

Effektivt ettervern ved dobbeltdiagnose

12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper er blant de beste tilbudene for å hjelpe rusavhengige over tid – selv om de har en alvorlig psykisk lidelse. I Norge er det dessverre stor skepsis blant helsepersonell til denne modellen.



Av Frederick L. Nathanael, helse- og sosialpsykolog, prosjektleder «Tolv doble trinn» på Skjelfoss psykiatriske senter

Mennesker med såkalt dobbeltdiagnose er ansett for å være en av samfunnets mest sårbare grupper. De har vedvarende, skadelig rusmisbruk i kombinasjon med alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, bipolar lidelse eller personlighetsforstyrrelse. Ofte faller de mellom to stoler fordi de ikke passer inn i tradisjonell rusbehandling og får lite ut av det tradisjonelle psykiske helsevern (1). De få tilbudene som eksisterer er ofte mangelfulle og favner ikke den destruktive virkningen de to lidelsene har på hverandre (2).

Rusavhengighet er en kronisk lidelse med høy tilbakefallstendens (3), et gjennomgripende livsproblem som ofte krever behandling og oppfølging i et livsløpsperspektiv (4). Her kommer det offentlige hjelpeapparatet ofte til kort, hvor begrenset oppfølging etter at behandling er avsluttet er et velkjent problem. Dobbeldiagnosepasienter preges av å være relativt unge når de kommer inn i behandling og har svært ofte ingen eller sterkt rusbelastete nettverk. En svakhet i det profesjonelle helsevesenet er nettopp evnen til å bygge opp stabile og rusfrie sosiale nettverk rundt brukeren (5).

Løsning: 12-trinnsmodellen

De siste to årene har prosjektet *Tolv doble trinn* gjort et nybrottsarbeid med å fremheve såkalte 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper som et underutnyttet og svært potent alternativ til ettervern for mennesker med dobbeltdiagnose. I Norge er slike grupper lite kjent i helsevesenet, og mange helsepersonell er skeptiske og oppfatter

dem som uaktuelle for pasientgruppen. Paradoksalt nok viser bred forskning at å gå i slike grupper er blant de beste tilbud for å styrke tilfriskning fra rusavhengighet og livsmestring over tid (3) – også for mennesker med alvorlig psykisk lidelse (6, 7, 8). Aktiv deltakelse i 12-trinnsfelleskap har også sammenheng med bedre engasjement i egen behandling og er assosiert med lavere frekvens av reinnleggelse samt bedring av psykisk helse (4, 6, 9). I den senere tidens fokus på å utvikle integrerte behandlingsprogrammer for samtidig ruslidelse og psykisk lidelse (ROP) er selvhjelpsalternativer og 12-trinnsmodellen ofte et viktig element (7). Men altså ikke i Norge. Hvorfor møter en så verdifull modell så mye motstand, og hvilken nytteverdi har den egentlig?

Prosjekt Tolv doble trinn

Thea er 31 år, har bodd størsteparten av sitt voksne liv i psykiatrien. Hun er diagnostisert med såkalt dobbeltdiagnose. For inntil to år siden så ikke Thea for seg noe liv utenfor institusjon med høyt omsorgsnivå. I dag snakker hun om den dagen hun bor i egen leilighet og møter ansatte i psykiatrien i en rolle hvor det er hun som deler av sin erfaring og fortelle behandlere om sin vei til tilfriskning. Nøkkelen hun selv framholder er tålmodigheten, gjenkjennelsen, tilhørigheten og nettverket hun har fått gjennom selvhjelpsgruppen NA (Anonyme Narkomane) og deres 12-trinnsprogram. «Jeg har kjent meg som en alien. Jeg har aldri følt at jeg har hørt til noen



FELLESSKAP: Medlemmene i gruppen deler av sine erfaringer. Det er nyttig både for dem selv og de som lytter. Gjenkjenne i andres historier kan gi håp om et bedre liv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

steder. Det gjør jeg nå. Det er et sted jeg kan være 100 % meg selv».

Tilgangen til gruppene fikk Thea som brukerrepresentant i pilotprosjektet Tolv doble trinn ved Skjelfoss Psykiatriske Senter. Gjennom Rådet for Psykisk Helse fikk prosjektet midler fra Extra-stiftelsen Helse og Rehabilitering. I samarbeid med brukerorganisasjonene Mental Helse og Rusmisbrukernes Interesseorganisasjon (RiO) har prosjektet undersøkt nytten av å integrere 12-trinnsmodellen i rehabiliteringen av pasienter. Målet er å hjelpe pasienter å engasjere seg i 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper som AA (Anonyme alkoholikere) og NA. Implementeringen har i stor grad handlet om å vekke nysgjerrighet og jobbe med holdninger innad i ledelse- og personalgruppen. «Jeg merker en forandring i meg selv. Det jeg vet jeg har fått er i hvert fall tålmodighet. Jeg angret aldri på at jeg gikk inn på møtet når jeg kommer ut,» forteller Thea. Rotfestet i idealisme og ildsjeler i en bredt sammensatt prosjektgruppe har prosjektet medført positive endringer i relasjonen mellom pasienter og personale. Man ser at pasienter engasjerer seg mer i sin egen behandling, og personale opplever å ha fått unike verktøy og forståelsesramme når det gjelder å jobbe med avhengighetsproblematikk i en psykiatrisk setting. «Sjelden har jeg følt meg så ydmyk og full av respekt for de menneskene som går disse skrittene ut av avhengighet. Jeg har fått stor tro på

at dette virker,» sier Wibeke Gundersen, hjelpepleier knyttet til prosjektet.

Annerledeslandet Norge

Blant annet i USA og nordiske land som Sverige og Island representerer 12-trinnsmodellen den dominerende ideologien og forståelsesrammen innen avhengighetsbehandling (5, 10), og de fleste rusavhengige blir anbefalt av helsepersonell å engasjere seg i 12-trinnsgrupper. Internasjonalt har en lang

«Å hjelpe andre i samme situasjon styrker selvbildet.»

rekke studier de siste årene utpekt behandling som tar i bruk kliniske verktøy for å tilrettelegge og motivere til deltakelse i slike grupper som like effektive tilbud som for eksempel kognitiv terapi (5, 6, 11, 12, 13, 14). Men i annerledeslandet Norge er det i forunderlig kontrast kun 5 % av rusrelaterte behandlingsinstitusjoner som integrerer 12-trinnsfilosofien i sine tilbud (15, 16). Kun 15 % av pasientene i rusfeltet i Norge blir oppmuntret til å delta i AA eller NA (3). Ser man til USA, er andelen 75 %. Helsepersonells ignorering av 12-trinnsgrupper er spesielt uheldig når man ser at de fleste som engasjerer seg i grupper gjør det på oppfordring fra helsepersonell (5, 16). Hovedårsaken til at behandlere

mener at slike grupper ikke passer for pasientene er for eksempel angst- eller psykoseproblematikk. På tross av at forskning og erfaring i andre land enn Norge viser det motsatte (12), mener 42 % av norske behandlere at pasienter med ROP-lidelser ikke passer inn i 12-trinnsgrupper (17). Denne situasjonen er dog i gradvis endring med tanke på at nasjonale retningslinjer og helsepolitiske føringer i Norge anbefaler bedre utnyttelse av selvhjelpsgrupper (3, 18). Anbefalingen gjelder også for ROP-pasienter jamfør ROP-retningslinjene fra 2012 (19).

12-trinnsmodellens opprinnelse

12-trinnsmodellen har sin opprinnelse i selvhjelpsbevegelsen Anonyme alkoholikere (AA). Deres program og filosofi har siden etableringen i USA i 1935 utviklet seg til den mest suksessrike og utstrakte modellen innen rehabilitering og tilfriskning fra ulike typer avhengighetsatferd (5). Den uforandrete grunnteksten fra 1935 som formidler de 12 trinn kalles Storboka (20). 12-trinnsprogrammet har etablert seg i omtrent 200 forskjellige typer

selvhjelpsgrupper for ulike typer avhengighetsatferd i tillegg til rus, som overspising, sex- og spilleavhengighet. Det er også utformet formaliserte behandlingstilbud som jobber mot å styrke deltakelse i slike fellesskap, som Twelve Step Facilitation Therapy (TSF) (21, 22, 23) og utdanninger og sertifiseringer som Recovery Dynamics (24) fra USA og Addictologien i Sverige (25). Det er viktig å ikke forveksle det profesjonelle og frivillige nivået. Dog er det i Norge en vanlig misforståelse, og helsepersonell blander ofte sammen brukerstyrte selvhjelpsgrupper og intensive behandlingsmodeller med et konfronterende gruppeterapeutisk tilbud som integrerer elementer fra 12-trinnstankegangen, som den såkalte Minnesotamodellen (16).

De 12 trinnene kan beskrives som en erfaringsbasert endringsstrategi. De inneholder kognitive og atferdsmessige forslag til endring. Det er dog ikke snakk om et program man gjennomfører én gang. Programmet er ment å praktiseres som en måte å leve livet på for å klare å holde seg rusfri. Mange beskriver dette som en løsning som erstatter rusen i den rusavhengiges



BØNN: Åndelige opplevelser kan motvirke følelsen av meningsløshet som ofte preger livet til mennesker med alvorlige lidelser. Illustrasjonsfoto: Colourbox.

forsøk på å mestre selve livet. Kort fortalt består trinnene i å innrømme rusproblemet, søke hjelp hos en makt utenfor seg selv, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, dyrke ens åndelighet og dele sin historie og erfaring for å hjelpe andre rusavhengige som fortsatt sliter med rusproblemer. I gruppene har man innarbeidet en fadderordning, hvor nye medlemmer kan spørre og få støtte og hjelp av et mer erfarent medlem, også utenfor møtene, en såkalt sponsor (10, 26).

Misforståelser

Den eneste forutsetningen for å delta i 12-trinnsgrupper er et oppriktig ønske om å slutte og bruke rusmidler (13). Det er ikke et krav at man er rusfri for å delta på møter, noe mange misforstår (27). Er man påvirket av rusmidler, blir man gjerne bedt om bare å lytte. Det er også vanlig å møte stor entusiasme og støtte når noen kommer tilbake til gruppa etter tilbakefall til aktiv rus (5).

Et typisk møte varer fra 60 til 90 minutter. De kan være åpne for alle som er interessert, eller lukkede, det vil si kun for personer som er rusavhengige (7). I flere land er det en viktig del av rusfaglig utdanning og opplæring å gå på slike åpne møter (5). I Norge er få behandlere innen rusfeltet klar over at disse finnes, og kun 1/3 har selv deltatt på 12-trinns møter til forskjell fra nesten 90 % i USA (16).

På møter deltar den enkelte etter ønske og tur ved å fortelle om egne opplevelser og erfaring med å ha et rusproblem og veien ut av det. Det er også åpent for bare å lytte. Normen er å aldri konfrontere andre direkte under møtet eller gå i dialog som i visse behandlingsgrupper. Dette er ofte gjenstand for misforståelser (16). Skepsis hos behandlere handler også om bekymring for at pasienter får såkalt «russug» av å dra på møter samt fare for retraumatisering (27). Dette står i sterk kontrast til forskning som nettopp viser at deltakelse styrker evnen til rusmestring.

Noe behandlere ofte bekymrer seg for, er muligheten for at pasienter skal møte negative forestillinger i 12-trinnsgruppene omkring beroligende eller antipsykotiske medisiner. Selv om 12-trinnsgruppene offisielt ikke har noe problem med psykiatrisk medisiner, finnes det så klart fanatikere som vil påstå at medisiner er unødvendige ved at de setter edruskapen i fare eller at de fungerer som en «krykke». Dermed kan en risikere at ROP-pasienter kan få høre antydninger om at de ikke er rusfrie dersom de tar psykofarmaka og at de oppfordres til å slutte. Dette er imidlertid

en holdning som har snudd markant og er på retur i 12-trinnsbevegelsen (5, 28, 46).

Å vende problemet om til en ressurs

De mest sentrale årsakene til 12-trinnsfelleskaps suksess ligger i skifte av sosialt nettverk, nye mestringsstrategier og bedre psykososial fungering (47, 48, 49). Mange opplever for første gang å bli godtatt i en gruppe, akkurat slik de er. Dette er mennesker som i stor grad har følt seg utestengt og tilsidesatt i samfunnet generelt (13). Den unike gjenkjennelsen i andres historier gjør gir håp om at det finnes en løsning og gjør mange mer selvbevisste (1). Åpenheten og nærheten i gruppen gjør det mulig for mange å kjenne stor lettelse i å dele omkring tungt skambelagte og stigmatiserende tema.

Mennesker i programmet forteller ofte at de finner en unik kraft i å hjelpe andre som har samme problem som dem selv (1, 29). I delingen blir man en betydningsfull forteller og meningsbærer i et sosialt fellesskap. Pasienten går fra passiv mottaker av hjelp til en aktiv bidragsyter. Å oppleve at man

«Gjenkjennelsen i andres historier gir håp.»

kan hjelpe andre i samme situasjon styrker selvbylde og gir økt sosial status (13). Når man kommer videre i sin tilfriskningsprosess, får man muligheten til å bli en rollemodell for nyere medlemmer (30). Dette er blitt kalt hjelperterapi-prinsippet hvor man hjelper seg selv ved å hjelpe andre i samme situasjon (31, 50). For ROP-pasienter kan det også være en lettelse å kunne forholde seg til noe annet enn psykiatriske behandlingsmiljøer (7).

Åndelighet

12-trinnsprogrammet er beskrevet som et åndelig program. Her støter man mot den mest seiglivet barrieren mot legitimitet i norsk helsevesen. Det er en vanlig feiltolkning å blande gruppene sammen med religiøsitet og sekterisk virksomhet. Mange finner språkbruk som berører det åndelige fremmed og provoserende. Samtidig heter det i opptrappingsplanen for psykisk helse at oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester skal preges også av hensyn til menneskets åndelige og eksistensielle behov (32). En studie fra Sverige avdekket at pasienter i psykiatrien heller snakker med andre brukere om åndelighet enn med behandlingspersonalet, og at de samtidig savner

noen å snakke aktivt med om dette (33). Mange brukere innenfor psykiatrien opplever at deres åndelige søken møtes med skepsis og avvisning (34, 35).

Hva er egentlig åndelighet? Definisjonsmessig kan det beskrives som en prosess mot å kunne stole på livets bærende krefter. Åndelighet er det som holder oss levende og gir mening i tilværelsen, på godt og på vondt. Nestor i rusfeltet, Halvor Kjølstad, skriver om fellesskapet mange opplever i 12-trinnsgrupper at det gir næring til vesentlige eksistensielle og åndelige behov som har å gjøre med selvspekt, mening, verdighet og tilhørighet. I sin tur kan dette gi inspirasjon til å starte på det komplekse og krevende endringsarbeidet det er å begynne å bli rusfri (36).

Åndelige prinsipper som står sentralt i 12-trinnsprogrammet er ærlighet, håp, integritet, villighet, ydmykhet og nestekjærlighet (20). Tilfriskning handler i stor grad om bevissthet omkring slike verdier. De 12 trinn skal hjelpe en med dette, hovedsakelig gjennom overgivelse, bønn og meditasjon. Overgivelse dreier seg om å akseptere at ens evne til selvkontroll og måte å takle livet på ikke fungerer og at man vender seg mot noe større og utenfor en selv for hjelp (7). For noen kan dette være av religiøs karakter, mens mange definerer det som å søke støtte i mellommenneskelige relasjoner i gruppen (26). Men at dette i 12-trinnsprogrammet ordfestes med begreper som «Gud», «åndelig oppvåkning» og «høyere makt» vekker stor motstand i det sekulariserte Norge (5, 17). Det er samtidig et ufravikelig prinsipp at AA ikke støtter noen spesifikk religion eller teologi, og hver enkelt er fri til å legge hva de selv ønsker i de åndelige begrepene (7).

«Gå på et åpent møte. Se at det virker. For det gjør det.»

Mange behandlere er bekymret for at fokus på det åndelige kan trigge religiøse vrangforestillinger hos pasienter med dobbeltdiagnose. For individer som sliter med psykoser med destruktivt religiøst innhold kan selvfølgelig religiøse symboler skape ubehag, men det er imidlertid ingen studier som identifiserer dette som noe faremoment for forverret symptombilde (6). Tvert imot understreker mange klienter med dobbeltdiagnose hvor viktig det åndelige elementet er i tilfriskningsprosessen (37).

En åndelig opplevelse av mening med livet kan motvirke følelsen av meningsløshet og eksistensiell ensomhet som ofte preger livet til mennesker med alvorlige lidelser. Nyere studier av betydningen av religiøsitet

hos pasienter med schizofreni har vist at åndelighet ofte spiller en vital, positiv rolle i deres evne til å håndteres med sin sykdom. Det er derfor relevant for terapi å gå inn på en del av disse spørsmålene og diskutere det med pasienten. Dette gjelder også i tilfeller hvor deler av pasientens åndelige symboler kan få patologiske uttrykk (38, 39, 40, se også 44)

Barrierer mot gruppedeltakelse

I litteraturen pekes det på at ROP-pasienter møter på utfordringer spesifikt for sin gruppe som kan gjøre deltakelse i 12-trinnsgrupper mer komplisert enn for andre (45). Noen ROP-pasienter rapporterer ubehag ved at andre medlemmer reagerer på deres negative symptomer. De opplever seg annerledes og at andre misforstår atferden deres som tegn på ruspåvirkning og ikke den kroniske psykiske lidelsen. Mange mennesker med dobbeltdiagnose har vært mye isolert og hatt lange opphold i behandlingstilstander, og har derfor ikke de samme historiene i forhold til å ha mistet venner, jobb, ekteskap eller familie, penger osv. på grunn av rusen (1, 3, 7, 41).

Noen opplever vanskeligheter med å sitte stille lenge og ubehag ved å forlate møtet før det er slutt (6, 7, 30, 42). Sosial angst, paranoia eller andre vrangforestillinger kan også være utfordringer i det å være i en gruppe (7). Sosial ferdighetstrening kan derimot lette mange av disse utfordringene. Mueser og medarbeidere (7) har gitt veiledning for hvordan dette kan gjøres.

Kliniske retningslinjer

Det er viktig å ikke avvise 12-trinn som uegnet for pasienter selv om mange i behandling har vanskeligheter med å følge opp gruppemøter på jevnlig basis. Å knytte ROP-pasienter til selvhjelpsgrupper må ofte gjøres over lengre tid på en måte hvor man møter pasienten hvor den er. Samtidig er det viktig å presisere at å presse mennesker til å delta i selvhjelpsgrupper uten å ta hensyn til pasientens egen forståelse av sin situasjon kan virke mot sin hensikt (1). Studier har vist at deltakelse kan være verre enn ingen behandling i tilfeller hvor mennesker ut fra rettspraksis dømmes til å gå på AA-møter (13; 43).

12-trinnsgrupper må ikke forstås som det optimale tilbudet for alle. Viser pasienten stor motstand, bør man respektere pasientens valg og eventuelt ta opp temaet på et senere tidspunkt. Mange behandlere beskriver videre at de ofte tar feil i forhold til å forutse hvem som kan ha utbytte av slike grupper (7). Behandlerens rolle handler om å hjelpe pasienten med å vurdere mulige

GIVENDE Å HJELPE: Mennesker som deltar i programmet forteller ofte at de finner en unik kraft i å hjelpe andre som har samme problem som dem selv. Illustrasjonsfoto: Colourbox.



fordeler ved deltakelse i selvhjelpsgrupper og gjøre pasienten komfortabel med programmet og møteformatene. Det kan være trygt for klienten å følges på møter, og spesielt få høre at det er greit å gå tidlig om det føles ubehagelig. Behandler kan også være med å vurdere hvilke grupper som passer best og hjelpe pasientene å få kontakt med sponsorer eller kontaktpersoner i gruppa (7). Det er viktig at behandlere tilbyr å bearbeide opplevelsen av å gå på møter sammen med pasienten (27). Og det viktigste rådet av alle til behandlere som jobber med pasienter med avhengighetsproblematikk: Gå på et åpent møte. Se at det virker. For det gjør det. Og det viktigste rådet av alle til behandlere som jobber med pasienter med avhengighetsproblematikk: Gå på et åpent møte. Se at det virker. For det gjør det. ■

Referanser:

1. Noordsy, Douglas L.; Schwab, Brenda; Fox, Lindy; Drake, Robert E. (1996). The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders. *Community Mental Health Journal*, 32(1), 71-81, 83-86
2. Helse Sør-Øst RHF (2012). Utredningsrapport om en eventuell område funksjon/enhet for dobbeltstående pasienter i Oslo. Utført av Diakonhjemmet Sykehus på oppdrag fra Helse Sør Øst RHF. Diakonhjemmet Sykehus.
3. Vederhus, J. K. (2012). Addiction professionals and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups. Sammen drag av doktorgradsavhandling. Hentet 20.1.2013 fra: http://urn.no/URN_NBN:no-30540.
4. Aase, D. M., Jason, L. A., & Robinson, W. L. (2008). 12-step participation among dually-diagnosed individuals: A review of individual and contextual factors. *Clinical Psychology Review*, 28, 1235-1248
5. Vederhus, J., Kristensen, Ø., Tveit, H., & Clausen, T. (2008). Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 10, 1268-1275.
6. Bogenschutz, M. P., Geppert, C. M. A., & George, J. (2006). The Role of Twelve-Step Approaches in Dual Diagnosis Treatment and Recovery. *The American Journal on Addictions*, 15, 50-60

7. Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2006). *Integrert behandling – av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget
8. Trumbetta, S. L., Mueser, K. T., Quimy, E., Bebout, R., & Teague, G. B. (1999). Social networks and clinical outcomes of dually diagnosed homeless persons. *Behavior Therapy*, 30, 407-430
9. Swindle, R. W., Phibbs, C. S., Paradise, M. J., Recine, B. P., & Moos, R. H. (1995). Inpatient treatment for substance abuse patients with psychiatric disorders: A national study of determinants of readmission. *Journal of Substance Abuse*, 7, 79-97.
10. Tomasson, K., Vaglum, P. (1998). Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction*, 93, 423-31.
11. Bogenschutz, M. P. (2005) Specialized 12-Step Programs and 12-Step Facilitation for the Dually Diagnosed. *Community Mental Health Journal*. 41(1), 7-20.
12. Humphreys, K. (1999). Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research & Health*, 23, 93-98.
13. Kristensen, Ø. & Vederhus, J. K. R. (2005b). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 20, 125, 2798-2801
14. Ouimette, P. C., Gira, K., Moos, R. H., & Finney, J. W. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment IV. The effect of comorbid psychiatric diagnoses on amount of treatment, continuing care, and 1-year outcomes. *Alcoholism—Clinical and Experimental Research*, 23, 552-557.
15. SIRUS (2004). *Rustiltak.no. Landsdekkende oversikt over tiltak for rusmiddelbrukere 2004*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
16. Vederhus, J. K. (2009). Selvhjelpsgrupper i rusfeltet. Rapport om selv hjelp i rusfeltet for Norsk Selvhjelpsforum (NSF). Hentet 23.01.2013 fra: http://www.selvhjelp.no/filestore/Rapportomselvhjelpirusfeltet_301109_endelig.pdf
17. Vederhus, J. K., Laudet, A., Kristensen, Ø., & Clausen, T. (2010). Obstacles to 12-step group participation as seen by addiction professionals: Comparing Norway to the United States. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 39 (3), 210 – 217
18. SHdir & Norsk Selvhjelpsforum (2004). *Nasjonal plan for selvhjelp*. Hentet 1.2.2012 http://www.selvhjelp.no/filestore/15-1212_3743a.pdf
19. Helse direktoratet (2012). ROP-retningslinjene. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og alvorlig psykiske lidelse. Hentet 20.5.2012 fra: <http://helse-direktoratet.no/publikasjoner/nasjonal-faglig-retningslinje-personer-med-rop-lidelser/Sider/default.aspx>
20. AA (2006). *Anonyme alkoholikere*. Oslo: Anonyme alkoholikere i Norge.

21. Nowinski J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1994). Twelve Step Facilitation Therapy Manual; a clinical research guide for therapists treating Individuals with alcohol abuse and dependence. Rockville, Maryland: National Institute of Helath Publication
22. Nowinski, J. (2011). Twelve Step Facilitation for the Dually Doagnosed Client. Facilitator Guide. Minnesota: Hazelden,
23. Nowinski J. & Baker, S. (2003). The Twelve-Step Facilitation Handbook. A Systemativ Approach to Recovery form Substance Dependence. The Project Match Twelve Step Treatment Protocol. Minnesota: Hazelden
24. Recovery Dynamics (2013). Hentet 20/2-2013 fra: <http://www.kellyfdn.com/about.htm>
25. Addictologiakademiet (2013). Hentet 20/2-2013 fra: <http://www.addictologiakademiet.no/>
26. Vederhus, J. K., Hjerkin, B., & Kristensen, Ø. (2011). Selvhjelpsgrupper for rusmiddelavhengige. Tidsskrift for Den norske legeforening, 131, 1204-6
27. Vederhus, J. K., Kristensen, Ø., Laudet, A., & Clausen, T. (2009). Attitudes towards 12-step groups and referral practices in a 12-step naive treatment culture; a survey of addiction professionals in Norway.
28. Meissen, G., Powell, T. J., Wituk, S. A., Girrens, K., & Arteaga, S. (1999). Attitudes of AA contact persons toward group participation by members with mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1079-1081
29. Zemore, S. E., Kaskutas, L. A., & Ammon, L. N. (2004). In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction*, 99, 1015-1023.
30. Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2003b). Role of self-help processes in achieving abstinence among dually diagnosed persons. *Addictive Behavior* 28(3), 399-413.
31. Bjerke, T. N. (2012). Selvhjelpsgrupper mot rusavhengighet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 1(132), 54-6
32. Stortingsproposisjon nr. 63. (1997-98). Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2006. Hentet november 20, 2007, fra <http://www.regjeringen.no/nn/dep/hod/Dokument/Proposisjonar-og-meldingar/Stortingsproposisjonar/19971998/Stprp-nr-63-1997-98-/1.html?id=201916>
33. Koslander, T. & Arvidsson, B. (2007). Patients' Conceptions of How the Spiritual Dimension is Addressed in Mental Health Care: A Qualitative Study. *Journal of Advanced Nursing* 55 (6), 597-604.
34. Nathanael, F. L. (2013) Der sjelen ligger og ulmer. Om transpersonlig psykologi og psykosyntese. *Impuls, tidsskrift for psykologi*, 01, 80-93
35. Topor, A. (2004). Vad hjälper? Vägen till återhämtning från svåra psy kiska problem. Stockholm: Natur och Kultur.
36. Kjølstad, H. (2001). Et åndfullt liv uten den sterke ånden (Spiritus Fortis) Om alkoholrelaterte problemer, åndsdimensjonen og gruppeterapi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 920-927
37. McDowell, D., Galanter, M., Goldfarb, L., & Lifshutz, H. (1996). Spirituality in the treatment of the dually-diagnosed: An investigation of patients and staff attitudes. *Journal of Addictive Diseases*, 15, 55-68
38. Borrás, L., Mohr, S., Brandt, P. Y., Gillieron, C., Eytan, A., & Huguelet, P. (2007). Religious beliefs in schizophrenia: Their relevance for adherence to treatment. *Schizophrenia Bulletin*, 33, 1238-1246.
39. Danbolt, L., Møller, P., Lien, L., & Hestad, K. (2011). The Personal Significance of Religiousness and Spirituality in Patients With Schizophrenia. *The international journal for the psychology of religion*, 21(2), 145-158.
40. Huguelet, P., Mohr, S., Borrás, L., Gillieron, C., & Brandt, P.-Y. (2006). Spirituality and religious practices among outpatients with schizophrenia and their clinicians. *Psychiatric Services*, 57, 366-372.
41. Jordan, L. C., Davidson, W. S., Herman, S. E. & BootsMiller, B. J. (2002) Involvement in 12-step programs among persons with dual diagnoses. *Psychiatric Services*. 53(7), 894-896.
42. Bogenschutz, M. P. & Akin, S. J. (2000) 12-Step participation and attitudes toward 12-step meetings in dual diagnosis patients. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 18(4), 2000, 31-45.
43. Kownacki, R. J. & Shadish, W. R. (1999). Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use Misuse*, 34, 1897-916.
44. Nathanael, F. L. (2009). Spirituell overgivelse og mestring. *Psykologisk Tidsskrift*, 01, 31-37
45. Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. (2000a). Recovery challenges among dually diagnosed individuals. *Journal of Substance Abuse Treatment* 18(4), 321-329.
46. Magura, S., Laudet, A. B., Mahmood, D., Rosenblum, A., & Knight, E. (2002). Adherence to medication regimens and participation in dual-focus self-help groups. *Psychiatric Services* 53(3), 310-6.
47. Bogenschutz, Michael P. (2007). 12-step approaches for the dually diagnosed: Mechanisms of change. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 31(3) 64-66.
48. Laudet, A. B., Cleland, C. M., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. L. (2004). Social support mediates the effects of dual-focus mutual aid groups on abstinence from substance use. *American Journal of Community Psychology*, 34, 175-185.
49. Magura, S., Knight, E. L., Vogel, H. S., Mahmood, D., Laudet, A. B., & Rosenblum, A. (2003a). Mediators of effectiveness in dual-focus self-help groups. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 29(2), 301-22.
50. Laudet, A. B., Magura, S., Vogel, H. S., & Knight, E. (2000b). Support, mutual aid and recovery from dual diagnosis. *Community Mental Health Journal* 36(5), 457-76.



MÅ ØNSKE Å SLUTTE: Folk må ha et oppriktig ønske om å slutte å bruke rusmidler, for å bli med i en 12-trinnsgruppe. Men det er ikke et krav å være rusfri. Illustrasjonsfoto: Scanpix/Microstock.