

## Hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi

Er hægt að nota hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi?

---

Lovísa Dögg Viggósdóttir

### HUG- OG FÉLAGSVÍSINDASVIÐ

Lokaverkefni til

BA gráðu í sálfræði

Félagsvísindadeild

Maí 2017

# Hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi: Er hægt að nota hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi?

Lovísa Dögg Viggósdóttir

12 eininga lokaverkefni  
sem er hluti af  
*Bachelor of Arts-prófi í sálfræði*

Leiðbeinandi/ráðgjafi  
Dr. Gísli Kort Kristófersson

Félagsvísindadeild  
Hug- og félagsvísindasvið  
Háskólinn á Akureyri  
Akureyri, maí 2017

Titill: Hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi: Er hægt að nota hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi?

Stuttur titill: Hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi.

12 eininga lokaverkefni sem er hluti af Bachelor of Arts-prófi í sálfræði

Höfundarréttur © 2017 Lovísa Dögg Viggósdóttir

Öll réttindi áskilin

Félagsvísindadeild

Hug- og félagsvísindasvið

Háskólinn á Akureyri

Sólborg, Norðurslóð 2

600 Akureyri

Sími: 460 8000

Skráningarupplýsingar:

Lovísa Dögg Viggósdóttir, 2017, B.A. verkefni, félagsvísindadeild, hug- og félagsvísindasvið, Háskólinn á Akureyri, 61 bls.

Prentun: Prentmet

Selfoss, maí, 2017

Ég lýsi því hér með yfir að ég ein er höfundur þessa verkefnis og að það er ágóði eigin rannsókna

---

Lovísa Dögg Viggósdóttir

Það staðfestist hér með að lokaverkefni þetta fullnægir að mínum dómi kröfum til B.A.-prófs við Hug- og félagsvísindadeild.

---

Gísli Kort Kristófersson

## Útdráttur

Upphaflega var hugtakið meðvirkni notað um aðstandendur fíkla en í dag er það notað í mun víðtækari merkingu. Ekki ríkir samstaða um hvernig eigi að flokka meðvirkni sem er, eftir því við hvern er rætt ýmist sjúkdómur, fíkn, fjölskylduvandamál eða lærd hegðun. Einnig eru lýsingar á grunneinkennum meðvirkni breytileg milli fræðimanna og má þar nefna afneitun, skortur á tilfinningalegri tjáningu, lítil sjálfsvirðing, stjórnsemi, skömm, reiði, vonleysi og raunveruleikafloitti. Meðvirkni hefur ekki verið tekin inn í DSM eða ICD en þó eru stofnanir og samtök sem eru með sértæk úrræði við meðvirkni og má þar nefna Al-Anon, CoDA og Lausnin fjölskyldumiðstöð. Einstaklingar virðast oft fá einhvern bata á vanlíðan sinni hjá þessum samtökum en ástæðan á bak við batann er að einhverju leiti dulin. Gæti verið að ástæðan sé trú, fylgispekt, kraftur þess að vera í hóp eða að finna að maður er ekki einn um þessa líðan? Eða eru þessi samtök búin að finna lausn við ástandinu þrátt fyrir fjölbreytt og ólík viðmið? Klínískar leiðbeiningar eiga að vera þannig úr garði gerðar að þær auðveldi greiningu og meðferð við kvilla, en það vekur spurningar hvort það sé mögulegt að meðhöndla ástand sómasamlega þegar það er túlkað á eins fjölbreyttan og víðan hátt eins og raunin er með meðvirkni. Getur klínísk- vinna og leiðbeiningar verið byggðar á geðþóttaákvörðun hvers fagaðila fyrir sig, sem eru sniðnar að þeim hugmyndum sem að sá einstaklingur hefur um meðvirkni? Ef svo er raunin hvers vegna er þá verið að eyða bæði peningum, tíma og vinnu í flokkunarkerfi eins og DSM og ICD? Gífurlegir hagsmunir eru í húfi bæði fyrir einstaklinga, samfélagið og sértæku úrræðin ef verið er að greina ástand einstaklings sem frávik sem þarfnast meðhöndlunar, sem eru ef til vill eðlilegar mannlegar tilfinningalegar sveiflur á æviskeiðinu. Eftir rannsóknarvinnu ritgerðarinnar er það mat höfundar að hugtakið meðvirkni uppfylli ekki þau skilyrði sem þarf til að teljast nothæft til klínískrar vinnu.

## Abstract

Originally the concept codependency was used about relatives of addicted person but to day it's used in much extensive way. There is no consensus present about how to classify codependency and it depends on who you talk to how it is interpreted, it can be disease, addiction, family problem or learn behavior as an example. Prime symptoms of codependency are also very changeable between scholars and to mention few they are said to be denial, lack of emotional expression, little selfesteem, dictatorship, anger, shame, hopelessness and attempts to escape from reality. Codependency has not been included in DSM or ICD but never the less there are institutions wich are abstract solution for codependency, for example Al-Anon, CoDA and Solution familycenter (Lausnin fjölskyldumiðstöð). It seems like person often get some healing from their misery in these institutions but why is in some way unknown. The answer could lay on their faith, conformity, the power of being in a group or to find that you are not alone with these feelings. On the other hand could it be that those institutions have found the solution for this condition despite of varied and different norms? Clinical instructions are suppose to be a helping tool to make it easier to analyze and find treatment for ailment, therefore it is questionable to treat condition like codependency that has been interpreted in such a wide and changeable ways. Can clinical- work and instructions be based on arbitrary decision or personal whim from each specialist which are shaped to their idea about codependency? If that is the case why are we spending money, time and work to make system like DSM and ICD? It is in enormous interests for individual, society and the abstract soulutions if people are being analysed as exeption that need treatment, when maybe it is normal human emotional variation in their life span. After the research work from this essay it is the authors valuation that the concept codependency is not fulfilling the precondition you need to count as useable in clinical work.

### Þakkarorð

Ég vil þakka leiðbeinanda mínum Dr. Gísla Kort Kristófersyni fyrir veitta aðstoð við vinnslu ritgerðarinnar. Hugmyndir mínar um málefnið tóku breytingum eftir því sem leið á verkefnið og með aðstoð Gísla náði ég aftur ákveðnu jafnvægi og skrifin gátu haldið áfram. Einnig vil ég þakka bróður mínum Hlyni Frey Viggóssyni viðskiptalögfræðingi fyrir yfirlestur og hjálp við uppsetningu. Sem og öllum þeim sem að nenntu bæði að hlusta og rökræða við mig um málefni ritgerðarinnar.

## Efnisyfirlit

1.	Inngangur .....	1
1.1.	Vandamál og víðtæk notkun hugtaksins meðvirkni .....	1
1.2.	Kvenleg einkenni og líkindi milli einkenna meðvirkni og kvíða .....	4
1.3.	Aðstandendur fíkla virðast ekki líklegri en aðrir að sýna einkenni meðvirkni .....	5
1.4.	Tilgangur ritgerðarinnar .....	6
1.5.	Útskýringar á helstu hugtökum.....	6
2.	Hugtakið meðvirkni .....	8
2.1.	Saga .....	8
2.2.	Skilgreining hugtaksins .....	9
2.2.1.	Sjúkdómur.....	9
2.2.2.	Í tengingu við fíkn.....	10
2.2.3.	Lærð hegðun og fjölskylduvandamál .....	11
2.2.4.	Kvenleg nálgun .....	11
3.	Skilgreiningar samtaka á Íslandi gegn meðvirkni.....	14
3.1.	SÁÁ .....	14
3.2.	CoDA.....	15
3.3.	Lausnin fjölskyldumiðstöð .....	15
4.	Rannsóknir á meðvirkni .....	17
4.1.	Gagnrýni á hugtakið .....	22
5.	Mælitæki og mikilvægi þess .....	26
5.1.	Spann-Fischer Codependency Scale.....	28
5.2.	Potter-Efron Codependency Assment .....	28
5.3.	Codependency Assessment Tool, CODAT .....	28
5.4.	ICOD .....	29
5.5.	Mælitæki SÁÁ og Lausnarinnar.....	30



6.	Sértæk úrræði í boði á Íslandi fyrir meðvirkni.....	32
6.1.	Al-Anon og Alateen.....	32
6.2.	CoDA.....	35
6.3.	Lausnin fjölskyldumiðstöð .....	36
6.4.	Hagsmunir fyrirtækja.....	36
7.	Mögulegar ástæður fyrir bata.....	38
7.1.	Trú á bata og æðri mátt.....	38
7.2.	Placebo áhrif .....	39
7.3.	Hópar .....	39
7.4.	Fylgispekt .....	40
8.	Niðurstöður og umræður.....	42
	Heimildarskrá .....	46

### Töfluyfirlit

Tafla 1.....	13
Tafla 2.....	16
Tafla 3.....	21
Tafla 4.....	29
Tafla 5.....	41

## 1. Inngangur

Hugtakið meðvirkni (e. codependency) er mikið notað, en ekki er skýrt og greinilegt hvað fellur undir það að vera meðvirkur. Í þessari ritgerð verður reynt að komast að því hvort að unnt sé að nota hugtakið í klínískri vinnu. Það virðist vera okkur mönnunum eðlislægt að vilja skilgreina hlutina, þegar tilfinningar eða hegðun hafa fengið nafn er oftast en ekki auðveldara að sætta sig við þá fylgifiska sem af þeim leiðir. Það að líðan eða hegðun sé óskilgreind getur valdið óþægindum og jafnvel kvíða. Það hefur því meðal annars verið brugðið á það ráð að greina nær alla hegðun eða tilfinningar og setja eitthvert nafn á ástandið, þó að vitaskuld er það ekki eina ástæðan fyrir greiningum. En með þessari greiningartilhneigingu okkar erum við að setja ákveðin stimpil á einstaklinginn og segja að hann sé frávik frá því sem eigi að teljast eðlilegt. Eitt dæmi um þetta er notkunin á hugtakinu meðvirkni, ekki hafa fundist sameiginleg greiningarskilmerki á meðvirkni en samt eru heilu stofnanirnar sem veita sérhæfða aðstoð við fyrirbærinu.

Hugtakið þróaðist í meðferð á fjölskyldum alkahólista í kringum 1940, hegðun þeirra var talin afleiðing af sambúð við einstakling í neyslu. En í ljós kom að þó að alkahólistinn hætti neyslu þá sýndi fjölskyldan enn sömu hegðun (Hammer, Martsolf og Zeller, 1998). Árið 1973 kom Vernon Johnson fram með hugtakið með-alkahólisti (e.co-alcoholism) og átti þá við aðstandendur fíkla. Árið 1979 var byrjað að nota hugtakið meðvirkni (e. codependent) um þann hóp sem áður var nefndur með-alkahólisti en notað var háðir (e. dependent) um fíklana sjálfa (Whitfield, 1991). Hér eftir verður talað um þá sem misnota áfengi eða aðra vímugjafa sem fíkla.

### 1.1. Vandamál og víðtæk notkun hugtaksins meðvirkni

Ýmsar skilgreiningar hafa komið fram á hugtakinu meðvirkni en þar sem ekki er komin sameiginleg niðurstaða er erfitt að segja nákvæmlega hvaða einkenni falla undir meðvirkni. Þegar farið er í gegnum rannsóknagreinar um meðvirkni er algengt að tiltekið sé að þrátt fyrir

---

takmarkaðar rannsóknir sem styðja við meðvirkni er það ein mest notaða tilgáta til að útskýra hegðun og atferli aðstandenda fíkla. Þetta vinnuferli stangast á við vísindalega vinnu, Wilhelm Wundt sem oft er talinn vera upphafsmaður tilrauna sálfræðinnar lagði mikla áherslu á rannsóknir og vísindalega vinnu. Wundt sagði að til þess að hægt væri að rannsaka tiltekið fyrirbæri yrði það að vera mælanlegt og að hægt væri að endurtaka rannsóknina aftur á sama hátt við sömu aðstæður og fá sömu niðurstöðu og áður (Asthana, 2015). Til að mæta þessum hugmyndum Wundts verður að liggja fyrir skýr skilgreining á því sem verið er að rannsaka en svo er ekki raunin með meðvirkni hugtakið. Mikilvægt er að skilgreina hugtakið vel og náð sé sáttum um eina skilgreiningu á viðfangsefninu svo að hægt sé að nota það í klínískri vinnu, það er að segja ef meðvirkni er þá til. Klínísk vinna er starf þar sem unnið er með sjúkdóma og sjúkdómsmeðferðir (Íslensk orðabók, e.d.). Notkun klínískra leiðbeiningar hefur aukist á 21. öld, þær hafa það markmið að bæta gæði ummönnunar og heilsu sjúklinga og um leið minnka breytileika í meðferðum og þannig stuðla að skilvirkri meðferð sem og notkun á fjármunum heilbrigðiskerfisins (Kryworuchko, Stacey, Bai og Graham, 2009). Skilgreining Embættis landlæknis á því hvað klínískar leiðbeiningar eru og hvers vegna þær eru notaðar er svo hljóðandi:

Klínískar leiðbeiningar (clinical guidelines) eru leiðbeiningar (ekki fyrirmæli) um verklag, unnar á kerfisbundinn hátt, til stuðnings starfsfólki í heilbrigðisþjónustu og almenningi við ákvarðanatöku við tilteknar aðstæður. Þær taka mið af bestu þekkingu á hverjum tíma og eru lagðar fram í því skyni að veita sem besta meðferð með sem minnstri áhættu án óhóflegs kostnaðar. (Embætti landlæknis, 2015)

Til að mæta þeim skilyrðum sem fólgnar eru í klínískri vinnu er nauðsynlegt að allir vinni eftir sömu skilmerkjum, en gagnrýnendur hafa bent á að meðvirkni hafi ekki greiningarskilmerki og þar af leiðandi hefur ekki reynst gerlegt að skapa greinilegar klínískar leiðbeiningar (Anderson, 1994). En ef meðvirkni er eitthvað sem er í raun og veru til þá mætti álykta sem svo að hægt

væri að láta það falla undir klínísk viðmið. Í meðhöndlun á röskun eða sjúkdóm er eitt frumskilyrðanna að hægt sé að greina viðkomandi fyrirbæri, en með greiningu er verið að finna út hvort sértæk frávik séu í hegðun og ef svo er hvers eðlis eru þau þá. Með greiningunni er hægt að grípa til viðeigandi íhlutunar sem eykur líkurnar á því að árangur náist (Heilsugæslan, e.d).

Þó ólíkar skilgreiningar séu á einkennum meðvirkni þá eru þær flestar sammála um það að lífsgæði þess meðvirka sé töluvert skert. En velta má því fyrir sér hvort að verið sé að gefa samansafni einkenna eitthvert nafn til þess að einstaklingur sættist betur við örlög sín. Chiazzi og Liljegren efuðust um gildi hugtaksins meðvirkni og sögðu það jafnvel vera sjálfsfullnægjandi forsögn. Það að fá nafn á ástand sitt gerði það að verkum að einstaklingur ætti auðveldara með að lifa með sjálfum sér heldur en ef að líðan hans væri óskilgreind (Fuller og Warner, 2000). Eru kannski líkur á því að verið sé að sjúkdómsvæða eðlilegar sveiflur á æviskeiði einstaklings sem óvenjulegar eða sem röskun (Moynihan, Doust og Henry, 2012)? Meðvirkni hefur meðal annars verið skilgreint sem afneitun, lítil sjálfsvirðing, stjórnsemi og raunveruleikaflótti (CoDA, 2011). Lausnin fjölskyldumiðstöð (e.d.-a) segir að meðvirkni sé meðal annars viðhorf, viðbrögð og tilfinningar sem gera lífið sársaukafullt, en þetta eru augljóslega býsna breið og almenn viðmið. Gæti verið að hagsmunir þeirra samtaka sem bjóða upp á sértæk úrræði fyrir meðvirkni ráði einhverju um það hversu víð og óskýr einkennin eru sögð vera? Þeim mun víðari sem skilgreiningarnar eru þeim mun meiri líkur eru á því að fleiri einstaklingar flokkist undir þau, sem þýðir fleiri meðlimi fyrir þessi samtök. En án einstaklinga sem taldir eru meðvirkir væru þessi samtök að öllum líkindum ekki starfandi, og stærri hópur þýðir aukna veltu sér í lagi fyrir samtök eins og Lausnin fjölskyldumiðstöð sem ekki er gjaldfrjáls.

Tilviljunarkenndar greiningar á meðvirkni geta komið í veg fyrir að sérfræðingar sjái aðrar orsakir sem þyrftu sérstaka athygli þeirra. Þeir sem tala um meðvirkni geta illa gert grein

---

á milli alvarlegs sjúkdómsástands og minniháttar vandamála, og sé það tekið inn í er hugtakið merkingarlaust greiningarlega séð. Í raun er meðvirkni ekki greining heldur margbreytileg einkenni. Gorski sagði að ef ekki er hægt að útiloka að einstaklingur sé með einkenni meðvirkni þá er ekki heldur hægt að segja að hann sé með þau einkenni og því talaði hann um þetta sem ruslafötu greiningu (e. garbage-can diagnosis) (Anderson, 1994).

## 1.2. Kvenleg einkenni og líkindi milli einkenna meðvirkni og kvíða

Fleiri konur en karlar eru sagðar vera með einkenni meðvirkni, en mörg þeirra atriða sem talin eru til meðvirkni eru ýkt einkenni sem oft eru tengd svokölluðum kvenlegum gildum og því mætti segja að verið sé að sjúkdómsvæða kvenlegu einkennin. Kvenlegum einkennum er meðal annars lýst þannig að þær sameina, klára og gera heilt (Archip, 2014), ef skoðuð er lýsingin á einkennum meðvirkni þá er einstaklingurinn meðal annars að reyna að stjórna aðstæðum og er í afneitun um neikvæða atburði og hegðun því hann vill sameina alla og gera heila.

Það má finna mörg sameiginleg einkenni með kvíða persónuleikaröskun og þeim einkennum sem sögð eru vera í meðvirkni. Greiningarskilmerki í ICD-10 fyrir kvíða persónuleikaröskun (e. anxious personality disorder) eru meðal annars að „finna fyrir spennu og hræðslu, óöryggi og vanmátt, stanslaus þörf fyrir að öðrum líki við mann og sé samþykktur, ótti við höfnun og gagnrýni og tilhneiging til að forðast hluti vegna væntanlegrar hættu í daglegum athöfnum“. (World Health Organization, 2016). SÁÁ (samök áhugafólks um áfengis-og vímuefnavanda) skilgreinir meðvirkni á fyrsta og öðru stigi (sjá kafla um skilgreiningar samtaka á Íslandi gegn meðvirkni ) á þá leið að aðstandandinn passar að umheimurinn komist ekki að því að ástvinur sé fíkill sem má tengja við síðasta punktinn á skilgreiningunni við kvíða það er tilhneiging til að forðast hluti. Einnig mætti segja að ótti við höfnun og gagnrýni, spenna, óöryggi, vanmáttur og að öðrum líki við mann séu meðal einkenna sem SÁÁ talar um á öllum fjórum stigunum (SÁÁ, e.d.). Þó talið sé að flestar fjölskyldur fíkla

sýni þá hegðun sem sögð er vera meðvirkni hefur ekki verið sýnt fram á að það einskorðist við þann hóp, og hefur því verið haldið fram að mun fleiri hópar sýni þessa hegðun eins og börn ofsatrúarfólks eða vinnualka (Anderson, 1994).

Árið 1935 voru AA samtökin (Alcoholics Anonymous) stofnuð en þau þróuðu svo seinna 12 spörin sem nú eru notuð um allan heim bæði með fíklum og þeim sem taldir eru vera meðvirkir (Whitfield, 1991). Misjafnar skoðanir eru um ágæti þessara spora, Wetzel sagði að með því að setja meðvirkar konur í 12 spörin er trú þeirra aukin á vanmátt sinn og að þær séu veikar. Hann sagði að í staðin fyrir að láta þær skilgreina sig sem veikar ætti að auka meðvitund þeirra og að þær væru í raun kúgaðar (Anderson, 1994).

### **1.3. Aðstandendur fíkla virðast ekki líklegri en aðrir að sýna einkenni meðvirkni**

Sumir telja að þó nokkur ofnotkun hafi verið á hugtakinu meðvirkni og vill SÁÁ að það sé einungis notað yfir aðstandendur sem búa með fíklum (SÁÁ, e.d.). En ekki eru allir aðstandendur sem sýna einkenni meðvirkni. Til að mynda sýndi rannsókn ekki marktækan mun á milli sjálfsálits kvenna sem áttu foreldra sem voru alkahólistar og þeirra sem ekki áttu þannig foreldra. (Anderson, 1994). Einstaklingar eru gjarnan stimplaðir út frá fjölskyldu sinni. Til dæmis er það nokkuð útbreitt viðhorf að þau börn sem alast upp hjá fíklum hafi ríkari tilhneigingu heldur en þau sem ekki alast upp hjá fíklum til að sýna einkenni meðvirkni. En rannsókn á háskólanemum sýndi aðrar niðurstöður. Annar hópurinn ólst upp á heimili með minnst annað foreldri sem var fíkill en hinn hópurinn átti ekki foreldra sem voru fíklar. Niðurstöður sýndu að fyrri hópurinn var ekki líklegri til að þróa með sér meðvirkni, skilgreining þeirra á meðvirkni var að vera í vörn og vangeta til að viðurkenna eðlileg vandamál og eigin takmarkanir. (Jones, Perera-Diltz, Dilani, Salyers, Laux og Cochrane, 2007)

#### 1.4. Tilgangur ritgerðarinnar

Hugtakið hefur verið ofnotað eins og áður sagði og nánast allir taldir geta sýnt einkenni meðvirkni. Það er breytilegt undir hvaða flokk meðvirkni hugtakið fellur, en yfirleitt er talað um sjúkdóm, fíkn eða lærða hegðun. En þekktur fjölskylduráðgjafi að nafni Gus Napier sagði að það væri fásinna að kalla meðvirkni sjúkdóm, réttara væri að tala um menningarlegt skilyrt viðbragð, það er ofurvirk manneskja í sambandi við óvirka manneskju (Anderson, 1994). Í þessari ritgerð verður leitast við að svara því hvað meðvirkni er og hvort mögulegt sé að nota það í klínískum tilgangi? Til þess að svara þessari spurningu verður farið yfir sögu hugtaksins og skilgreiningar. Einnig verður farið yfir rannsóknir á viðfangsefninu, fjallað um mælitæki sem notuð hafa verið til að mæla meðvirkni í einstaklingum í gegnum tíðina og hvaða sértæku úrræði eru í boði á Íslandi. Til glöggvunar á þeim fjölbreyttu skilgreiningum sem eru á hugtakinu verða þær dregnar inn í töflu þar sem við á.

#### 1.5. Útskýringar á helstu hugtökum

**Klínískar leiðbeiningar**- hafa verið þróaðar kerfisbundið að hverjum sjúkdómi fyrir sig og innihalda gagnreynda þekkingu á viðfangsefninu. Mikilvægt er að meðferðir séu bæði árangursríkar fyrir sjúklinginn og hagkvæmar fyrir heilbrigðiskerfið, en ónauðsynlegar meðferðir eru kostnaðarsamar. Þróun klínískra leiðbeininga geta minnkað sjúkdóms- og dánartíðni og aukið skilvirkni. Með þessum leiðbeiningum er gefinn upp rammi sem gefur fagfólki færi á að réttlæta meðferðarúrræðin sem og að bæta samvinnu milli heilbrigðisstarfsfólks þar sem allir vinna eftir sama kerfi. Vel gerðar klínískar leiðbeiningar eru sterkt verkfæri í höndum fagfólks, þær aðstoða við greiningu sjúkdóma og að finna viðeigandi meðferðir. En að sama skapi geta illa gerðar klínískar leiðbeiningar haft þær afleiðingar að þær bera ekki árangur, verið skaðlegar eða einfaldlega tilgangslaust inngríp (Miller og Kearney, 2004)

**Fíkn og fíkill-** Fíkn er skilgreind sem samansafn af hegðunar, hugrænum og líkamlegum þáttum sem kemur til vegna endurtekinna notkunar efna eins og áfengis, kannabis eða annarra löglegra og/eða ólögra vímuefna. Því fylgir yfirleitt mikil löngun í efnið og erfiðleikar við að stjórna neyslunni eða sleppa henni þrátt fyrir skaðlegar afleiðingar fyrir einstaklinginn eða aðra. Neyslan er tekin fram yfir allt annað, þol gagnvart efninu eykst og oft koma líkamleg fráhvarfseinkenni sé neyslu hætt. Fráhvarfseinkenni geta falið í sér óráð og krampa (ICD-10, 2016-a). Íðulega er talað um þann sem haldinn er fíkn sem fíkil.



---

## 2. Hugtakið meðvirkni

### 2.1. Saga

Hugtakið meðvirkni þróaðist í meðferð á fjölskyldum alkahólista (hér eftir fíkla). Talið var að orsök hegðunarinnar sem lýst var sem meðvirkni væri álagið af því að búa með fíkli. En eftir nánari rannsóknir kom í ljós að þrátt fyrir að fíkillinn tæki sig á þá sýndi fjölskyldan enn sömu hegðun og jafnvel að vandinn ykist. Því var talið að þetta tvennt, það er hegðunarmynstur aðstandenda og fíkn fíkilsins væri ekki sama fyrirbærið (Hammer, Martsolf og Zeller, 1998). Svo virðist sem að meðvirkni hegðunin eigi rætur að rekja til æsku einstaklinganna, því þegar farið var að skoða sögu aðstandenda fíklanna kom í ljós að margir þeirra höfðu átt foreldra sem voru alkahólistar eða þá að ummönnumaraðili hafi vanrækt þau á einhvern hátt (Hughes-Hammer, Martsolf og Zeller, 1998).

Árið 1940 stofnuðu sambýliskonur fíkla samtök sem seinna voru kölluð Al-Anon, þar ræddu þær um vandamál sín sem virtust vera afleiðingar af því að búa með fíkli. Fyrst var talað um maka fíkla sem Co-alkahólista, en Co þýðir með og skilgreiningin því gölluð í þeim skilningi að hún gaf til kynna að einstaklingurinn væri að neyta vímugjafa með fíklinum, en svo var oftast ekki. Hugtakið meðvirkni var ekki notað um þennan hóp fyrr en 1979 og átti við alla þá sem voru orðnir vanvirkir vegna sambúðar við fíkil (O'Brien og Gaborit, 1992). Vanvirk fjölskylda er meðal annars skilgreind sem fjölskylda sem er með mikið óskipulag á sálfélagslegum þáttum og á andlegri og líkamlegri virkni sem leiðir til árekstra og afneitun á vandamálinu. Mikill mótþrói er við breytingar, vangeta til að leysa vandamál og sjálfskapaðar krísur algengar (Mangueira og Lopes, 2016).

Áður fyrr var vinna með maka fíkils (oftast konunni) að mestu byggð á dýnamískum nálgunum og þær sagðar þjást af trufluðum persónuleika eða tilfinningalegri röskun. Þær myndu ekki bara kjósa sér maka með vandamál heldur ýttu þær jafnframt undir áframhaldandi fíkn hans. (Peled og Sacks, 2008). Í kringum 1970 var bætt inn í kenninguna um fíkn og hluta af ábyrgðinni á fíkn karlmannsins var varpað yfir á konuna. Talið var að hún myndi draga úr

---

---

virgni hans með því vera hálfgerður þíslavottur, það er að segja konan væri svo upptekin af því að reyna að hjálpa fíklinum en í raun væri hún að gera hann veikari með hegðun sinni. Kenningin sagði að fíknivandinn væri ekki einungis vandamál fíkilsins heldur allrar fjölskyldunnar. Samkvæmt þessari nálgun er það ekki bara fíkillinn sem er háður einhverju heldur líka aðstandandinn. Aðstandandinn er háður því að fylgjast með neyslu fíkilsins og að reyna að stjórna henni. Hegðun aðstandandans stjórnast af hegðun fíkilsins og þó að fíkillinn hætti neyslu vímugjafa er ekki víst að aðstandandinn nái að hætta að vera vanvirkur (Peled og Sacks, 2008).

## 2.2. Skilgreining hugtaksins

Fræðimenn hafa ekki komist að samkomulagi um viðurkennd einkenni á meðvirkni né heldur hafa þeir komið sér saman um það hvað meðvirkni er. Ástandið er meðal annars sagt vera sjúkdómur, lærd hegðun, fjölskyldusaga/vandamál, fíknir þróun og einnig hefur verið bent á kvenlega nálgun á fyrirbærinu, það er að þau einkenni sem sögð eru vera meðvirkni eru lík þeim einkennum sem talin eru vera kvenleg einkenni. Vegna þess hversu hugtakið er illa skilgreint bæði hvað varðar einkenni þess og auðkenni gætu skapast vandamál við að nota það í klínískum tilgangi. Leiðbeiningar fyrir klíníska vinnu eiga að vera þannig úr garði gerðar að þær hjálpi til við að byggja ákvörðunartöku um greiningu á röskun eða sjúkdóm, þannig að hægt sé að veita einstaklingi viðeigandi meðferð (Embætti Landlæknis, 2015). Hér á eftir verður farið í hverja nálgun fyrir sig og í lok kaflans eru nálganirnar dregnar saman í töflu.

### 2.2.1. Sjúkdómur

Samkvæmt skilgreiningu WHO (World Health Organization) er „heilsa fullkomið líkamlegt, andlegt og félagslegt ástand, en ekki bara fjarvera sjúkdóms eða heilsubrestra“ (WHO, e.d.). En erfiðara getur reynst að skilgreina hvað sjúkdómur er, því misjafnt er hvenær fólk telur sig veikt eða ekki. Félagssfræðingar hafa sýnt fram á að það geti meðal annars farið eftir stétt, kyni og/eða þess félagslegs stuðnings sem einstaklingurinn hefur hvort að hann telji sig veikan

---

(Scully, 2004). Einnig getur það breyst yfir tíma hvað telst til sjúkdóms bæði vegna aukinnar væntingar til heilsu og auknum möguleikum á greiningum þó að þarna geti félags- og efnahagslegar ástæður einnig haft veigamikil áhrif. Til dæmis var beinþynning talin eðlilegur fylgikvilli þess að eldast en árið 1994 fór WHO að skilgreina það sem sjúkdóm sem hægt væri að sporna við eða meðhöndla. Það er nauðsynlegt að geta skilgreint hvaða sjúkdómur er til staðar því að það eykur möguleikann á því að hægt sé að beita viðeigandi meðferð. Þó verður alltaf að vera með hagsmuni og velferð einstaklingsins í huga og skilgreiningin má ekki vera það víðtæk að hætta sé á ofgreiningum en á undan förunum árum hefur orðið mikil aukning alls konar greiningum (Scully, 2004), má þar nefna bæði meðvirkni og ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder).

Lyfjafyrirtæki vilja sjá gróða líkt og önnur fyrirtæki í viðskiptaheiminum (Scully, 2004). Nýjar klínískar greiningar veita möguleika á notkun á nýjum lyfjum eða aukinni notkun á eldri lyfjum og þar með auknum gróða fyrir lyfjafyrirtækin, sem getur aukið hættuna á ofgreiningum.

### 2.2.2. Í tengingu við fíkn

Samkvæmt DSM er fíkn geðsjúkdómur sem einkennist af áráttukenndri notkun efna (s.s. alkahól, lyf eða önnur lögleg eða ólögleg efni) þrátt fyrir skaðann sem af henni hlýst, fíknin yfirtekur líf einstaklingsins. Í DSM-5 var fjárhættufíkn bætt inn í fíknisjúkdómana, en fram að því hafði hugtakið fíkn einskorðast af notkun einhverskonar vímugjafa í formi efnis. Breytingar hafa sést á ýmsum svæðum í heila þess sem haldin er fíkn, til að mynda svæði sem tengjast dómgreind, ákvarðanatöku, námi, minni og stjórnun hegðunar, fíkillinn hefur því afbakaða hugsun, hegðun og líkamlega starfsemi. Við notkun efna verður breyting á virkni heilans og hann fær gríðarlega þörf til neyslu og á erfitt með að hætta. Ýmsar ástæður geta verið fyrir því að fólk þrói með sér fíkn eins og til að líða betur, losna við streitu, hópþrýstingur eða forvitni (American Psychiatric Association, e.d.).

ICD-10 (2016-b) segir að fíkn valdi hegðun sem hefur áhrif á vitræna og lífeðlislega þætti. Samkvæmt skilgreiningu ýmissa fræðimanna á meðvirkni sem fíkn er einstaklingur sem er meðvirkur ekki háður vímugjafa í formi efnis heldur verður fíkn þeirra þannig að þau verða háð fólki, vissri hegðun eða hlutum. (Lindley, Giordano og Hammer, 1999). En líkt og með aðrar skilgreiningar á meðvirkni þá skortir sannanir fyrir þessu viðhorfi, það er hvort eigi að flokka meðvirkni sem fíkn.

### 2.2.3. Lærð hegðun og fjölskylduvandamál

Meðvirkni skilgreind sem lærð hegðun einkennist meðal annars af því að láta stjórnast af öðru en sjálfum sér, það er af öðru fólki eða hlutum. Með því vanrækir einstaklingurinn sjálfan sig (Hammer, Martsof og Zeller, 1998). Skiptar skoðanir eru á meðal rannsakanda um það hvort hægt sé að tengja meðvirkni við hegðunarmynstur sem aðstandendur fíkla sýna, sumir segja að meðvirknihegðun verði vegna þess hversu náíð samband aðstandanda við fíkilinn er en aðrir segja það ekki svo. Sumar rannsóknir hafa hafa sýnt möguleg tengsl á milli meðvirkni og álags eða vanhæfni í samskiptum innan fjölskyldu í æsku einstaklings. Þar á meðal er Cermak sem hélt því fram að meðvirkni væri árattu hegðun sem kemur ekki sjálfviljug heldur er hún viðbrögð við utanaðkomandi aðstæðum og einkennin væru að „skilgreina sjálfan sig út frá tilfinningum og hegðun annarra, setja velferð annarra framár sínum, slæm dómgreind og álag í samskiptum, nán sambönd við einstaklinga sem flestir reyna að forðast og einnig geta komið fram lyndisraskanir, kvíði, fíkn og heilsubrestrur“. (Harkness, 2001).

### 2.2.4. Kvenleg nálgun

Svo virðist sem að konur hafi ríkari tilhneigingu til að sýna einkenni meðvirkni í samanburði við karla og þær konur enda oft í skaðlegum samböndum (Hughes-Hammer, Martsof og Zeller, 1998). Staðalímyndir kvenna og karla í samfélaginu eru mismunandi. Viðmiðin fyrir andlega heilsu hafa löngum verið miðuð að staðalímynd karla, það er að vera óháður og sjálfstæður einstaklingur. Þessi viðmið taka ekki tillit til reynsluheim konunnar sem

---

er oft frekar byggð á tengingu/samböndum við aðra heldur en að vera óháð og sjálfstæð. Þegar notuð eru viðmið sem miða frekar að öðru kyninu heldur en hinu eru auknar líkur á að dæma hitt kynið (í þessu tilfalli konuna) sem afbrigðilegt eða frávik. Margt er líkt með einkennum meðvirkni og því hvernig samfélagið lítur á hlutverk konunnar það er að vera hjálpsöm, tryggð við maka, öðrum háð og viðkvæm (Granello og Beamish, 1998). Það sem talin eru vera einkenni meðvirkni eru oft ýkt kvenleg einkenni, með hugtakinu meðvirkni er verið að gera lítið úr konum sem eru í rauninni að mæta þeirri samfélagslegu hegðun sem er ríkjandi. Þegar einstaklingi er gefin stimpillinn meðvirkni er gjarnan litið fram hjá efnahagslegum, pólitískum og félagslegum öflum sem aukið geta á vanda þeirra. Vandamál eins og fátækt, mismunun, líkamlegt- og andlegt ofbeldi gætu útskýrt ástand þeirra og hegðun að einhverju leiti. Með því að útiloka þessa þætti frá félagslegu samhengi eykst hættan á að líta á samfélagslegt vandamál sem sjúklegt ástand einstaklingsins. Með hugtakinu meðvirkni er því ef til vill verið að stimpla konur sem andlega veikar þegar hegðun þeirra er í rauninni bjargráð í þeim aðstæðum sem þær búa við. Ef ekki eru teknir inn í ofangreindir þættir og heildarmyndin skoðuð eykst hættan á að verið sé að kenna konum um til að mynda um ástand maka. Að þær velji sér rangan maka og viðhalda sjúkleika hans. Jafnframt hafa fræðimenn haldið því fram að það þjóni tilgangi í samfélaginu að líta á meðvirkni sem sjúkdóm, að samfélaginu finnist betra að konur séu daprar, efast um eigin gæði og séu veikar heldur en að þær séu reiðar eða að þær horfist í augu við vandann (Granello og Beamish, 1998).

Claudia Bepko og Jo Ann Kresten,gerðu jafnréttindamódel af meðvirkni, en þær segja að samband fíkilsins (karlsins) og konunnar einkennist af ofur ábyrgð konunnar á móti óábyrgð karlsins. Því meira sem konan gerir fyrir maka sinn bæði í verki og tilfinningum þeim mun minna gerir hann. Þar sem hann gerir minna telur hún sig þurfa að gera meira og þannig hefst hringrásin eins og snjóbolti sem stækkar og stækkar (Peled og Sacks, 2008).

**Tafla 1***Útskýring á því hvað meðvirkni er*

Nálgun	Skilgreining
Sjúkdómur	Heilsu hrakar samfara versnandi ástandi fíkilsins/aðstandanda. Álagsveikindi.
Fíkn	Verða háð fólki, hegðun eða hlutum
Lærð hegðun og fjölskylduvandamál	Láta stjórnast af öðru fólki/hlutum, viðbrögð við utan að komandi aðstæðum skilgreina sjálfan sig í gegnum aðra, setja velferð annarra frammar sínum o.fl. Vanhæfni í samskiptum innan fjölskyldu í æsku, líkamlegt- eða kynferðislegt ofbeldi.
Kvenleg nálgun	Ofur ábyrgð konunnar á móti óábyrgð karlsins, ýkt kvenleg einkenni.

---

### 3. Skilgreiningar samtaka á Íslandi gegn meðvirkni

#### 3.1. SÁÁ

Það virðist vera nokkuð óljóst á hvaða hugmyndafræði SÁÁ byggir sínar hugmyndir um meðvirkni. Þrátt fyrir mikla leit höfundar fannst ekki niðurstaða í þau mál en eftir samskipti við SÁÁ sögðu þau að svarið væri að finna á vefsíðu þeirra saa.is. Samkvæmt henni eru hugmyndir SÁÁ um meðvirkni byggðar á hugmyndum þeirra sem stunduðu áfengis- og vímuefnalækningar áður fyrr í Bandaríkjunum. Þau töldu aðstandendur fíkla þjáast og fóru að búa sér til hugmyndir og hugtök um ástand þeirra, jafnframt bjuggu þau til tungumál til þess að lýsa meðvirkni sem þau vildu kalla sjúkdóm og reyndu að finna lausn eða meðferð við honum (SÁÁ, e.d.). Á síðu SÁÁ er meðvirkni skilgreind sem flókin sjúkdómur eða álagsveikindi og megi rekja upphafið til þess að „Einstaklingur lendir í sambýli við fíkil“. Samhliða versnandi ástandi fíkilsins eykst álagið á aðstandandann. Aðstandandinn verður „óvirkur, óhamingjusamur eða veikur“. Eitt „aðaleinkenni sjúkdómsins er að fólk upplifir að það beri sjúklega ábyrgð á hegðun, hugsunum og tilfinningum annarrar manneskju“, og fer að reyna að stjórna þessum þáttum. Þetta leiðir af sér „vanrækslu á sjálfum sér, reiði, kvíða, sektarkennd, örvæntingu“ og vaxandi tilfinningalegri örmögnun. Einkenni meðvirkninnar eru bæði andleg og líkamleg eins og streitusjúkdómar, félagsleg einangrun og síþreyta. SÁÁ skiptir sjúkdómunum í fjögur stig en segja þó að möguleiki væri á að nota mun fleiri stig, meðvirkni er mjög flókið ferli og ekki má taka stigin of bókstaflega. Á fyrsta stiginu er fólk í afneitun um veikindi ástvinnar og „hjálp honum til að halda andlitinu“. Þau byrja að reyna að stjórna bæði hegðun fíkilsins og líðan. Stig tvö kalla þeir stjórnunarstig. Þá eru aðstandendur búnir að viðurkenna vandann innan fjölskyldunnar en ekki utan hennar. Þeir reyna að lækna fíkilinn „með því að hafa áhrif á hegðun og líðan hans“. Á stigi þrjú hefst einangrunin bæði félagslega og tilfinningalega, fjölskyldan deilir ekki tilfinningum og líðan sinni með öðrum. Á þessu stigi

---

verður vanlíðan og óhamingja mikil. Á fjórða og seinasta stiginu verður „upplausn í fjölskyldunni“ og hún fjarlægist hvort annað og fíkilinn einnig (SÁÁ, e.d.).

### 3.2. CoDA

CoDA eru alþjóðleg samtök áhugamanna sem bjóða upp á 12 spora meðferð gegn meðvirkni án endurgjalds og eru þau meðal annars starfandi á Íslandi. CoDa samtökin segja að allir geti verið meðvirkir og einkenni meðvirkni séu afneitun, lítilli sjálfsvirðingu, undanlátssemi, stjórnsemi og raunveruleikaflóttu. (CoDA, 2011).

### 3.3. Lausnin fjölskyldumiðstöð

Lausnin fjölskyldumiðstöð er ekki gjaldfrjáls eins og ofangreind samtök. Ólíkt sjálfshjálparsamtökum sem bjóða upp á þjónustu án endurgjalds þar sem einstaklingar sem fengið hafa hjálp hjá samtökunum aðstoða aðra í að fá bata (Al-Anon, e.d.-c) þá hefur Lausnin fjölskyldumiðstöð starfsfólk sem þeir segja að séu með mikla þekkingu á meðvirkni og taka greiðslu fyrir þjónustuna. Lausnin fjölskyldumiðstöð (e.d.-a) skilgreinir meðvirkni sem sjúkleika og án meðhöndlunar muni hann hafa eyðileggjandi áhrif á líf þess meðvirka. Meðvirkur einstaklingur tekur ábyrgð á hegðun annarra og hjálpar til við að viðkomandi þurfi ekki að takast á við vandamálið beint. Lausnin segja að meðvirkni sé viðhorf, viðbrögð og tilfinningar sem gera lífið sársaukafullt og sé leið til þess að skilgreina sig í gegnum aðra. Þau nota einnig sömu skilgreiningar og CoDA það er afneitun, lítil sjálfsvirðing, undanlátssemi, stjórnsemi og raunveruleikaflótti. Lausnin takmarkar meðvirkni ekki við fíkn eins og SÁÁ heldur vilja þeir meina að allir geti sýnt meðvirkni sem eru í tilfinningasambandi við fólk eins og áfengissjúklinga, glæpamenn, taugaveiklað foreldri, uppreisnagjarnan ungling, ofátsfíkil og fleiri (Lausnin, e.d.-a).



**Tafla 2***Skilgreiningar samtaka á Íslandi gegn meðvirkni á hugtakinu meðvirkni*

Samtök	Skilgreiningar/hverjir veikjast	Einkenni
AA-samtökin	Sjúkdómur, aðstandendur fíkla	Óvirkur, óhamingjusamur, veikur, bera ábyrgð á hegðun, hugsun og tilfinningum annarra. Vanræksla við sjálfan sig, reiði, kvíði, sektarkennd, örvænting, tilfinningaleg örmögnun. Afneitun, stjórnun og einangrun.
CoDA	Sjúkdómur, ekki sagt hverjir geta veikst en allir sem vilja heilbrigð og góð tengsl við aðra mega taka þátt í starfinu.	Afneitun, lítil sjálfsvirðing, undanlátsssemi, stjórnsemi og raunveruleikafloppi.
Lausnin fjölskyldumiðstöð	Sjúkleiki, allir sem eiga í tilfinningasambandi við fólk eins og áfengissjúklinga, glæpamenn, taugaveiklað foreldri uppreisnagjarnan unglings, ofátsfíkil o.fl.	Afneitun, lítil sjálfsvirðing, undanlátsssemi, stjórnsemi, raunveruleikafloppi, taka ábyrgð á hegðun annarra, skilgreina sig í gegnum aðra.

#### 4. Rannsóknir á meðvirkni

Dear og Roberts (2002) gerðu rannsókn á 192 háskólanemum í Ástralíu til að skoða samband meðvirknihugsunar og kynjahlutverka. Meðvirknihugsun segja þau meðal annars vera að reiða sig á samþykki annarra og byggja sjálfsmynd sína út frá því, setja þarfir annarra frammar eigin þörfum og finna til örmögnunar vegna hegðunar aðstandenda. Með kynjahlutverki er átt við karlmannleg- og kvenleg einkenni eða það sem samfélagið hefur skilgreint sem slíkt. Niðurstöðurnar sýndu að fleiri konur en karlar sýndu meðvirknieinkenni, sem er í samræmi við það sem femíníska sjónarhornið segir. En þó var munurinn milli kynja ekki teljandi þannig hægt væri að segja að meðvirkni væri mynstur af kynjahlutverki (Dear og Roberts, 2002).

Rannsókn Noriega, Ramos, Medina-Mora, og Villa (2008) sem framkvæmd var í Mexíkó þar sem karlinn er sá sem oftast ræður og konan er oftast undirgefni aðilinn. Meðvirkni var skilgreind meðal annars sem sambandsvandi sem einkennist af því að vera háð maka sem á við sálræn vandamál að stríða og reyna að mæta þörfum hans og annarra en hunsa eigin þarfir. Rannsóknin byggði á þeim kenningum að samskipta hegðun sé lærd hegðun hvort sem er í fjölskyldu eða samfélagi, og mótist sem bjargráð í æsku. Þegar barn verður fyrir ofbeldi eða missi þurfa þau oft að eldast fljótt og hjálpa öðrum í fjölskyldunni, en oft fara börnin í foreldrahlutverkið og hugsa um foreldra sína. Þau halda þessu svo áfram á fullorðinsárum og hugsa um maka sinn á sama hátt. Rannsóknin fór fram á konum sem sóttu heilsugæslu fyrir fólk sem voru í lægri- og miðstétt í landinu. Niðurstöður sýndu að af þeim konum sem tóku þátt í rannsókninni var ein af hverjum fjórum konum sem sýndu einkenni meðvirkni. Þær konur sem áttu maka sem var fíkill voru fimm sinnum líklegri til að sýna meðvirknihegðun heldur en þær sem ekki áttu maka sem var fíkill og þær sem voru beittar kynferðislegu og/eða líkamlegu ofbeldi af maka sínum voru fjórum sinnum líklegri til að sýna meðvirknihegðun. Kona sem upplifði missi á unga aldri (fráfall ástvinar, vera yfirgefin, vanrækt og fleira) var um þrisvar sinnum líklegri til að sýna þessa hegðun. Þær konur sem fylgdu mest samfélagslegum

---

viðmiðunum í Mexíkó (það er að vera undirgefin) voru um átta sinnum líklegri til að sýna einkenni meðvirkni, það er að vera háð maka sem á við sálræn vandamál að stríða og reyna að mæta þörfum hans og annarra en hunsar eigin þarfir. Rannsóknin sýndi hins vegar ekki fram á að það að vera kona væri áhættuþáttur fyrir meðvirkni eins og sumir rannsakendur vilja meina. Hún sýndi hins vegar að menntun væri líklega verndandi þáttur gegn því að sýna einkenni meðvirkni, en þær konur sem ekki kláruðu miðskólann (e. middle school) eða það sem jafngildir miðstigi í íslenskum skólum, voru fjórum sinnum líklegri til að sýna meðvirkni hegðun (Noriega, Ramos, Medina-Mora, og Villa, 2008). En líklegt er að þetta sé ekki svona klippt og skorið, það er að ef einstaklingur á maka sem er fíkill sýni hann hegðun sem talað er um sem meðvirkni. Þetta hugtak virðist vera notað yfir samansafn einkenna sem mörg hver eru ekki ósvipuð þeim sem hafa fengið vísindalegan stuðning og greiningarskilmerki. Einstaklingur getur sýnt einkenni líkt og má sjá í lyndisröskunum, kvíða og félagsfærni svo fátt eitt sé nefnt. Svo eru enn önnur einkenni sem nánast hver manneskja getur sýnt í vissum kringumstæðum, til dæmis að setja þarfir sínar til hliðar fyrir ástvin sinn.

Í Íran var gerð rannsókn á 140 konum, skipt í rannsóknarhóp (áttu menn sem voru fíklar) og samanburðarhóp (áttu ekki menn sem voru fíklar). Rannsóknin kannaði hvort að persónuleikaeinkenni gætu spilað eitthvað inn í hegðun kvennanna (Panaghi, Ahmadabadi, Khosravi, Sadeghi og Madanipour, 2016). Notast var við fimm þátta líkanið um persónuleikann (e. NEO-Five Factor Inventory) það inniheldur úthverfa (e. extraversion), taugaveiklun (e. neuroticism), opin fyrir nýrri reynslu (e. openness to experience), viðkunarleiki (e. agreeableness) og samviskusemi (e. conscientiousness). Fyrri rannsóknir hafa sýnt að persónuleiki fólks hefur áhrif á hvernig það tekst á við streitu. Samkvæmt niðurstöðunum sýndu ekki allar konurnar einkenni sem sögð eru vera meðvirkni, en rannsóknin mældi meðvirkni á þrem þáttum. Þættirnir voru mikill og viðvarandi skortur á sjálfstjórn við ytri aðstæðum, skortur á að geta tjáð tilfinningar sínar og að nota skipanir, fyrirvara og hörku við myndum sambanda.

Fleiri konur sem áttu menn sem voru fíklar sýndu einkenni meðvirkni miðað við þær sem ekki áttu menn sem voru fíklar. Ekki var marktækur munur á persónuleika hópanna fyrir utan að konur sem áttu menn sem voru fíklar skorðu hærra á samvisekusemi. Rannsóknin sýndi að samband var á milli taugaveiklunar (neikvæðar tilfinningar, óöryggi, viðkvæmni og kvíði) og meðvirkni í báðum hópum, þó sterkara hjá rannsóknarhópnum. Það sem virtist spá fyrir um það hvort að konur fíkla sýndu meðvirkni var það ef þær skorðu hátt á taugaveiklun, voru lágar í opin fyrir nýrri reynslu og lágar í samvisekusemi. En ef þær voru lágar í taugaveiklun, háar í opin fyrir nýrri reynslu og háar í samvisekusemi virtust þær síður sýna þá hegðun. Margt er líkt með taugaveiklun og þeim einkennum sem sögð eru vera meðvirkni eins og lágt sjálfsálit (lág sjálfsvirðing, sjálfsásakanir og skömm), vonleysi, læknisfræðileg vandamál, depurð, einmannaleiki, kvíði og fleira (Panaghi, Ahmadabadi, Khosravi, Sadeghi og Madanipour, 2016). Samkvæmt þessu virðist að einhverju leiti mega skýra það hvers vegna einstaklingur bregst við eins og raun ber vitni með persónuleikaeinkennum, og af hverju sumir sýna það sem rannsakendur skilgreindu sem meðvirkni hegðun en aðrir ekki.

Einnig virðist vera hægt að tengja hegðunina við áfallastreituröskun. Rannsókn var gerð (Autenshylus, 2008) á 200 konum með það að markmiði að finna hugrof (dissociative disturbances) hjá þeim sem sýndu einkenni meðvirkni. Rannsakendur vildu meina að meðvirkni gæti verið seinni viðbrögð við áfallastreituröskun (posttraumatic), sem kæmi til vegna álags eða streitu í æsku. Áfall í æsku þegar heilinn er að þroskast hefur áhrif á virkni hans. Rannsóknin sýndi að konur sem sýna einkenni meðvirkni sýndu líka merki um áfallastreituröskun og vildu rannsakendur meina að líkur væru á því að meðvirkni væri ein útgáfa af þeirri röskun (Autenshylus, 2008).

Fjöl margar rannsóknir hafa gefið til kynna að einstaklingur sem er í sambandi við fíkil er oftast kvíðinn, tekur síður þátt í félagslegum athöfnum, segist upplifa álag og hefur tengingu við þunglyndi sér í lagi þegar maki fíkilsins er kona. Það leikur lítill vafi á því að fíkn ástvinar hefur

---

áhrif á alla í kringum hann og þá kannski hvað mest á maka og börn hans. Rannsókn á eiginkonum fíkla sem var gerð meðal annars til að kanna samband milli meðvirkni og þunglyndis sýndi sterkt samband þarna á milli. Meðvirknin var mæld með Spann-Fischer Codependency Scale (Kaur, 2016) sem mælir meðvirkni út frá því að einblína meira á aðra en sjálfan sig, skortur á tilfinningalegri tjáningu og að skilgreina sig út frá samskiptum við aðra. Það er viðhorf og hegðun annarra hefur áhrif á það hvað einstaklingi finnst um sjálfan sig (Fuller og Warner, 2000). Mjög stór hluti kvennanna sýndu einkenni þunglyndis og þá hegðun sem skilgreind var sem meðvirkni í rannsókninni. En um 24% sýndu engin merki um þunglyndi og um 7,5% sýndu litla sem enga meðvirkni (Kaur, 2016). Rannsókn Martsolf, Sedlak og Doheny (2000) á konum 65 ára og eldri sýndi jákvætt samband milli þunglyndis og þess að sýna meðvirkni einkenni og styður þar af leiðandi að einhverju leiti rannsókn Kaur sýni að þessi rannsókn snúi ekki bara að maka fíklis. Oft er sagt að eldri konur séu meira í hefðbundnu kvennahlutverki heldur en yngri konur og því hættara á að sýna meðvirkni einkenni, en rannsókn Martsolf og félagastuddi það ekki. Þær eldri konur sem að voru að mestu heilbrigðar sýndu lítil einkenni samkvæmt ofangreindri skilgreiningu á meðvirkni. Samkvæmt rannsókninni er þunglyndi meiri forspávaldur þegar kemur að heilsuhegðun, lífsgæðum og virkni í daglegum athöfnum heldur en meðvirkni (Martsolf, Sedlak og Doheny, 2000).

**Tafla 3***Einkenni meðvirkni eins og hver og ein ofangreind rannsókn skilgreinir þau*

Rannsókn	Einkenni
Dear og Roberts	Reiða sig á samþykki annarra og byggja sjálfsmynd sína á því, setja þarfir annarra frammar eigin þörfum og örmögnun vegna hegðun aðstandenda.
Noriega, Ramos, Medina-Mora og Villa	Sambandsvandi sem einkennist af því að vera háð maka með sálræn vandamál, reyna að mæta þörfum hans og annarra og hunsa eigin þarfir.
Panaghi, Ahmadabadi, Khosravi, Sadeghi og Madanipour	Mikill og viðvarandi skortur á sjálfstjórn við ytri aðstæður, vangeta á tilfinningatjáningu og nota skipanir, fyrirvara og hörku við myndun sambanda.
Autenshylus	Kemur ekki fram einkenni meðvirkni en þau sögð vera seinni viðbrögð við áfallastreituröskun.
Kaur	Einblína meira á aðra en sjálfan sig, skortur á tilfinningalegri tjáningu og skilgreina sig út frá samskiptum við aðra

Þessar mörgu og breytilegu skilgreiningar á meðvirkni flokkast tæplega undir klínísk vinnubrögð eða klínískar leiðbeiningar samkvæmt Embætti Landlæknis. Til að meðvirkni hugtakið geti mætt viðmiðum klínískra leiðbeininga er þörf á vísindalegum rannsóknum til að komast að því hvort að meðvirkni sé til í raun og veru. Eins og Wundt sagði þá er mikilvægt að hægt sé að rannsaka fyrirbæri aftur á sama hátt, við sömu aðstæður og fá sömu niðurstöður og áður (Asthana, 2015). Með verklaginu eins og það er í dag eru einstaklingar ekki að fá gagnreynda meðferð og því hætta á að þau séu ekki meðhöndluð við því sem raunverulega hrjáir þau. Eins og staðan er eru til allt of margar skilgreiningar á hugtakinu og útlit fyrir að rannsakendur noti þá skilgreiningu sem að þeim finnst henta hverju sinni. Með það í huga er greinileg hætta á ofgreiningu og að einstaklingar séu settir í meðferð og skilgreindir með

---

vandamál sem í raun er ekki vandamál og þyrftu því ekki á meðferð heilbrigðiskerfisins að halda. En með þessu vinnulagi getur það jafnvel gert þeim meiri skaða en bót (Bolton, 2013).

#### 4.1. Gagnrýni á hugtakið

Þó nauðsynlegt sé að meðhöndla kvilla sem skerða lífsgæði fólks þá er ofgreining að sama skapi ekki góð, það að gefa fólki „stimpil“ getur einnig skaðað. Óþörf próf og meðferðir krefjast bæði tíma og peninga sem hægt væri að nota í að meðhöndla það sem raunverulega hrjáir einstaklinginn. En til að það sé hægt verður að vera skýrt hvert vandamálið er og hvert er mynstur þess er svo hægt sé að þróa viðeigandi meðferð við því. Ofgreining er þekkt í heilbrigðiskerfinu, og sum próf eða greiningarskilmerki eru orðin svo næm að þau greina atriði sem ekki eiga eftir að valda fólki miska nema í undantekningartilfellum (Moynihan, Doust og Henry, 2012). Má í því sambandi nefna krabbameins æxli sem eiga eftir að vaxa það hægt að þau koma ekki til með að hafa áhrif á líf einstaklingsins og hann muni deyja af einhverjum öðrum orsökum. En einnig er skylt form af ofgreiningu þegar fólk er greint með eitthvað með greiningaraðferð sem greinir ranglega eðlilegar sveiflur á æviskeiði sem óvenjulegar eða sem röskun (Moynihan, Doust og Henry, 2012).

Umræða um ofgreiningar er ekki ný af nálinni eða tilhneigingin til að sjúkdómsvæða mannlega hegðun. Vísindamönnum í geðlækningum var falið það verkefni að koma sér saman um aðferð til að greina geðsjúkdóma þannig að allir færu eftir sömu greiningarskilmerkjum. Út úr því kom ICD (International Classification of Diseases)(Bolton, 2013), það er flokkunarkerfi sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) gefur út, ICD er tölfræðiflokkun sjúkdóma og heilbrigðisvandamála skylda þeim (Embætti Landlæknis, 2014). Hitt flokkunarkerfið er DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) sem inniheldur flokka geðsjúkdóma. Þessi flokkunarkerfi eru í sífelldri endurskoðun og hefur DSM stundum fengið þá gagnrýni á sig að stuðla að ofgreiningu geðsjúkdóma (Bolton, 2013). En skaðinn af ofgreiningu er meðal annars kostnaður fyrir samfélagið og einstaklinginn þar sem að beitt er óþarfri eftirfylgni og

meðferð. Það að greina fólk ranglega með sjúkdóm getur gert þeim erfitt að aðlagast því að vera veikt, sér í lagi þegar raunin er að þau eru það ekki (Bolton, 2013), og ástand þeirra er jafnvel eðlilegar sveiflur á æviskeiðinu. En að sama skapi verður að varast hættuna á vangreiningu því það getur meinað fólki aðgang að heilbrigðisþjónustu, komið í veg fyrir að fólk fái viðeigandi meðferð og bata. Einnig getur það aukið útgjöld fyrir samfélagið og einstaklinginn þar sem fólk getur til dæmis orðið vanhæft til atvinnuþátttöku. Í DSM-IV er minnst sérstaklega á að þó að ritið innihaldi greiningarskilmerki geðsjúkdóma verður að meta hvert tilfelli fyrir sig því mismunandi aðstæður geta kallað á mismunandi niðurstöður (Bolton, 2013) og því verður hver fagaðili einnig að beita eigin hyggjuviti þegar kemur að greiningunni. Tímabundið álag og ástvinamissir getur valdið ýmsum geðrænum truflunum án þess að um geðsjúkdóm sé að ræða, en þetta er skrifað í DSM-IV til að reyna að sporna við ofgreiningu (Bolton, 2013). Til að greina geðsjúkdóm verður ástand einstaklingsins að vera þannig að það hamli daglegu lífi og valdi honum þjáningu. Illa skilgreind hugtök sem innihalda óljós inntök og takmarkanir auka hættuna á ofgreiningu sérstaklega þegar hegðunin inniheldur atriði sem flokkast mætti til eðlilegrar mannglegrar hegðunar (Bolton, 2013). Kvennahreyfingar hafa bent á það að með notkun hugtaksins meðvirkni eins og gert hefur verið, er verið að sjúkdómsvæða kvenleg einkenni eða það sem samfélagið hefur skilgreint sem slíkt, sem er að einbeita sér af því að hugsa um aðra. Einnig hafa þær gagnrýnt þá hugsun að konur sem eru í óheilbrigðu sambandi beri ábyrgð á vandamálinu. Með þessari hugsun er verið að hunsa það að gerandinn beri ábyrgð á eigin hegðun (Martsolf, 2002). Kvenlegir eiginleikar hafa í gegnum tíðina verið bornir saman við þá karlmannlegu og hafa þá konurnar yfirleitt verið taldar þeim síðri í kostum. Konan hefur verið álitin með minni rökhugsun, ósjálfstæð og ekki eins valdamikil svo eitthvað sé nefnt (Archip, 2014).

Margir rannsakendur hafa nálgast hugtakið út frá þessu femíníska sjónarhorni og hafa sagt að í raun væri mikið betra að tala um þau einkenni í hegðun og hugsun sem sögð eru vera



---

meðvirkni sem allt of mikla samsömun við steríótýpuna af kvenlegum eiginleikum. En með því að kalla hegðunina meðvirkni er ekki einungis verið að gera lítið úr konum heldur er einnig verið að draga athyglina frá þörfinni á samfélagslegum breytingum, það er að samfélagið ýtir undir það að konur séu í ummönnunarhlutverkinu og komi þannig í veg fyrir að karlarnir fari í það hlutverk. Skilgreining þeirra að meðvirkni sé of mikil samsömun við steríótýpu konunnar er ekki viðurkennd (Dear og Roberts, 2002), en líkt og aðrar skilgreiningar á hugtakinu hefur ekki tekist að styðja tilgátuna með vísindalegum gögnum og því hefur hún ekki fengið viðurkenningu í fræðasamfélaginu.

Gagnrýnendur meðvirkni hugtaksins hafa vísað í að örðugt sé að vinna með hugtakið þar sem að túlkanir á því eru margar og engin þeirra hefur fengið viðurkenningu sem greiningarviðmið. Engu að síður hafa sumir gagnrýnendur viðurkennt að þrátt fyrir að vanti viðurkenninguna á hugtakinu eru gegnum gangandi aðal einkenni meðvirkni til staðar. Eins og að fá viðurkenningu annarra, setja þarfir annarra ofar sínum, taka ábyrgð á hegðun annarra og reyna að „bjarga“ einstaklinginum (með því að laga það sem hann hefur gert með hegðun sinni). En mörg einkennin eru þau sem talið hafa verið nokkuð venjulegir kvenlegir eiginleikar eins og áður sagði (Dear og Roberts, 2002). Þar sem að meðvirkni er hegðun sem oft er sögð algengara að finna hjá konum en körlum hefur verið bent á að hefðbundin kynjahlutverk í samfélaginu spili mögulega þar inni. Siðir og venjur erfast frá einni kynslóð til annarrar (Noriega, Ramos, Medina-Mora, og Villa, 2008). Oft er sagt að karlar séu ekki eins tilfinningarríkir og konur og að náíð samband skipti þær meira máli en þá. En Griffin og Dauer (2012) vilja ekki meina að svo sé, heldur er staða karlsins í samfélaginu þannig að hann á að vera sterkur og ekki sýna miklar tilfinningar, hann getur auðveldlega byrjað í sambandi en er líklegri en konan til að enda það þegar of miklar tilfinningaflækjur verða. Þeir segja að jafn miklar líkur séu á að karlar sýni meðvirknihegðun og konur en hún birtist yfirleitt öðruvísi. Karlar þjást vegna tilfinninga sem ekki eru samþykktar sem karlmannlegar og byrgja þær því

inni. En þessar bældu tilfinningar hafa áhrif á hegðun þeirra og brýst meðal annars út sem stjórnun, tilfinningalegt ofbeldi, ógnandi tal og annars konar ofbeldi (Griffin og Dauer, 2012).

Bolton (2013) talar um að það skapist hætta á ofgreiningu þegar hugtök eru ekki nægilega vel skilgreind, og eins og sjá má eru alls ekki skýr greiningarviðmið á hugtakinu meðvirkni sem skapar þá hættu. Ef skoðuð er skilgreiningin sem Lausnin fjölskyldumiðstöð (e.d.-a) nýtir sér þá segja þau að allir sem eru í tilfinningasambandi við fólk eins og áfengissjúklinga, glæpamenn, taugaveiklað foreldri, uppreisnagjarnan ungling, ofátsfíkil og fleiri geti sýnt einkenni meðvirkni. Með þessari skilgreiningu má segja að komin sé bróðurparturinn af samfélaginu því að flestir eiga einhvern ástvin sem er í ofangreindum hópum og með svona víða skilgreiningu er aukin hætta á að ofgreiningu. Það má velta því fyrir sér að ef meðvirkni á að skilgreina áhrif allra óheilbrigðra sambanda á einstaklinginn að hugtakið skilgreini þá í raun ekkert, því að skilgreiningin er svo víð að hún nær yfir allt en á sama tíma yfir ekkert og missir þar af leiðandi gildi sitt (Lindley, Giordano og Hammer, 1999).

---

## 5. Mælitæki og mikilvægi þess

Þegar kaka er bökuð er farið eftir uppskrift, án hennar verður kakan mismunandi milli hvers skiptis sem bakað er og einstaklinga sem baka hana. Þegar einstaklingur er búin að baka oft eftir sömu uppskriftinni getur hann betur tekið ákvörðun um það hvað væri hægt að setja meira í kökuna (eða taka úr henni) til að auka gæði hennar. Þessu má líkja við það að greina manneskju með geðsjúkdóm, meðferðaraðilinn verður ávallt að vera með greiningarviðmið sem eru samþykkt þannig að verið sé að greina það sama milli skipta og milli einstaklinga. En með aukinni reynslu getur meðferðaraðilinn betur notað eigið hyggjuvit við greininguna.

Erfðir og umhverfi spila sameiginlegan þátt í því hvernig einstaklingur kemur til með að verða. Það hvar og hvenær einstaklingur fæðist getur markað þau tækifæri sem hann hlýtur í lífinu. Svo virðist sem að kynþættir geti til dæmis spilað einhvern þátt í því þegar kemur að því að vera greind(ur) með einhvern geðsjúkdóm (Neighbors, Trierweiler, Ford og Muroff, 2003). Rannsóknir hafa sýnt að bandaríkjamenn af afrískum uppruna er frekar greindir með geðklofa og hvítir eru frekar greindir með lyndisraskanir (Neighbors, Trierweiler, Ford og Muroff, 2003). Þetta vekur spurningar um gæði greiningarviðmiðanna milli kynþátta. Í DSM-III voru gerð ítarlegri viðmið fyrir einkenni hveðrar röskunar heldur en voru í fyrri útgáfum af DSM. Með þessu var verið að reyna að koma í veg fyrir að meðferðaraðili myndi gera skekkju sem snýr að fyrirfram ákveðinni mynd (e. stereotype) af kynþætti í greiningunni og einstaklingur yrði ranglega greindur með geðsjúkdóm. Með þessari breytingu gafst tækifæri til að kanna betur hvers vegna þessi munur á greiningum var á milli kynþátta. Meðferðaraðilar sem nota hálf gerð (e. semi-structured) mælitæki í greiningarviðtölum eru líklegri til að gera mun á kynþætti við greiningu á geðklofa heldur en þegar notuð eru DSM greiningarviðmiðin. Meðferðaraðilar þurfa ekki einungis að vera með nákvæm greiningartæki, einnig er mikilvægt að taka tillit til menningu og umhverfisþátta einstaklingsins og sníða viðtalið og spurningarnar samkvæmt því (Neighbors, Trierweiler, Ford og Muroff, 2003).

---

---

Hugtakið meðvirkni hefur fengið mikla gagnrýni eins og áður sagði og þá kannski sérstaklega vegna þess að þrátt fyrir miklar rannsóknir eru þau greiningarviðmið sem notuð eru í dag víðtæk, ólík og ónákvæm. Chiazzi og Liljegren sögðu hugtakið vera eitt af ellefu forboðnu hugtökunum í meðferð fíknar. Þau efast um hvort að meðvirkni sé í raun sjúkdómur eða hvort að það sé sjálffullnægjandi forskrift, það er að með því að fá „greiningu“ getur einstaklingurinn ef til vill sætt sig betur við örlög sín. O’Gorman skilgreinir meðvirkni sem lært hjálparleysi og með því að fá greininguna fer einstaklingurinn að kynna sér hugtakið og vinsæl viðhorf um það, hann fer í framhaldi að hegða sér meira samkvæmt því. Hugtakið sé ofnotað og margir greina sjálfan sig sem meðvirka, en hugtakið er mjög vinsælt í sjálfshjálpar bókmenntum (Fuller og Warner, 2000). Dæmi um svona sjálfshjálpar efni má finna í SÁÁ blaðinu (2010) en þar er sjálfspróf sem samanstendur af 23 spurningum um það hvort að einstaklingur sé meðvirkur eða ekki. Hvorki eru gefin viðmið fyrir niðurstöðuna, það er ef ákveðin fjöldi svara eru jákvæð eru líkur á meðvirkni, né heldur er nafn á þessu prófi að undanskildu heitinu „Ertu meðvirk(ur)?“ (SÁÁ blaðið, 2010).

Wilhelm Wundt lagði mikla áherslu á rannsóknir og vísindalega vinnu, hann sagði að það yrði að vera hægt að mæla það sem verið var að rannsaka og að niðurstaðan yrðu sú sama með endurteknum rannsóknum sem framkvæmdar væru á sama hátt og við sömu aðstæður. (Asthana, 2015). Vegna þess hve margar skilgreiningar eru á einkennum meðvirkni er illa hægt að samræma rannsóknir á fyrirbærinu, til eru fjöldi prófa sem eiga að mæla hvort að einstaklingur er með einkenni meðvirkni eða ekki. Hér á eftir verður farið yfir tvö próf sem notuð hafa verið við mælinguna á meðvirkni og svo önnur tvö sem þróuð hafa verið út frá hugmyndum rannsakanda á því hver einkenni meðvirkni eru, en eins og sjá má innihalda þau ekki endilega sömu einkennin, sjá töflu 4.

---

### 5.1. Spann-Fischer Codependency Scale

Prófið mælir meðvirkni sem persónuleika einkenni og hefur verið mikið notað í rannsóknum. Sérstök áhersla er lögð á að greina það ef einstaklingur einblínir meira á aðra en sjálfan sig, skort á tilfinningalegri tjáningu og hann skilgreini sig út frá samskiptum við aðra. Það er talið nokkuð áreiðanlegt og inniheldur 16 atriði (Fuller og Warner, 2000).

### 5.2. Potter-Efron Codependency Assment

Er meðferðar skali (e. clinically based scale) og hefur verið notaður meðal annars í klínískum tilgangi. Potter-Efron leggur áherslu á hvernig meðvirkur einstaklingur verður fyrir áhrifum af því að eiga fjölskyldumeðlim sem er fíkill eða að vera í annars konar álags umhverfi. Atriðin eru 33 og eiga að mæla hræðslu, skömm, samviskubit, langvinnt vonleysi, reiði, afneitun, ósveigjanleika, skekka sjálfsmynd og ringulreið (Fuller og Warner, 2000).

### 5.3. Codependency Assessment Tool, CODAT

Wegsheider-Cruse og Cruse lýstu meðvirkni sem þrem aðal einkennum það eru afneitun, bæling og árátta og svo þrjár afleiðingar lágt sjálfsálit, samskiptavandi og læknisfræðileg vandamál. Huges-Hammer, Martsolf og Zeller (1998) notuðu hugmyndir Weigsheider-Cruse og Cruse ásamt öðrum hugmyndum til að þróa mælitæki fyrir meðvirkni. Eitt aðal atriðið sem þau unnu með var að einbeita sér að öðrum/vanrækja sjálfan sig. Atriðin í CODAT áttu að mæla afneitun, bælingu, árátta, sjálfsvirðingu, samskiptavanda, stjórnunarvandamál, vandamál við að setja mörk og læknisfræðileg vandamál. Þau lögðu prófið fyrir 236 einstaklinga sem sóttu geðheilsustofnanir. Huges-Hammer og félagar sögðu að niðurstöðurnar sýndu að bæði rannsóknin og prófið hefðu gott innra réttmæti en aðal takmörkunin væri hversu víðfermt það væri. Einnig að undirstöður í prófinu kæmu frá hugmyndum Wegsheider-Cruse og Cruse þar sem aðal hugtökin eru afneitun, bæling og árátta, en samkvæmt rannsókn Huges-Hammer og féлага sýndi þáttagreining að aðal hugtökin í meðvirkni eru að einbeita sér að öðrum/vanrækja sjálfan sig (Huges, Martsolf og Zeller, 1998).

---

## 5.4. ICOD

ICOD var þróað þar sem rannsakendum fannst að önnur próf sem mældu meðvirkni væru byggð á kenningarlegum grunni en ekki út frá sjónarhorni samskipta hjá meðvirkum. ICOD var líka staðlað fyrir Mexíkó sem önnur próf voru ekki. Prófið á að finna mögulegar ástæður fyrir meðvirkni í konum í Mexíkó. Það inniheldur 30 atriði og var prófað í tveim hollum til að meta gæði þess. Annars vegar var prófað á 230 konum hvernig það myndi hlaða í þáttgreiningu og innri stöðugleika. Hins vegar var geta prófsins könnuð á 41 konu til að greina á milli meðvirkni og ekki meðvirkni sem og að aðgreina mögulega meðvirkni frá ekki meðvirkni. Í þáttgreiningarhlutanum hlóð mest á fjóra þætti það voru afneitun, óljós sjálfsmynd (incomplete development of identity), tilfinningaleg bæling og gera hlutina fyrir aðra (rescuer orientation), prófið sýndi góðan innri stöðugleika. Í seinni hlutanum voru tveir sérfræðingar sem mátu atriðin og sýndi sá hluti að þeir voru sammála að mestu um að prófið væri næmt (76%) og sértækt (69%) (Noriega, Ramos, Medina-Mora og Villa, 2008).

### Tafla 4

*Einkenni sem ofnagreind mælitæki segja að séu einkenni meðvirkni*

Mælitæki	Einkenni
Spann-Fischer Codependency Scale	Einblína meira á aðra en sjálfan sig, skortur á tilfinningalegri tjáningu og skilgreina sig út frá samskiptum við aðra.
Potter-Effron Codependency Assesment	Hræðsla, skömm, samviskubit, vonleysi, reiði, afneitun, ósveigjanleiki, skekkt sjálfsmynd og ringulreið.
CODAT	Einbeita sér að öðrum/vanrækja sjálfan sig, afneitun, bæling, árátta, léleg sjálfsvirðing, samskiptavandi, stjórnunarvandamál, vandamál við að setja mörk og læknisfræðileg vandamál.
ICOD	Afneitun, óljós sjálfsmynd, tilfinningaleg bæling og gera hlutina fyrir aðra

---

Það fyrirfinnast fleiri próf en þau sem talin eru hér að ofan, en ekki er nauðsynlegt að tilgreina þau öll enda er umfjölluninni einungis ætlað að gefa skynbragð af því hversu fjölbreytt mælitækin eru. Ef farið er aftur í skilgreiningu Embætti Landlæknis (2015) á því hvað klínískar leiðbeiningar eru þá eiga þær „...að taka mið af bestu þekkingu á hverjum tíma og eru lagðar fram í því skyni að veita sem besta meðferð með sem minnstri áhættu án óhóflegs kostnaðar“. Ef skoðuð eru ofan greind próf og viðmið þá má sjá að áherslurnar eru ólíkar, þrátt fyrir að þau samsvari sér að einhverju leiti.

### 5.5. Mælitæki SÁÁ og Lausnarinnar

Hvorki SÁÁ né Lausnin eru með sérstök mælitæki til að kanna það hvort að einstaklingur sýni einkenni meðvirkni. En samkvæmt samtali við SÁÁ eru skoðuð þau meðvirkni einkenni sem einstaklingur hefur og metið út frá því hvort að hann sé meðvirkur eða ekki (Helga Óskarsdóttir, munnleg heimild, 5. janúar 2017). Meðvirknieinkenni samkvæmt SÁÁ eru meðal annars að bera sjúklega ábyrgð á hegðun, hugsunum og tilfinningum annarrar manneskju (sjá kafla um skilgreiningu samtaka á Íslandi).

Lausnin styðst aðallega við módel Piu Mellody þegar kemur að því að meta hvort að einstaklingur er meðvirkur eða ekki (sjá kafla um skilgreiningu samtaka á Íslandi). Með því segja þau að hægt sé að átta sig á því hvernig meðvirkni þróast í uppeldinu og hvernig aðstæðurnar breyta og móta einstaklinginn frá því að vera hann sjálfur yfir í aðra útgáfu af sjálfum sér (Kjartan Pálmason, munnleg heimild, 12. janúar 2017). Pia Mellody er ráðgjafi hjá meðferðarstofnuninni The Meadows í Bandaríkjunum. Mellody telur rótina á meðvirkni liggja í uppeldinu meðal annars vegna þess að börn upplifa það að geta ekki gert foreldrum sínum til geðs með því að vera bara þau sjálf. Hún segir fimm kjarnaekenni vera á meðvirkni, en það eru erfiðleikar:

- við að upplifa viðeigandi sjálfsvirðingu
- við að að setja mörk sem virka

- 
- að gangast við eigin veruleika (veruleika skilgreinir hún sem líkami, hugsun, skynjun og hegðun)
  - viðurkenna og uppfylla eigin þarfir og langanir ásamt því að vera háður öðrum
  - við að sýna hófsemi en meðvirkir hafa tilhneigingu til að gera allt of mikið, eða þá alveg í hina áttina og sýna engan áhuga.

Meðvirkir einstaklingar nota neikvæða stjórnun og reyna til dæmis að stjórna veruleika annarra, en með því fer veruleiki annarra að stjórna veruleika þess meðvirka (Mellody, Miller og Miller, 1983/2015). Neikvæð stjórnun er það þegar meðvirkur einstaklingur reynir að ráða og ákveða raunveruleika annars aðila, þetta gerir hann af þeirri ástæðu að það lætur honum líða betur og eykur sjálfstraust hans (Lausnin baráttusamtök gegn meðvirkni, 2010)



---

## 6. Sértæk úrræði í boði á Íslandi fyrir meðvirkni

Sértæk úrræði eru lausnir sem sniðnar eru að einhverju sértæku vandamáli, í þessu tilfalli meðvirkni. Þau sértæku úrræði sem eru í boði á Íslandi eru Al-Anon, Alateen, CoDA og Lausnin Fjölskyldumiðstöð. Hér á eftir verður farið aðeins yfir grundvallaratriði, hugmyndafræði og eðli hverra samtaka fyrir sig.

### 6.1. Al-Anon og Alateen

Nafnið Al-Anon er dregið af „Alcoholics Anonymus“ og tilheyrðu í upphafi AA-samtökunum (Al-Anon, e.d.-a) ) en árið 1940 var Al-Anon stofnað af sambýliskonum fíkla (O'Brien og Gaborit, 1992). Þeim var ljóst að aðstandendur þyrfti ekki að fá bata á fíkninni eins og fíkillinn heldur þurftu aðstandendur að fá bata á þeim óheilbrigðu samskiptum sem þau áttu við fíkilinn. Al-Anon er því fyrir aðstandendur einstaklinga sem þjást af fíkn (Al-Anon, e.d.-a) og starfar í meira en 110 löndum, meðal annars á Íslandi. Fundirnir eru endurgjaldslausir en flestar deildir láta körfu ganga á milli og getur fólk gefið frjáls framlög sem notuð eru í rekstur deildarinnar (Al-Anon, e.d.-b). Al-Anon eru sjálfshjálparsamtök þar sem öll vinna í þeim fer fram í sjálfboðavinnu, þeir sem hafa öðlast ný og breytt viðhorf í gegnum samtökin þakka fyrir sig með því að taka þátt í þjónustu þeirra (Al-Anon, e.d.-c).

Svipað og í AA samtökunum getur fólk fengið sér trúnaðarmann/konu sem styður við bakið á þeim á milli funda, við hann er hægt að ræða um tilfinningar og líðan í fullum trúnaði (Al-Anon, e.d.-b). Samtökin byggja á 12 reynslusporum AA-samtakanna og trúa á að æðri máttur geti gert þau heilbrigð á ný (Al-Anon, e.d.-a). Tólf sporin felast í grófum dráttum í því að viðurkenna vanmátt sinn, að geta ekki stjórnað eigin lífi og að fela líf sitt í hendur æðri máttar (AA-bókin, 1999). Al-Anon samtökin segja að með því að koma á fundi og hitta aðra sem eru í sömu sporum (eiga aðstandenda sem er fíkill) og vinna í sporunum fái fólk betri skilning á fjölskyldusjúkdómnum. Þar gefst fólki bæði tækifæri til að hlusta á aðra og deila sinni reynslu.

---

Samtökin hafa svo kallaðar þrjár arfleifðir sem eiga að sjá skjólstæðingunum fyrir andlegum grunni (Al-Anon, e.d.-a). Arfleiðirnar eru:

1. Reynslusporin tólf- þau eru ætluð hverjum og einum. Samtökin líta á þessi spor sem lykilatriði í bataferlinu, með því að fara í gegnum sporin getur einstaklingurinn fengið persónulega hugarró og fer að líða betur.
2. Erfðavenjurnar tólf- þjóna einnig persónulegum bata einstaklingsins, en þær eru líka ætlaðar til að halda deildunum heilbrigðum. Það er að deildirnar séu að vinna það starf sem þær eiga að vera að gera, sem er að aðstoða aðstandendur fíkla í að fá bata.
3. Þjónustuhugtökin tólf- eru viðmiðin sem samtökin vinna eftir. Þau eiga að passa upp á að sátt ríki í deildunum og að Al-Anon bataferlið verði jákvætt (Al-Anon, e.d.-a).

Einnig er að finna unglingastarf innan Al-Anon samtakanna sem kallast Alateen. Það var stofna 1957 af sex ungmennum og er ætlað unglingum 13-18 ára sem eiga aðstandenda sem er fíkill. Með því að sækja fundi eiga þau að læra leiðir til að takast á við vandann og bæði styðja aðra og fá styrk frá öðrum. Þeim er kennt að þau geti ekki tekið ábyrgð á hegðun fíkilsins, hvorki stjórnað neyslu hans né látið hann hætta. Það eina sem þau geta er að stjórna eigin hegðun (Al-Anon, e.d.-d).

Þátttaka í 12 spora hópum hafa sýnt jákvæða virkni en þó er frekar hátt hlutfall einstaklinga sem hættir að mæta á fundi. Rannsóknir sem gerðar hafa verið á brottfalli úr 12 sporunum snúa aðallega að fíklum sem sækja AA-fundi (Alcoholics Anonymous). En Timko, Laudet og Moos (2014) gerðu rannsókn á brottfalli úr Al-Anon, 305 þátttakendur sem voru nýir meðlimir tóku þátt. Þeir svöruðu könnun og samþykktu að svara aftur könnun að sex mánuðum liðnum um gengi sitt í samtökunum, en einungis 228 skiluðu inn svörum sem notaðar voru við gerð niðurstaðnanna. Rannsóknin skilgreindi brottfall ef einstaklingur hafði ekki mætt á neinn Al-Anon fund undanfarin mánuð, en rannsóknir hafa sýnt að eftir þrjá mánuði fer brottfall að aukast úr 12-spora hópa þátttöku (Timko, Laudet og Moos, 2014). Niðurstöðurnar voru að 130

---

(57%) einstaklingar höfðu hætt meðferð og 98 (43%) voru enn í samtökunum. Þeir sem voru atvinnulausir, áttu uppkomin börn eða höfðu búið stutt á sama stað voru líklegri til að hætta meðferð. Einnig voru þeir sem hættu ólíklegri til að segja að vandamál í samskiptum sínum við fíkilinn væri ástæða þess að þau hefðu komið á fund hjá Al-Anon og töldu sig hafa ágæta stjórn á aðstæðunum. Þeir sem héldu áfram meðferð voru meðal annars líklegri til að vera ósátt við fjarmál sín og lífsgæði, hafa læknisfræðileg vandamál og/eða vera fórnarlömb líkamlegs ofbeldis. Þó að þeir sem hættu meðferð sögðust hafa minni vandamál heldur en þeir sem héldu áfram þá var vandi þeirra samt töluverður (Timko, Laudet og Moos, 2014).

Þó sumar rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar geti notið góðs af Al-Anon á marga vegu meðal annars aukið þol fyrir álagi, betri bjargráð, meiri ánægja í samskiptum og aukið sjálfstraust, þá hafa þær ekki sýnt hvort eða hvernig samtökin hjálpa þeim (Young og Timko, 2015). Þeir sem ákveða að leita sér hjálpar vegna ástands síns gætu verið að mótmæla óásættanlegum aðstæðum það er að samband við ástvin er að eyðileggjast eða vilji til að taka aftur völdin á eigin lífi (Young og Timko, 2015). Það að einstaklingur hafi viðurkennt að hann þurfi aðstoð gæti verið byrjunin á batanum og hvaða form aðstoðar sem er gæti skilað árangri og meðal annars minnkað líkamleg og andleg einkenni. Það hvers vegna einstaklingur velur að leita aðstoðar hjá Al-Anon í stað einhvers annars er ekki vitað en gæti spilað inn í að fundirnir eru gjaldfrjálsir og fólk því metið sem svo að ágóðinn gæti verið meiri en kostnaðurinn. Nýir meðlimir samtakanna telja kosti samtakanna meðal annars vera þá að fá viðurkenningu á að meðvirkni sé sjúkdómur, andlega nálgunin, félagsskapurinn, félagslegi stuðningurinn, frír fundir og fleira. En mögulegir ókostir samtakanna eru meðal annars að þeir meðvirku leiti sér aðstoðar til að verða betur í stakk búin til að hjálpa fíklinum að ná bata. Með því að vinna í sjálfum sér telja þau sig betur undirbúin í það að aðstoða fíkilinn, en það er þá bara enn ein aðferðin til að laga fíkilinn og þörfum þess meðvirka ýtt til hliðar. Grundvallaratriðin í tólf sporunum er að viðurkenna ábyrgðina á eigin lífi en þá ábyrgð má auðveldlega mistúlka sem

---

sekt, það er Al-Anon segir að sá meðvirki valdi ekki fíkn fíkilisins en þeir segja einnig að meðvirkir geti komið í veg fyrir að fíkillinn fái bata. Einnig að ef fíkillinn heldur áfram í neyslu gæti sá meðvirki farið að kenna sér um það, sem gæti leitt til þess að þeir sem eru í hvað mestri þörf fyrir aðstoð gætu hætt að mæta á fundi eða sagt að allt sé í lagi hjá þeim. Konur eru í miklum meirihluta þeirra sem sækja fundi sem gæti valdið því hugarfari að meðvirkni sé kvenlægt vandamál, en þær eru nú sinnum líklegri til að sækja aðstoð samtakanna (Young og Timko, 2015).

## 6.2. CoDA

Samtökin CoDA (e. Co-Dependents Anonymous) eru staðsett víða um land sem og út um allan heim. Þau vinna eftir 12 sporum líkt og Al-Anon og trúa því að æðri máttur geti gert þau heilbrigð á ný. CoDA hefur líka tólf erfðavenjur og er hlutverk þeirra að stuðla að því að þar sé unnið það starf sem samtökin eiga að gera (hjálpa meðvirkum) í sátt og samlyndi. Leiðtogi CoDa (eins og allra annarra tólf spora samtaka) er Æðri Máttur eins og hver einstaklingur skilgreinir hann. Hann birtist í samvisku hvernar deildar og þeir sem starfa við samtökin eru ekki stjórnendur heldur þjónar. Skilyrðin til að taka þátt í starfi þeirra er vilji til heilbrigðra og góðra tengsla við aðra (CoDA á Íslandi, e.d.-a). Einstaklingar geta fengið sjálfsmatslista til að meta hvort að þeir séu meðvirkir eða ekki, en eru ekki metnir af meðlimum samtakanna. Listinn inniheldur atriði sem snúa að afneitun, lágs sjálfsmats, hlýðni, stjórnun og forðun (CoDA, 2011). Ekki kemur fram á síðu CoDa hvernig þessi atriði voru fundin eða það hvort að listinn sé gagnreyndur og studdur á vísindalegan hátt og þar af leiðandi nánast ómögulegt að segja til um það hvort að hann sé marktækur.

Ef meðlimir samtakanna stunda prógrammið sem CoDA býður uppá þá lofa þau því að einstaklingurinn megi búast við breytingum á lífinu. Loforðin eru tólf talsins og eru breytingarnar sem búast má við meðal annars að upplifa það að verða hluti af einhverju og að

---

einmannaleikinn hverfi (CoDA á Íslandi, e.d.-b). Fundirnir eru gjaldfrjálsir, en reksturinn byggist á innbyrðis samskotum (CoDA á Íslandi, e.d.-c).

### 6.3. Lausnin fjölskyldumiðstöð

Lausnin fjölskyldumiðstöð býður upp á fjölbreytt úrval af aðstoð til að takast á við einkenni meðvirkni. Byrjað er á samtali við ráðgjafa og meðferðarform ákveðið í kjölfar þess. Meðferðirnar geta verið einstaklings-, hjóna- eða fjölskylduviðtal (Lausnin Fjölskyldumiðstöð, e.d.-b) og einnig er boðið upp á símaviðtal eða viðtal á skype (Lausnin Fjölskyldumiðstöð, e.d.-c). Í upphafs viðtalinu fer fram greining á því hvort að einstaklingur er með einkenni meðvirkni samkvæmt viðmiðum Lausnarinnar (sjá kafla um skilgreiningu samtaka á Íslandi), aðstæðurnar eru metnar og framhaldið ákveðið. Hægt er að fara í hópatíma þá hittist hópurinn einu sinni í viku mánuð í senn (Lausnin Fjölskyldumiðstöð, e.d.-d). Lausnin er reglulega með ýmis námskeið og má þar nefna fjögurra klukkustunda Ör-námskeið um meðvirkni. Þar er meðal annars farið yfir hvernig meðvirkni verður til og þróast og hvaða áhrif það hefur á fullorðinsárin, þá er farið yfir leiðir til bata og hvaða úrræði eru til (Lausnin Fjölskyldumiðstöð, e.d.-e). Ráðgjafar Lausnarinnar hafa fjölbreyttan bakgrunn þar starfa meðal annars prestar, félagsfræðingar og guðfræðingur. Sumir þessara ráðgjafa hafa einnig farið á námskeið í kenningum Piu Mellody, en það eru kenningarnar sem þau vinna eftir við stofnunina (Lausnin Fjölskyldumiðstöð, e.d.-f). Eins og kom fram í kaflanum um mælitækin segir hún að rót vandans liggja í uppeldinu og það marki líf fólks á fullorðinsárum (Mellody, 2015). Gjöld eru misjöfn eftir því hvaða meðferð er valin, það er hópa- eða einstaklingsmeðferð eða námskeið, verðið er frá 10.000-16.000 krónur.

### 6.4. Hagsmunir fyrirtækja

Það er markmið flestra fyrirtækja að bera hagnað eða að minnsta kosti að vera sjálfbær í eigin rekstri. Hagur þeirra byggist á því að hafa nógu marga viðskiptavini eða skjólstaðinga. Lyfjafyrirtæki hafa löngun markaðsett lyfin sín að miklu leyti með því að hafa áhrif á lækna

---

---

eða aðra ávísendur lyfja til að skrifa út lyfseðla fyrir þeim. Til að reyna að sporna við því að fólk hætti notkun lyfjanna setja lyfjafyrirtækin upp áætlun til að viðhalda lyfjaheldni sjúklinganna. Rannsóknir hafa sýnt að fólk treystir illa á að lyfjafyrirtækin segi satt um ágæti lyfjanna því hafa þau brugðið á það ráð að láta aðila sem fólk treystir tala fyrir lyfinu eins og heilbrigðisstarfsfólk, lyfjafræðinga og jafnvel fólk í sömu stöðu og sjúklingurinn er (Lamkin og Elliott, 2014). Þannig reyna fyrirtækin að auka traust almennings á lyfinu sem getur reynst sjúklingi vel í að viðhalda lyfjaheldni sinni og fá betri líðan í sjúkdómi sínum. Því ef meðferðarheldni er góð á lyfjum sem eru örugg og árangursrík getur það aukið lífsgæði einstaklingsins og um leið aukið hagnað lyfjafyrirtækjanna, en að auki minnkað útgjöld heilbrigðiskerfisins sem gerir lyfin einnig aðlaðandi fyrir stjórnvöld. En því miður hafa lyfjafyrirtæki verið uppvís af því að falsa niðurstöður rannsókna sér í vil og jafnvel borgað læknum undir borðið.(Lamkin og Elliott, 2014). Sértæk úrræði fyrir meðvirkni eru engin undantekning frá þessu, þeirra hagur byggist á því að nógu margir greinist með meðvirkni, því án einstaklinga með einkenni meðvirkni væru úrræðin ekki forsvaranleg. Það má því leiða hugann að því hvort að skilgreiningin á meðvirkni sé þetta víð og margbreytileg vegna þess að þannig fást fleiri meðlimir inn í samtökin og þar af leiðandi meiri velta fyrir fyrirtækið.

---

## 7. Mögulegar ástæður fyrir bata

Þó að meðvirkni sé ekki viðurkenndur geðsjúkdómur og ekki hafi verið komist að niðurstöðu um einkenni meðvirkni eða hvort að meðvirkni sé til þá virðist sem sumir fái bata á einkennum sínum. Einkennum eins og afneitun, skorti á tilfinningalegri tjáningu, skömm og lítilli sjálfsvirðingu með aðstoð ofangreindra úrræða. Hvað ætli það sé í meðferðarformunum sem sé að hjálpa þessum einstaklingum? Hér á eftir verður farið í mögulegar skýringar á því þó að sá listi sé alls ekki tæmandi.

### 7.1. Trú á bata og æðri mátt

Trúin á að fólk sé að fara fá bata getur stuðlað að sjálfum batanum. Freud talaði um að mannshuganum væri skipt í þrjá hluta: það, sjálf og yfirsjálf. Þar sem það væri frumhvatinnar, yfirsjálf, samviskan og sjálf, það sem myndi halda jafnvæginu á þessu tvennu (Alling, 2015). Meðferðaraðilar notuðust við þessa kenningu í meðferðum sínum um tíma en hurfu svo frá þeim. Í dag er aftur farið að viðurkenna þessa skiptingu Freuds að einhverju leiti, það má stuðla að bata með því að koma auga á afbökun hughrif, auka sjálfsvitund og breyta hegðun. Með trú á þetta ferli getur bati átt sér stað. Rannsókn sem Dr. Andrew Leuchter gerði á þunglyndissjúklingum þar sem einn hópur fékk þunglyndislyf en hinn fékk Placebo (lyfleysa) sýndi fram á að virkni í heila beggja hópanna varð mjög svipaður. Raunverulegu lyfin gerðu ekkert meira fyrir einstaklinginn heldur en lyfleysa, trúin á meðferðina stuðlaði að bata þeirra sem tóku þátt í ferlinu. Einnig sýndi safngreining á fjölda rannsókna um meðferð á þunglyndi að áhrif lyfleysu og raunverulegra lyfja gáfu svipaðar niðurstöður hjá flestum sjúklingunum, það er að ekki var marktækur munur á bata milli hópanna. (Alling, 2015). Í gegnum tíðina hafa verið tengsl á milli trúar, sálrænna og læknisfræðilegra iðkana, þó er það ekki fyrr en tiltölulega nýlega sem vísindalegar bókmenntir viðurkenna mikilvægi trúar í líkamlegri og andlegri heilsu sjúklinga. En skilgreiningin á trú er mismunandi til dæmis segja sumir að trú feli í sér að trúa á Guð en aðrir segja að trú sé ekki endilega að trúa á Guð heldur sé um að ræða aðferð til að finna

---

tilgang í lífinu. Safngreining var gerð úr 23 klínískum rannsóknum um áhrif sálræna iðkana og trúar á andlega heilsu. Sálrænt var skilgreint meðal annars sem siðferðisleg gildi og trú á æðri mátt en trú var skilgreind eftir trúarsöfnuðum eins og kaþólska, gyðingar eða múslimar. Niðurstöðurnar sýndu að bæði sálræn iðkun og trú hefðu þau jákvæðu áhrif að draga úr kvíða og þunglyndis einkennum (Goncalves, Lucchetti, Menezes og Vallada, 2015).

## 7.2. Placebo áhrif

Placebo þýðir á latínu að þóknast (e. to please) og er oft notað í samanburðarrannsóknum þar sem einum hóp er gefin meðferð en annar hópur fær Placebo. Þeir sem fá einhvern bata í Placebo hópnum fá hann vegna trúar sinnar á meðferðina og sambandi við meðferðaraðila, þetta kallast Placebo áhrif og er sálfræðileg meðferðaráhrif sem einstaklingur verður fyrir. Áhrifin geta komið vegna þess að einstaklingurinn vill fá bata eða vegna hugsun um það hvernig góð líðan var. En einnig geta komið fram neikvæð áhrif eða svokölluð nocebo, þá trúir einstaklingurinn á að meðferðin geti valdið skaða, hann hefur neikvæðar skoðanir til meðferðarinnar og upplifir neikvæðar afleiðingar af henni. Allt fer þetta eftir því hverju einstaklingurinn trúir (Eccles, 2007). Þó að yfirleitt sé talað um Placebo í tengingu við lyf þá má kannski líkja þessu við annars konar meðferð eins og við einkennum meðvirkni. Það er ef einstaklingurinn trúir að hann fái aðstoð á þessum stað og finnur fyrir tengingu við hópinn eða meðferðaraðila þá fer honum ef til vill að líða betur.

## 7.3. Hópar

Félagsfræðingurinn Charles H. Cooley sagði árið 1909 að hópurinn sem einstaklingur telur vera grundvöll sinn eða þar sem hann telur sig eiga heima er hjá þeim sem deila sameiginlegum verðmætum og gildum. Annars stigs hópur er sá sem hjálpar til við að ná markmiðunum sem einstaklingurinn hefur (Grotto, Guazzini og Bagnoli, 2014). Fyrstu tvo áratugi tuttugustu aldar studdust margir fagmenn í heilbrigðisgeiranum við þessa kenningu í meðferðum sínum, og má þar nefna í meðferðum við alkahólisma, berklum og geðsjúkdómum.

---



---

Wilfred Ruprecht Bion sagði að í hópi myndi rödd einstaklings heyrast. Nálgun hans á hópameðferð var þannig að hópurinn hjálpaðist að, þannig er meðferðin sem hópurinn veitir með hegðun sinni og ósjálfráðu viðbrögðum sjálft inngripid, það er að í stað þess að meðferðin sé framkvæmd á hópnum er hún framkvæmd af hópnum. Þau gildi og viðmið sem eru ríkjandi í samfélaginu/hópnum lita allar þeirra gjörðir og hugsanir. Bæði meðvitaðar og ómeðvitaðar tilfinningar tengja saman hópa mynstrið, hópurinn hefur ákveðin stöðugleika í tíma og einstaklingar í hópnum hafa tilhneigingu til að skiptast á þannig ef að einn dregur sig í hlé stígur annar fram í hans stað (Grotto, Guazzini og Bagnoli, 2014). Dæmi um meðvitað mynstur er að fara eftir lögum og reglum sem ríkja í samfélaginu eða meðferðahópnum en ómeðvitað mynstur getur verið að sýna samkennd og skilning. Bion sagði að hópur gæti líka virkað þannig að þeir hjálpast að við að ná markmiðum sínum með hjálp meðferðaraðila, þó að hópurinn sé það sem hafi mestu áhrif á einstaklinginn (Grotto, Guazzini og Bagnoli, 2014).

Hópur getur bæði haft góð og slæm áhrif á einstaklinga og getur hópameðferð bæði ýtt undir bata eða aukið vandann. Yfirlitsgrein á rannsóknum sýndi bæði góð og vond áhrif hópameðferða á unga einstaklinga. Greinin sýndi vond áhrif á þá sem sýna andfélagslega hegðun eða áhættuhegðun, sem kannski mætti skýra út frá slæmri félagslegri tækni og að þeir hermi eftir hegðun hvors annars. Aftur á móti virtist hópameðferð sýna jákvæð áhrif gagnvart ungum ofbeldishneigðum einstaklingum að einhverju leiti betur heldur en einstaklingsmeðferð (Kaminer, 2005). En það að fólki hættir til að fylgja öðrum hvort sem að það er gáfulegt eða ekki vekur spurningar um áhættu þess að hafa engan sem stýrir umræðum í hópnum. Al-Anon og CoDA vinna með þetta fyrirkomulag þar sem hugmyndir eins aðila getur haft áhrif á annan hvort sem að þær hugmyndir eigi við rök að styðjast eða ekki.

#### 7.4. Fylgispekt

Fylgispekt er hjarðhegðun þar sem fólki hættir til að herma eftir öðrum í orði og gjörðum. Ástæðurnar geta verið margvíslegar, þeim þykir kannski rétt að fylgja fordæmi annarra og/eða

vilja ekki aðgreina sig frá fjöldanum. Árið 1951 gerði Solomon Asch fræga rannsókn þar sem hann lét þátttakendur vera saman í herbergi, þau áttu að segja til um lengd á línum. Samstarfsmenn hans voru með í herberginu og sögðu rangt til um lengdina og í flestum tilfellum hermdi fólk eftir þeim þó að augljóst var að svarið var rangt. Fólk hefur tilhneigingu til að herma eftir öðrum og það getur bæði verið af hinu góða eða slæma, en þörfin til að tilheyra hópnum getur verið sterkari heldur en að standa með gildum sínum (Kim og Hommel, 2015). Það er hættu á fylgispekt þegar hópur kemur saman og samtök eins og Al-Anon og CoDA eru ekki með neinn fagaðila sem stýrir fundunum, heldur eru það meðlimir samtakanna sem hafa fengið aðstoð þar, sem bæði stjórna og taka þátt í þeim. Sem getur verið af hinu góða þar sem þeir miðla af eigin reynslu, en einnig getur þeirra reynsla ef til vill valdið öðrum skaða. Utan slíkra hópa eru meðferðaraðilar mismunandi og getur skjólstæðingur fylgt þeirra ráðum í blindni sem einnig getur valdið skaða.

## Tafla 5

*Það sem mögulega stuðlar að bata einstaklinga í meðferðum við einkennum meðvirkni*

Mögulegar leiðir	Hvað orsakar batann
Trú á bata og æðri mátt	Einstaklingur trúir því að meðferðin veiti honum bata. Sumir trúa að eitthvað þeim æðra muni hjálpa til í bataferlinu.
Placebo áhrif	Einstaklingur vill fá bata, trú á meðferðina og samband við meðferðaraðila.
Hópar	Sameiginleg markmið og gildi.
Fylgispekt	Hjarðhegðun, herma eftir hegðun annarra.

## 8. Niðurstöður og umræður

Nokkuð er síðan samtökin Al-Anon og Alateen voru stofnuð, þetta eru samtök sem bjóða upp á sértæk úrræði við meðvirkni fyrir aðstandendur fíkla, en þeir takmarka sig eingöngu við þann hóp (Al-Anon, e.d.-a). Önnur samtök hafa einnig gefið sig út fyrir að bjóða upp á sértæk úrræði við meðvirkni, til dæmis Lausnin og CoDA. Þeirra skilgreining er mun víðtækari þegar kemur að einkennum meðvirkni og af þeim sökum nánast hægt að greina hvaða einstakling sem er meðvirkan sé tekið mið af skilgreiningum þeirra. Þrátt fyrir að skilgreiningar SÁÁ á meðvirkni séu ekki fullnægjandi þá má segja að þær séu ef til vill betri heldur en skilgreiningar Lausnarinnar og CoDA, að því leiti að þau takmarka sig meira. Með víðum og óskipulögðum skilgreiningum á hugtakinu meðvirkni aukast líkurnar á ofgreiningu, sem leiðir af sér hættu á því að einstaklingur hljóti ekki viðeigandi hjálp. Það er hagur flestra fyrirtækja, ef ekki allra að hafa marga skjólstæðinga, þar liggur ef til vill ein skýringin á því hversu óskýr einkennin eru sögð vera og hversu víðtækar greiningarnar á meðvirkni eru. Víðtæk og óskýr greining hefur það í för með sér að fleiri einstaklingar falli þar undir og samtök sem gefa sig út fyrir að bjóða upp á sértæk úrræði við meðvirkni eru augljósir hagsmunaaðilar af slíkum ofgreiningum.

Það ríkir engan vegin sátt um það hvernig eigi að skilgreina meðvirkni en það er meðal annars talið vera sjúkdómur, lærd hegðun, fjölskyldusaga/vandamál, fíklni þróun og einkenni þess að vera kvenmaður. Þó fræðimenn hafi bent á líkindin milli meðvirkni og kvenlegra einkenna sýndi rannsókn Dear og Roberts (2002) að ekki er hægt að rekja einkenni meðvirkni til hefðbundinna kynjahlutverka. Önnur rannsókn sýndi að meðvirkni væri bjargráð sem einstaklingar þróa með sér í æsku og að konur séu ekki í meiri áhættuhóp heldur en karlar til að sýna einkenni meðvirkni (Noriega, Ramos, Medina-Mora og Villa, 2008). Persónuleika einkenni virðast einnig geta spilað inn í það hvort að einstaklingur sýni einkenni meðvirkni (Panaghi, Ahmadabadi, Khosravi, Sadeghi og Madanipour, 2016) og svo hafa enn aðrir sagt að meðvirkni megi rekja til áfallastreituröskunar (Autenshylus, 2008). Þessi fáu dæmi eru með

---

ólíka sýn á meðvirkni, en það virðist oft vera að fræðimenn skilgreini einkenni meðvirkni og búi til mælitæki sem mælir það, hver eftir sínu höfði. En augljóslega er þá ekki verið að rannsaka sömu hlutina og rannsóknirnar engan vegin sambærilegar.

Eftir rannsóknarvinnu ritgerðarinnar telur höfundur tæplega hægt að segja að hægt sé að nota hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi. Fjöldi skilgreininga á fyrirbærinu torveldar samræmi milli greininga og rannsókna. Ekki er faglegt að segja að allir þjáist af meðvirkni sem eiga í tilfinningasambandi við alls konar einstaklinga allt frá uppreisnagjörnum unglingi til fíkils eða glæpamanns (Lausnin fjölskyldumiðstöð, e.d.-a). Með þessari skilgreiningu er verið að segja að flest allir meðlimir samfélagsins séu sjúkir. Ef hugtakið á að skilgreina þetta vítt svið, þá er möguleiki á að það skilgreini ekkert og missi þar af leiðandi gildi sitt (Lindley, Giordano og Hammer, 1999). Til að mögulegt sé að notast við hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi þarf að komast að viðurkenndri niðurstöðu um það og að allir vinni eftir sömu skilgreiningar viðmiðum. Notkunin á hugtakinu í dag býður ekki upp á að verklagið sé kerfisbundið, og skilgreiningar á ástandinu virðast að miklu leiti fara eftir hugmyndum hvers fræðimanns í það og það skipti. Klínískar leiðbeiningar eiga að þjóna því hlutverki að einstaklingur fái bestu mögulegu meðferðina hverju sinni (Embætti landlæknis, 2015), en það er tæplega hægt ef skilgreiningar og hugmyndir um ástandið skortir skýrleika. Þó virðist sem hópur fólks fái einhvern bata af því að sækja aðstoð til þeirra samtaka sem gefa sig út fyrir það að vera samtök til stuðnings þeirra sem þjáist af meðvirkni. Í ritgerðinni var farið yfir nokkrar mögulegar ástæður hvers vegna fólk er að fá einhvern bata, gæti það verið vegna þess að við manneskjurnar erum með hjarðhegðun og sýnum fylgispekt. Eða kannski máttur þess að vera í hóp og hitta aðra sem eru í sömu sporum og þar af leiðandi finna að maður er ekki einn um þessa vanlíðan. Eða eru þessi samtök búin að finna góða lausn á vandamálinu þrátt fyrir ólíkar skilgreiningar á fyrirbærinu?

En það má þá spyrja sig hvers vegna er verið að leggja peninga og vinnu í flokkunarkerfi geðrænna og líkamlegra sjúkdóma eins og ICD og DSM, ef hægt er að meðhöndla ástand eins og meðvirkni án þess að fullvissa sé um hvað einkennir ástandið. Þetta vinnuferli stangast nokkuð á við það frumskilyrði að til þess að unnt sé að meðhöndla röskun eða sjúkdóm verður að vera hægt að greina það og með greiningunni er hægt að veita viðeigandi meðferð og um leið auka líkurnar á því að árangur náist (Heilsugæslan, e.d.). Ævi hvers einstaklings einkennist af alls konar tilfinningasveiflum sem má rekja til dæmis til aldurs, umhverfis og fleiri þátta og ekki er hægt að útiloka að eitthvað af þeim einkennum sem sögð eru vera meðvirkni séu vegna þessa. Ef verið er að ofgreina einstaklinga veldur það ekki bara auknum útgjöldum fyrir einstaklinginn heldur einnig aukin útgjöld fyrir samfélagið (Bolton, 2013). Greiningar geðsjúkdóma hafa aukist mikið undanfarin ár sem hefur í för með sér bæði kosti og galla (Scully, 2004; Moynihan, Doust og Henry, 2012). Kostirnir eru meðal annars að einstaklingurinn fær viðeigandi aðstoð og getur þannig átt meiri möguleika á betri lífsgæðum en áður (Scully, 2004), en gallarnir eru meðal annars þeir að verið sé að greina og meðhöndla ástand sem ekki á eftir að valda einstaklinginum miska, eins og að greina krabbamein æxli sem vex hægt og á ekki eftir að hafa áhrif á líf viðkomandi (Moynihan, Doust og Henry, 2012).

Sértæku úrræðin sem eru í boði hér á landi eru annars vegar sjálfshjálparsamtök sem taka ekki greiðslu fyrir þátttöku (Al-Anon, Alateen og CoDA) og hins vegar áhugamanna samtök sem taka greiðslu fyrir störf sín (Lausnin). Þó að þessi úrræði virðast hafa náð einhverjum árangri í sínu starfi og aðstoðaða fólk í því að fá bata, þá er niðurstaða höfundar sú að til að nota hugtakið meðvirkni í klínískum tilgangi er þörf á sameiginlegri og viðurkenndri skilgreiningu á ástandinu. Ekki er viðunandi að skilgreiningar og hugmyndir þess fræðimanns sem um ræðir hverju sinni séu notaðar sem greiningarviðmið. Með því eykst hætta á ofgreiningu til muna, hætta er á að hinu raunverulega vandamáli verði ekki sinnt og líkur minnka á því að viðeigandi meðferð sé beitt.

Höfundurinn finnst viðeigandi að enda ritgerðina á speki upphafsmanns tilraunasálfræðinnar Wilhelms Wundt. Til þess að hægt sé að rannsaka tiltekið fyrirbæri verður það að vera mælanlegt og einnig að hægt sé að endurtaka rannsóknina aftur á sama hátt við sömu aðstæður og fá sömu niðurstöðu og áður (Asthana, 2015). Þangað til að meðvirknihugtakið kemst þangað er það gagnlítið í klínísku starfi, því augljóslega fást ekki sömu niðurstöður með þetta breiðum og breytilegum skilgreiningum á fyrirbærinu.

---

### Heimildarskrá

Al-Anon. (e.d.-a). Hvað er Al-Anon? Sótt af <http://www.al-anon.is/alanon/hvad-er-alanon/>

Al-Anon.(e.d.-b). Er Al-Anon fyrir mig? Sótt af <http://www.al-anon.is/alanon/hvad-er-alanon/er-alanon-fyrir-mig/>

Al-Anon. (e.d.-c). Al-Anon starfið á Íslandi. Sótt af <http://www.al-anon.is/alanon/alanon-starfid/>

Al-Anon. (e.d.-d). Hvað er Alateen? Sótt af <http://www.al-anon.is/alateen/hvad-er-alateen/>

Al-Anon samtökin á Íslandi (e.d.). Al-Anon spurt og svarað. Sótt af <http://www.al-anon.is/alanon/hvad-er-alanon/spurt-og-svarad/>

Alling, F. A. (2015). The healing effects of belief in medical practices and spirituality. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 11(4), 273–280.  
doi:10.1016/j.explore.2015.04.002

Anderson, S. C. (1994). A critical analysis of the concept of codependency. *Social Work*, 39(6), 677-685. Sótt af <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=aph&AN=9411163186&site=ehost-live>

American Psychiatric Association. (e.d.). What is addiction. Sótt af <https://psychiatry.org/patients-families/addiction/what-is-addiction>

Archip, B. (2014). Patriarchal vs. non-patriarchal explorations of feminine traits. *Journal of Research in Gender Studies*, 4(1), 1132–1140. Sótt af <http://search.proquest.com/docview/1553512079/fulltextPDF/76BF0E783FCD4A33PQ/1?accountid=49537>

Asthana, H. (2015). Wilhelm Wundt. *Psychological Studies*, 60(2), 244–248.  
doi:10.1007/s12646-014-0295-1

- 
- Autenshlyus, Y. B. (2008). Codependence and post-traumatic stress disorders. *International Journal of Psychophysiology*, 69(3), 287-287. doi:10.1016/j.ijpsycho.2008.05.260
- Bolton, D. (2013). Overdiagnosis problems in the DSM-IV and the new DSM-5: Can they be resolved by the Distress—Impairment criterion? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(11), 612–617. doi:10.1177/070674371305801106
- CoDA. (2011). Patterns and Characteristics of Codependence. Sótt af <http://coda.org/index.cfm/meeting-materials1/patterns-and-characteristics-2011/>
- CoDA á Íslandi. (e.d.-a). Erfðavenjur CoDA. Sótt af <http://coda.is/index.php?page=erfdavenjur-coda>
- CoDA á Íslandi. (e.d.-b). Loforð CoDA. Sótt af <http://coda.is/index.php?page=loford-coda>
- CoDA á Íslandi. (e.d.-c). CoDA á Íslandi. Sótt af <http://coda.is/>
- Dear, G. E. og Roberts, C. M. (2002). The relationships between codependency and femininity and masculinity. *Sex Roles*, 46(5-6), 159-165. doi:1019661702408
- Eccles, R. (2007). The power of the placebo. *Current Allergy and Asthma Reports*, 7(2), 100–104. doi:10.1007/s11882-007-0006-2
- Embætti Landlæknis. (2007). Klínískar leiðbeiningar um greiningu og meðhöndlun áfengisvanda í heilsugæslu. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2535/3370.pdf>
- Embætti landlæknis. (2014). Icd-10. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/icd-10/>
- Emætti landlæknis. (2015). Klínískar leiðbeiningar. Sótt af <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/klininskar-leidbeiningar/>
- Fuller, J. og Warner, R. (2000). Family stressors as predictors of codependency. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 126(1), 5–22. Sótt af [http://search.proquest.com/docview/231471685?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](http://search.proquest.com/docview/231471685?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
-



- 
- Goncalves, J., Lucchetti, G., Menezes, P. og Vallada, H. (2015). Religious and spiritual interventions in mental health care: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Psychological Medicine*, 45(14), 2937–2949. doi:10.1017/S0033291715001166
- Granello, D. H. og Beamish, P. M. (1998). Reconceptualizing codependency in women: A sense of connectedness, not pathology. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(4), 344–58. Sótt af [http://search.proquest.com/docview/198715098?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](http://search.proquest.com/docview/198715098?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
- Griffin, D. og Dauer, R. (2012). Rethinking men and codependency. *Addiction Professional*, 10(4), 24–28. Sótt af [http://search.proquest.com/docview/1432315505?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](http://search.proquest.com/docview/1432315505?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
- Grotto, R., L, Guazzini, A. og Bagnoli, F. (2014). Metastable structures and size effects in small group dynamics. *Frontiers in Psychology*, 5, 699. doi:10.3389/fpsyg.2014.00699
- Harkness, D. (2001). Testing cermak's hypothesis: Is dissociation the mediating variable that links substance abuse in the family of origin with offspring codependency? *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(1), 75–82. Sótt af [http://search.proquest.com/docview/208013238?rfr\\_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo](http://search.proquest.com/docview/208013238?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo)
- Heilsugæslan. (e.d.).Greining. Sótt af <https://www.heilsugaeslan.is/onnur-thjonusta/throskaoghegdunarstod/greining/>
- Hughes-Hammer, C., Martsolf, D. S. og Zeller, R. A. (1998). Development and testing of the codependency assessment tool. *Archives of Psychiatric Nursing*, 12(5), 264-272. doi:10.1016/S0883-9417(98)80036-8
- ICD-10. (2016-a). *Addiction*. Sótt af <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#>
-

---

ICD-10. (2016-b). Mental and behavioural disorder. Sótt af

<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#>

Íslensk orðabók. (e.d.). Sótt af <https://snara.is/>

Jones, A. L., Perera - Diltz, Dilani M, Salyers, K. M., Laux, J. M. og Cochrane, W. S. (2007).

Testing hypothesized differences between adult children of alcoholics (ACOAs) and non-ACOAs in a college student sample. *Journal of College Counseling*, 10(1), 19. Sótt af <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=6ff5e0e5-3448-4a07-af06-701973255309%40sessionmgr102&vid=1&hid=116>

Kaminer, Y. (2005). Challenges and opportunities of group therapy for adolescent substance abuse: A critical review. *Addictive Behaviors*, 30(9), 1765–1774.

doi:10.1016/j.addbeh.2005.07.002

Kaur, S. (2016). A descriptive study to assess depression and codependency among wives of alcoholics in a selected rural community of gurdaspur, punjab. *Asian Journal of Nursing Education and Research*, 6(2), 183–187. doi:10.5958/2349-2996.2016.00033.1

Kim, D. og Hommel, B. (2015). An event-based account of conformity. *Psychological Science*, 26(4), 484–489. doi:10.1177/0956797614568319

Kryworuchko, J., Stacey, D., Bai, N. og Graham, I. D. (2009). Twelve years of clinical practice guideline development, dissemination and evaluation in canada (1994 to 2005). *Implementation Science : IS*, 4, 4:49. doi:10.1186/1748-5908-4-49

Lamkin, M. og Elliott, C. (2014). Curing the disobedient patient: Medication adherence programs as pharmaceutical marketing tools. *The Journal of Law, Medicine and Ethics*, 42(4), 492–500. doi:10.1111/jlme.12170

Lausnin fjölskyldumiðstöð. (e.d.-a). Hvað er meðvirkni? Sótt af <http://www.lausnin.is/?p=105>

Lausnin Fjölskyldumiðstöð. (e.d.-b). Viðtöl hjá ráðgjafa. Sótt af

<http://www.lausnin.is/einkavidtol/>

---

Lausnin Fjölskyldumiðstöð. (e.d.-c). Símaviðtal eða Skype viðtal. Sótt af

<http://www.lausnin.is/simavidtal-eda-skype-vidtal/>

Lausnin Fjölskyldumiðstöð. (e.d.-d). Lausnamiðuð hópavinna. Sótt af

<http://www.lausnin.is/thetta-er-prufa-fyrir-sidu/>

Lausnin Fjölskyldumiðstöð. (e.d.-e). Örnámskeið um meðvirkni. Sótt af

<http://www.lausnin.is/or-namskeid-um-medvirkni-34/>

Lausnin Fjölskyldumiðstöð. (e.d.-f). Starfsfólk. Sótt af <http://www.lausnin.is/starfsmenn/>

Lausnin baráttusamtök gegn meðvirkni. (2010, 29. apríl). Meðvirkt samfélag sem þarf

bráðameðferð!!! [bloggfærsla]. Sótt af <http://lausnin.blog.is/blog/lausnin/entry/1048808/>

Lindley, N. R., Giordano, P. J. og Hammer, E. D. (1999). Codependency: Predictors and psychometric issues. *Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 59–64.

doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199901)55:1<59::AID-JCLP5>3.0.CO;2-M

Mangueira, S. O. og Lopes, M. V. O. (2016). Clinical validation of the nursing diagnosis of dysfunctional family processes related to alcoholism. *Journal of Advanced Nursing*, 72(10), 2401-2412. doi:10.1111/jan.12999

doi:10.1111/jan.12999

Martsof, D. (2002). Codependency, boundaries, and professional nurse caring:

Understanding similarities and differences in nursing practice. *Orthopaedic Nursing*, 21(6), 61–67. Sótt af

<http://search.proquest.com/docview/195972003/fulltextPDF/94B68D4514F43E3PQ/1?accountid=150764>

<http://search.proquest.com/docview/195972003/fulltextPDF/94B68D4514F43E3PQ/1?accountid=150764>

Martsof, D. S., Sedlak, C. A. og Doheny, M. O. (2000). Codependency and related health

variables. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14(3), 150–158. doi:10.1053/py.2000.6387

Mellody, P. (2015). Meðvirkni: Orsakir, einkenni, úrræði / pia mellody, andrea wells miller

og J. keith miller ; hilmar ramos þýddi. Reykjavík: Vaka-Helgafell.

- 
- Moynihan, R., Doust, J. og Henry, D. (2012). Preventing overdiagnosis: How to stop harming the healthy. *Bmj-British Medical Journal*, 344, e3502. doi:10.1136/bmj.e3502
- Neighbors, H. W., Trierweiler, S. J., Ford, B. C. og Muroff, J. R. (2003). Racial differences in DSM diagnosis using a semi-structured instrument: The importance of clinical judgment in the diagnosis of african americans. *Journal of Health and Social Behavior*, 44(3), 237–256. Sótt af <http://search.proquest.com/docview/201658862?OpenUrlRefId=info:xri/sid:primo&accountid=150764>
- Noriega, G., Ramos, L., Medina-Mora, M. E. og Villa, A. R. (2008). Prevalence of codependence in young women seeking primary health care and associated risk factors. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 199-210. doi:10.1037/0002-9432.78.2.199
- O' Brien, P. E. og Gaborit, M. (1992). Codependency: A disorder separate from chemical dependency. *Journal of Clinical Psychology*, 48(1), 129–136. doi:AID-JCLP2270480118>3.0.CO;2-C
- Panaghi, L., Ahmadabadi, Z., Khosravi, N., Sadeghi, M. S. og Madanipour, A. (2016). Living with addicted men and codependency: The moderating effect of personality traits. *Addiction & Health*, 8(2), 98-106. Sótt af <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5115643/>
- Peled, E. og Sacks, I. (2008). The self-perception of women who live with an alcoholic partner: Dialoging with deviance, strength, and self-fulfillment. *Family Relations*, 57(3), 390-403. doi:10.1111/j.1741-3729.2008.00508.x
- SÁÁ (e.d.). Hvað er meðvirkni? Sótt af <https://saa.is/medferdir/adstandendur/hvad-er-medvirkni/>
-

---

SÁÁ blaðið (2010). Ertu meðvirk(ur). SÁÁ blaðið 3, 7. Sótt af <https://saa.is/grein/saa-bladid-3-tbl-2010/>

Scully, J. L. (2004). What is a disease? *EMBO Reports*, 5(7), 650-653.

doi:10.1038/sj.embor.7400195

Timko, C., Laudet, A. og Moos, R. H. (2014). Newcomers to al-anon family groups: Who stays and who drops out? *Addictive Behaviors*, 39(6), 1042–1049.

doi:10.1016/j.addbeh.2014.02.019

Whitfield, C. L. (1991). *Co-dependence : Healing the human condition : The new paradigm for helping professionals and people in recovery*. United States: Health

Communications. Sótt af <http://catalog.hathitrust.org/Record/002619398>

WHO. (e.d.). *Constitution of WHO: Principles*. Sótt af <http://www.who.int/about/mission/en/>

World Health Organization. (2016). *ICD-10: Version 2016*. Sótt

af <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F60.3>

Young, L. B. og Timko, C. (2015). Benefits and costs of alcoholic relationships and recovery through al-anon. *Substance use & Misuse*, 50(1), 62-71.

doi:10.3109/10826084.2014.957773