

Fíknivandi kvenna og meðferð við honum

Rótin – félag um málefni kvenna með áfengis- og fíknivanda var stofnuð 8. mars 2013 af konum úr hinu svokallaða batasamfélagi þeirra, sem glímt hafa við fíknivanda, og öðrum áhugakonum um málefnið. Þær voru sér meðvitandi um að verulega skorti upp á viðunandi meðferðarúrræði fyrir konur sem ættu sér margar hverjar erfiða sögu þar sem ofbeldi og önnur áfallatengd atvik koma mjög við sögu með tilheyrandi sálrænum erfjöleikum. Félagið hefur einbeitt sér að fræðslustarfi og umræðum um konur og fíknivanda og í september 2015 var haldin fjölsótt ráðstefna um málefni félagsins með erlendum sem innlendum fyrirlesurum og bar þar hæst koma Stephanie Covington frá Kaliforníu. Covington er höfundur bókarinnar *A Woman's Way through the Twelve Steps* og brautryðjandi þegar kemur að kynjafræðilegu sjónarhorni á fíkn.

Félagið hefur einnig verið í miklum samskiptum við yfirvöld og beitt sér fyrir faglegri nálgun á meðferð við fíkn og hefur sent fjölda erinda ýmist til að vekja athygli á málefnum, fá svör um fyrikomuleg eða til að krefjast úrbóta.

Í greininni verður farið yfir stöðu mála í framboði á meðferð fyrir fólk með fíknivanda, kennigar um fíkn og meðferðarúrræði, þær breytingar sem eru að eiga sér stað í meðferðarpjónustu í Bandaríkjunum og sérstakar þarfir kvenna með vísun í leiðbeiningar og fyrirmæli stjórvalda og alþjóðastofnana eins og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar.

Meðferð við fíkn á Íslandi

Í svari heilbrigðisráðherra við fyrirspurn Sigríðar Ingibjargar Ingadóttur frá 20. október 2014, um þjónustu við fólk með fíknivanda, kemur fram að flest meðferðarúrræði á Íslandi „séu að öllu leyti eða að stórum hluta fjármögnum af ríkinu“ (1). Þegar skoðað er hvaða meðferð er í boði við fíknivanda hér á landi segir í svari Embættis landlæknis við fyrirspurn Rótarinnar frá 25. febrúar 2014:

Þær stofnanir sem veita heilbrigðispjónustu í tengslum við fíknimeðferð/afvötnun eru ákveðnar deildir Landspítala (móttökugeðdeild 33A, dagdeild fíknimeðferðar – Teigur og göngudeild fíknimeðferðar), Sjúkrahúsið Vogur, göngudeild SÁÁ Von, göngudeild SÁÁ Akureyri, meðferðarheimilið Vík og meðferðarheimilið Staðfell (2).

Rótin sendi embættinu aðra fyrirspurn þar sem meðferðarstofnanirnar í Krýsuvík og Hlaðgerðarkoti voru ekki



á þessum lista og fékk það svar að þessar meðferðarstöðvar hafi ekki verið skilgreindar heilbrigðisstofnanir hjá embættinu (3).

Eins og fram kemur á vefsíðu Velferðarráðuneytisins er meðferð fyrir fólk með fíknivanda hérlandis skipt í þrjá aðalflokk:

- meðferð á geðdeildum sjúkrahúsa þar sem beitt er læknisfræðilegum aðferðum,
- meðferð á stofnunum sem styðjast við 12 spora kerfi AA-samtakanna, sem eru leiðbeiningar um hvernig fyrverandi ofneytendum áfengis og annarra vímuefna sé ráðlegast að haga lífi sínu á batavegi,
- meðferð á stofnunum sem hafa kristna trú að leiðarljósi (4).

Í skýrslu heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra frá árinu 2001 um meðferðarstofnanir þar sem fjallað er um þessa skiptingu segir einnig:

Prátt fyrir þessar mismunandi aðaláherslur skarast þær mjög því að á öllum stöðunum þarf læknisbjónustu við, a.m.k. á meðan afeitrun á sér stað, svo og hjúkrunar, félagsráðgjafar, áfengis- og vímuefnaráðgjafar, auk þess sem flestum er beint til AA-samtakanna að lokinni meðferð. Þar virðist fyrverandi ofneytendum takast best að halda sig frá áfengi og öðrum vímuefnum (5).

Þó að skýrslan sé frá þúsaldarmótunum síðustu hafa ekki orðið markverðar breytingar á þeim úrræðum sem í boði eru fyrir þá sem kljást við fíknivanda þó að ýmsar blikur séu á lofti um breytta nálgun. Helsta breytingin er sú sem gerð var á meðferðarstefnu Landspítala, fyrir um það bil 10 árum, á þann veg að þar er hugræn atferlismeðferð undirstaða meðferðarinnar.

• Fíknigeðdeild Landspítala

Meðferð á fíknigeðdeild Landspítala er sérstaklega ætluð einstaklingum „með alvarlegan fíkn- og geðvanda (tvígreiningu)“ (6). Þó að Landspítali hafi aflagt 12 spora nálgun í sinni meðferð er enn boðið upp á fundi AA-samtakanna inni á fíknigeðdeildum spítalans og því má segja að öll meðferð á Íslandi hafi tengsl við 12 spora kerfið.

• SÁÁ

SÁÁ rekur flest af þeim úrræðum sem talin eru upp í áð-

urnefndu svari landlæknis: Sjúkrahúsíð Vog, göngudeild SÁÁ Von, göngudeild SÁÁ Akureyri, meðferðarheimilið Vík, þar sem konur eru meðhöndlaðar á sama stað og karlar sem eru 55 ára og eldri, og meðferðarheimilið Staðarfell þar sem karlar eru í meðferð. Meðferð SÁÁ hefur frá upphafi sótt sína fyrirmyn til Bandaríkjanna í tólf spora hugmyndafræði sem byggist á tólf sporum AA-samtakanna. Þannig segir Binni Berndsen frá upphafi meðferðarstarfs samtakanna:

Þetta var vitaskuld aðeins bergmál frá Freeport þar sem sjúklingarnir voru alltaf uppteknir við eitthvað. Við vorum ekki með neina ráðgjafa. Þetta voru hálfgerðir AA-fundir allan daginn og ráðgjafarnir sögðu fyrst og fremst frá sjálfum sér og reynslu sinni. En allt blesсаðist þetta einhvern veginn þennan fyrsta veturn (7).

Í upphafi var byggt á þeirri hugmynd að enginn næði árangri í glímu við fíkn nema með því að tengjast AA-samtökunum, eins og haft er eftir Hilmar Helgasyni einum stofnanda SÁÁ (7). Þessi meðferðarstefna hefur verið kölluð Minnesota-líkanið og verður fjallað nánar um hér að eftir.

• Krýsuvík

Í Krýsuvík er í boði langtímaðferð sem er að lágmarki 6 mánuðir (8). Um meðferðina segir Lovísa Christiansen framkvæmdastjóri meðferðarheimilisins í Krýsuvík í nýlegu viðtali:

Við erum með sporameðferð sem byggð er á hugmyndafræði AA-samtakanna. Inn í meðferðina fléttum við öllu því besta sem hægt er að finna í heiminum í nýjungum á þessu svíði. Þar sem enginn er skemur en sex mánuði hjá okkur getum við kafað dýpra í málín en mögulegt er í styttri meðferðum. Margir dvelja hjá okkur í átta til níu mánuði og allt upp í ár. Við teljum að það taki þrjú ár að ná fullum bata. Sumar þessara hafa farið í margar meðferðir áður en þær leita til okkar (9).

Í viðtalini kemur einnig fram að allar konurnar sem koma til meðferðar í Krýsuvík hafi einkenni áfallastreiturökunar og að undanfarin þrjú ár hafi verið unnið að því að bæta kvennameðferðina m.a. með markvissri áfallavinnu.

• Samhjálp

Samhjálp heldur úti meðferðarstarfi í Hlaðgerðarkoti í Mosfellsdal en grundvöllurinn að þeirra meðferð er samkvæmt heimasiðu þeirra „kristin trú í framkvæmd“ einnig segir um meðferðina:

Tvær áherslur eru lagðar í meðferðarstarfinu. Annars vegar er um að ræða hefðbundna fræðslu um sjúkdóminn alkóholisma og læknisfræðilegar lausnir hans, hins vegar er um að ræða fræðslu um kristna trúariðkun með félagslega endurhæfingu að markmiði.

Sérstök áhersla er lögð á trúarlegan bakhjalr 12-sporna innan AA með skírskotun til Bíblíunnar (9).

Það er því ljóst að öll meðferð við fíknivanda sem í boði er á Íslandi sækir mikil til 12 spora hugmyndafræði nema meðferð fíknigeðdeildarar Landspítala. Þar er þó einnig boðið upp á AA-fundi. Þar sem sú meðferð er eingöngu ætluð fólk sem er með alvarlegan fíkn- og geðvanda má segja að þeir sem ekki falla í þann hót eigi ekki kost á meðferð sem byggist á „læknisfræðilegum aðferðum“, svo vitnað sé í vefsíðu Velferðarráðuneytisins, heldur eingöngu „meðferð á stofnunum sem styðjast við 12 spora kerfi AA-samtakanna“ og „meðferð á stofnunum sem hafa kristna trú að leiðarljósí“ (4).

Minnesota-líkanið og heilasjúkdómskenningin um fíkn

Meðferð við fíknivanda á Íslandi hefur frá áttunda áratug síðustu aldar sótt fyrirmyn dir sínar vestur um haf í svokallað Minnesota-líkan sem hefur verið ríkjandi í meðferð bæði hér og í Bandaríkjum undanfarin 40-50 ár. Hildigunnur Ólafsdóttir lýsir meðferðarlíkaninu ágætlega í blaði Geðverndar árið 1990 (11) en einnig má benda á mjög áhugaverða úttekt á Minnesota-líkaninu og meðferðarúrræðum sem byggjast á því, í Bandaríkjum, í bók Anne M. Fletcher, *Inside Rehab – The Surprising Truth About Addiction Treatment—and How to Get Help That Works* sem kom út á árinu 2013.

Eins og komið var inn á hér að framan var það SÁÁ sem flutti Minnesota-líkanið í meðferð til Íslands í lok áttunda áratugarins. Samtökum hafa aðlagð líkanið að einhverju leyti að íslenskum aðstæðum og nýrri þekkingu, m.a. strax í upphafi, eins og fram kemur í bókinni Bræðralag gegn Bakkusi:

Meðferðarstofnanir SÁÁ hafa þróað og betrumbætt amerísku aðferðina og lagað hana að íslenskum aðstæðum. Á Norðurlöndum er því farið að tala um íslensku aðferðina við meðhöndlun áfengis- og vímuefnaneytenda í stað þess að ræða um Minnesota-aðferðina (12).

Minnesota-líkanið byggir, eins og áður segir, á tólf spora kerfinu og kennungunni um að fíkn sé liffræðilegur ólæknandi heilasjúkdómur, svokallaðri heilasjúkdómskenningu. Minnesota-líkanið á sér margar útgáfur í dag þar sem ákveðnir þættir eru þó alltaf til staðar. Meðferðin er umhverfisméðferð (e. milieu treatment) sem að einhverju leyti byggir á jafningjahjálp þar sem lengra komnir miðla til þeirra sem styttra eru á veg komnir í bata frá fíkn. Þannig þróast starf áfengis- og vímuefnaráðgjafa að alkóholistar sem náð hafa tökum á sinni neyslu fara að hjálpa þeim sem eru styttra á veg komnir. Hildigunnur Ólafsdóttir rekur þróun ráðgjafastarfins í doktorsritgerð sinni um AA-samtökum á Íslandi: „Það er löng hefð fyrir því að alkahólistar án nokkurrar faglegrar menntunar starfi við áfengismeðferð þar sem persónuleg reynsla þeirra og skilningur á vandamálinu er það sem þeir byggja á.“ (13). Annar mikilvægur þáttur meðferðarinnar er algjört bindindi á öll fíkniefni en aðal-

markmið hennar er að kynna tólf spora samtök og hugmyndafræði fyrir þeim sem koma í meðferð. Hefðbundið er að meðferðin byrji á 10 daga afvötnun og svo 28 daga inniliggjandi meðferð sem síðan er fylgt eftir með tólf spora fundum og jafnvel göngudeildarmeðferð (14). Þar sem sporavinnna gengur að miklu leyti út á að iðkendur nái sambandi við æðri mátt má segja að markmið meðferðarinnar sé að koma fólk inn í samtök sem byggja á trú. Hér er því um að ræða andleg meðöl við ástandi sem, samkvæmt sömu kenningu, er lögð áhersla á að sé ólæknandi heilasjúkdómur.

Rannsóknir á árangri meðferðar og annarra úrræða við að ná tökum á fíknivanda hafa aukist á síðustu árum og sálfræðingurinn Lance Dodes, sem starfaði við meðferð og rannsóknir á fíkn í áratugi, meðal annars sem umsjónarmaður rannsókna hjá Boston Psychoanalytic Society and Institute og sem klínískur lektor í rannsóknum við Harvard-háskóla, sendi á árinu 2014 frá sér bókinu *The Sober Truth. Debunking the Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry* þar sem hann fjallar um fíknrannsóknir, meðal annars rannsóknir á árangri AA-samtakanna.

Dodes líkir meðferðarkerfinu í Bandaríkjunum í dag við stöðuna í meðferð berkla fyrir hundrað árum. Á þeim tíma var engin lækning til við berklum en fólk var sent á heilsuhæli sem oft voru líkari luxushótelum sem slögust um viðskiptavinina úr hópi ríkari berklasjúklinganna og var nokkur meðferðariðnaður í kringum sjúkdóminn:

Þrátt fyrir luxusinn bauð engin af þessum stofnunum upp á meðferð við orsökum veikindanna. [...] Áfengis- og fíkniefnameðferðarstöðvar eru í nákvæmlega sömu stöðu í dag, með einni undantekningu. Betri þekking og meðferð eru þegar til reiðu, en er bara ekki nýtt í meðferðinni. Fíknimeðferð er byggð á líkani sem verið hefur óbreytt frá því á fjórða áratugnum og af því að meðferðin er venjulega mönnuð með fólk sem veit lítið meira en AA fræðin og hefur faglega sjálfsmynd þeirra byggir á réttmæti þess líkans hefur andstaða við breytingar verið gríðarleg (15 bls. 79).

Heilbrigðispjónusta sem byggir á trú á æðri mátt, eins og tólf spora meðferð, er illsamræmanleg nútímkröfum í velferðar- og heilbrigðispjónustu og sama á við um menntunarkröfur til vímuefnaráðgjafa sem hafa litla formlega menntun. Nýleg grein um starfsfólk í meðferðargeiranum bendir á að þeir sem styðja tólf spora nálgun í meðferð og skilgreina sig í bata frá fíkn geti átt erfiðara með að tileinka sér ný úrræði sem byggja á nýrri þekkingu (16). Þess má geta að í ráðningarsamningi ráðgjafa hjá SÁA er ákvæði um að ráðgjafar skuli „stunda AA eða Alanon og aðrir þeir starfsmenn SÁA sem eru alkóholistar eða aðstandendur þeirra skulu stunda AA eða Alanon“ (17).

Í Bandaríkjunum þar sem um 90% meðferðarframboðs

byggðist á sporunum tólf, um aldamótin síðstu (14 bls. 18), má segja að nú sé kreppa. Ástæður hennar eru margvíslegar. Ein er sú að straumhvörf hafa orðið í læknisfræði og sú tvíhyggja, sem ríkti á síðari hluta 20. aldar að líf- og erfðafræði bæri svör við flestum spurningum um heilbrigði, hefur vikið fyrir eldri hugmyndum og endurnýjuðum, sem komu upphaflega fram á tíma Hippókratesar¹, um að heilbrigði sé nátengt samskiptum og lífsreynslu (18).

Önnur ástæða fyrir breytingum á meðferð fólks með fíknivanda í Bandaríkjunum eru hin umtöluslu lög Baracks Obama Bandaríkjaforseta um almennar heilbrigðistryggingar (e. Affordable Care Act), sem iðulega eru nefnd „ObamaCare“ og tóku gildi árið 2010. Með lögunum er meðferð á fíkn færð inn í almenna heilbrigðispjónustu og áhersla lögð á skimum, snemmtæka íhlutun, betri greiningu á vandanum og einstaklingsmiðaða meðferð (19). Frumvarpið gerir þannig ráð fyrir því að stór hluti þeirra sem glíma við fíkn þurfi minna innugrip en hina hefðbundnu 10 + 28 daga meðferð heldur verði innugrip fyrir á ferðinni og inni í hinni almennu heilsugæslu (20). Þá er skilyrði í lögunum að meðferðin byggi á gagnreyndri þekkingu. Það ákvæði hefur haft mikil áhrif á bandaríksa meðferðarkerfið sem að stórum hluta hefur verið rekið utan hins almenna heilbrigðiskerfis og byggðist að miklu leyti á tólf spora meðferð sem víða var rekin með lítið menntuð starfsfólk og meira í aett við jafningjahjálp eða eins og sálfræðingurinn dr. Jeffrey Foote orðar það: „Á fáum öðrum svíðum heilbrigðiskerfisins látum við minnst menntaða fólkid fást við erfiðstu og flóknustu sjúklingana.“ (14 bls. 390).

Rótin hefur beitt sér í menntunarmálum áfengis- og vímuefnaráðgjafa og samkvæmt svörum frá Landlæknisembættinu, Velferðarráðuneytinu og Menntamálaráðuneytinu er ljóst að nám ráðgjafa er í ólestri, það tilheyrir engu skólastigi og litlar sem engar kröfur eru gerðar til þeirra sem annast kennslu ráðgjafanna (21). Miðað við þá miklu ábyrgð sem ráðgjafarnir bera á meðferð þess viðkvæma hóps sem kemur í fíknimeðferð er mjög brýnt að yfirvöld axli ábyrgð og breyti reglum og skýri hver ber ábyrgð á náminu (22).

Sú kenning að fíkn sé ólæknandi heilasjúkdómur hefur átt miklu fylgi að fagna í Bandaríkjunum ekki síst þar sem yfirmaður NIDA (e. National Institute on Drug Abuse), Nora Volkow, er mikill fylgismaður kenningarinnar. Þó ber sífellt meira á gagnrýni á þessa nálgun á fíkn og í nýlegri grein þar sem farið er yfir helstu gagnrýni á heilasjúkdómskenninguna segir:

Hvernig á þá að skilja fíkn? Við erum holdi klæddar verur sem hrærumst í flóknu félagslegu umhverfi. Skilningur á fíkn verður að vera breiður: fíkn er mögulega afleiðing mannligrar löngunar til að breyta meðvitund, alvarlegur heilsufarsvandi vegna neikvæðra áhrifa sem hún hefur á samfélagið og eyðileggjandi afleiðinga fíknarinnar, krónísk lífsálfélagsleg röskun sem tekur sig endurtekið upp - sem ekki er hægt að skilja án hins félagslega samhengis - en ekki einfaldlega heilasjúkdómur. (23).

¹Hippókrates var uppi á árunum 460 til um 360 fyrir Krist sem oft er nefndur „faðir læknisfræðinnar“.

Enginn efast um að langvarandi neysla fíkniefna valdi sjúkdómum en það skiptir máli við meðferð hvort fíknivandi er skoðaður sem meðfæddur vandi eða flókinn lífsálfelagsleg röskun, eins og segir í tilvitnuninni hér að ofan. Það gleymist líka oft að heilasjúkdómskenningin er kenning en ekki staðreynd eða eins og segir á vef DeCode sem hefur stundað rannsóknir á fíkn og erfðum: „Almennara er samt það viðhorf að fíkn sé alvarlegur heilasjúkdómur af líffræðilegum toga.“ (24). Í þessu samhengi má benda á að 94 vísindamenn skrifuðu ritstjóra tímaritsins Nature til að mótmæla því að í leiðara tímaritsins var heilasjúkdómskenningunni haldið á lofti (25) og segir í bréfi þeirra:

Það þrónga sjónarhorn sem haldið er á lofti í leiðaranum tekur vímuefnanotkun úr pólitísku, félags-, laga- og umhverfislegu samhengi sínu og hún er eingöngu skoðuð sem afleiðing af truflun á heila starfsemi. Þetta þróngsýna sjónarhorn gerir lítið úr gríðarlegum áhrifum möguleika fólks í lífinu, vali og aðstæðum á fíknhegðun. (26).

Lance Dodes bendir á að rannsóknir vanti á grundvallarsprungum um fíkn: „Hvað er fíkn? Hvernig eignum við að meðhöndla hana? Af hverju kemur hún fram hjá sumum einstaklingum en ekki öðrum?“ (15 bls. 150). Hann bendir á að ein ástæða þess að rannsóknir á fíkn séu jafn ómarkvissar og raun er sé sú að það sé dýrt og tímfrekt að rannsaka sálarlíf okkar og þar að auki sé mikið af rannsónum kostaðar af lyfjafyrirtækjum sem ekki hafi áhuga á þeirri nálgun. Hann bætir því við með vísun í rannsóknir NIDA:

Við erum flóknar verur sem stjórnumst jafn mikið af hugsunum okkar og tilfinningum eins og dýrslegum verðlaunabrautum. Það að smætta fíkn fólks niður í lífeðlislega örvin rottu feli í sér að horfa fram hjá öllu því sem geri okkur mannleg. (15 bls. 88).

Taugasérfræðingurinn Marc Lewis bendir á að kenningar um fíkn megi gróflega flokka í þrennt: sjúkdómskennigar, fíkn er val og sjálfsmeðhöndlun. Skörum er einhver á milli flokkanna en hver þeirra hefur bó í för með sér ákveðnar áherslur á meðferð, stefnu stjórnvalda og val einstaklinga með fíknivanda (27). Í bók sinni *Biology of Desire* fer Lewis svo ítarlega í galla heilasjúkdómskennigarinnar sem hann telur byggja á rangri nálgun á taugafræðileg gögn og þann sið lækna að líta framhjá hinu persónulega:

Rannsakendur í læknisfræði hafa rétt fyrir sér í því að fíkn breytir heilanum. En hvernig hann breytist hefur ekkert að gera með sjúkdóm heldur lærðom og þróun. (28 bls. xi).

Lewis vísar til þess að heilinn sé stöðugt að breytast „genatjánning (e. gene expression), frumuþéttleiki, styrkur og staðsetning taugamóta og taugaþráða (e. fibres)

þeirra, jafnvel stærð og lögun heilabarkarins breytist“ (28 bls. 25). Hann heldur því fram að þær breytingar sem fíkn valdi á heilanum komi líka fram þegar fólk verður hugfangið af íþróttum, gangi í stjórnþálflokk eða verður gagntekið af ástinni sinni eða börnunum sínum (28 bls. 26) og því er niðurstaða Lewis eftirfarandi: „Ef fíkn er sjúkdómur þá er ást það augljóslega líka.“ (28 bls. 168).

Tólf spor

Það er ástæða til að gera stutta grein fyrir AA-samtökunum sem eru undanfari Minnesota-líkansins, en samtökin voru stofnuð af tveimur körlum, Dr. Bob og Bill W., í Bandaríkjunum árið 1935 en „biblia“ samtakanna, AA-bókin, kom út árið 1939. Sú leið sem í boði er í samtökunum er andleg leið til bata frá fíkn og sporin 12 og erfðavenjur samtakanna vísa þessa leið. Hér á landi voru stofnuð samtök árið 1954 en mikil fjölguð varð í samtökunum eftir að SÁÁ hóf starfsemi sína og eins og segir á síðu AA-samtakanna: „Samskipti milli AA og SÁÁ sem og annarra meðferðarstofnana hafa verið farsæl frá fyrstu til. “ AA-samtökin á Íslandi halda um 300 fundi á viku (29). Samtökin eru því augljóslega stór þáttur í bataferli fólks með fíknivanda hér á landi.

Styrkur samtakanna liggur í félaga stuðningnum sem þar býðst, segir Lance Dodes, en þar sem samtökin hafa ekki yfirstjórn geta þau líka verið „óútreiknanleg og óáreiðanleg, það er engin gæðastýring innan þeirra. Sumum fundum er stjórnæld af þroskuðu og hugulsömu fólk en öðrum af einföldum bókstafstrúarmönnum.“ (15 bls. 121). Gagnstætt því sem margir trúa, sérstaklega þeir sem hafa nýtt sér samtökin til góðs, þá er árangur af þátttöku í þeim ekki nema á milli 5-10% hjá þeim sem koma inn í samtökin og samkvæmt rannsónum er það félagslegi þátturinn í AA sem mest hjálpað er í (15 bls 122). Allir eru velkomrir í AA-samtökin og fyrir fólk sem ekki er lengur velkomið á mörgum stöðum er það mikils virði. Dodes segir:

Ein helsta hjálpa AA felst því í styrk samtakanna sem samfélags, þau veita margt af því sem allajafna er til staðar í trúar- eða bræðrareglum. (15 bls. 132).

Dodes bendir einnig á að mýtur lifi góðu lífi innan samtakanna og að margar þeirra geti verið skaðlegar og byggi á skömm og siðapredikunum, skapi ranghugmyndir um hverjir fíkniefnaneytendur eru og hvað fíkn er. Hann tiltekur svo nokkrar af þessum mýtum en hér verður aðeins minnst á eina þeirra um að fólk með fíknivanda hafi fleiri persónulega bresti en annað fólk. Á bak við þessa mýtu er sú hugmynd að til að ná tökum á fíkn verði maður að bæta sig sem manneskja. Þessi hugmynd á uppruna sinn í trúarlegum fyrirrennurum AA-samtakanna þar sem áherslan var á syndina og sáluhjálpinna. Mytan sækir í þá gömlu hugmynd að fólk með fíknivanda sé verra en annað fólk. Sama á við um fleiri mýtur samtakanna sem ala á skömm og byggja á hugmyndum sem eiga ekkert skyldt við nútímalegar aðferðir í læknингum á fíkn (15 bls. 134-146).

Fíkn og félagslegar skýringar

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (AHS) er höll undir félagslegar skýringar á fíknivanda og að tengsl séu á milli vanlíðunar og heilsufarsvanda kvenna, sem leiðast út í neyslu ávanabindandi efna, vegna „kynhlutverks, streituvalda og neikvæðrar upplifunar og atvika“. Kynbundnir áhættubættir geðraskana, sem algengir eru hjá konum, eru samkvæmt AHS: „Kynbundið ofbeldi, óhagstæð félagsleg skilyrði, lágar tekjur og tekjumisrétti, undirkipun í félagslegu tilliti og stéttarstöðu og stöðug ábyrgð á umönnun annarra.“ (30).

Almennt má segja að aukin þekking á útbreiðslu og áhrifum ofbeldis, ekki síst þess sem á sér stað innan heimilis, hafi haft áhrif á að breyta hugmyndum um hvað veldur fíknivanda. Rannsóknir eins og ACE-rannsóknin sem framkvæmd var í Bandaríkjunum á árunum 1995-1997 hafa grafið hefur undan kenningunni um fíkn sem heilasjúkdóm (31). Rannsóknin er stærsta lýðheilsurannsókn sem framkvæmd hefur verið (32), en 17.000 þátttakendur töku þátt og þar var leitað eftir áhrifum erfiðra upplifana í æsku á heilsufar síðar á ævinni. Þátttakendur voru beðnir að svara tíu spurningum um erfiðar upplifanir í æsku og síðan var heilsufar og líðan á fullorðinsaldri skoðuð. Niðurstöðurnar sýndu að samhengið á milli þess að verða fyrir áföllum og/eða vanrækslu í æsku og glíma við fíknivanda síðar á ævinni var mjög sláandi. Berglind Guðmundsdóttir, dósent í sálfræði við læknadeild Há og yfirsálfræðingur Landspítala Háskólasjúkrahúss, segir að 30-50% þeirra sem greinast með áfengis- og/eða vímu-efnavanda þjáist einnig af áfallastreiturskun, sem er griðarlega hátt hlutfall (33). Margar rannsóknir hafa síðan staðfest þetta samhengi og af hérlendum rannsóknum má benda á skýrslu UNICEF um réttindi barna á Íslandi (34) og rannsóknir Sigrúnar Sigurðardóttur, lektors við Háskólanum á Akureyri, sem unnið hefur að meðferð kvenna í tilraunaverkefninu Gæfusporin (35).

Áhrif umhverfis, félagslegra og sálrvænna þátta á þróun fíknar eru ekki síst mikilvæg þegar litið er til kvenna með fíknivanda. Ljóst er að mjög stór hópur kvenna sem kemur til fíknimeðferðar á sér áfallasögu, í raun mun stærri hópur en finnst meðal kvenna sem ekki eiga við fíknivanda að etja. Ingólfur V. Gíslason orðar þetta svona í skýrslu sinni um ofbeldi í nánum samböndum sem unnin var fyrir félags- og tryggingaráðuneytið:

Í fyrsta lagi er ofbeldi nokkuð sameiginleg reynsla kvenna sem leita á Vog, þær hafa langflestar verið beittar einhverju ofbeldi. Raunar var það samdóma álit viðmælenda, bæði á Vogi og í áhættumeðgöngunni hjá Landspítalanum, að konur sem væru í mikilli neyslu væru með ofbeldi sem „sjálfsgöðan“ þátt í sínu lífi og raunar eitthvað sem þær upplifi yfirleitt ekki sem sitt megin vandamál. Þannig var talið að a.m.k. 70-80% þeirra kvenna sem stríddu við fíkn hefðu verið beittar einhverju ofbeldi. (36).

Í tillögum skýrslunnar er einnig hvatt til þess að jafnhliða sé veitt meðferð vegna fíknivanda og ofbeldisvanda:

Á meðferðarstofnunum vegna áfengis- og vímu-

efnaneyslu verði skimað eftir þeim körnum sem hafa beitt maka sína ofbeldi og meðferð þeirra taki mið af því. Sömuleiðis verði skimað eftir konum sem hafa verið beittar ofbeldi í nánum samböndum og tekið tillit til slíkra áfalla í meðferðinni. (36).

Þessar áherslur eru í samræmi við upplýsingablað Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar um ofbeldi í nánum samböndum og áfengi (37). Þar kemur fram að rannsóknir á forvörnum sem beinast að áfengistengdu ofbeldi séu af skornum skammti og lögð er áhersla á mikilvægi forvarna og hlutverk heilbrigðiskerfisins í því að koma í veg fyrir ofbeldi í nánum samböndum meðal annars með því að fást við samband þess við áfengisneyslu. Ein afleiðing ofbeldis er aukin neysla áfengis sem aðferð fyrir þolendur til að bregðast við aðstæðum sín, þ.e. áfengi er notað sem sjálfsmeðhöndlun (e. self-medinating).

Meðferð og kyn

Saga fíknar er karlasaga og konur koma þar varla við sögu fyrr en eftir miðja síðustu öld nema sem eiginkonur drykkfelldra karla. Þegar tólf spora kerfið hóf sína göngu á fjórða áratugnum voru „sporin skrifuð af körum með þarfir karla í bata í huga á þeim tíma sem konur hötðu litlar bjargir og lítið félagslegt, stjórnálmalegt eða fjárhagslegt vald“ (38 bls. 2). Meðferðarkerfið þróaðist svo út frá sporakerfinu án nægilegrar aðlögunar að þörfum kvenna fyrr en á allra síðustu árum.

Í september 2015 var haldin ráðstefna á vegum Rótarinna, Rannsóknarstofnunar í jafnréttisfræðum við Háskóla Íslands og fleiri aðila, um konur, fíkn, áföll og meðferð. Aðalfyrirlesari ráðstefnunnar var Stephanie Covington sálfræðingur og félagsráðgjafi sem starfað hefur við meðferð kvenna í hart nær fjörutíu ár og er frumkvöðull í rannsóknum og meðferð á konum með fíknivanda.

Lykilhugtök í vinnu og meðferðarefni Stephanie Covington eru „áfallameðituð nálgun“ (e. *trauma-informed*) og „kynjamiðun“ (e. *gender-responsiveness*). Í fyrillestrum sínum á ráðstefnunni lagði Covington áherslu á mikilvægi öryggis í meðferð kvenna sem grundvallar að bata. Meðferðin þarf að eiga sér stað á griðastað (e. *sanctuary*) og að mati hennar er meðferð sem ekki er áfallameðituð beinlínis ósiðleg.

Áfallameðituð nálgun er verklag sem beinist að því að skapa þjónustu sem er örugg fyrir alla en sérstakt tillit er tekið til þeirra sem glíma við afleiðingar áfalla. Hér er ekki um að ræða áfallameðferð heldur umhverfi og þjónustu sem er tillitssöm við notendur og vakandi fyrir því að endurvekja ekki áföll. Bandarísk yfirvöld eru að innleiða þetta verklag í alla heilbrigðis- og félagsþjónustu, menntastofnanir, refsrittarkerfið, herinn og almennt í þjónustu ríkisins og SAMHSA, undirstofnun Bandarískra heilbrigðisráðuneytisins sem fjallar um vímuefnamisnotkun og geðheilbrigði (e. *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*), gaf út í júlí 2014 leiðbeiningar um áfallameðvitaða nálg-

un, SAMHSA's *Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* (39).

Kyn er mikilvægur áhrifaþáttur á þróun fíknar og rannsóknir sýna að þau vandamál sem fylgja fíknivanda leggjast oft þyngra á konur en karla vegna félagmótunar og kynhlutverka.

Í bókinni *Women, Girls and Addiction Celebrating the Feminine in Counseling Treatment and Recovery* er ítarlega fjallað um konur og fíkn út frá femínískum kenningum og bent á að þó að mikið hafi áunnist í jafnréttisbaráttu þá sé það enn svo að konur í vestrænum samfélögum séu settar á jaðarin og kúgaðar.

Kúgunin sem konur með fíknivanda verða fyrir er flókin, margþætt og kerfisbundin. Það er ekki hægt að meðhöndla fíkn eina og sér (þ.e. án þess að taka tillit til geðheilsuvanda, menningaráhrifa eða líkamlegrar heilsu) ... (40).

Konur eru líklegri til að vera undir álagi vegna sögu um illa meðferð, tilfinningalegs vanda og vanda í nánum samböndum, áfallastreiturskunar og/eða kynlífsvanda. Vaxandi þekking er á hinu sterka sambandi á milli áfalla og vímuefnanotkunar í lifi kvenna sem sýnir að konur í fíknimeðferð eiga í 66-90% tilfella sögu um kynferðiseða líkamlegt ofbeldi. Sérstaklega á þetta við um konur sem urðu fyrir kynferðisofbeldi á barnsaldri og konur sem búa við heimilisofbeldi nota fíkniefni til að slá á afleiðingar ofbeldisins. Konur nota því fíkniefni til að slá á tilfinningavanda og afleiðingar áfalla, þær meðhöndla sig sjálfar, og rannsóknir benda til þess að þær geri það í þeirri von að notkunin muni draga úr vanlíðan þeirra. Meiri hætta er á að sá meirihlutkvenna sem á sér sögu um að hafa orðið fyrir ofbeldi og áföllum nái ekki árangri í meðferð ef hún tekur ekki heildrænt á fíkn og áfallasögu (41).

Ástralir hafa rannsakað samband áfengis og áfalla/ ofbeldis og í skýrslu þarlendra stjórnválda segir að mikil áhersla hafi verið lögð á það hingað til að finna út hvaða röskun eða sjúkdómur sé frumorsök (e. primary) þegar um fjölkvilla (e. comorbid) er að ræða. Jafnframt segir að rannsóknum beri ekki saman um það í hvaða röð sjúkdómar koma fram:

„Rannsóknargögn um það í hvaða röð raskanir/sjúkdómar koma fram eru ekki samdóma. En svo virðist þó sem félagsfælni, sérstök fælni, víðáttufælni og áfallastreiturskun (e. PTSD) komi á undan áfengis- og vímuefnamisnotkun (e. AOD use disorder) í flestum tilfellum; almenn kviðaröskun (e. GAD) virðist hins vegar koma fram á eftir áfengis- og vímuefnamisnotkun. (42).

Einnig sýna nýlegar rannsóknir að það sjónarhorn, sem hefur verið ríkjandi í meðferð hér á landi, að áfallameðferð gagnist ekki í áfengismeðferð, eigi ekki við rök að styðjast. Í rannsókn á áhrifum meðferðar vegna fjölkvilla kemur fram að áfallameðferð virkar vel fyrir folk með fíknivanda en fíknimeðferð virkar hins vegar ekki

á áfallavandann (43). Þessar niðurstöður stangast á við það sem hingað til hefur verið haldið fram að fyrst þurfi að vinna með fíknivandann og taka á öðrum vanda síðar. Rannsókn bendir til þess að áfallastreitumeðferð bæti gæði áfengismeðferðar.

Gæði meðferðar

Mikið af því starfi sem Rótin hefur unnið hefur beinst að því að stuðla að auknum gæðum meðferðar. Félagið hefur staðið að fjölda fyrilestra, hitt sérfræðinga, fagfólk og embættismenn til að setja sig vel inn í málefni kvenna með fíknivanda og stuðla að vitundarvakningu um sérstakan vanda þeirra. Ekki síst er þó ráð félagsins í miklum samskiptum við konur sem margar hverjar eiga heill og hamingju undir því að fá góða þjónustu í meðferðarkerfinu. Við teljum að þar sé mikill misbrestur á og að sárlega skorti á þekkingu á kynjafræðilegu sjónarhorni á fíkn og að gæði meðferðar hér sé víða ekki í samræmi við yfirlýsingar þeirra sem að henni standa. Þá vantar sárlega rannsóknir, ekki síst eigindlegar, á meðferðarstarfi hérlandis en mikið vantar upp á allt sem lítur að rannsóknum á fíkn og á meðan er varla hægt að tala um að meðferðin byggi á gagnreyndri þekkingu. Það er líka ljóst að sú staðreynð að fíknifræði hafa ekki verið ríkari þáttur í menntun fagstéttu við háskóla hér á landi hafa komið niður á þekkingarstöðu í greininni.

Eitt af því sem Rótin hefur lagt áherslu á er að nauðsynlegt sé að meðferð við fíkn sé kynjaskipt frá fyrsta degi og að hún sé heildræn á þann hátt að hún taki á vanda hvers og eins út frá ítarlegri greiningu á einstaklingsbundnum vanda. Sú leið að skilgreina fíknivanda sem frumvanda þeirra sem einnig glíma við afleiðingar áfalla og önnur geðræn vandamál er ekki endilega farsælasta leiðin til að nálgast vandann. Ein leið sem félagið hefur litioð hýru auga til er stofnun eins og Jean Tweed Centre í Toronto í Kanada sem er miðstöð fyrir konur með fíknivanda, geðrænan vanda og fjölskyldur þeirra (44).

Félagið vill einnig að heilbrigðisyfirvöld marki sér stefnu í meðferð við fíknivanda, geðrænum vanda og afleiðingum áfalla. Setja ætti fram gæðaviðmið fyrir meðferð og víða er fyrirmunda að leita hvað það varðar, t.d. hafa heilbrigðisyfirvöld í Kanada gert ítarlegar leiðbeiningar fyrir meðferð kvenna (45). Bandarísk heilbrigðisyfirvöld eru með leiðbeiningar um meðferð sem byggir á gagnreyndri þekkingu (46) og um áfallameðvitaðar (e. trauma informed) aðferðir í fíknimeðferð fyrir konur má fræðast í kanadískum gögnum (47). Af leiðbeiningunum má sjá að góð meðferð fyrir konur á að vera valdeflandi, fjölbreytt og einstaklingsmiðuð, byggja á styrkleikum kvenna en ekki veikleikum og taka á sérstökum aðstæðum kvenna. Nýlegar rannsóknir benda til þess að öflugar göngu- og dagdeildarmeðferðir gefi alveg jafn góða raun og inniliggjandi meðferð (48). Slík úrræði gætu aukið aðgengi kvenna að meðferð og myndu henta einhverjum hópi.

Mikil kynjaslagsíða er hvað varðar úrræði fyrir karla og konur í meðferðarkerfinu, þegar litioð er til allra úr-

ræða og mörgum spurningum er ósvarað varðandi kynjamun í málaflokknum og nauðsynlegt að rannsaka stöðu kvenna með fíknivanda. Nú hafa á undanförnum árum verið þróuð verkfæri hjá ríki og borg til að innleiða kynjaða hagstjórn og fjárlagagerð sem á að tryggja réttláta dreifingu úrræða hins opinbera með tilliti til kynjasjónarmiða og í lögum um jafnan stöðu og jafnan rétt kvenna og karla eru einnig ákvæði um kynjasambættingu sem svo er skilgreind:

Að skipuleggja, bæta, þróa og leggja mat á stefnumótunarferli þannig að sjónarhorn kynjajafnréttis sé á öllum sviðum fléttuð inn í stefnumótun og ákvarðanir þeirra sem alla jafna taka þátt í stefnumótun í samfélginu. (49).

Það er mikilvægt fyrir konur með fíknivanda að þessi verkfæri séu notuð í stefnumótun í málaflokknum og þegar teknar eru ákvarðarnir um kaup á þjónustu fyrir konur af þriðja aðila. Hvernig standa þessir aðilar sig miðað við jafnréttislög?

Lokaorð

Mikið af þeirri þjónustu sem er í boði fyrir fólk með fíknivanda er rekin af félagasamtökum og blikur eru á lofti um aukna einkavæðingu heilbrigðiskerfisins. Sú þróun eykur enn á þörfina fyrir stefnumörkun, sérfræðipekkingu eftirlitsaðila og aukið eftirlit með heilbrigðispjónustu. Einn möguleiki er að koma á fót miðlægri innlagnarmiðstöð og skráningu eins og lagt var til í ágætri skýrslu heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímuefnaneytendur á Íslandi árið 2005 (50). Með slíku fyrirkomulagi er komið í veg fyrir að hagsmunaaðilar skammti sér sjúklinga sjálfir og meti meðferðarbörf þeirra. Tryggja þarf að hagsmunir rekstraraðila verði aldrei driftkraftur kerfisins heldur hagsmunir þeirra sem nota kerfið og þeirra sem greiða fyrir það, skattgreiðenda.

Það er líka íhugunarefni í einkavæddu heilbrigðiskerfi, eins og í meðferðargeiranum, að einn aðili hafi yfirburðastöðu hvað varðar stærð. Slík staða torveldar mjög samningsstöðu ríkis og sveitarfélaga og skapar valdaójafnvægi milli ríkis og verktaka. Fjölbreyttari úrræði væru líka stór kostur þar sem ekkert eitt úrræði er sniðið að þörfum allra.

Heimildir:

1. Alþingi. Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Sigríði Ingibjörgu Ingadóttur um þjónustu við fólk með fíknivanda. (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef alþingis: <http://www.alfingi.is/alttext/144/s/pdf/0329.pdf>.
2. Embætti landlæknis. 1402181/9.4/hþ. 25. febrúar 2014. http://www.rotin.is/wp-content/uploads/2014/10/140300_SvarLandlæknisVatvika.pdf.
3. Embætti landlæknis. 1402181/9.4/aba. 5. nóvember 2014.
4. Velferðarráðuneytið. Endurhæfingarstarfsemi og meðferðarstofnanir. (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef ráðuneytisins: <http://www.velferdarráðuneyti.is/heilbrigdisthjonusta/endurhaefingarstarfsemi-og-medferdarstofnanir/>.
5. Skýrsla heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra um meðferðarstofnanir, samkvæmt beiðni. (Lögð fyrir Alþingi á 126. löggjafarbingi 2000–2001.) (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef Alþingis: <http://www.althingi.is/alttext/126/s/1255.html>.
6. Fíknigéðdeild Landspítala. (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef Fíknigéðdeilda: <http://www.landspitali.is/?PageID=15511>.
7. Sæmundur Guðvinsson. Bræðralag gegn Bakkusi. SÁÁ í 20 ár 1997. Reykjavík: SÁÁ, 1997:51.
8. Krysuvíkursamtök. Meðferð. (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef samtakanna: <http://krysuvik.is/?c=webpage&id=58&id=61&option=links>.
9. Elín Albertsdóttir. Aldrei fleiri konur í Krysuvík. Visir 2015 7. febrúar. Aðgengilegt á vefnum: <http://www.visir.is/aldrei-fleiri-konur-i-krysuvik/article/20150702079999>.
10. Samhjálp. Um meðferðina. (Skoðað 17. október 2015). Aðgengilegt á vef Samhjálpars: <http://www.samhjalp.is/hladgerdarkot/um-medferdina>.
11. Hildigunnur Ólafsdóttir. Straumar í meðferð við áfengisvandamálum. 1990; 1. (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://hirsla.lsh.is/lsh/bitstream/2336/99806/1/G1990-01-21-G2.pdf>.
12. Sæmundur Guðvinsson. Bræðralag gegn Bakkusi. SÁÁ í 20 ár 1997. Reykjavík: SÁÁ, 1997:107.
13. Hildigunnur Ólafsdóttir. Alcoholics Anonymous in Iceland: From Marginality to Mainstream Culture. Reykjavík. Háskólaútgáfan, 2000:172. (Skoðað 15. september 2015). Aðgengilegt á vefnum: https://books.google.is/books?id=lX-Um4BanhsC&printsec=frontcover&hl=is&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=o-nepage&q=f=false.
14. Fletcher, Anne M.. Inside Rehab. The Surprising Truth About Addiction Treatment—and How to Get Help That Works. New York. Penguin Books, 2013:70.
15. Dodes, Lance og Zachary Dodes. The Sober Truth: Debunking the Bad Science Behind 12-Step Programs and the Rehab Industry. Boston, Beacon Press, 2014.
16. Traci Rieckmann, Christiane Farentinos, Carrie J. Tillotson, Jonathan Kocarnik og Dennis McCarty. The Substance Abuse Counseling Workforce: Education, Preparation, and Certification. Substance Abuse 2011; 32:4. Greinir er aðgengilegt á vef Europe PubMed Central: <http://europePMC.org/articles/PMC3486694/reload=0;j-sessionid=E2N0hM4kfAbgZKj1DJGM.42>.
17. SÁÁ. Síðarelögur SÁÁ. (Skoðað 28. október 2015). Aðgengilegt á vef SÁÁ: <http://saa.is/samtokin/um-saa/sidareglur-saa-2/>.
18. Jóhann Ágúst Sigurðsson. Hver er PINNAR gæfu smiður? Óbirtur fyrirlestur á umræðukvöldi Rótarinna 10. nóvember 2014.
19. Tai, Betty, Steven Sparenborg, Udi E. Ghitza og David Liu. Expanding the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network to address the management of substance use disorders in general medical settings. Substance Abuse and Rehabilitation 2014; 5: 75-80. (Skoðað 28. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4114899/>.
20. Buedel, Matt. Affordable Care Act could aid millions who didn't receive help for substance abuse. Journal Star 13. desember 2014. (Skoðað 28. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.pjstar.com/article/20141213/NEWS/141219614/?Start=1>.
21. Rótin. Svör ráðherra um ráðgjafanám. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.rotin.is/svor-radherra-um-radgjafanam/>.
22. Guðrún Kristjánssdóttir, Guðrún Ebba Ólafsdóttir, Kristín I. Pálsdóttir, Edda Arinbjarnar og Þórlaug Sveinsdóttir. Staðreynir um menntun áfengis- og fíkniráðgjafa. (Skoðað 15. október 2015). Aðgengilegt á vef Rótarinna: <http://www.rotin.is/stadreyndir-um-menntun-afengis-og-fíkniradgjafa/>.
23. Hammer, Rachel, Molly Dingel, Jenny Ostergren, Brad Partridge, Jennifer McCormick og Barbara A. Koenig. Addiction: Current Criticism of the Brain Disease Paradigm. AJOB Neurosci. 2013; 4(3): 27-32. (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3969751/>.
24. Íslensk erfðagreining. Fíkn. (Skoðað 24. október 2015). Aðgengilegt á vef: <http://www.decode.is/fikn/>.
25. Nature. Animal farm. Nature 2014; 506, 5 (Febrúar)2014. Leiðari.

- (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.nature.com/news/animal-farm-1.14660>.
26. Nature. Addiction: Not just brain malfunction. Letter to the Editor of Nature. Nature 2014; 507, 40 (Mars)2014. Athugasemd.
 27. Marc Lewis. Why Addiction is NOT a Brain Disease. 12. nóvember 2012. (Skoðað 26. október 2015). aðgengilegt á bloggsiðu höfundar: <http://blogs.plos.org/mindthebrain/2012/11/12/why-addiction-is-not-a-brain-disease/>.
 28. Marc Lewis. The Biology of Disire. Why Addiction is not a Disease. New York; PublicAffairs, 2015:xi, 25, 26, 168.
 29. AA-samtókin. Um AA. (Skoðað 31. október 2015). Aðgengilegt á vef AA-samtakanna: <http://aa.is/um-aa-samtokin>.
 30. WHO. Gender and women's mental health. (Skoðað 18. september 2015.) Aðgengilegt á vef WHO: http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
 31. The Adverse Childhood Experience Study. (Skoðað 24. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://acestudy.org/>.
 32. Stevens, Jane Ellen. The Adverse Childhood Experiences Study—the Largest Public Health Study You Never Heard Of. Huffington Post 10. ágúst 2012. (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse-childhood-exp_1_b_1943647.html.
 33. Þórunn Kristjánsdóttir. Aldrei of seitn að vinna með áföll. Mbl.is 27. ágúst 2015. (Skoðað 31. október 2015). Aðgengilegt á vef Mbl.is http://www.mbl.is/frettir/innlent/2015/08/27/aldrei_of_seitn_ad_vinna_med_afoll.
 34. Unicef. Réttindi barna á Íslandi: Ofbeldi og forvarnir. 2013. Aðgengilegt á vefnum: http://unicef.is/rettindibarna/UNICEF_Rettindi_barna_ofbeldi_og_forvarnir.pdf.
 35. Ólöf Skaftradóttir og Viktoría Hermannsdóttir. Karlar í fangelsum og konur á spitólum. Visir.is 2015 18. september. Aðgengilegt á vefnum: <http://www.visir.is/karlar-i-fangelsum-og-konur-a-spitolum/article/2015150918840>.
 36. Skýrsla velferðaráðherra um aðgerðir samkvæmt aðgerðaætlun ríkisstjórnarinnar vegna ofbeldis karla gegn konum í nánum samböndum. 2010-2011. Aðgengilegt á vefnum: <http://www.althingi.is/altext/139/s/pdf/1214.pdf>.
 37. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin. 2011. Intimate Partner Violence and Alcohol Fact Sheet. Vefsíða: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/factsheets/ft_intimate.pdf.
 38. Covington, Stephanie. A Woman's Way through The Twelve Steps. Center City, Hazelden, 1994.
 39. SAMHSA. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. 2014. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA14-4884/SMA14-4884.pdf>.
 40. Briggs, Cynthia A., Jennifer L. Pepperell. Women, girls and Addiction Celebrating the Feminine in Counseling Treatment and Recovery. New York, Routledge, 2009:5.
 41. Covington, Stephanie, Cynthia Burke, Sandy Keaton og Candice Norcott. Evaluation of a Trauma-Informed and Gender-Responsive Intervention for Women in Drug Treatment. Journal of Psychoactive Drugs, SARC Supplement 5. nóvember 2008. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://stephaniecovington.com/assets/files/Covington%20%20Burke%20%20Keaton%20%20and%20Norcott%20SARC.pdf>.
 42. National Drug & Alcohol Research Centre. Guidelines on the management of co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings (National Comorbidity Clinical Guidelines). (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://ndarc.med.unsw.edu.au/sites/default/files/ndarc/resources/Ch2.pdf>.
 43. NCBI. Multi-site randomized trial of behavioral interventions for women with co-occurring PTSD and substance use disorders. 2010. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795638/#po=38.6364>.
 44. Ministry of Health and Long Term Care, Kanada. „Best practices in Action: Guidelines and Criteria for Women's Substance Abuse Treatment Services.“ (Skoðað 20. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://jeantweed.com/wp-content/themes/JTC/pdfs/Best%20Practice-English.pdf>.
 45. he Jean Tweed Centre. (Skoðað 30. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://jeantweed.com/>.
 46. National Quality Forum.. Evidence-Based Treatment Practices for Substance Use Disorders. 2005. (Skoðað 15. september 2015). Aðgengilegt á vefnum: http://www.apa.org/divisions/div50/doc/Evidence_-Based_Treatment_Practices_for_Substance_Use_Disorders.pdf.
 47. he Jean Tweed Center. Trauma Matters Guidelines for Trauma-Informed Practices in Women's Substance Use Services. 2013. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://jeantweed.com/wp-content/themes/JTC/pdfs/Trauma%20Matters%20online%20version%20August%202013.pdf>.
 48. Dennis McCarty, Lisa Braude, Russell Lyman, Richard H. Dougherty, Allen S. Daniels, Sushmita Shoma Ghose og Miriam E. Delpin.
- hin-Rittmon. Substance Abuse Intensive Outpatient Programs: Assessing the Evidence. PsychiatryOnline. Júní 2014. (Skoðað 25. október 2015). Aðgengilegt á vefnum: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201300249>.
49. Lög um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla 2008 nr. 10 6. mars.
 50. Skýrsla heilbrigðisráðherra um þjónustu fyrir áfengis- og vímu-efnaneytendur á Íslandi. (Lögð fyrir Alþingi á 131. löggjafarpindi 2004–2005.) Aðgengilegt á vefnum: <http://www.althingi.is/altext/131/s/1346.html>.
- Kristín I. Pálsdóttir** er talskona Rótarinnar. Hún er með MA-próf í ritstjórn og útgáfufraðum.



www.fit.is



HB GRANDI



HS ORKA