



HÁSKÓLI ÍSLANDS

BA ritgerð Félagsráðgjöf

„Eitt af hverjum fjórum til fimm“

Mikilvægi sértækra úrræða í þágu barna sem búa við
vímuefnaröskun foreldra

Kolbrún Emma Björnsdóttir

Leiðbeinandi: Erla Björg Sigurðardóttir, lektor
Febrúar 2024



HÍ

FÉLAGSRÁÐGJAFARDEILD

„Eitt af hverjum fjórum til fimm“

Mikilvægi sértækra úrræða í þágu barna sem búa við vímuefnaröskun foreldra

Kolbrún Emma Björnsdóttir

110698 3999

Lokaverkefni til BA-gráðu

Leiðbeinandi: Erla Björg Sigurðardóttir, lektor

Stærð ritgerðar í ECTS einingum: 12 einingar

Félagsráðgjafardeild

Félagsvísindasvið Háskóla Íslands

Júní 2023

„eitt af hverjum fjórum til fimm“

Ritgerð þessi er lokaverkefni til BA gráðu
og er óheimilt að afrita ritgerðina á nokkurn hátt nema með leyfi rétthafa.
© Kolbrún Emma Björnsdóttir, 2023

Reykjavík, Ísland, 2023

Útdráttur

Rannsóknir hafa sýnt fram á það að börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra verða fyrir neikvæðum áhrifum og eru í aukinni hættu á því að verða fyrir ofbeldi, vanrækslu og búa við óviðunandi aðstæður. Í þessari ritgerð verður leitast við að svara spurningunum: Eru úrræðin sem standa börnum foreldra með vímuefnaröskun í boði hér á landi næg? Hvert er gildi snemmtækra íhlutunar í málefnum barna sem búa við vímuefnaröskun foreldra?

Birtingarmyndir áhrifanna eru mikil andleg vanlíðan, hlutverkaruglingur, félagslegt óöryggi og tilhneiging til þess að hefja neyslu á vímuefnum fyrr en talið er eðlilegt. Börn þurfa stöðugleika og stuðning og foreldrar með vímuefnaröskun eiga í erfiðleikum með að veita börnum sínum það vegna sjúkdómsins og getur það haft í för með sér langtíma afleiðingar ef ekki er gripið inn í og börnunum veitt aðstoð. Þau úrræði sem standa til boða hér á landi eru of fá og ekki næst að sinna öllum þeim börnum sem þurfa á þjónustunni að halda, jafraamt sýna lög fram á það að ríki og sveitarfélögum ber skylda til þess að hafa þjónustu tiltæka fyrir hverskyns vanda. Þetta er hópur barna sem tynist í óreiðunni en mikilvægt er að grípa börnin og veita þeim þá aðstoð sem þau þurfa til þess að draga úr langtímaáhrifum.

Formáli

Heimildaritgerð þessi er 12 eininga lokaverkefni til BA gráðu í félagsráðgjöf við Háskóla Íslands. Ritgerðin fjallar um mikilvægi sértækrar úrræða í þágu barna sem búa við vímuefnaröskun foreldra. Leiðsögn gaf Erla Björg Sigurðardóttir félagsráðgjafi og veit ég henni mínar bestu þakkir fyrir uppbyggilega endurgjöf og góða leiðsögn. Ég þakka maka mínum honum Daða Róbertssyni fyrir hvatningu og ómetanlegan stuðning í gegnum allt námið og við gerð ritgerðarinnar. Steinunn Geirsdóttir og Björn Broddason, foreldrar mínir, sem ég þakka ævinlega fyrir stuðning, aðstoð og leiðsögn í gegnum námið og við gerð ritgerðarinnar. Einnig þakka ég ömmu minni Kolbrúnu Þormóðsdóttir og afa mínum Geir Friðgeirssyni fyrir ómetanlega aðstoð með Matteu Malín stelpuna okkar. Sérstakar þakkir fá þær Auður Geirsdóttir frænka og Anna Sigríður Þorkelsdóttir tengdamóðir mín fyrir yfirlestur á ritgerðinni.

Efnisyfirlit

Útdráttur	3
Formáli	4
Efnisyfirlit	5
1 Inngangur.....	7
2 Skilgreiningar	9
2.1 Vímuefni	9
2.1.1 Skynvilluefni.....	9
2.1.2 Örvandi vímuefni	9
2.1.3 Slævandi vímuefni	9
2.2 Vímuefnaröskun	10
2.2.1 ICD-11.....	10
2.2.2 DSM-5.....	11
2.3 Meðvirkni	12
2.4 Meðferð.....	13
2.4.1 Fjölskyldumeðferð	13
2.4.2 Meðferð fyrir börn.....	14
3 Kenningar	15
3.1 Sjúkdómskenningar	15
3.1.1 Kenning um heilasjúkdóm	16
3.1.2 Erfðafræðilegar rannsóknir	17
3.2 Sálfræðikenningar	18
3.3 Félagsnámskenning	18
3.4 Tengslakenning.....	19
3.5 Fjölskyldukerfiskening	20
3.5.1 Kerfiskening	21
3.6 Kenningar um hlutverk	21
4 Fræðilegur bakgrunnur.....	24
4.1 Áhrif þess að alast upp í fjölskyldu þar sem vímuefnavandi/röskun er til staðar	
24	
4.2 Áföll í barnæsku.....	30
4.3 Seigla	31
4.4 Rannsóknir á úrræðum fyrir börn.....	32
5 Sértek þjónusta fyrir börn	36

5.1 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ)	36
5.2 Úrræði á vegum Barna- og fjölskyldustofu	37
5.3 Alateen	38
5.4 Vímulaus æska- Foreldrahús	38
6 Löggjöf sem varða réttindi barna.....	40
6.1 Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna (farsældarlögin)	40
6.2 Barnaverndarlög	41
6.3 Barnalög og lög um félagsþjónustu sveitarfélaga um þjónustu við börn	41
7 Félagsráðgjöf.....	43
8 Umræður og lokaorð	45
Heimildaskrá	48

1 Inngangur

Börn sem eiga foreldra með vímuefnaröskun eru eins og hver önnur börn þrátt fyrir það að hafa alist upp í óvissu og upplifað álag og skömm vegna vímuefnaröskunar foreldra. Talið er að eitt af hverjum fjórum til fimm börnum eiga foreldri/a með vímuefnaröskun og eru þá u.þ.b. 20.000 börn sem alast upp við slíkar aðstæður hér á landi. Ríkir oft mikil þöggun innan heimilisins vegna neyslunnar og eru börn sem búa við þessar aðstæður oftast en ekki falinn hópur sem upplifir mikla skömm, óvissu og álag vegna vímuefnaröskunar foreldranna (Eðvald Einar Stefánsson o.fl., 2014).

Börn eiga rétt á því að lifa og þroskast við viðunandi aðstæður, þau eiga rétt á vernd, umönnun, stuðning og stöðugleika. Að eiga foreldra með vímuefnaröskun getur skekkst þessar aðstæður í þeim efnum þar sem börn sem búa við slíkar aðstæður eru í aukinni hættu á að búa við óörugg fjölskyldutengsl og hljóta skaða af hegðun foreldra (Barnaverndarlög nr.80/2002; Doweiko, 2019).

Vímuefni eru öll þau efni sem kalla fram einhverskonar vímu eða fíkníáhrif, hvort sem um ræðir lögleg eða ólögleg efni. Vímuefni hafa áhrif á miðtaugakerfi og starfsemi heilans sem leiðir til þess að skynjun og líðan einstaklings breytist við inntöku þeirra og eru þau flokkuð út frá verkun þeirra á miðtaugakerfið; slævandi, örvandi og skynvillandi (Þórarinn Tyrfingsson, 2019-b; Þorkell Jóhannesson, 2001). Í ritgerðinni verður fjallað um áfengis- eða vímuefnavanda sem vímuefnaröskun. Við endurtekna neyslu vímuefna getur einstaklingur þróað með sér andlega, líkamlega og félagslega fíkn í vímuefnið og á þá hættu á að missa tök á neyslu sinni. Umhverfis- og erfðafræðilegir þættir geta haft áhrif á þróun vímuefnaröskunar hjá einstaklingnum. Vímuefnaröskun er talin vera síversnandi og langvinnur sjúkdómur og þegar greining á sér stað á sjúkdómnum er farið eftir greiningarviðmiðunum ICD-11 og DSM-5 (APA, 2013; NIDA, 2018; WHO, e.d).

Vímuefnaröskun er talin vera fjölskyldusjúkdómur þar sem að hann hefur ekki aðeins áhrif á þann sem á við vímuefnaröskunina að etja heldur fjölskylduna sem heild. Fjölskyldumeðlimir taka mismunandi á þeim aðstæðum og er upplifun þeirra mismunandi. Meðvirkni er ríkjandi í fjölskyldum sem slíkum og hlutverkaskipti algeng (Cruse- Wegscheider, 1987). Börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra eru í hættu á að verða fyrir ofbeldi, vanrækslu og annarri óviðeigandi háttsemi af höndum foreldra. Rannsóknir hafa sýnt fram á það að búa við slíkar heimilsaðstæður getur haft þau áhrif á

börn að þau eiga í frekari hættu á að þróa með sér vímuefnavanda, þunglyndi og kvíða, lágt sjálfsmat og eiga í erfiðleikum með félagslíf og skólagöngu. Mikilvægi snemmtækrar íhlutunar í málefnum barna sem og sértæk aðstoð barna sem búa við vímuefnaröskun foreldra er mikilvæg til þess að draga úr langtímaáhrifum (Bröning o.fl., 2012; Cresp og Sabatelli, 1997; McGrath o.fl., 1999).

Þessi heimildarritgerð er fræðileg samantekt um áhrif þess að búa við vímuefnaröskun foreldra, afleiðingar og úrræði. Markmið ritgerðarinnar er að svara rannsóknarspurningunum: *Eru úrræðin sem standa börnum foreldra með vímuefnaröskun í boði hér á landi næg? Hvert er gildi snemmtækrar íhlutunar í málefnum barna sem búa við vímuefnaröskun foreldra?*

Við heimildaöflun var notast við ritrýndar fræðilegar greinar og rannsóknir frá erlendum gagnasöfnum til dæmis Proquest og greinum frá hinum ýmsu fræðilegu tímaritum, svo sem tímaritinu *Journal of Social Work*. Einnig var notast við bækur sem tengdust efninu.

Skipulag ritgerðarinnar hljóðar svo; í fyrstu er greint frá almennum skilgreiningum sem tengjast málefni ritgerðarinnar svo sem vímuefni almennt, greiningarviðmiðum og almennt um meðferð. Fjallað verður um helstu kenningar sem tengjast vímuefnaröskun og má þar nefna sjúkdómskenninguna, félagsnámskenninguna ásamt öðrum kenningum. Kenningar ná einnig yfir hlutverk sem börn tileinka sér og verður farið yfir þær kenningar, tengslakenningar og fjölskyldukerfiskenninguna. Farið verður yfir fræðilegan bakgrunn af því að alast upp við vímuefnaröskun foreldra, seiglu og varnarhætti, rannsóknir sem hafa verið gerðar á sértækum úrræðum fyrir börn og meðvirkni hjá fjölskyldumeðlimum. Í kjölfarið er rýnt í þau sértæku úrræði fyrir börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra hér á landi og er gert grein fyrir þeim úrræðum. Lög um réttindi barna, mikilvægi samþættingar þjónustu með tilkomu farsældarlaganna og fleiri lög. Í lok ritgerðarinnar er farið yfir aðkomu félagsráðgjafa og hvernig hann kemur að málum barna sem búa við vímuefnaröskun foreldra og loks eru niðurstöður kynntar og rannsóknarspurningum svarað.

2 Skilgreiningar

Í þessum kafla verður hugtökum sem koma að ritgerðinni gerð skil.

2.1 Vímuefni

Í þessum kafla verður fjallað um vímuefni almennt. Vímuefni er samheiti yfir lyf og efni sem valda ávana og fíkn. Vímuefni hafa áhrif á miðtaugakerfi heilans og hefur það áhrif á skynjun og líðan þess sem neytir þeirra. Vímuefni eru flokkuð í þrjá tiltekna flokka: skynvillandi, örvandi og slævandi. Hvert og eitt hefur mismunandi áhrif á miðtaugakerfið við inntöku sem og vímuástand sem fylgir inntöku vímuefnanna (Þorkell Jóhannesson 2001; Þórarinn Tyrfingsson, 2019).

2.1.1 Skynvilluefni

Skynvilluefni eru efni sem hafa áhrif á miðtaugakerfið sem og heilastarfsemi. Við neyslu skynvillandi efna getur komið fram hjá einstaklingnum hugrof þar sem einstaklingur missir tengsl við það sem raunverulegt er og ofskynjun verður mikil. Efni sem hafa skynvillandi áhrif eru meðal annars LSD, MDMA og meskalín. Skynvilluefnum er neytt í töfluformi, sprautað í æð eða reykt (Doweiko, 2019).

2.1.2 Örvandi vímuefni

Örvandi vímuefni eru efni sem hafa örvandi áhrif á miðtaugakerfið og aðrar starfsemi líkamans, til dæmis meltingarkerfið. Við neyslu þeirra myndast í fyrstu vellíðunartilfinning, en sú tilfinning minnkar við þráláta notkun á efninu og bilið í geðveikikennt ástand styttest. Birtingarmyndir neyslu örvandi efna felast í aukinni skerpu hjá viðkomandi og viðkomandi getur upplifað sig óstöðvandi. Örvandi vímuefni eru meðal annars kókaín og amfetamín. Örvandi vímuefna er neytt á fjölbreyttan hátt en aðallega í sprautuformi eða í gegnum nef (Þorkell Jóhannesson, 2001; Þórarinn Tyrfingsson, 2019-b).

2.1.3 Slævandi vímuefni

Slævandi vímuefni hafa róandi áhrif á miðtaugakerfið og virkar á einstaklingin sem svæfandi lyf, þar sem vökuvitund slævist. Birtingarmynd slævandi vímuefna er skert og trufluð dómgreind, kvíði og viðkomandi virkar sljór ásýndar. Slævandi vímuefni eru oft flokkuð í tvo flokka, svefnlyf og róandi lyf en áfengi er einnig sett undir slævandi vímuefni þar sem áfengi

hefur verið notað í þeim tilgangi að róa niður taugar eða sem svefnlyf. Verkun áfengis á einstaklinga er í hóflega miklu magni róandi og má segja að sú verkun sé það sem framkallar ölvunarkennt ástand en í miklu magni svæfandi og þá sofna viðkomandi áfengissvefni. Einstaklingur sem neytt hefur áfengis verður sljór, ósamræmi verður í hreyfingum og truflun verður í skynjun viðkomandi. Slævandi efna er neytt í gegnum munn, samanber ef neytt er áfengis og í töfluformi ef tekin eru inn slævandi lyf (Þorkell Jóhannesson, 2001; Þórarinn Tyrfingsson, 2019).

2.2 Vímuefnaröskun

Vímuefnaröskun er samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnun (World Health Organization, WHO) og klínískum fræðum talin vera síversnandi og langvinnur sjúkdómur. Ef einstaklingur með vímuefnaröskun sækir meðferð við sínum vandamálum má vænta bakfalla samanber sjúkling sem sækir meðferð við öðrum langvinnum sjúkdómum (APA, 2013; NIDA, 2018; WHO, e.d). Við greiningu á vímuefnaröskun er að mestu stuðst við tvö greiningarlíkön. Annars vegar er það flokkunarkerfi Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (World Health Organization, WHO) sem kallast ICD-11 (e. International Classification of Diseases) og hins vegar DSM-5 (e. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) sem samtök bandarískra geðlækna hafa þróað til þess að greina geðrænan vanda (APA 2013; WHO, e.d). Greiningarviðmið vímuefnaröskunar eru uppfærð og endurskoðuð í takt við nýja þekkingu (Kinney, 2020).

2.2.1 ICD-11

International Classification of Diseases (ICD-11) er flokkunarkerfi sem metur fíkn einstaklings út frá hegðun þeirra varðandi vímuefni en einnig er líka hægt að nota flokkunarkerfið á fleiri vandkvæði en vímuefnavanda. Greiningarviðmiðin snúa að sálrænum, vitrænum og hegðunarlegum þáttum einstaklingsins þar sem neysla vímuefna er oft sett í forgang fram yfir annað hjá viðkomandi. Til þess að það flokkist undir fíkn hjá einstaklingnum þarf hann að uppfylla að minnsta kosti þrjú einkenni af þeim sex sem eru í flokknum síðastliðna 12 mánuði. Einkennin eru eftirfarandi:

1. Sterk löngun eða árátukennd þörf fyrir efnið.
2. Stjórnleysi á neyslu vímuefnis. Neysla verður tíðari, meiri eða varir lengur en gert var ráð fyrir.

3. Líkamleg og sálræn fráhvarfseinkenni koma fram þegar dregið er úr neyslu vímuefnis eða vímuefni notað til að draga úr fráhvarfseinkennum.
4. Aukið þol gagnvart vímuefninu. Aukið magn þarf til að ná sömu áhrifum og fengust áður.
5. Sífelld meiri tími fer í að nálgast vímuefni, neyta þeirra eða ná sér eftir neyslu og þá á kostnað fjölskyldu, vinnu og áhugamála.
6. Neyslu er haldið áfram þrátt fyrir augljósan líkamlegan eða sálrænan skaða (WHO, e.d.)

2.2.2 DSM-5

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM-5) er greiningartæki sem sett var fram af ameríska geðlæknafélaginu. Greiningartækið er notað af fagfólki til greiningar á geðrænum vandkvæðum hjá skjólstæðingum sínum, hægt er að greina til að mynda áfengissýki og aðra sjúkdóma sem hafa áhrif á heilastarfsemi einstaklinga. Þegar notað er DSM-5 til greiningar á vímuefnaröskun er skoðað atferlismynstur einstaklings tengd vímuefnanotkun (APA, 2013). Viðmiðin eru ellefu en þeim er skipt niður í fjóra flokka:

1. Skert stjórn á vímuefnanotkun. (Viðmið 1-4)
2. Félagsleg skerðing. (Viðmið 5-7)
3. Áhættusöm notkun á vímuefni. (Viðmið 8-9)
4. Lyfjafræðileg viðmið. (Viðmið 10-11)

Til þess að greinast með vímuefnaröskun þurfa að minnsta kosti tvö einkenni að hafa verið til staðar síðastliðna tólf mánuði. Alvarleiki röskunarinnar er metinn út frá fjölda einkenna sem viðkomandi sýnir og er skipt niður í milda, miðlungs eða alvarlega röskun eftir hve mörg einkenni eru til staðar hjá einstaklingnum. Um milda vímuefnaröskun er um að ræða þegar tvö til þrjú einkenni eru til staðar, í meðallagi þegar viðkomandi sýnir fjögur til fimm einkenni og alvarlega vímuefnaröskun þegar sex eða fleiri einkenni eru til staðar. Þá getur alvarleiki röskunarinnar versnað eða skánað eftir tímabilum (APA, 2013). Einkennin eru eftirfarandi:

1. Vímuefnisins er neytt í lengri tíma eða neytt í meiri mæli en ætlað var.
2. Einstaklingur sýnir vilja til þess að minnka eða hætta neyslu en árangur enginn.
3. Aukinn tími fer í að ná sér í vímuefnið, neyta þess eða ná sér andlega og líkamlega eftir neyslu.
4. Mikil og sterk löngun í vímuefnið.
5. Grunnskyldum ekki sinnt á fullnægandi hátt eins og áður, svo sem skóla, vinnu eða heimilis.
6. Vímuefnanotkun haldið áfram þrátt fyrir langvarandi eða endurtekin fjölskyldu- og félagsleg vandamál tengd neyslunni.
7. Notkun vímuefnisins leiðir til þess að einstaklingur hættir eða minnkar ástundun vinnu, áhugamála eða tómsunda.
8. Endurtekin notkun vímuefnis þar sem aðstæður eru líkamlega hættulegar.
9. Notkun vímuefna endurtekin þrátt fyrir auðsjáanlega vitneskju um vandamál vegna neyslunnar, sálræn eða líkamleg.
10. Einstaklingur hefur myndað sérstaka þolmyndun gagnvart vímuefni og þarf því að stækka skammtinn til að ná fram tilætluðum áhrifum.
11. Fráhvörf hjá neytanda þegar neysla er stöðvuð (APA, 2013).

2.3 Meðvirkni

Meðvirkni (e. Codependency) er þegar einstaklingur er tilfinningalega og andlega háður einstakling, reynir að stjórna öðrum í umhverfi sínu, þarf samþykki annarra vegna bágs sálsmats og hefur þá tilhneigingu til þess að taka þarfir annarra framyfir sínar eigin (Cruse-Wegscheider, 1987).

Meðvirkni er þekkt hugtak innan fjölskyldna þar sem vímuefnaröskun ræður ríkjum. Birtingarmynd meðvirkni birtist meðal fjölskyldumeðlima og eru þá þarfir þess sem á við vímuefnaröskunina settar ofar en þarfir annarra í fjölskyldunni. Samskiptum á milli fjölskyldumeðlima og þess sem á við vímuefnaröskunina að etja má líkja við leikrit,

fjölskyldumeðlimir tileinka sér hlutverk þar sem farið er varlega í samskipti við þann sem á við vímuefnaröskunina að etja. Fjölskyldumeðlimir og sá sem á við vímuefnaröskunina mynda tilfinningabönd sem tryggja það að neytandinn geti stundað sína vímuefnaneyslu án vandkvæða (e. Enabling) og jafnframt taka þátt í feluleiknum og þannig myndast meðvirkni innan fjölskyldunnar (Cruse-Wegscheider, 1987; Doweiko, 2019).

2.4 Meðferð

Vímuefnaröskun er sjúkdómur sem hægt er að meðhöndla og er hlutverk vímuefna meðferðar að rjúfa vítahring fíknar. Markmið meðferðarinnar er að gera einstaklinginn hæfan til þess að geta tekið virkan þátt í atvinnulífi, sinnt fjölskyldu og vinum, námi og verið virkur samfélagsþegn (Nida, 2018). Meðferð við vímuefnaröskun er því veigamikill þáttur í bata einstaklinga. Eins og fram hefur komið hefur neysla vímuefna áhrif á heila og miðtaugakerfi einstaklinga en jafnframt hefur vímuefnaröskun áhrif á fjölskyldur og nánasta umhverfi þess sem á við vímuefnaröskun að etja. Innan meðferðakerfa er notast við margar mismunandi aðferðir til þess að stuðla að bata einstaklings og nauðsynlegt er að finna hvað hentar hverjum hverju sinni. Samkvæmt sannreyndri þekkingu er árangur af gagnreyndum aðferðum svo sem hugrænni atferlismeðferð og fjölskyldumeðferð fyrir aðstandendur viðkomandi, gagnlegur þáttur í bataferlinu (Nida, 2018; SÁÁ, e.d-a).

Fjölpættur vandi fylgir oft vímuefnaröskun, í þeim tilfellum þarfnast einstaklingurinn fjölpættra inngripa og getur þurft aðkomu margra aðila til dæmis félagsþjónustu, starfsendurhæfingu, aðrar heilbrigðisstofnanir, barnavernd og fangelsismálayfirvöld. Þar sem um ræðir krónískan sjúkdóm dugar skammtímameðferð sjaldan, langtímameðferð og reglubundinn stuðningur að meðferð lokinni hefur sýnt sig að stuðli að langtíma bata (Doweiko, 2019; Nida, 2018; WHO, 2020).

2.4.1 Fjölskyldumeðferð

Vímuefnaröskun hefur áhrif á alla fjölskylduna sama hver það er í fjölskyldunni sem á við þann vanda að stríða. Áhersla fjölskyldumeðferðar er að auka þekkingu fjölskyldumeðlima á fíknisjúkdómnum, birtingarmyndum sjúkdómsins og þeim áhrifum sem það hefur á alla fjölskyldumeðlimi (SÁÁ, e.d-b). Í fjölskyldu þar sem einstaklingur á við vímuefnaröskun að etja getur myndast flækja í hlutverkum innan fjölskyldunnar og aukin hætta á tengslarofi á milli fjölskyldumeðlima. Fjölskyldumeðferð getur veitt aðstoð við að koma á fót eðlilegu fjölskyldumynstri og stuðlað þannig að auknum líkum á langtíma bata allrar fjölskyldunnar

(Jóna Margrét Ólafsdóttir o.fl., 2018; Kinney, 2020). Rannsóknir hafa jafnframt sýnt fram á það að einstaklingar sem hafa stuðning fjölskyldunnar á meðan meðferð stendur eru líklegri til þess að haldast í meðferð, hætta að nota vímuefni og ná bata (SAMHSA, 2020).

2.4.2 Meðferð fyrir börn

Börn geta orðið fyrir miklum sálfélagslegum skaða af því að búa við vímuefnaröskun foreldra og því er mikilvægt að veita börnum sértæka aðstoð (Doweiko, 2019). Börn sem búa við slíkar heimilisaðstæður eiga á hættu að eiga erfiðara með nám og aðrar félagslegar aðstæður, eru líklegri til þess að byrja notkun á vímuefnum snemma og líða ofbeldi af höndum foreldra (Lipari og Van Horn, 2017; SÁÁ, e.d-c).

Meðferð fyrir börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra er sértæk meðferð þar sem í henni felst er að finna áhættuþætti sem geta haft langvarandi áhrif á börnin. Geðeinkenni, geðraskanir, hvatvísi, áföll og félagslegir áhættuþættir eru þeir þættir sem fylgja börnum oftast en ekki, með því að vinna markvisst með þeim börnum er hægt að veita forvarnarþjónustu og koma í veg fyrir vímuefnanotkun hjá börnunum sem dæmi. Meðferð fyrir börn gerir þeim kleift að vinna náið með foreldrum og samvinna á milli barna, foreldra og meðferðaraðila er líkleg til þess að koma í veg fyrir langvarandi skaða hjá barni (SÁÁ, e.d-c).

3 Kenningar

Fjöldi kenninga hafa verið settar fram til að skýra vímuefnaröskun, en ekkert eitt kenningarlegt líkan skýrir fullkomlega orsakir vandans. Eftir seinni heimstyrjöldina höfðu sjúkdómslíkanið og kenningar sálgreiningarinnar mest áhrif til skýringar á röskuninni. Sálgreiningarlíkanið er mun minna vinsælt í seinni tíð og sjúkdómslíkanið hefur áunnið sér viðurkenningar mjög víða sem grundvöllur meðferðar á einstaklingum sem hafa ánetjast vímuefnum. Með aukinni þekkingu á grundvelli rannsókna hafa sjónir manna beinst að því að skoða orsakir vímuefnaröskunar út frá samspili líffræðilegra, sálfræðilegra og félagslegra þátta (Dodgen og Shea, 2000; Kinney, 2020; Sales, 2000).

3.1 Sjúkdómskenningar

Grundvallarskýring sjúkdómslíkansins er að vímuefnaröskun sé sérstakur (primary) sjúkdómur, sjúkdómseinkennin eru að vera háður áfengi eða öðrum vímuefnum, stjórnleysi og að hætta sé á að fíknin og áhættuhegðun vari út lífshlaup viðkomandi einstaklings (Dodgen og Shea, 2000; Volkow o.fl., 2016).

Árið 1784 skrifaði bandarískur geðlæknir að nafni Benjamin Rush grein um að misnotkun áfengis leiddi til sjúkdóms (Katcher, 1993). Löngu eftir það kom annar bandarískur fræðimaður að nafni Emil Jellinek með kenningu sem átti við þróun alkóhólisma og átti hann mestan þátt í því að sjúkdómshugtakið var viðurkennt af opinberum yfirvöldum í Bandaríkjunum og Kanada. Skilgreining Jellineks á alkóhólisma og þróun sjúkdómsins er talin hafa mikilvæga þýðingu þar sem ofneysla vímuefna er krónísk, stig versnandi og banvæn (Dodgen og Shea, 2000). Jellinek hélt því fram að geðrænir kvillar og persónubrestir hjá alkóhólistum væru komnir til vegna ofdrykkju og gerði hann í kjölfarið rannsókn sem byggð var á svörum og frásögnum karla í AA-samtökunum í Bandaríkjunum árið 1945. Út frá niðurstöðum rannsóknarinnar kom Jellinek með þá tilgátu að alkóhólismi væri stigvaxandi sjúkdómur og að alkóhólistinn færi í gegnum þróunarferli í fjórum stigum (Jellinek, 1960). Fyrsta stig; forsjúkdómsstig (e. Prealcoholic). Á því stigi ber á auknu þoli, alkóhólistinn fer að sækja meira í aðstæður sem tengjast áfengi og notar áfengi oft til að slá á kvíða. Annað stig; forboðastig (e. Predomal) og á því fer að bera á minnisleysi (e. Blackout), áfengi verður ekki lengur unaður heldur nauðsyn og það er mikil vanlíðan eftir drykkju. Þriðja stig; úrslitastig (e. Crucial). Aðaleinkenni þess er algjört stjórnleysi, getur ekki stjórnað hversu mikið magn er drukkið né hversu lengi og áfengi er orðið aðalatriðið í lífinu. Fjórða stig; lokastig (e. Chronic). Á lokastigi snýst allt um vímunu um leið og

alkóhólistinn vaknar reynir hann að komast í vímu. Í lokin er ekkert fyrir einstaklinginn nema dauði eða geðveiki nema viðkomandi hætti alveg að drekka. Jellinek taldi að hægt væri að stöðva þróun fíknar á hvaða stigi sem er, hann taldi að þróun væri mishröð hjá einstaklingum og að þeir væru mislengi á hverju stigi fyrir sig (Dodgen og Shea, 2000; Jellinek, 1960; Kinney, 2020). Út frá rannsóknum sínum setti Jellinek upp annað kerfi og skipti hann megin flokkunum upp eftir fyrstu fimm stöfunum í gríska stafrófinu. Alpha sem væri sálræn fíkn, Beta væri afleiðing af neyslu áfengis sem kemur fram í líkamlegum einkennum en væri ekki líkamleg fíkn, Gamma sem væri hins vegar líkamleg fíkn og stjórnlaus neysla áfengis, Delta sem væri líkamleg fíkn en ekki stjórnlaus neysla áfengis og Epsilon sem væri túradrykkja (Babor. 1996; Jellinek, 1960; Sölvína Konráðsdóttir, 2001).

Gagnrýni á líkan Jellinek felst í að sjúkdómurinn er ekki eins línulegur og líkanið gerir ráð fyrir. Vímuefnaröskun þróast mismunandi og ekki er hægt að fullvissa að ferlið sé svona hjá öllum sem eiga við vímuefnaröskun. Þátttakendur í rannsókninni voru eingöngu karlmenn, en rannsóknir hafa sýnt fram á að þróun alkóhólisma hjá konum er frábrugðin þróun alkóhólisma hjá körlum (Dodgen og Shea, 2000; Kinney, 2020).

3.1.1 Kenning um heilasjúkdóm

Rannsóknir sýna að langvarandi misnotkun áfengis og/eða annarra vímuefna breytir líffæra og efnafræði heilans. Fíkn skýrist að hluta af breytingum á taugafrumum í heila og að sumar þessar breytingar eru varanlegar og ganga ekki til baka. Heili ofneytanda á vímuefni er frábrugðin heila einstaklings sem ekki hefur verið í ofneyslu vímuefna, þessi mismunur er óháður því hvaða vímuefni er notað. Vímuefnaneysla er í fyrstu undir stjórn viljans, en þegar farið er yfir ákveðinn þröskuld í heilanum eftir mjög mismunandi mikla eða mis langvarandi neyslu breytist viljastýrð neysla í fíkn, sem einkennist af óviðráðanlegri eftirsókn í vímuefni (Leshner, 1999; Volkow o.fl., 2011; Volkow o.fl., 2016).

Neyslu vímuefna er gjarnan skipt upp í tvo flokka, annars vegar jákvæð upplifun af neyslunni sem styrkir hegðunina vegna mikillar losunar á dópamíni í vellíðunarstöðvunum í heila og hins vegar er annar hvatinn við neyslu vímuefna að losna við kvíða og aðra óæskilega líðan. Dópamín er það boðefni sem eykur vellíðan, slær á kvíða og styrkir bönd á milli einstaklinga og þegar umræðir vímuefnaröskun verða breytingar á dópamín framleiðslu, framleiðslunni fækkar og þar af leiðandi minni dópamín framleiðsla sem getur haft áhrif á geðslag einstaklinga. Vímuefnaröskun hefur ekki aðeins áhrif á dópamín framleiðsluna heldur

einnig áhrif á starfsemi í framheila notandans þar sem úrvinnsla upplýsinga og ákvarðanatataka fer fram (Bjarni Sigurðsson, 2018; Volkow o.fl., 2011). Rannsóknir á starfsemi heilans í tengslum við áfengisneyslu og neyslu annarra vímuefna benda til að fíkn í vímuefni sé þrálátur lotubundinn sjúkdómur. Fundist hafa taugabrautir sem hvert vímuefni virkjar sérhæft og einnig taugabrautir sem þau virkja sameiginlega. Vímuefni valda sjúkdómum vegna þess að þau sniðganga gagnaflokkunarbrautir heilans og verka beint á heilastöðvar sem stjórna geðshræringum og atferli. Neysla vímuefna veldur því að það kemur ójafnvægi á boðefnabúskap heilans. Þegar einstaklingur með vímuefnaröskun hættir að drekka eða að neyta annarra vímuefna þarf boðefnabúskapurinn að komast í jafnvægi aftur. Það getur tekið mislangan tíma eftir einstaklingum og eftir því hversu mikið magn af vímuefnum hefur verið neytt og hversu lengi og getur átt við að stríða erfið eftir köst. Því er haldið fram að vímuefnafíkn stafi af flóknu samspili erfða, umhverfis og félagslegra þátta. Hæfni vímuefna til að breyta heilanum er að einhverju leyti háð erfðapáttum. Áhrif vímuefna á taugafrumur og aðlögun frumanna að þeim, er mjög breytileg, allt eftir því hver erfðabakgrunnur einstaklingsins er. Erfðabættir ákvarða til dæmis að hluta streituvíðbrögð heilans og geta þannig stuðlað að bakslagi eftir langt bindindi. Erfiðlega hefur gengið að finna fíknigen sem skýra einstaklingsmun meðal tilraunadýra eða manna en það eru fjölda rannsókna á erfðapáttum sem miða að því að auka skilning á sjúkdómnum (Nesse, 1997; Volkow o.fl., 2011; Volkow o.fl., 2016).

3.1.2 Erfðafræðilegar rannsóknir

Erfðafræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar með því markmiði að finna það gen sem er talið auka líkur á vímuefnasýki og væri þá hægt að finna þá einstaklinga sem væru í áhættuhóp. En þar sem ekki er eitt gen sem veldur því að fólk sé líklegra að þróa með sér vímuefnasýki var ráðist í að gera frekari rannsóknir á tvíburum, fjölskyldum og svo framvegis. Niðurstöður tvíbura rannsókna sýna það að eineggja tvíburar hafa hærri samsvörun fyrir vímuefnaröskun en tvíeggja, en mikilvægt er einnig að átta sig á því að umhverfið sem tvíburarnir alast upp í hefur áhrif (Doweiko, 2019; Silberg o.fl., 2010). Rannsóknir hafa verið gerðar á börnum sem hafa verið ættleidd og eiga blóðforeldra sem eiga við vímuefnaröskun að etja en alast upp með foreldrum sem eru laus við sjúkdóminn. Niðurstöður þeirra rannsókna sýna fram á það að líffræðilegir synir feðra sem eru með vímuefnaröskun þrátt fyrir það að vera ættleiddir, eru líklegri til þess að þróa með sér vímuefnaröskun heldur en þeir sem eiga líffræðilegan föður

ekki með vímuefnaröskun. Sama ríkir um dætur mæðra með vímuefnaröskun en í minna mæli (Becker o.fl., 2017).

3.2 Sálfræðikenningar

Sigmund Freud var þýskur sálfræðingur fæddur árið 1856 og var hann talinn vera faðir sálfræðinnar vegna þess hve mikið kenningar hans hafa haft áhrif á sálfræðina í heild sinni (Freud, 1963). Kenningar um áfengissýki hafa verið byggðar á persónuleikakenningu hans. Í kenningu hans segir hann frá því að einstaklingur neyti vímuefna til þess að koma í veg fyrir að finna fyrir neikvæðum tilfinningum og deyfa sársauka og misnotkun á sér stað þegar einstaklingur sýnir einkenni um sálrænan vanda. Freud lítur svo á að sársaukinn sem þarf að deyfa sé frá bernsku, ómeðvitaður og óuppgerður tilfinningalegur vandi sem deyfa þarf. Orsökina við sjúklegri hegðun einstaklingsins er að finna í umhverfi hans eða í aðstæðum í frumbersku sem hindrar eðlilegan þroska persónuleikans og orsakar litla sjálfsvirðingu og vanlíðan. Sálgreining Freuds telur að þeir sem hafa vímuefnaröskun hafi staðnað á svokölluðu munnstigi, það er það stig þegar þörfum er fullnægt í gegnum munn, það er sogþörf, hungur og þorsti. Hins vegar kemur fram að Freud talar ekki um að áfengis- og vímuefnasýki sem sjúkdóm heldur telur hann að einstaklingur hafi ekki náð að yfirstíga vandamál frá bernsku og þess vegna sé misnotkunin. Hlutverk sálgreinisins er að aðstoða þann vímuefnasjúka að draga fram þær tilfinningar sem hafa þessi áhrif á hann og hjálpa þeim vímuefnasjúka þannig að ná fram bata og þegar bata er náð er þá komið jafnvægi á milli frumsjálfsins, sjálfsins og yfirsjálfsins (Freud, 1963).

Sálfræðikenningar Freuds hafa fengið gagnrýni fyrir það að líta á vímuefnaröskun sem einsleitt vandamál þar sem ekki er gert ráð fyrir öðrum þáttum. Kenningin gerir meðal annars ekki ráð fyrir erfðafræðilegum né félagslegum þáttum sem geta haft áhrif á vímuefnaröskunina (Dodgen og Shea, 2000).

3.3 Félagsnámskenning

Fræðimaðurinn Albert Bandura setti fram félagsnámskenninguna (e. Social learning theory). Kenningin segir frá því að hegðun einstaklinga sé lærd í gegnum samskipti við aðra og með því að fylgjast með öðrum. Hegðun sem lærist með því að fylgjast með öðrum kallaði Bandura herminám (e. Observational learning). Félagsnámskenningin heldur því fram að herminám sé

lykilþáttur í því að læra árásgjarna hegðun og að það sé enn fremur styrkt af endurtekningu (Bandura, 1977).

Bandura (1977) leggur áherslu á að þrálát neysla áfengis sé vegna þess að hún sé lærd hegðun sem fólk notar til að meðhöndla streitu og fullyrti það að þeir sem misnota vímuefni hafi lært það af öðrum í umhverfi sínu. Hann sagði að hegðunarmynstur tengt óhóflegri neyslu áfengis sé líklegra til að þróast innan fjölskyldna þar sem annað eða bæði foreldri eru með fíkn í áfengi þar sem barnið lærir hegðun sem fyrir því er haft. Herminám ræðst af þeim aðstæðum sem einstaklingur er í að hverju sinni, einstaklingur sér að drukkið er með fótbolthanum, yfir matnum og öðrum siðvenjum en jafnframt lærir einstaklingur það að neytt er áfengis eða vímuefna til þess að losna við vanlíðan eða streitu. Við neysluna fær einstaklingurinn jákvæð áhrif og færir þá smátt og smátt neyslu sína yfir á fleiri athafnir heldur en það sem var byrjað með. Má þá segja að þeir drykkjusiðir sem einstaklingurinn er með séu lærðir. Kenning Bandura er ekki á sama bandi og aðrar kenningar sem segja til um þróun vímuefnaröskunar þar sem samkvæmt kenningu hans er vímuefnaröskun alfarið lærd hegðun (Bandura, 1977; Sölvína Konráðs, 2001).

3.4 Tengslakenning

John Bowlby var bandarískur sálgreinir og er frumkvöðull tengslakenningarinnar. Samkvæmt Bowlby er tengslaröskun meðal annars skortur á tengslafyrirmynd sem er stöðugt til staðar í lífi barns og velferð barns sé háð því að geta myndað og viðhaldið frumtengslum. Slit á tengslum skaðar sjálfsmýnd og hæfni til þess að móta tilfinningaleg viðbrögð. Tengslaraskanir í æsku hafa fylgni við hegðunar- eða persónuleikaraskanir síðar á ævinni og eru mest tengsl á milli þess að hafa upplifað óreiðukennd tengsl í æsku og greinast síðar með geðræn vandamál (Bowlby, 1988; Sudbery og Whittaker, 2019). Ainsworth (1973) þróaði sína vinnu á grunni rannsókna Bowlby og skapaði ákveðnar tegundir tengsla milli umönnunaraðila og barns. Þær tegundir voru örugg tengsl og tvenns konar óörugg tengsl sem voru óörugg að forðast (*e. Insecure-avoidant*) og óörugg tvíbend tengsl (*e. Insecure-ambivalent*). Sannað hefur verið með rannsóknum á heilanum að tengsl í æsku hefur langtíma áhrif á þann hluta heilans sem ber ábyrgð á tilfinningum, hvernig tekist er á við vandamál og tilfinningar ásamt sjálfstjórn (Fonagy og Target, 2007). Þeir sem upplifa örugg tengsl við umönnunaraðila sína eru ólíklegri til að þróa með sér vímuefnavanda en þeir sem upplifa óörugg tengsl við umönnunaraðila (Golder o.fl., 2005).

Rannsóknir út frá tengslakenningunni hafa sýnt það að tengsl hafa stórvægileg áhrif á starfsemi heilans og samkvæmt þeim rannsóknum er hægt að tengja saman orsök vímuefnaröskunar og tengslaröskunar. Jafnframt sýna rannsóknir það að einstaklingur með örugga tengslahætti sé ólíklegri til þess að þróa með sér vímuefnaröskun þar sem einstaklingur er með jákvæða sjálfsmýnd og kann að móta tilfinningaleg rétt viðbrögð heldur en sá sem er með óörugga tengslahætti. Óöryggir tengslahættir hafa það í för með sér að einstaklingur leitast til þess að fá jákvæða svörun og vellíðunartilfinningu við gjörðum sínu, einstaklingur tengir þá vímuefni við vellíðan því við notkun vímuefna kemur jákvæð svörun og vellíðan (Cihan o.fl., 2014).

3.5 Fjölskyldukerfiskenning

Fjölskyldukerfiskenningar eiga rætur sínar að rekja til kerfiskenninga. Samkvæmt fjölskyldukerfiskenningunni er fjölskyldan veigamikil kerfi sem hefur mikil áhrif á einstaklinginn. Hver og einn fjölskyldumeðlimur á sitt hlutverk, en til þess að fjölskyldan þrífist þurfa samskipti að vera til fyrirmyndar og ef að tengsl rofna eða brotna verður fjölskyldukerfið veikt (Beckett og Taylor 2010; Bowen, 1974). Við upphaf 20. aldar höfðu félagsráðgjafar gert sér grein fyrir mikilvægi heildræns sjónarhorns á fjölskylduna þegar unnið væri með fjölskyldur og að líta bæri á fjölskylduna sem einingu. Mary Richmond, frumkvöðull í félagsráðgjöf sagði að fjölskyldan væri ekki einangruð eining heldur tilheyrði hún félagslegu umhverfi sem hún hefði áhrif á og yrði fyrir áhrifum af (Nichols og Schwartz, 2004). Fjölskyldukerfiskenningin horfir á fjölskylduna sem heild en ekki einstaka einstaklinga og samskipti á milli þeirra. Ef að einn meðlimur fjölskyldunnar veikist af vímuefnaröskun veikist öll fjölskyldan þar sem kerfið verður veikara fyrir vikið. Hlutverk á milli meðlima ruglast og getur haft í för með sér mikla vanlíðan innan fjölskyldunnar, sem þarfnast þess, að þegar unnið er úr vandamálinu sé unnið með alla fjölskylduna en ekki aðeins þann veika (Bowen, 1974; Kinney, 2020). Samkvæmt Wegenschneider-Cruse (1989) leitar fjölskyldukerfið við að halda jafnvægi bæði milli yfir-og undirkerfa þess og meðal meðlima fjölskyldunnar. Fjölskyldukerfinu má líkja við óróa, þar sem allir fjölskyldumeðlimir eru tengdir saman. Fjölskyldukerfið leitast við að vera í kyrrstöðu og ef breyting verður í einhverjum hluta fjölskyldukerfisins hefur það áhrif á alla fjölskylduna. Ef ókyrrð kemur hjá einum meðlim fjölskyldunnar fer allt kerfið af stað. Allir í fjölskyldunni verða að geta hreyft sig frjálst og óþvingaðir innan kerfisins til að geta brugðist við ef upp kemur

ókyrrð til að geta sett jafnvægi á kerfi. Fjölskyldukerfið nær stöðugleika með reglum fjölskyldunnar og hlutverkum hennar (Wegenschneider-Cruse, 1989).

3.5.1 Kerfiskenning

Samkvæmt kerfiskenningunni (e. General system theory) eru einstaklingar hluti af fjölmörgum kerfum sem hafa áhrif á þá og lífið ræðst af samverkandi þáttum frá kerfunum sem þeir tilheyra. Áhrifin sem einstaklingurinn verður fyrir og það sem mótar og þroskar sálfélagslega þætti hans koma meðal annars frá fjölskyldukerfinu, umhverfispáttum og menningarþáttum. Breytingar í einu kerfi geta haft áhrif á önnur kerfi sem einstaklingur tilheyrir og hegðun viðkomandi breytist í takt við þær breytingar sem verða í nærliggjandi kerfum (Beckett og Taylor, 2010; Sudbery og Whittaker, 2019).

Rússneski sálfræðingurinn Urie Bronfenbrenner (1979) lagði fram vistfræðilíkan (e. Ecological systems theory) þar sem hann sýnir fram á að félagslegir, menningarlegir, umhverfislegir og sögulegir þættir hafa áhrif á einstaklinginn. Líkaninu skiptir hann upp í fimm kerfi, míkró (e. Micro system) sem er nánasta umhverfi svo sem fjölskylda og vinir, mesó (e. Meso system) sem er umhverfi einstaklings svo sem skóli og vinna, exó (e. Exo system) sem eru stofnanir og aðstæður einstaklings, makró (e. Macro system) sem eru lög, reglur og gildi samfélagsins og að lokum er krónó (e. Chrono system) sem er lífsreynsla og upplifun einstaklingsins (Bronfenbrenner, 1979).

3.6 Kenningar um hlutverk

Börn geta tileinkað sér hin ýmsu hlutverk til þess að aðlagja sig að þeim aðstæðum sem þau búa við og hafa þessi hlutverk áhrif á börn, sálfræðilega og félagslega (Black, 1991; Wegscheider Cruse, 1989). Hér verður fjallað um kenningar Wegscheider Cruse og Claudiu Black um þau hlutverk sem börn tileinka sér í fjölskyldum þar sem vímuefnaröskun á sér stað hjá fjölskyldumeðlimi/foreldrum.

Sharon Wegscheider-Cruse (1989) setti fram kenningu um hlutverk innan fjölskyldu þar sem foreldri/ar eru með vímuefnaröskun. Hún skiptir hlutverkunum upp í fimm flokka sem eru eftirfarandi:

- Hetjan: Gegnumgangandi gegnir elsta barnið því hlutverki og tekur á sig ábyrgð innan heimilisins með það að markmiði að bæta ástandið og láta öllum líða vel. Hetjan vinnur að því að vera sem mest áberandi og sýna sínar bestu hliðar í námi og

ábyrgðarhlutverkinu. Foreldrarnir eru stoltir og hetjan lærir inn á það að hún fær jákvæð viðbrögð ef hún stendur sig vel. Hetjan áttar sig á að tilfinningar skipta ekki máli heldur það eina sem skiptir máli er að standa sig vel.

- Blóraböggullinn: Oftast er það annað barnið í röð systkina. Blóraböggullinn fellur í skuggann af hetjunni og áttar sig fljótt á því að ekki sé hægt að vera í samkeppni við hana. Athyglin sem blóraböggullinn fær er þá vegna slæmrar hegðunar eða álíka sem kallar á viðbrögð foreldra. Blóraböggullinn er fullur af reiði og óhamingju en jafnframt heldur fast í sitt hlutverk í ótta um að fjölskyldan liðist í sundur. Barnið sem fer í blóraböggulshlutverkið á í hættu að lenda í slæmum félagsskap, leiðast út í neyslu áfengis og/eða annarra vímuefna.
- Týnda barnið: Hlutverk týnda barnsins tekur þriðja barnið í systkinaröðinni. Týnda barnið er þögult og lætur lítið fyrir sér fara, einrænt og fjarlægt. Ómeðvitað markmið týnda barnsins er að létta á fjölskyldunni. Týnda barnið býr sér til drauma heim til þess að flýja raunverulegar aðstæður og erfitt er fyrir barnið að koma til baka úr sínum heimi og fá þarfir sínar uppfylltar vegna venju að flýja þennan heim. Týnda barnið veitir því oft fjölskyldunni þá röngu hugmynd að ekkert vandamál sé til staðar og ástand heimilsins hafi ekki áhrif á það.
- Trúðurinn: Því hlutverki gegnir oftast fjórða barnið í systkinaröðinni. Trúðurinn fær mikla athygli frá systkinum sínum og lærir fljótlega inn á það að gera hegðunina jákvæða með glensi og gríni, markmiðið er að fá aðra til að hlæja. Með hlutverki trúðsins fórnar barnið persónuleika sínum og getur verið í raun hvað sem er nema það sjálft, barnið verður háð trúðsgervinu og efasemdirnar um það sjálft eru miklar. Þunglyndi og lækkað geðslag er oftast en ekki á bakvið hlutverkið.
- Hjálparhellan: Sá sem ber hlutverk hjálparhellanar tekur alla ábyrgð á þeim sem á við sjúkdóminn að etja. Hjálparhellan er hlutverk sem er bundið við hetjuna og því stærra sem vandamál hins vímuefnasjúka verður stækkar hlutverk hjálparhellanar, ábyrgð hjálparhellanar eykst og meðvirkni við þann sem á við sjúkdóminn að stríða. Hjálparhellan fer að stjórna lífi hins vímuefnasjúka, tekur ákvarðanir fyrir

hann og getur komið í veg fyrir að hann leiti sér aðstoðar (Wegscheider Cruse, 1989).

Claudia Black, bandarískur félagsráðgjafi setti einnig fram kenningu um hlutverk barna og skipti hún þeim upp í þrjá eftirfarandi flokka:

- Áreiðanlega barnið: Það hlutverk tileinkar sér oft elsta eða eina barnið í fjölskyldunni. Barnið leitast eftir því að skapa sér öryggi sem að foreldrarnir eiga að veita. Barnið tekur á sig mikla ábyrgð og jafnvel tekur yfir ábyrgð systkina sinna, tekur stjórn á því að halda heimilinu gangandi og nýtur mikillar aðdáunar frá utan að komandi aðilum.
- Kamelljónið: Það hlutverk leikur barnið með því að láta lítið fyrir sér fara og flýtur í gegnum æskuárin sín. Aðlagar sig að aðstæðunum og hættir að sýna tilfinningaleg viðbrögð ásamt því að læra að ekkert breytir ástandi heimilisins. Barnið lætur eins og ekkert slái sig úr jafnvægi, jafnvel þegar óeðlilegir hlutir gerast innan veggja heimilisins.
- Friðarboðinn: Barnið sem að reynir að bæta það sem fer úrskeiðis í fjölskyldunni og er til staðar fyrir fjölskyldumeðlimi. Barnið styður þann sem á við vímuefnaröskunina til þess að halda í friðinn innan veggja heimilisins. Barnið stendur þétt við bakið á öðrum fjölskyldumeðlimum og lærir að þekkja tilfinningar annarra en ekki sínar eigin. Jafnframt hefur barnið engan til þess að deila sínum tilfinningum og vandamálum með og er upptekið af því að halda friðinn innan fjölskyldunnar og nær því ekki að vera barn (Black, 1991).

4 Fræðilegur bakgrunnur

Í þessum kafla verður farið yfir þær rannsóknir og fræðilegu greinar sem tengjast börnum sem búa við vímuefnaröskun foreldra. Rannsóknir hafa sýnt fram á það að búa við vímuefnaröskun foreldra getur haft langvarandi áhrif á börn ef þau fá ekki viðeigandi aðstoð (Lander o.fl., 2013).

4.1 Áhrif þess að alast upp í fjölskyldu þar sem vímuefnavandi/röskun er til staðar

Vímuefnaröskun er talinn vera fjölskyldusjúkdómur þar sem öll fjölskyldan verður fyrir áhrifum af sjúkdómnum. Vímuefnaröskun foreldris hefur þau áhrif að fjölskyldan eignast leyndarmál og oftast en ekki er mikil skömm sem fylgir því, meðvirkni verður innan fjölskyldunnar með þeim sem á við sjúkdóminn að etja og einangrun fjölskyldunnar svo að utanaðkomandi aðilar komist ekki að leyndarmálinu. Afleiðingar þess eru að það myndast brenglað fjölskyldumynstur sem hefur áhrif á börn og foreldra (Usher o.fl., 2015). Rannsóknir hafa sýnt að börn hljóta bæði skammtíma- og langvarandi afleiðingar af því að alast upp við vímuefnaröskun foreldra. Börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra eru líklegri til þess að þróa með sér þunglyndi, kvíða og aðrar geðraskanir, líklegri til þess að misnota vímuefni í framtíðinni og svo lengi mætti telja. Jafnframt eru þau börn einnig í hættu á að verða fyrir vanrækslu, heimilisofbeldi, kynferðisofbeldi og andlegu ofbeldi (Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnadóttir, 2016; Wiechelt og Okundaye, 2012). Fylgni hefur fundist á milli alvarlegs vímuefnavanda foreldris og sjúklegra einkenna hjá börnum, líkt og ofnæmi, magakveisu, höfuðverkja, hálsbólgu og kvefs (Glence-Cleveland o.fl., 2008).

Þegar vímuefnaröskun ræður ríkjum á heimilum hafa rannsóknir sýnt fram á hlutverkaskipti innan fjölskyldunnar, sá vímuefnasjúki í fjölskyldunni verður veiki hlekkur fjölskyldunnar og þarfnast oftast en ekki umönnunaraðila þrátt fyrir afneitun þess sem á við vímuefnaröskunina að etja. Umönnunaraðili getur verið hver sem er og ef um ræðir að báðir foreldrar séu með vímuefnaröskun fellur það yfirleitt í hendur elsta barnsins sem tekur á sig umönnunarhlutverkið og sér þá um foreldra sína, heimilið, systkinin og þeim þörfum sem þarf að sinna til þess að halda fjölskyldunni gangandi. Er það ein birtingarmynd þess að verða fyrir vanrækslu þar sem barn fær ekki að sinna sínum skyldum svo sem skóla og öðru félagslífi, röskun getur orðið á mörgum sviðum í þroska barnsins vegna breytinga á hlutverkum innan heimilisins. Barnið neyðist til þess að taka þroskastökk vegna ábyrgðarhlutverksins sem getur haft langtíma áhrif á barnið, einnig geta streita og kvíði komið í kjölfarið vegna

heimilisaðstæðanna. Barnið felur oft en ekki vímuefnaröskun foreldra, lokar á vini og leggur allt sitt í að vera ábyrgðarmaður fjölskyldunnar til þess að halda stöðu fjölskyldunnar innan samfélagsins. Aðstæður sem einkennast af ótta, átökum og óstöðugleika ýta undir langvarandi streitu og skaða félags- og tilfinningalegan þroska þess sem býr við slíkar aðstæður. Sama sinnis geta þær aðstæður valdið varanlegum hindrunum á þroska heilans sem getur haft í för með sér skaða á andlegri og líkamlegri heilsu (Doweiko, 2019; Jóna Margrét Ólafsdóttir o.fl., 2018; SAMSHA, 2009).

Börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra eru talin eiga í aukinni hættu á slæmri heilsu og eiga í hegðunarvanda. Osborne og Berger (2009) framkvæmdu rannsókn þar sem markmið þeirra var að skoða sambandið á milli þess að eiga foreldra með vímuefnaröskun og heilsu- og hegðunarvanda hjá börnum. Þeir skoðuðu hvort munur væri á því hvort að móðir, faðir eða báðir foreldrar ættu við vímuefnaröskun að stríða og hvort það hefði áhrif að búa með föður. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að börn sem búa með foreldri sem er með vímuefnaröskun er í hættu á að eiga við heilsu og hegðunarvanda, óháð því hvort að um ræðir móður eða föður sem á við vímuefnaröskunina og aukin hætta er ef að báðir foreldrar eru með vímuefnaröskun. Jafnframt gáfu niðurstöður það til kynna að barn sem býr með föður sem á við vímuefnaröskun að etja er í meiri hættu á að þróa með sér heilsu- eða hegðunarvanda heldur en barn sem býr ekki með föður (Osborne og Berger, 2009).

Steinunn Hrafnisdóttir og Drífa Andrésdóttir (2015) framkvæmdu rannsókn á hversu mörg tilvik af barnaverndartilkynningum hjá Barnavernd Hafnarfjarðar stöfuðu af vímuefnaneyslu foreldra og hvaða úrræðum var beitt, jafnframt rýndu þær í hvað einkenndi börnin og foreldra. Rannsóknin var byggð á tilkynningum sem bárust Barnavernd Hafnarfjarðar yfir tvö tímabil, annars vegar september til nóvember árið 2010 og hins vegar febrúar til apríl árið 2011. Neysla á vímuefnum er talin vera meðal helstu áhættuþátta ofbeldis og vanrækslu og hafa rannsóknir sýnt fram á að ofbeldi gegn börnum sé algengasta tegund ofbeldis þegar neysla vímuefna á sér stað. Einnig eru auknar líkur á því að börn sem eiga foreldra með vímuefnaröskun séu oft tilkynnt til barnaverndar svo að íhlutun eigi sér stað og viðeigandi úrræðum sé beitt í þágu barnanna og foreldranna (Steinunn Hrafnisdóttir og Drífa Andrésdóttir, 2015).

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar Steinunnar og Drífu voru 393 tilkynningar til Barnaverndar Hafnarfjarðar á þessum tveimur tímabilum og voru 151 þeirra vegna ofbeldis, vanrækslu eða að heilsa eða líf ófædds barns væri í hættu. Var vímuefnavandi foreldra til

staðar í rúmlega helmingi tilkynninga og þegar tilkynningar bárust um heilsu eða líf ófædds barns var um vímuefnavanda foreldra að ræða í öllum tilkynningum. Þegar tilkynnt var um vanrækslu á börnum var helmingur þeirra tilkynninga tengt vímuefnavanda foreldra og vanræksla vegna þess, þriðjungur allra tilkynninga um heimilisofbeldi tengdust einnig vímuefnavanda foreldra. Þegar rýnt var frekar í hagi barna og foreldra kom í ljós að kynjahlutfall þeirra barna sem áttu í hlut var jafnt, börn undir 7 ára voru í meirhluta og algengast var að börn byggju hjá einstæðu foreldri. Jafnframt var algengasti aldur foreldra 31-45 ára, fáir foreldrar voru atvinnulausir eða með örorku og meirihluti foreldra var í vinnu eða stundaði nám. Algengast var að foreldrar ættu við áfengisvanda að stríða og mun fleiri mæður en feður sem misnotuðu lyf, en jafnt var á milli kynja hvað varðar misnotkun á ólöglegum vímuefnum (Steinunn Hrafnasdóttir og Drífa Andrésdóttir, 2015).

Íhlutun af hálfu Barnaverndar Hafnarfjarðar átti sér stað hjá meira en helmingi barnanna sem tilkynnt var um og var hefðbundnum úrræðum samkvæmt barnaverndarlögum beitt. Mismunandi úrræðum var beitt til þess að mæta þörfum þess sem á í hlut, úrræðum sem var beitt var stuðningur inn á heimili, börnum veittur stuðningur og viðeigandi aðstoð, eitt barn fór í varanlegt fóstur, barn flutt á milli foreldra, leiðbeiningar frá barnaverndarstarfsmanni til foreldra og barns og foreldrar aðstoðaðir við að að leita sér meðferðar, en sú aðstoð kom fyrir sjaldnar en þörf var á (Steinunn Hrafnasdóttir og Drífa Andrésdóttir, 2015).

Rannsóknir hafa sýnt fram á að vímuefnaröskun foreldra hefur slæm áhrif á námsframvindu barna og mikilvægi seiglu þeirra til þess að haldast í námi þrátt fyrir heimilsaðstæður (McGrath o.fl., 1999; Winters, 2006). Aukin hætta er á námserfiðleikum, að falla niður um bekk og dragast alfarið úr skóla. McGrath og félagar framkvæmdu rannsókn á fullorðnum börnum foreldra með vímuefnaröskun í Bandaríkjunum þar sem skoðaður var námsárangur þeirra í grunnskóla. Þátttakendur voru fengnir þrisvar sinnum í viðtal og voru niðurstöður metnar. Jafnframt voru rannsakendur með aðgang að námsárangri einstaklinga sem ekki áttu foreldra með vímuefnaröskun, gerður var samanburður á gögnunum og sýndu niðurstöður fram á lakari námsárangur hjá þeim sem áttu foreldra með vímuefnaröskun (McGrath o.fl., 1999). Rekja má það til þess að börn ná ekki að sinna skyldum sínum vegna lítillar hvatningar til þess að sinna skóla, lítil eða enginn aðstoð heima fyrir eða að börn geta ekki leitað til foreldra sinna vegna vímuefnaröskunarinnar. Einnig sýna rannsóknir fram á það að ef að foreldrar eiga við vímuefnaröskun og illa tekst til að reka heimili, eykur það líkurnar á

Því að börn sæki ekki frekara nám eftir grunnskóla heldur fari frekar út á vinnumarkað til þess að aðstoða við rekstur heimilisins (McGrath o.fl., 1999; Winters, 2006).

Uppkomin börn foreldra með vímuefnaröskun eru ekki talin hafa fengið nægilega aðstoð á sínum yngri árum þegar ástandið á foreldrum hafði sem mest áhrif á þau. Gert var lítið úr frásögnum þeirra þegar þau reyndu að segja frá, ekki var tekið mark á áverkum þeirra á líkama og sál og bágur námsárangur vakti ekki sérstaka athygli kennara eða annarra. Mörg þeirra barna töldu sig vera ástæðuna fyrir hegðun foreldra og töldu sig jafnframt vera skömm fjölskyldunnar (Doweiko, 2019).

Haverfield og Theiss framkvæmdu rannsókn í Bandaríkjunum á uppkomnum börnum foreldra með vímuefnaröskun með tilliti til reynslu þeirra. Rannsóknin var byggð á skilaboðum sem rannsakendur kóðuðu frá þátttakendum úr þremur stuðningshópum á internetinu. Stuðningshóparnir voru fyrir uppkomin börn foreldra með vímuefnaröskun. Eftir kóðun og greiningu komu í ljós sjö megin þemu:

- Sjálfstyrking með stuðningi (e. Empowerment through support)
- Truflun foreldris á fullorðinsárunum (e. Interference of parent in adulthood)
- Tenging við innra barn (e. Connection to inner child and need to re-parent)
- Lágt sjálfsálit og óöryggi (e. Low self-esteem and insecurity)
- Reiði og gremja (e. Anger and resentment)
- Erfiðleikar í parasamböndum (e. Romantic relationship problems)
- Samskiptaerfiðleikar (e. Problems communicating)

Niðurstöður leiddu í ljós að uppkomin börn foreldra með vímuefnaröskun eiga í erfiðleikum við að takast á við hinar ýmsu tilfinningar, til dæmis gremju, reiði, lágt sjálfsálit og óöryggi. Skaðleg reynsla í æsku getur haft þær langtíma afleiðingar að einstaklingur bælir niður tilfinningar og er ekki hæfur í það að takast á við neikvæðar tilfinningar. Þessar afleiðingar geta haft áhrif á hæfni einstaklings til þess að verða nán öðrum. Þátttakendur töldu sig velja sér maka sem hafði sömu eiginleika og foreldrar þeirra til þess að endurspegla það mynstur af parasambandi sem þau þekktu, sumir viðurkenndur að hafa verið í ofbeldissambandi og töldu

sig velja maka sem þyrfti að hjálpa eða laga. Einnig sögðu þátttakendur frá því að eiga erfitt með ágreining og að missa oft stjórn á skapi sínu þegar þau upplifðu ógn eða óvissu í aðstæðum (Haverfield og Theiss, 2014).

Leslie Keating framkvæmdi rannsókn í Írlandi á uppkomnum börnum foreldra með vímuefnaröskun. Gögn rannsóknarinnar voru sautján sögur teknar af vefsíðu þar sem uppkomin börn sögðu frá sinni upplifun, vefsíðan var sett upp af rannsakanda og svo sjö viðtöl tekin við þátttakendur aukalega. Í viðtölunum voru þátttakendur spurðir út í upplifun sína á því að búa við vímuefnaröskun foreldra og líðan þeirra þá og í dag. Rannsakandinn fann þrjú megin þemu við greiningu gagna og voru það:

- Langvarandi streituvaldur (e. Toxic stress)
- Langvarandi skaðleg áhrif (e. Life long impact)
- Smánarblettur á æsku (e. Stigma)

Jafnframt kom fram í rannsókninni að flestir þátttakendur upplifðu ofbeldi af hendi foreldra í æsku og meiri hluti þeirra upplifði tilfinningalega og félagslega vanrækslu (Keating, 2020). Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að mikilvægt sé að grípa inn í aðstæður þar sem börn búa við vímuefnaröskun foreldra þar sem heimilisaðstæður barnanna séu bágar og mikil hætta á vanrækslu, ofbeldi í garð barnanna eða börnin horfa upp á ofbeldi á milli foreldra. Að búa við slíkar heimilisaðstæður getur haft þær afleiðingar að börnin þróa með sér óheilbrigð bjargráð til þess að aðlagast aðstæðum og geta þau bjargráð leitt til óheilbrigðar myndar á parasamböndum, þau leita í slæman og óöruggan félagsskap og eiga á hættu að þróa með sér vímuefnaröskun og endurtaka fjölskyldumynstrið sem einkenndi þeirra barnæsku á fullorðins árunum. Jafnframt kemur fram í niðurstöðum að snemmtæk íhlutun og að efla seiglu í þeim börnum sem búa við vímuefnaröskun foreldra sé mikilvægt, einnig að efla fræðslu til þeirra sem vinna náið með börnum í þeim tilgangi að þekkja merki ofbeldis og vanrækslu á börnum (Keating, 2020).

Meðvirkni á sér margar birtingarmyndir og getur verið afleiðing þess að búa við vímuefnaröskun fjölskyldumeðlims eins og fram hefur komið. Meðvirkur einstaklingur er háður öðrum einstakling, háður geðsveiflum þess, hegðun, veikleika eða ást þess. Jafnframt er um meðvirkni að ræða ef að umhyggja snýst upp í þráhyggju, og að sá meðvirki lætur allt á

sig fá til þess að hjálpa þeim sem að meðvirknin snýr að. Helstu einkennum meðvirkni má skipta upp í þrjá flokka: *afneitun eða blekking, tilfinningalega bælingu og tilhneigingu til óæskilegrar hegðunar*. Afneitun og blekking felur í sér að einstaklingurinn sér ekki heildarmyndina og sér aðeins það sem hann vill sjá í stað þess að horfast í augu við sannleikann. Tilfinningaleg bæling er þegar einstaklingur afneitar tilfinningum sínum sem tengjast raunveruleikanum og með tímanum missir hann hæfni til að fást við sínar eigin tilfinningar. Vegna afneitunar og tilfinningalegrar bælingar er einstaklingur í hættu á að leiðast út í óæskilega hegðun til þess að viðhalda innri ró (Doweiko, 2019; Cruse-Wegscheider, 1987; Þórarinn Tyrfingsson, 2015).

Rusnáková framkvæmdi eiginlega rannsókn á meðvirkni fjölskyldumeðlima í garð þess sem á við vímuefnaröskunina að etja. Reynt var að fanga upplifun fjölskyldumeðlima á meðvirkninni og hegðun þeirra út frá meðvirkninni. Rannsóknin byggir á eiginlegum viðtölum sem voru tekin við fjölskyldumeðlimi sem eiga foreldri eða systkini með vímuefnaröskun. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu það í ljós að meðvirknin byggðist á tilfinningum tengdum þeim sem á við vímuefnaröskunina að etja. Þær tilfinningar sem fjölskyldumeðlimir lýstu að hefðu áhrif á meðvirknina væri annars vegar, að sá sem væri með vímuefnaröskunina þyrfti björgun og gerðu fjölskyldumeðlimir það sem þyrfti til þess að halda þeim í jafnvægi og að allt væri með kyrrum kjörum, hins vegar hatur í garð þess sem á við vímuefnaröskunina að etja. Hatrinu var beint að hegðun og hvernig samskiptin urðu á milli fjölskyldumeðlima og þess sem á við vímuefnaröskunina að etja. Þessir þættir eru jafnframt einstaklingsbundnir og meðvirknin birtist mismunandi eftir hvaða tengingu fjölskyldumeðlimur hefði við þann sem ætti við vímuefnaröskunina að etja. Jafnframt kom fram í niðurstöðum að hegðunin sem fylgdi meðvirkninni væri að fela skömmina sem fylgir því að eiga til dæmis foreldri með vímuefnaröskun (Rusnáková, 2014).

Börn sem upplifa ofbeldi, vanrækslu eða verða fyrir annarskonar áfalli eru líkleg til þess að bera merki um meðvirkni út lífið, til dæmis í parasamböndum. Rannsóknir sýna að börn sem verða fyrir áfalli í æsku eiga það til að leita að maka sem hefur það í fari sér að það þurfi að laga hann, að makinn sé ofbeldisfullur eða eigi við áfengis- og/eða annan vímuefnavanda að etja. Uppkomin börn þekkja það fjölskyldumynstur og eru þar af leiðandi kunnug aðferðum til þess að halda makanum góðum ef að upp koma erjur. Einkenni þeirra sem hafa ekki fengið

meðferð við meðvirkni eru lágt sjálfsmat, óöryggi í félagslegum aðstæðum, kvíði og þunglyndi (Evgin og Sümen, 2021).

4.2 Áföll í barnæsku

Margir fræðimenn hafa skilgreint áfall (e. Trauma) en samkvæmt American Psychiatric Association (APA) er áfall skilgreint sem svo að einstaklingur upplifi eða verði vitni af atburði sem felur í sér raunverulega hættu á meiðslum, dauða eða ógn við líkamlega eða andlega heilsu viðkomandi (APA, e.d).

Rannsóknir hafa sýnt fram á það að verða fyrir áfalli í barnæsku eykur líkurnar á því að þróa með sér þunglyndi, geðhvarfasýki, geðklofa og áfallastreituröskun. Jafnframt verða börn sem verða fyrir áfalli heima fyrir, fyrir taugafræðilegum skaða af þeim áföllum sem þau upplifa og eiga í erfiðleikum með að mynda heilbrigð tengsl þar sem rofin tengsl eru á milli foreldris og barns (Downey og Crummy, 2020; Gould o.fl., 2012). Má nefna þau áföll sem börn geta orðið fyrir vegna vímuefnaröskun foreldra og eru þau til að mynda, líkamlegt og/eða andlegt ofbeldi, kynferðisleg misnotkun, vanræksla, ofbeldi á milli foreldra eða í garð annars foreldris (Afifi o.fl., 2020).

Montgomery og félagar (2018) gerðu kerfisbundna samantekt á þeim gögnum sem til eru um foreldra sem verða fyrir áfalli í barnæsku og beita börn sín ofbeldi, að foreldrar yfirfæri áfallið yfir á börnin sín (e. Transmitted trauma). Alls voru 4645 útgefin fræðirit notuð við gerð samantektarinnar. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu það í ljós að foreldrar sem höfðu orðið fyrir áfalli sjálf, þ.e. orðið fyrir andlegu og/eða líkamlegu ofbeldi, kynferðislegri misnotkun, upplifað ofbeldi á milli foreldra sinna eða upplifað náttúruhamfarir, voru líklegri til þess að beita börn sín ofbeldi. Jafnframt töldu rannsakendur að foreldrarnir beittu börnin ofbeldi vegna þess að ekki var fengin aðstoð í barnæsku við þeirra áfalli og að ofbeldið væri birtingarmynd óunnins áfalls. Niðurstöður komu einnig inn á það að ef að veitt hefði verið aðstoð eftir áfallið eða gripið hefði verið fyrir inn í aðstæður, hefði verið hægt að koma í veg fyrir það að foreldrar yfirfæru áfallið sitt á börnin sín (Montgomery o.fl., 2018).

Advance Childhood Experiences Study (ACE) er lýðheilsurannsókn á heimsmælikvarða hvað varðar stærð og umfang, og er rannsóknin byggð á áföllum barna og áhrif þess á heilsu og velferð seinna á lífsleiðinni. Rannsóknin skilgreinir og metur alvarleg og algeng áföll í æsku fram að 18 ára aldri. Það sem kannað er í rannsókninni og er talið valda áfalli, er andlegt og líkamlegt ofbeldi, kynferðisofbeldi, heimilisofbeldi, skilnaður foreldra, hvort að

vímuefnanotkun sé á heimilinu, hvort að foreldri hafi sætt fangelsisvist eða vímuefnaeðferð. Allir þessir þættir eru taldir geta haft áhrif á líðan barna og valdið börnum áfalli og geta leitt til óöryggis, óstöðuleika og tengslaröskunar hjá börnum. Hægt er að rekja áföll í barnæsku til líkamlegra og andlegra sjúkdóma seinna á lífsleiðinni og eru börn foreldra með vímuefnaröskun engin undantekning þar (Afifi o.fl., 2020).

Börn sem alast upp við erfiðar aðstæður eiga í frekari hættu á að þróa með sér óheilbrigða lífnaðarhætti eins og til dæmis vímuefnaröskun. ACE setti fram lista með þáttum sem kunna vera fyrirbyggjandi fyrir áhrif erfiðara upplifana eða áfalla í barnæsku. Listinn inniheldur sex leiðir sem geta haft áhrif á langtíma áhrif þess að verða fyrir áfalli (CDC, 2020).

1. Auka efnislegan stuðning við fjölskyldur
2. Fjölga félagslegum viðmiðum sem vernda börn gegn ofbeldi og mótlæti.
3. Sjá til þess að börn fái sterkt upphaf.
4. Kenna börnum færni.
5. Hjálpa ungmennum að tengjast umhyggjusömum fullorðnum og jákvæðum tómstundum.
6. Grípa inn í aðstæður til þess að draga úr langvarandi skaða (CDC, 2020).

4.3 Seigla

Seigla (e. Resilience) er hugtak sem er tengt er við streituvaldandi aðstæður. Aðstæðurnar geta verið í umhverfinu eða langvarandi aðstæður sem ógna líkamlegri og andlegri heilsu einstaklinga. Þróun seiglu verður til vegna ýmissa þátta, til að mynda erfðafræðilegra þátta, góðs stuðningsnets og með þróun hæfni til að takast á við streituvaldandi aðstæður sem krefjast seiglu viðkomandi (Southwick o.fl., 2014).

Árið 2007 framkvæmdu Moe og félagar eigindlega rannsókn á viðhorfum barna til seiglu með því að taka viðtöl við 50 börn á aldrinu sjö til þrettán ára sem áttu foreldra með vímuefnaröskun. Leitast var við að kanna viðhorf til styrkleika, seiglu og hvað þau teldu að einstaklingur þyrfti til að þroskast í heilbrigðan og hamingjusaman einstakling. Þeir spurðu börnin spurninga í tengslum við seiglu en notuðu ekki orðið seigla þar sem þeir töldu að ekki mörg börn skildu það orð. Niðurstöður rannsókninnar leiddu í ljós að börn sem eiga foreldra

með vímuefnaröskun töldu jákvætt og gott líf ekki velta á veraldlegum gæðum. Voru það tvö börn sem töldu að peningar gætu veitt þeim gott líf en hin töldu seiglu og gott líf verða til vegna þess sem er óþreifanlegt og þá með stuðning sem dæmi. Jafnframt kom fram í svörum barnanna að ef að þau hefðu eina manneskju sem þau gætu treyst og talað við um líðan og aðrar tilfinningar væri það stór verndandi þáttur í þeirra lífi (Moe o.fl., 2007).

Rannsóknir sem hafa verið gerðar á áhættu- og verndandi þáttum í lífi barna sem eiga foreldra með vímuefnaröskun hafa leitt í ljós að verndandi þættir vernda einstaklinginn gegn mótlæti. Verndandi þættir eru viðhorf, aðstæður, trú og aðgerðir sem byggja upp seiglu hjá einstaklingnum en áhættuþættirnir eru þeir þættir í umhverfi einstaklings sem setja hann í hættu. Áhættuþættirnir auka líkur á neikvæðri útkomu á fullorðins árunum og mikilvægt er að byggja upp seiglu gagnvart þeim. Með því að byggja upp seiglu eykur það líkur á að barn sem býr við vímuefnaröskun foreldra nær að minnka líkurnar á að lenda í slæmum félagsskap, eiga í hættu á geðrænum vandamálum síðar á lífsleiðinni, leiðast út í neyslu vímuefna og annarra áhættuþátta sem þau börn eiga hættu á að leiðast út í eða þróa með sér (Jordan, 2010).

Park og Schepp (2018) framkvæmdu rannsókn á seiglu uppkominnna barna foreldra með vímuefnaröskun. Rannsóknin var framkvæmd á eigindlegum grunni þar sem tekin voru viðtöl við tuttugu og tvö uppkomin börn foreldra með vímuefnaröskun. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu það í ljós að ef að fenginn var smávægilegur stuðningur frá utankomandi aðila eða frá fjölskyldumeðlim, vandinn viðurkenndur og að eiga í nánú sambandi við foreldri/a efldi seiglu viðkomandi og dró þar af leiðandi úr skaðlegum áhrifum á einstaklinginn til langtíma. Jafnframt kom fram að varnarleysi sumra barna gagnvart áhrifum þess að búa við vímuefnaröskun foreldra var sterkari en þrótturinn til seiglu (Park og Schepp, 2018).

4.4 Rannsóknir á úrræðum fyrir börn

Eins og fram hefur komið í fyrri kafla eiga börn sem eiga foreldra sem eiga við vímuefnaröskun hættu á að þróa með sér geðsjúkdóma eða hefja neyslu vímuefna fyrr en talið er ásættanlegt jafnframt eru þau börn líklegri til þess að verða fyrir ofbeldi, andlegu, líkamlegu og kynferðislegu (Lipari og Van Horn, 2017). Að því sögðu er því mikilvægt að börn fái þá aðstoð sem eykur líkurnar á því að þau haldist á beinu braut lífsins og aðstoða þau við að vinna úr þeim áföllum sem þau hafa orðið fyrir (SÁÁ, e.d-c).

Niðurstöður rannsókna sem hafa verið framkvæmdar á börnum sem búa við vímuefnaröskun foreldra hafa gefið til kynna að mikilvægt sé fyrir fagaðila að nálgast þennan hóp sem fyrst. Með snemmtækri íhlutun er hægt að aðstoða þau í aðstæðum sínum og takmarka þau neikvæðu áhrif á framtíð þeirra og velferð. Með snemmtækri íhlutun er hægt að kenna þeim að veikindi foreldra séu ekki á þeirra ábyrgð og að um ræðir sjúkdóm, jafnframt er hægt að aðstoða börnin við að byggja sig upp sem einstakling þrátt fyrir erfiðar fjölskylduaðstæður (Cresp og Sabatelli, 1997). Samkvæmt þýskri rannsókn sem framkvæmd var af Bröning og félögum, á börnum sem búa við vímuefnaröskun foreldra hefur snemmtæk íhlutun sýnt fram á það að börn ná fyrir að þróa með sér seiglu til þess að takast á við þær aðstæður sem eru til staðar og þau áföll sem þau hafa orðið fyrir. Einnig þegar snemmtæk íhlutun á sér stað hefur það á foreldra jafnt sem börn, þar sem það er gripið snemma inn aðstæður og í býðst foreldrum að fara í meðferð við vímuefnaröskuninni og eykur það líkurnar á jákvæðri útkomu fyrir bæði börn og foreldra (Bröning o.fl., 2012).

Rannsóknir hafa verið framkvæmdar á úrræðum fyrir börn m.t.t. áhrifa þeirra til skemmri og lengri tíma á börn. Samkvæmt Calhoun og félögum sem rannsökuðu úrræði af öllum toga, til að mynda einstaklingsmiðuð meðferð fyrir barn, hópameðferð, fjölskyldumeðferð og sálfræðimeðferð. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu fram á að þau úrræði sem innihéldu þátttöku foreldra á meðan að börnin fengu aðstoð frá fagaðila báru mestan árangur. Þátttaka foreldra í úrræðinu fólst í því að mæta á fundi með barni þar sem barnið gat tjáð sig við foreldra í vernduðu umhverfi, jafnframt voru fundir aðeins með barninu. Tilgangur úrræðisins var að veita barninu sálræna aðhlyningu, efla það til seiglu og unnið var að bættum fjölskyldutengslum, andlegri heilsu fjölskyldumeðlima og útkoman jákvæð fyrir bæði börn og foreldra. Jafnframt fengu þeir foreldrar uppeldisfræðslu og meðferð við sínum vanda (Calhoun o.fl., 2015).

Hópameðferð (e. Group therapy) er gjarnan notuð sem úrræði fyrir börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra. Hópameðferð felur í sér að þátttakendur eru aðeins börn sem eiga það sameiginlegt að eiga foreldra með vímuefnaröskun, unnið er markvisst að því að fræða börnin um sjúkdóminn, reynt að efla seiglu barnanna, hæfni til þess að takast á við heimilisaðstæður og reyna draga úr langtíma áhrifum. Með hópameðferð kynnast börnin öðrum börnum og dregur það úr skömminni að vita af því að fleiri eiga foreldra með vímuefnaröskun og tilfinningunni að þetta sé þeim að kenna. Þau fá tækifæri til að ræða saman

sín á milli og deila reynslusögum og jafnframt dregur meðferðin úr félagslegri einangrun barnanna ef hún hefur verið til staðar. Rannsóknir hafa sýnt fram á það að ef börn eru frædd um sjúkdóminn gerir það þeim kleift að aðskilja sig frá sjúkdómnum og viðurkenna eigin tilfinningar gagnvart líðan, foreldrum sínum og sjúkdómnum (Riddle o.fl., 1997).

Riddle, Bergin og Douzenis framkvæmdu rannsókn í Bandaríkjunum á hópameðferð fyrir börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra, markmið rannsóknarinnar var að ákvarða hvort að börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra myndu efla sjálfsmynd sína á því að taka þátt í hópameðferð. Þátttakendur voru 40 börn í grunnskóla sem öll áttu það sameiginlegt að eiga foreldra með vímuefnaröskun. Börnin voru látin svara spurningalista um sjálfsímynd sína og líðan fyrir og eftir hópameðferð. Niðurstöður rannsóknarinnar leiddu í ljós að börnin voru með jákvæðara hugarfar gagnvart sjálfum sér, kvíði og aðrar neikvæðar tilfinningar minnkuðu eftir hópameðferðina og aukin skilningur á sjúkdómnum. Einnig efldust börnin við það að heyra aðra deila sögum og upplifunum, náðu að aðskilja foreldra sína frá sjúkdómnum og viðurkenna tilfinningar sínar (Riddle o.fl., 1997).

Fjölskyldumeðferð er meðferð þar sem unnið er með alla fjölskyldumeðlimi og markmiðið að bæta hag allra innan fjölskyldunnar. Usher og félagar framkvæmdu rannsókn í Bandaríkjunum á fjölskyldumeðferð fyrir börn sem eiga foreldra með vímuefnaröskun og var markmið rannsóknarinnar að skoða áhrif fjölskyldumeðferðar á börn foreldra með vímuefnaröskun. Rannsóknin var gagnaöflun þar sem yfirfarnar voru niðurstöður sjö rannsókna sem byggðust á reynslusögum af fjölskyldumeðferð og áhrifa hennar á börn. Við greiningu gagnanna voru þrjú megin þættir innan fjölskyldumeðferðarinnar sem höfðu sem mest áhrif:

- Að skapa aðstæður fyrir jákvæð samskipti á milli foreldra og barna.
- Að börnin fengju að kynnast öðrum börnum sem eiga foreldra með vímuefnaröskun.
- Fræðsla um sjúkdóminn, áhrif sjúkdómsins á fjölskylduna.

Niðurstöður leiddu jafnframt í ljós að vinna með fjölskylduna sem heild hefði jákvæð áhrif á fjölskyldutengsl og fjölskyldumynstrið. Bæði börn og foreldrar fengu sameiginlega viðtöl en einnig einstaklingsviðtöl og í sameiningu gátu þau unnið markvisst að því að bæta hagi

fjölskyldunnar með leiðbeiningum frá fagaðila. Fjölskyldumeðferðin hafði þau áhrif á börnin að kvíði og depurð minnkaði, öll lýstu þau yfir ánægju að geta rætt við jafningja sem deilir álíka reynslu og myndaðist jákvætt samband á milli barns og foreldris (Usher o.fl., 2015).

Umboðsmaður barna á Íslandi, gerði tilraunaverkefni árið 2013 til þess að afla upplýsinga um reynslu barna af því að búa við vímuefnaröskun foreldra, fanga sjónarmið þeirra og hverskonar aðstoð hafi reynst þeim vel og hvað það væri sem helst þyrfti að bæta. Komið var á fót sérstökum sérfræðihóp sem innihélt börn sem áttu foreldra með vímuefnaröskun, börnin sem tóku þátt voru á aldrinum 14-18 ára og voru sjö talsins. Umboðsmaður barna vann verkefnið í samstarfi við SÁÁ (Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda), viðtölin sem voru tekin við börnin voru unnin út frá handriti Umboðsmanns barna í Noregi sem hefur framkvæmt svipaða könnun. Viðtölin við börnin leiddu meðal annars í ljós að þau þurfa aðstoð við að styrkja sjálfsmynd sína, upplifun þeirra af því að foreldri fari í meðferð er jákvæð en fjarvera foreldris sé erfið, að afneitun um vandamálið sé ekki gott fyrir neinn, að þegar börnin tjá sig um vandann sé mikilvægt að hlustað sé á þau og þeim sé sýndur skilningur, einnig að fræðsla um sjúkdóminn sé nauðsynleg til þess að geta skilað skömminni og ábyrgðinni. Börnin voru sammála um það að sálfræðiaðstoðin og ráðgjöfin frá SÁÁ hafði hjálpað þeim, fræðslan sem þau fengu hafi skipt miklu máli. Einnig þótti börnunum mikill léttir að vita af öðrum börnum sem búa við álíka aðstæður og þau, að þau væru ekki ein í heiminum sem ættu við þennan vanda. Öllum þótti þó vanta frekari fræðslu til þeirra sem eiga við vímuefnaröskunina að etja og til aðstandanda, fræðslu um það að hægt væri að veita börnunum aðstoð og hvar þau gætu fengið aðstoðina. Jafnframt voru þau einróma sammála um mikilvægi þess að veitt væri forvörn í skólum um áfengis- og vímuefnavanda og að það kæmu fram upplýsingar um hvar þau börn sem eiga foreldra með vímuefnaröskun gætu fengið aðstoð (Eðvald Einar Stefánsson o.fl., 2014).

5 Sértek þjónusta fyrir börn

Í þessum kafla verður farið yfir þau úrræði og samtök sem standa börnum sem búa við vímuefnaröskun foreldra til boða hér á landi. Sértek aðstoð fyrir börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra er mikilvæg til þess að draga úr þeim áhrifum sem þau geta orðið fyrir vegna óvenjulegs fjölskyldumynsturs og annarra þátta sem farið hefur verið yfir í fyrri köflum ritgerðarinnar.

5.1 Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavanda (SÁÁ)

SÁÁ veitir fjölbætta aðstoð við vímuefnaröskun fyrir alla á öllum aldri og fyrir aðstandendur. SÁÁ býður upp á einstaklingsmeðferð við vímuefnaröskun, göngudeildarmeðferð, fjölskyldumeðferð, ungmennameðferð, viðhaldsmeðferð og sálfræðiþjónustu við börn. Á göngudeildum er fræðsla og meðferð í boði fyrir aðstandur, hvort sem að sá sem á við vímuefnaröskun að etja hefur lokið meðferð eða ekki. Fjölskyldudeildin býður upp á fræðslu í formi viðtala, stuðningshópa, fyrirlestra og fjölskyldunámskeiðs. Markmið þjónustunnar er að auka þekkingu fjölskyldumeðlima á vímuefnaröskun og greint er frá birtingarmyndum sjúkdómsins ásamt einkennum hans og áhrifum á aðra í nánasta umhverfi þess sem á við vímuefnaröskun að etja (SÁÁ, e.d-d).

Frá árinu 2008 hefur SÁÁ veitt sálfræðiþjónustu fyrir börn á aldrinum 8-18 ára sem eiga foreldra með vímuefnaröskun og eiga það sameiginlegt að eiga foreldra með vímuefnaröskun en hafa ekki byrjað neyslu vímuefna sjálf. Tveir sálfræðingar sinna þessari þjónustu. Hvert barn á rétt á átta viðtölum og fer viðtal fram vikulega, kostar hvert viðtalanna 5000 krónur en aðeins er greitt fyrir eitt barn í hverri fjölskyldu. Mikil aðsókn er í að komast í þjónustuna og eru 176 börn á biðlista en aðeins eru 40 börn eru í viðtölum í einu. Hægt er að óska eftir forgangi, en til þess þarf barn að búa við verulega slæmar aðstæður og sýna einkenni sem hægt er að rekja til heimilisaðstæðna. Foreldrar koma með í fyrsta og síðasta viðtalið og komið er fram við bæði börn og foreldra af nærgætni og virðingu. Í viðtölunum er notast við tölvu þar sem verkefni eru unnin í hverjum tíma til þess að efla börnin í að tjá sig og hjálpa þeim að skilja tilfinningar sínar, jafnframt fá börn möppu sem er einkaeign þeirra, sem þau setja verkefni og önnur mikilvæg skilaboð í (Bergþóra Kristín Ingvarsdóttir, munnleg heimild, 8. mars 2023).

Markmið sálfræðiþjónustunnar er að hjálpa börnunum að skilja betur aðstæður þeirra sem þau búa við og aðstæður foreldranna í tengslum við sjúkdóminn. Með sálfræðiþjónustunni nær sálfræðingurinn að veita barninu viðurkenningu á erfiðum

aðstæðum og aðstoðar barnið við að greina á milli vímuefnaröskunarinnar og foreldris. Jafnframt nær barnið að rjúfa þögnina sem fylgir því að búa við vímuefnaröskun foreldris og vinna úr eigin tilfinningum og styrkja sjálfsmynd sína (Bergþóra Kristín Ingvarsdóttir, munnleg heimild, 8. mars 2023; SÁÁ, e.d-c).

5.2 Úrræði á vegum Barna- og fjölskyldustofu

Börn eiga rétt á vernd og umönnun. Þau skulu njóta réttinda í samræmi við aldur sinn og þroska. Allir sem hafa uppeldi og umönnun barna með höndum skula sýna þeim virðingu og umhyggju og óheimilt er með öllu að beita börn ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi. Foreldrum ber að sýna börnum sýnum umhyggju og nærgætni og gegn forsjár- og uppeldisskyldum við börn sín svo sem best hentar hag og þörfum þeirra. Þeim ber að búa börnum sínum viðunandi uppeldisaðstæður og gæta velfarnaðar þeirra í hvívetna (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

Samkvæmt barnaverndarlögum nr. 80/2002 ber ríki og sveitarfélögum skylda til að veita börnum sem búa við óviðunandi aðstæður og stofna heilsu þeirra og þroska í hættu viðeigandi aðstoð (Barnaverndarlög nr. 80/2002). Barna- og fjölskyldustofa hefur á höndum sér mörg stuðningsúrræði sem hægt væri að nýta til góðs. Til að mynda stuðning við fjölskylduna þar sem veittur er stuðningur við foreldri inn á heimili og stuðlað er að heilbrigðum venjum innan fjölskyldunnar. Jafnframt er hvert mál kannað, þarfir barns eru greindar og úrræði fundið sem er viðeigandi að hverju sinni með hagsmuni barnsins að fyrirúmi (Barna- og fjölskyldustofa, e.d).

Jafnframt kemur fram í lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991 að sveitarfélögum ber skylda til að veita einstaklingum með vímuefnaröskun og fjölskyldum þeirra aðstoð. Úrræði sem eru á vegum sveitarfélaga beinast þá að barni eða foreldrum. Þau úrræði sem standa til boða eru til að mynda sálfræðimeðferð, meðferðarviðtöl, stuðningsfjölskylda, persónulegur ráðgjafi eða tilsjónarmaður. Hlutverk tilsjónarmanns er að veita foreldrum stuðning í forsjár- og uppeldishlutverki og er hlutverk stuðningsfjölskyldu að létta á álagi barns og fjölskyldu þess, tryggja öryggi barnsins og leiðbeina foreldrum og jafnframt sýna foreldrum stuðning uppeldishlutverki (Reglugerð um úrræði á ábyrgð sveitarfélaga samkvæmt ákvæðum barnaverndarlaga nr. 652/2004). Niðurstöður rannsóknar á aðgerðum barnaverndar vegna barna sem bíða tjóns af vímuefnaröskun foreldra segja frá því að úrræði eins og fósturvistun sé oftast beitt í málum þar sem foreldrar barna eru með

vímuefnaröskun heldur en í öðrum barnaverndarmálum (Hildigunnur Ólafsdóttir og Kristný Steingrímsdóttir, 2013).

5.3 Alateen

Sjálfs hjálparsamtökin Alateen eru hluti af fjölskyldudeildum Al-Anon og eru samtök unglunga 12-18 ára sem hafa orðið fyrir áhrifum af vímunefnaröskun ættingja eða annarra náinna einstaklinga. Haldnir eru fundir þar sem þátttakendur deila sín á milli reynslu og valdefla hvert annað. Eina umræðuefnið sem fer fram á fundunum eru vandamál þeirra sem sækja fundina. Samtökin eru óháð utanaðkomandi samtökum. Trúnaðarmál eru ekki rædd á fundunum og nafnleyndar er gætt. Þátttakendur tileinka sér reynslusporin tólf og öðlast þar með vitrænan, andlegan og tilfinningalegan þroska. Innan Alateen er litið svo á að vímuefnaröskun sé fjölskyldusjúkdómur sem hefur áhrif á alla meðlimi, tilfinningaleg og stundum líkamleg áhrif. Hjá Alateen gera þátttakendur sér grein fyrir því að þau geti ekki breytt né stjórnað aðstæðum en þau geta hinsvegar skilið sig frá vandamálum þeirra sem eiga við vímuefnaröskun (Alateen, e.d).

5.4 Vímulaus æska- Foreldrahús

Foreldrahús er grasrótarsamfélag sem stofnað var árið 1986 af foreldrum. Þjónusta þess nær til foreldra og barna með fjölþættan vanda. Ráðgjöf er veitt í formi einstaklingsviðtala, hópavinnu og boðið er upp á hin ýmsu námskeið. Stefna Foreldrahúss áður fyrr beindist að unglungum með vímuefnavanda en í dag er unnið með ýmiskonar vandamál svo sem samskiptaerfiðleika innan fjölskyldunnar, einelti, kvíða, hegðunarvanda og almenna vanlíðan. Foreldrahús er hinsvegar ekki með sértækt úrræði fyrir börn foreldra með vímuefnaröskun en þar sem þjónusta þeirra er fjölþætt er hægt að nýta sér hana fyrir börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra (Vímulaus æska- Foreldrahús, e.d-a). Til að mynda er í boði sjálfstyrkingarnámskeið fyrir börn og unglunga á aldrinum 10-17 ára og er markmið námskeiðsins að efla sjálfsmynd og aðstoða þau við að bæta eigin líðan. Á námskeiðinu fá börnin tækifæri til að skoða samskipti og tilfinningar í tengslum við fjölskyldu, vini og skóla. Jafnframt er unnið með erfiða reynslu og tilfinningalegar afleiðingar vegna þess, skapað er traust og öruggt umhverfi fyrir börnin til þess að þau geti notið sín og tjáð sig í öryggi. VERA er hins vegar úrræði á vegum Foreldrahúss fyrir börn og unglunga á aldrinum 10-16 ára sem þurfa mikinn stuðning vegna hegðunarerfiðleika og tilfinningalegrar vanlíðunar. Sköpuð er meðferðaráætlun út frá hverju barni fyrir sig en eru í boði einstaklingsviðtöl og hópastarf.

Markmið meðferðarinnar er að veita stuðning og ráðgjöf til þess að draga úr vanlíðan og koma í veg fyrir frekari skaða barns. Á meðan á meðferð stendur eru í boði fjölskylduviðtöl og sjálfstyrking fyrir foreldra (Vímulaus æska- Foreldrahús, e.d-b)

6 Löggjöf sem varða réttindi barna

Í þessum kafla verður farið yfir nýtilkomin farsældarlög, barnaverndarlög, barnalög og lög um félagsþjónustu sveitarfélaga um þjónustu við börn.

6.1 Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna (farsældarlögin)

Með tilkomu farsældarlaganna er ætlunin að stuðla að farsæld barna og markmið laganna er að börn og foreldrar sem þurfa á aðstoð að halda hafi aðgang að samþættri þjónustu án hindrana. Farsæld barns er skilgreind sem: Aðstæður sem skapa barni skilyrði til að ná líkamlegum, sálrænum, vitsmunalegum, siðferðilegum og félagslegum þroska og heilsu á eigin forsendum (Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021).

Samþætt þjónusta er skipulögð og samfelld þjónusta fyrir barnið og er markmið samfelldrar þjónustu að stuðla að farsæld barns. Þjónusta er veitt af þeim þjónustuveitendum sem henta best hverju sinni. Farsældarþjónustan nær frá grunnþjónustu sem er aðgengileg börnum og foreldrum til þjónustu sem krefst frekari sérfræðipækkingu á þeim málum sem þess þurfa. Þær stofnanir sem veita farsældarþjónustu eru leikskólar, grunnskólar, frístundaheimili, félagsmiðstöðvar, framhaldsskólar, heilsugæsla, sérhæfð heilbrigðisþjónusta, lögregla, félagsþjónusta og barnavernd (Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021).

Þjónustan sem er veitt í þágu farsældar barna er veitt á þremur stigum. Á fyrsta stigi þjónustu tilheyrir grunnþjónusta sem er aðgengileg öllum börnum og foreldrum. Úrræði sem tilheyra fyrsta stigi eru úrræði þar sem veittur er einstaklingsbundinn og snemmtækur stuðningur með það að markmiði að styðja við farsæld barns. Snemmtækur stuðningur sem er sniðinn að barninu og þörfum þess. Á öðru stigi þjónustu tilheyra úrræði sem veita einstaklingsbundinn og markvissari stuðning með það að markmiði að tryggja farsæld barns. Stuðningur er veittur í samræmi við faglegt mat og/eða frumgreiningu á þörfum barnsins. Veittur er stuðningur samkvæmt stuðningsáætlun um samþætta þjónustu og eftirfylgni. Á þriðja stigi þjónustu tilheyra úrræði sem veita einstaklingsbundinn og sérhæfari stuðning, með það að markmiði að barnið verði ekki að hætta búið. Sérhæfur stuðningur er veittur samkvæmt sérhæfðu og ítarlegu mati eða greiningu á þörfum barnsins. Veittur er sérhæfður stuðningur samkvæmt stuðningsáætlun um samþætta þjónustu og eftirfylgni (Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021). Þeir sem veita slíka þjónustu ber að fylgjast með velferð og farsæld barns og ef að þörfum barnsins sé ekki fullnægt ber þeim

skylda að bregðast við því. Ef að grunur leikur um það að þörfum barns sé ekki fullnægt og að barn þurfi á frekari þjónustu að halda ber þjónustuveitanda að veita foreldrum eða barni leiðbeiningar um samþættingu þjónustu og aðstoðar við að koma barni í það úrræði sem talið er að sé barni fyrir bestu (Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021).

6.2 Barnaverndarlög

Markmið barnaverndarlaga nr. 80/2002 er standa vörð um börn, að börn fái viðeigandi stuðning og að viðeigandi úrræðum sé beitt þegar brotið er á þeim. Öllum þeim stofnunum sem koma að börnum ber að vinna með barnaverndarlög til hliðsjónar og að réttur barna sé ávallt í fyrirrúmi. Samkvæmt 3. gr. barnaverndarlaga eiga lögín við börn undir 18 ára aldri en gerð er undantekning ef að þörf er á.

Í 4. gr. barnaverndarlaga kemur fram að þegar unnið er að málefnum barna þarf iðulega að beita þeim ráðstöfunum sem eru barni fyrir bestu og að hagsmunir þeirra séu alltaf hafðir í hávegum. Þegar unnið er að málum barna er mikilvægt að barn fái að taka þátt, tjá sig og fái upplýsingar varðandi stöðu sína, en ávallt skal taka tillit til aldurs og þroska barns þegar börn eru upplýst um stöðu mála. Þegar úrræðum er beitt í barnaverndarmálum er alltaf beitt almennum úrræðum til stuðnings fjölskyldu áður en gripið er til frekari aðgerða. Jafnframt ber ríkinu skylda að sjá til þess að stofnanir sem veita börnum sérhæfða meðferð séu starfræktar samkvæmt 79. gr. barnaverndarlaga. Sveitarfélög bera ábyrgð á að hafa tiltæk úrræði fyrir börn sem þurfa á þjónustu að halda í hverju sveitarfélagi samkvæmt 84. gr. Börn eiga að hafa aðgengi að slíkum úrræðum vegna bráðatilvika eða ófullnægjandi heimilisaðstæðanna, tryggja öryggi þeirra og ef að þörf er á að kanna aðstæður ef grunur liggur um vanrækslu, eða vanhæfni foreldra. 16. gr. laganna fjallar um tilkynningaskyldu, allir þeir sem hafa grun um að barn búi við óviðunandi aðstæður svo sem verði fyrir ofbeldi eða annarri vanvirðandi háttsemi ber skylda að tilkynna það til barnaverndar (Barnaverndarlög nr. 80/2002).

6.3 Barnalög og lög um félagsþjónustu sveitarfélaga um þjónustu við börn

Barnalög nr. 73/2003 eru lög sem snúa að réttindum barna. Samkvæmt 1. gr. laganna eru réttindi barna þau að fá að lifa, þroskast og njóta verndar, umönnunar í samræmi við aldur og þroska og óheimilt er að beita barn ofbeldi af öllu tagi. Ávallt skulu hagir barns hafðir í fyrirrúmi þegar teknar eru ákvarðanir um málefni þess og taka skal tillit til skoðana barns um mál sitt með tilliti til aldurs og þroska þess (Barnalög nr. 73/2003).

Sveitarfélögum ber skylda til þess að veita íbúum sveitarfélagsins þjónustu og aðstoð samkvæmt lögum um félagsþjónustu sveitarfélaga. Félagþjónusta í hverju sveitarfélagi hefur í sínu umdæmi félagsráðgjafa og starfsfólk af hinum ýmsu sviðum til þess að gera þjónustuna sem skilvirkasta. Þjónustan sem er í boði hjá félagþjónustunni er fjölbreytt og er lögð áhersla á að þjónustan sem veitt sé sérsniðin að þeim sem að aðstoðina þarf. Þjónusta á vegum sveitarfélaga er varðar málefni barna er að sjá til þess að uppeldisskilyrðum barna sé fullnægt og að mæta þörfum þeirra fyrir þjónustu um leið og þörf er á samkvæmt 1. gr. laganna. Félagþjónusta sveitarfélaga ber einnig að veita félagslega ráðgjöf í formi upplýsinga og leiðbeininga, uppeldismála og stuðning vegna vímuefnavanda (Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991).

7 Félagsráðgjöf

Félagsráðgjafar eru heilbrigðisstarfsmenn með lögverndað starfsheiti og starfa þeir eftir reglugerð nr. 1088/2012, siðareglum félagsráðgjafa og fleiri lögum (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d-a). Fram kemur í siðareglum félagsráðgjafa að virðing fyrir manngildi og trú á getu einstaklings til að nýta hæfilega sína til fullnustu sé grundvöllur félagsráðgjafar og er markmið félagsráðgjafar að finna lausnir við félagslegum og persónulegum vandamálum einstaklinga og fjölskyldna ásamt því að sporna gegn félagslegu ranglæti (Félagsráðgjafafélag Íslands, e.d-b).

Hugmyndafræði félagsráðgjafar byggir á heildarsýn, þar sem horft er á hvernig einstaklingurinn hefur áhrif á umhverfi sitt og öfugt. Með notkun heildarsýnar er lagður grunnurinn að samskiptum einstaklings við stofnanir og fjölskyldu sem honum tengjast, samhliða því eru félagslegir og samfélagslegir þættir skoðaðir með það að markmiði að einstaklingur finni lausnir að sínum vandamálum sjálfur með hjálp til sjálfshjálpar. Með heildarsýn að leiðarljósi nær félagsráðgjafinn að veita aðstoð og stuðning þegar félagsleg eða persónuleg vandamál steðja að (Coulshed og Orme, 2006; IFSW, 2014; NASW, 2013).

Félagsráðgjafar vinna einnig út frá hinum ýmsu kenningum og er þekking þeirra fjölbætt og kunnáttan iðulega mikil. Félagsráðgjafar sinna meðferðarvinnu innan stofnana og á einkastofu. Jafnframt vinna félagsráðgjafar í þverfaglegum teymum og gæta þess að réttum úrræðum sé beitt í þágu skjólstæðings. Þegar unnið er með vímuefnaröskun hafa rannsóknir sýnt fram á það að vímuefnaröskun sé fjölskyldusjúkdómur og meðhöndla þurfi alla fjölskylduna, ekki aðeins þann sem greindur er með sjúkdóminn. Félagsráðgjafar sinna fjölskyldumeðferðum innan stofnana til að mynda hjá félagsþjónustu og einkastofum með það að markmiði að ná fram bata og endurvekja heilbrigð fjölskyldutengsl. Eins og fram hefur komið í ritgerðinni geta börn foreldra með vímuefnaröskun orðið fyrir skaða og langtíma afleiðingum af því að búa við vímuefnaröskun foreldra, því þarf að veita þeim sértæka aðstoð til þess að lágmarka áhrifin (Coulshed og Orme, 2018; Lander o.fl., 2013; Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991).

Ef beiðni liggur fyrir samþættingu þjónustu og ætlað er að barn þurfi fjölbætta þjónustu til lengri tíma er tilnefndur málstjóri í þágu farsældar barnsins. Félagsráðgjafi gegnir oft því hlutverki og er hans hlutverk til að mynda að veita ráðgjöf og upplýsingar um þjónustu í þágu barnsins, bera ábyrgð á gerð stuðningsáætlunar og stýra stuðningsteymi. Mikilvægt er að málstjóri hafi þekkingu á sviði þjónustu í þágu barna og hefur félagsráðgjafi það í höndum sér

(Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021). Málstjóri tengir saman eftir greiningu á máli barns, barnið og það viðeigandi úrræði sem hefur farsæld barns í fyrirrúmi (Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021).

Aðkoma félagsráðgjafa í þjónustu við börn sem eiga foreldra með vímuefnaröskun er að vera málsvari barnsins og hafa hagi barnsins ávallt í fyrirrúmi. Félagráðgjafi hefur þekkingu á þeirri þjónustu sem stendur barni til boða og tengir saman barn og þá þjónustu sem talið er að veiti sem bestan árangur. Hlutverk félagsráðgjafa í tengslum við börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra er að vinna í þverfaglegu samstarfi til þess að stuðla að velferð barns og lágmarka áhrif. Þverfaglegt samstarf þýðir að samstarf sé á milli félagsráðgjafa og annarra stofnana, með því er hægt ná að framkalla þjónustu sem er sniðin að þörfum barnsins. Félagráðgjafar vinna út frá þeim lögum sem snúa að velferð barna, svo sem Barnaverndarlögum og lögum um farsæld barna (Barnaverndarlög nr. 80/2002; Coulshed og Orme, 2018; Félagráðgjafarfélag Íslands, e.d-a;; Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021).

8 Umræður og lokaorð

Í þessari ritgerð var markmiðið að fjalla um áhrif þess að búa við vímuefnaröskun foreldra. Rýna nánar í þau áhrif sem það hefur á börn og skoðað var einnig hvaða áhrif það hefur til frambúðar ef ekki er gripið inn í aðstæður. Einnig var farið yfir hvaða úrræði standa börnum til boða sem bjóða upp á þá sértæku aðstoð sem þau þurfa og varpað var ljósi á löggjöf sem snýr að réttindum barna og aðkomu félagsráðgjafa. Við upphaf ritgerðarinnar voru settar fram rannsóknarspurningar sem leitast átti svara við. Spurningarnar eru: *Eru úrræðin sem standa börnum foreldra með vímuefnaröskun í boði hér á landi næg?* Hvert er gildi snemmtækrar íhlutunar í málefnum barna sem búa við vímuefnaröskun foreldra?

Þar sem vímuefnaröskun er talin vera fjölskyldusjúkdómur er mikilvægt að meðhöndla alla fjölskylduna en ekki aðeins þann sem á við sjúkdóminn. Þegar unnið er með allt fjölskyldukerfið eykur það líkurnar á bata þess sem á við sjúkdóminn og því fyrr sem að aðstoð berst, því fyrr er hægt að koma að heilbrigðu fjölskyldumynstri (Jóna Margrét Ólafsdóttir o.fl., 2018; Kinney, 2020). Þegar vímuefnaröskun ræður ríkjum á heimilum fylgir því oft óreiðukennt heimilislíf og oftast en ekki er ofbeldi á milli foreldra, gegn barni eða annarskonar óviðunandi háttsemi. Börn geta orðið fyrir áfalli af þeim upplifunum sem þau verða vitni af eða verða fyrir og eiga til að þróa með sér meðvirkni með þeim sem á við sjúkdóminn til þess að halda viðkomandi góðum. Þegar unnið er með barn sem býr við slíkar aðstæður er mikilvægt að veita sértæka aðstoð við því áfalli sem barnið verður fyrir, meðvirkni ef hún er til staðar og öðrum afleiðingum þess að búa við vímuefnaröskun foreldra (Gould o.fl., 2012; Jóna Margrét Ólafsdóttir og Steinunn Hrafnisdóttir, 2016; Usher o.fl., 2015; Wiechelt og Okundaye, 2012). Börn sem búa við vímuefnaröskun foreldra þróa með sér ýmsis bjargráð til þess að aðlagja sig að aðstæðunum og getur það haft langtíma afleiðingar þar sem hætta er á að þau festist í þeim hlutverkum sem þau tileinka sér. Ef að börn fá ekki viðeigandi aðstoð eykur það líkurnar á andlegum og/eða líkamlegum kvillum á fullorðinsárum. Rannsóknir sýna fram á bággt gengi í skóla, erfiðleikar í parasamböndum, heilsufarslegir kvillar og geðveilur geta verið afleiðingar þess að alast upp við vímuefnaröskun foreldra (Haverfield og Theiss, 2014; McGrath o.fl., 1999).

Börn verða fyrir áhrifum af vímuefnaröskun foreldra og ef ekki er beitt snemmtækri íhlutun í slíkum málum er hætta á því að börnin verði fyrir andlegum og/eða líkamlegum áhrifum, svo sem slakt ofnæmiskerfi, þunglyndi, kvíða, lágt sjálfsmat, hefja neyslu vímuefna

fyrir en talið er skynsamlegt og hætta á því að þau sækist í slæman félagsskap. Snemmtæk íhlutun hefur það í för með sér að gripið sé inn í aðstæður snemma og fjölskyldunni veittur sá stuðningur sem þarf til þess að viðhalda heilbrigðu fjölskyldumynstri, jafnframt eflir það barnið til seiglu (Bröning, 2012; Cresp og Sabatelli, 1997). Með tilkomu farsældarlaganna hér á landi er verið að auka aðgengi að þjónustu fyrir börn og foreldra. Löggin stuðla að samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna og unnið er markvisst að því að grípa inn í aðstæður fyrir en seinna. Með tilkomu þessara laga er verið að ýta undir að snemmtæk íhlutun eigi sér stað svo að börn eigi sér von um að fá aðstoð við þeim aðstæðum sem þau búa við og með því draga úr langtíma áhrifum á barnið. Jafnframt vinnur félagsráðgjafi í þverfaglegum teyllum sem aðstoðar barnið við að fá þá þjónustu sem það þarf og þau kerfi sem standa barninu næst vinna þá saman að farsæld barnsins. Gildi snemmtækra íhlutunar er mikið í málum sem slíkum til þess að sporna gegn langtíma áhrifum (Cresp og Sabatelli, 1997; Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna, 2021).

Þau úrræði sem veita sértæka þjónustu fyrir þessi börn eru fá, aðeins veitir SÁÁ slíka þjónustu og er hún einstaklingsmiðuð en hefur sú þjónusta borið góðan árangur. Hópameðferðir fyrir þennan hóp eru ekki í boði en með því að innleiða þær væri hægt að koma til móts við fleiri börn sem þurfa þessa sértæku þjónustu og auka þar með gæði þjónustunnar. Til eru hinsvegar fleiri úrræði sem stuðla að valdeflingu barna, styrkingu á sjálfssímynd og hafa sjálfshjálparsamtökin Al-ateen gefið börnum tækifæri til þess að ræða við önnur börn sem eiga einnig foreldra með vímuefnaröskun. Má því segja að úrræðin sem standa þessum hópi barna til boða séu ekki nóg, þar sem ekki næst að sinna öllum þeim hópi sem þjónustuna þurfa. Með komu farsældarlaganna gefur það börnum von um það að hægt sé að fá aðstoð við þeim áhrifum sem þau verða fyrir af vímuefnaröskun foreldra þar sem beitt er snemmtækri íhlutun og samþætting þjónustu eykur líkurnar á því að barnið fá þá fjölþættu þjónustu sem það þarf. Til þess að geta mætt öllum þessum börnum þyrfti að auka þá sértæku þjónustu sem þau þurfa og með því, sporna gegn þeim langtíma áhrifum sem að búa við vímuefnaröskun foreldra getur haft í för með sér. Samkvæmt lögum eiga börn rétt á því að fá aðstoð við öllum þeim vanda sem vera ber og ber ríki og sveitarfélögum skylda að hafa hverskyns úrræði til staðar til þess að mæta þörfum barna. Forvitnilegt væri að sjá hver staða barna er hér á landi fyrir og eftir að hafa nýtt sér þá aðstoð sem er í boði, hvort að munur sé á áhrifum þess að búa við vímuefnaröskun foreldra eftir kyni og hvernig upplifanir foreldra eru af því að barnið/börnin sín leiti sér aðstoðar vegna þeirra. Jafnframt þarf að auka aðgengi að aðstoð fyrir börn með

forvarnarstarfi og gera það skýrt og greinilegt hvert þau geti leitað ef að þau eru í vanda og með því fjölga félagsráðgjöfum í skólum. Þessi börn mega ekki gleymast.

Heimildaskrá

- Afifi, T. O., Taillieu, T., Salmon, S., Davila, I. G., Stewart-Tufescu, A., Fortier, J., Struck, S., Asmundson, G. J. G., Sareen, J. og MacMillan, H. L. (2020). Adverse childhood experiences (ACEs), peer victimization, and substance use among adolescents. *Child abuse & Neglect*, 106(104504). <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104504>
- Ainsworth, M. D. S. (1973). The development of infant mother attachment. Í Caldwell, B. M. og Ricciuti, H. N. (ritstjórar). *Review of child development research* (3. útgáfa). University of Chicago Press.
- Alateen. (e.d). *Hvað er Alateen?*. Alateen. <https://al-anon.is/alateen/hvad-er-alateen/>
- APA American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.
- APA American Psychological Association. (e.d). *Trauma*. <https://www.apa.org/topics/trauma>
- Babor, T.F. (1996). The classification of alcoholics: Typology theories from the 19th century to the present. *Alcohol Health & Research World*, 20(1), 6-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6876530/>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Barna- og fjölskyldustofa. (e.d). *Úrræði Barna- og fjölskyldustofu*. <https://www.bvs.is/stodflokkar/forsidugreinar/urraedi-barnaverndarstofu>
- Barnalög nr. 76/2003.
- Barnaverndarlög nr. 80/2002.
- Becker, J. B., McClellan, M. L. og Reed, B. G. (2017). Sex Differences, Gender and Addiction. *J Neurosci Res*, 95(1-2), 136-147. <https://doi.org/10.1002/jnr.23963>
- Beckett, C. og Taylor, H. (2010). *Human Growth and Development* (2. Útgáfa). Sage Publications.
- Bjarni Sigurðsson. (2018, 13. Október). *Heilasjúkdómurinn fíkn*. <https://saa.is/samtokin/heilasjukdomurinn-fikn/>
- Black, C. (1991). *Children of alcoholics- it will never happen to me* (18. Útgáfa). Ballantine.
- Bowen, M. (1974). Alcoholism as viewed through family systems theory and family psychotherapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 233(1), 115-122. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.1974.tb40288.x>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Routledge.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments By Nature and Design*. Harvard University Press.

- Bröning, S., Kumpfer, K., Kruse, K., Sack, P. M., Schauning-Busch, I., Ruths, S., Moesgen, D., Pflug, E., Klein, M. og Thamsius, R. (2012). Selective prevention programs for children from substance affected families: A comprehensive systematic review. *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy*, 23(7). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-7-23>
- Calhoun, S., Conner, E., Miller, M. og Messina, N. (2015). Improving the outcomes of children affected by parental substance abuse: A review of randomized controlled trials. *Substance Abuse and Rehabilitation*, 6, 15-24. <https://doi.org/10.2147/SAR.S46439>
- CDC. (2020). *Adverse Childhood Experiences (ACEs)*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/index.html>
- Chassin, L., McGrath, C. E. og Watson, A. L. (1999). Academic achievement in adolescent children of alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 60(1), 18-26. <https://www.jsad.com/doi/epdf/10.15288/jsa.1999.60.18?role=tab>
- Cihan, A., Winstead, D. A., Laulis, J. og Feit, M. D. (2014). Attachment theory and substance abuse: Etiological Links. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 24(4), 531-537. <https://doi.org/10.1080/10911359.2014.908592>
- Coulshed, V. og Orme, J. (2018). *Social Work Practice* (5. Útgáfa). Bloomsbury Publishing.
- Crespi, T. D. og Sabatelli, R. M. (1997). Children of alcoholics and adolescence: Individualization, development and family system. *Adolescence*, 32(126), 407-417. <https://www.proquest.com/docview/195938270/fulltextPDF/37A1A25ADDC3431EPQ/1?accountid=28822>
- Cruse- Wegscheider, S. (1987). *Choicemaking*. Health Communications, Inc.
- Cruse- Wegscheider, S. (1989). *Another Chance: Hope and Health for the Alcoholic Family* (2. útgáfa). Science & Behavior Books.
- Dodgen, C. E. og Shea, M. W. (2000). *Substance use disorder: Assessment and treatment*. Academic Press.
- Doweiko, H. (2019). *Concepts of Chemical Dependency* (10. útgáfa). Cengage.
- Downey, C. og Crummy, A. (2020). The Impact of Childhood Trauma on Children's Wellbeing and Adult Behavior. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 6(4), 0-0. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100237>
- Eðvald Einar Stefánsson og Margrét María Sigurðardóttir. (2014). „Í hinum fullkomna heimi er enginn alkóhólismi!“. <https://www.barn.is/media/skyrslur/Lokaskyrsla-Serfraedihopur-ub-boern-alkoholista.pdf>
- Evgin, D. og Sümen. A. (2021). Childhood abuse, neglect, codependency, and affecting factors in nursing and child development students. *Perspective in Psychiatric Care*, 58(4), 1357-1371. <https://doi.org/10.1111/ppc.12938>

- Félagssráðgjafafélag Íslands. (e.d-a). *Starfsleyfi félagssráðgjafa*.
<https://felagsradgjof.is/felagsradgjof/starfs-og-serfraedileyfi/>
- Félagssráðgjafafélag Íslands. (e.d-b). *Síðareglur félagssráðgjafa á Íslandi*.
<https://felagsradgjof.is/felagsradgjof/sidareglur/>
- Fonagy, P. og Target, M. (2007). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research?. *Attachment & human development*, 7(3), 333-343. DOI: 10.1080/14616730500269278
- Foreldrahús. (e.d-a). *Foreldrahús*. <https://foreldrahus.is/um-foreldrahus/>
- Foreldrahús. (e.d-b). *Þjónusta Foreldrahússins*. <https://foreldrahus.is/thjonusta/>
- Freud, S. (1963). *Therapy and Technique*. Collier Books.
- Glence-Cleveland, B., Mays, M.Z. og Steffen, A. (2008). Association of Adolescent Physical and Emotional Health With Perceived Severity of Parental Substance Abuse. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 13, 15-25. DOI: 10.1111/j.1744-6155.2008.00130.x
- Golder, S., Gillmore, M. R., Spieker, S. og Morrison, D. (2005). Substance use, related problem behaviors and adult attachment in a sample of high risk older adolescent women. *Journal of Child and Family Studies*, 14(2), 181-193. DOI: 10.1007/s10826-005-5046-6
- Gould, F., Clarke, J., Heim, C., Harvey, P. D., Majer, M. og Nemeroff, C. B. (2012). The effects of child abuse and neglect on cognitive functioning in adulthood. *Journal of Psychiatric Research*, 46(4), 500-506. doi: 10.1016/j.jpsychires.2012.01.005
- Haverfield, M. og Theiss, J. (2014). A Theme Analysis of Experiences Reported by Adult Children of Alcoholics in Online Support Forums. *Journal of Family Studies*, 20(2), 5150-5192.
https://www.researchgate.net/publication/271151946_A_Theme_Analysis_of_Experiences_Reported_by_Adult_Children_of_Alcoholics_in_Online_Support_Forums
- Hildigunnur Ólafsdóttir og Kristný Steingrimsdóttir. (2013). *Börnum rétt hjálparhönd*.
<https://www.bvs.is/media/rannsoknir-i-bv/bornum-rett-hjalparhond.pdf>
- International Federation of Social Workers. (2014, júlí). *Global Definition of Social Work*. International Federation of Social Workers. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>
- Jellinek, E. M. (1960). *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse.
- Jordan, S. (2010). The Promotion of Resilience and Protective Factors in Children of Alcoholics and Drug Addicts. *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 53(4), 340-346. <https://doi.org/10.1007/s00103-010-1035-x>

- Jóna Margrét Ólafsdóttir, Steinunn Hrafnadóttir og Orjasniemi, T. (2018). Depression, anxiety, and stress from substance-use disorder among family members in Iceland. *Sage Journals*, 35(3), 165-178. <https://doi.org/10.1177/1455072518766129>
- Jóna Margrét Ólafsdóttir. (2012). *Fíkniðjúkdómar og samskipti*. Lifandi ráðgjöf.
- Katcher, B. (1993). The post-repeal eclipse in knowledge about the harmful effects of alcohol. *Addiction*, 88(6), 729-744. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02088.x>
- Keating, L. (2020). Understanding the experiences of Adult Children of Alcoholics. *Drugs and Alcohol*.
https://www.drugsandalcohol.ie/32955/1/Understanding_the_experiences_of_adult_children_of_alcoholics.pdf
- Kinney, J. (2020). *Loosening the Grip*. Outskirts Press.
- Lander, L., Howsare, J. og Byrne, M. (2013). The Impact of Substance Use disorder on Families and Children: From Theory to Practice. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 194-205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Leshner, A. (1999). Addiction Is a Brain Disease and It Matters. *Science*, 278(5335), 7-45. DOI: 10.1126/science.278.5335.45
- Lipari, R. N. og Van Horn, S. L. (2017). *Children Living With Parents Who Have a Substance Use Disorder*.
https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/report_3223/ShortReport-3223.html
- Lög um félagsþjónustu sveitarfélaga nr. 40/1991.
- Lög um samþættingu þjónustu í þágu farsældar barna nr. 86/2021.
- Moe, J., Johnson, J. L. og Wade, W. (2007). Resilience in Children of Substance Users: In their own words. *Substance Use & Misuse*, 42(2-3), 381-398.
<https://doi.org/10.1080/10826080601142147>
- Montgomery, E., Just- Østergaard, E. og Jervelund, S. S. (2018). Transmitting trauma: A systematic review of the risk of child abuse perpetrated by parents exposed to traumatic events. *International Journal of Public Health*, 64, 241-251.
<https://doi.org/10.1007/s00038-018-1185-4>
- National Association of Social Workers [NASW]. (2013). *NASW standards for social work practice with clients with substance use disorders*.
<https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=ICxAggMy9CU%3D&portal>
- Nesse, R. og Berridge, K. (1997). Psychoactive Drug Use in Evolutionary Perspective. *Science*, 278, 63-6. DOI: 10.1126/science.278.5335.63
- Nichols, M.P og Schwartz, R.C. (2004). *Family Therapy: Concepts and Methods*. (7. Útgáfa. USA: Pearson.

- NIDA National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research based guide*. National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/principles-effective-treatment>.
- Osborne, C. og Berger, L. M. (2009). Parental substance abuse and child well-being: A consideration of parents' gender and coresidence [rafræn útgáfa]. *Journal of Family Issues*, 30(3), 341-370.
- Park, S. og Schepp, K. G. (2018). A theoretical model of resilience capacity: Drawn from the words of adult children of alcoholics. *Nursing Forum*, 53(3), 314-323. <https://doi.org/10.1111/nuf.12255>
- Reglugerð um menntun, réttindi og skyldur félagsráðgjafa og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileyfi nr. 1088/2012, með síðari breytingum nr. 401/2020.
- Reglugerð um úrræði á ábyrgð sveitarfélaga samkvæmt ákvæðum barnaverndarlaga nr. 652/2004.
- Riddle, J., Bergin, J. J. og Douzenis, C. (1997). Effects of Group Counseling on the Self-Concept of Children of Alcoholics. *Elementary School Guidance & Counseling*, 31(3), 192-203. <https://www.jstor.org/stable/pdf/42869196.pdf>
- Rusnáková, M. (2014). Codependency of the Members of a Family of an Alcohol Addict. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 132(6), 647-653. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.367>
- Sales, A. (2000). *Substance Abuse and Counseling*. Eric Publications.
- SAMHSA. (2009). *National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables*. <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/cbhsq-reports/2009%20NSDUH%20Detailed%20Tables/2009%20NSDUH%20substance%20use%20detailed%20tables.pdf>
- SAMHSA. (2020). *Substance Use Disorder and Family Therapy*. https://store.samhsa.gov/sites/default/files/SAMHSA_Digital_Download/PEP20-02-02-012-508%20PDF.pdf
- Samningur Sameinuðu þjóðanna um réttindi barnsins nr. 18/1992.
- SÁÁ. (e.d-a.). *Afeitrun og greining*. <https://saa.is/samtokin/medferd/afeitrun-og-greining/>
- SÁÁ. (e.d-b.). *Fjölskyldumeðferð*. <https://saa.is/samtokin/medferd/fjolskyldumedferd/>
- SÁÁ. (e.d-c.). *Sálfræðipjónusta barna*. <https://saa.is/heilbrigdisthjonusta/medferd/salfraedithjonusta/>
- SÁÁ. (e.d-d.). *Ertu í vanda?* <https://saa.is/heilbrigdisthjonusta/>

- Silberg, J. L., Maes, H. og Eaves, L. J. (2010). Genetic and environmental influences on the transmission of parental depression to children's depression and conduct disturbance: An extended Children of Twins study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51(6), 734-744. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02205.x>.
- Soutwick, S. M., Bonanno, G. A., Masten, A. S., Panter-Brick, C. og Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory and challenges: Interdisciplinary perspectives. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1), 1-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4185134/pdf/EJPT-5-25338.pdf>
- Steinunn Hrafnisdóttir og Drífa Andrésdóttir. (2015). Börn vímuefnaneytenda. *Tímarit félagsráðgjafa*, 1(9), 25-31. <https://felagsradgjof.is/wp-content/uploads/2022/10/1897-2084-1-PB.pdf>
- Steinunn Hrafnisdóttir og Jóna Margrét Ólafsdóttir. (2016). Vímuefnafíkn, samskipti og fjölskylduánægja. *Tímarit félagsráðgjafa*, 1(10), 12-18. <https://www.proquest.com/docview/2015800857>
- Sudbery, J. og Whittaker, A. (2019). *Human Growth and Development: An Introduction for Social Workers* (2. útgáfa). Routledge.
- Sölvína Konráðsdóttir. (2001). Sálfræðilegar skýringar á alkóhólisma. Í Árne Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstjórar). *Fíkniefni og forvarnir – handbók fyrir heimili og skóla* (bls. 91–104). Fræðslumiðstöð í fíknivörnum.
- Usher, A. M., McShane, K. E. og Dwyer, C. (2015). A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents. *Systematic Reviews*, 4(177). doi:10.1186/s13643-015-0158-4
- Volkow, N. D., Koob, G. F. og McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363-371. DOI: 10.1056/NEJMra1511480
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D. og Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(37), 15037-15042. <https://doi.org/10.1073/pnas.1010654108>
- Wiechelt, S. A. og Okundaye, J. (2012). Working with Children of Parents with Substance Use Disorders: Evaluation of a Course Module. *Journal of Social Work Education*, 48(1), 93-103. DOI:10.5175/JSWE.2012.201000074
- Winters, A. (2006). Influential Factors of Parental Substance and Alcohol Abuse on Children's Academic Achievement. *Challenging Paradigms: New Frontiers in Graduate Research* 2(1), 378-396. <https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1102&context=mcnair>
- World Health Organization. (2020). *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing*. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime.

<https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders>

World Health Organization. (e.d.). *Classifications of Diseases*. <http://www.who.int/classifications/icd/en/>

Þorkell Jóhannesson. (2001). Miðtaugakerfið. Í Árni Einarsson og Guðni R. Björnsson (ritstj.), Fíkniefni og forvarnir. 22-74. Reykjavík: Fræðslumiðstöð í fíknivörnum

Þórarinn Tyrfingsson. (2015). Hvað er meðvirkni? <https://saa.is/samtokin/15078-2/>

Þórarinn Tyrfingsson. (2019-b). Upplýsingar um heilbrigðisþjónustu SÁÁ 1977-2018: 2. hefti. https://saa.is/wp-content/uploads/2019/11/arsrit2019.glaerur.web_.pdf

