

**www.fmr.no**

Innsikt:

# Selvhjelpsgrupper – å vende problemet til en ressurs

Av John-Kåre Vederhus, Ph.D. / sykepleier

Publisert 2012-10-28

[Del denne artikkelen](#)

Selvhjelpsgrupper drives på initiativ fra mennesker som har et problem og som ønsker å ta aktivt ansvar for egen livssituasjon gjennom å kommunisere følelser og tanker i selvorganiserte grupper. Gjennom det gjør de problemet til ressurs, for seg selv og andre.



*Artikkelen er hovedsakelig et sammendrag av rapporten Selvhjelpsgrupper i rusgiftfeltet utarbeidet på oppdrag fra Norsk Selvhjelpsforum (NSF) / Helsedirektoratet [1](#)*

En kartlegging viser at det finnes 499 selvhjelpsgrupper på rusgiftfeltet i Norge, hvorav de fleste er 12-trinnsbaserte (Anonyme Alkoholiker (AA) og Anonyme Narkomane (NA)). Enkelte bruker- og interesseorganisasjoner på rusgiftfeltet har også selvhjelpsgrupper. De 12-trinnsbaserte gruppene er de eneste med tilnærmet nasjonal utbredelse. Denne artikkelen baserer seg derfor i hovedsak på eksempler fra og forskning om 12-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper, men mange funn vil kunne overføres til annen selvhjelpsvirksomhet i og utenfor rusgiftfeltet.

## IKKE BEHANDLING

En ikke uvanlig misforståelse oppstår når deltagelse i selvhjelpsgrupper omtales som behandling. I virkeligheten skiller de to hjelpeformene seg fra hverandre på noen vesentlige punkt:

- I motsetning til i behandling er det ingen som kan kreve at du engasjerer deg i en selvhjelpsgruppe. Dess mer du engasjerer deg, dess større er sjansen for et positivt utbytte.
- Mens behandling forutsetter at en «ekspert» eller «hjelper», ut fra sin fagkunnskap gir råd eller annen faglig hjelp til en mottaker av denne hjelpen, er selvhjelpsarbeid å ta i bruk egne ressurser og egen erfaring i endringsarbeidet. Det å delta i en selvhjelpsgruppe betyr at du ikke bare er en mottaker av hjelp. Relasjonene i en selvorganisert selvhjelpsgruppe bygger derfor på gjensidighet.<sup>2</sup>

## HJELPER SELVHJELP?

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. Hva skal en måle effekten av å delta i selvhjelpsgrupper opp mot?

Det er urimelig å 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 stedet for å sammenligne selvhjelpsgrupper med behandling, finnes det nå flere kontrollerte studier som undersøker nytten av å delta i 12-trinnsgrupper i tillegg til behandling. Disse studiene viser i hovedsak at når helsepersonell anbefaler pasienter å delta i AA og NA, øker deltagelsen og behandlingsresultatene bedres (i forhold til kontrollgrupper som ikke anbefales spesielt å delta)<sup>3</sup>.

## VIRKSOMME MEKANISMER I SELVHJELP

I tillegg til å studere effekt, er det og viktig å få innsikt i hva det er som gjør at det å delta i en selvhjelpsgruppe hjelper. Slik kunnskap finner en i forskning om endringsteori, gruppeprosesser, sosiale teorier og egenkraftmobilisering eller empowerment:

- **Normalisering/ universalisering:** Opplevelsen av ikke å klare å mestre sin livssituasjon vil gjerne føre til skamfølelse og tanken om at «jeg er et dårlig menneske» er nærliggende. Da å 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». Perspektivet utvides og en ser at «Jeg er ikke alene i verden som har hatt det slik»<sup>4</sup>. Selvførdømmelsen slipper lettere taket og en får krefter til å ta fatt på problemløsende tiltak.
- **Formidling av håp:** Flere forhold ved selvhjelpsgrupper øker troen på at endring er mulig. Borkman<sup>5</sup> 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. Personer som viser med livet sitt at endring er mulig, er sterke formidlere av håp til andre.
- **Hjelp til å få konsolidert endring:** DiClemente beskriver selvhjelp (eksemplifisert gjennom AA) i lys av den transteoretiske endringsteorien (transtheoretical model of change; TTM)<sup>6</sup> For å være virksom og varig må endring foregå på flere nivåer (levels of change). Å sette flasken på hylla er kun det ytre nivået. I AA kalles det å bare holde seg på dette nivået å ”gå på hvite knoker”, det vil si at en krampaktig forsøker å holde seg edru, men uten at det skjer en underliggende personlig utvikling. For å holde ved like edruskap over tid, må endringen integreres på et dypere plan i personligheten. Noe som bidrar til en slik integrasjon er å aktivt bruke endringsprogrammet i 12-trinnsgruppene (de 12-trinn).
- **Rusgiftfrie nettverk:** Evnen til å bygge opp gode rusgiftfrie sosiale nettverk rundt den rusgiftavhengige etter behandling, er en av de mest essensielle faktorene for å lykkes i å etablere en rusgiftfri tilværelse. Spesielt gjelder dette for de som har mye støtte for fortsatt

rusgiftbruk i sitt tidligere nettverk<sup>7</sup>. Her kan støttende, rusgiftfrie miljøer spille en stor rolle.

- **Restrukturering av verdioppfatninger:** Tilhørighet til selvhjelpsgrupper gir også mulighet til å få korrigering på atferd og verdier, og de kan dermed betraktes som normative samfunn<sup>8</sup>. Et eksempel er at mange stoffavhengige har vent seg til en kriminell livsstil for å skaffe stoff. Den vil ikke nødvendigvis forsvinne automatisk om en forsøker å leve rusgiftfritt. 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 kan føre en tilbake i gamle mønstre, også når det gjelder rusgiftbruk.
- **Rollemodeller:** Sosial læringsteori sier at utviklingen av et rusgiftproblem kan være en funksjon av de rollemodeller en har hatt og de forventninger en har fått til det å bruke rusgifter<sup>9</sup>. For å motvirke og justere slike ofte sterkt integrerte faktorer, trenger en positive rollemodeller på det motsatte; noen som kan vise at det er mulig å få og ha et godt liv uten å bruke rusgifter.
- **Egenkraftmobilisering / empowerment:** 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. En får da mulighet til også å prøve ut å være i hjelperrollen, med de positive ringvirkningene det kan ha for eget selvbilde<sup>10</sup>.

## TOLVTRINNSBASERTE SELVHJELPSGRUPPER

AA er kjent som den første moderne selvhjelpsgruppen for personer med rusgiftavhengighet. Oppstarten i USA regnes å være i 1935. Lignende grupper har dukket opp senere, der NA er den største. Disse blir kalt tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Filosofien blir uttrykt gjennom et 12-trinnsprogram for tilfriskning. Disse 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 rusgiftavhengige som ønsker å komme seg ut av problemene<sup>11</sup>. Sentralt i trinnene er en åndelig oppvåkning. Hvert enkelt medlem oppmuntres til å kultivere en individuell forståelse – religiøs eller ikke-religiøs – av denne åndelige oppvåkningen. Fra starten av hadde AAs grunnleggere tilknytning til den kristne Oxford-bevegelsen, og arvet mye av sitt tankegods fra denne. Imidlertid ble det tidlig reist 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», som åpner for en individuell forståelse av begrepet.

## LAV TERSKEL

De 12 tradisjoner er retningslinjer for hvordan fellesskapet skal drives. Den primære virksomheten i 12-trinnsgrupper er gruppemøtene. Møtene ledes av medlemmene selv og den enkelte deltar ved etter tur å dele erfaringer, styrke og håp knyttet til å tilfriskne fra avhengighet. Til sammen setter dette tydelige rammer og gjør det enkelt å etablere nye grupper. Den eneste forutsetningen for deltagelse i AA/NA er et ønske om å slutte å bruke rusgifter. Målet er totalavhold, men en kan delta selv om en ikke er rusgiftfri. Deltagere er velkomne tilbake på ethvert tidspunkt etter et eventuelt tilbakefall til rusgiftbruk. Terskelen for deltagelse er altså lav. Dersom en er påvirket av rusgifter, blir en bedt om å lytte og ikke dele sine erfaringer i påvirket tilstand. En blir regnet som fullt medlem likevel, medlemskap knyttes til ønsket om å slutte å bruke rusgifter. For øvrig snakker vi ikke om medlemskap i vanlig forstand. Det er ingen registrering og ingen kontingent. Har du et rusgiftproblem og møter opp, så er du en del av fellesskapet.

## ØKONOMISK UAVHENGIGE

Normen er å aldri konfrontere andre direkte i gruppemøter; der er ingen direkte dialog som i en behandlingsgruppe. Slik er det fritt opp til deltagerne å bestemme hva en tar til seg gjennom 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. Gjennom en fadderordning kan nye medlemmer be mer erfarne om å være sponsor, det vil si gi dem individuell støtte og oppfølging. 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.

AA anslås å ha over 90 000 grupper på verdensbasis med et samlet medlemstall på mer enn to millioner. I Norge ble AA etablert i 1946 og NA i 1988. Disse to fellesskapene har til sammen cirka 300 ukentlige møter spredt over hele landet.

## BEHANDLING ETTER DE 12 TRINN

På 1950-tallet ble 12-trinnsmodellen lånt og adaptert inn i en profesjonell behandlingskontekst i USA. Denne profesjonelle behandlingsmodellen ble kalt 12-trinnsbehandling eller behandling etter Minnesota-modellen. Internasjonalt har dette gjort at rusgiftfeltet er det helseområdet der brukernes egne løsninger og erfaringer har hatt størst gjennomslagskraft og innvirkning på det profesjonelle behandlingssystemet. Men mens 12-trinnsideologien har en dominerende plass i USA, utgjør institusjoner som driver 12-trinns behandling bare fem prosent av behandlingsstedene i Norge. De fleste er helt eller delvis finansiert gjennom egenbetaling, med unntak av for eksempel ARA, ved Sykehuset Sørlandet, Trasoppklinikken og Kvinnekollektivet Arken, som er offentlige eller har avtale med helseforetak.

## PASIENTER MER POSITIVE ENN BEHANDLERE

Bortsett fra i de institusjonene som tilbyr 12-trinnsbehandling, er svært få ansatte i tverrfaglig spesialisert avhengighetsbehandling (TSB) opptatt av å anbefale sine pasienter å benytte tilbud om selvhjelpsgrupper som AA/ NA. I Norge blir bare 15 prosent av pasientene aktivt motivert til å delta i slike grupper av sine behandlere, mens den tilsvarende andelen er mer enn 75 prosent av alle pasienter i USA<sup>12</sup>. Men tre fjerdedeler av norske pasienter ser på disse fellesskapene som en mulig ressurs<sup>13</sup>. Det er altså et misforhold mellom pasientenes oppfatning av AA/NA og den som de møter blant behandlere. De ansattes kunnskapsnivå om slike grupper er også relativt lavt.

## KONTROVERSIELLE ASPEKTER VED 12-TRINNSGRUPPER

At 12-trinnsgrupper i liten grad ser ut til å være tema i samtaler mellom avhengighetspasienter og deres behandlere, kan ha å gjøre med en oppfatning om at denne formen for selvhjelp er kontroversiell. Hos norske fagpersoner synes et par motforestillinger mot tolvtrinnsstenkning å være dominerende. Den største er bruken av religiøse begreper i 12-trinnsprogrammet som flere behandlere og brukere i Norge enn i USA oppfatter som et hinder for deltagelse<sup>14</sup>.

- Religiøse begreper: Som nevnt ble gudsbegrepet i de opprinnelige 12 trinnene erstattet med «Gud, slik vi selv oppfattet ham». Dette ble kanskje oppfattet som rimelig åpent og inkluderende i en amerikansk kultur. I en mer sekularisert kultur som vår, vil ordet Gud fortsatt kunne by på problemer. I virkeligheten er den eneste form for begrepsbestemmelse i AA en oppfatning om at det må finnes gode og kjærlige krefter i tilværelsen. Det kan altså bety at en utfordres til å stole på andre enn seg selv, bli en del av et fellesskap og ta imot råd fra andre, alternativt at en søker tilbake til sine egne religiøse kilder<sup>15</sup>.
- Makteløshet: AA og NA foreslår å håndtere rusgiftavhengighet gjennom å akseptere at en er makteløs i forhold til rusgiften. Et slikt syn står tilsynelatende i kontrast til det som helsepersonell er opplært til: Å fokusere på å styrke pasientens mestringsevne.



Maktesløshetsbegrepet har derfor blitt kritisert av fagfolk. Det ligger imidlertid et paradoks her. Ved å gi slipp på tanken om at «jeg har kontrollen», åpnes det opp for en ny innfallsvinkel. Det å innrømme at en ikke har kontroll over rusgiftbruken, som AA/NA anbefaler, kan være en måte å komme i posisjon på for å ta et oppgjør og ta «avskjed» med rusgiftbruken.

## «IKKE FOR MEG»

Ifølge en undersøkelse som Kristensen har gjort blant norske pasienter, er det typisk å uttrykke disse motforestillinger mot å delta 12-trinnsgrupper<sup>16</sup>:

- Jeg klarer ikke å prate med mange folk til stede.
- Jeg har psykiske problemer, jeg er ingen alkoholiker.
- AA er bare for dem som er helt på bønn, og der er ikke jeg.
- Jeg vil ikke ha noe med en religiøs sekt å gjøre.
- Jeg liker ikke formen på møtene.

Hvis pasienten uttrykker slike motforestillinger, kan det være lett for behandleren å trekke seg unna temaet, spesielt hvis behandleren selv er ambivalent til gruppene. Min oppfordring er å utforske dette mer! Ofte kan pasientenes motforestillinger bygge på misforståelser eller feiloppfatninger. Hvis en er klar over disse motforestillingene, vil helsepersonell kunne forklare bruken av begrepene. Det vil kunne bidra til at pasienten ikke avviser gruppen i utgangspunktet, men heller gir det en sjanse. Et forslag kan være at pasienten anbefales å gå på et par møter. Da kan pasienten i alle fall vite hva han/hun sier nei til. Jeg vil også oppfordre helsepersonell selv til å gå på de av AA/NA's møter som er åpne for helsepersonell, pårørende og andre interesserte. Der 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.

## BEHOVET FOR OPPFØLGING UTOVER BEHANDLING

Hvordan behandlere veileder sine pasienter inn i en ettervernsfase, herunder også tilknytning til selvhjelpsgrupper, blir svært viktig ettersom den offentlige behandlingssinnsatsen alltid vil være tidsbegrenset. Formelle behandlingstiltak vil derfor sjelden kunne dekke behovet for oppfølging 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. Nasjonale planer anbefaler en bedre utnyttelse av den ressursen som selvhjelpsgruppene utgjør<sup>17</sup>.

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 rusgiftproblem, og kan oppsøkes fritt så lenge en ønsker.

Å gjøre endringer med et så omfattende problem som rusgiftavhengighet innebærer ambivalens og variasjon i motivasjonen. Dette er naturlig, og vil selvsagt gjelde for selvhjelpsgruppedeltagelse på samme måte som i behandling. Dersom en kan innarbeide en rutine med å komme seg på selvhjelpsgruppemøter allerede under behandlingen, vil det være lettere for pasienten på egenhånd å ta initiativ til dette i ettervernsfasen.

Økt kunnskap om selvhjelp og aktuelle selvhjelpsgrupper blant behandlere vil føre til at de blir mer bevisst på denne viktige delen av rehabiliteringsarbeidet og anbefaler slike grupper til sine pasienter<sup>18</sup>.

## KONKLUSJON

Selvhjelpsgrupper er brukerbaserte fellesskap som kan være et positivt supplement til profesjonell behandling i offentlig regi. Helsepersonell bør aktivt arbeide for at rusgiftavhengige i større grad blir involvert i slike grupper. En bør være klar over de kontroversielle aspektene ved 12-trinnsgrupper som finnes. Et større fokus om temaet hos helsepersonell vil kunne bidra til at flere rusgiftavhengige får tilknytning til slike støttende fellesskap.

- 
- 1 Helsedirektoratet og Selvhjelp Norge: Selvorganisert selvhjelp i møte med rusproblemer, 2010.
  - 2 <http://www.selvhjelp.no> - Nasjonalt kompetansesenter for selvorganisert selvhjelp.
  - 3 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; 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.
  - 4 Goodman et al. (1994). The self-help, mutual-support group. In A. Fuhriman & G. Bulingame, *Handbook of comprehensive psychotherapy*.6
  - 5 Borkman T. *Understanding self-help/mutual aid: Experiential learning in the commons* (1999). New Brunswick, NJ, US: Rutgers University Press.
  - 6 DiClemente CC. Alcoholics Anonymous and the structure of change. In: McCrady BS, Miller WR, (ed.). *Research on Alcoholics Anonymous - opportunities and alternatives*. 1993. p. 79-97. New Brunswick, US, Rutgers Center of Alcohol Studies.
  - 7 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.
  - 8 Rappaport J. Narrative studies, personal stories and identity transformation in the mutual-help context. In: Powell TJ (ed.). *Understanding the self-help organization - frameworks and findings*. Thousand Oaks, CA, US: Sage Publications; 1994. p. 115-35.
  - 9 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.
  - 10 Riessman F. How does self-help work? *Soc Policy* 1976;7(2):41-5.
  - 11 Anonyme Narkomane. Fakta om NA. <http://www.nanorge.org/fakta.asp>
  - 12 Vederhus, John-Kåre, Øistein Kristensen, Alexandre Laudet and Thomas Clausen: Addiction professionals' and substance abuse patients' attitudes towards and usage of 12-step-based self-help groups. *BMC Health Services Research* 2009, 9:147.
  - 13 Vederhus JK, Timko C, Kristensen Ø, Clausen T. The courage to change: Patients' perception of 12-step fellowships. *BMC Health Services Research* 2011, 11:339.
  - 14 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.
  - 15 Vederhus, John-Kåre, Kristensen Ø, Tveit H og T Clausen: Tolv-trinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabilitering av rusmid-delavhengige, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 45, nummer 10, 2008, side 1268-1275.

**16** Kristensen, Ø. (1987). *Håndbok i rusbehandling. A-klinikken: Kristiansand.*

**17** Helsedirektoratet. 2004. *Nasjonal Plan for selvhjelp.*

**18** Når det gjelder pasienter med komorbiditet psykiske lidelser og ruslidelser samt pasienter i LAR-behandling, bør en ta en del forholds- regler. Se mer om dette i tidligere refererte artikkel i Tidsskrift for norsk psykologforening.

[Del denne artikkelen](#)