

Selvhjelpsgrupper i rusfeltet

John-Kåre Vederhus, Doktorgradsstipendiat, Universitetet i Oslo (UiO)

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF

Innholdsfortegnelse

Bakgrunn og metode	1
Forfatterens ståsted	1
Disposisjon	2
Kort oversikt over selvhjelpsgrupper i rusfeltet	3
Behandlingsapparatets begrensninger og selvhjelpens muligheter	3
Tolvtrinnsgrupper	4
Andre selvhjelpsgrupper	5
Virksomme mekanismer ved selvhjelpsgrupper i rusfeltet	6
Kort om innholdet i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper	6
Endringsteoretiske betraktninger	7
Teorier om gruppeprosesser	8
Sosiale teorier	9
Egenkraftmobilisering ("empowerment")	11
Hjelper det å delta i selvhjelpsgrupper i rusfeltet?	12
Forskjellen mellom behandlings- og selvhjelpsforskning	12
Spesielle forhold ved forskning på selvhjelpsgrupper	12
Effektforskning om AA og tolvtrinnsgrupper	13
Norske studier	16
Oppsummering om effekt av 12-trinnsgrupper	16
Forskning om andre grupper enn tolvtrinnsgruppene	16
Forskning om pårørende grupper	17
Kritiske synspunkter på tolvtrinnsfilosofi	18
Er det behov for grupper for særskilte populasjoner?	21
Helsepersonells betydning for selvhjelpsgruppedeltagelse	23
Implikasjoner på systemisk nivå og enhetsnivå	25
Forslag til tiltak på systemnivå	25
Forslag til tiltak på institusjoner og avdelinger	26
Individuelt nivå – fagpersonens personlige kompetanse	26
Individuelt nivå i forhold til pasient – individuell kontakt og samtale	26
Oppsummering	28
Referanser	29

Bakgrunn og metode

Denne rapporten er skrevet på oppdrag fra Norsk Selvhjelpsforum (NSF). Oppdraget handler om å oppsummere og beskrive aktuell forskning om selvhjelpsgrupper i rusfeltet. Det gjelder grupper både til de som selv har et rusproblem og til pårørende. Oppdraget skal inngå som en del av et større oppdrag NSF har for Helsedirektoratet.

Rapporten bygger på litteratursøk i PubMed (artikkeldatabase for medisin) på emneordene "substance-related disorders" OG "self-help groups" som forfatteren har gjort gjennom sitt doktorgradsarbeid. Et slikt søk gir > 1500 treff per november -09. Det er og gjort tilsvarende søk i andre relevante databaser (PsychInfo, Cinahl, Svemed m.fl.), og referanselister er gjennomført for ekstra titler. Litteraturgjennomgangen tilfredsstillende ikke kriteriene for en systematisk gjennomgang. Det enorme omfanget gjør at de artiklene som er henvisning til i denne rapporten nødvendigvis utgjør et skjønnsomt utvalg basert på forfatterens kunnskap om feltet. De metaanalysene ¹ som finnes er omtalt spesielt.

Forfatterens ståsted

Forfatterens eget ståsted er 15 års klinisk erfaring fra rusfeltet knyttet til spesialisthelsetjenesten. Den nåværende arbeidsplassen; Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus HF (ARA, SSHF), har blant annet en tolvtrinnsavdeling som har 20 års erfaring fra samarbeid med tolvtrinnsgruppene Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA). Min empiriske erfaring er altså fra pasienters og egen deltagelse og observasjon av 12-trinnsgrupper (for min del deltagelse på "åpne møter" som også er for helsepersonell). Jeg er etter hvert blitt engasjert i forskning, og doktorgradsprosjektet mitt handler spesifikt om tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Derfor kjenner jeg best til disse gruppene.

Rapporten vil bære preg av mye fokus på tolvtrinnsgrupper. Dette handler ikke først og fremst om mitt eget ståsted. Det meste som finnes av forskning om selvhjelpsgrupper i rusfeltet er nemlig om de 12-trinnsbaserte gruppene, og da spesielt Anonyme Alkoholikere (AA). Derfor er det vanskelig å snakke generelt om alle aktuelle grupper, selv om det i utgangspunktet hadde vært ønskelig for en slik rapport. Det betyr ikke at det ikke finnes gode og lovende alternativer. Det er rimelig å anta at i den grad andre selvhjelpsgrupper ivaretar lignende funksjoner, vil forskningen om 12-trinnsgrupper være overførbart. En målsetning for feltet er å bringe andre grupper frem i lyset, både med tanke på etablering, praksis og forskning.

Grunnleggere av andre selvhjelpsgrupper enn AA beskriver at motivasjonen for oppstart av den alternative gruppen blant annet skyldes reaksjon på innhold i programmet og praksisen i AA (1). Vi vet derfor at 12-trinnsgrupper ikke appellerer like godt til alle.

¹ En *metaanalyse* bygger på systematiske litteratursøk og bruker spesielle statistiske metoder for å måle forskjeller i effekt mellom ulike intervensjoner

Forfatteren har den holdningen at det både er bruk for og at det er positivt med flere alternativer. På grunn av sin utbredelse vil likevel 12-trinnsgruppene ha en spesiell posisjon. Det er ikke uten videre lett for andre selvhjelpsorganisasjoner å bygge opp en tilsvarende infrastruktur og tilgjengelighet.

Forfatterens ståsted som ansatt i spesialisthelsetjenesten vil nok også ha påvirket rapporten. Det vil fremgå at selvhjelpsgrupper anbefales brukt som en ressurs i tillegg til tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Imidlertid er selvhjelpsgrupper en åpent tilgjengelig og lokalsamfunnsbasert ressurs, og kan derfor selvsagt brukes uavhengig av behandlingstiltak i spesialisthelsetjenesten.

Det er forfatterens håp og ønske at rapporten kan være et utgangspunkt for en diskusjon om en mer aktiv bruk av selvhjelpsgrupper i vårt helsesystem.

Disposisjon

Rapporten vil først kort introdusere temaet selvhjelpsgrupper i rusfeltet, dernest gå gjennom forskning om virksomme mekanismer og studier om nytten av å delta (effektstudier). Til slutt kommer forslag til tiltak på systemnivå og på enhetsnivå (institusjoner og avdelinger).

Det er et bevisst valg å skrive om virkningsmekanismer i selvhjelpsgrupper først, selv om en normalt ville ha begynt med spørsmålet om det nytter å delta. Håpet er at en økt innsikt i virkningsmekanismer vil kunne føre til en større forståelse og interesse for den unike ressursen som selvhjelpsgrupper i rusfeltet utgjør.

Kort oversikt over selvhjelpsgrupper i rusfeltet

Rusmiddelavhengighet er et komplekst og gjennomgripende livsproblem. Dette kan lett observeres. For eksempel er tilbakefall etter behandling ikke uvanlig, og ofte er flere behandlingsperioder nødvendige. Det trenger ikke å bety at behandlingen var mislykket; kanskje er det heller vår oppfatning av problemets natur som må endres?

I forskningslitteraturen omtaler nå sentrale forskere rusavhengighet som et kronisk livsproblem, det vil si at en ikke nødvendigvis er "frisk" selv om en har vært avholdende fra rusmidler for en tid (2). Til grunn for en slik oppfatning ligger blant annet nyere nevrobiologisk forskning som viser at avhengighet fører til funksjonelle og strukturelle endringer i sentralnervesystemet (3). Det dannes hukommelses- og følelsesstyrte "spor" som fører til at en er sårbar i spesielle situasjoner, og risikoen for tilbakefall vil være tilstede over mange år. Behovet for langsiktig oppfølging og fortsatt støtte for å forebygge tilbakefall understrekes.

Behandlingsapparatets begrensninger og selvhjelpens muligheter

Med en slik oppfatning av problemet vil formelle behandlingstiltak sjelden kunne dekke behovet alene, nærmest uansett hvor mange ressurser som settes inn. Sannsynligvis er det heller ikke faglig ønskelig. Kroniske helseproblemer blir best håndtert i lavintensive opplegg som gir støtte over tid; gjerne organisert av frivillige organisasjoner eller som kommunebaserte tiltak (4;5).

I Norge har vi historisk hatt stor tro på at tunge tiltak skal løse et rusproblem, for eksempel lange institusjonsopphold. Slike tiltak kan ha den bivirkningen at brukeren stoler for mye på ytre støtte knyttet til å være i en beskyttet ramme, og han/hun får for lite trening og tiltro til å mestre livet uten disse rammene. Den rusavhengige skal tilbake til samfunnet igjen. For å øke sjansen for å lykkes, må behandlingstiltak på institusjon derfor følges av tilstrekkelige ettervernstiltak i overgangen til en normal tilværelse.

Her kommer selvhjelpsgrupper inn som en viktig supplerende mulighet. I motsetning til begrensninger i det offentlige behandlingsapparatet (ventetid, begrensning i kapasitet og tilmålt tid i behandling m.v.), er det ingen byråkratiske hindringer for å delta i selvhjelpsgrupper. De er gratis å bruke, de har god tilgjengelighet (i alle fall mange byer), og en kan delta så lenge en ønsker og føler behov for det. De kan brukes både før, under og etter behandling, men også uavhengig av offentlige tiltak. De tilbyr i prinsippet døgnkontinuerlig støtte, det vil si at en også utenom møtetider kan kontakte noen i gruppen og be om hjelp når en har det vanskelig og trenger å snakke med noen.

I enkelte land (spesielt USA) finnes det sterke faglige føringer om å anbefale pasientene å bruke de selvhjelpsgrupper som finnes for rusmiddelavhengige. De oppfattes derfor på en helt annen måte som et supplement i en ettervernsfase enn hva som er vanlig i Norge (6;7). Å informere om og motivere pasientene til deltagelse i selvhjelpsgrupper, oppfattes å være en mulighet til å hjelpe flere inn i, og vedlikeholde, et positivt forløp.

Rusmiddelavhengighet er sannsynligvis det helseproblemet som motiverer flest mennesker til deltagelse i selvhjelpsgrupper (8). Derfor ser en og at selvhjelp som fenomen har hatt en sterk appell og internasjonal utbredelse innenfor dette feltet (9). Det finnes mange forskjellige grupper, men de desidert mest utbredte er tolvtrinnsgruppene.

Tolvtrinnsgrupper

Anonyme Alkoholikere (AA) er kjent som den første selvhjelpsgruppe for personer med et rusavhengighetsproblem. AA og lignende grupper som har dukket opp senere har blitt kalt tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper, da de alle tar utgangspunkt i et 12-trinnsprogram som først ble utarbeidet av pionerene i AA. Oppstarten regnes fra 1935 i USA. I 1939 ble "Storboka" utgitt, som i dagens utgave har undertittelen: "Historien om hvordan tusener av menn og kvinner har gjenvunnet helsen etter alkoholmisbruk" (10). Boken består hovedsakelig av personlige historier, men inneholder også en sammenfatning av 12-trinnsfilosofien og en beskrivelse av de 12-trinn.

AA finnes nå i 181 land og har derfor vist seg å være tilpasningsdyktig og anvendelig i vidt forskjellige kulturer (11). For eksempel vokser AA i dag mest i Sør- og Mellom-Amerika, der det er mindre offentlige behandlingsressurser tilgjengelige enn vi er vant med i vestlige land. For alle de som ikke har råd til behandling har AA blitt den viktigste muligheten for å få hjelp.

AA anslås å ha over 90 000 grupper på verdensbasis med et samlet medlemstall på over to millioner (12). AA-fellesskapet er helt selvorganisert og brukerstyrt og har blitt vist betydelig interesse som sosial organisasjon. Blant annet finnes det en stor internasjonal multisenterstudie som beskriver AA som en prototyp på fenomenet selvhjelpsgrupper (11), og forskningen om AA er betydelig. Et søk på PubMed gir snart 1000 fagartikler (november 2009).

Etter hvert har det kommet til flere lignende bevegelser, mest kjent er Anonyme Narkomane (NA). Tolvtrinnsgrupper er tilnærmet like i funksjon og form, og forskning om AA vil derfor kunne ha gyldighet for de andre 12-trinnsgruppene.

En ikke uvanlig misforståelse om AA, er at noen omtaler deltagelse i AA som behandling. AA sin filosofi ble på 1950 tallet lånt og adaptert inn i en profesjonell behandlingssammenheng. Den profesjonelle behandlingsmodellen som oppstod har senere blitt kalt 12-trinnsbehandling eller Minnesota modellen og er svært dominerende i tolvtrinnsgruppenes hjemland, USA. Over 90 % av behandlingstiltakene der definerer seg som 12-trinnstiltak (13). Derfor kan en og si at rusfeltet er det området der brukernes egne løsninger og erfaringer har hatt størst gjennomslagskraft og innvirkning på det profesjonelle behandlingssystemet (14). I Norge er situasjonen annerledes; 12-trinns behandlingssystemer utgjør et mindretall (< 5 %) (15). De fleste av disse er helt eller delvis finansiert av pasienters egenbetaling, med unntak av for eksempel ARA SSHF, Trasoppklinikken og Kvinnekollektivet Arken, som er offentlige eller har avtale med helseforetak.

Utover at 12-trinnsbehandling er svært opptatt av å få pasienter i gang i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper, er der ingen formell tilknytning mellom de to nivåene (profesjonelt og frivillig nivå). De må derfor ikke forveksles. Det betyr og at en selvsagt kan bruke AA og NA uavhengig av om den initiale behandlingen er 12-trinnsbasert eller ikke.

AA ble etablert i Norge i 1946 og NA i 1990. Disse to fellesskapene har i dag til sammen cirka 300 ukentlige møter spredt over hele landet (16). Tolvtrinnsgruppene er de eneste selvhjelpsgruppene for rusmiddelavhengige som i dag har en tilnærmet nasjonal utbredelse². I tillegg finnes det 12-trinnsgrupper for pårørende i noen fylker (Al-Anon, Alateen-grupper (for ungdom og unge voksne), og VBA (Voksne Barn av alkoholikere)) (17).

Andre selvhjelpsgrupper

I USA har det etter hvert dukket opp flere alternativer til 12-trinnsgruppene, delvis som en reaksjon på elementer i 12-trinnsfilosofien, men selvsagt og ut fra at brukerne er forskjellige, og det er ønskelig med en større bredde av muligheter. Noen eksempler er *Rational Recovery* (RR) som bygger på kognitive prinsipper, *Secular Organization for Sobriety* (SOS) og *Women for Sobriety* (WFS) som tar avstand fra bruken av religiøst ladede begreper i 12-trinnsprogrammet (18). Som navnet selvsagt også sier, er WFS en kjønnsbasert gruppe. I motsetning til 12-trinnsgruppene, som ikke definerer hvordan den enkelte skal fortolke religiøst ladede begreper i sitt program, drar *Celebrate Recovery* (CR) i den andre retningen. CR er tydelig på sitt religiøse (kristne) livssynsgrunnlag. Ingen av de nevnte gruppene finnes i Norge, men behovet for opprettelse av tilsvarende grupper i Norge vil bli omtalt senere.

I Norge er selvhjelpsgrupper også sprunget ut fra brukerorganisasjoner, som for eksempel Landsforbundet Mot Stoffmisbruk (LMS), som har grupper for pårørende. I tillegg har Familieklubbene fått fotfeste i Norge. Familieklubbene drives med utgangspunkt i systemteori, der både den rusmiddelavhengige og pårørende møtes i grupper sammen med andre familier. De nevnte gruppene bygger i stor grad på gjensidighet og selvhjelpsprinsipper, men bruker *selvhjelpsledere* eller *klubbassistenter* for å lede gruppeprosessene. De har fått spesiell opplæring for å drifte gruppene, og har ikke nødvendigvis egenerfaring med det aktuelle problemet. Slike grupper må derfor defineres som *likemannsgrupper*³ eller *forsterket selvhjelp*⁴.

Det finnes også noen få andre grupper for rusmiddelavhengige i Norge, men de har relativt begrenset utbredelse. Et eksempel er Lenkene som har cirka 10 grupper lokalisert på Østlandet (21).

² Se også detaljert kartlegging i parallell delrapport fra NSF

³ *Likemannsgrupper* er ledet av en eller flere likemenn som har den samme sykdom eller lidelse, men som har bearbeidet sin situasjon og fått sitt problem på avstand slik at vedkommende kan veilede og hjelpe andre (19)

⁴ *Forsterket selvhjelp* er grupper som enten ledes av profesjonelle eller personer som ikke har samme sykdom/lidelse som målgruppen. De får gjerne ekstern veiledning eller opplæring i det å lede grupper (19). Internasjonalt blir slike grupper gjerne kalt støttegrupper (20)

Virksomme mekanismer ved selvhjelpsgrupper i rusfeltet

Kunnskapen om virksomme mekanismer i selvhjelpsgrupper baserer seg både på analytiske publikasjoner og studier. Det finnes svært mange perspektiver å ta utgangspunkt i, her nevnes noen få. Utgangspunktet for slike analyser og forsøk er for eksempel endringsteori (22), teori om gruppeprosesser (23), sosiale teorier (24), og teorier om egenkraftmobilisering ("empowerment") (25;26).

Selvhjelpsgrupper i rusfeltet har typisk et program som uttrykker gruppens tanker om rusproblemet og hvordan det kan håndteres. Det er og etablert en struktur for hvordan gruppen drives. Til sammen utgjør dette den felles forståelsesramme som gjør det mulig å drifte gruppen uten å ha en ytre strukturgiver, det som er fagpersonens rolle i en støtte- eller behandlingsgruppe. For å forstå forskningsfunn, følger derfor en kort beskrivelse av innholdet i tolvtrinnsgrupper, som et eksempel på hvordan selvhjelpsgrupper i rusfeltet kan fungere.

Kort om innholdet i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper

Tolvtrinnsgruppene har bevist sin levedyktighet ved at de har eksistert i snart 75 år (AA er den eldste) og at de har hatt en enorm vekst og utbredelse. Mye av nøkkelen bak suksessen ligger nok i at gruppene har en tydelig strategi for å løse et avhengighetsproblem (de 12-trinn), og at de har et sett av enkle retningslinjer for hvordan fellesskapet skal drives (de 12 tradisjoner). Slike tydelige rammer innenfor en selvhjelpsorganisasjon gjør det og enklere å etablere nye grupper.

De 12 trinnene består i å innrømme at man har et rusproblem, søke hjelp, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, og arbeide med andre rusavhengige som ønsker å komme seg ut av problemene.

Den primære funksjonen i 12-trinnsgrupper er gruppemøtene. Den eneste forutsetningen for deltagelse i AA/NA er et ønske om å slutte å bruke rusmidler. Målet er totalavhold, men en kan delta selv om en ikke er rusfri. Deltagere er velkommen tilbake på ethvert tidspunkt etter et eventuelt tilbakefall til rus. Terskelen for deltagelse er altså lav. Dersom en er påvirket av rusmidler, blir en bedt om å lytte og ikke dele sine erfaringer i ruset tilstand. En blir regnet som fullt medlem likevel, medlemskap knyttes til ønsket om å slutte å bruke rusmidler (10). For øvrig er det ikke medlemskap i vanlig forstand vi snakker om. Det er ingen registrering og ingen kontingent. Har du et rusproblem og møter opp, så er du en del av fellesskapet.

Møtene ledes av medlemmene selv, og den enkelte deltar etter tur ved å fortelle om egne erfaringer med å ha et rusproblem og hvordan en har fått hjelp til å håndtere livet uten rus. En deler "erfaringer, styrke og håp". Normen er å aldri konfrontere andre direkte i gruppemøter; der er ingen direkte dialog som i en behandlingsgruppe (11). Slik er det fritt opp til deltagerne å bestemme hva en tar til seg ved å lytte til hva en kan kjenne seg igjen i og lære av andres historie. Gruppene preges altså av en sterk narrativ tradisjon, det vil si

bruk av fortellinger med utgangspunkt i egne opplevelser (27). "Sponsor" er og en viktig funksjon, det vil si en fadderordning der nye medlemmer kan be mer erfarne om individuell støtte og oppfølging.

Organisasjonsmessig er 12-trinnsgrupper styrt fra bunnen av. Den enkelte gruppe styrer i prinsippet seg selv unntatt i saker som også vedrører andre grupper eller fellesskapet som helhet. Start av nye grupper skjer gjerne via knoppskyting eller ved at noen på et nytt sted finner sammen og bare starter opp.

AA og NA tar ikke mot økonomisk støtte fra noen utenforstående. Begrunnelsen er at de ønsker å ta ansvar selv, og vil ikke bli avhengige av noen. De som deltar legger noen kroner i "hatten" ettersom de har råd til, for å dekke utgifter til leie av lokaler m.v.

Endringsteoretiske betraktninger

I motsetning til en brukerorganisasjon som ofte har et ytre hovedformål (for eksempel å være talerør for brukergruppen mot politikere og samfunnet), er hovedformålet for en typisk selvhjelpsgruppe i rusfeltet et indre anliggende; nemlig personlig endring for å løse rusproblemet (20)⁵. De vanlige gruppene i rusfeltet har derfor en spesifikk strategi for hvordan en slik personlig endring kan skje, uttrykt gjennom et program eller programerklæring. Eksempler på slike er det nevnte 12-trinnsprogrammet og New Life-programmet til Women for Sobriety (28). Slike program foreslår både kognitive (tankemessige) og atferdsmessige (handling) endringsstrategier.

DiClemente (22) og Olson et al. (29) analyserer AA i lys av den transteoretiske endringsteorien (transtheoretical model of change; TTM)⁶. Begge viser at mekanismer både ved 12-trinnsprogrammet og ved aktiviteter i disse fellesskapene bidrar positivt i et endringsperspektiv. Et eksempel er TTMs oppfatning av at endring må foregå på flere nivåer ("levels of change") for å bli varig. Det er ikke nok å bare sette flasken "på hylla". Det er det ytre nivået. Hvis en bare holder seg på dette nivået, kalles det i AA å gå på "hvite knoker", det vil si at en krampaktig forsøker å holde seg edru, men det skjer ingen underliggende personlig utvikling. For å holde ved like et edruskap over tid, må endringen integreres i personligheten på et dypere plan. Noe som bidrar til en slik integrasjon er forslaget om å foreta en moralsk "selvangivelse" (trinn 4 i 12-trinnsprogrammet; "moral inventory"). Hva er det med mine verdier og væremåter som vedlikeholder og utsetter meg for negative mønstre i livet? En oppfordres til å dele denne selvevalueringen med en annen i fellesskapet som en har tillit til (trinn 5), oftest en sponsor. Da kan en ytterligere få øynene opp for de mønstrene som har vært, og se på hva en må endre for å bryte ut av negative sirkler.

Snow et al. undersøkte slike endringsmekanismer ved AA deltagelse, og så at de som deltar regelmessig i AA har høyere skåre på positive endringsvariabler ("processes of change") beskrevet i TTM (31). En slik variabel er *bevisstgjøring* ("consciousness raising"); at problemet er mitt, og jeg ser at det er alvorlig nok til at jeg må gjøre noe med det. Normalt

⁵ Se også beskrivelse av fokus for selvhjelpsgruppearbeid i Nasjonal Plan for selvhjelp (19)

⁶ I Norge er denne teorien kjent som "motivasjonshjulet" m.v., og er blant annet beskrevet av Barth et al. (30)

vil bevisstheten om et problem avta etter en tid når en har lært å håndtere det. Flere mekanismer i tolvttrinnsgrupper motvirker dette, for eksempel den gjentatte erkjennelsen av at " jeg er rusavhengig", de tilbakeskuende fortellingene om "hvordan det var før", og møtet med nykommere som står midt opp i problemene. Alt dette bidrar til at en ikke glemme sin egen historie og sin sårbarhet i forhold til rusmidler. Det at bevisstheten om problemet fortsatt holdes høyt fungerer derfor som et kognitivt forsvar mot tilbakefall.

New Life-programmet til Women for Sobriety (WFS) fokuserer annerledes enn 12-trinnsprogrammet. Det tar utgangspunkt i feministisk teori og bygger på oppfatningen om at utvikling av rusavhengighet fører til unike og annerledes opplevelser for kvinner enn for menn (32). I motsetning til 12-trinnsprogrammet inneholder de 13 utsagnene ingen atferdsforslag (28). De består kun av utsagn som kan endre tenkning (kognisjon) og dermed endre oppfatningen av seg selv og sitt eget mestringspotensiale. Fokuset er å bedre selvbildet og gi større tro på egen mestring. I likhet med 12-trinnsprogrammet handler det første utsagnet om å erkjenne sitt problem, men det er formulert på en mer positivistisk måte ("I have a life-threatening problem that once had me. I now take charge of my life. I accept the responsibility"). WFS sitt program kan derfor stå som et eksempel på et alternativ til 12-trinnsgruppens endringsstrategi.

Den spesielle strategien for å løse rusproblemet som de typiske selvhjelpsgruppene i rusfeltet har, er altså en viktig komponent for å løse målsetningen. For denne populasjonen er det derfor ikke uten videre en løsning bare å samle noen til felles samtale og håpe på det beste. Dersom gruppen ikke har en klar strategi/filosofi, vil gruppens arbeid sannsynligvis bli konturløst og gruppen vil oppløses.

Teorier om gruppeprosesser

Andre forskere har tatt utgangspunkt i Yaloms teorier om gruppeterapeutiske virkningsmekanismer når de skal analysere prosesser i selvhjelpsgrupper (23;33). Her er en kort beskrivelse av hva som ansees å være de viktigste faktorene for selvhjelpsgrupper i rusfeltet (20):

Normalisering/universalisering: Å kunne mestre livet sitt er en av de viktigste verdiene vi har som mennesker. Opplevelsen av ikke klare å mestre sin livssituasjon vil gjerne føre til skamfølelse og tanken om at "jeg er et dårlig menneske" er nærliggende. Det å da kunne lytte til andre som har vært "i samme båt" kan føre til betydelig lindring, skape en opplevelse av tilhørighet og føre den lidende "tilbake til menneskeheten"⁷.

Perspektivet utvides og en ser at "Jeg er ikke alene i verden som har hatt det slik". De vanskelige livserfaringene en har hatt er også en del av den menneskelige erfaringssfære.

Similarity of suffering from a specific common problem creates environments with a high frequency of expressed empathy.

⁷ Se tekstboks med sitat fra Goodman et al. (1994). The self-help, mutual-support group. In A. Fuhriman & G. Bulingame, *Handbook of comprehensive psychotherapy* (s. 501).

Selvfordømmelsen slipper lettere taket og en får krefter til å ta fatt på problemløsende tiltak.

Installering av håp. Det er flere forhold ved selvhjelpsgrupper som øker troen på at endring er mulig. Borkman (34) har lansert begrepet "experiential power", det vil si den spesielle erfaringen og kunnskapen en har tilegnet seg når en har levd gjennom og lært å håndtere et problem. Denne erfaringskunnskapen skiller seg fra ekspertisen til den profesjonelle fagpersonen. I selvhjelpsgrupper vil det å ha slik positiv erfaringskompetanse være vel så høyt verdsatt som profesjonell kompetanse (35). Personer som viser med livet sitt at endring er mulig, er sterke formidlere av håp til andre. Her kommer også den narrative tradisjonen i selvhjelpsgrupper inn (27). En nykommer kan kjenne seg igjen i "hvordan det var før"- delen av fortellinger. De innser at veteranen ⁸ har vært i samme desperate situasjonen som det nykommeren opplever seg i, og de får håp når de hører "hvordan det er nå"- delen av veteranens historie; det vil si hvordan livet har endret seg til det bedre.

Altruisme innebærer å gi hjelp til andre, uten tanke om egen vinning (20). Ettersom genuin selvhjelp innebærer både å få og å gi hjelp, vil selv relativt nye medlemmer kunne få oppleve å hjelpe andre, for eksempel gjennom at en har delt en erfaring på et møte ("Det du sa der var en påminnelse for meg også. Takk!"). Tolvtrinnsgruppene har flere faktorer som fremmer denne å gi hjelp til andre – funksjonen. Et innarbeidet system med fadderordning (sponsor) er nevnt. I tillegg har disse fellesskapene en kontakttelefon som en kan ringe til. De har da en liste av frivillige som går ut og samtaler med de som har ringt og tilbyr følge til møter og lignende. Noen går og fast til institusjoner (behandlingsinstitusjoner og fengsel) hvor de forteller om fellesskapet og hvordan de selv har fått hjelp. Det gjøres altså en betydelig altruistisk innsats. Merkelig nok begrunnes denne innsatsen med det motsatte; nemlig egen nytte. Utadrettet virksomhet til de som fortsatt lider fremheves som nødvendig for å holde seg selv nykter (10). Riessman kaller dette fenomenet ved selvhjelpsgrupper for "hjelper paradokset". Ved å gi hjelp til andre, er det seg selv en hjelper mest. Zemore et al. har bekreftet fenomenet (36). Å hjelpe andre bedrer egen prognose. Det gir positive ringvirkninger for eget selvbilde, den sosiale statusen øker og engasjementet i egen tilfriskning ⁹ styrkes.

Sosiale teorier

Den viktigste begrensningen som profesjonelle tiltak har er evnen til å bygge opp gode rusfrie sosiale nettverk rundt den rusmiddelavhengige etter behandling. Denne faktoren er en av de mest essensielle for å lykkes i å etablere en rusfri tilværelse. Spesielt gjelder dette for de som har mye støtte for fortsatt rusbruk i sitt tidligere nettverk (37). De som deltar i AA/NA får et større nettverk av rusfrie venner (38;39). En ny systematisk oversikt viser at AA sin betydning som et støttende rusfritt nettverk er en av de mest sentrale årsakene til fellesskapets suksess (40).

⁸ Veteranbegrepet er særpreget for rusfeltet. Innenfor andre felt opererer en gjerne med grupper som er ment å fungere for begrensede perioder, til håndtering og livsendring er oppnådd.

⁹ *Tilfriskning* er det ordet som AA/NA-gruppene bruker om frigjøringsprosessen i forhold til avhengighetsproblemet. Det engelske begrepet er *recovery*.

Det er forskjellige mekanismer som ligger bak. Moos forklarer det ut fra sosial kontroll- og læringsteori (24). Selvhjelpsgrupper kan være en sosial treningsarena, men de kan delvis også erstatte den normative funksjonen som vanlige samfunnsinstitusjoner skulle ha hatt (familie, skole etc.). Ikke bare kan en få råd, støtte og veiledning til å håndtere konkrete problemer. Tilhørighet til en selvhjelpsgruppe gir og mulighet til å få korrigerende på atferd og verdier, og de kan dermed betraktes som normative samfunn (41). Et eksempel er at mange narkomane har vent seg til en kriminell livsstil for å skaffe stoff (42). Dette vil ikke nødvendigvis forsvinne automatisk selv om en forsøker å leve rusfritt. Restrukturering av verdioppfatninger er derfor viktig for å få en god integrering i det vanlige samfunnet igjen. En vil da unngå konflikter og risikosituasjoner som potensielt kan føre en tilbake i gamle mønstre også når det gjelder rusbruk.

Sosial læringsteori sier at utviklingen av et rusproblem kan være en funksjon av de rollemodeller en har hatt og de forventninger en har fått til det å ruse seg (43). For å motvirke og justere slike ofte sterkt integrerte faktorer, trenger en positive rollemodeller på det motsatte; noen som kan vise at det er fullt mulig å få og ha et godt liv uten å bruke rusmidler.

Sosiale teorier forteller altså at normdannelse og å ha positive rollemodeller er viktig. Slike faktorer virker *målstyrende* ("goal direction") (24). I 12-trinnsgrupper er den overordnede målsetningen totalavhold. Selv om tilbakefall blir oppfattet som en del av problemet, ligger alltid totalavholdsmålsetningen i bunn. Et eksempel er NA sine klare og gjentatte repetisjon av at "Alkohol er også et rusmiddel" (44). Selv om mange narkomane i utgangspunktet ikke oppfatter at alkohol er et problem for dem, tilsier erfaringer i NA at alkohol lett fører en tilbake til et bruksmønster av illegale rusmidler. En norsk studie støtter dette og viser at alkohol var involvert i 2/3 av tilbakefallene til illegale rusmidler hos stoffavhengige etter behandling (45).

Den avholdsspesifikke støtten som en kan få fra venner i typiske selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige er altså en av de viktige komponentene for fortsatt å klare å holde seg rusfri (39). En kan tenke seg at de med et avhengighetsproblem også kan delta i generelle grupper som består av mennesker med annen problematikk enn rus, men først og fremst trenger rusmiddelavhengige spesifikke strategier og støtte i forhold til rus (46). "First thing first", sier et slagord i NA. Da ligger det underforstått at andre viktige ting kan komme på plass etter hvert.

På en helt annen måte enn de som ikke har hatt et rusproblem, kan venner i slike grupper ofte kjenne igjen faresignalene som viser seg hos deltakere utsatt for å ta et tilbakefall. Eventuelle tilbakefall kan derfor noen ganger unngås.

Dette er viktig! Hvis en kan hente seg inn igjen, kan et tilbakefall være en erfaring som kan gi lærdom og føre til ny innsikt (30;45). Men tilbakefall kan og gi en sterk opplevelse av nederlag og føre til at en vil gi opp. I tillegg kan det utgjøre en ikke ubetydelig mortalitetsrisiko for rusmiddelavhengige. I en norsk studie med 114 pasienter som hadde vært i behandling, var 6 døde på grunn av rusrelaterte dødsfall to år etter behandling (47). Det er et høyt tall med tanke på at gjennomsnittsalderen var 39 år.

Egenkraftmobilisering ("empowerment")

Å delta i selvhjelpsgrupper vil kunne motvirke mulige farer ved bare å motta offentlig behandling. Det å bare være i en mottakerrolle vil kunne føre til at en passiviseres eller får en overdreven forventning til at andre skal ordne opp i mine problemer. I en selvhjelpsgruppe blir en person med et problem betraktet som en mulig ressurs og en som potensielt kan hjelpe andre i samme situasjon. Deltageren vil i ett øyeblikk motta hjelp og i neste kunne gi hjelp. I motsetning til profesjonell behandling, hviler altså selvhjelpsprinsipper på gjensidighet (48). En får da mulighet til også å prøve ut å være i hjelperrollen, med de positive ringvirkningene det kan ha for eget selvbilde ¹⁰.

I tillegg til at rollen en har i selvhjelpsgrupper er annerledes, ligger det og mange andre tydelige forskjeller fra det å få behandling. I stedet for å bli innkalt til en time, må en aktiv bestemme seg selv å gå til et møte. "Bruk beina" er et slagord i AA/NA. I stedet for passivt å vente på behandling, kan en aktivt oppsøke en selvhjelsmulighet i ventetiden. I motsetning til i en behandlingsgruppe, er det ingen som ber deg om å snakke (dele). Det er opp til deg selv. Du kan velge å sitte og bare lytte til andre. Sannsynligheten for å få tilhørighet og få mer ut av deltagelsen er større jo mer en engasjerer seg. For de som ikke føler seg klar til å snakke i selve gruppemøtene, finnes det i AA og NA praktiske tjenester som å sette frem stoler, koke kaffe etc. Slike oppgaver gir også en følelse av å være til nytte for det felles formålet, nemlig å hjelpe hverandre.

Tårer og svette er begge våte og salte, men de produserer forskjellige resultat. Tårer fører til sympati og beveger andre til å gjøre noe for deg, men svette fører til endring.
Jesse Jackson

Deltagelse i selvhjelpsgrupper gir altså en større mulighet for egeninitiert aktivitet enn det å være i behandling gir. Når da de positive endringene begynner å vise seg, gir det gode tilbakemeldinger til eget selvbilde, og fører til økt opplevelse av og tro på å kunne mestre sin egen livssituasjon.

Essensen i selvhjelpfilosofi er altså fokus på den potensielt indre styrken hos individet/gruppen/fellesskapet, og står i kontrast til at hjelp skal gis utenfra. Angstringens definisjon av selvhjelp er en nydelig beskrivelse av visjonen om økt fokus på den ressursen som ligger hos brukerne selv: *"Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt, og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv"* (49, s. 57).

¹⁰ Se om "hjelper paradokset" på s. 9

Hjelper det å delta i selvhjelpsgrupper i rusfeltet?

Forskjellen mellom behandlings- og selvhjelpsforskning

Å forske på effekten av å delta i selvhjelpsgrupper byr på metodiske problemer og vil ikke nødvendigvis kunne gi entydige svar slik en forventer seg fra behandlingsforskning. Det er de strenge metodekravene for når en kan si at en har et årsaks- og virkningsforhold som ligger bak dette. Når en skal vurdere effekten av et behandlingstiltak, er det studier med randomiserte kontrollerte design (RCT) ¹¹ som er det mest anerkjente. At en behandling har gått gjennom en slik undersøkelse, er grunnlaget for å vurdere om den kan kalles evidensbasert eller ikke.

En kritikk en kan høre fra fagpersoner om selvhjelpsgrupper, er at de ikke er evidensbaserte tiltak og de blir derfor devaluert (11). Det som da ofte ligger under, uten at en tenker over det, er at selvhjelpsgrupper ikke har like gode eller bedre resultater enn et behandlingstiltak (9). Er dette en rimelig sammenligning? Kan en sammenligne et behandlingstiltak som har mange høyt kvalifiserte fagpersoner og får millioner av kroner fra det offentlige, med en selvhjelpsgruppe som kun drives på frivillighet og baserer seg på brukerne selv? I et kost-nytte perspektiv vil jo egentlig enhver positiv endring, selv om den ikke er så stor eller gjelder alle som deltar, være nok til å si at selvhjelpsgruppen er et positivt tiltak. Tolvtrinnsgruppene får ikke, og vil heller ikke ta i mot en krone fra det offentlige.

Dette enkle faktum; at selvhjelpsgrupper ikke er behandling, er det flere forskere som rett og slett overser, og ikke reflekterer over. De legger ukritisk kriterier fra behandlingsforskningen til grunn når de vurderer selvhjelpsgrupper. Egentlig er det som å sammenligne "hummer og kanari". Det skulle bare mangle at behandling burde gi bedre resultater. Hvis det viser seg at en selvhjelpsgruppe gir tilnærmet de samme resultatene som et svært kostnadskrevenende behandlingstiltak, fristes en til å tenke at bevisbyrden heller burde ligge på behandlingstiltaket for å forsvare sin fortsatte eksistens.

En slik konkurranse mellom behandling og selvhjelpsgrupper er et lite fruktbart utgangspunkt. I et helsetjenesteperspektiv burde en heller forstå de to nivåene (profesjonelt og frivillig nivå) som komplementære til hverandre som sammen kan føre til et bedre forløp for den enkelte pasient (29;51).

Spesielle forhold ved forskning på selvhjelpsgrupper

Når en skal vurdere effekten av å delta i selvhjelpsgrupper, er det noen faktorer det er viktig å være klar over. Det første er hvilken "dose" deltagelse en snakker om. Tidlige studier

¹¹ Randomisering innebærer at det må være tilfeldig hvilken intervensjon en får. Dette gjøres for å sikre en rettferdig sammenligning mellom av to behandlinger, eller behandling og en kontrollgruppe. Hensikten med randomisering er å sikre seg mot systematiske forskjeller mellom gruppene (50)

om selvhjelp tok lite hensyn til dette. Var en registrert som deltager ved et tidspunkt, var det nok. Det var lite spørsmål om hvor mange ganger en deltok eller hvor involvert en var.

Det er fritt frem å delta i selvhjelpsgrupper bare en har det aktuelle problemet som gruppen er til for, og det er typisk ingen registrering eller kontroll av oppmøte. Tolvtrinnsgruppene har for eksempel et anonymitetsprinsipp; ingen utenforstående skal vite hvem som deltar. Dette gir en lav terskel for deltagelse, men samtidig lav terskel for å droppe ut. Mange har bare vært innom noen få møter for så å bli borte. Dersom rusproblemet vedvarer eller blir verre, kan det hende at de kommer tilbake ved et senere tidspunkt. Nyere studier legger vekt på å måle både hvor mange ganger og hvor langvarig deltagelsen har vært, men også hvor mye en har involvert seg. Da blir det mulig å vurdere hvor mye deltagelse som skal til for å få en positiv effekt.

Effektforskning om AA og tolvtrinnsgrupper

Etter en slik innledende refleksjon om metode, som etterspør et mer nyansert syn på forskning om selvorganiserte selvhjelpsgrupper¹², vil jeg gå gjennom det viktigste av det som finnes av effektforskning. AA er som nevnt desidert mest forsket på.

De første systematiske oversiktene med metaanalyse om effekt av AA oppsummerte den tidlige AA-forskningen (52;53). De fleste studier en fant var naturalistiske¹³ og hadde ofte et svakt design. For å kompensere for svakheter ble studiene vektet i forhold til kvalitet. Det viste seg at studier med best design i større grad rapporterte positive resultater. Summert viste analysene en moderat positiv effekt av deltagelse.

Kritiske røster har angrepet resultatene fra naturalistiske studier med å si at det dreier seg om selvseleksjon, for eksempel at det er pasienter med best prognose som fortsetter å delta. Generelt kan en si at selvseleksjon av motiverte pasienter med en i utgangspunktet god prognose fører til overestimert positiv effekt i favør av selvhjelpsgruppedeltagelse. Det kan med andre ord ikke forventes at alle pasienter (uavhengig av motivasjon og ønske om deltagelse) skal få samme gode effekt (54).

Selvmotivasjon er altså en positiv prognostisk variabel. Det betyr imidlertid ikke at de som oppsøker selvhjelpsgrupper har en lett problematikk. En ser gjerne sammenheng med at en tilstand er alvorlig (for eksempel alvorlighetsgrad i rusproblematikk og sosiale forhold), og sterkere motivasjon for endring/deltagelse i selvhjelpsgrupper (55;56). Det er flere studier som tilsier at de med høyest alvorlighetsgrad faktisk får mest utbytte av deltagelse i AA/NA. For eksempel fant Timko et al. at de med minst utdanning, ustabile arbeidsforhold, og med minst kommunikativ kompetanse, hadde sterkere korrelasjon mellom deltagelse og reduksjon i rusbruk (57). Disse pasientene kan ha hatt færre tilgjengelige sosiale ressurser og

¹² Støttegrupper med en fagperson til stede er det lettere å forske på, for eksempel ved at den samme fagpersonen er deltagende forsker

¹³ En *naturalistisk* studie innebærer å følge ett utvalg og så undersøke hvordan det går. En naturalistisk studie har ingen kontrollgruppe.

så flere fordeler av fellesskap og støtte for avholdenhet som 12-trinns gruppemedlemmer gir. Slike pasienter ville i utgangspunktet vært oppfattet å ha en dårlig prognose.

Senere på 90-tallet tok en i bruk nyutviklede statistiske metoder for å eliminere eventuelle positive skjevheter i utvalgene. Likevel så en at gruppedeltagelse og grad av involvering var de beste forklaringsvariablene for et godt resultat (58;59).

Kownacki & Shadish gjorde i 1999 en ny metaanalyse som kun inneholdt de få kontrollerte¹⁴ studiene som fantes (60). De konkluderte med at deltagelse i AA er verre enn å ikke delta i noe. Denne studien har blitt mye henvist til som et bevis på at deltagelse i AA ikke har en effekt. Ved nøyere gjennomgang viser det seg at de studiene som viste en negativ effekt, gjaldt personer som var dømt ved rettslige vedtak til å delta i AA. En slik rettspraksis finnes i noen amerikanske stater, og blir blant annet brukt ved promilledom. En studerer da i realiteten noe helt annet enn frivillig deltagelse.

Å bruke randomiserte studier der en *direkte* trekker noen til å gå i en selvhjelpsgruppe og andre til å la være, er en dårlig løsning. Slike studier vil som Kownacki & Shadish viser bestå av utvalg som er tvunget til deltagelse. Det en da oppnår er å forstyrre selve mekanismen som gjør at en selvhjelpsgruppe virker. Virkningen kan ikke forstås uavhengig av medlemsegenskapene, for eksempel gruppemedlemmenes motivasjon. Dersom en gjennom forskning eller annen type kontroll endrer inntaket i gruppen, vil en endre egenskapene ved medlemsmassen. En vil da få personer inni gruppen som ikke bidrar positivt til endring (eller til og med bidrar negativt), og resultatet av slik forskning vil være en underestimering av effekten i forhold til en normalt sammensatt gruppe (54). Kownacki & Shadish sin analyse er likevel nyttig; praksisen med å dømme noen til å gå i AA er det lite støtte for. De så også at deltagelse i AA kombinert med behandling er bedre enn AA alene.

De siste 10-15 årene har forskningen på tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper økt i omfang, kvalitet og bredde. Den mest kjente studien er Project Match, som er en av de største randomiserte behandlingsstudiene som finnes innenfor mental helse og rusfeltet (n=1726). Her ble den nyutviklede Twelve Step Facilitation (TSF) metoden sammenlignet med anerkjente behandlingsmodeller som kognitiv atferdsterapi (CBT) og motivasjonsrådgivning (MET)¹⁵. TSF går ut på å legge til rette for og motivere pasienter til å delta i AA/NA.

Det som er annerledes med TSF i forhold til å *direkte* fordele personer til en selvhjelpsgruppe, er at en fordeler pasienter til en selvhjelpsgruppe *indirekte* via en motivasjonsbasert intervensjon. Det er da i realiteten en kombinasjon av motivasjonsarbeidet i helsetjenesten og deltagelsen i selvhjelpsgruppen en måler effekten av. En slik metode vil ikke forstyrre den normale prosessen i selvhjelpsgruppen (54). En ser om det er mulig å motivere flere til å delta og om dette i neste omgang fører til bedring på utfallsmål, for eksempel reduksjon i rusbruk. TSF og lignende intervensjoner er normalt korte

¹⁴ En *kontrollert studie* er enten en randomisert studie (se fotnote 11), eller en studie der en finner en sammenligningsgruppe som er mest mulig lik (quasi-experimentelle studier)

¹⁵ Originalt kalles en slik intervensjon "Motivational Interviewing", i Project Match kalt "Motivational Enhancement Therapy" (MET). I Norge er modellen kjent som "endringsfokusert rådgivning" (30)

intervensjoner og hovedmålsetningen er å etablere pasienter i selvhjelpsgrupper. Derfor vil slike intervensjoner også gi sterke indikasjoner på om selvhjelpsgruppen har en selvstendig effekt.

De tre behandlingsmodellene i Project Match hadde tilsvarende behandlingseffekt på de fleste utfallsmål. Det ble imidlertid gjort interessante funn vedrørende TSF. Ikke bare økte TSF deltagelsen i AA, men en så det samme i denne kontrollerte studien som i tidligere naturalistiske studier; høyere AA deltagelse var assosiert med redusert alkoholbruk, både 3, 6 og 15 måneder etter behandling (61). Når det gjaldt rusfrihet så en at TSF var signifikant bedre enn CBT og MET. Så lenge som 3 år etter oppstart var forskjellen 36 % rusfrie siste 3 måneder for TSF versus 27 % og 24 % for henholdsvis MET og CBT (62). Selv om CBT og MET som metoder ikke oppfordrer spesielt til AA-deltagelse, så en at de pasientene som fikk slik behandling og deretter deltok i AA, hadde en tilsvarende korrelasjon mellom AA-deltagelse og positive resultater. Deltagelse i AA ser derfor ut til å være gunstig uavhengig av hvilken behandlingsmodell som ligger i bunn.

Delvis som følge av resultatene fra Project Match er det blitt en selvfølge å kontrollere for selvhjelpsgruppedeltakelse i alle studier som har med behandlingsforskning å gjøre. Forskjeller i slik deltagelse antas å kunne forklare en del av variasjonen en ser på endringer i rusbruk m.v. (63).

Det finnes etter hvert mange kontrollerte studier som drar i samme retning (64-68), men bildet er ikke entydig. Andre studier som sammenligner for eksempel CBT og TSF eller TSF lignende intervensjoner mot en kontrollgruppe, finner ikke forskjeller, verken når det gjelder selvhjelpsgruppedeltagelse eller andre utfallsmål (69-71). Et springende punkt ser ut til å være i hvilken grad en lykkes i å etablere pasientene i AA/NA mens de fortsatt er i behandling (61). At pasienter skal begynne å delta i grupper etter avsluttet behandling, viser seg å være vanskeligere å få til (70).

Den siste metaanalysen som er kommet er en Cochrane oversikt fra 2006. Den handler både om AA (selvhjelpsgruppen) og TSF (den profesjonelle intervensjon) (72). På bakgrunn av de studiene som er nevnt over er det overraskende å se konklusjonen i Cochrane oversikten. Den sier at det trengs mer forskning for å fastslå om deltagelse i AA er nyttig. Forfatterne gjør nok en god metaanalyse, men dessverre har de ikke den samme forståelsen for selvhjelp som fenomen som er gitt uttrykk for i denne rapporten. Som tidligere argumentert for bør en ikke stille de samme kravene til selvhjelpsgrupper som til behandlingstiltak før en anbefaler dem. På grunn av de enorme forskjellene i kostnader for det offentlige, bør en være aktiv med å anbefale selvhjelpsgrupper så sant det er sannsynliggjort at de bidrar i positiv retning.

Cochrane oversikten har da også fått kritikk for å blande nivåene. Den frivillige gruppen AA omtales som "behandling" og TSF og AA blandes sammen. Oversikten har og fått kritikk for konklusjonen sin om AA (73). At TSF som behandlingsmetode ikke viser seg å være udelte bedre enn tilsvarende behandlingsintervensjoner, burde ikke føre til at en er passiv når det gjelder å anbefale pasienter å delta i selvhjelpsgrupper. Et av de viktige argumentene i en slik helsepolitisk debatt er kost-nytte perspektivet.

Alle de ovennevnte kontrollerte studiene viser den store interessen for å utarbeide intervensjoner med hovedmålsetning å øke deltagelsen i tolvtrinnsgrupper. En medvirkende

faktor har vært stadige innstramninger når det gjelder bruk av ressurser på behandling. Et helsesystem vil da gjerne se etter løsninger som kan kompensere for redusert kapasitet i behandlingssystemet uten at kostnadene økes, som for eksempel selvhjelpsgrupper (26).

Kost-nytte studier når det gjelder bruk av selvhjelpsgrupper i rusfeltet har sammenfallende konklusjon. De viser at økt deltagelse i selvhjelpsgrupper reduserer bruken av formalisert behandling samtidig som en finner reduksjon i rusbruk (74;75).

Norske studier

Norske studier om selvhjelpsgrupper i rusfeltet er det lite av. Sextons studie fra Nord-Trøndelag fant at deltagelse i AA som ettervern var assosiert med en mer gunstig status, det vil si mindre drikking og bedre psykologisk fungering (76).

En nyere studie med halvparten alkoholavhengige og halvparten stoffavhengige (n=114) viste at 38 – 58 % fortsatt gikk regelmessig i AA og NA så lenge som to år etter at behandling var avsluttet (47). Dette var en naturalistisk forløpsstudie som viste at rusfrihet siste halvår blant dem som fortsatt deltok var 81 %, mot kun 26 % av de som ikke deltok. En slik studie kan ikke slå fast at det er en årsakssammenheng, men studien fant ved analyse av bakgrunnsvariabler ingen andre forklaringer enn selvhjelpsgruppedeltagelse på forskjellen i andelen som var rusfrie.

Denne studien viser og hvor høy andel deltagelse en kan oppnå ved å begynne mens en ennå er i behandling (38 – 58 %). De som begynner med deltagelse i grupper allerede under behandlingen, har en klart høyere frekvens og involvering i en ettervernsfase (61). En kan lett se mulige årsaker til dette. For mange kan det virke skremmende og være en for stor sosial terskel å gå alene etter at en er utskrevet. Hvis en legger til rette for at flere pasienter kan gå sammen til gruppemøter fra en behandlingsinstitusjon, kan de rekke å bli kjent og få tilknytning til gruppene før utskrivning.

Oppsummering om effekt av 12-trinnsgrupper

En oppsummering av norske og internasjonale studier tilsier at det er liten tvil om at de som involverer seg i AA/NA har god nytte av dette (77;78). Det finnes flere sterke, randomiserte studier som viser at behandlingsmetodikk som fremmer og vektlegger deltagelse i tolvtrinnsgrupper øker deltagelsen i AA/NA, og slik deltagelse medierer positive behandlingsresultater (63). Tilknytning til selvhjelpsgrupper er altså ikke bare avhengig av pasientens egenmotivasjon, men er en atferd som behandlere kan påvirke positivt gjennom informasjon og motivasjonsarbeid.

Forskning om andre grupper enn tolvtrinnsgruppene

Familieklubbene ("Club of treated alcoholics"; CTA) kommer egentlig fra det gamle Jugoslavia, og begynte som grupper ledet av profesjonelle (9). CTA-gruppene har etter hvert blitt mindre avhengig av profesjonelle og blir i dagens modell gjerne drevet av

klubbassistenter med spesiell opplæring. Gruppene spredte seg etter hvert til Italia hvor de i dag har flere medlemmer enn AA og nyter stor anerkjennelse. Det spesielle med CTA er at de pårørende deltar i samme gruppe som den som har alkoholproblemet. Sosial kontrollteori er et viktig element for effekten av CTA ¹⁶.

Det finnes noe forskning om familiekubbene, men den er helst av eldre dato (før 1990) og er på vanskelig tilgjengelige språk (for eksempel italiensk). Med forbehold om at metoden er noe uklart beskrevet, viser en nyere artikkel at deltagelse i familiekubber er bedre enn tradisjonell familierterapi når det gjelder reduksjon i alkoholbruk hos medlemmet med alkoholproblem (79).

Om de amerikanske alternativene til 12-trinnsgrupper finnes det en del forskning, men siden de ikke finnes i Norge, er det ikke naturlig å gå inn på dette i denne rapporten ¹⁷.

Forskning om pårørende grupper

Å ha en partner eller et barn med et rusproblem, eller være barn i familier der det finnes et rusproblem, kan være en stor belastning for den pårørendes fysiske og psykiske helse (80). Målsetningen i pårørendegrupper er å øke selvfølelse, velbefinnende og livskvalitet for den pårørende selv. Et fokus er å bidra til selvstendigjøring slik at livet ikke bare blir styrt av opp og nedturen hos den rusmiddelavhengige. Det er altså totalt sett snakk om å øke mestring av en vanskelig livssituasjon.

Det finnes en del forskning om den tolvtrinnsbaserte pårørendegruppen Al-Anon (30 artikler på PubMed). Miller et al. sammenlignet Al-Anon med to profesjonelle familieintervensjoner (81). Deltagere i både Al-Anon og de profesjonelle intervensjonene hadde reduserte depressive plager, mindre sinne og mindre familiekonflikter. I tillegg opplevde deltagerne større familiesamhørighet og større glede i samlivet. Et viktig funn var også at Al-Anon deltagelse bidro til økt velbefinnende uavhengig om den rusmiddelavhengige får en bedring i sine problemer.

På den annen side er spesialiserte profesjonelle intervensjoner bedre enn Al-Anon når det gjelder å få den rusmiddelavhengige til å søke hjelp for sitt eget problem (81;82). Dette er ikke så overraskende, siden det å få den rusavhengige i behandling ikke er hovedfokus i Al-Anon. Det betyr ikke at deltagelse i Al-Anon ikke kan bidra til dette. Det finnes flere personlige beretninger som forteller om at når den pårørende begynner å ta hensyn til seg selv og sitt eget liv, muliggjør dette også for endring hos den rusmiddelavhengige (10).

Når det gjelder pårørendegruppene i regi av Landsforeningen mot stoffmisbruk (LMS), har jeg ikke funnet fagartikler som forteller mer om disse.

¹⁶ Se side 10

¹⁷ For beskrivelse av selvhjelpsgrupper i rusfeltet internasjonalt, se Humphreys (9)

Kritiske synspunkter på tolvtrinnsfilosofi

Det er elementer ved tolvtrinnsgrupper som har vært oppfattet som kontroversielle av fagpersoner og brukere. Walters (83) setter opp 12 punkter for hvorfor vi trenger alternativer til AA. Et eksempel er at det er stor variasjon i deltagelse og mange som er innom dropper ut. Kaskutas et al. fant at opptil 75 % av deltagerne var falt fra etter 12 måneder (84). Det kan være forskjellige årsaker til frafall. Det kan selvsagt være at en ønsker å forsøke å håndtere problemet med annen støtte enn fra en selvhjelpsgruppe. Frafall kan og skyldes ambivalens og forskjeller i motivasjon i forhold til selve rusproblemet. I tillegg angir Walters at årsaken kan være at deltageren reagerer på filosofi, møteform og praksis i AA/NA.

Andre deler av kritikken rammer først og fremst 12-trinns behandlingsmodellen som av noen oppfattes å være for konfronterende (85). For de som ikke helt klarer å se forskjell på nivåene, kan denne kritikken også ramme de 12-trinnsbaserte selvhjelpsgruppene. Imidlertid stiller selv de argeste kritikerne av 12-trinnsfilosofien seg mindre kritiske til de lokalsamfunnsbaserte gruppene (AA og NA) enn de gjør til den profesjonelle 12-trinns behandlingsmodellen (86). Frivillige grupper som AA og NA har naturlig nok en annen tilnærming til brukere/deltagere enn en behandlingsinstitusjon har det. AA og NA er klar på at de baserer seg på tiltrekning og ønsker ikke å tvinge noen til å se tingene på sin måte (11. tradisjon) (44). AA/NA er en mulighet for de som oppfatter det som nødvendig å ha støtte i et slikt miljø.

En finner motforestillinger mot tolvtrinnsstenkning også hos norske fagpersoner. En sentral norsk lærebok synes å ha et blandet syn. Gruppene anerkjennes som en viktig ressurs for å få et rusfritt, sosialt nettverk, men samtidig finner en sterk polemisering mot sentrale elementer i 12-trinnsfilosofien (87). De mest kjente motforestillingene gjelder bruken av religiøse begreper og begrepet "maktesløshet" i 12-trinnsprogrammet. I tillegg er det såkalte sykdomsbegrepet omstridt, det vil si tanken om avhengighet som en kronisk lidelse/sykdom (83;88)¹⁸.

Det som nok må antas å være den mest aktuelle hindring for en ny deltager, er nok bruken av religiøse begreper i 12-trinnsprogrammet. En studie om holdninger hos norske helsepersonell viser at de religiøse aspektene oppfattes som et større hinder for deltagelse enn i tilsvarende amerikanske studier (91). Det kan selvsagt ha med forskjeller i kultur mellom Norge og USA å gjøre, men og med at helsepersonellet selv reagerer på slike begreper eller at de hører at pasientene gjør det.

Uten noen form for forhåndskunnskap om tolvtrinnsprogrammet, vil det i vår kultur straks oppfattes som et religiøst program i og med at det inneholder begrep som "Gud", "høyere makt", bønn og meditasjon. Dette stemmer imidlertid ikke med AA og NAs selvoppfatning som understreker at de ikke er religiøse bevegelser (92). Hvordan skal en da forstå bruken av begreper som normalt har et religiøst innhold?

¹⁸ Se en mer utførlig gjennomgang i Davis & Jansen (89) eller les om NA sin egen oppfatning (90)

AAs grunnleggere hadde fra starten av tilknytning til en kristen gruppe (Oxford-bevegelsen) og arvet mye av sitt tankegods fra denne. Det kom imidlertid svært tidlig kritikk innad mot bruken av gudsbegrepet. Løsningen ble å åpne opp begrepet slik at det ikke bare inkluderte en spesifikk religiøs forståelsesramme. Kompromisset ble: "Gud, slik vi selv oppfattet ham". Dette ble kanskje oppfattet som rimelig åpent og inkluderende i amerikansk 1940-tallskultur. I en mer sekularisert kultur som vår, vil det at en beholdt ordet "Gud" fortsatt kunne by på problemer.

Det er derfor viktig å være klar over den spesielle måten å bruke begrepene på. Det kan bety alt fra å søke støtte i mellommenneskelige relasjoner (å få hjelp fra gruppen/fellesskapet) til en livssynsmessig forståelsesramme, og kan derfor inkludere både religiøse og ikke-religiøse oppfatninger. Prinsippet er at deltageren utfordres til å stole på noe/noen utover seg selv, bli en del av et fellesskap og ta i mot råd fra andre. For enkelte kan det også bety at en søker tilbake til ens egne religiøse kilder.

To større studier finnes om sammenhengen mellom religiøs/ikke-religiøs livsoppfatning (i følge pasientens selvbeskrivelse), AA/NA-deltagelse og utbytte. Funnene er ikke entydige. Den ene sier at ikke-religiøs livsoppfatning verken virker negativt inn på tilslutning/deltagelse i tolvtrinnsgrupper eller på utbytte (93). Den andre sier at ikke-religiøs livsoppfatning virker negativt inn på AA-deltagelse (mer frafall og mindre deltagelse), men dersom en først blir involvert, får en samme utbytte som de med en religiøs livsoppfatning (94).

Tolvtrinnsgrupper har altså elementer som kan oppfattes som kontroversielle for nye deltagere. Helsepersonell må være klar over disse motforestillingene og kunne forklare bruken av begrepene. Det vil kunne bidra til at pasienten ikke avviser gruppen i utgangspunktet, men heller "gir det en sjanse". For noen kan imidlertid dette med gudsbegrepet være for vanskelig å komme forbi uansett forklaring.

Utklipp fra en webdebatt om AA/NA. Underskrevet av "Palle".

NA

Jeg er rusmisbruker som vel hadde prøvd alt før jeg kom til NA.

Jeg er ikke spesielt kristen, jeg hater sekter, jeg er ekstremt selvstendig (alt for mye), jeg er i opposisjon til det meste - og finner meg pokkern så godt til rette i NA.

Jeg har aldri vært med i noe så "frivillig" som NA. Jeg kan gå på møter om jeg vil - eller gi faen om jeg ikke vil, jobbe trinn om jeg vil - eller gi blaffen. Ringe folk om jeg vil, eller la være. Sprekker jeg og kommer tilbake blir jeg møtt med klapp, og ikke fordømmelse. I NA er det KUN anbefalinger, og ingen MÅ. Derfor er jeg nøktern i NA. Sier noen gå til meg - vel da springer jeg. Så hjernevasket, vel tvilsomt.

Var på NA camp i sommer på Sørlandet. 350 tidligere rusmisbrukere på et sted, og en del av oss svært "tunge". Alle helt nøkter. Et fantastisk syn.

Å danne en holdning til NA etter å kanskje ha lest storboka til AA (som vel var starten på 12 trinns modellen) er ganske latterlig.

Jeg kjenner best til NA da, men som jeg kan se har NA forandret seg på svært mange måter siden oppstarten.

Jeg vil bare anbefale kritikere å delta på åpne møter som finnes overalt, og "prøve det ut". Jeg trur neppe det finnes andre måter å få kjennskap til hva NA (og AA) egentlig er.

Ha en rusfri dag!

Sitert 13.11.09 fra:
<http://www.forskning.no/artikler/2009/oktober/231720>

Helsepersonell har mulighet til å gå på såkalte "åpne møter" i AA/NA. De er åpne også for helsepersonell, pårørende og andre interesserte. Da kan en få innsyn i hvordan møtene foregår og drøfte det en lurer på med personer i fellesskapet. Slik kan en selv gjøre seg opp en mening.

Er det behov for grupper for særskilte populasjoner?

Tolvtrinnsgrupper appellerer som nevnt ikke like godt til alle, og det er ikke alle som finner seg til rette i AA eller NA. Det finnes få alternativer til disse gruppene i Norge, og det kan derfor være aktuelt å forsøke å starte alternative grupper. Utgangspunktet må være at behovet er tilstede hos brukerne selv. Her ligger også en utfordring. Initiativet bør komme fra de det gjelder, samtidig som en balanserer dette mot at noe bistand kan være nødvendig for å få flere grupper i gang.

Oppstart av en ny selvhjelpsgruppe er en kritisk fase, og det kan være behov for hjelp utenfra for å stable på beina en fungerende gruppe. En kan for eksempel starte den som en støttegruppe, det vil si med hjelp fra fagpersoner, med målsetning på sikt om å bli helt selvstendig. En annen løsning er at selvhjelpssentre eller brukerorganisasjoner hjelper til med oppstarten ved å utdanne "likemenn" eller selvhjelpsledere via igangsetterkurs (95)¹⁹. Slike grupper vil være en mellomting mellom en støttegruppe og en helt selvorganisert selvhjelpsgruppe, og vil ikke nødvendigvis ha like sterk egenkraftmobiliseringsevne som helt selvorganiserte grupper. Det vil likevel være gode alternativer.

Ut fra forfatterens kjennskap til litteraturen og behandlingsfeltet i Norge, kan jeg spekulere i at det kan være marked for følgende grupper for spesielle populasjoner; grupper for kvinner, grupper for personer i Legemiddelassistert rehabilitering (LAR), grupper for pasienter med dobbeltdiagnose og grupper for de som ikke klarer å finne seg til rette i 12-gruppene.

Kvinneandelen i AA varierer mye mellom forskjellige land; fra 10 – 45 % (11). Det finnes en del artikler som drøfter maktesløshetsbegrepet i 12-trinnsfilosofien spesielt i forhold til kvinner, og ser på mulige negative konsekvenser (97;98). Det ideologiske argumentet er at hvis en er sårbar og utsatt, og med lavt selvbilde fra før, skal en bare bruke begrep som kan "løfte" selvfølelsen og øke opplevelsen av mestring (1). Maktesløshet i forhold til avhengighet²⁰ oppfattes derfor som et negativt begrep. Det er forståelig at det går an å reagere på denne måten, selv om AA/NA sin bruk av begrepet handler om å akseptere omfanget av problemet. Slik kan en lettere gi avkall på rusen og deretter vinne tilbake mestringen av livet (89).

Det finnes egne *kvinnegrupper* innenfor AA/NA og det er også startet alternative grupper for kvinner. Noen behandlingstilstander og sentrale fagpersoner i Norge har fokusert spesielt på kvinners situasjon som rusmiddelavhengige (99), og en kan tenke seg at det kan finnes et ønske hos kvinner om å ha egne selvhjelpsgrupper. En amerikansk variant

¹⁹ Her vil det nasjonale knutepunktet for selvhjelp; Selvhjelp Norge, kunne ha en funksjon i forhold til opplæring av igangsettere eller generell kunnskap om etablering av selvhjelpsgrupper. Knutepunktets arbeid med opprettelse av lokale møteplasser for selvhjelp vil også være viktig med tanke på utbredelse av andre grupper alternativer til tolvtrinnsgruppene i rusfeltet (96)

²⁰ Trinn 1 i 12. trinnsprogrammet

er nevnt; Women for Sobriety (28). Det kunne vært spennende å undersøke om det var mulig å importere et slikt konsept, eventuelt med en tilpasning til norske forhold.

Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) har følt seg avvist i noen AA og NA-grupper (100). Bakgrunnen for dette er at bruken av Subutex og Metadon er vanskelig å forholde seg til innenfor en totalavholdstenkning (101). Det er ved ARA SSHF startet opp en egen støttegruppe for LAR-pasienter etter en Methadone Anonymous modell (102). Resultatene for medlemmene har vært gode, men en har foreløpig ikke klart å gjøre gruppen uavhengig av støtte fra fagpersoner (103).

Pasienter med *komorbide psykiske lidelser* (dobbeltdiagnose) kan også henvises til 12-trinnsgrupper. Studier har vist at de kan finne seg til rette og dra nytte av å delta, men funnene spriker og er sannsynligvis avhengig av hvilken psykisk lidelse det er snakk om (104;105). Pasienter med tyngre psykiske lidelser faller fort i fra (106). For å sikre deltagelse over tid kreves det at pasienten er rimelig psykisk stabil og at det gjøres et godt forhåndsarbeid i det offentlige helsevesenet. Mueser et al. anbefaler sosialiseringstrening i forkant, ettersom disse pasientene i større grad må hjelpes inn i gruppen (107). De har gitt en god veiledning for hvordan dette kan gjøres.

I USA er det startet egne tolvtrinnsgrupper for de med dobbeltdiagnoser (108). Om det er markert for dette i Norge er usikkert. Disse gruppene har vært mer utsatt for svingninger i medlemsmassen (109). Når enkelte sentrale personer har falt i fra for en periode, for eksempel ved tilbakefall eller ved forverrelse i den psykiske lidelsen, har gruppen i noen tilfeller falt sammen. En kan tenke seg at hvis en skal starte opp en tilsvarende gruppe her til lands, bør det i første omgang forsøkes som en støttegruppe.

Det finnes og grupper i Norge som sier seg å være *livssynsnytrale*. Human-etisk forbund har startet opp Lisagrupper, men foreløpig fungerer disse som støttegrupper (110). De kan formodentlig på sikt bli et reelt selvhjelpsalternativ. En slik variant med røtter i norske forhold kan sannsynligvis være bedre enn å innføre tilsvarende varianter fra USA (Secular Organization for Sobriety (SOS) eller lignende (18)). Imidlertid burde det være interessant å sammenligne seg med og sette seg inn i de strukturerte programmene/strategiene som finnes i for eksempel SOS. Da kan en få innspill på struktur og innhold til drift av lignende grupper her til lands.

Forfatteren kjenner også til et forsøk med oppstart av en *livssynsorientert* gruppe på Sørlandet, nemlig en *Celebrate Recovery* gruppe (18;111).

Helsepersonells betydning for selvhjelpsgruppedeltagelse

En kommer ikke utenom at helsepersonells holdning til og kunnskap om selvhjelpsgrupper kan utgjøre en stor forskjell på om slike grupper faktisk brukes av de som kan være aktuelle for deltagelse. Fra en intern undersøkelse blant Anonyme Narkomanes (NA) medlemmer, anga 62 % av deltagerne at de gikk til første gruppemøte etter anbefaling fra helsepersonell (112).

Relasjonen mellom selvhjelpsgrupper og det profesjonelle behandlingsmiljøet varierer imidlertid betydelig mellom forskjellige land. På verdensbasis er selvhjelpsgrupper i rusfeltet som nevnt sterkest integrert med det profesjonelle behandlingssystemet i USA. Der er det en norm å forsøke å etablere pasienter i selvhjelpsgrupper allerede mens de fortsatt er i behandling, (113). I europeiske land blir gruppene noen steder helt neglisjert (f. eks. Østerrike), men det finnes også eksempler på at gruppene blir mye brukt, for eksempel på Island (11).

Når helsepersonell bevisst informerer om og anbefaler pasienter å bruke selvhjelpsgrupper, vil en også være med på å bygge opp gruppene. En skaffer seg da i realiteten en komplementær terapeutisk ressurs i nærområdet. Riessman omtaler dette som *selvhjelpsparadigmet* (26). Hvis du som fagperson hjelper en pasient og i tillegg bidrar til at han/hun etablerer seg i selvhjelpsgrupper, vil du ikke bare ha hjulpet én person. Du vil da ha muliggjort at han/hun kan hjelpe mange andre i samme situasjon.

Dersom helsepersonell opptrer devaluerende til selvhjelpsgrupper, vil det selvsagt føre til at pasientene i mindre grad deltar. Olson et al. fremhever at det er helseprofesjonene sitt ansvar å forsøke å bygge broer mot aktuelle grupper (29). Det kan skje både ved å utvide den teoretiske forståelsen og gjennom praktisk samarbeid. Da slipper helsepersonell å sitte låst i oppfatningen av at sykdom kan helbredes kun gjennom offentlige behandlingstiltak. Spesielt for kroniske helseproblemer bør helsepersonell få øynene opp for den kunnskapsutveksling og erfaringsdelingen som skjer i selvhjelpsgrupper (48).

En ny norsk undersøkelse viser at helsepersonell ansatt i rusfeltet har moderat positive holdninger til selvhjelpsgrupper i rusfeltet. Kunnskapen om gruppene var imidlertid begrenset og det var lite bevissthet om å motivere pasientene til deltagelse (16). Kun 15 % av pasientene ble motivert og oppfordret til å delta i de mest tilgjengelige gruppene, nemlig AA og NA. Dette til tross for at de ansatte mente at over halvparten av pasientene kunne være aktuelle for det. Til sammenligning var andelen som ble oppfordret og motivert i to amerikanske studier > 75 % (113;114). Seks av ti av de norske ansatte hadde ikke oppfordret en eneste av sine pasienter å delta.

Det er altså et betydelig potensial for forbedring. En så en klar sammenheng mellom kjennskap til 12-trinnsfilosofien/kunnskap om gruppene og i hvilken grad en motiverte pasientene. Det er rimelig å anta at større kunnskap om selvhjelp og aktuelle selvhjelpsgrupper, vil føre til at behandlerne blir mer bevisst på denne viktige delen av rehabiliteringsarbeidet. Ettersom den offentlige behandlingssinnsatsen nødvendigvis må bli

tidsbegrenset, er det ekstra viktig hvordan behandlere veileder sine pasienter inn i en ettervernsfase, herunder også tilknytning til selvhjelpsgrupper.

En antydning om hva som er mulig å få til hvis helsepersonell er bevisste på å bruke selvhjelpsgrupper, kan vi få ved å se på forskjellen mellom Norge og Island. Siden islandske helsepersonell aktivt anbefaler AA for sine alkoholavhengige pasienter, finnes det over 80 – 90 ukentlige møter pr. 100.000 innbyggere der (115). I Norge har vi bare 6 AA/NA møter pr 100.000 innbyggere (16).

Et annet eksempel er Kristiansand. Der finnes det i dag 14 ukentlige møter (8 NA og 6 AA møter), noe som utgjør en enorm lokalbasert ressurs. Dette tilsvarer 16 ukentlige møter pr 100.000 innbyggere hvis en regner bare for denne kommunen. Det at Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, SSHF, har vært så aktiv over mange år med å motivere sine pasienter til å delta, er sannsynligvis en del av grunnen til at disse fellesskapene har blitt så sterke i dette nærområdet (116).

Implikasjoner på systemisk nivå og enhetsnivå

I tillegg til denne forskningsoppsummeringen, er en konsensusrapport om rollen til selvhjelpsgrupper i rusfeltet grunnlaget for de følgende forslagene (7). De kan og sees på som forslag til presiseringer som Nasjonal Plan for selvhjelp bør føre til for bruken av selvhjelpsgrupper i rusfeltet (19).

Forslag til tiltak på systemnivå

Nasjonal Plan for selvhjelp har lagt et godt grunnlag for et større fokus på betydningen av selvhjelpsgrupper. På bakgrunn av de positive funnene som finnes om deltagelse i selvhjelpsgrupper i rusfeltet, bør sentrale myndigheter gå ut med en enda mer aktiv anbefaling slik at helsepersonell og institusjoner i rusfeltet opplever en forpliktelse til å fokusere på denne delen av rehabiliteringsarbeidet.

I prinsippet bør tilgjengelige grupper likestilles og anbefales. Kriteriene for å anbefale en gruppe bør være at det er sannsynliggjort at gruppen bidrar positivt i et rehabiliteringsperspektiv, og at den ivaretar medlemmenes demokratiske rettigheter. For grupper som det finnes lite forskning om, bør en i utgangspunktet være positive, men i tillegg støtte evalueringstiltak som kan si noe mer om nytte. Dess sterkere støtte i forskningslitteraturen, jo tryggere kan en være i anbefalinger. En slik støtte har en allerede i det omfangrike materialet som omtaler tolvtrinnsgruppene.

Selvhjelpsgrupper tar vanligvis ikke i mot offentlig støtte, i hvert fall ikke AA og NA. Et mulig tiltak fra det offentliges side er å investere ressurser i selvhjelpssentre²¹ for å fremme selvhjelpsidéen, oppmuntre og anbefale til å spre kunnskap om eksisterende grupper, stille lokaliteter til disposisjon, hjelpe til med å igangsette ønskede alternativer m.v. Slike sentre kan og brukes til å legge et spesielt fokus på populasjoner som en tror kan trenge særskilte grupper. I en norsk sammenheng vil det etter forfatterens oppfatning kunne være aktuelt med særskilte grupper for kvinner, personer med dobbeldiagnose og personer i legemiddelassistert rehabilitering.

Det er lite undervisning om rusproblematikk på grunnutdanningene for leger og psykologer i Norge (117). Det samme gjelder nok også i de andre helsefagutdanningene. Situasjonen er sannsynligvis enda verre når det gjelder selvhjelpskunnskap og kunnskap om lokalsamfunnsbaserte selvhjelpsressurser. En bør derfor anmode om at kunnskap om slike tiltak bør inn som et tema i undervisning, for eksempel i forbindelse med tematikk om brukerperspektivet i behandling. Kurs og opplæring for eksisterende personell kan og være et tiltak.

Det bør generelt stimuleres til mer forskning på selvhjelpsgrupper i rusfeltet i en norsk kontekst. Dette vil ytterligere øke bevisstheten om den ressursen som et slikt frivillig nivå

²¹ Internasjonalt kalt "self-help clearingshouses".

kan utgjøre også i en norsk sammenheng. Det er gjort svært lite frem til nå.

Forslag til tiltak på institusjoner og avdelinger

Her følger eksempler på konkrete tiltak som kan være aktuelle for 12-trinnsgrupper, men mange av disse tiltakene vil være like aktuelle for alternative grupper, så sant de er tilgjengelige:

- Oppslag på avdelingen med informasjon om aktuelle selvhjelpsgrupper, møtetider etc.
- Ha brosjyrer fra selvhjelpsgruppene tilgjengelig
- Inviter selvhjelpsgruppemedlemmer til å ha informasjonsmøter på avdelingen (vanlig praksis i AA/NA hvis de blir invitert). Det bør selvsagt være frivillig å delta på slike informasjonsmøter for pasientene, selv om en kan oppfordre til og anbefale det
- Åpne opp for muligheten for å delta på selvhjelpsgruppemøte allerede mens en fortsatt er i behandling, det vil si organisere transport, gå flere sammen etc.
- IKKE GLEM DE PÅRØRENDE – informer om pårørendegrupper!!

Individuelt nivå – fagpersonens personlige kompetanse

- Helsepersonell bør sette seg inn i hvilke aktuelle selvhjelpsmuligheter som finnes i lokalområdet for sin populasjon av pasienter
- Det bør være en del av fagpersonens kompetanse å øke sin kunnskap om temaet. Det kan skje for eksempel ved å lese litteratur om selvhjelp, spesifikk informasjon fra gruppene selv (eks. "44 spørsmål om AA"), aktuelle oversiktsartikler (88), og å delta på åpne møter i AA/NA dersom slike finnes i nærområdet
- Det finnes mye erfaring på at nye selvhjelpsgrupper har begynt som støttegrupper hjulpet av fagpersoner i oppstarten. Engasjerte fagpersoner kan være en ressurs for etablering av nye grupper som brukerne ytrer at det er et behov for

Individuelt nivå i forhold til pasient – individuell kontakt og samtale

- Ta opp temaet med pasientene, skap interesse og gi informasjon. Foreslå at pasienten "gir det en sjanse" og at det er mulig å tenke på selvhjelpsgruppedeltagelse som en "medisin". Fortell om mulige fordeler ved å snakke med noen som har egenerfaring med et problem. Del ut brosjyrer fra selvhjelpsgruppene som pasienten selv kan lese
- Legg til rette for å etablere kontakt. Kontakttelefonen til AA/NA kan for eksempel benyttes, en kan gi anledning for pasienten til å motta besøk fra kontaktpersoner, og legge til rette for at flere pasienter kan gå sammen på møter allerede mens de er i behandling
- Prøv å fange opp motforestillinger og drøft disse. Noen kan kanskje bygge på tidligere negative erfaringer, og må ikke unnsås eller feies bort. Andre kan handle om misoppfatninger som kan bearbeides

- Å gjøre endringer med et så omfattende problem som rusavhengighet innebærer ambivalens og variasjon i motivasjon (30). Dette er naturlig og vil selvsagt på samme måte gjelde for selvhjelpsgruppedeltagelse. Dersom en kan innarbeide en rutine med å komme seg på selvhjelpsgruppemøter allerede under behandlingen, vil det være lettere for pasienten å ta initiativ til dette på egenhånd i ettervernsfasen
- Følg opp spørsmålet om deltagelse i selvhjelpsgrupper som en naturlig del av behandlings- og rehabiliteringsarbeidet. Hvordan var det å være på møte?
- Dersom det er flere alternative selvhjelpsgrupper som finnes lokalt, bør en forsøke å "matche" pasienten til det en tror er den mest aktuelle/passende gruppen (7). Sannsynligvis er det per dato mange steder ikke tilgjengelig andre grupper enn 12-trinnsgruppene, men dette kan endre seg i fremtiden
- Igjen: IKKE GLEM DE PÅRØRENDE – informer om pårørendegrupper!!

Oppsummering

Rusmiddelavhengighet er et gjennomgripende livsproblem, og behovet for behandling og oppfølging i et livsløpsperspektiv er vanligvis stort. Det offentlige behandlingsapparatet makter ikke å gjøre jobben alene, og nasjonale planer anbefaler en bedre utnyttelse av den ressursen som selvhjelpsgruppene utgjør.

Nyere forskning om selvhjelpsgrupper i rusfeltet dokumenterer nytten av å delta. I motsetning til begrensninger i det offentlige hjelpeapparatet, er det ingen byråkratiske hindringer for å delta i selvhjelpsgrupper, de er lett tilgjengelige og kostnadsfrie. De tilbyr støtte og hjelp for å komme ut av et rusproblem, og kan oppsøkes fritt så lenge en ønsker.

En naturlig implikasjon av forskningsfunn er at helsepersonell i russektoren, *på tvers av ulike behandlingsmodeller*, bør integrere en bevisst praksis om å motivere pasienter til deltagelse selvhjelpsgrupper (der dette ikke allerede er etablert). Dette kan selvfølgelig gjøres også av ansatte på kommunalt tjenestenivå. Dersom helsepersonell kan få et mer aktivt og bevisst forhold til å motivere pasienter til å delta i slike grupper, kan flere av de som kan dra nytte av det, få ta del i denne muligheten til å få et rusfritt liv. Dette vil også bidra til at selvhjelpsgrupper bygger seg opp og kan utgjøre en enda større ressurs enn de er i dag.

En viktig faktor for å få til et større fokus på motiveringsarbeid, er å øke kunnskapen til helsepersonell om nytten av å delta i grupper. En bør drøfte eventuelle motforestillinger som helsepersonellet selv har, samt å få innarbeidet praktiske rutiner for hvordan kontaktetablering kan skje.

I tillegg til grupper for den rusmiddelavhengige selv, finnes det gode alternativer for pårørende som det er viktig å formidle kontakt til. Pårørende kan lett bli den usynlige part. De sliter ofte med både fysiske og psykiske helseplager som følge av den belastningen det er å ha en i familien som har et rusproblem.

Offentlige myndigheter bør gå ut med en enda mer bevisst anbefaling om at helsepersonell forholder seg til og anbefaler de aktuelle selvhjelpsgrupperressurser som finnes. Det bør være en standard del av den oppfølging som gis til rusmiddelavhengige pasienter og deres pårørende.

Referanser

- (1) Women for Sobriety I. Profile of Jean Kirkpatrick.
Sitert 16.11.09 fra <http://www.womenforsobriety.org/>
- (2) McLellan AT, Lewis DC, O'Brien CP, Kleber HD. Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA* 2000;284(13):1689-95.
- (3) Goldstein RZ, Volkow ND. Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *Am J Psychiatry* 2002;159:1642-52.
- (4) Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff (Millwood)* 2001;20(6):64-78.
- (5) Humphreys K, Tucker JA. Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 2002;97(2):126-32.
- (6) Kleber HD, Weiss RD, Anton RFJ, George TP, Greenfield SF, Kosten TR, et al. Treatment of patients with substance use disorders, second edition. American Psychiatric Association. *Am J Psychiatry* 2007;164(4 Suppl):5-123.
- (7) Humphreys K, Wing S, McCarty D, Chappel J, Gallant L, Haberle B, et al. Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. *J Subst Abuse Treat* 2004;26(3):151-8.
- (8) Davison KP, Pennebaker JW, Dickerson SS. Who talks? The social psychology of illness support groups. *Am Psychol* 2000;55(2):205-17.
- (9) Humphreys K. Circles of recovery - self-help organizations for addictions. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2004.
- (10) AAs Servicekontor. AA. 3. utgave ed. Oslo: Anonyme Alkoholikere i Norge; 2000.
- (11) Mäkelä K, Arminen I, Bloomfield K, Eisenbach-Stangl I, Bergmark KH, Kurube N, et al. Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: a study in eight societies. Madison, Wisconsin: The University of Wisconsin Press; 1996.
- (12) Alcoholics Anonymous World Services. Information on A.A.
Sitert 16.11.09 fra <http://www.aa.org/>
- (13) Roman PM, Blum TC. National treatment center study summary report. Athens, GA: University of Georgia; 1997.
- (14) Slaymaker VJ, Sheehan T. The impact of AA on professional treatment. *Recent Dev Alcohol* 2008;18:59-70.
- (15) SIRUS. Rustiltak.no. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelmissbrukere 2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).; 2004.

- (16) Vederhus JK, Kristensen O, Laudet A, Clausen T. Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway. BMC Health Services Research 2009;9:147.
- (17) Al-Anon/Alateen. Al-Anon/Alateen Norge. Sitert 16.11.09 fra <http://www.al-anon.org/norway/>
- (18) Faces & Voices of Recovery. Recovery Resources. Sitert 16.11.09 fra http://www.facesandvoicesofrecovery.org/resources/support_home.php
- (19) SHdir, Norsk Selvhjelpsforum. Nasjonal Plan for selvhjelp. Sitert 16.11.09 fra http://www.selvhjelp.no/filestore/IS-1212_3743a.pdf
- (20) Kurtz LF. Self-help and support groups: A handbook for practitioners. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc; 1997.
- (21) Lenkene. Info om Lenkene. 2007. Personlig kommunikasjon med deltager.
- (22) DiClemente CC. Alcoholics Anonymous and the structure of change. In: McCrady BS, Miller W R, editors. Research on Alcoholics Anonymous - opportunities and alternatives. 1993. p. 79-97.
- (23) Kassel JD, Wagner EF. Processes of change in Alcoholics Anonymous: A review of possible mechanisms. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 1993;30(2):222-34.
- (24) Moos RH. Active ingredients of substance use-focused self-help groups. Addiction 2008;103(3):387-96.
- (25) Morgenstern J, Labouvie E, McCrady BS, Kahler CW, Frey RM. Affiliation with Alcoholics Anonymous after treatment: a study of its therapeutic effects and mechanisms of action. J Consult Clin Psychol 1997;65(5):768-77.
- (26) Riessman F, Carroll D. Redefining self-help: policy and practice. San Francisco: Jossey-Bass; 1995.
- (27) Steffen V. Life stories and shared experience. Soc Sci Med 1997;45(1):99-111.
- (28) Women for Sobriety I. "New life" program. Sitert 16.11.09 fra <http://www.womenforsobriety.org/>
- (29) Olson BD, Jason LA, Ferrari JR, Hutcheson TD. Bridging professional and mutual-help: An application of the transtheoretical model to the mutual-help organization. Appl Prev Psychol 2005;11:167-78.
- (30) Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endringsfokuset rådgivning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
- (31) Snow MG, Prochaska JO, Rossi JS. Processes of change in Alcoholics Anonymous: maintenance factors in long-term sobriety. J Stud Alcohol 1994;55(3):362-71.
- (32) Kaskutas LA. What do women get out of self-help? Their reasons for attending Women for Sobriety and Alcoholics Anonymous. J Subst Abuse Treat 1994;11(3):185-95.

- (33) Lieberman MA. Analyzing change mechanisms in groups. In: Lieberman MA, Borman LD, editors. *Self-help groups for coping with crisis*. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass Inc.; 1979. p. 194-233.
- (34) Borkman T. *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons*. New Brunswick, NJ, US: Rutgers University Press; 1999.
- (35) Salem DA, Reischl TM, Gallacher F, Randall KW. The role of referent and expert power in mutual help. *Am J Community Psychol* 2000;28(3):303-24.
- (36) Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LN. In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction* 2004;99(8):1015-23.
- (37) Longabaugh R, Wirtz PW, Zweben A, Stout RL. Network support for drinking, Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction* 1998;93(9):1313-33.
- (38) Humphreys K, Noke JM. The influence of posttreatment mutual help group participation on the friendship networks of substance abuse patients. *Am J Community Psychol* 1997;25(1):1-16.
- (39) Bond J, Kaskutas LA, Weisner C. The persistent influence of social networks and Alcoholics Anonymous on abstinence. *J Stud Alcohol* 2003;64(4):579-88.
- (40) Groh DR, Jason LA, Keys CB. Social network variables in Alcoholics Anonymous: a literature review. *Clin Psychol Rev* 2008;28(3):430-50.
- (41) Rappaport J. Narrative studies, personal stories and identity transformation in the mutual-help context. In: Powell TJ, editor. *Understanding the self-help organization - frameworks and findings*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications, Inc.; 1994. p. 115-35.
- (42) Smith-Solbakken M, Tunglund EM. *Narkomiljøet: Økonomi, kultur og avhengighet*. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1997.
- (43) Maisto SA, Carey KB, Bradizza CM. Social learning theory. In: Leonard KE, Blane HT, editors. *Psychological theories of drinking and alcoholism*. New York, US: Guilford Press; 1999. p. 106-63.
- (44) NA Norge. Hvem, hva, hvordan og hvorfor. Sitert 16.11.09 fra <http://www.na.org/?ID=ips-nr-nr-IP1>
- (45) Vederhus JK. Resultater av Tolvtrinnsbehandling ved rusmiddelavhengighet. Effekt og forløpsstudie av to årganger rusmiddelavhengige pasienter to år etter fullført seks ukers behandling på A-klinikken. Kristiansand: A-klinikkens forskningsserie; nr. 22, 2005.
- (46) Fiorentine R, Hillhouse MP. Exploring the additive effects of drug misuse treatment and Twelve-Step involvement: does Twelve-Step ideology matter? *Subst Use Misuse* 2000;35(3):367-97.
- (47) Kristensen Ø, Vederhus JK. Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(20):2798-801.
- (48) Riessman F. How does self-help work? *Soc Policy* 1976;7(2):41-5.

- (49) Helsedepartementet. Resept for et sunnere Norge. St.meld.nr. 16 (2002-2003).
- (50) Skovlund E, Vatn MH. Klinisk forskning. In: Laake P, Olsen BR, Benestad HB, editors. *Forskning i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2008. p. 255-81.
- (51) Humphreys K, Ribisl KM. The case for a partnership with self-help groups. *Public Health Rep* 1999;114(4):322-5.
- (52) Emrick CD, Tonigan JS, Montgomery H, Little L. Alcoholics Anonymous: What is currently known? In: McCrady BS, Miller WR, editors. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives*. New Brunswick: Rutgers Center on Alcohol Studies; 1993. p. 41-76.
- (53) Tonigan JS, Toscova R, Miller WR. Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. *J Stud Alcohol* 1996;57(1):65-72.
- (54) Levy LH. Self-help groups. In: Rappaport J, Seidman E, editors. *Handbook of community psychology*. New York, NY, US: Kluwer Academic/Plenum Publisher; 2000. p. 591-613.
- (55) Hiller ML, Narevic E, Webster JM, Rosen P, Staton M, Leukefeld C, et al. Problem severity and motivation for treatment in incarcerated substance abusers. *Subst Use Misuse* 2009;44(1):28-41.
- (56) Tucker JA. Predictors of help-seeking and the temporal relationship of help to recovery among treated and untreated recovered problem drinkers. *Addiction* 1995;90(6):805-9.
- (57) Timko C, Billow R, Debenedetti A. Determinants of 12-step group affiliation and moderators of the affiliation-abstinence relationship. *Drug Alcohol Depend* 2006;83(2):111-21.
- (58) Humphreys K, Phibbs C, Moos R. Addressing self-selection effects in evaluation of mutual help groups and professional mental health services: An introduction to two-stage sample selection models. *Eval Program Plann* 1996;19(4):301-8.
- (59) McKellar J, Stewart E, Humphreys K. Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(2):302-8.
- (60) Kownacki RJ, Shadish WR. Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Subst Use Misuse* 1999;34(13):1897-916.
- (61) Tonigan JS, Connors GJ, Miller WR. Participation and involvement in Alcoholics Anonymous. In: Babor TF, Del Boca FK, editors. *Treatment Matching in Alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 184-204.
- (62) Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22(6):1300-11.
- (63) Humphreys K. Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research & Health* 1999;23(2):93-8.

- (64) Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS, et al. Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56(6):493-502.
- (65) Morgenstern J, Bux DA, Labouvie E, Morgan T, Blanchard KA, Muench F. Examining mechanisms of action in 12-Step community outpatient treatment. *Drug Alcohol Depend* 2003;72(3):237-47.
- (66) Timko C, Debenedetti A, Billow R. Intensive referral to 12-Step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addiction* 2006;101(5):678-88.
- (67) Walitzer KS, Dermen KH, Barrick C. Facilitating involvement in Alcoholics Anonymous during out-patient treatment: a randomized clinical trial. *Addiction* 2009;104(3):391-401.
- (68) Witbrodt J, Kaskutas LA. Does diagnosis matter? Differential effects of 12-step participation and social networks on abstinence. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005;31(4):685-707.
- (69) Brown TG, Seraganian P, Tremblay J, Annis H. Process and outcome changes with relapse prevention versus 12-Step aftercare programs for substance abusers. *Addiction* 2002;97(6):677-89.
- (70) Kahler CW, Read JP, Ramsey SE, Stuart GL, McCrady BS, Brown RA. Motivational enhancement for 12-step involvement among patients undergoing alcohol detoxification. *J Consult Clin Psychol* 2004;72(4):736-41.
- (71) Mueller SE, Petitjean S, Boening J, Wiesbeck GA. The impact of self-help group attendance on relapse rates after alcohol detoxification in a controlled study. *Alcohol Alcohol* 2007;42(2):108-12.
- (72) Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006;3:CD005032.
- (73) Kaskutas LA. Comments on the Cochrane Review on Alcoholics Anonymous effectiveness. *Addiction* 2008;103(8):1402-3.
- (74) Humphreys K, Moos R. Can encouraging substance abuse patients to participate in self-help groups reduce demand for health care? A quasi-experimental study. *Alcohol Clin Exp Res* 2001;25(5):711-6.
- (75) Humphreys K, Moos RH. Encouraging posttreatment self-help group involvement to reduce demand for continuing care services: two-year clinical and utilization outcomes. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31(1):64-8.
- (76) Sexton H. Alkoholmisbrukere etter klinikkbehandling: en oppfølgingsundersøkelse. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995;115(22):2768-72.
- (77) Donovan DM, Floyd AS. Facilitating involvement in twelve-step programs. *Recent Dev Alcohol* 2008;18:303-20.
- (78) McKay JR. Is there a case for extended interventions for alcohol and drug use disorders? *Addiction* 2005;100(11):1594-610.

- (79) Giuffredi C, Di G, Montanari A, Barilli A, Vescovi PP. Alcohol addiction: evaluation of alcohol abstinence after a year of psycho-medical-social treatment. *Addict Biol* 2003;8(2):219-28.
- (80) O'Farrell TJ, Fals-Stewart W. Alcohol abuse. *J Marital Fam Ther* 2003;29(1):121-46.
- (81) Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS. Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(5):688-97.
- (82) Fernandez AC, Begley EA, Marlatt GA. Family and peer interventions for adults: past approaches and future directions. *Psychol Addict Behav* 2006;20(2):207-13.
- (83) Walters GD. Twelve reasons why we need to find alternatives to Alcoholics Anonymous. *Addict Dis* 2002;1(2):53-9.
- (84) Kaskutas LA, Ye Y, Greenfield TK, Witbrodt J, Bond J. Epidemiology of Alcoholics Anonymous participation. *Recent Dev Alcohol* 2008;18:261-82.
- (85) Duckert F. Therapy as a black box. *Addiction* 2007;102(6):863-9.
- (86) Bufe C. *Alcoholics Anonymous: cult or cure?* 2nd. ed. Tuscon, AZ: See Sharp Press; 1998.
- (87) Fekjær HO. *Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie.* Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
- (88) Vederhus JK, Kristensen O, Tveit H, Clausen T. Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: en ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskr Nor Psykologforening* 2008;45(10):1268-75.
- (89) Davis DR, Jansen GG. Making meaning of Alcoholics Anonymous for social workers: myths, metaphors, and realities. *Soc Work* 1998;43(2):169-82.
- (90) NA Norge. Notat om avhengighet.
Sitert 16.11.09 fra <http://www.nanorge.org/avhengighet.asp>
- (91) Vederhus JK, Laudet A, Kristensen Ø, Clausen T. Obstacles to 12-step participation as seen by addiction professionals: A comparison between Norway, a 12-step naive context, and the United States. Foreløpig upublisert materiale 2009.
- (92) AA i Norge. Anonyme Alkoholikere.
Sitert 16.11.09 fra <http://www.anonymealkoholikere.no/>
- (93) Winzelberg A, Humphreys K. Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3,018 male substance abuse patients. *J Consult Clin Psychol* 1999;67(5):790-4.
- (94) Tonigan JS, Miller WR, Schermer C. Atheists, agnostics and Alcoholics Anonymous. *J Stud Alcohol* 2002;63(5):534-41.
- (95) Selvhjelp Norge. Selvhjelp nytter - Et hefte om inngangsetting av selvhjelpsgrupper.
Sitert 16.11.09 fra <http://www.selvhjelp.no/filestore/lgangsetterHefte.pdf>

- (96) Selvhjelp Norge. Nasjonalt knutepunkt for selvhjelp. Sitert 16.11.09 fra <http://www.selvhjelp.no/>
- (97) Bogart CJ, Pearce CE. "13th-Stepping:" Why Alcoholics Anonymous Is Not Always a Safe Place for Women. *J Addict Nurs* 2003;14(1):43-7.
- (98) Matheson JL, McCollum EE. Using metaphors to explore the experiences of powerlessness among women in 12-step recovery. *Subst Use Misuse* 2008;43(8-9):1027-44.
- (99) Duckert F, Lossius K, Ravndal E. *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget; 2008.
- (100) McGonagle D. Methadone Anonymous: A 12-step program. Reducing the stigma of methadone use. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1994;32(10):5-12.
- (101) NA Norge. Notat om metadon. Sitert 16.11.09 fra <http://www.nanorge.org/metadon.asp>
- (102) Methadone Anonymous. Methadone Anonymous official web-site. Sitert 16.11.09 fra <http://methadonesupport.org/>
- (103) Espegren O, Follesø S. Twelve Step programme and methadone maintenance treatment. In: Waal H, Haga E, editors. *Maintenance treatment of heroin addiction*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag; 2003. p. 321-8.
- (104) Kelly JF, McKellar JD, Moos R. Major depression in patients with substance use disorders: relationship to 12-Step self-help involvement and substance use outcomes. *Addiction* 2003;98(4):499-508.
- (105) Ouimette P, Humphreys K, Moos RH, Finney JW, Cronkite R, Federman B. Self-help group participation among substance use disorder patients with posttraumatic stress disorder. *J Subst Abuse Treat* 2001;20(1):25-32.
- (106) Tomasson K, Vaglum P. Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction* 1998;93(3):423-31.
- (107) Mueser K.T., Noordsy DL, Drake RE, Fox L. *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
- (108) Double Trouble in Recovery. DTR web-site. Sitert 16.11.09 fra <http://doubletroubleinrecovery.org/>
- (109) Timko C. *Selvhjelpsgrupper for dobbeltdiagnoser*. 2008. Personlig kommunikasjon.
- (110) Human-Etisk Forbund. *Lisagruppen*. Sitert 16.11.09 fra <http://lisagruppen.no/>
- (111) Espegren O. *Oppstart av Celebrate Recovery gruppe*. 2009. Personlig kommunikasjon.
- (112) NA Norge. Fakta om NA. Sitert 16.11.09 fra <http://www.nanorge.org/fakta.asp>
- (113) Humphreys K. Clinicians' referral and matching of substance abuse patients to self-help groups after treatment. *Psychiatr Serv* 1997;48(11):1445-9.
- (114) Laudet AB, White WL. An exploratory investigation of the association between clinicians' attitudes toward twelve-step groups and referral rates. *Alcohol Treat Q* 2005;23(1):31-45.

- (115) Eisenbach-Stangl I, Rosenqvist P. Variations of Alcoholics Anonymous. In: Eisenbach-Stangl I, Rosenqvist P, editors. Diversity in unity; Studies of Alcoholics Anonymous in eight societies. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research (NAD); 1998. p. 7-24.
- (116) Kristensen Ø, Vederhus JK. Stoffmisbrukere i 12-trinnsbehandling. Rus&Avhengighet 2005;(1):33-5.
- (117) Rossow I. Rus og avhengighet - et forsømt tema i undervisningen i helsefagene. Tidsskr Nor Laegeforen 2005;125(1):54-5.