máli að barn fái hvatningu bæði heima og í skólanum til að það þrói með sér iðjusemi og trú á eigin getu (Berk, 2009; Arnett, 2012).

Fimmta stig er frá tólf ára til átján ára aldurs og hér er verkefnið að þróa með sér góða sjálfsmynd annars getur orðið hlutverkaruglingur. Unglingsárin eru erfiður og flókinn tími þar sem óvissa er um eigið hlutverk og oft eru vinirnir helstu mótunaraðilarnir. Verkefni á þessu stigi er að byggja upp sjálfsmynd þar sem unglingurinn nær að átta sig á sínum hlutverkum og enda með þroskaða sjálfsmynd. Neikvæð úkoma á þessu stigi getur leitt til hlutverkaruglings þar sem einstaklingur áttar sig ekki á hlutverki sínu og fer út í lífið með brotna sjálfsmynd. Aftur á móti ef vel gengur á þessu stigi á unglingurinn að hafa öðlast getuna til að takast á við ný verkefni sem koma upp á síðar á ævinni (Beckett og Taylor, 2010).

2.2 Tengslakenning John Bowlby

John Bowlby (1988) setti fram tengslakenninguna (e. attachment theory) og hafði áhuga á að skilja tengsl barna við umönnunaraðila. Auk þess sem hann kannaði viðbrögð ungbarna þegar brestur varð í tengslamyndun á fyrstu æviárum barns. Tengslamyndun er grunnur að öryggi og þegar barn nær að mynda traust tengsl við umönnunaraðila þróar það með sér innra öryggi. Með tímanum nær barnið að mynda tengsl við annað fólk eins og systkini, ættingja og fleiri aðila sem koma að barninu. Þegar barn nær ekki að mynda traust tengsl getur það upplifað óöryggi sem getur orðið til þess að barn þrói með sér sálfélagslegan vanda (Bowlby, 1981, 2000).

Geðtengsl samkvæmt Bowlby þróast í fjórum stigum. Á þessum fjórum stigum læra börn af reynslu sinni og þróast með sér innra vinnu módel (e. internal working model). Þetta módel verður hluti af þeirra persónuleika og hefur áhrif á hvernig börnin mynda nán sambönd í framtíðinni (Berk, 2009).

1. Forgeðtengslaskeið (e. preattachment phase) er frá fæðingu barns til sex vikna og byggist á meðfæddum merkjum frá barninu eins og að brosa eða gráta. Um leið og barnið fær svörun veitir það barninu öryggi. Á þessu stigi eru ekki komin tengsl því barninu er alveg sama ef það er skilið eftir með öðrum sem það þekkir ekki. Hinsvegar eru þau farin að þekkja lykt móðurinnar og rödd hennar veitir þeim vellíðan.
2. Geðtengsl í mótun (e. attachment in the making phase) er aldurinn 6 vikna til sex/átta mánaða. Barn bregst öðruvísi við ókunnugum heldur en umönnunaraðilanum. Barn brosir og hlær frekar til móðurinnar og á auðveldara með að róast þegar þau eru tekin upp. Börnin læra að þeirra viðbrögð hafa áhrif á hegðun annarra í kringum sig og þau byrja að þróast með sér traust til umönnunaraðila
3. Skeið skýrra geðtengsla (e. clear cut attachment phase) byggist á aldrinum sex/átta mánaða til átján mánaða/tveggja ára aldurs. Á þessu stigi eru geðtengsl orðin skýr milli barns og umönnunaraðila. Ungabörnin geta upplifað aðskilnaðarkvíða og komast í uppnám ef umönnunaraðilinn fer en gerist þó ekki alltaf, það fer eftir barninu og þeim aðstæðum sem barnið er í.
4. Myndun gagnkvæms sambands (e. formation of reciprocal relationship) er á aldrinum átján mánaða/tveggja ára og út allt lífið. Börnin eru farin að skilja að umönnunaraðilinn eða foreldrarir fara en koma svo aftur (Berk, 2009).

Mary Ainsworth (1979) þróaði kenningu Bowlby áfram og kannaði óörugga tengslamyndun í ókunnugum aðstæðum (e. strange situation). Hún komst að því að samskipti milli mæðra og ungbarna á fyrstu mánuðunum hafa mikil áhrif á hegðun barns á þeirri stund og einnig seinna á ævinni. Í Rannsókn Ainsworth kannaði hún hegðun ungbarna þegar þau komu inn í ókunnugt umhverfi með móður sinni. Móðir og barn koma inn í herbergi með leikföngum sem þau höfðu ekki komið inn í áður. Eftir stutta stund kemur ókunnug manneskja inn í herbergið. Móðirin fer svo út úr herbergingu og skilur barnið eftir með ókunnugri manneskju en móðirin kemur síðan aftur og leikur við barnið. Að lokum fara bæði móðirin og ókunnugi aðilinn út úr herbergingu og barnið skilið eitt eftir í smá stund. Í kjölfarið flokkaði Ainsworth börnin í fjóra flokkar eftir þeim viðbrögðum sem börnin sýndu við þessu ferli. Flokkarnir eru örugg tengslahegðun (e. secure attachment), forðunartengsl (e. insecure-avoidant), tvíbend tengsl (e. insecure-ambivalent) og ringluð tengsl (e. insecure-disorganized) (Ainsworth, 1979; Berk, 2009).

Niðurstöður Ainsworth (1979) sýndu að börn sem mynduðu örugg geðtengsl notuðu móðurina sem öryggi og skoðar umhverfið út frá henni. Um leið og móðirin fór út úr herberginu fóru börnin að gráta en um leið og hún kom aftur inn voru þau fljót að ná sér. Börn sem mynduðu forðunartengsl, tvíbend tengsl og ringluð tengsl sýndu merki um vanlíðan þegar móðirin fór en þegar hún kom aftur sýndu þau frekar mótþróa við móðirina í stað þess að taka vel á móti henni. Þetta kallaði Ainsworth óörugga tengslahegðun. Í rannsókn Ainsworth kom í ljós að samhengi var á milli þessara tengsla og ólíkra uppeldisaðferða mæðra. Mæður sem áttu erfitt með að lesa í þarfir barna sinna áttu börn sem sýndu einkenni forðunartengsla. Mæður sem áttu börn sem sýndu einkenni tvíbendra tengsla virtust ekki sinna börnum sínum og voru í raun andlega fjarverandi. Börn sem sýndu einkenni ringlaðra tengsla áttu frekar mæður sem áttu sögu um ofbeldi eða vanrækslu. Hegðun barnanna einkenndist af ótta, vanmætti og áttu erfitt með augnsamband (Howe, 1995; Ainsworth, Blehar, Waters og Wall, 1978).

Mikilvægt er að þróa örugg tilfinningatengsl strax frá fæðingu til að hafa áhrif á jákvæða hegðun barns því rof á tengslamyndum í barnæsku getur haft í för með sér alvarlegar afleiðingar fyrir framtíð barnsins (Berk, 2009).

2.3 Vistfræðikenning Bronfenbrenner

Urie Bronfenbrenner (1979) setti fram Vistfræðikenninguna (e. ecological systems theory) þar sem hann útskýrir hvernig þroski manna er mótaður af mörgum og mismunandi þáttum.

Hann taldi umhverfið eiga stærsta þáttinn í mótun einstaklinga. Bronfenbrenner gerir ráð fyrir að þroski barna eigi sér stað innan fimm kerfa sem hafa áhrif á mótun barnsins. Þessi kerfi eru, nærkerfi (e. microsystem), miðkerfi (e. mesosystem), stofnanakerfi (e. exosystem) og heildarkerfi (e. macrosystem). Seinna bætti hann við kerfi sem kallast lífkerfi (e. chronosystem). Í lífkerfinu er einstaklingurinn miðpunkturinn og öll þessi fimm vistkerfi tengjast saman. Þessi kerfi hafa svo áhrif á hvort annað ásamt því að hafa áhrif á einstaklinginn. Kerfi Bronfenbrenner skoðar einstaklinginn út frá heildarsýn þar sem litið er á einstaklinginn út frá mörgum hliðum umhverfis (Bronfenbrenner, 1979; Sudbery, 2010).

Nærkerfið er nánasta umhverfi einstaklingsins eins og heimilið, fjölskylda og skóli. Í nærkerfinu reynir á virkni, hlutverk og persónuleg samskipti til að öðlast reynslu í tilteknu umhverfi. Millikerfið sameinar tvo eða fleiri þætti í nærkerfinu eins og til dæmis heimilið og skólann. Mikilvægt er að samskipti innan nærkerfisins takist vel má þar nefna samaskipti milli foreldra og skóla ásamt tengsl milli foreldra og vina barna þeirra til að stuðla að jákvæðri aðlögun (Bronfenbrenner, 1979, 1986). Stofnanakerfið nær utan um miðkerfið þar sem félagslegar aðstæður og umhverfisþættir hafa áhrif á nærumhverfi einstaklingsins. Þættir í stofnanakerfinu geta verið fjölmiðlar, skólakerfið, heilbrigðiskerfið eða stjórnkerfi landsins og eru í raun kerfi sem börn hafa ekki bein samskipti við. Fjórða vistkerfið er heildarkerfið og það hefur áhrif á öll hin kerfin. Heildarkerfið fjallar um þætti sem móta samfélagið eins og viðhorf okkar og gildi ásamt lögum og reglum. Því hefur heildarkerfið áhrif á öll vistkerfin ásamt því að hafa áhrif á einstaklinginn (Bronfenbrenner, 1979). Að lokum er lífkerfið sem gengur þvert á hin kerfin. Einstaklingar verða fyrir áhrifum frá öllum kerfunum á einhvern hátt sem hefur áhrif á þroska hans. Lífkerfið nær því yfir þær breytingar og áhrif sem verða á lífi barns og því lengur sem áhrifin vara því meiri áhrif hafa atvikin á þroska einstaklingsins. Öll þessi kerfi breytast með tímanum og breytingar munu alltaf hafa áhrif á einstaklinginn (Bronfenbrenner, 1979; Bronfenbrenner, 1994; Sudbury, 2010).

Hér hefur verið fjallað um lífskeiðakenningu Erik H. Erikson, tengslakenningu Bowlby og Mary Ainsworth auk þess sem fjallað var um vistfræðikenningu Bronfenbrenner. Út frá þessum kenningum er mikilvægt að vel takist til í þroska barna. Börn fæðast og mótast í gegnum ævina út frá fjölskyldu sinni og nánasta umhverfi. Mikilvægt er að barn upplifi öryggi og fái áreiðanlega svörun frá umönnunaraðila á fyrstu æviárum þess annars getur sjálfsmýnd þeirra orðið neikvæð. Börn sem þróa með sér óörugg tengsl eru í aukinni hættu á að þróa með sér geðræn vandkvæði.

Í ljósi þess verður fjallað um tvíþættan vanda barna og ungmenna í næsta kafla þar sem farið verður yfir skilgreiningar á tvíþættum vanda, vímuefnavanda, og geðrænum vanda. Auk þess verður fjallað um orsakir og birtingamyndir tvíþætts vanda.

3 Tvíþættur vandi barna og ungmenna

Á unglingsárunum stendur einstaklingur frammi fyrir ýmsum verkefnum og er það oft sá tími sem geðrænn vandi og vímuefnavandi kemur fram. Einstaklingur sem greindur er með fíknisjúkdóm og geðsjúkdóm á sama tíma er talinn vera með tvíþættan vanda (Fishman, 2015).

3.1 Vímuefnavandi barna og ungmenna

Samkvæmt lækni­fræðinni er vímuefnavandi skilgreindur sem geðröskun (Bjarni Össur­arson Rafnar, 2006). Greiningarkerfin sem eru notuð til að skilgreina geðsjúkdóma eru International Statistical Classification of Disease and Health related problems, 10th revision (ICD-10) sem gefin er út af Alþjóðaheilbrigðismálastofnun (WHO) og Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fimmta útgáfa (DSM-V) (Landlæknir, 2014; Fishman, 2015).

Í greiningarviðmiðum flokkunarkerfisins ICD-10 þarf einstaklingur að uppfylla þrjú atriði af sex á síðastliðnu ári til að greinast með vímuefnavanda. Vímuefnavandi samkvæmt ICD-10 eru sterk löngun í vímuefni, einstaklingur á erfitt með stjórna löngun sinni í efnið og neyslan verður tíðari og meiri. Líkamleg fráhvarfseinkenni koma upp eftir að viðkomandi hefur dregið úr neyslu eða vímuefni eru notuð til að draga úr fráhvarfseinkennum. Þó gagnvart vímuefninu eykst og viðkomandi þarf meira magn til að ná sömu áhrifum. Mikill tími fer í að nálgast vímuefni og neyta þeirra ásamt því að lengri tími fer í að ná sér eftir neyslu. Neysla heldur áfram og vímuefnin eru farin að valda augljósum líkamlegum eða sálrænum skaða (World Health Organization, 1992).

Í DSM-V er vímuefnaröskun flokkuð sem væg, meðal eða alvarleg. Samkvæmt DSM-V er vímuefnaröskun byggð á fjórum atriðum sem innihalda samtals ellefu einkenni (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, e.d-a; American Psychiatric Association, 2013). Til að greina væga vímuefnaröskun þarf viðkomandi að hafa tvö eða þrjú einkenni af ellefu. Meðal vímuefnaröskun krefst fjögurra eða fimm einkenna af ellefu. Til að greinast með alvarlega vímuefnaröskun þarf viðkomandi að hafa sex eða fleiri einkenni af ellefu (Fishman, 2015). Flokkarnir fjórir og greiningarviðmiðin ellefu eru eftirfarandi:

1. Skert stjórn á neyslunni (e. impaired control).
 - a. Inntaka vímuefna meiri og varir yfir lengri tíma en einstaklingurinn ætlaði sér.

- b. Langar að minnka eða hætta neyslu en á erfitt með það.
 - c. Mikill tími fer í að nálgast efnin og neyta þeirra ásamt því að ná sér eftir neyslu.
 - d. Mikil þörf og hvöt fyrir vímuefnið.
2. Félagslegur skaði neyslunnar (e. social impairment).
- a. Nær ekki að sinna vinnu, heimili eða skóla útaf vímuefnanotkun.
 - b. Heldur áfram neyslu þrátt fyrir áhrif sem það hefur á sambönd við aðra.
 - c. Gefst upp á mikilvægum athöfnum sem áður þóttu mikilvægar.
3. Áhættusöm neysla (e. risky use).
- a. Neyta vímuefna aftur og aftur þrátt fyrir hættu.
 - b. Áframhaldandi neysla þrátt fyrir sálræn eða líkamleg vandkvæði.
4. Lyfjafræðilegar forsendur (e. pharmacological criteria).
- a. Þörf fyrir meiri skammta til að finna fyrir áhrifum.
 - b. Þróar með sér fráhvarseinkenni sem hægt er að minnka með því að taka meira af efninu (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, e.d.-a; American Psychiatric Association, 2013).

Orsakir þess að ungmenni leyti í vímuefni geta verið mismunandi. Viðhorf samfélagsins og viðhorf einstaklingsins til vímuefna geta haft áhrif á hvort ungmenni byrja í vímuefnaneyslu. Uppeldi og félagslegar aðstæður, erfðir, áhugasvið og líðan einstaklingsins eru þættir sem geta haft áhrif á það hvort börn eða unglingar fari að reykja, neyti áfengis eða annarra vímuefna (Embætti landlæknis, 2012a). Rannsóknir hafa sýnt að því yngri sem börn eru þegar þau drekka fyrsta sopann aukast líkurnar á því að barn þrói með sér áfengisvandamál um átján ára aldur (Sigrún K. Bjarkardóttir, Ragnheiður Elísdóttir og Geir Gunnlaugssoon, 2006).

Afleiðingar vímuefnafíknar eru alvarlegar og geta haft áhrif á alla fjölskylduna. Vímuefnanotkun getur leitt til dómgreindarleysis sem síðan getur leitt til slysa eins og bílslysa, drukknana, ofbeldis eða sjálfsvíga (Bjarni Össurason Rafnar, 2006). Þunglyndi, mótþróaþrjóscuröskun og kvíði fylgja neyslu vímuefna ásamt því að félagslegur skaði getur orðið mikill (Velferðarráðuneytið, 2013).

Vísbendingar um að ungmenni séu byrjuð í neyslu eru miklar breytingar á hegðun, skapgerðarbreytingar, mótþrói við aga, depurð, áhugaleysi, breytingar á svefn-og matarvenjum, versnandi námsárangur og ástundun í skóla. Einnig minni samskipti við fjölskylduna, gömlu vinina og aukin þörf fyrir peninga (Fjölskylduhús, e.d). Algengustu vímuefni meðal ungmenna eru áfengi, tóbaksnotkun og marjúana. Sumir notast við innöndunarlyf svo sem hreinsiefni og lím einnig lyfseðilsskyld lyf en þetta er mismunandi milli einstaklinga og einnig milli samfélaga (National Institute on Drug Abuse, 2014).

3.2 Geðrænn vandi barna og ungmenna

Greiningarkerfin ICD-10 og DSM-V eru yfirleitt notuð samhliða til að lýsa og þekkja geðrænn einkenni hjá einstaklingum (Hrefna Ólafsdóttir, 2006).

ICD- 10 flokkunarkerfið inniheldur sex öxla sem notaðir eru til greiningar. Öxull eitt nær til klínískra geðtruflana og persónuleikaraskana. Öxull tvö nær til þroskaraskana. Öxull þrjú samanstendur af allri andlegri fötlun þar sem tekið er mið af greind. Öxull fjögur nær til allra líkamlegra þátta. Öxull fimm nær til allra sálfélagslegra vandkvæða án þess að tekið sé mið af því hvort umrætt atriði hafi einhverja orsakatengingu hvað varðar viðkomandi geðröskun. Öxull sex snýst um heildarmat á sálfélagslegri virkni einstaklingsins þegar greiningin fer fram (Hrefna Ólafsdóttir, 2006).

DSM-V er nýasta útgáfa greiningarkerfis Ameríska geðlæknafélagsins og inniheldur lista yfir allar þær geðraskanir sem þekktar eru. Fyrir hverja röskun eru greiningarviðmið sem gefa til kynna hvaða einkenni þurfa að vera til staðar svo viðkomandi fái greiningu. (American psychiatric Association, e.d-a). Flokkarnir og greiningarviðmiðin voru endurskoðuð í nýjustu útgáfunni þar sem búið er að kortleggja hvernig einkenni birtast á mismunandi aldurskeiðum (American psychiatric Association, e.d.-b).

Í dag er mun meiri umfjöllun um geðheilsu barna heldur en var hér áður fyrr. Nútímasamfélag einkennist af miklum hraða. Börn eru farin að bera ýmis einkenni streitu svo sem svefnerfiðleika, höfuðverki, depurð og sjálfskaðandi hegðun (Hrefna Ólafsdóttir, 2006). Algengara er að börn glími við óróleika og einbeitingaskort heldur en alvarlegar geðraskanir eins og geðklofa en það kemur þó fyrir. Ætla má að um 20% barna og 40% ungmenna glími við geð- og atferlisraskanir. Helstu flokkar geðraskana barna eru þroskaraskanir (þroskahömlun, einhverfa o. fl.), atferlisraskanir (athyglisbrestur með ofvirkni, hegðunarröskun og mótþróaprjóscuröskun), lyndisraskanir (þunglyndi, óyndi, geðhvarfasýki)

og kvíðaraskanir (félagsfælni, áfallastreita, áráttaþráhyggja, og felmtursröskun). Geðraskanir geta verið úthverfar eða innhverfar. Úthverfar geðraskanir eru til dæmis athyglisbrestur og ofvirkni og er sá vandi sem er sjáanlegur og truflar ytra umhverfi einstaklingsins. Innhverfar geðraskanir trufla frekar barnið sjálft og eru ekki eins sjáanlegar öðrum eins og til dæmis þunglyndi (Aldís Unnur Guðmundsdóttir, 2007).

Líffræðilegir þættir eins og erfðir geta verið áhættuþættir geðrænna vandamála. Fylgni hefur sést á milli þess ef annað foreldrið eða bæði eiga við geðræn vandamál að stríða, neyta vímuefna eða hafa brotið af sér að þá eru líkur á að börn þeirra þrói með sér geðræn vandamál (Aldís Unnur Guðmundsdóttir, 2007). Þótt líffræðilegir þættir séu áhættuþættir geðrænna vandamála spilar félagslegt umhverfi stóran þátt. Félaglegt umhverfi mótar hegðun manna og hafa rannsóknir sýnt að fátækt eða slæmt uppeldi eins og vanræksla hafi áhrif á þroska barna. Andlegir þættir og viðhorf barna hafa áhrif á hvernig þau túlka það áreiti sem þau verða fyrir og börn með geðræn vandkvæði eru líklegri til að bregðast verr við með til dæmis reiði og árasargjarnri hegðun (Aldís Unnur Guðmundsdóttir, 2007).

Afleiðingar geðrænna vandkvæða eru einnig mismunandi eftir einstaklingum og geðsjúkdómi. Afleiðingar alvarlegra geðsjúkdóma geta leitt til fötlunar og vímuefnanotkunar. Veikindin geta orðið langvinn sem getur haft áhrif á fjölskyldu, skóla, vinnu og félagslíf (Tómas Zoega, 1993). Geðræn vandkvæði hafa neikvæð áhrif á félagshæfni barna og ungmenna, nám þeirra og tilfinningaþroska (Hrefna Ólafsdóttir, 2006).

3.3 Orsakir og birtingamyndir tvíþætts vanda

Orsakir tvíþætts vanda geta verið flóknar og margþættar. Til dæmis geta fjölskyldusaga, persónueinkenni, umhverfisþættir og áföll verið áhættuþættir í þróun geðrænna vandamála og fíkniefnavanda. Áhættuþættir geta verið mismunandi eftir því á hvaða þroskastigi barn er. Foreldrar hafa til dæmis mikil áhrif á barn á yngri árum meðan jafningjar hafa meiri áhrif eftir því sem barn eldist. Það er algengt að eldri börn og unglingar með geðræn vandamál byrji að nota vímuefni til að gleyma óþægilegum hugsunum, reynslu eða til að fylla upp í tilfinningalegt tóm. Sumir unglingar byrja að neyta áfengis eða vímuefna til að takast á við streituvaldandi þætti (Hawkins, 2009).

Rannsóknir hafa sýnt að ungmenni sem glíma við tvíþættan vanda nota vímuefni í mun meira mæli og yfir lengri tíma heldur en einstaklingar sem glíma við vímuefnavanda einan og sér. Ungmenni með tvíþættan vanda sem fara í vímuefnaferð búa frekar við

fjölskylduerfiðleika eða eiga við erfiðleika í skóla, þau fremja frekar afbrot og er meðferðarheldni verri en meðal þeirra sem glíma við vímuefnavanda einan og sér. Þetta sýnir að ef geðræn vandkvæði eru ómeðhöndluð í vímuefna meðferð spáir það fyrir um erfiðleika í meðferð og jafnvel brottfall. Slæm reynsla í meðferð getur einnig haft áhrif á hvort einstaklingurinn mun leita sér hjálpar aftur (Hills, 2007).

Hjá börnum og ungmönnum með tvíþættan vanda eru einkenni geðræns vanda oft ekki greind sem slík heldur talin vera venjulegar tilfinningalegar sveiflur sem ungmenni upplifa á þessum tíma. Það getur leitt til þess að geðrænn vandi er ekki greindur strax og er einstaklingurinn því í aukinni hættu á alvarlegum vandamálum sem geta verið félagsleg, líkamleg eða tilfinningaleg (Hawkins, 2009). Algengar raskanir meðal ungmenna með tvíþættan vanda eru þunglyndi (e. depressive disorders), kvíðaraskanir (e. anxiety disorders), lyndisraskanir (e. mood disorders), athyglisbrestur með ofvirkni, ADHD (e. attention-deficit hyperactivity disorders) og mótþróaþrjóskuröskun (e. oppositional defiant disorder) (Hills, 2007).

Rassool (2006) lýsir sambandi vímuefna- og geðræna vandans á fjóra vegu. Í fyrsta lagi að geðröskun einstaklings geti leitt til þess að hann ánetjist vímuefnum. Einstaklingar með geðræna vandamál eiga til að þróa með sér vímuefnafíkn vegna þess að vímuefnin minnka einkenni geðröskunarinnar. Önnur ástæða fyrir því að fólk með geðræna vandamál misnoti vímuefni getur verið vegna þátta eins og félagslegrar einangrunar, lélegrar samskiptahæfni, skertrar vitsmunafærni eða fátæktar. Einnig getur tenging við annað fólk eða hópa sem glíma við vímuefnavanda haft áhrif (Rassool, 2006).

Í öðru lagi segir Rassool (2006) að vímuefnaneyslan geti haft breytileg áhrif á geðsjúkdóminn. Talið er að einstaklingar með geðraskanir velji mismunandi vímuefni eftir því hvaða geðröskun þeir eru með og hvernig einkenni þeirra eru. Til dæmis að þeir einstaklingar sem glíma við kvíða eru líklegri til að nota áfengi, ópíum og kannabis meðan sá sem glímur við þunglyndi leitar frekar eftir kókaíni, amfetamíni eða öðrum örvandi efnum (Rassool, 2006).

Í þriðja lagi getur vímuefnanotkun leitt til geðrænna vandkvæða, sem dæmi þá getur einstaklingur með geðræna vandamál verið næmari fyrir vímuefnum en aðrir og þarf því ekki mikið til að ánetjast vímuefnum. Í fjórða lagi getur vímuefnamisnotkun eða vímuefnafráhvörf leitt til geðrænna vandkvæða (Rassool, 2006; Kjartan Jónas Kjartansson, 2012).

Erfitt getur reynst að greina tvíþættan vanda hjá einstaklingum því að erfitt er að sjá hvort geðræna vandamál einstaklings gerir hann viðkæmari fyrir vímuefnum eða hvort

vímuefnaröskunin leiði af sér geðræn einkenni. Einkenni geðsjúkdóma geta einnig verið falin á meðan á vímuefnaneyslu stendur. Þegar viðkomandi nær síðan bata og er edrú í einhvern tíma geta geðsjúkdómseinkenni komið upp, til dæmis einkenni ADHD, einhverfu eða áfallastreituröskunar (Kjartan Jónas Kjartansson, 2012).

Tvíþættur vandi hefur áhrif á margar milljónir ungmenna. Rannsókn var gerð í Bandaríkjunum árið 2014 þar sem gögnum var safnað um börn og ungmenni með geð- og fíknivanda. Rannsóknin leiddi í ljós að af öllum þeim sem glímdu við þunglyndi síðastliðið ár voru 34% af þeim sem neyttu vímuefna. Þeir sem glímdu ekki við þunglyndi en neyttu vímuefna voru 16%. Yfir 70% þeirra ungmenna sem fóru í meðferð vegna vímuefnaneyslu fengu greiningu geðraskana. Um 43% ungmenna sem lögðust inn á geðdeild fengu greiningu vímuefnaröskunar. Börn og ungmenni sem komu að réttarkerfinu voru í meiri hættu á að detta úr skóla, verða atvinnulaus eða verða handtekin á eldri árum. Nær 70% þeirra sem voru í réttarkerfinu höfðu að minnsta kosti einn geðsjúkdóm. Yfir 40% þeirra glímdu við vímuefnafíkn og um 60% glímdu við tvíþættan vanda (Fox, Kanary og Shepler, 2014).

Fjallað hefur verið um helstu skilgreiningar sem snúa að tvíþættum vanda. Vímuefnavandi sem og geðrænn vandi hafa verið skilgreindir og orsakir og afleiðingar hvors vanda fyrir sig teknar til umfjöllunar. Í framhaldi var fjallað um orsakir og birtingamyndir tvíþætts vanda þar sem nánar var farið yfir samband vímuefnavanda og geðræns vanda. Vímuefnavandi og geðrænn vandi eru báðir alvarlegir sjúkdómar og er því mikilvægt að greina erfiðleika barns sem fyrst (Hawkins, 2009). Sjúkdómsflokkunarkerfin ICD-10 og DSM-V eru notuð af fagaðilum til að greina geðrænan vanda og vímuefnavanda (Hrefna Ólafsdóttir, 2006). Samspil geðræns vanda og vímuefnavanda er flókið og því er erfitt að sjá hvort hafi komið á undan geðræni vandinn eða vímuefnavandinn (Kjartan Jónas Kjartansson, 2012). Rannsóknir hafa leitt í ljós að um helmingur þeirra sem glíma við vímuefnavanda þjást einnig af geðrænum vandkvæðum og er því mikilvægt að börn og ungmenni fái viðeigandi þjónustu strax (Fox, Kanary og Shepler, 2014). Í næsta kafla verður fjallað um helstu meðferðarleiðir fyrir ungmenni með tvíþættan vanda ásamt því að kanna nánar hvaða frekari áherslur þurfa að vera í meðferð þeirra. Rætt verður um þau meðferðarúrræði sem í boði eru á Íslandi og hvernig þau mæta þörfum barna og ungmenna með tvíþættan vanda.

4 Meðferðarleiðir fyrir ungmenni með tvíþættan vanda

Samþætt meðferð er einstaklingsmiðuð nálgun sem samanstendur af mörgum meðferðarleiðum, má þar nefna hvatningaviðtöl, hugræn atferlismeðferð, fjölskyldumeðferð og ART-þjálfun. Þessar meðferðarleiðir hafa reynst árangursríkastar fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda. Auk þess verður greint frá meðferðarmódeli sem kallast MultifunC. Í lok kaflans verður farið yfir þau úrræði sem eru í boði hér á Íslandi.

4.1 Samþætt meðferð

Samþætt meðferð (e. integrated model) er samansafn af gagnreyndum aðferðum (e. evidence-based practice) þar sem notast er við að finna bestu og árangursríkustu meðferðarleiðina sem hentar hverjum og einum. Samþætt meðferð hefur þróast út frá tveimur öðrum nálgunum, raðmódeli (e. sequential model) og samhliðameðferð (e. parallel model). Raðmódelið felur í sér að unnið er fyrst með annan vandan síðan hinn, það er að segja ekki á sama tíma. Í samhliðameðferð fær einstaklingur meðferð við bæði vímuefna- og geðræna vandanum á sama tíma en lítil samskipti eru á milli stofnana og meðferðaraðila (Rassool, 2006). Samþætt meðferð byggist á einstaklingsmeðferð þar sem báðir sjúkdómar eru meðhöndlaðir af sér meðferðarteymi á sama tíma og á sama stað. Þetta kemur í veg fyrir að einstaklingar þurfi að leita til mismunandi meðferðaraðila og fá mismunandi ráð (Rassool, 2006). Samþætt meðferð krefst þess að fagaðilar þekki vel og séu þjálfaðir í bæði geðrænum vanda og vímuefnavanda (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, e.d.-b).

Samþætt meðferð leiðir til samfellu, betri árangurs og einfaldari þjónustu. Aukin samskipti milli meðferðaraðila draga úr rangtúlkunum og mismunandi leiðbeiningum. Lykilatriði er að vinna með vímuefnavandann og geðræna vandann samtímis. Áhersla er á langtímameðferð sem byggist á heildarsýn. Væntingar til barnsins þurfa að byggjast á stigvaxandi framförum en gera þarf ráð fyrir bakslögum. Samþætt meðferð hefur sýnt góðan árangur í meðferð fyrir börn og ungmenni og einnig fyrir foreldra þeirra. Niðurstöður rannsókna hafa sýnt að vímuefnaneysla og geðræn einkenni minnka, minni þörf er fyrir innlagnir, meiri fjölskylduvirkni og félagsleg færni verður betri (Fishman, 2015). Meðferðin krefst þess að meðferðaráætlun sé gerð strax í byrjun sem hjálpar til við að finna þá þjónustu sem mætir þörfum einstaklingsins og fjölskyldu hans.

Samvinna skiptir miklu máli og ætti það að vera regla þegar einstaklingur sækir um aðstoð hjá stofnun sem sinnir geðrænum- eða vímuefna vanda að mat sé gert strax (Hawkins, 2009).

Hvatningaviðtal

Hvatningaviðtal (e. motivational interviewing) er einstaklingsmiðuð nálgun sem snýst um að fá skjólstæðinginn til að átta sig á núverandi vanda og afleiðingum hans. Það er gert með samræðum og með því að leiðbeina, hlusta og nota opnar spurningar. Lögð er áhersla á að hvetja einstaklinginn og leiðbeina viðkomandi í rétta átt ásamt því að auka skilning hans á vandamálinu. Með hvatningaviðtali er meðal annars lagt upp með því að losa um tvíbendni (e. ambivalence) en tvíbendi er þegar einstaklingur er á báðum áttum, hann vill eitthvað en vill það samt ekki (Miller og Rollnick, 2013). Oft eru einstaklingar sem neyta vímuefna ekki meðvitaðir um að vímuefnanotkun þeirra hafi áhrif á þá og umhverfi þeirra. Sumir eru meðvitaðir um vandann en hafa ekki viljann til að breyta (Horsfall, Cleary, Hunt, Walter, 2009). Í hvatningaviðtölum þarf fagaðili að taka það jákvæða úr samræðunum, hvetja til breytinga og útskýra fyrir viðkomandi ávinning sem hlýst af breytti hegðun. Mikilvægt er að fagaðilinn útskýri afleiðingar vandans vel og því skiptir sannfæring miklu mál. Fagaðili þarf að hlusta vel, leiðbeina frekar en að stýra, spyrja réttu spurninganna og færa góð rök (Miller og Rollnick, 2013). Hvatningaviðtöl eru mikilvæg strax í byrjun þegar tvíþættur vandi greinist og hefur sýnt mestan árangur ef meðferðin er notuð samhliða annarri meðferð (Horsfall, Cleary, Hunt, Walter, 2009).

Hugræn atferlismeðferð

Hugræn atferlismeðferð (e. Cognitive behavioral therapy) er ein tegund samtalsmeðferðar og er oft notuð samhliða hvatningaviðtali (Hawkins, 2009). Með hugrænni atferlismeðferð er áhersla lögð á einstaklinginn sjálfann og einkenni hans. Enginn er eins og því mismunandi hvað hentar hverjum og einum. Meðferðin gerir ráð fyrir samspili hegðunar, hugsana og tilfinninga. Í meðferðinni er notast við gagnreyndar aðferðir auk fræðslu til að breyta hegðun og hugsunum. Sú hegðun sem á að breyta er skoðuð og tíðni hennar er mæld vikulega og aðferðir eru settar inn til að auka tíðnina. Hér er áhersla lögð á samvinnu og gagnkvæmt traust skjólstæðings og meðferðaraðila. Í hugrænni atferlismeðferð er notast við kerfisbundnar aðferðir til að breyta ákveðnu atferli og nota aðferðir til að hafa áhrif á hugsanir og hugmyndir einstaklinga. Þannig er hægt að minnka til dæmis kvíða, streitu og koma í veg fyrir bakslag (Guðrún Íris Þórsdóttir, 2008).

Samkvæmt hugrænu atferlissjónarhorni er vímuefnanotkun lærd hegðun sem gerist í gegnum samspil af vitsmunalegum þáttum, umhverfisþáttum og styrkingu. Hugræn atferlismeðferð er talin vera mjög árangursrík í meðferð fyrir einstaklinga með geðrænan vanda og einnig í meðferð fyrir vímuefnavanda. Fáar rannsóknir hafa skoðað árangur meðferðarinnar sérstaklega fyrir einstaklinga með tvíþættan vanda, en fagaðilar telja að hugræn atferlismeðferð sé nauðsynleg í meðferð fyrir unglunga með tvíþættan vanda (Hawkins, 2009).

Fjölskyldumeðferð

Foreldrar og umönnunaraðilar gegna mikilvægu hlutverki í stuðningi og í meðferð fyrir ungt fólk. Oft á tíðum fá foreldrar ekki upplýsingar um hvernig best sé að hjálpa börnum sínum, fá ekki upplýsingar um vandann eða fá mismunandi upplýsingar frá mörgum aðilum. Þjónustuaðilar þurfa að hafa í huga hvernig nánustu aðilar geta veitt barninu þann stuðning sem sem það þarf á að halda. Umhyggja, samskipti, samheldni og eftirlit eru tengslapættir milli foreldra og barns sem getur haft áhrif hvort barn þrói með sér vímuefnavanda eða geðræn vandkvæði (Rassool, 2006).

Það eru nokkrar ástæður fyrir því afhverju fjölskyldumeðferð hentar vel einstaklingum með tvíþættan vanda. Börn og ungmenni eru oft á tíðum háð foreldrum sínum hvað varðar fjárhagslegan stuðning. Þessi flókni vandi gerir það að verkum að fjölskyldan upplifir mikið stress og áhyggjur. Fjölskyldumeðferð er mikilvæg því oft þekkir fjölskyldan ekki einkenni og afleiðingar geðrænna vandamála, fíkniefnavanda og hvað þá samspilið þar á milli. Fjölskyldan þarf á praktískum upplýsingum að halda og aðstoð til að þekkja einkennin. Einnig hafa rannsóknir sýnt jákvæð áhrif fjölskyldumeðferðar á einstaklinga með tvíþættan vanda (Mueser og Fox, 2002).

Rannsóknir hafa sýnt að ungmönnum vegna betur ef fjölskyldan er hluti af meðferðinni. Skólasókn eykst og fjölskylduvirknin verður betri (Hawkins, 2009).

ART

ART (e. aggression replacement training) er talin vera árangursrík aðferð til að draga úr slæmri hegðun og hefur mikið verið notuð í skólum, meðferðarheimilum og öðrum stofnunum (Case og Dalley, 2014). Hugmyndafræðin á bak við ART er sú að árásarhegðun á margvíslegar orsakir. Einstaklingar sem glíma við reiði eða árásagjarna hegðun eiga oft við vandamál að stríða eins og slaka félagslega færni, trúa því að reiðin sigri allt auk þess að siðgæðisþroski er ekki mikill. Með félagsfærniþjálfun (e. skillstreaming), reiðistjórnun (e. anger control training) og eflingu

siðgæðisþroska (e.moral reasoning training) er hægt að kenna bæði börnum og fullorðnum að ná stjórn á reiði sinni. Í félagsfærniþjálfun læra einstaklingar jákvæð samskipti þar sem unnið er kerfisbundið með ákveðin atriði. Það er gert með til dæmis umræðum, hlutverkaleikjum eða öðrum verkefnum. Þegar unnið er með reiðistjórnun læra einstaklingar að bregðast við árekstrum, það gera þau með því að rjúfa ferlið með ákveðnum aðferðum og innleiða síðan nýjar leiðir til ná stjórn á reiði sinni. Til að efla siðgæðisþroska fá einstaklingar klípusögur þar sem upp koma siðferðileg álitamál. Síðan rökræða einstaklingarnir í umræðum undir stjórn þjálfara. Rannsóknir hafa sýnt að ART þjálfun auki félagsfærni og dragi úr hegðunarvanda ungmenna (Case og Dalley, 2014; Art á Suðurlandi, e.d.).

4.1.1 MultifunC

MultifunC (e. multifunctional treatment in residential and community settings) er meðferðarmodel sem þróað var af Tore Andreassen. Meðferðin er ætluð ungmennum tólf til átján ára með alvarlegan hegðunarvanda. Stofnunin er fyrir ungmenni sem ekki geta nýtt sér fjölkerfameðferð MST og þurfa vistun utan heimilis (MultifunC, e.d.). MST fjölkerfameðferð (e. multisystemic therapy, MST) er hinsvegar meðferð fyrir börn sem glíma við hegðunarvanda og fer ávallt fram á heimili fjölskyldunnar (Barnaverndarstofa, e.d.-a).

Til eru níu MultifunC stofnanir, fimm stofnanir eru í Noregi, tvær í Svíþjóð og tvær í Danmörku. Einstaklingar fá íbúðarhúsnæði með markvissri samþættri meðferð. Síðan heldur meðferð áfram á heimaslóðum í sirka þrjá til fjóra mánuði. Heildarinnngrip er síðan metið fyrir hvern einstakling en oftast er meðferðin um 10-12 mánuði. Ungmennin dvelja í íbúðarhúsnæði í um sex mánuði. Skipulagning og markmiðssetning fyrir meðferð er gerð í samvinnu við unglínginn og fjölskyldu hans. Prógrammið byggist á vistfræðikenningum, gagnreyndum aðferðum, fjölskyldumeðferð, atferliskenningum og félagsnámskenningum. Notast er við mismunandi aðferðir í ljósi þess hvað hentar hverjum og einum. Notast er meðal annars við hvatningaviðtöl, hugræna atferlismeðferð og ART-þjálfun (MultifunC, e.d.). Þar sem foreldrar er mikilvægir aðilar í lífi ungmenna er notast við fjölskyldumeðferð þar sem foreldrar fá þjálfun í því að eiga góð samskipti við ungmennin. Foreldraþjálfunin fer fram á meðan barn er í meðferð og heldur svo áfram þegar barn kemur heim. MultifunC meðferðin leggur áherslu á að þekkja alla áhættuþætti á öllum sviðum umhverfis hjá einstaklingnum (MultifunC, e.d.).

Á meðan dvöl stendur er áhersla lögð á að breyta hegðun, þjálfu félagslega færni og breyta viðhorfum gagnvart eiturlyfjun og afbrotahegðun. Eftir sex mánuði er gert

árangursmat. Næst tekur við að bæta virkni unglingsins í skólakerfinu og auka jákvæð samskipti við jafningja utan stofnunarinnar ásamt því að styðja fjölskyldu barnsins. Meðferðin samanstendur af mismunandi teymum sem vinna saman. Einn stjórnandi ber ábyrgð á einingunni, svo er einn matshópur sem ber ábyrgð á að meta vandann og búa til meðferðaráætlun fyrir hvern einstakling ásamt því að leiðbeina hinum teyminum í meðferðinni. Einnig er eitt meðferðarteymi sem ber ábyrgð á daglegri meðferð einstaklinganna og eitt kennsluteymi sem styður ungmennin í námi og stuðlar að samskiptum við skólanna. Að lokum er fjölskyldu eftirmeðferðarteymi sem veitir foreldrum stuðning og þjálfun á meðan einstaklingarnir eru í meðferð og einnig eftir að þeir koma heim (MultifunC, e.d.).

4.2 Úrræði á Íslandi

Á Íslandi eru úrræði í boði fyrir börn og ungmenni með geðræn vandamál og önnur úrræði fyrir vímuefnavanda. Hinsvegar skortir úrræði sem henta bæði vímuefna- og geðrænum vanda samtímis (Ríkisendurskoðun, 2015). Börn og ungmenni þurfa á markvissri, aðgengilegri og alhliða þjónustu að halda. Þjónusta á alltaf að byggjast á virðingu og fordómalausri nálgun. Staðsetning þjónustunar og aðgengi að henni skiptir miklu máli ásamt því að umhverfið sé þægilegt og sveigjanlegt. Til að takast á við þarf ungs fólk þarf að leyfa þeim að taka þátt í skipulagningu og framkvæmd þjónustu þeirra (Rassool, 2006). Í þessum hluta verður fjallað um helstu úrræði sem börn og ungmenni með tvíþættan vanda geta nýtt sér.

4.2.1 Úrræði á vegum sveitarfélaga

Börn og ungmenni með tvíþættan vanda og foreldrar geta leitað til þjónustumiðstöðvar í sínu hverfi til að fá upplýsingar og ráðgjöf. Félagsþjónustan leggur áherslu á að hjálpa einstaklingum til sjálfshjálpar með bæði ráðgjöf og öðrum viðeigandi stuðning. Sveitarfélögin bera ábyrgð á fjölbreyttri félagsþjónustu fyrir íbúa sína. Hlutverk félagsþjónustunnar er meðal annars að tryggja fjárhagslegt og félagslegt öryggi íbúanna. Félagsþjónustunni ber skylda að gæta hagsmuna barna og ungmenna auk þess ber að grípa til ráðstafana ef þörf krefur (Reykjavíkurborg, e.d.-a).

4.2.2 Úrræði á vegum barnaverndar

Ríki og sveitarfélög landins bera ábyrgð á barnavernd (Ríkisendurskoðun, 2015). Samkvæmt 12.gr barnaverndarlaga nr. 80/2002 ber barnaverndarnefnd að hafa eftirlit, kanna aðbúnað

og uppeldisskilyrði barna og meta ef barn býr við óviðunandi aðstæður eða eigi í alvarlegum erfiðleikum. Barnaverndanefndir hafa tiltæk úrræði þar sem hagsmunir barna eru ávallt hafðir í fyrirrími (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Þau úrræði á vegum barnaverndar sem mæta þörfum barna með tvíþættan vanda eru fjölkerfameðferð (MST) og meðferðardeildin Stuðlar. Einnig hafa verið í boði meðferðarheimilin Laugarland, Háholt og Lækjarbakki. Börn með tvíþættan vanda geta einnig nýtt sér vistheimilið Hamarskot og í sumum tilfellum eru börn sett í fóstur (Ríkisendurskoðun, 2015).

Fjölkerfameðferð MST

Fjölkerfameðferð MST (e. multisystemic Therapy, MST) er á vegum Barnaverndarstofu og sinnir börnum tólf til átján ára. MST er fyrir börn og ungmenni sem glíma við hegðunavanda en þau þurfa að búa hjá foreldrum sínum til að fá slíka meðferð. MST fer alltaf fram á heimili fjölskyldunnar og snýr að nærumhverfi barnsins svo sem foreldrum, systkinum, vinum, skóla og tólmstundum. MST meðferðin aðstoðar foreldra að takast á við vandamálin ásamt því að reyna að draga úr eða yfirvinna vanda sem barnið glímir við. Meðferðin þykir fullreind eftir þrjá til fimm mánuði en getur lokið fyrr. Meðferðin reynir á samvinnu milli meðferðaraðila, foreldra og skóla. Unnið er út frá meðferðarmarkmiðum sem eru síðan brotin niður í undirmarkmið og tekur hvert markmið mið af hverjum einstaklingi (Barnaverndarstofa, e.d.-a).

Heildarmarkmið MST eru þau að börn og ungmenni búi heima hjá sér, stundi skóla og vinnu. Einnig er markmiðið að börn og ungmenni komist ekki í kast við lögin, noti ekki vímuefni né beiti ofbeldi eða hótunum. Árangur af meðferðinni er síðan skilgreindur út frá landsmarkmiðum og einnig er árangur metinn eftir sex mánuði, tólf mánuði og átján mánuði (Barnaverndarstofa, e.d.-a).

Stuðlar

Á Stuðlum er ein meðferðardeild og önnur lokuð deild sem er neyðarvistun. Pláss er fyrir sex einstaklinga á aldrinum 12 – 18 ára og er miðað er við að meðferð taki um átta til tíu vikur. Ástæður fyrir neyðarvistuninni eru ofbeldi, óupplýst afbrot, vímuefnaneysla eða önnur stjórnlaus hegðun. Hámarkstími vistunar eru 14 dagar í senn. Farið er eftir reglubundinni dagskrá, fræðslu atferlismótandi þrepa- og hlunnindakerfi. Meðferðin er einnig lögð upp eftir þörfum hvers og eins þar sem unnið er með einstaklingsbundin markmið. Greining og meðferð samanstendur af einstaklings- og fjölskylduviðtölum, sálfræðiathugunum og úrvinnslu upplýsinga. Unnið er með einstakling til að efla samskipti, líðan og viðhorf. Börnin

fá þjálfun í félaglegri færni, sjálfsstjórn og einnig fer fram skólanám á vegum Brúarskóla. Eftirfylgd er í samvinnu við meðferðardeild sem getur verið í allt að sex mánuði þar sem áhersla er lögð á samvinnu við skóla eða vinnustaði (Stuðlar, e.d.).

Meðferðarheimili barnaverndar

Þrjú meðferðarheimili eru á vegum Barnaverndarstofu. Lækjarbakki á Rangárvöllum, Laugaland í Eyjarfjarðarsveit og Háholt í Skagafirði. Rými er fyrir samtals 17-20 börn á aldrinum þrettán til sautján ára. Ungmennirnir þurfa að hafa lokið meðferð á Stuðlum til að fá vistun utan heimilis en annars þurfa vel rökstudd gögn að liggja fyrir sem hafa áhrif á ákvörðun (Barnaverndarstofa, e.d.-b).

Háholt er meðferðar- og skólaheimili sem er staðsett í Skagafirði. Skjólstæðingar Háholts eru kallaðir nemendur og eiga við hegðunarvanda að stríða, hafa leiðst út í fíkniefnaneyslu, komist í kast við lögin og eiga í vandræðum í skóla. Dvalartími tekur mið af vanda hvers og eins en varir oftast í hálf ár. Notast er við ART-þjálfun til að auka félagsfærni og sjálfsstjórn ásamt því að fagaðilar notast við hvatningaviðtöl. Markvisst skólanám fer fram á Háholti þar sem tekið er mið af einstaklingsþörfum hvers og eins. Skólanámið er stór þáttur í meðferðarstarfinu ásamt öðru fjölbreyttu starfi. Má þar nefna tómstundir, göngutúra, útreiðar og íþróttaiðkun eins og sund, boltaíþróttir og lyftingar (Barnaverndarstofa, e.d.-c).

Laugaland er staðsett í Eyjarfjarðarsveit og er meðferðarúrræði ætlað fyrir stúlkur á aldrinum þrettán til átján ára með fjölpættan hegðunarvanda. Meðferðin tekur um níu mánuði og fá ungmennirnir helgar-, jóla- og páskafrí en fer eftir því hvernig þeim gengur í meðferð. Ef upp kemur bakslag hjá viðkomandi er samkomulag um að hann komi strax aftur til baka. Skólastarf á Laugalandi fer fram í sérdeild Hrafnagilsskóla þar sem áhersla er lögð á nám, hreyfingu, líkamsrækt og útivist (Barnaverndarstofa, e.d.-d).

Ungmennirnir með hegðunarvanda sem fullreynt hafa önnur úrræði án árangurs fara á Lækjarbakka. Lengd meðferðar er einstaklingsbundin en yfirleitt tekur meðferð um sex mánuði og eftir það tekur við eftirmeðferð í þrjá mánuði. Áhersla er á þátttöku foreldra í þannig meðferðin taki sem skemmstan tíma svo hægt sé að auðvelda aðlögun heima fyrir. Byggt er á atferlismótun, hugrænni atferlismeðferð, fjölskyldumeðferð og hvatningaviðtölum. Einnig er notast við Art-þjálfun til að efla félagsfærni og bæta sjálfsstjórn. Kennsla fer fram á meðferðarheimilinu sjálfu til að efla einstaklinginn og gera honum kleift að setjast á skólabeck að nýju (Barnaverndarstofa, e.d.-e).

Vistheimilið að Hamarskoti

Unglingar með tvíþættan vanda hafa farið á vistheimilið að Hamarskoti en það er ætlað börnum frá 16 ára aldri sem hafa lokið grunnskóla og meðferðar á vegum Barnaverndarstofu. Á Hamarskoti er lagt áherslu á aukið sjálfstæði, stuðning í námi eða starfi. Hamarskot tekur einnig á móti þunguðum konum sem barnaverndarnefnd telur nauðsynlegt að fái aðstoð og meðferð. Á heimilinu dvelja allt að fjögur ungmenni undir 18 ára aldri (Barnaverndarstofa, e.d.-f).

Styrkt fóstur

Með styrktu fóstur fá börn og ungmenni sértæka umönnun og þjálfun á fósturheimili. Hámarkstími er tvö ár þar sem gert er ráð fyrir að annað fósturforeldrið tileinki sér hlutverkið að fullu og þá er hlutverk þess metið sem fullt starf. Til að hægt sé að veita barni styrkt fóstur þarf mál þess að hafa hlotið fullnægjandi rannsóknar af hálfu barnageðdeildar, sálfræðiþjónustu skóla, Stuðla og greiningarstöðvar ríkisins. Tilgangur með styrktu fóstur er að aðstoða barn að ná tökum á vanda sínum og búa það undir eigin framtíð. Styrkt fóstur er öðruvísi en hefðbundið tímabundið fóstur af því leyti að krafa er um samstarf milli fósturforeldra, skóla og heilbrigðisstarfsfólks (Barnaverndarstofa, e.d.-g).

4.2.3 Barna- og unglingsgeðdeild (BUGL)

Barna- og unglingsgeðdeild Landspítalans betur þekkt sem BUGL er deild sem samanstendur af göngudeild og legudeild þar sem á báðum stöðum er veitt bráðþjónusta. BUGL tekur á móti börnum að 18 ára aldri og veitir sérfræðiþjónustu fyrir börn og ungmenni með flókinn samsettan geðrænan vanda. Veitt er þverfagleg þjónusta þar sem tekið er mið af þörfum barnanna og fjölskyldna þeirra (Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir og Linda Kristmundsdóttir, 2015; Landspítali, e.d.). Samkvæmt Bryndísi Guðmundsdóttur og Lindu Kristmundsdóttur tekur BUGL til meðferðar börn sem eru í neyslu. Það hefur gerst að börn með flókinn geðrænanþroskavanda sem eru í meðferð byrji í fíkniefnaneyslu og þá hefur BUGL reynt að leiðbeina foreldrum og meðferðaraðilum í leit að sérhæfðari þekkingu og úrræða varðandi fíkniefnavanda. Hjá BUGL eru ekki sértæk úrræði fyrir vímuefnaneyslu en það kemur fyrir að börn með bæði geðrænan vanda og vímuefnavanda séu lögð inn á legudeild. Tilfelli hafa komið upp þar sem umgjörð legudeildarinnar getur ekki haldið börnum með fíkniefnavanda sem eru einnig með alvarlegan geðrænan vanda. Þá hefur komið upp að ungmenni séu lögð inn á fíknigeðdeild 33A sem er sérhæfð fíknideild fyrir fullorðna. Engin sambærileg deild er fyrir börn og unglings hér á landi (Bryndís Guðmundsdóttir og Linda Kristmundsdóttir, 2015).

4.2.4 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ)

Unglingameðferð er starfrækt hjá SÁÁ og fer fram á Vogu en þar gefst tækifæri til að greina vanda ungmennanna. Einstaklingar sem fara inn á Vog eru ekki sviptir sjálfræði og geta því yfirgefið staðinn þegar þeir vilja. Vímuefnaneysla einstaklingsins er sett í forgang og unnið er því að vinna úr þeim vanda. Þegar einstaklingur er laus við vímuefnaneysluna er lögð áhersla á einstaklingsbundna geðræna- og hugræna meðferð. Fjölskyldan og skólinn sjá um félagslega endurhæfingu og menntun. Á deildinni eru ellefu pláss í tveggja manna herbergjum. Ungmenni á Vogu dvelja þar í átta til tíu daga og þeir sem þurfa ennþá stuðning fá framhaldsmeðferð þar sem stelpur fara á Vík en strákar fara á Staðarfell. Á Unglingadeildinni er einnig áhersla á að greina líkamlega og geðræna sjúkdóma. Unnið er í samvinnu við BUGL þegar meta þarf geðheilsu unglunga. Algengt er að unglingar sem koma í meðferð til SÁÁ hafi hætt í skóla eða vinnu og því er hluti enduhæfingar að styrkja hæfni þeirra í námi og starfi (SÁÁ, e.d.-a).

4.2.5 Vinakot

Vinakot er einkarekið úrræði og bíður upp á búsetuúrræði, heimaþjónustu og inngripsteymi sem er ætluð fyrir börn og ungmenni sem glíma við fjölþættan vanda. Vinakot er ekki eiginlegt meðferðarheimili en einblínir á einstaklingsmiðaða þjónustu sem er unnin í samráði við alla sem koma að máli. Starfsmenn Vinakots hafa reynslu og þekkingu í ummönnun barna og unglunga með tvíþættan og fjölþættan vanda. Markmið Vinakots er að búa skjólstaðingi gott heimili við eðlilegar aðstæður þar sem þörfum barna og ungmenna er mætt (Vinakot, e.d.-a). Heimaþjónusta Vinakots felur í sér þarfagreiningu á þjónustu fyrir fjölskylduna, stuðning og ráðgjöf við foreldra (Vinakot, e.d.-b). Búsetuúrræði Vinakots leggur áherslu á að einstaklingarnir upplifi öryggi og að þau séu velkomin. Hjá Vinakoti er pláss fyrir átta til tíu notendur í langtíma- og skammtímabúsetu þar sem gerð er einstaklingsmiðuð umönnunaráætlun fyrir hvern og einn (Vinakot, e.d.-c).

Það er margt sem þarf að huga að í meðferð fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda. Til umfjöllunar í þessum kafla voru þær meðferðarleiðir sem hafa reynst árangursríkar í meðferð fyrir börn og ungmenni. Fjallað var um samþætta meðferð, hvatningaviðtal, hugræna atferlismeðferð, fjölskyldumeðferð og Art-þjálfum. Samvinna þarf að ríkja milli allra aðila og því er mikilvægt að sérhæft þerfaglegt teymi annist meðferð (Rassool, 2006). Í framhaldi var fjallað um meðferðarmódelið MultifunC en það er úrræði sem mætir þörfum

barna og ungmenna með tvíþættan vanda og byggir á ofangreindum meðferðarleiðum. Fjölskyldan gegnir einnig mikilvægu hlutverki í MultifunC meðferð og hafa rannsóknir sýnt aukinn árangur í meðferð ef fjölskyldan fær að taka virkan þátt (MultifunC, e.d.). Í lok kaflans var fjallað nánar um þau úrræði á Íslandi sem börn og ungmenni með tvíþættan vanda geta nýtt sér. Fjallað var um Þjónustumiðstöðvar sveitafélaganna, úrræði á vegum barnaverndar. Barna- og unglingageðdeild og samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda voru tekin til umfjöllunar en það eru stofnanir sem sérhæfa sig aðeins í öðrum vandanum. Mikilvægt er að þessi úrræði hafi þekkingu á tvíþættum vanda og samspili hans til að hægt sé að mæta þörfum barna og ungmenna með tvíþættan vanda sem best. Að lokum var fjallað um úrræðið Vinakot en það er einkarekið og virðist vera eina úrræðið sem er sérstaklega ætlað fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda. Æskilegt væri að slík úrræði væru einnig í boði hjá ríki og sveitarfélögum.

5 Niðurstöður og lokaorð

Í þessum kafla verða niðurstöður ritgerðarinnar settar fram. Lagt var upp með að svara tveimur rannsóknarspurningum, þær voru „hvaða áherslur þurfa að vera í meðferð fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda?“ og „hvaða úrræði eru í boði á Íslandi fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda?“

Erikson (1963) telur mikilvægt að börn nái þroskaviðmiðum og þrói með sér sjálfstæði, góða sjálfsmynd og aukna sjálfsvitund en það gera þau með stuðningi foreldra sinna og nánasta umhverfis. Barn sem ekki fær stuðning og umhyggju á því erfiðara með að mynda traust, sjálfstæði og iðjusemi. Auk þess eru auknar líkur á að barn þrói með sér geðræn vandkvæði til dæmis kvíða og þunglyndi. Í ljósi þess er mikilvægt að viðeigandi aðstoð hefjist sem fyrst þegar barn á í erfiðleikum. Greina þarf vandann og veita barni og foreldrum stuðning til að koma í veg fyrir frekari vanda. Draga má þá ályktun út frá þroskakeningum að umhverfi og tengslamyndun milli barns og umönnunaraðila séu mikilvæg til að mynda traust og jákvæð geðtengsl. Brestur í tengslamyndun ungbarna getur haft alvarlegar afleiðingar eins og geðræn vandamál og vímuefnavanda (Berk, 2009). Með því að þekkja þessar kenningar og nota þær samhliða greiningarkerfunum ICD-10 og DSM-V hjálpar það fagaðilum að meta vanda hjá börnum í samræmi við aldur þess og umhverfi (Hrefna Ólafsdóttir, 2006).

Erfitt er að greina og meðhöndla tvíþættan vanda. Niðurstöður rannsókna sýndu að börn og ungmenni með tvíþættan vanda sem höfðu farið í vímuefna meðferð gekk verr í meðferð en þeim sem voru með vímuefnavanda einan og sér (Hills, 2007). Út frá því má álykta að börn og ungmenni með tvíþættan vanda þurfi á meðferð að halda þar sem tekið er mið af vímuefna- og geðræna vandanum á sama tíma. Áherslur í meðferð fyrir börn og ungmenni með tvíþættan vanda þurfa að vera sérhæfðari og einstaklingsmiðaðari (Rassool, 2006). Fagaðilar þurfa að þekkja vel geðrænan vanda og vímuefnavanda og samspil þeirra. Starfsmenn þurfa góða þjálfun í mismunandi aðferðum til að geta sinnt þeim flóknu vandamálum sem fylgja tvíþættum vanda. Má þar nefna þjálfun starfsmanna heilsugæslunnar, hjúkrunarfræðinga, skólaráðgjafa og barnaverndarstarfsmanna auk þess að samvinna skiptir máli. Það eykur líkurnar á því að þegar einstaklingur leitar eftir aðstoð að

fagaðili geti metið andlega heilsu og fíkniefnaneyslu viðkomandi strax. Það gæti komið í veg fyrir að ungmönnum sé neitað um þjónustu og þeim beint eitthvert annað (Hawkins, 2009). Þegar ungmenni fer í vímuefnameðferð þarf að hafa í huga að helmingslíkur eru á því að það sé einnig með geðræn vandkvæði og því ætti alltaf að kanna það nánar þegar einstaklingur kemur í vímuefnameðferð. Foreldrar gegna mikilvægu hlutverki þegar barn fer í meðferð og hafa rannsóknir sýnt að meðferðarheldni ungmenna er betri ef fjölskyldan er hluti af meðferðinni auk þess sem það hefur jákvæð áhrif á fjölskylduna alla (Fox, Kanary og Shepler, 2014; Fishman, 2015).

Til að sem bestur árangur náist í meðferð barna og ungmenna með tvíþættan vanda þarf að grípa barn snemma áður en vandinn ágerist. Samþætt meðferð sem er sérhæfð og einstaklingsmiðuð er mikilvægur þáttur sem krefst þekkingar og þjálfunar fagaðila. Samvinna allra aðila skiptir einnig miklu sem og stuðningur fjölskyldu (Rassool, 2006).

Í ljósi þessa er áhugavert að skoða þau úrræði sem eru í boði á Íslandi fyrir ungmenni með tvíþættan vanda. Mörg úrræði sem eru í boði hér á Íslandi eru aðeins sérhæfð í öðrum vandanum, sem leiðir til þess að þau telja sig ekki fær um að sinna bæði geðræna vandanum og vímuefnavandanum samtímis. Má þar nefna Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda og Barna- og unglingageðdeild. Samtökin Olnbogabörn og Landssamtökin Geðhjálp héldu málþing 23. október 2014 um málefni ungmenna með tvíþættan vanda þar sem kom í ljós að eitt af þeim vandamálum sem börn og ungmenni með tvíþættan vanda standa frammi fyrir hér á Íslandi er að þessi hópur og foreldrar þeirra upplifa úrræðaleysi því stofnanir og fagaðilar vinna ekki saman (Eygló Harðardóttir munnleg heimild, 23. október 2014). Auk þess eru mörg úrræði skammtímaúrræði en börn og ungmenni með tvíþættan vanda þurfa á langtímameðferð að halda. Það að ekki sé unnið á erfiðleikunum á sama tíma og engin samvinna er á milli aðila gerir það að verkum að börn og ungmenni flakka á milli stofnanna sem veldur óstöðugleika og flóknu lífi fyrir bæði barnið sjálft og fjölskyldu þess (Hawkins, 2009). Vinakot virðist vera það úrræði sem mætir þörfum þeirra barna og ungmenna sem eru með tvíþættan vanda að mestu leyti en það úrræði er einkarekið og því eru eflaust úrræði á vegum ríkis og sveitarfélaga tekin framyfir (Vinakot, e.d-a).

Í ljósi þessa má draga þá ályktun að skortur sér á heildstæðri stefnumótun fyrir þennan málaflokk hér á landi. Með heildstæðri stefnumótun verða opinberar stofnanir og aðrir aðilar

meðvitaðari um vandann, sem gerir það að verkum að starfsmenn viti hvaða hlutverki þau gegna þegar börn og ungmenni með tvíþættan vanda á í hlut.

Með tilkomu samtakanna Olnbogabörn hefur umræða um vandann aukist hér á landi. Eftir mikla umræðu um tvíþættan vanda er verið að vinna í því að bæta þjónustu fyrir þennan málaflokk. Samkvæmt félags- og húsnæðismálaráðherra á að koma nýtt meðferðarheimili á höfuðborgarsvæðinu fyrir börn og ungmenni. Með því er gert ráð fyrir að meðferðin fari fram í nærumhverfi því flest ungmenni sem þurfa á slíkri þjónustu að halda eru búsett á höfuðborgarsvæðinu. Meðferðarheimilið mun byggjast á norræna meðferðarmódelinu MultifunC. Árangur MultifunC hefur mælst meiri en hjá hefðbundnum meðferðarstofnunum og er sú meðferð ætluð ungmönnum í mikilli áhættu vegna hegðunar- og vímuefnavanda. Með MultifunC er horft á þjónustupörf einstaklingsins og samfelli í þjónustu fram að fullorðinsárum (Þingskjal 345, 2015-2016).

Með tilkomu þessa úrræðis hér á landi væri þörfum barna og ungmenna með tvíþættan vanda mætt. Þar sem lögð væri áhersla á samþætta einstaklingsmiðaða meðferð, stuðning fjölskyldu og samvinnu allra aðila. Þarna myndu fagaðilar vinna saman ásamt því að einstaklingurinn sjálfur og fjölskylda hans taki virkan þátt. Það að betri árangur fái í meðferð fyrir þennan hóp hefur líka jákvæð áhrif á samfélagið í heild, þar sem tvíþættur vandi einstaklings hefur áhrif á svo mörgum sviðum.

Nafn höfundar

Heimildaskrá

- Ainsworth, M. D. S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. og Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New York: John Wiley & Sons.
- Aldís Unnur Guðmundsdóttir. (2007). *Þroskasálfræði. Lengi býr að fyrstu gerð*. Reykjavík, Mál og menning.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V* (5. útgáfa). Washington: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (e.d-a). *DSM*. Sótt 1. nóvember 2015 af <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
- American Psychiatric Association. (e.d-b). *DSM-5*. Sótt 1. nóvember 2015 af <http://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm/dsm-5>
- Arnett, J. J. (2012). *Human development: A cultural approach*. Upper Saddle River, N.J: Pearson.
- Art á Suðurlandi. (e.d.). *Um Art*. Sótt 29. desember 2015 af <http://www.isart.is/um-art/>
- Barnaverndarlög nr.80/2002*
- Barnaverndarstofa. (e.d.-a). *Fjölkerfameðferð-MST*. Sótt 13. nóvember af <http://www.bvs.is/fagfolk/urraedi-barnaverndarstofu/fjolkerfamedferd/>
- Barnaverndarstofa. (e.d.-b). *Meðferðarheimili*. Sótt 2. nóvember 2015 af <http://www.bvs.is/fagfolk/urraedi-barnaverndarstofu/medferdarheimili/>
- Barnaverndarstofa. (e.d.-c). *Háholt*. Sótt 2. nóvember 2015 af <http://www.bvs.is/fagfolk/urraedi-barnaverndarstofu/medferdarheimili/haholt/>
- Barnaverndarstofa. (e.d.-d). *Laugaland*. Sótt 2. nóvember 2015 af <http://www.bvs.is/fagfolk/urraedi-barnaverndarstofu/medferdarheimili/laugaland/>
- Barnaverndarstofa. (e.d.-e). *Lækjarbakki*. Sótt 2. nóvember 2015 af <http://www.bvs.is/fagfolk/urraedi-barnaverndarstofu/medferdarheimili/laugaland/>
- Barnaverndarstofa. (e.d.-f). *Vistheimilið Hamarskoti*. Sótt 2. nóvember 2015 af <http://www.bvs.is/fagfolk/urraedi-barnaverndarstofu/vistheimilid-hamarskoti/>
- Barnaverndarstofa. (e.d.-g). *Fósturráðstöfun*. Sótt 2. nóvember 2015 af <http://www.bvs.is/fagfolk/urraedi-barnaverndarstofu/styrkt-fostur/>

- Beckett, C. og Taylor, H. (2010). *Human Growth and Development*. London: Sage Publication.
- Berk, L. E. (2009). *Child development*. Boston: Pearson Higher Education.
- Bjarni Össurason Rafnar. (2006). Vímuefnavandi hjá ungu fólki. Forvarnir, greining og meðferð. *Geðvernd*,1, 13-17.
- Bowlby, J. (1981). *Attachment and loss*. Harmondsworth: Penguin
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (2000). *A secure base – Clinical applications of attachment theory*. London: Routledge.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspective. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. Í M. Gauvain og M. Cole (ritstjórar.), *Readings on the development of children* (2.útgáfa) (bls. 37-43). New York: Freeman.
- Case, C. og Dalley, T. (2014). *The handbook of Art*. New York: Routledge.
- Embætti landlæknis. (2012-a). *Áhrifaþættir áfengis-og vímuefnaneyslu*. <http://www.landlaeknir.is/um-embættid/greinar/grein/item18842/Ahrifathaettir-afengis--og-vimuefnaneyslu>
- Erikson, E. H. (1963). *Childhood and Society*. New York: Norton & Company
- Fishman, M. (2015). Relationship between substance use disorders and psychiatric comorbidity. Implications for integrated health services. Í Y. Kaminer (ritstjóri), *Youth Substance Abuse and Co-occurring Disorders*. (Kafli 2). Arlington: American Psychiatric.
- Fjölskylduhús. (e.d). *Unglingar og vímuefni*. Sótt 13.nóvember 2015 af <http://fjol-skylduhus.is/unglingar-og-fikniefni/>
- Fox, M. , Kanary, P. og Shepler, R. (2014). Prevalence of youth drug use, Mental health and co-occurring disorder. *Case Western Reserve University*. Sótt 1. nóvember 2015 af <http://begun.case.edu/wp-content/uploads/2015/03/Prevalence-of-Youth-with-COD.pdf>
- Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir og Linda Kristmundsdóttir. (2015). *Barna og unglingsgeðdeild*. Sótt 10. nóvember 2015 af <http://olnbogabornin.is/um-okkur/opid-bref/svor-vid-opnu-brefi-osk-um-svor-vegna-skorts-a-gedheilbrigdisthjonustu-barna-og-ungmenna-i-fikniefnaneyslu/>
- Guðrún Íris Þórsdóttir. (2008). *Hugræn atferlismeðferð við geðklofa*. *Geðvernd*, 37(1), 36-40.

- Hawkins, E. H. (2009). A Tale of Two Systems: Co-occurring mental health and substance abuse disorders treatment for adolescents .*Annual Review of Psychology*, 60, 197- 227.
- Hills, H. A. (2007). *Treating adolescents with co-occurring disorders*. Sótt 28.nóvember 2015 af https://dbhdd.georgia.gov/sites/dbhdd.georgia.gov/files/imported/DBHDD/Training/Videos/COD_Toolkit_09_SouthCoast.ATTC.TreatingAdol.COD.pdf
- Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G.E., Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorder (Dual Diagnosis): A review of empirical evidence. *Harv rev Psychiatry*, 17(1), 24- 34.
- Howe, D. (1995). *Attachment theory for social work practice*. New york: Palgrave.
- Hrefna Ólafsdóttir. (2006). Börn og geðræn vandkvæði. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (ritstjórar), *Heilbrigði og Heildarsýn: félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (bls. 111-127). Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Kjartan Jónas Kjartansson. (2012). Áfengisgjald til að kosta úrræði við sárri neyð er frábær hugmynd. *SÁÁ blaðið edrú*, 11(5), bls. 11.
- Landlæknir. (2014). *ICD-10*. Sótt 26. október 2015 af <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/icd-10/>
- Landspítali. (e.d). *Barna-og unglingsgeðdeild*. Sótt 10.nóvember 2015 af http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Sjuklingar-og-adstandendur/Sjuklinga-fraedsla---Upplýsingarit/BUGL/Bugl_b%C3%A6kl_endursk_13-05-2014.pdf
- Lára Björnsdóttir. (2006). Heildrænt skipulag í heilbrigðis- og félagsþjónustu. Í Sigrún Júlíusdóttir og Halldór Sig. Guðmundsson (Ritstjórar), *Heilbrigði og heildarsýn: Félagsráðgjöf í heilbrigðisþjónustu* (49-61). Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Miller, W.R. og Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3. útgáfa). New York: The Guildford Press.
- Mueser, K.T., Drake, R. E. og Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: A review of etiological theories. Addictive behaviors. *Psychiatric Research Center*, 23(6), 717-734.
- Mueser, K. T. og Fox, L. (2002). A family intervention program for dual disorders. *Community Mental Health Journal*, 38(3), 253-270.
- MultifunC. (e.d). *Multifunctional treatment in residential and community settings*. Sótt 20.nóvember 2015 af http://www.multifunc.org/html/english_.html
- National Institute on Drug Abuse. (2014). *What drugs are most frequently used by adolescents?* Sótt 20.nóvember 2015 af <http://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/frequently-asked-questions/what-drugs-are-most-frequently-used-by-adolescents>
- Olnbogabörninn. (e.d). *Um okkur*. Sótt 10.nóvember 2015 af <http://olnbogabornin.is/um-okkur/>

- Rassool, G. H. (2006). *Dual diagnosis nursing*. Oxford: Blackwell Publishing
- Reykjavíkurborg. (e.d-a). *Velferðarsvið*. Sótt 20.september 2015 af <http://reykjavik.is/skrifstofaogsvið/velferðarsvið>
- Ríkisendurskoðun. (2015). *Staða barnaverndarmála á Íslandi*. Sótt 23.september 2015 af <http://www.ríkisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/barnaverndarmal.pdf>
- SÁÁ. (e.d-a). *Unglingameðferð*. Sótt 16.október 2015 af <http://saa.is/medferdir/unglingamedferd/2/>
- Sigrún K. Bjarkardóttir, Ragnheiður Elísdóttir og Geir Gunnlaugssoon. (2006). Heilsuvernd barna og fræðsla um áfengi og vímuefni. Könnun meðal hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og lækna. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 82(4), 40-45.
- Sigurjón Björnsson. (1986). *Erik H. Erikson. Ævi hans og kenningar um unglingsárin*. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- Stuðlar. (e.d). *Meðferðardeild og eftirmeðferð Stuðla*. Sótt 20.september 2015 af http://studlar.is/index.php?option=com_content&view=article&id=54:meefereardeild&catid=36:meefereardeild&Itemid=27
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (e.d-b). *Definitions and terms relating to co-occurring disorders*. Sótt 12. Nóvember 2015 af : <http://store.samhsa.gov/shin/content//PHD1130/PHD1130.pdf>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (e.d-a). *Substance use disorders*. Sótt 10. Nóvember 2015 af: <http://www.samhsa.gov/disorders/substance-use>
- Sudbery, J. (2010). *Human Growth and Development: An introduction for social workers*. New York: Routledge
- Sæunn Kjartansdóttir (2010). Við vissum það ekki þá en við vitum það núna. Um áhrif fyrstu árána á börn og fullorðna. Í Salvör Nordal, Sigrún Júlíusdóttir og Vilhjálmur Árnason (ritstjórar), *Velferð barna, gildismat og ábyrgð samfélags* (bls.133-143). Reykjavík: Siðfræðistofnun Háskólaútgáfan.
- Tómas Zoega. (1993). Endurhæfing. *Geðvernd*, 93(1), 23-26.
- Velferðarráðuneyti. (e.d-a). *Áfengi og önnur vímuefni: staðan nú og tillögur að stefnumótun*. Sótt 14. október 2015 af <http://www.velferðarraduneyti.is/media/Gedskyrsla/53kafli.pdf>
- Velferðarráðuneytið. (2013). *Skýrsla nefndar um samhæfða þjónustu við börn með alvarlegar þroska- og geðraskanir*. Sótt 20.september 2015 af <http://www.bvs.is/media/rannsoknir-i-bv/Skyrsla-um-samhaefda-thjonustu.pdf>
- Vinakot. (e.d-a). *Um okkur*. Sótt 15.nóvember 2015 af <http://www.vinakot.com/#!umokkur/c5mn>

Vinakot. (e.d-b). *Heimajónusta*. Sótt 15. Nóvember 2015 af <http://www.vinakot.com/#!heimajonusta/c11ql>

Vinakot. (e.d-c). *Búsetuúrræði*. Sótt 15.nóvember 2015 af <http://www.vinakot.com/#!bseturri/c1dcx>

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization

Þingskjal 345. (2015-2016). Svar félags- og húsnæðismálaráðherra við fyrirspurn frá Heiðu Kristínu Helgadóttur um sérhæfð úrræði fyrir börn. *Alþingistíðindi A-deild*, Sótt 15.nóvember 2015 af <https://www.althingi.is/altext/pdf/145/s/0345.pdf>