

Behandling av rusmisbrukere på Valdresklinikken

En kvalitativ studie

**5.årsoppgave i Stadium IV- Medisinstudiet ved Universitetet i
Tromsø**

Rannei Holten kull-97

Veileder: Georg Høyer

Tromsø, 29. august 2002

Innholdsfortegnelse

INNHOLDSFORTEGNELSE	2
RESYMÉ	3
FORORD	4
INNLEDNING	5
METODE	7
AA OG 12-TRINNSPROGRAMMET	8
<i>AAs syn på alkoholisme og avhengighet</i>	8
<i>Anonyme Alkoholikere</i>	9
<i>12-trinnsprogrammet/minnesotamodellen</i>	10
<i>Anonyme alkoholikers 12 trinn</i>	10
<i>Anonyme alkoholikers 12 tradisjoner</i>	11
<i>Valdresklinikken</i>	11
MINE ERFARINGER FRA OPPHOLDET. SAMTALENE/INTERVJUENE	13
<i>Fellesskapet og AA-gruppene</i>	14
<i>Arbeid i grupper, det å dele av seg selv i grupper</i>	14
<i>Behandlerne</i>	16
<i>Åndelighet og selvutvikling</i>	17
<i>Motivasjon for behandling</i>	18
DISKUSJON	19
<i>Institusjonsbehandling og AA som selvhjelpsgruppe: Effektivitet</i>	19
<i>Behandlerens rolle og betydning</i>	20
<i>Alkoholisme, en sykdom?</i>	21
<i>Avhengighet, en flukt fra oss selv?</i>	22
<i>Et offer for alkoholisme?</i>	23
<i>Totalavhold, eneste mulighet?</i>	23
KONKLUSJON	25
LITTERATUR	26

Resymè

Bakgrunnen for mitt valg av oppgave er at jeg var interessert i å tilbringe noen uker på en slags institusjon eller klinikk hvor man hadde et helhetlig syn på mennesket. Jeg tror legevitenskapen kan få tilført mye gjennom å lukte mer på alternativ medisin. Jeg valgte å tilbringe tre uker på Valdresklinikken, en rusavvenningsinstitusjon som tilbyr behandling først og fremst til alkoholikere, men også til andre rusmisbrukere. Valdresklinikken behandlingsopplegg bygger på Anonyme Alkoholikers 12-trinnsprogram. Jeg har forsøkt å se nærmere på hva det er som hjelper pasientene å komme ut av sitt rusmisbruk på klinikken. Jeg har prøvd å se på hva som skapes i rommet mellom pasient og behandler og hva som skjer i gruppene, både med og uten behandlere tilstede. For å fange opp denne kunnskapen, som ikke er så lett tilgjengelig, var min viktigste metode å være tilstede, sensitiv og oppmerksom. Jeg skrev dagbok underveis, samt at jeg deltok i de fleste grupper og møter, pratet med pasienter og ansatte. Den siste uka foretok jeg fire relativt åpne intervjuer. Deretter har jeg lest litteratur om AA, 12-trinnsklinikker og behandling av alkoholikere. På Valdresklinikken var det å ta ANSVAR for sitt eget liv, være mer sann mot seg selv og omgivelsene sentrale tema. Pasientene har mulighet til å starte en bevisstgjøringsprosess rundt eget liv gjennom behandlingen. Daglig leder Randi Isdahl, som spiller en viktig rolle på klinikken, praktiserer en måte å forholde seg til pasientene på som hun kaller ”**tough love**”. Dette begrepet synes jeg beskriver ånden på institusjonen ganske godt. Det innebærer i korte trekk en måte å forholde seg til pasientene på som er omsorgsfull og kjærlig, men samtidig stiller krav til pasientene. En viktig konklusjon i denne oppgaven er at det finnes andre momenter enn de man kan måle og skrive ned på papiret som betyr mye for institusjonens kvalitet. Med andre momenter vil jeg spesielt fremheve behandlerne. Hvor mye innsikt og kjærlighet de bærer med seg, hvor trygt ståsted de selv har i sitt liv vil begrense hvor mye de evner å hjelpe sine pasienter.

Forord

Bakgrunnen for at jeg kom til Valdresklinikken var at jeg hadde lyst til å tilbringe noen uker på en slags institusjon eller klinikk hvor menneskelig vekst og utvikling er viktige grunnprinsipper i behandlinga. En plass hvor menneskets åndelige søken og behov for noe mer enn det trivielle og materielle ble verdsatt. Det kunne være behandling for psykisk syke, rusmisbrukere, en slags rehabiliteringsplass eller noe annet.

Utgangspunktet mitt var altså at jeg ville snuse på noe som vi ikke bruker så mye tid på i medisinstudiet. Jeg har vel alltid følt at det er noen viktige biter som mangler i undervisningen, men det er jo begrensa hva en får plass til på et 6-årig medisinstudium. Det er lettest å få plass til det vi vet noe sikkert om, og det som er vel dokumentert på strengt vitenskapelig grunnlag. Evidence Based Medicine er veletablert her hjemme, men jeg tror ikke all god medisin er så lett å måle og dermed dokumentere. **Mennesket er mer.**

Det som slår meg er at vi i løpet av disse årene skal læres opp til å behandle noe så vanvittig komplekst som hele mennesker med sjel, kropp, sinn og ånd, eller hvordan man nå kan dele oss inn. Det er jo en viten som aldri verken i løpet av et menneskeliv eller generasjoner kan bli komplett eller utstudert. Jeg bærer iallfall med meg den ydmykheten som jeg blant annet deler med Sokrates: "Det eneste jeg vet er at jeg intet vet", eller litt modifisert kan jeg iallfall si at jeg er et ferskt og umodent menneske som begynner å fatte hvor mye jeg kan lære i dette livet hvis jeg holder sansene mine åpne. Hvert enkelt menneske bærer på en mengde kunnskap om seg selv og opplevelser opp gjennom livet som har preget og påvirket oss og som ennå sitter i og gjør oss til den vi er. Denne kunnskapen om oss selv tror jeg mange av oss ikke er bevisst. Vi tar det for gitt at vår personlighet og våre handlinger er som de er og reflekterer vanligvis ikke mer over det. Men mønstrene vi går i er ikke tilfeldige. Jeg tror heller de er et resultat tilpasning og sosialisering vi som barn er blitt tvunget inn i av voksne omsorgspersoner. Vi mister kontakten med ektheten, spontaniteten og følelsene i oss gjennom denne tilpasningen. Det vi sitter igjen med er de tillærte mønstrene og lite av det vi egentlig er. Dette skaper ubalanse og sykdom. Det kan være for eksempel ondter her og der, lavt energinivå, depresjon og avhengighet. Jeg har tro på at en nøkkel til helbredelse og friskhet ligger i å anvende, fordype seg i de kroppslige manifestasjonene og i følelsene vi kjenner. Kroppen husker og vil fortelle hvis vi lytter på den. Det handler om bevisstgjøring av det som i stor grad styrer oss. Det kan være en dør til innsikt og visdom om oss selv. Det kan starte en fruktbar prosess. Jeg har iallfall fått mer og mer respekt for, at de pasientene jeg en gang skal

behandle selv kan være den største ressursen i behandlingen. De vet mest om seg selv og kan hjelpe seg selv i en eventuell sykdomssituasjon, forutsatt at de har tro og vilje til det. Noen tilstander er selvsagt i større grad utenfor pasientens rekkevidde. Det er noe som har gått tapt i utdannelsen vår hvis vi går ut etter 6 år med en holdning som innebærer at vi tror vi kan fikse folk, "mekke" på kroppsdelene slik at vi knirker og går igjen. Dette er jo ganske likt det mekanistiske synet på mennesket som ikke lenger burde ha noen bred støtte. Noe må jo få mindre oppmerksomhet gjennom studiet, men at mennesket er mer og større enn det vi kan se og kvantifisere er nå jeg helt overbevist om. Jeg mener at det er viktig å ha en mer helhetlig forståelse for å gjøre oss mer kvalifisert for jobben vår. Jeg tror det er fruktbart med mer alternativ forståelse av sykdom. Forskning på f. eks. nye onkogener har nok mye for seg, men jeg tror at man i tillegg må løfte hodet opp fra detaljene og istedenfor å fordype seg, begynne å utvide seg, se lenger og videre. Kan barneallergier ha noe å gjøre med for lite kroppskontakt? Kan gjentatte episoder med halsbetennelse ha sammenheng med et innestengt behov for å uttrykke seg, rope høyt og slippe spenningene og klumpen i halsen? Jeg vil også her få takket alle pasientene og de ansatte for det de ga meg og for det jeg har lært. En spesiell takk til de jeg bodde sammen på annekset som viste meg omsorg ved å vekke meg hver morgen og til de fire som lot seg intervjuer fordi de viste meg tillit. Jeg må også spesielt takke Randi Isdahl for at jeg fikk komme og for at jeg ble så godt tatt i mot.

Innledning

Det finnes ikke noen klar definisjon av en alkoholiker, ei heller et register over alkoholikere. På den bakgrunn har SIRUS (Statens Institutt for Rusmiddelforskning) tatt utgangspunkt i antall storkonsumenter av alkohol for å beskrive omfanget av rusproblem knyttet til alkohol. Definisjonen på en storkonsument er en som drikker mer enn 10 cl rein alkohol pr. dag i gjennomsnitt over hele året, dvs. 36,5 liter rein alkohol pr. år. Det er estimert at antall storkonsumenter i Norge (ut fra alkoholdrikkende normenn over 15 år) ligger et sted mellom 50 000 og 92 000. Dette er altså ikke antall alkoholikere i Norge. Videre sies det at noen kan kanskje drikke såpass store mengder alkohol uten at folk vil karakterisere vedkommende som alkoholiker. Og omvendt vil sikkert mange som drikker mindre enn 10 cl rein alkohol pr. dag helt tydelig ha problemer med sitt alkoholbruk, og kanskje bli karakterisert som alkoholiker (www.sirus.no). Antall dødsfall i året som er forårsaket av alkohol kan være en annen måte å

se problemet på. Statistisk sentralbyrås register over dødsårsaker, som bygger på ICD-10 sitt diagnosesystem, viser at det hvert år (1996, -97, -98) døde mellom 400 og 450 kvinner og menn fra 15 år og oppover på grunn av alkohol (www.sirus.no). Til sammenlikning dør det mellom 300 og 400 i trafikken hvert år.

Det brukes forholdsvis store summer på rusomsorg og rehabilitering av rusmisbrukere i Norge i dag. Det er stort sett det offentlige som direkte eller indirekte finansierer de fleste av tilbudene som finnes, og det eksisterer et stort mangfold av tiltak og institusjoner for rusmiddelbrukere, som arbeider etter til dels svært forskjellig filosofi. I 1999 var det i følge SIRUS totalt 32 357 klienter i behandling i de forskjellige tiltakstypene: Psykiatrisk ungdomsteam, institusjoner med heldøgnsstilbud, kollektiver, akuttinstitusjoner, sosialmedisinske/psykiatriske institusjoner, vernehjem og rehabiliteringsinstitusjoner. Dette tallet uttrykker ikke antall pasienter i behandling, da noen av pasientene kan benytte seg av flere av tiltakene. I tillegg finnes jo selvhjelpsgrupper som for eksempel Anonyme Alkoholikere (heretter AA), som jeg vil komme nærmere inn på. Det er interessant å se på effekten av disse behandlingstiltakene. Hva er det som hjelper pasientene ut av sitt misbruk? Først må jeg presisere at denne oppgaven bygger på en våken og interessert students observasjoner og erfaringer. Dette er altså ikke basert på strengt vitenskapelig metoder, men et interessert menneskes refleksjoner sett i lys av tidligere forskning og dokumentasjon. Jeg vil forsøke å se på hva det er på klinikken som hjelper pasientene å komme ut av sitt rusmisbruk, sett i forhold til Valdresklinikken syn på alkoholisme og avhengighet. Jeg vil presisere at jeg har valgt å fokusere på alkoholisme og alkoholikere og ikke så mye annet rusmisbruk. Dette for å avgrense oppgaven, samt at Valdresklinikken i hovedsak behandler alkoholikere og ikke så mange narkomane. Jeg vil også gjøre det klart at det er mange av de på klinikken som ruser seg på alkohol som ikke er fremmede for benzodiazepiner og andre medikamenter heller. For letthets skyld omtaler jeg de som alkoholikere og i noen sammenhenger rusmisbrukere. Samtidig bruker jeg av og til pasient, simpelthen fordi man gjør det på klinikken i tråd med sykdomsoppfatningen.

Metode

Georg Høyer sa seg villig til å være veileder for meg da jeg presenterte prosjektet mitt som sist høst besto av et ønske om å tilbringe tid på Valdresklinikken, suge inntrykk, være åpen og uforutinntatt. Jeg fikk etter korrespondanse med Randi Isdahl klarsignal om at jeg kunne komme og være der, bo på annekset i lag med de som hadde vært der lengst, spise mat sammen med alle og i det hele tatt delta på alt det som pasientene er med på. Hvordan skulle jeg forberede meg til dette? Skulle jeg lese masse litteratur om alkoholisme? Det ble fort klart for meg at jeg ikke skulle foreta meg så mye i forkant, heller komme dit som et blankt lerret og sakte la maleriet ta form, fargene og nyansene komme i løpet av tiden. Jeg tente veldig på dette og kjente at det ville gi meg mer å gjøre det på denne måten, da kunne jeg frigjøre masse energi til bare å være tilstede og ta inn alt. En klar problemstilling var det vanskelig for meg å finne, men jeg hadde ganske klart for meg at jeg ville på en eller annen måte få fram hjertet og sjelen i Valdresklinikken. Hva er det ved en behandling man ikke uten videre kan skrive ned på papiret og kopiere til bruk på en annen klinikk? Kunnskap som ikke er så lett å fange opp. Hvis behandlingen hjelper, hva er det ved den som fører frem? Er det det programfestede opplegget eller er det kanskje noe annet også? Noe i atmosfæren, som man ikke med letthet beskriver, men som man kan, om ikke direkte ta på, så iallfall føle på. Hva er det som oppstår i rommet mellom mennesker, pasienter så vel som behandlere? Hva betyr enkeltpersoners vesen og tilstedeværelse? Det er dette jeg har prøvd å ta tak i, få fram ved å beskrive litt av mine erfaringer, presentere noe av det som ble sagt i intervjuene og i tillegg se på hva forskning sier.

Etter råd fra veileder har jeg også skrevet dagbok med mine refleksjoner under hele oppholdet, enkelte dager med mer innholdsrike notater enn andre dager, naturlig nok. Dagboknotatene ble mer brukt som en slags bevisstgjøring underveis i de 3 ukene på klinikken. Jeg har ikke benyttet meg så mye av de under skrivinga, annet enn at de har brakt meg inn i stemninger, følelser og minner.

Det var meningen jeg skulle være med bare litt av dagen, men det ble til at jeg ble med på det meste fra morgen til kveld fordi det ga meg så mye. Morgensamlinger, grupper, forelesninger, avspenning, film, kveldsmøter, åpne AA-møter og det som ellers skjedde. Den siste uka intervjuet jeg 4 av de som hadde vært på klinikken lengst. Disse intervjuene/samtalene tok jeg opp på bånd og har siden skrevet dem ned. Jeg hadde ingen konkret intervjuguide, delvis fordi jeg ikke hadde utviklet noen klar problemstilling. Jeg hadde imidlertid noen hovedtema som

jeg styrte samtalen inn på. Disse hovedtemaene var følgende: Behandlingen på klinikken, AA-møtene i lokalsamfunnet, de 12 trinnene, personlig ruskarriere, familieforhold, åndelighet og selvutvikling, hjelpeapparatet generelt. I tillegg lot jeg de prate litt fritt og åpent om det som var naturlig for dem. På den måten tror jeg at jeg fikk tak i mer inderlighet og åpenhjertighet hos de. De fortalte om det som var viktig for dem, det som lå deres hjerte nærmest. Jeg synes samtaler ble veldig gode og tror kontakten ble bedre når samtaler/intervjuene ble mer intuitiv og ikke satt opp på forhånd.

I tillegg har jeg hatt gode samtaler med Randi Isdahl, som var min nærmeste kontaktperson på klinikken. De andre som jobba der hadde jeg også en del kontakt med og lærte av.

Veilederen min var også på tråden helt på slutten av oppholdet og har underveis i skrivinga hjulpet meg slik at oppgaven gradvis har tatt form.

Jeg fikk utdelt en del litteratur den dagen jeg kom, mye av det var AA-litteratur. Det ble ikke lest så mye under oppholdet, i tråd med det som var intensjonen. Tilbake i Tromsø var det tid for et dykk i litteraturen og samling av trådene. Jeg har måttet ta med på kjøpet at det er svært lite beskrevet om Minnesotaklinikk og AA, og at mye av det som er gjort av forskning ikke er anvendbart. Mange av studiene er ukontrollerte oppfølgingsstudier hvor man ikke har redegjort for frafall av pasienter eller definert hva som er godt behandlingsresultat.

AA og 12-trinnsprogrammet

AAAs syn på alkoholisme og avhengighet

I Løfgren (1992) skriver man både om en kroppslig og psykisk avhengighet, der sistnevnte er fryktelig vanskelig å definere. Kroppslig avhengighet henspiller på abstinenssymptomer, som jo er et biologisk veldefinert begrep, og som kan opptre hos alle mennesker forutsatt inntak av store nok mengder alkohol (eller andre rusmidler) over tilstrekkelig lang tid. Videre konkluderes det med at man ikke kan tillegge den kroppslige avhengigheten veldig stor betydning når det gjelder utvikling av alkoholisme. Dette er i strid med AA og Valdresklinikkenes syn på saken, som mener at alkoholisme rett og slett er en sykdom. Noen mennesker er "allergiske" mot alkohol. Man sammenlikner alkoholisme med det å være gravid. Enten er du det, eller ikke. Den ene av de to alkoholiserende grunnleggerne, Dr. William Silkworth var for øvrig lege og allergolog. AA sier også: "*En gang alkoholiker, alltid alkoholiker.*" Det er imidlertid mulig å leve nykter, en dag av gangen. AA mener også at det

eneste som fungerer for en alkoholiker er totalavhold, livet ut. Hvis de rører flasken igjen, selv etter år med promillefrihet, så er det umulig å ta bare en suppe med alkohol. Det er ikke mulig for en alkoholiker å nyte alkohol med måte. Når munnen først er satt til flasken bærer det nedover i en forrykende fart, som om årene med edruskap aldri hadde eksistert. På Valdresklinikken støtter de seg til forskning som forklarer dette reint biokjemisk. Stoffet tetrahydroisoquinoline (THIQ), som er veldig avhengighetsskapende ble av forskere funnet i hjernen hos alkoholikere, men ikke hos andre. Hos alkoholikere, som har denne arveligheten for alkoholisme, vil en del av acetaldehyden som dannes i leveren under metabolismen av alkohol gå til hjernen og forenes med dopamin slik at THIQ dannes (www.soberspace.dk/sygd). Denne forskningen medfører altså at alkoholikerens eneste måte å få et bedre liv på er totalavhold, siden dette stoffet gjør deg så hekta på alkohol at så snart du har begynt å drikke er du på dypt vann. Denne teorien er nok ikke allment akseptert og empiri taler også i mot den. I Løfgren (1992) er det referert til en forskningsrapport om en etterundersøkelse som viser at flere alvorlig alkoholisererte pasienter har kunnet gå tilbake til måteholden drikking av alkohol (Davies, 1962). I innvendinger mot dette brukes blant annet argumenter som: De som kan gå tilbake til måteholdsbruk ikke er "ekte alkoholikere", de er ikke avhengige konsumenter (Løfgren, 1992).

Anonyme Alkoholikere

AA ble startet i 1935 av en aksjemegler fra New York og en lege fra Ohio, begge var alkoholikere. De grunnla AA for å hjelpe andre med samme lidelse, og dermed også holde seg selv edru, og dette er fortsatt det fremste formålet. AA vokste ved etablering av selvstendige grupper, først i USA, og senere rundt om i verden. I 2001 var det i Norge ca. 170 AA-grupper, på verdensplan ca. 2 millioner medlemmer i 150 land (AA-brosjyre, 2001). Den eneste betingelse for medlemskap i AA er et ønske om å slutte å drikke. Det er ingen avgifter eller kontingenter. De tilstreber å være selvhjulpne gjennom egne bidrag. Edruskapet prøver de å oppnå og holde vedlike ved å dele erfaringer på gruppemøter og gjennom de 12 trinn (se senere). Personlig anonymitet er også et av AA sine hovedprinsipper. Dette for å disiplinere fellesskapet til å bli ledet av prinsipper (AA i et nøtteskall, 2001). I en annen folder utgitt av AA svares det på spørsmål om AA er en religiøs organisasjon: "Nei. AA er heller ikke knyttet til eller forbundet til noen religion." Videre står det at de aller fleste av de i AA har funnet løsningen på drikkeproblemet sitt gjennom en Makt større enn de selv, og ikke gjennom sin individuelle viljekraft. AAs 12 tradisjoner (se s.) oppsummerer ganske godt hva de tilstreber.

12-trinnsprogrammet/minnesotamodellen

På grunnlag av disse 12 trinnene ble det senere utviklet et behandlingsopplegg, av mange kalt Minnesotamodellen etter stedet det ble utviklet. I Valdresklinikkens papirer påberoper man seg ikke å følge noen modell, men det heter at de baserer seg på 12-trinnsprogrammet. Dette for å stå friere i forhold til opplegget, fortalte de meg.

I Eisenbach-Stangl (1998), som er en studie av AA i åtte forskjellige samfunn, kan man lese at AA i de 8 ulike samfunnene/landene som ble studert har utviklet seg i ganske forskjellige retninger. Norge er ikke med, men av de nordiske landene er det Finland, Island og Sverige som er med. AA er ikke det samme nå som i USA i 1940! Ikke en gang de 12 trinnene og de 12 tradisjonene, som er selve fundamentet, har stått ved lag alle steder. I Sverige økte både AA og antallet Minnesotaklinikker drastisk på 1980 og -90-tallet, og opplegget ble akseptert av mange som det beste alternativet. I Norge derimot, ser man langt fra den samme tendensen. Jeg fikk antydning at antallet Minnesotaliknende klinikker (offentlige og private) som finnes i Norge kan telles på 2 hender. Disse klinikkene følger i ulik grad Minnesotamodellen i strikt forstand.

Anonyme alkoholikers 12 trinn

1. Vi innrømmer at vi var maktesløse overfor alkohol, og at vi ikke lenger kunne mestre våre liv.
2. Vi kom til å tro at en Makt større enn oss selv kunne bringe oss tilbake til sunn fornuft.
3. Vi bestemte oss for å overlate vår vilje til Guds omsorg, *slik vi selv oppfattet Ham*.
4. Vi foretok en grundig og fryktløs moralsk selvransakelse.
5. Vi innrømmet, ærlig og utilslørt, våre feil for Gud, for oss selv og et annet menneske.
6. Vi var helt innstilt på å la Gud fjerne disse feilene i vår karakter.
7. Vi ba Ham ydmykt fjerne våre feil.
8. Vi satte opp en liste over alle dem vi hadde gjort vondt mot og ble villige til å gjøre alt sammen godt igjen.
9. Vi gjorde opp med disse menneskene, når det var mulig å gjøre det uten å skade dem eller andre.
10. Vi fortsatte med selvransakelsen, og når vi hadde feilet innrømmet vi det uten å nøle.
11. Vi søkte gjennom bønn og meditasjon å styrke vår bevisste kontakt med Gud, *slik vi selv oppfattet Ham*, og ba bare om Hans vilje med oss og kraft til å utføre den.

12. Når vi hadde hatt en åndelig oppvåkning som følge av disse trinn, prøvde vi å bringe budskapet videre til alkoholikere og praktisere prinsippene i all vår gjerning.

Anonyme alkoholikers 12 tradisjoner

1. Vår felles velferd bør komme først. Personlig tilfriskning avhenger av AA-enhet.
2. For vårt gruppe formål finnes bare en høyeste autoritet -en kjærlig Gud, slik som han kan uttrykke seg i vår gruppesamvittighet. Våre ledere er kun betrodde tjenere -de regjerer ikke.
3. Den eneste betingelse for AA-medlemskap er et ønske om å slutte å drikke.
4. Hver gruppe bør være selvstendig, unntatt hvor det gjelder saker som vedrører andre grupper og AA som helhet.
5. Hver gruppe har et hovedformål: Å bringe budskapet videre til alkoholikeren som fortsatt lider.
6. En AA-gruppe bør aldri gi garantier eller finansiell støtte, og bør ikke låne AA-navnet til noen beslektet organisasjon eller utenforstående foretagende, for at ikke penge-, eiendoms- eller prestisjespørsmål skal avlede oss fra vårt fremste formål.
7. Hver AA-gruppe bør være selvhjulpen, uten bidrag utenfra.
8. AA bør alltid være ikke-profesjonell, men våre servicekontorer kan gjøre bruk av spesialutdannede folk.
9. AA bør aldri bli organisert, men vi kan opprette tjenesteorganer eller komiteer som er direkte ansvarlig overfor dem de tjener.
10. AA tar ikke standpunkt til utenforliggende spørsmål. AA-navnet bør således aldri trekkes inn i offentlige stridsspørsmål.
11. Vår kontakt med allmennheten er mer basert på å tiltrekke enn å drive propaganda. Når det gjelder presse, radio, TV og film, må personlig anonymitet alltid bevares.
12. Anonymitet er det åndelige grunnlag for alle våre tradisjoner, som alltid minner oss om å sette prinsipp foran person.

Valdresklinikken

Valdresklinikken ble etablert i 1991, og er en rusavvenningsinstitusjon som først og fremst tilbyr behandling til alkoholikere, men også til andre rusmisbrukere. Institusjonen har plass til 20 pasienter. I tillegg er det et annekst som huser noen av de som av forskjellige grunner ikke er klare til å dra hjem igjen. Her bodde for øvrig jeg også. Det er en veldig fin plass husene ligger på. Stemningen rundt husene var så god da jeg var der. Det ble varmere i været, man

kunne sitte ute i solveggen med pledd rundt seg, kjenne vårsola og innimellom også vinterens kalde gufs. Fuglesang og snøsmelting. **Krefter. Liv. Håp.** På innsiden av veggene skjedde også ting. På Valdresklinikken sin egen presentasjon av behandlingen står følgende:

”Behandlingen består av gruppeterapi, individuelle samtaler, forelesninger og egne oppgaver knyttet til 12-trinnsprogrammet. Avgiftningsfasen og hele behandlingen inneholder også akupunktur, avspenningsøvelser, urtemedisin og et sunt kosthold. Det første møtet med behandlingen er å akseptere sin sykdom rent følelsesmessig, bryte benektelsen og innrømme sin maktesløshet overfor alkohol, medikamenter eller andre stoffer. Deretter innse behovet for forandring og verdien av å leve et rusfritt liv. Primærbehandlingen er bare begynnelsen på tilfriskningen...” Primærbehandlingen går over 5 uker, men vil i mange tilfeller forlenges om man ser behovet for det. Fire av landets fylker (Hedmark, Oppland, Sogn og Fjordane og Nord-Trøndelag) har avtaler med institusjonen, og det er hovedsakelig derfra rusmisbrukerne rekrutteres. Slik jeg ser det var gruppa veldig heterogen hva angår alder og ruskarriere. Noen var unge med en kort og intens ruskarriere, mens andre hadde slitt på forskjellig vis i mange tiår. Det var en klar overvekt av menn, for øvrig var det lite fellestrekk foruten alkoholisme, så vidt jeg kan se. Ofte fikk de tilbud om opphold som følge av et samarbeid mellom arbeidsgiver og sosialtjeneste eller på andre måter. Det var nok de færreste som betalte selv. Etter primærbehandlingen er det muligheter for faglig oppfølging i inntil 2 år etter utskrivelse, hovedsakelig i form av helgesamlinger. Det legges også opp til oppfølging gjennom lokale AA-grupper. Familien dras også inn i behandlingen ved at de tilbys et 5-dagers kurs der de lærer om sin medavhengighet. Jeg forsto at dette var et viktig element i behandlingen, men fikk ikke anledning til å delta på det. I tillegg er pårørende i kontakt med behandlere og pasienter underveis i primærbehandlingen. Dette samarbeidet med nære pårørende var høyt prioritert.

Uten at man kan vise noe statistikk har jeg fått vite at det er svært få av de som er kommet inn til primærbehandling som avbryter behandlingen. På klinikken påpeker de at dette har mye å gjøre med at det er gjort et godt arbeid med pasienten på forhånd. Det lokale sosialkontoret, rusteamet og/eller bedriftshelsetjenesten har på forhånd gjort en god jobb i forhold til motivering til å ta behandling.

Den daglige lederen ved Valdresklinikken, Randi Isdahl, har jeg stiftet bekjentskap med tidligere, så det var nok det som var utslagsgivende for hvor jeg valgte å dra. J. Sunder Halvorsen, Sandra Jyoti Marjala og Lis Bhadra Dahl er også knyttet til klinikken. Sistnevnte jobber på klinikken med personalutvikling, er med i behandlingen og er med som terapeut på familieuka. Hun er utdannet sykepleier, men har i flere år jobbet med selvutvikling. Det var

ganske tydelig for meg, at rusterapeutene har en ressurs i henne. Førstnevnte er lege og spesialist i psykiatri, psykoterapeut med videreutdanning i kroppsorientert gruppeterapi. Sandra Jyoti Marjala er kroppsterapeut. Hun har utdanning i reichiansk craniosacralterapi (Terapi som er basert på å pålegge kraniet og ryggspylen korrigerende trykk, med fokus på bindevevet) og rådgivning og meditasjonslederutdanning. Sandra Jyoti Marjala og J. Sunder Halvorsen leder VBA-kursene (Voksne Barn av Alkoholikere) i etterbehandlingen. Disse menneskene har mye å si for kvaliteten på behandlinga, klimaet og atmosfæren på klinikken. De har mye innsikt i mennesket. De ser mennesket helhetlig. De to sistnevnte var ikke på klinikken under mitt opphold. Noen av de andre som jobber der som rusterapeuter er utdannet, eller er under utdanning i Sverige gjennom et utdanningsopplegg AA har. Det er også noen som ikke har utdanning spesielt i forhold til rus, men jeg forsto det som at de aller fleste av de 17 ansatte har en eller annen tilknytning til rus. En del av de som jobber der har bakgrunn i eget misbruk eller har vokst opp med rusmisbrukere som omsorgspersoner.

Mine erfaringer fra oppholdet. Samtalene/intervjuene.

Det om viste seg å være en utfordring den første tiden var å finne min rolle på klinikken. Jeg ble nemlig fort dratt med og utfordret både under forelesninger og grupper. "Har du noe du tenker på eller vil si, Rannei?" Det satte jeg pris på, det var godt å få delta, få litt rom. Ville nok blitt fortere passiv og sløvet hvis jeg kun skulle være en stum observatør i forhold til en deltakende observatør. Det var også et tema den første tiden hvorvidt jeg med min tilstedeværelse ville bli et moment som ødela og forstyrret behandlingen på noen måte. Jeg kom inn i en gruppe som var i en veldig sensitiv og sårbar fase hvor det var mye utrygghet og frykt fra før. Ville jeg bli for mye? Da jeg presenterte meg for gruppa husker jeg at hjertet banket ganske heftig. Ville de synes jeg var en snusfornuftig og overlegen legespire som trodde hun hadde peiling? Ville de akseptere meg? Jeg har tross alt "klart meg" bedre i livet enn de så langt. I det hele tatt meldte det seg masse tanker og følelser omkring det å bli avvist eller godtatt og det preget meg nok den første tiden. Randi Isdahl, gjorde det klart at de hadde lov til å sette grenser for seg selv i forhold til meg hvis de syntes at jeg ikke burde være med akkurat på en bestemt begivenhet. Jeg har jo ikke stiftet så mye bekjentskap med alkoholikere før og hadde nok et bilde oppi hodet om hvordan "de" var. I forhold til hvilken rolle jeg skulle ha følte jeg at jeg falt litt mellom to stoler, fordi jeg er jo snart utdannet som en hjelper i

helsevesenet, men er jo ingen rusterapeut. På den andre siden kjente jeg behovet for å dele mitt, det jeg hadde på hjertet av tunge og lystige ting i sammenhenger hvor det var åpent for det, selv om jeg ikke var pasient. Den første uka omgikk jeg følgelig pasientene litt usikkert og stille, jeg kunne jo ikke fortelle de det jeg hadde inni meg, de hadde jo nok med seg selv. Det løste seg imidlertid opp og etter hvert fikk jeg veldig fine stunder sammen med noen. Jeg tror vi satte gjensidig pris på hverandre. Mye av det jeg lærte de ukene skjedde utenom behandlingsrommet, i solveggen, ved kveldsmaten, på røykerommet.

Fellesskapet og AA-gruppene

Dag to ble jeg dratt med på et åpent AA-møte på Fagernes. Jeg hadde, som jeg tror mange deler med meg, et bilde av ALKOHOLIKEREN som stemte dårlig med det jeg fikk se på klinikken og på AA-møtene. Det dreide seg om en stereotyp oppfatning av den slitne gamle gubben, furete og med buksesig, sprukken røst og skitne klær, uten håp og visjoner. På AA-møtene fikk jeg se og noe annet. For det første så alle helt normale ut. For det andre var det både håp og tro. Alle fikk anledning til å si det som er viktig for seg, mens de andre lyttet uten å kommentere. Det var et rom hvor man kunne kaste maska og fasaden og la sårhet, oppgitthet og tristhet komme til uttrykk om man turde. Noen hadde vært edru i mange år, andre hadde nettopp hatt en sprekk og atter andre var ferske i AA-sammenheng og så kanskje ikke på seg selv som alkoholikere. Men felles for dem alle bortsett fra at de hadde rusproblemer, var at de tok ansvar for sitt eget liv. Tok tak i seg selv og prøvde å stå ansikt til ansikt med det som måtte være. De ga seg ikke over, men brukte fellesskapet for å holde seg edrue. Det første jeg kan si om min reaksjon er jo at jeg ble litt skamfull på grunn av tankene jeg hadde hatt på forhånd. Dernest fulgte respekten for dem som viste motet og styrken i seg. Flere av de som holdt foredrag på klinikken har selv en fortid som alkoholikere. En av disse sa følgende: ”*Jeg var redd og promillefri i 3 år uten AA. Det første jeg måtte forstå var at jeg ikke greide å vedlikeholde det jeg har lært alene. Jeg måtte ha noen å snakke med, noen som forsto hva jeg snakket om. Disse fant jeg ikke på puben, i blandakoret, i trimgruppa eller på jobben. Nå er jeg edru og ikke lenger redd i AA.*”

Arbeid i grupper, det å dele av seg selv i grupper

En del av terapien går ut på at man skal legge fram for de andre i gruppa trinn 1, som går ut på å erkjenne overfor seg selv sin maktesløshet overfor alkohol (se s.). Dette skjer ved at de først forbereder seg ved å gå gjennom et arbeidshefte med spørsmål og problemstillinger i forhold til dette. Det er opp til rusmisbrukeren selv hvor mye han vil si til gruppa. Jeg har lyst

til å fortelle litt om en slik opplevelse som satte ganske dype spor i meg. Det illustrerer hvordan mennesker som tør kan ekspandere og avkrefte det man trodde var ubestridelige sannheter om seg selv. Han som skulle legge fram sitt 1. trinn var tydelig nervøs og gruet seg veldig. Jeg satt under hele seansen og kjente en følelse av glede og takknemlighet fordi denne ærlige, snille og skrekkslagne mannen ville dele sin usminkede historie med oss. Etterpå er det slik at alle i gruppa har anledning til å si noe eller stille ham spørsmål. Denne mannen fikk veldig mye positiv og god tilbakemelding. Blant annet i forhold til det at han trodde han ikke dugde til å prate foran mange folk. Det var jo faktisk ikke sant! Han klarte det jo veldig fint. Han dugde jo mer enn noen! Vi kunne se mannen formelig blomstre foran oss. Å være i sentrum av oppmerksomheten var så skummelt, men så viktig og livgivende. Det var et tydelig vendepunkt og en viktig hendelse for han, slik jeg kan se det. I ukene etter dette framsto han i en mye mer klar og rakrygget skikkelse, ikke så utvisket og sjenert som tidligere. Slikt gir håp for noen og enhver. Den bunnløst lave selvfølelsen og selvforakten fikk konkurranse. Jeg tror også at det hjelper de andre i gruppa til å se håp og muligheter. Ikke minst får de en utfordring når det er de som står i rampelyset. Det å tørre å vise seg frem for de andre.

Hver morgen og kveld var det samling og deling. I tillegg til en del faste ritualer med lesing var stunden åpen for alle som trengte å dele noe. Det å ta ordet og fortelle noe som er ganske nært og sårbart er en veldig skummel ting, men det kan jammen være nærende for mennesket hvis man tar sjansen, hopper ut i det. Jeg erfarte at dette var en god stund for de fleste, et godt sted å møtes, men at frykten for å vise seg fram som den man er ofte tok overhånd. At det endte med å lire av seg noen ufarlig fraser om at dagen hadde vært fin og ønsker alle en god natt. Men her, i en slik sammenheng hvor stunden er åpen, uten press, forventninger og plan, kommer dette ubeskrivelige inn. Den atmosfæren som skapes et slikt sted. Det som man kan kjenne på seg, det som blir skapt av menneskene som er tilstede, samspillet mellom de og følelsen av fellesskap. Som man kan kjenne i brystet, i magen, i hodet. Man kan velge å kjenne det, eller velge å være et annet sted, ikke tilstede. Vi sitter i ring. Det er forskjellig fra gang til gang, også avhengig av den som har vakt. Noen mennesker har kommet dithen at de har evnen til å katalysere andre menneskers reaksjoner. De har med seg noe som er få mennesker forunt, som gjør oss andre full av respekt og tiltro. Dette er noe som jeg også kunne merke under andre grupper enn akkurat kvelds- og morgensamlinga. Det å bli **sett** og **møtt** er viktige stikkord. Likeså det å få aksept for de tankene og følelsene en måtte ha, slik at

man tør å komme ut med de. Noe som forutsetter trygghet og innsikt hos de som jobber på klinikken.

I intervjuene spurte jeg litt om betydningen av fellesskapet og gruppa. Her er noen utsagn som kan belyse det:

Mann rundt 50 år: *"Du lærer å åpne deg, lærer å kjenne på følelser. Terapien skjer like mye på røykerommet som på møterommet. (...) Merker godt forskjell på den enkelte. Noen kan være veldig forknytt når de kommer hit. (...) Jeg har problemer med å vise følelser. Bestandig vært fryktelig hard, både mot meg sjøl og andre, kan du si. (...) Menn fortrenger det, har vanskeligere for å sette ord på det, sitter inne med det, åpner seg ikke."*

Dame rundt 50 år: *"Fellesskapet er veldig viktig, nesten like viktig som Randi holdt jeg på å si. Jeg kom jo inn her krypende i stolen. Når jeg skulle snakke høgt i gruppa, bare jeg skulle si navnet mitt så grein jeg nesten. Etter ei tid så løsna det, du glei fort inn i dette her og du kan faktisk snakke om ting i gruppa som du faktisk talt ikke kan snakke med de nærmeste om i det hele tatt. Alt. Til din egen mor kan du ikke si det samme som du kan si til gruppa her og ikke til ektefelle og barn."*

Jeg spurte mann, rundt 40 år hvordan han syntes det var å høre andres historier, og fikk til svar: *"Stort sett bare tragedier. Det går jo innpå meg. Får et helt spesielt forhold til de som er her. Jeg synes det er helt flott jeg å sitte og lytte på. Nå har jo jeg vært her en god stund. Du ser det på folk når de kommer inn hvordan de forandrer seg. Det er helt utrolig egentlig dette 12-trinnsprogrammet. Det er nok noe med det."*

Behandlerne

Pasientenes opplevelse:

En av de (kvinne, ca 50 år) jeg intervjuet uttrykte seg slik: *"Sånn som når jeg snakker med Randi så føler jeg at hun ser tvers igjennom meg. Når hun kan stille meg et spørsmål som jeg ikke vet helt hva jeg skal svare på så kan hun svare for meg og det er akkurat det jeg ville svart. Hun skjønner veldig mye. Uten henne på klinikken ville det blitt annerledes."* Hun fasiliterte ærlighet. En annen (mann, ca 40 år) jeg intervjuet sa følgende: *"Hun Randi ringte til samboeren min og lurte på om hun ville komme hit og snakke. Hun var veldig usikker til å begynne med, men så gikk hun med på det. Så var vi oppe til Randi begge to og da var det*

liksom at det løsna. For da sa jeg egentlig det jeg ville si og så sa hun det hun mente. Så det var jævla godt akkurat da altså. (...) Så var hun Randi med hun også og hun fikk jo...så hun gjorde sånn at vi prata normalt til hverandre iallfall. Det løsnet noe."

Min erfaring:

Jeg var med på en gruppe hvor kun de 4 kvinnelige pasientene deltok, altså en ganske liten gruppe. Jeg ble helt rørt over tilliten de viste behandleren (her: Randi) ved å vise fram og fortelle alt det de faktisk gjorde. Jeg tok meg den frihet å kommentere noe av dette etterpå. Det var da Randi kom med utsagnet som jeg synes beskriver det hele godt: *"Det er dette jeg kaller tough love, for å sette det litt på spissen."* Med det oppfattet jeg at hun mente følgende: Selv om de ganske tøft ble utfordret med spørsmål, ble presset til å prøve å ta vanskelige valg og konfrontert med seg selv, skinte omsorgen og kjærligheten gjennom. Hun var ikke typen som lullet med pasientene og lot dem slippe unna, men viste styrke og godhet og utfordret dem til å være sannere.

Åndelighet og selvutvikling

På klinikken ble det ikke snakket så mye om Gud og en høyere makt, men jeg snappet opp utsagn som at hvis det hjelper deg å tro på en kosebamse, så kan den representere Gud for deg. Bruk det som gir deg styrke! Dette:... Gud, slik du selv oppfatter ham (trinn 4), rommer altså det meste på klinikken. Som mann, rundt 40 år uttalte i intervjuet: *"Jeg var hjemme. Hadde jo med meg bøkene. De lå på kjøkkenbordet da jeg reiste igjen. Så hadde hun samboeren min åpna ei bok og bare rista på hodet. Hun hadde sikkert lest...det var om Gud og...men jeg orker ikke å begynne å forklare, for det skjønner ikke folk. Det er så mye ideer folk har når de åpner denne boka (AA-boka) og ser Gud og..."* Jeg ser en sammenheng mellom det å innse sin egen maktesløshet overfor alkohol, gi slipp, gi seg over til noe en ikke vet hva er og det å oppleve en kraft eller styrke som finnes utenfor jeget. Nettopp i dette å gi seg over ligger det jo en tillit, en tro til et eller annet. Det er jo faktisk å innse litt av sin egen svakhet og avhengighet. Det er jo et paradoks at en må se sin egen svakhet for å få styrke! I intervjuet sa mann, 51 år, som hadde tilbrakt flere måneder på klinikken: *"Det har ikke noen hensikt å gå videre hvis du ikke har 1.trinnet inne. Det er bare tull. Skjønner du ikke 1.trinnet, har du ikke skjont noe. At du innrømmer at du er hjelpesløs overfor alkohol og ikke mestrer livet ditt videre."* Hellsten (et menneske med lang erfaring med behandling av alkoholikere) (1999) sier: Det åndelige livet innebærer at man stoler på livets bærende krefter- det er å åpent erkjenne sin sårbarhet og dele den med andre. (...) Når mennesket lever et åndelig liv har det

så å si hoppet utfor et stup og befinner seg i fritt fall. I fallet kan det verken ty til sin kompetanse eller sine egenskaper. Det har hoppet bare fordi det stoler på livets bærende krefter (Hellsten, 1999). Han sier også åndelighet ikke er kjennetegnet først og fremst ved sterke følelsesopplevelser og mystiske åpenbaringer, men av hverdagens vanlige, beskjedne valg. Disse valgene kommer som en følge av menneskets bevisste vilje til en ny livsretning. En av foredragsholderne på klinikken, også sitert tidligere, sier at for ham er åndelighet egenutvikling. Så enkelt.

Jeg hadde et for meg sterkt møte med en av pasientene (mann, ca. 40 år) under et intervju. Han fortalte om sine voldelige handlinger i fylla på dem som sto ham nærmest. Han fortalte meg også om den totale mangelen på aksept av blant annet sorgen over at et søsken døde i en tragisk ulykke. Følelser var forbudt å snakke om i hans familie. Han fortalte om bitterhet på livet og at han manipulerte de i den nærmeste familien. Han fortalte om et menneske som var helt ute av seg og fant ikke noen vei inn. Det vonde ballet på seg mer og mer. Det er vanskelig å forklare det som skjer når to mennesker møtes, det oppstår tillit og en positiv samklang. Jeg opplevde iallfall at det mennesket som satt foran meg hadde opplevd noe for han veldig stort. Han hadde opplevd et slags vendepunkt der bitterheten forsvant og han ble velsignet med gode følelser og bare nøt livet. Han sier: " ...for den bitterheten som jeg gikk og bar på, den er helt vekk nå. Og vi prates jo i telefonen. Så det har skjedd et eller annet som jeg ikke kan forklare altså. Og nå kommer jo svigerfaren min bort her for å besøke meg. Så de ser jo bra ut, det gjør det. (...) Det er helt utrolig bare å våkne. Jeg synes det er topp å være her. Jeg kan godt si det at jeg har vokst opp i en sånn ikke-fungerende familie. Det var tabu å vise følelser. På en vanlig dag var det kanskje å jobbe. Det gikk beint hele tida, det var aldri noe som gledet meg, jeg følte at jeg hadde den samme tomheten hele tiden. Det var jævli vanskelig altså. Og...jeg er utrolig glad nå for at jeg har det som jeg har det." Han utdypet ikke noe særlig hvilke krefter han trodde var i sving, hadde ikke behov for det. Han konstaterte bare at det var en utrolig lettelse og frigjøring. Det er veldig godt å ta del i sånne opplevelser. Som hjelper i helsevesenet er dette noe av det vakreste en kan oppleve, tror jeg. **Mennesker som vokser.**

Motivasjon for behandling

En av de jeg intervjuet, som har ruset seg i 20-25 år, første gangen som 11-åring, sa det slik: " Det offentlige hjelpeapparatet, jeg har jo faktisk ikke tatt noe kontakt med dem før for ca. 1 år siden. Da var jeg faktisk inne i noe som kan likne en ordentlig depresjon. Jeg var helt ødelagt

en periode. Jeg har hatt kontakt med en del av hjelpeapparatet, jeg kjenner en del av dem. De har villet hatt kontakt med meg, men jeg har gitt f. i dem, kan du si. Først da begynte jeg å gå på rusmiddelteamet.(...) Jeg har på en måte aldri vært så interessert i den hjelpa jeg har blitt tilbydd.” Han sier her indirekte at han ikke så noen grunn til å ta tak i rusinga si før det var så ille at han måtte ha hjelp. Det leder meg over til det som ligger bak 1.trinnet, og jeg vil bruke en annen pasients uttalelse. Vedkommende drakk så tett de siste par år før han kom inn at han oppfatter det som et gradvis selvmord, men at han reddet seg ved at han åt mat hver dag. Han sa: ”Du må være motivert for det selv. Du må nå noe som kalles en personlig bunn. Noen må nok stå nesten på bar bakke før de innser at de må gjøre noe.”

Diskusjon

Institusjonsbehandling og AA som selvhjelpsgruppe: Effektivitet

Det er gjort en rekke ukontrollerte oppfølgingsstudier fra alkoholklinikker som bruker Minnesotamodellen. Siden det ikke er brukt kontrollerte studier med randomisering er det i utgangspunktet vanskelig å slutte noe om disse institusjonenes effektivitet. Et positivt behandlingsresultat kan skyldes et ikke-representativt utvalg med gunstigere prognose. Det er imidlertid utført en skandinavisk studie med tilfeldig fordeling av pasienter til en Minnesota-orientert klinikk og til en tradisjonell alkoholklinikk. Ett år etter behandlingen var det signifikante forskjeller mellom gruppene. Minnesota-klinikken hadde mindre frafall av pasienter og bedre resultater med hensyn til antall pasienter som ikke drakk eller drakk ukontrollert (Johnsen og Nygaard, 1995). Videre har man funnet at heldøgnsbehandling i institusjon (uavhengig av type behandling og behandlingsideologi) er den behandlingsformen som kommer desidert dårligst ut i forhold til effektivitet. I denne sammenhengen synes jeg det kan være på sin plass å gå nærmere inn på et spørsmål de også reiser i Johnsen og Nygaard (1995). Er det en spesiell pasientgruppe som behandles i institusjoner, som uansett tiltak har dårligere effekt av behandlingen, som av den grunn vil gjøre at heldøgnsinstitusjoner kommer dårligere ut? Har pasientene på Valdresklinikken en dårligere prognose enn ”den gjennomsnittlige alkoholiker”? Jeg har egentlig ikke holdepunkter for verken det ene eller andre hva angår dette, men som jeg har sagt tidligere var det stor spredning i både alder, ruskarriere og sosial status blant de pasientene jeg fikk møte på klinikken. Det var ikke

påfallende mange kronisk langtkomne alkoholikere eller eldre pasienter med lang ruskarriere, altså pasienter med en dårligere prognose i utgangspunktet. Det må nevnes at jeg ikke har noen annen pasientgruppe å sammenlikne med.

I følge Johnsen og Nygaard (1995) er det blandete erfaringer om effekten av AA som selvhjelpsgruppe. De svært få og gamle studiene som er utført, viser at AA ikke gir bedre resultater enn en ubehandlet kontrollgruppe. Imidlertid kan disse studienes generelt dårlige resultater skyldes at utvalget bestod av kronisk langtkomne alkoholavhengige. Mange studier påviser en sammenheng mellom AA-tilhørighet og et positivt behandlingsresultat, noe som kan tyde på at deltagelse i AA er en av flere komponenter forbundet med et positivt behandlingsresultat. Ingen data støtter imidlertid den svært utbredte oppfatning at AA er den mest effektive behandling for et alkoholproblem (Sausser, GJ m.fl., 1982).

Hva er virksomt når behandling er effektivt?

Det er vanskelig å gjøre gode studier som viser hva som er virksomt når behandling er effektivt. I tillegg har man jo de som blir frisk uten behandling, fenomenet spontan remisjon. Dette kan skje under behandling og bedringen kan feilaktig tilskrives behandlingen. Trussel om tap av jobb eller partner kan også være mer avgjørende for behandlingsresultatet enn behandlingen selv.

Behandlerens rolle og betydning

I Johnsen og Nygaard (1995) er det referert til et studie som sier at behandlerens betydning er blitt vurdert til å forklare fra tjuvfem til førtini prosent av behandlingsresultatet.

Undersøkelser som har studert terapeuters ferdigheter har fokusert på evnen til empatisk innlevelse. Dersom terapeuten har denne evnen kan det få betydelig innvirkning på behandlingsresultatet. I en undersøkelse som fordelte pasienter tilfeldig til ulike behandlere, var det signifikant korrelasjon mellom terapeutens empatiske ferdigheter og et positivt behandlingsutfall etter 6, 12, 18 og 24 mnd. (Fox, RP m.fl., 1972). Videre har man i en kontrollert, randomisert studie studert effekten av ulike typer terapi blant pasienter som misbrakte kokain. Etter 6 måneders behandling var det ingen forskjell mellom gruppene med hensyn til frafall. Hvilken terapeut de fikk tildelt var faktisk det som betydde mest i forhold til hvorvidt pasienten forble i behandlingen (Cheshmedijev, P., Atanassov, V., 1972). Disse resultatene taler for seg, behandleren har åpenbart stor betydning.

Jeg tror ikke man skal undervurdere menneskets sensitivitet, hvor mye vi faktisk snapper opp og får med oss. Det kan være signaler behandleren ubevisst sender ut som pasienten merker, om ikke annet så kun som en vag følelse i magen eller brystet. Det kan være at behandleren ikke er helt tilstede for pasienten, er sint eller misliker noe ved vedkommende. Dette er mest sannsynlig heller ikke pasienten bevisst eller oppmerksom på. Denne følelsen vil på en eller annen måte påvirke tilliten og samspillet med behandleren. Pasienten vil kjenne hvorvidt dette er en mulig å bringe sensitive og vanskelige ting på bane. Er det trygt for meg her? Vil dette bli akseptert? Vil jeg bli møtt? Er det rom for dette svarte grumset inni meg her? Behandlerens eget ståsted og kjærligheten og tryggheten han eller hun bærer med seg vil merkes. Er det redsel i behandleren vil pasienten nokså sikkert merke det og dermed ikke våge å eksponere seg.

Alkoholisme, en sykdom?

I Cullberg (1999), en anerkjent lærebok i psykiatri defineres alkoholisme slik: "Er en måte å forholde seg til alkohol på som karakteriseres av at kontrollen over drikkingen er gått tapt. Dette fører til: Sosiale vansker med forstyrrelser i familien, arbeidsproblemer og økonomiske problemer, medisinske følger som er alkoholtrang det er lett å vekke, abstinensplager med reparasjonstrang, ev. blackouts og forandringer i rusreaksjonene." Dette er jo en ganske åpen og vid definisjon som rommer mye og mange. Dette er mye det samme som Retterstøl (1975) legger i begrepet alkoholisme. Cullberg deler også opp avhengighet i fysiologisk og psykologisk, der sistnevnte innebærer at alkoholikeren har nedsatt toleranse for ulystopplevelser og derfor må bruke alkohol for å dempe disse. I Løfgren (1992) problematiseres begrepene alkoholisme og avhengighet en hel del. En ordrik definisjon på avhengighet kan kokes ned til at mennesker som er avhengige av alkohol er klare til å gjøre en rekke handlinger, ofre mye for å få sin dose alkohol og at vedkommende etter hvert ikke bryr seg om hva omgivelsene sier. Hva sier så diagnosesystemene International Classification of Diseases (ICD-10) og Diagnostic Manual of Mental Disorders, 4. utgave (DSM-IV)? Begge diagnosesystemene bygger på et såkalt alkoholavhengighetssyndrom som skal beskrives ved hjelp av et knippe symptomer:

- En reduksjon i bruksrepertoaret av alkohol.
- En økning i den adferden som går ut på å sikre tilgang til alkohol.
- Toleranseøkning.

- Abstinenssymptomer som dempes av nytt alkoholinntak.
- Erkjennelse av et tvangsmessig forhold til alkohol.
- Rask utvikling av tilstanden ved fornyet bruk etter en abstinensperiode.

Man opererer med kriterier som er tilstede i ulik grad og dermed gir opphav til et syndrom av ulik alvorlighetsgrad (Johnsen og Nygaard, 1995). Svakheter her vil jo være blant annet at de som oppfyller for få av kriteriene vil falle utenfor, men har kanskje fortsatt et behov for hjelp. På en annen side vil denne beskrivelsen av problemet ta hensyn til mangfoldet i denne pasientgruppen. Nettopp dette med uensartethet vil jeg poengtere litt. Et spørsmål som stilles i Johnsen og Nygaard (1995) er følgende: ”Hvilke personer med hvilke typer rusproblemer vil respondere på hvilke typer behandling med ulike behandlingsmål utført av hvilke typer behandlere?” Skjærer Valdresklinikken alle over en kam? Glemmer at vi er forskjellige? Er AA og Valdresklinikken kategorisk i sin framstilling? Det konkluderes i Johnsen og Nygaard (1995) med følgende: ”Det er ikke en enkelt behandlingsmetode som er effektiv for alle personer med rusmiddelproblemer.” Jeg heller litt til å støtte meg til det dette utsagnet. I alle tilfeller, det hersker stor uenighet omkring begrepene alkoholisme og avhengighet og definisjonen av dem. Jeg har prøvd å vise noen av synspunktene her.

Avhengighet, en flukt fra oss selv?

Min umiddelbare forståelse av begrepet avhengighet er noe sånt som at vi er avhengige av noe, det være seg alkohol, piller, mat, trening, slanking, vasking, pengespill, karriere og annet, når det er helt umulig å se for seg et liv uten dette. Et liv uten det vi er avhengige av er så skremmende og vanskelig at vi har ikke evne til å se det. Vi simpelthen klarer ikke, vi lukker øynene for det, er ikke i stand til å møte det. Det vekker nok protester når jeg nevner avhengighet av alkohol i samme åndedrag som avhengighet av for eksempel trening. Det ene fører jo noe mer destruktivt med seg enn det andre, selv om treningsnarkomani ikke bare fører sunnhet med seg. Det mest konstruktive må jo være å se nærmere på hva som skjuler seg bak avhengigheten. Hva er det man forsøker å drukne i flasken? ”I can see that addiction is a choice I make, consciously or unconsciously, to become unaware, not to be present in the moment (...) to avoid feeling fear and pain. (...) we use addiction in its many forms to avoid feeling the emptiness that we all have to face eventually” (Trope, 1992). Kanskje er det mer eller mindre tilfeldig at flukten fra ens egne følelser skjer gjennom alkohol. Alkohol er relativt tilgjengelig og sosialt akseptert her til lands, dog innenfor udefinerte rammer, slik at det er lett å starte her. Helt tilfeldig kan jeg nå se at det ikke er. Her spiller det man har lært i

oppveksten mye inn. Mønstrene for flukt som anvendes av omsorgspersoner arves lett. Det er kjent at barn av alkoholikere har lettere for å bli rusmisbrukere.

Et offer for alkoholisme?

Forståelsen av alkoholisme som en sykdom aktualiserer spørsmålet om ansvar og mulighet til selv å påvirke. Sykdomsoppfatningen kan langt på vei innebære en ansvarsfratakelse, umyndiggjøring og passivisering. Å ha en sykdom kan jo gjøre at man blir et offer for noe som man selv ikke råder over og må legge sitt liv i andres kyndige hender. AA har nok fått mye kritikk for nettopp dette og ser man på de 12 trinn så kan det jo også virke som om de akter å la ansvaret forbli utenfor dem selv. I de 12 trinn kan man jo lese at det er opp til Gud å fjerne alkoholproblemet, enkelt sagt. Men hva eller hvem er Gud, slik vi selv oppfattet ham? På Valdresklinikken var ANSVAR et sentralt begrep. Det er jo nettopp dette tilfriskningen handler om. Det å komme så langt at man kan avstå fra offerrollen. Å se at man har drukket alkohol på grunn av at kona var så vanskelig eller at livet har fart så hardt med en. "Et offer er en uskyldig tilskuer som slår fast hvor dårlig andre behandler ham.(...) Å ta ansvar for sitt eget liv er en så vanskelig oppgave at mange avstår fra det og heller velger å være bitre på andre og anklage dem." (Hellsten, 1992). Det er jo ikke nødvendigvis en motsetning mellom det å få hjelp og det å ta ansvar for sitt eget liv. Når man skal forsøke å forstå alkoholisme er det omtalt i flere bøker dette med det umoralske i det å være alkoholiker (Arner m.fl. 1985, Løfgren, 1992). Dette er vel en eldgammel og nedarvet oppfatning av fenomenet, som jo blir nesten det motsatte av sykdomsmodellen. Det at alkoholikeren er et veikrygget og svakt individ uten mot og evne til å stå i mot drikking. Ansvaret er da helt og fullt skjøvet over på individet, og samtidig ligger det en sterk fordømmelse og forakt i det, som nok fortsatt eksisterer. "Denne fordømmelsen og skamgjøringen vil vel heller dra alkoholikeren videre nedover med lavere selvfølelse og dypere alkoholisme heller enn å hjelpe oppover." (Hellsten, 1992). For å oppsummere: Jeg ser ikke at det er en motsetning mellom sykdomsoppfatningen av alkoholbegrepet og det å ta ansvar. Skamgjøring og fordømmelse av alkoholikeren, i den grad det eksisterer, er nok ikke oppbyggende for alkoholikeren. Det finnes imidlertid ingen behandling i dag som bygger på en slik oppfatning, slik jeg har oppfattet det.

Totalavhold, eneste mulighet?

Som tidligere nevnt er AAs eneste alternativ totalavhold. I Løfgren (1992) vises det til en forskningsrapport som avkrefter dette (Davies, 1962). Som nevnt tidligere viser denne

rapporten at alvorlig alkoholisererte pasienter har kunnet gå tilbake til måteholdsbruk av alkohol. En rekke ulemper med totalavhold som behandlingsmål ramses opp i Løfgren (1992), blant annet at totalavhold ikke er et mål for mennesker med små rusproblem, at mange vil unngå å komme til behandling dersom målet er totalavhold, at dette er et urealistisk behandlingsmål, at pasienter blir avviste eller straffet om de drikker igjen, at man ikke er oppmerksomme på årsakene til problemet slik at alkoholikeren forblir like mottakelig og sårbar for muligheten til å drikke som før. Det er interessant dette med at noen alkoholikere ikke vil oppsøke behandling dersom målet er totalavhold. Her kommer jo dette med motivasjon for behandling inn. Kan man presse gjennom en behandling på en som ikke selv vil ut av sitt misbruk, eller er det en forutsetning at man selv må være motivert for å bli edru, ta tak i livet sitt? Ut fra blant annet intervjuene å dømme kan det virke som at motivasjon og vilje til behandling er viktig for å ha noe nytte av hjelp. Dette er ikke så unaturlig, synes jeg. Det er det man tenker på klinikken også, at du selv må komme til det at du ikke mestrer livet ditt og søke hjelp (se trinn 1, AAs 12 trinn). Dette gjør også at det nevnte argumentet mot totalavhold: Pasienter blir straffet eller avvist om de drikker igjen, faller i fisk. På klinikken sier man da ganske enkelt at vedkommende har ikke falt på kne enda, har ikke innrømmet maktesløsheten, er ikke klar enda. Vedkommende må ut i verden og drikke mer før han/hun eventuelt kommer tilbake. Dette med å falle på kne kan unektelig høres ut som en situasjon hvor det finnes en autoritet som man underkaster seg, med potensiale for maktmisbruk og utnyttelse av noens sårbarhet. Jeg oppfatter det ikke som mangel på likeverd og respekt, kun som en erkjennelse av egne begrensninger og dermed en mulighet for å vekst ut fra det.

Konklusjon

Det er vanskelig å sammenfatte det jeg har erfart, lest og lært i en entydig og klar konklusjon. Det som imidlertid står ganske klart for meg er det at et behandlingsoppleggs effektivitet og resultater også i stor grad avhenger av andre ting enn det som man kan skrive ned på papiret og forsøke å kopiere til en annen sammenheng. Sentrale personer ved en institusjon, for eksempel behandlerne, har åpenbart en stor betydning. Hva en behandler har av ressurser, av kjærlighet og omsorg, hvor mye vedkommende kan ta imot fra pasienten, vil i stor grad påvirke resultatet. Jeg fikk kjenne på stemninger og atmosfærer i rommene i ulike behandlingssituasjoner, hvor mye vi påvirker hverandre, hvor mye vi sender og tar inn, veldig mye ubevisst. Jeg sier vi, fordi dette er noe som er felles for oss fordi vi er mennesker og gjelder ikke bare pasientene. På meg virker det som at de har klart å ivareta og er bevisst dette på Valdresklinikken, noe jeg tror har stor betydning for kvaliteten på institusjonen. Det skinte tydelig gjennom at personalet også var bevisst sin egen utviklingsprosess.

Når det gjelder de 12 trinn har jeg bare lyst til å poengtere noe jeg oppfatter som viktig. Det er det første trinnet, som handler om maktesløsheten overfor alkohol. Det er egentlig et rop om hjelp. Et veldig viktig skritt. Det handler om å gi seg over, gi opp noe av kampen som foregår inni en. Gå en annen vei. Begynne å stole på livets bærende krefter. En tillit til et eller annet man ikke vet hva er. For øvrig trenger man kanskje ikke tillegge de 12 trinn så stor betydning. Det virker på meg som at de ikke var noe annet et redskap, et hjelpemiddel i en prosess.

At livet blir enkelt etter 5 uker på Valdresklinikken er vel å overdrive, men jeg tror den bevisstgjøringsprosessen rundt eget liv som startes på Valdresklinikken kan være nyttig og fruktbar for noen. Mennesker er forskjellige og opplegget passer ikke for alle, en enkelt behandlingsmetode er ikke effektiv for alle med et rusproblem. Det at pasienten må ta ansvar for seg selv og sitt eget liv er også viktige momenter i behandlingen. Valdresklinikken er ikke noe hvilehem, samtidig som at plassen gir midlertidig beskyttelse og trygghet i en fase, slik at det er mulig å gå mer i dybden på sitt alkoholproblem og sitt liv. Stedet blir jo et slags substitutt for det man har manglet tidligere i livet, slik at det som har vært avstengt og umulig nå kan tas frem fra mørket og modnes.

Litteratur

- Arner, O., m.fl.: "Alkohol i Norge", Universitetsforlaget, 1985.
- Cheshmedijev, P., Atanassov, V.: "Prophylaxis of the acute psychotic complications in chronic alcoholic cases and the role of the withdrawal syndrome in their genesis". Alcoholism. 1972.
- Davies, D.: "Normal drinking in Recovered Alcohol Addicts", Quart. J. Stud. Alc. 23: 1962, s. 94.
- Eisenbach-Stangl I., Rosenquist, P.: "Diversity in unity, Studies of Alcoholics Anonymous i eight societies.", NAD-publication No. 33, 1998.
- Fox, RP. M.fl.: "A therapeutic revolving door". Archives of General Psychiatri 26. 1972.
- Hellsten, T.: Flodhesten i dagligstuen- en bok om medavhengighet og møtet med barnet i oss, g-perspektiv as, 1999 (originalt 1992).
- Johnsen, J., Nygaard, E.: "Effekter av behandling", Rusmiddeldirektoratet/Sosial- og helsedepartementet, 1995.
- Løfgren, B., Nelson-Løfgren, I.: " Alkohol Rus Misbruk Behandling", Prisma, 1992.
- Retterstøl, N. I samtale med Per Øyvind Heradstveit: "Menneskesinnet", Cappelen, 1975.
- Trobe, T.: "Face to face with fear", Oregon, 1992.
- Ulwan, O., Mosander, I., "Absolutt alkohol, sanningar och konsekvenser", Natur og kultur, 1992.

AA-litteratur:

- "Anonyme Alkoholikere", 2000.
- "De 12 stegen for vuxna barn", 1999.
- "Å leve edru", 2000.
- En rekke foldere og brosjyrer utgitt av AAs servicekontor:
"AA i et nøtteskall"