

12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper og 12-trinnsbehandling

John-Kåre Vederhus, Bente Hjemdahl og Øistein Kristensen

Professor Helge Waal er nok for de fleste best kjent som den som startet opp med Legemiddelassistert Rehabilitering (LAR) i Norge. For dette fikk han i 2001 Dr. Oscar Olsen Prisen til fremme av norsk rusmiddelforskning. Denne forskerprisen deles ut hvert annet år i Kristiansand i forbindelse med dr. Oscar Olsen seminaret på Universitetet i Agder. Hensikten med prisen er å premiere og stimulere norsk rusmiddelforskning og fremtidsrettet klinisk rusarbeid.

På grunn av hans engasjement for LAR-behandling kan hans oppmuntring til det øvrige behandlingsapparat og interesse for å ta i bruk andre behandlingsformer for rusmiddelavhengige pasienter ha kommet noe i skyggen.

Et eksempel er at professor Waal fra 2004 tok initiativ til en undervisningsmodul om 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper og 12-trinnsbehandling som en del av SERAFs videreutdanningskurs for leger og psykologer innenfor rusmiddelmedisin. Han har i den forbindelse flere ganger gitt uttrykk for at 12-trinnsbaserte modeller og filosofi er blitt undervurdert i en norsk sammenheng.

Siden forskningsavdelingen ved Avd. for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus har 12-trinnsforskning som et av sine prioriterte områder, vil vi rette en stor takk til professor Waal for hans oppmuntring og støtte. Det at en så sentral aktør innenfor norsk rusmiddelmedisin gir sin støtte, også med praktisk hjelp til forskningsprosjekt og artikkelproduksjon, har betydd svært mye for oss personlig. I tillegg bidrar det til å løfte frem den bredden som finnes av psykososiale intervensjoner både på profesjonelt og frivillig nivå til hjelp for rusmiddelavhengige.

Det er et nært slektskap mellom 12-trinnsbehandling og 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Begge begrepene har utgangspunkt i de «Tolv Trinns» som første gang ble utarbeidet av Anonyme Alkoholikere (AA). Senere har også lignende grupper, f. eks. Anonyme Narkomane (NA), men også profesjonelle behandlings tiltak «lånt» disse trinnene. Derfor kan en se at noen blander sammen begrepene Anonyme Alkoholikere (AA), 12-trinnsbehandling og «Minnesota-modell» (1). Mens AA er en 75 år gammel selvhjelpsbevegelse for alkoholavhengige som ikke driver noen form for behandling, brukes begrepene «Minnesota-modellen»

eller «12-trinnsbehandling» om profesjonelle behandlingstiltak. Tidligere ble mye som hadde med de 12-trinn å gjøre sett på med skepsis av profesjonelle i rusfeltet i Norge. Slik er det knapt mer, og en har fått øynene opp for den stadig voksende forskningslitteraturen som både viser nytten av å delta i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper og peker på mekanismer i disse gruppene som bidrar til en positiv endring (2). Forskere mener dessuten at 12-trinnsbehandlingens sterke fokus på å etablere pasientene i AA og NA under og etter behandling er en viktig faktor for denne behandlingsmodellens suksess (3). Selv om det er to forskjellige nivåer; profesjonelt og frivillig nivå, er det derfor naturlig å omtale dem sammen. Vi vil her kort beskrive 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper og dernest 12-trinnsbehandling og kort gjøre rede for sentral forskning om de to temaene.

12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper

Anonyme Alkoholikere (AA) var den første av de 12-trinnsbaserte selvhjelpsgruppene og regner sin oppstart fra 1935 i USA. I 1939 ble «Storboka» utgitt, som i den første delen inneholder en beskrivelse av hvordan de første 100 ble edrue ved hjelp av AAs prinsipper formulert i 12 trinn (4). Boka består også av mange personlige historier; et kjennetegn på den narrative tradisjonen i 12-trinnsgrupper. AA har fått stor internasjonal utbredelse og finnes nå i 181 land. Bevegelsen har over 114 000 grupper med et samlet medlemstall på over to millioner (5). AA har blitt vist betydelig interesse som sosial organisasjon og har blant annet blitt studert som en prototyp på fenomenet selvhjelpsgrupper (6). Etter hvert har det kommet til flere lignende bevegelser, mest kjent er Anonyme Narkomane (NA). AA ble etablert i Norge i 1946 og NA i 1990. Disse to fellesskapene har i dag til sammen 294 ukentlige møter (AA=208 og NA=86) spredt over hele landet (7). Det finnes også noen få Cocaine Anonymous grupper i Oslo-området. For spilleavhengige finnes gruppen Gambler Anonymous (GA) og for metadonbrukere Methadone Anonymous (MA) (8). Pårørende kan få hjelp av gruppen Al-Anon (4).

Innholdet i selvhjelpsgruppens virksomhet

Kjernen i disse gruppens virksomhet er altså 12-trinnsprogrammet, som tilpasses det aktuelle hovedproblemet for deltakerne; om det er alkohol, stoff- eller spillavhengighet m.fl. Disse «trinnene» er ment å praktiseres som en måte å leve

livet på, og består i å innrømme at en har et problem (trinn 1), be om hjelp (trinn 2 og 3), foreta en selvransakelse; et slags «regnskap med seg selv» (trinn 4 – 7 og 10), og gjøre opp for seg der en ser at en har påført andre skade (trinn 8 og 9). Deltakerne blir også anbefalt å arbeide for at andre rusmiddelavhengige skal kunne komme seg ut av sitt rusmisbruk (trinn 12). Trinn 11 handler om bønn og meditasjon (2).

Uten noen form for forhåndskunnskap, vil en straks oppfatte de 12-trinn som et religiøst program i og med at det inneholder begreper som «Gud», «høyere makt», bønn og meditasjon. Dette stemmer imidlertid ikke med AA og NAs egen oppfatning som sier at de 12-trinn består av «åndelige» prinsipper og er ikke knyttet til en spesifikk religiøs oppfatning (9). Individets egen tolkning av gudsbegrepet vektlegges; «Gud, *slik vi selv oppfattet ham*». Det er derfor viktig å være klar over at begreper som normalt har et religiøst innhold brukes annerledes i 12-trinnsgruppene. I praksis kan det 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 deltakeren 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.

Den primære funksjonen i 12-trinnsgrupper er gruppemøtene. I de største byene kan en finne minst ett møte hver dag, mens det på mindre steder gjerne er ett møte i uka. Møtene ledes av medlemmene selv, og den enkelte deltar etter tur ved å dele sine erfaringer med å komme seg ut av et rusproblem. I motsetning til det noen profesjonelle tror, er det å konfrontere andre i en gruppesammenheng, helt fjernt fra kutymen i gruppemøtene (6). De uskrevede reglene er å verken avbryte, forsøke å gi forklaring til andres fortellinger, konfrontere eller gi direkte råd til andre på møtene. Fokuset er på egne erfaringer, hvordan den enkelte har løst sitt rusproblem og hvordan han/hun håndterer livet og livsproblemene uten rus. En deler «erfaringer, styrke og håp». Ved å lytte til de andres historier kan en kjenne seg igjen og en står fritt til å ta til seg det en føler passer for sin egen del.

Den eneste forutsetningen for deltakelse er et ønske om å slutte å bruke rusmidler. Målet er totalavhold, men en kan delta selv om en ikke er rusfri. Deltakerne er velkommen tilbake på ethvert tidspunkt etter et eventuelt tilbakefall og 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 bli rusfri. Det dreier seg derfor ikke om et medlemskap som vi kjenner det fra andre frivillige organisasjoner. Det føres ingen medlemslister og fellesskapet bygger på anonymitetsprinsippet, dvs. at en presenterer seg kun med fornavn og påtar seg en moralsk taushetsplikt for det andre uttaler i gruppen.

En annen viktig funksjon er en innarbeidet fadderskapsordning. Nyere medlemmer kan be en mer erfaren i gruppen om råd og veiledning. Fadderene kalles «sponsor», og ordningen åpner for muligheten til å få støtte og hjelp også utenom gruppemøtene.

Usikkerhet om nytte – hva sier forskningen?

Den internasjonale utbredelsen til de 12-trinnsbaserte selvhjelpsgruppene og de mange medlemmenes personlige vitnemål om at de har fått hjelp, er i seg selv en indikasjon på at deltakelse har en positiv effekt. En del forskere har imidlertid vært skeptiske. Selvorganiserte selvhjelpsgrupper (dvs. grupper utenfor fagutøveres kontroll) er lite tilgjengelige for kontrollerte forsøk. Grunnen til dette er bl.a. at det er vanskelig å randomisere noen inn i frivillige grupper uten at en dermed også endrer gruppens karakter og funksjon. De fleste studier er derfor naturalistiske, og tidlige metaanalyser viser en moderat positiv effekt av deltakelse (10).

Kritiske røster angriper imidlertid resultatene med at det dreier seg om selvseleksjon og 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 overestimering av positiv effekt i favør av selvhjelpsgruppe-deltakelse. Det kan med andre ord ikke forventes at alle pasienter (uavhengig av motivasjon og ønske om deltakelse) skal få samme gode behandlingseffekt bare de begynner i selvhjelpsgrupper (11). Motivasjon er altså en positiv prognostisk faktor, men studier viser at de som oppsøker selvhjelpsgrupper ikke 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/deltakelse i selvhjelpsgrupper (12). Studier indikerer også at de med høyest alvorlighetsgrad får mest utbytte av deltakelse i AA/NA. For eksempel fant Timko et al. at de med minst utdanning, ustabile arbeidsforhold, og med minst kommunikatív kompetanse, hadde sterkere korrelasjon mellom deltakelse og reduksjon i rusbruk (13). Disse pasientene kan ha hatt færre tilgjengelige sosiale ressurser, og så flere fordeler av fellesskap og

støtte for avholdenhet som 12-trinnsgruppemedlemmer gir. Slike pasienter ville i utgangspunktet vært oppfattet å ha en dårlig prognose.

Kownacki og Shadish sin metaanalyse om AA-deltakelse fra 1999 blir ofte brukt for å hevde at AA-deltakelse ikke hjelper (14). De så utelukkende på de få kontrollerte studiene som fantes og konkluderte med at deltakelse var verre enn alternativene. 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 (en slik rettspraksis finnes i noen amerikanske stater). En studerer da i realiteten noe helt annet enn frivillig deltakelse. Humphreys & Rappaport går gjennom de metodiske aspektene ved studier av selvhjelpsgrupper, og hevder at å låse seg til et krav om RCT-studier for å vurdere effekt av selvhjelpsgrupper er å stenge seg ute fra muligheten til å forstå fenomenet (15).

De siste ti årene har forskningen på 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper økt i kvalitet og bredde. Det har blant annet kommet gode behandlingsstudier der oppfølging etter behandling har vært i fokus. I denne sammenheng har deltakelse i selvhjelpsgrupper blitt undersøkt som en av variablene for suksess. To større studier kan nevnes spesielt, det er Project Match (n = 1726) og Veteran Affairs studien (n = 2045). Funnene er klare og viser at det er signifikant bedre behandlingsresultater når det gjelder rusfrihet for behandlingsmetodikk som fremmer og vektlegger deltakelse i 12-trinnsgrupper (16). Dette indikerer at deltagelse i 12-trinnsgrupper medierer de positive resultatene.

Norske studier er det lite av. Vi har bare funnet to. Sextons studie fant at deltakelse i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper som ettervern var assosiert med en mer gunstig status, det vil si mindre drikking og bedre psykologisk fungering (17). En nyere studie med halvparten alkoholavhengige og halvparten stoffavhengige (N=114) viste at 38 % fortsatt gikk i AA og NA så lenge som to år etter at de startet (18). Det ble brukt behandlingsintensjonsanalyse som er en konservativ målemetode. Det var mer enn 12 ganger større odds for rusfrihet blant dem som gikk regelmessig kontra dem som ikke deltok.

Hvilke mekanismer gjør disse gruppene nyttige for rusavhengige pasienter?

En av de viktigste mekanismene ligger i skifte av sosialt nettverk. Deltakerne får nye rusfrie venner, de lærer nye mestringsstrategier, får positive rollemodeller og får en bedre psykososial fungering. Ved å dele egne erfaringer er en med å

hjelpe andre. Zemore og medarbeidere peker på at ved å kunne være til hjelp for andre, hjelper en også seg selv. Deltakerne øker engasjement i egen tilfriskning, får styrket selvbilde og økt sosial status (19).

Implikasjoner for rusfeltet

En oppsummering av dagens kunnskap indikerer altså at det har en positiv effekt å delta i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Allerede i 1995 anbefalte Sexton ut fra sine funn at 12-trinnsgrupper aktivt bør anbefales for pasienter i alle typer behandlingsopplegg (17), men situasjonen her til lands er fortsatt at gruppene anbefales i liten grad og kunnskapen om gruppene blant behandlere er begrenset (7). 12-trinnsinstitusjoner er aktive med å anbefale pasientene 12-trinnsgruppedeltakelse, men de er det få av i Norge (20). Utfordringen er derfor å få behandlingsmiljøer som ikke definerer seg som 12-trinnsbaserte til å få øynene opp for denne ressursen. Hvis behandlingsinstitusjoner og behandlere bevisst promoterer gruppene og ser det som en naturlig del av behandlingen å få pasienter i gang i AA/NA, vil det bidra til at flere pasienter deltar i en ettervernsfase og flere grupper etableres (21). Derved bidrar en også til å få en lokal ressurs til hjelp og nytte for fremtidige pasienter.

Helsedirektoratet ga i 2004 ut en «Nasjonal Plan for selvhjelp» som gir føringer om at selvhjelpsgrupper må bli mer kjent og mer brukt (22). Behandlere og miljøpersonell i rusfeltet er sentrale for å gjøre 12-trinnsgrupper kjent og å implementere tiltak for å øke deltakelsen hos pasientene (7). Tiden er derfor moden for norske klinikere og forskere til å ta inn over seg Kurtz sin snart 30 år gamle utfordring fra 1982; «It is time to take Alcoholics Anonymous seriously» (23).

12-trinnsbehandling

12-trinnsbehandling oppstod i Minnesota i slutten av 1940-årene i et behandlingsklima for alkoholisme som vi i dag vanskelig kan forestille oss. Alkoholikere ble innlagt på lukkede psykiatriske avdelinger og prognosen ble sett på som håpløs. To fagledere på Willmar State Hospital, et stort statlig psykiatrisk sykehus, ønsket å humanisere forholdene og begynte å undersøke hva som kunne gjøres for de alkoholavhengige (24). De mest anerkjente akademiske miljøene på alkoholisme ble kontaktet, men de fikk ingen nyttige råd. Samtidig hadde pionerer fra den nye selvhjelpgruppen for alkoholikere; Anonyme Alkoholikere (AA), startet opp et

tilbud på en nærliggende bondegård, kalt Hazelden, der gatealkolikere kunne komme og bo i et alkoholfritt miljø i noen måneder. Der fikk de undervisning og støtte av frivillige AA-medlemmer basert på AA sitt 12-trinnsprogram (4). Willmar State Hospital og Hazelden inngikk et samarbeid og utviklet et 4 ukers døgnbasert behandlingsopplegg, senere ofte omtalt som «28 days». Slik ble derfor AAs erfaringsbaserte kunnskap integrert i den profesjonelle behandlingen. Personer fra AA med egenerfaring ble dratt inn som medarbeidere. Etter hvert fikk disse medarbeiderne en egen utdanning med fokus på 12-trinnskunnskap og gruppeterapi, og utgjør i dag en egen yrkesgruppe i USA kalt alkoholrådgivere eller addiktologer. Modellen er sannsynligvis den første innen helsevesenet som dro erfaringsbasert kunnskap inn i profesjonell behandling på en strukturert måte. Modellen spredte seg og førte til at behandlingssystemet i USA og Canada den dag i dag er svært dominert av 12-trinnsbasert behandlingsfilosofi.

I Skandinavia kom 12-trinnsmodellen først til Island. En oppgitt alkoholisert uteligger ble sendt fra Reykjavik til Freeport Hospital, en 12-trinnsklinikk i New York. Etter behandling kom han tilbake med ny dress og stresskoffert. I løpet av kort tid reiste over 100 islendinger med alkoholproblemer til USA for behandling. De kom kurert tilbake og startet interesseorganisasjonen SAA (Samtók ahugafolks um afengisvandamalid) og i 1977 ble det første 12-trinnsbaserte behandlingshjemmet opprettet på Island.

Tidlig på 1980-tallet startet Monica Getz og Sune Byren «Airway to Recovery» i Sverige. Monica Getz var gift med den verdenskjente jazzsaksofonisten Stan Getz som hadde vært innlagt på Hazelden til behandling av sitt rusmisbruk. Han rømte fra klinikken, men daværende leder, psykolog Dan Anderson, foreslo at Monica selv skulle legge seg inn for å gjennomgå familiedelen av programmet. Etter å ha blitt overbevist om effekten av behandlingen, arbeidet fru Getz for å gjøre modellen kjent i Skandinavia. Hun fikk en alliert i bedriftslegen i SAS; Sune Byren. Flere SAS-piloter med alkoholproblemer var i ferd med å bli oppsagt. Opplæring av nye piloter var kostbart. Pilotene fikk derfor valget mellom oppsigelse eller behandling på Hazelden. Prosjektet var vellykket og skapte så stor oppmerksomhet at den første 12-trinnsklinikken ble etablert i Sverige i 1984. De første norske behandlingsinstitusjonene med tilsvarende innhold kom i 1986.

Siden 12-trinnsbehandling fra starten av har vært preget av erfaringsbasert kunnskap, har modellen i mindre grad hatt et klart teoretisk grunnlag. Sett i ettertid kan en lett knytte innholdet i 12-trinnsbehandling til kjente teorier som gruppeterapi, narrativ terapi, endringsteori og familieteori, men vi vil her beskrive hva som har kjennetegnet grunnlagstenkingen i 12-trinnsbehandling fra starten av (25).

- 1) *Rusavhengighet kan behandles.* På bakgrunn av den behandlingspessimismen som rådet før modellen kom, brakte modellen med seg en betydelig behandlingsoptimisme og avstigmatisering av rusavhengige pasienter.
- 2) *Rusavhengighet er en sykdom.* Har en først fått diagnosen, har en pådratt seg en sårbarhet i forhold til rusmidler som ikke forsvinner bare ved å være avholdende for en periode. Sykdommen oppfattes derfor å være av kronisk karakter og vil ubehandlet ha et negativt progressivt forløp med psykiske, somatiske, sosiale og etiske konsekvenser. Levetiden vil være forkortet. Familien rammes også. Rusavhengighet sees på som en *primær* lidelse. Selv om underliggende faktorer kan ha bidratt til bruk av rusmidler, er avhengighet en sykdom i seg selv og må få fokus i behandlingen. Modellen står derfor i kontrast til en oppfatning om at avhengighet kun er et symptom på underliggende lidelse eller er tillært atferd. Forståelse av rusavhengighet som en sykdom gjør at modellen ofte blir kalt «sykdomsmodellen». Dette synet på avhengighet har vært omstridt (26), men har fått tiltagende støtte i forskningen de siste 10-15 årene. Fremtredende rusforskere fremhever nå viktigheten av å forstå avhengighet som en kronisk lidelse som trenger oppfølging over lang tid (27). Nevrobiologisk hjerneforskning har bidratt til en slik forståelse gjennom nye oppdagelser. Funnene viser at avhengighet fører til funksjonelle og strukturelle endringer i sentralnervesystemet som kan forklare den irrasjonelle atferden en kan observere hos rusavhengige, for eksempel hvorfor en fortsetter å bruke rusmidler på tross av åpenbare negative konsekvenser (28).
- 3) *Rusavhengighet er en «no-blame»-sykdom.* Siden avhengighet oppfattes som en sykdom, knyttes det ikke noe moralsk skyld til at den oppstår. En rusavhengig er derfor ikke et «dårlig» eller «svakt» menneske. Mange har oppfattet «no-blame»-tenkingen som en måte å fraskrive seg ansvar på, men dette er en misoppfatning. 12-trinnsprogrammet understreker nettopp den enkeltes ansvar for sin egen tilfriskning («recovery»), herunder også å gjøre det en kan for å gjøre opp for seg der en har påført andre skade (4).

- 4) *Behandlingsmålene er totalt avhold fra alle rusmidler, og livsstilsendring.* Har en først fått diagnosen avhengighet, oppfattes ikke redusert forbruk eller «kontrollert drikking» som en realistisk eller tilstrekkelig målsetning (29). 12-trinnsprogrammet brukes som en konkret handlingsplan for å få til en varig livsstilsendring (30). Et eksempel er at valg om endring er mulig (trinn 3), samtidig som en fremholder at en må be om hjelp for å klare å gjennomføre endringen (trinn 1 og 2) (4).
- 5) *Deltakelse i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper.* Tilfriskning omtales som en prosess, ikke en engangsinnsats. Et sentralt kjennetegn ved all 12-trinnsbehandling er derfor det sterke fokuset som legges på betydningen av å etablere pasientene i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper (f.eks. AA), som en kan delta i utover den begrensede tiden en får være i behandling (2).

Behandlingsmetode

12-trinnsbehandling er en metode spesifikt innrettet mot endring av misbruksatferden, samtidig som en også ivaretar familieperspektivet gjennom et psykoedukativt familieprogram. 12-trinnsbehandling finnes både som poliklinisk, dag- og døgnbehandling. Døgnbehandling er vanligst og varer fra 4 – 8 uker, med påfølgende deltakelse i polikliniske ettervernsgupper, vanligvis i ett år. Målsettingen for behandlingen er rusfrihet og forbedret livskvalitet for pasient og familie. Metoden baserer seg på å integrere AAs basale filosofi (4) (basert på brukererfaring) med biomedisinske og psykososiale synspunkter på rusavhengighet. Det legges vekt på de første 5 trinnene i AA/NAAs 12-trinnsprogram. Strukturen i behandlingen følger et intensivt dag- og ukeprogram. Etter utredning og behandlingsplan, vil pasientene følge to behandlingslinjer. En fastlagt ut fra det faste terapitilbudet, den andre ut fra en individuell behovsanalyse. Sentralt i behandlingen er fokus på utvikling av avhengighet (for pasient), og medavhengighet (for pårørende) samt belysning av forsvarsmekanismer, først og fremst benektning (25). Rusterapeuter med egenerfaring arbeider sammen med helsepersonell (psykiater, psykolog, sykepleier, sosionom) i et tverrfaglig team, og samtaler med etisk rådgiver er også vektlagt i behandlingen.

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling (ARA) ved Sørlandet Sykehus (tidligere A-klinikken) har benyttet 12-trinnsmodellen i sin behandling siden 1986, og anvendes her som eksempel på innhold i denne type behandling, da den er representativ for tilsvarende behandling i Norden. Underveis er modellen modifisert i forhold til faglige krav, men har i det vesentlige beholdt samme

struktur. Behandlingen tilbys nå til både alkohol- og stoffavhengige, da det viser seg at den er velegnet for pasienter med begge typer avhengighetslidelser. Stoffavhengige kan imidlertid trenge noe lengre behandlingstid (31).

Hovedvekt i behandlingen legges på gruppeterapien. En benytter seg av åpne grupper med rullerende inntak. Det betyr at pasientene befinner seg i ulike faser av prosessen, og pasienter med lengre tid i behandling fungerer som positive rollemodeller for nye medpasienter. Det legges mye vekt på følelsesbevissthet, gjennom å kjenne igjen og sette ord på egne følelser, og å lære å håndtere disse uten rus. Narrative teknikker brukes og pasienten presenterer sin rus- og livshistorie og får tilbakemelding fra medpasienter. Medpasienter anses å være en terapeutisk ressurs for å bearbeide benektning og andre forsvarsmekanismer, og for å gi støtte og konstruktive tilbakemeldinger. For å øke innsikt i avhengighetsproblematikken er det flere undervisningsøkter daglig om relaterte tema. Pasienten skriver dagbok i løpet av behandlingen for å fange opp individuelle følelser og refleksjoner i tillegg til det som skjer i den gruppeterapeutiske prosessen. Parallelt med behandlingen forventes ukentlig deltakelse i selvhjelpsgruppene AA (Anonyme Alkoholikere) eller NA (Anonyme Narkomane). Før utskrivning utarbeides en individuell oppfølgingsplan. Pasienten anbefales fortsatt deltakelse i selvhjelpsgruppene AA og/eller NA etter endt behandling.

Sentralt i rusbehandling etter en 12-trinnsmodell er fokus på åndelighet, definert som behovet for å finne en erstatning for den livsmening som rusmidlene før har gitt. Dette gjør at 12-trinnsbehandling har et eksistensielt fokus. Inkludert i et slikt arbeid er å se på verdivalg og mønster i livet, både på godt og vondt, og hva en trenger å endre for ikke å falle tilbake til rus (32). En etisk rådgiver hjelper pasientene med dette.

Familieperspektivet er vesentlig i 12-trinnsbehandling. En anser rusavhengighet som en sykdom hvor hele familien berøres, og familien som helhet får ofte en dysfunksjonell utvikling kalt medavhengighet (33). Familien tilbys et psykoedukativt kurs sammen med andre familier, med undervisning og gruppesamtaler. De får også møte pasienten og hans/hennes gruppe etter et manualbasert opplegg (34). De presenteres for selvhjelpsgruppen for pårørende, AI-Anon (4), og tilbys viderehenvisning til en mer spesifikk familiebehandling ved behov.

Til tross for populariteten av 12-trinnsbehandling, har behandlingseffektstudier med godt design vært relativt begrenset. Gullstandarden i effektstudier er det randomiserte kontrollerte forsøket (RCT), der en enten sammenligner en behandling med ingen behandling, eller en ny behandling med en som har dokumentert effekt.

Den svenske kunnskapsoppsummeringen om effekt av rusbehandling fant fem kontrollerte studier (35). To studier sammenligner effekt av 12-trinnsbehandling med standardbehandling. Standardbehandling er en sekkebetegnelse definert som behandlinger uten spesifikk metodikk. Begge studiene viser bedre resultat for 12-trinnsprogrammet når det gjelder totalavhold fra rusmidler. Keso & Salaspuro (36) sammenlignet med standardbehandling i institusjon og Carroll et al. (37) sammenlignet med allmenn støtte ved kokain- og alkoholavhengighet. Keso & Salaspuro viste også at flere fullførte 12-trinnsbehandling, og behandlingsmiljøet ble opplevd som mer involverende, støttende og problemløsende enn den tradisjonelle behandlingen.

Tre studier sammenligner med annen spesifikk terapi. I Carrolls studie gjøres en sammenligning med kognitiv atferdsterapi (CBT). Her fant en ingen forskjell mellom 12-trinn og CBT. Project Match-studien, hvis hovedformål var å prøve ut ulike matchingshypoteser, sammenlignet også resultatene fra CBT, motiverende samtale (MET) og en 12-trinnsbasert intervensjon (Twelve Step Facilitation) (38). Behandlingen ble gitt poliklinisk og omtrent halvparten av pasientene hadde initialt fått tradisjonell institusjonsbehandling. De tre metodene oppnådde likeverdige resultat, men for pasienter som ikke hadde hatt institusjonsbehandling var en noe høyere andel totalt rusfrie 3 år senere etter 12-trinnsbehandling. Den tredje studien sammenligner 12-trinnsbehandling med poliklinisk «community reinforcement approach» (CRA). CRA kombinerer prinsippet for operant atferdsmodifikasjon med sosial systemteori. Her fant en like bra resultat for begge behandlingene (39).

I en mellomstilling står en dansk RCT-studie som sammenlignet en Minnesota-dagklinikk med ordinær poliklinisk behandling (40). Også her fant en at flere var totalavholdende i Minnesota-klinikkgruppen ett år etter fullført behandling.

Oppsummert viser RCT-studiene at 12-trinnsbehandling kommer bedre ut enn standardbehandling. 12-trinnsbehandling har resultater på linje med andre

spesifikke og etablerte behandlingsmetoder (CBT, MET) i forhold til en rekke utfallsmål, og på et punkt er 12-trinnsbehandling bedre; på total rusfrihet.

En annen type studier som tillegges betydning er naturalistiske resultat- eller outcome-studier. Disse representerer normal klinisk praksis ved at en gjør «før og etter»-målinger og/eller oppfølgingsmålinger en gitt tid etter fullført behandling. Det finnes en rekke slike studier både fra USA og nordiske land. Chemical Abuse Treatment Outcome Registry (CATOR) er et register i Minnesota som gjør resultatstudier av de private alkoholklinikkene i USA, som for 90 % er 12-trinns klinikker. Det er stor konkurranse om pasientene og forsikringsselskapene er bare villig til å dekke opphold på dem med best resultat. Det kommer jevnlig ut rapporter. Den største omfattet over 10 000 pasienter både innlagte og polikliniske. Man fant en fullføringsandel på 75 % og at 53–63 % var rusfrie i hele 12-månedersperioden etter utskrivning (41). Svenske outcome-studier, oppsummert av Fridell, viste at etter 4 år var 44 % totalt avholdende og 20 % kontrollert drikkende (42).

I Norge har det historisk vært en sterk motstand mot 12-trinnsbehandling. Dels skyldes dette at de første som tok i bruk modellen var private aktører som baserte seg på høy egenbetaling og TV- og avisreklame, noe som var svært uvanlig i Norge. Dels også fordi noen toneangivende fagfolk stilte seg negative til sykdomsmodellen. I dag definerer < 5 % av det norske rusfeltet seg som 12-trinnsbehandling, og modellen har altså ikke fått samme innpass som i Finland, Sverige og Island (20). Det finnes få effekt- og resultatstudier. Her skal nevnes Sextons studie fra Nord-Trøndelag (17). Dette fylket hadde ingen egne behandlingsinstitusjoner og sendte sine pasienter til fire forskjellige behandlingsteder, der tre (en stor og to små) drev etter 12-trinnsmodellen og en etter tradisjonelle metoder. Resultatene viste at oddsen for tilbakefall var lavere ved de to små 12-trinnsklinikkene. Det var ikke gjort randomisering, men Sexton fant ingen skjevhet i utvalgene.

Da A-klinikken i Kristiansand (nå ARA, Sørlandet Sykehus), startet 12-trinnsbehandling i 1986, bestemte en seg samtidig for å gjøre oppfølgingsstudier av utskrevne pasienter hver 3. måned i 2 år ved bruk av spørreskjemaer. Dette resulterte i systematiske etterundersøkelser av alle pasienter innlagt over en 10 års periode (1987–96). Disse omfattet både alkoholavhengige og stoffavhengige (21;31). I tillegg ble det gjort en oppfølgingstudie etter 2 år av pasienter innlagt i 2001–2002 (18). Her fant en at 46 % av de alkoholavhengige og 32 % av de stoffavhengige var totalavholdende de siste 6 måneder 2 år etter utskrivning.

Det ble brukt intensjonsanalyse som regner at alle som ikke har svart på spørreskjema enten er døde eller fortsetter å ruse seg. Slike resultater tåler godt sammenligning med andre (18).

Rusavhengighet og samtidig psykisk lidelse

12-trinnsbehandling gir best resultat på avhengighetslidelser der det er lav psykisk belastning (42). Dersom det foreligger alvorlig psykisk tilleggsproblematikk (psykose), må 12-trinnsbehandling suppleres med andre metoder (43). For mindre alvorlig psykisk komorbiditet (angst, depresjon) kan imidlertid 12-trinnsbehandling også gi tydelig bedring av psykiske symptomer (44).

Konklusjon 12-trinnsbehandling

12-trinnsbehandlingsmodellen har vist seg meget livskraftig i de 60 år den har eksistert. Mye skyldes nok gode behandlingsresultater, som er fullt på høyde med sammenlignbare behandlingsmetoder. Den motstanden modellen møtte blant enkelte fagpersoner da den ble introdusert i Norge for over 20 år siden har nå avtatt. Det psykoedukative familieprogrammet i modellen er blitt adoptert av flere behandlingsinstitusjoner som ikke er 12-trinnsbaserte. Støtten modellen har fått gjennom effektstudier, ny nevrobiologisk kunnskap og forskning på nytten av å delta i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper, borger for modellens framtidige bærekraft.

Referanser

1. Bergmark KH. AA og 12-trinnsbehandling. *Rus&Avhengighet* 1999;1:20–3.
2. Vederhus JK, Kristensen Ø, Tveit H, Clausen T. 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper: en ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskr Nor Psykologforening* 2008;45(10):1268–75.
3. 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. ss. 184–204.
4. AAs Servicekontor. AA. 3. utgave ed. Oslo: Anonyme Alkoholikere i Norge; 2000.

5. Alcoholics Anonymous World Services. Information on A.A. Sitert 08.09.09 fra http://www.aa.org/pdf/products/f-1_AAataGlance1.pdf
6. 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.
7. 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.
8. Espegren O, Føllesø S. Twelve Step programme and methadone maintenance treatment. In: Waal H, Haga E, editors. Maintenance treatment of heroin addiction. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag; 2003. ss. 321–8.
9. NA Norge. Velkommen til Anonyme Narkomane. Sitert 04.01.10 fra <http://nanorge.org/litteratur.asp>
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. Humphreys K, Rappaport J. Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Applied and Preventive Psychology* 1994;3:217–31.
16. Humphreys K. Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research & Health: the Journal of the National Institute on Alcohol Abuse & Alcoholism* 1999;23(2):93–8.
17. Sexton H. Alkoholmisbrukere etter klinikkbehandling: en oppfølgingsundersøkelse. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995;115(22):2768–72.
18. Kristensen Ø, Vederhus JK. Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2005;125(20):2798–801.
19. Zetmore SE, Kaskutas LA, Ammon LN. In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction* 2004;99(8):1015–23.
20. SIRUS. Rustiltak.no. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelmisbrukere 2004. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS); 2004.
21. Kristensen Ø, Vederhus JK. Stoffmisbrukere i 12-trinnsbehandling. *Rus&Avhengighet* 2005;(1):33–5.
22. SHdir, Norsk Selvhjelpsforum. Nasjonal Plan for selvhjelp. IS-1212, 2004.
23. Kurtz E. Why A.A. works; the intellectual significance of Alcoholics Anonymous. *J Stud Alcohol* 1982;43(1):38–80.
24. Anderson DJ, McGovern JP, DuPont RL. The origins of the Minnesota Model of addiction treatment – a first person account. *J Addict Dis* 1999;18(1):107–14.
25. Cook C. The Minnesota Model in the management of drug and alcohol dependency; miracle, method or myth? Part I. The philosophy and the programme. *Br J Addict* 1988;83:625–34.
26. Fekjær HO. Rus: bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie. Oslo: Gyldendal akademisk; 2004.
27. 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.
28. 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.
29. Owen P, Marlatt A. Should abstinence be the goal for alcohol treatment? *Am J Addict* 2001;10:289–95.

30. DiClemente CC. Alcoholics Anonymous and the structure of change. In: McCrady BS, Miller WR, editors. Research on Alcoholics Anonymous – opportunities and alternatives. 1993. ss. 79–97.
31. Kristensen Ø. A-klinikk og behandling av stoffmisbrukere. Tidsskr Nor Lægeforen 1998;118(20):3175.
32. Hauge K. Verdibevistgjøring som element i sjelesorgen med avhengighetsproblematikk. Tidsskrift for sjelesorg (1), 20–27. 1992.
33. Beattie M. Co-dependent no more. Minnesota: Hazelden Foundation; 1992.
34. Aasen B, Gutvik O, Lyngby LA, Reiersdal O. Fikk deltakerne i familieprogrammet en bedre hverdag? Kristiansand: A-klinikkens Forskningsserie; 1996. Rapport nr.: 17.
35. Berglund M, Johansson BA, Thelander S, Lindgren B, Andreasson S, Nicklasson L, et al. Behandling av alkohol- og narkotikaproblem. Stockholm: SBU; 2001.
36. Keso L, Salaspuro M. Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. Alcohol Clin Exp Res 1990;14(4):584–9.
37. Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsaville BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. Addiction 1998;93(5):713–27.
38. 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.
39. Miller WR, Meyers RJ, Tonigan JS, Hester RK. Effectiveness of the community reinforcement approach. Final report to the NIAAA. Albuquerque: University of New Mexico; 1992.
40. Grønæk M, Nielsen B. A randomized controlled trial of Minnesota day clinic treatment of alcoholics. Addiction 2007;102(3):381–8.
41. Hoffmann NG, Miller NS. Treatment outcome for abstinence-based programmes. Psychiatric Annals 1992;22:402–8.
42. Fridell M. Kvalitet og val av behandlingsstrategier for missbruk og psykisk støring. Abstract. Konferanse om kvalitet i behandling av ruspasienter, Sandefjord, 16.2.2006.
43. Mueser K.T., Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser. Oslo: Universitetsforlaget; 2006.
44. Berglund K, Berggren U, Bokstrom K, Eriksson M, Fahlke C, Karlsson M, et al. Changes in mental well-being during Minnesota treatment. Nord J Psychiatry 2004;58(5):383–8.