

Tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige

Selvhjelpsgrupper kan utgjøre en betydelig ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. Artikkelen gir et oppdatert bilde av forskningen på området, og anbefaler at det å henvise pasienter til selvhjelpsgrupper blir en sentral del av den vurdering som gjøres i den terapeutiske prosessen for disse pasientene.

TEKST

John-Kåre Vederhus

Øistein Kristensen

Helga Tveit

Thomas Clausen

PUBLISERT 1. oktober 2008

ABSTRACT:

Twelve-step» self-help groups - a resource in the rehabilitation of patients with substance dependency

Substance dependency significantly influences people's lives in complex ways. Treatment and rehabilitation is often long-term, involving a life-long perspective. Public treatment facilities are not able to offer adequate follow-up for all substance-dependent patients. Therefore, Norwegian health authorities consider self-help groups a valuable alternative related to long-term rehabilitation. The authors of this article postulate that support for self-help groups, as well as referral to such groups, has received little attention from Norwegian health professionals. The paper provides an overview of recent research related to «twelve-step» groups. It discusses concerns that health care workers and patients might have towards referral and participation in «twelve-step» groups. In conclusion the authors suggest how patient motivation towards group participation can be improved.

Keywords: Twelve Step programs, alcoholism, drug dependency, professional referral.

EMNER

Tolvtrinnsprogrammer

alkoholisme

rusmiddelavhengighet

profesjonell henvisning

Det offentlige behandlingstilbudet til rusmiddelavhengige pasienter er relativt godt utbygd her i Norge, men det har likevel sine begrensninger. Rusmiddelavhengighet er et gjennomgripende livsproblem, og behovet for behandling og oppfølging i et livsløpsperspektiv kan være stort. Det offentlige hjelpeapparatet kommer ofte til kort i

et slikt perspektiv. Utilstrekkelig oppfølging etter avsluttet behandling er et velkjent problem. En følge av manglende oppfølging kan være raskt tilbakefall til rus for pasienten. Å henvise pasientene til selvhjelpsgrupper kan være en mulighet til å hjelpe flere inn i, og vedlikeholde, et positivt forløp. For rusfeltet er det i praksis de tolvtrinnsbaserte gruppene som har tilstrekkelig utbredelse til å være et reelt tilbud over hele landet (Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA)). Slike grupper kan pasienten selv oppsøke uavhengig av tiltak i det offentlige systemet. I enkelte land (spesielt USA) finnes det sterke faglige føringer om å anbefale pasientene å bruke disse gruppene, og de oppfattes derfor på en helt annen måte som et supplement i en ettervernsfase enn hva som er vanlig i Norge (Kleber et al., 2007). Ettersom de økonomiske rammebetingelsene setter en begrensning på hvor mye behandling som kan gis, har det profesjonelle behandlingssystemet i USA bevisst henvist pasienter til tolvtrinnsgruppene for å bedre effekten av egne tiltak (Olson, Jason, Ferrari & Hutcheson, 2005).

I norsk sammenheng har «Opptrappingsplanen for psykisk helse» satt fokus på pasientens egenmestring og brukermedvirkning. Sosial- og Helsedirektoratet (2004) har som følge av dette kommet med en «Nasjonal plan for selvhjelp» som fokuserer på å gjøre selvhjelpsprinsippet bedre kjent og mer brukt. «Folkehelsemeldingen» setter følgende målsetting for en nasjonal satsing på selvhjelpsarbeid: *«Målet er å gjøre selvhjelp som metode tilgjengelig for flere, fremme systematisk kunnskap og metodeutvikling om selvhjelp, og bidra til at selvhjelp som verktøy kan brukes innen psykisk helsearbeid, både for brukere og hjelpere»* (st.meld. nr.16 (2002-03), s. 58). I norsk rusfaglig litteratur finner vi også støtte for og oppmuntring til bruk av selvhjelpsgrupper i rusfeltet (Barth, Børtveit & Prescott, 2001; Fekjær, 2004). Likevel er det vårt inntrykk at helsepersonell her til lands i for liten grad tar i bruk den ressursen som de tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgruppene utgjør, og ofte har for liten bevissthet om å henvise sine ruspasienter til dem.

Artikkelen tar som utgangspunkt, basert på oppdatert forskningslitteratur, at selvhjelpsgrupper er en ressurs i behandlingen av rusmiddelavhengighet. Med bakgrunn i forskningslitteratur og egne erfaringer peker vi på mulige motforestillinger mot selvhjelpsgrupper både hos pasienter og behandlere i helsevesenet.

Målsettingen med artikkelen er å medvirke til økt bevissthet om selvhjelpsgrupper i rusfeltet, og å vise til praktisk rettede tiltak for å bedre utnyttelsen av den ressursen disse gruppene utgjør. Basis for gjennomgangen er et litteratursøk på PubMed og PsychInfo med søkeordene «Alcoholics Anonymous»/«Narcotics Anonymous»/«Twelve Step programs» og «professional referral», supplert med egne kliniske erfaringer.

Tolvtrinnsgruppene

Anonyme Alkoholikere (AA) var den første av de tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgruppene. Bevegelsen har fått en stor internasjonal utbredelse og finnes i dag i 181 land. På verdensbasis er det registrert over 114 000 grupper med et samlet medlemstall på to

millioner (AA servicekontor i Norge, 2007). AA har blitt vist betydelig interesse som sosial organisasjon og har blant annet blitt studert som en prototyp på fenomenet selvhjelpsgrupper (Mäkelä et al., 1996). Andre målgrupper har adoptert filosofien, og det har etter hvert kommet til flere lignende bevegelser; mest kjent er Anonyme Narkomane (NA).

I Norge finnes det over 165 AA-grupper og nesten hundre NA-grupper, men med noe geografisk skjevfordeling. Det at behandlingsinstitusjoner bevisst anbefaler pasientene sine å involvere seg i slike grupper, kan ha en viss betydning for oppblomstringen av nye grupper i et område (Kristensen & Vederhus, 2005a).

Kjernen i gruppenes virksomhet er et program som kalles De Tolv Trinn. Disse trinnene er ment å praktiseres som en måte å leve livet på, og består i å innrømme at man har et problem, søke hjelp, foreta en selvransakelse, og gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade. Gjennom å dele sin historie og erfaring med andre oppfordres gruppedeltagere også til å hjelpe andre rusmiddelavhengige med å komme seg ut av sitt rusmisbruk (Anonyme Narkomane, 2006a).

Den primære aktiviteten i AA og NA er gruppemøtene. I de største byene kan man finne minst ett møte hver dag, mens det på mindre steder gjerne er ett møte i uka. Møtene ledes av medlemmene selv, og den enkelte deltar etter tur ved å dele sine erfaringer med å komme seg ut av et rusproblem. Gruppene har også innarbeidet en fadderskapsordning som kalles «sponsor», det vil si at nyere medlemmer kan be en mer erfaren i gruppen om råd og veiledning, også utenom gruppemøtene.

Den eneste forutsetningen for deltagelse i AA/NA er et ønske om å slutte å bruke rusmidler. Målet er totalavhold, men en kan delta selv om en ikke er rusfri. Deltagere er også velkommen tilbake på ethvert tidspunkt etter et eventuelt tilbakefall til rus. Terskelen for deltagelse er altså lav. Dersom en er påvirket av rusmidler, blir en bedt om å lytte og ikke dele sine erfaringer i ruset tilstand. Man blir regnet som fullt medlem likevel, medlemskap knyttes til ønsket om å bli rusfri (Anonyme Narkomane, 2006a).

Å dele sine opplevelser, det være seg gleder, vansker, skuffelser eller utfordringer i kampen for en rusfri tilværelse, er med andre ord den viktigste terapeutiske aktiviteten for den enkelte i gruppene. Det å erfare at en deler opplevelser eller skjebne med andre, at en ikke er alene i verden med sitt problem, og det å bli en del av et støttende fellesskap, betyr mye for den videre veien mot varig rusfrihet.

Helsepersonells betydning

At helsepersonell har betydning for deltagelse i gruppene, vet vi blant annet fra NA sine egne undersøkelser. På en verdenskongress i USA i 2002 anga 62% av deltagerne at de gikk til første gruppemøte etter anbefaling fra helsepersonell, 45% etter anbefaling fra et annet medlem og 21% etter påtrykk fra familien (avkrysning av flere alternativer var mulig) (Anonyme Narkomane, 2006b). Relasjonen mellom de tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgruppene og det profesjonelle behandlingsmiljøet varierer imidlertid betydelig mellom forskjellige land, og på verdensbasis står disse gruppene klart sterkest

i USA. I europeiske land varierer det fra at gruppene blir helt neglisjert (f.eks. Østerrike), til en viss grad av oppmerksomhet fra det profesjonelle miljøet (Mäkelä et al., 1996, s. 186). Sterkest integrering i Europa finner vi på Island, der AA har et utstrakt samarbeid med rusbehandlingsinstitusjonene og AA sin filosofi er adoptert inn i behandlingsmiljøene. På bakgrunn av de positive funnene vedrørende AA fra den store amerikanske studien Project Match (1998) har også engelske rusforskere nå begynt å interessere seg for fenomenet, og har publisert flere artikler etter tusenårsskiftet. En av disse artiklene har fokus på holdninger og henvisningspraksis hos helsepersonell som er ansatt i rusfeltet (Day, Gaston, Furlong, Murali & Copello, 2005). De fant at bare en tredjedel av behandlerne mente at pasientene deres generelt var aktuelle for henvisning til AA/NA. En tilsvarende amerikansk studie anslo at 76% av pasientene ble henvist og anbefalt å delta (Laudet & White, 2005). Etter det vi vet, er det ikke foretatt en lignende studie i Norge, men vår opplevelse er at situasjonen her er mer lik den engelske. Et indisium som også peker i denne retningen, er at tolvtrinnsgruppene, etter det vi kjenner til, kun er fokusert direkte i én studie i norske referee-baserte fagtidsskrifter (Kristensen & Vederhus, 2005b)

Det er altså stor geografisk variasjon i om helsepersonell vurderer tolvtrinnsgrupper som en ressurs og et behandlingssupplement man aktivt vil oppfordre pasienter til å delta i.

Hva kan så være årsakene til at helsepersonell har så forskjellig henvisningspraksis? Laudet og White (2005) fant i en amerikansk studie at for lite kunnskap om gruppene og usikkerhet om nytte var åpenbare faktorer for manglende henvisning. Andre forskere har pekt på motforestillinger som er knyttet til helsepersonells stolthet og hegemoni om sin fagprofesjon, og mistenksomhet mot legmannsbevegelser som beveger seg inn på det som kan oppfattes som fagfolkens domene (Mäkelä et al., 1996, s. 186). En konsekvens er blant annet at helsepersonellet frykter at pasienten skal få dårlige råd, og lar være å anbefale, eller fraråder, deltagelse.

Laudet og White (2005) så også at noen av fagutøverne som generelt og tilsynelatende var positive til tolvtrinnsgrupper, likevel ikke henviste. De kartla skjulte og oftest ubevisste motforestillinger som kunne forklare dette. Det gjaldt motforestillinger mot språkbruk og idégrunnlag; spesielt sykdomsbegrepet, gruppens fokus på maktesløshet og åndeligheten i programmet. Språket i litteraturen til disse gruppene har et gammeldags preg og virker fjernt fra et moderne fagspråk. Språket har delvis oppstått i et miljø med en kirkelig og religiøs påvirkning. Begreper som maktesløshet, åndelighet, «høyere makt» og «Gud» høres klart religiøse ut, og kan virke fremmed på de fleste behandlere. I tillegg er sykdomsbegrepet kontroversielt. Vi kan finne lignende kritikk av tolvtrinnsstenkingen i norsk faglitteratur (Fekjær, 2004), og tror derfor at skeptiske eller negative holdninger til AA og NA også er aktuelle for norske behandlere. Vi mener at mange av disse motforestillingene kan og bør utfordres, og vil her fra faglitteraturen vise mulige positive forklaringer på gruppens erfaringsbaserte ideologi.

Sykdomsbegrepet

Tolvtrinnsgruppene bruker begrepet «sykdom» om sin forståelse av avhengighet (Anonyme Narkomane, 2006c). Flere forfattere har kritisert sykdomsbegrepet, blant annet har det blitt oppfattet som en måte å fraskrive seg ansvar på (Walters, 2002). NA understreker imidlertid selv at begrepet er en erfaringsorientert beskrivelse av den rusavhengiges opplevelse av sin tilstand. Det sies enkelt slik: «*Vi valgte ikke å bli rusavhengige*» (Narcotics Anonymous, 2001, s. 3). En slik forståelse hjelper den det rammer, å fri seg fra den nærliggende tanken om at avhengighet skyldes en karakterbrist eller moralsk brist. Den praktiske konsekvensen av dette er at en frigjøres nettopp til å ta ansvar (Davis & Jansen, 1998). Kritikken om at sykdomsbegrepet skulle føre til ansvarsfraskrivelse, er derfor etter vår oppfatning uberettiget.

Ledende rusforskere har nå tatt til orde for en forståelse av avhengighet som ligger svært nær opp til det AA og NA lenge har stått for. McLellan, Lewis, O'Brien og Kleber (2000) argumenterer for å betrakte rusmiddelavhengighet som et kronisk helseproblem, og at en dermed også bruker allment aksepterte strategier som en anvender for andre kroniske sykdommer. Har man altså ervervet seg en avhengighetslidelse, må man forholde seg til det i et langsiktig perspektiv.

Maktesløshet

En avhengighetsdiagnose innebærer at en opplever å miste kontrollen over forbruket og ikke klarer å komme ut av problemene på egen hånd. Dette skjer oftest gradvis, og den rusmiddelavhengige vil i det lengste tviholde på at kontrollert bruk av rusmiddelet er mulig. Bean-Bayog (1993) beskriver dette som et av hovedproblemene for en rusmiddelavhengig. Tolvtrinnsgruppenes forslag til løsning er å akseptere at en er maktesløs i forhold til rusmiddelet. Dette står tilsynelatende i kontrast til det vi som helsepersonell er opplært til; vi skal fokusere på å styrke pasientens mestringsevne. Det ligger imidlertid et paradoks her. Ved å gi slipp på tanken om at «jeg har kontrollen» åpnes det opp for en ny innfallsvinkel. Da kan en lettere akseptere at fortsatt rusbruk er uforenlig med å få løst problemet (Davis & Jansen, 1998). Å innrømme at en ikke har kontroll over rusmiddelbruken, som AA/NA anbefaler, kan derfor være en måte å komme i posisjon på for å ta et oppgjør med og «ta avskjed» med rusmiddelbruken.

Gruppenes fokus på «åndelighet»

Medlemmene kaller tolvtrinnsprogrammet et helhetlig eller åndelig program. I programmet brukes begreper som «høyere makt» og «Gud». I vår kultur vil slike begreper straks bli oppfattet som religiøse, men i AA- og NA-sammenheng blir de brukt annerledes. Bevegelsene er i seg selv ikke-religiøse, og er ikke knyttet til noen spesiell religiøs retning eller noe trossamfunn. Hvert medlem oppfordres til å finne sin egen individuelle forståelse av slike begreper, religiøse eller ikke. En kan derfor si at 12-trinnsprogrammet peker på at eksistensielle spørsmål, og spørsmål om livsmening, er viktige i løsningen av et avhengighetsproblem, men gruppene som sådanne har ingen spesifikk oppfatning av hvordan den enkelte skal definere dette. Den eneste form for begrepsbestemmelse er en oppfatning om at det må finnes gode og kjærlige krefter i tilværelsen. For noen betyr dette at en utfordres til å stole på andre enn seg selv, bli en

del av et fellesskap og ta imot råd fra andre. For andre kan dette også bety at en søker tilbake til sine egne religiøse kilder.

Den profesjonelle hjelpens begrensninger og selvhjelpens muligheter

Riessman (1976) har beskrevet den kontrasten som finnes mellom det faglige og epistemologiske ståstedet til de profesjonelle hjelperne, og de tilnærminger som selvhjelpsgruppene baserer seg på. De profesjonelle hjelpernes ståsted er basert på en systematisk, evidensbasert tilnærming, med vekt på objektiv analyse og empati. Tilnærmingen i selvhjelpsgrupper er basert på egenerfaring med problemet, inklusive erfaringer med hvordan det kan løses. Orienteringen blir derfor mer subjektiv, uformell og intuitiv. Identifisering og nærhet er selve nerven, og det å ha et felles problem er grunnlaget for tilhørigheten. Selvhjelp som metode er derfor en motvekt til de innebygde begrensningene ved profesjonell hjelp, som i kraft av sin tradisjon har en distansert tilnærming, den er tidsbegrenset og ofte avhengig av en byråkratisk struktur (f.eks. henvisningspraksis). Uten at vi tenker på det, er den profesjonelle hjelpen også en vare som må betales; hjelpen må kjøpes.

Riessman og Carroll (1995) omtaler i tillegg «selvhjelpsparadigmet». 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. Kommer derimot samme person til behandlingsapparatet, vil han/hun uvegerlig defineres til å være en som har et hjelpebehov. Ved positivt å oppmuntre til deltagelse i selvhjelpsgruppe kan vi som helsepersonell bidra til å redusere de negative effektene av bare å være involvert i en pasientrolle, og vi er med på å bygge opp en mulig terapeutisk ressurs. I en selvhjelpsgruppe vil deltagerne kunne få erfare de positive opplevelsene som følger med det å kunne være til hjelp for andre. Riessman (1976) lanserer dette som et «helper-therapy»- prinsipp, det vil si at den som hjelper andre, vil indirekte hjelpe seg selv. Den som har hatt problemet selv, og som viser med livet sitt at endring er mulig, vil kunne formidle og gi håp til en som fortsatt strever med rusproblemet, på en annen måte enn vi som profesjonelle kan gjøre det. Salem, Reischl, Gallacher og Randall (2000) forklarer dette med styrken som ligger i det å være positive rollemodeller («referent power»). I selvhjelpsmiljøer vil ofte det å ha slik positiv erfaringskompetanse være vel så høyt verdsatt som profesjonell kompetanse. Det å slik bli definert som en ressurs for andre vil også øke opplevelsen av mestring, øke den sosiale status, og bedre prognosen for den som gir hjelpen (Zemore, Kaskutas & Ammon, 2004). Essensen i selvhjelpsfilosofi er altså fokus på den potensielle indre styrken hos individet/gruppen/fellesskapet, og står i kontrast til at hjelp skal gis «utenfra». Dette oppsummeres fint i Angstringens beskrivelse av selvhjelp: «*Selvhjelp er å ta tak i egne muligheter, finne fram til egne ressurser, ta ansvar for livet sitt, og selv styre det i den retning en ønsker. Selvhjelp er å sette i gang en prosess, fra passiv mottaker til aktiv deltaker i eget liv*» (st.meld.nr.16 (2002-03), s. 57).

Kanskje den viktigste begrensningen som profesjonelle tiltak har, er evnen til å bygge opp stabile og rusfrie sosiale nettverk rundt den rusmiddelavhengige. Vi vet fra flere studier at denne faktoren er en av de mest essensielle for å lykkes i å etablere en rusfri tilværelse. Spesielt gjelder dette for dem som har liten støtte for rusfrihet i sitt tidligere nettverk og trenger å finne nye rusfrie venner for å klare seg. En ny metastudie viser at AA sin betydning som et støttende rusfritt nettverk er en av de mest sentrale årsakene til dette fellesskapets suksess (Groh, Jason & Keys, 2007).

Usikkerhet om nytte - hva sier forskningen?

Den internasjonale utbredelsen av de tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgruppene og de mange medlemmenes personlige vitnemål om at de har fått hjelp, er i seg selv en indikasjon på at deltagelse har en positiv effekt. En del forskere har imidlertid vært skeptiske. Normalt er det studier med randomiserte kontrollerte designer (RCT) som er førstevalg blant metoder for å studere effekt. Selvorganiserte selvhjelpsgrupper (dvs. grupper utenfor fagutøveres kontroll) er lite tilgjengelige for slike forsøk. Grunnen til dette er blant annet at det er vanskelig å randomisere noen inn i frivillige grupper uten at en dermed også endrer gruppens karakter og funksjon. De fleste studier er derfor naturalistiske, og tidlige metaanalyser viser en moderat positiv effekt av deltagelse (Emrick, Tonigan, Montgomery & Little, 1993; Tonigan, Toscova & Miller, 1996). Kritiske røster angriper imidlertid resultatene med at det dreier seg om selvseleksjon, og at det er pasienter med best prognose som fortsetter å delta. Siden de fleste studier er observasjonelle og ikke-eksperimentelle, kan en ikke se bort fra slike argumenter. Likevel synes gruppedeltagelse og grad av involvering i seg selv å være de beste prediktorene for et godt resultat, selv etter bruk av sofistikerte statistiske teknikker for å finne andre forklaringsvariabler (Humphreys, Ciaran & Moos, 1996; McKellar, Stewart & Humphreys, 2003; Vederhus & Kristensen, 2006).

Hvor galt det kan bli hvis man utelukkende klassifiserer RCT-studier som god forskning på området, viser metaanalysen til Kownacki og Shadish (1999). De konkluderer med at deltagelse er verre enn alternativene. Ved nøyere gjennomgang viser det seg at de studiene som viste en negativ effekt, gjaldt personer som var dømt ved rettslige vedtak til å delta i AA (en slik rettspraksis finnes i noen amerikanske stater). En studerer da i realiteten noe helt annet enn frivillig deltagelse. Humphreys og Rappaport (1994) og Levy (2000) går igjennom de metodiske aspektene ved studier av selvhjelpsgrupper, og hevder at å låse seg til kravet om RCT-studier er å stenge seg ute fra muligheten til å forstå fenomenet.

I de siste ti årene har forskningen på tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper økt i kvalitet og bredde. Det har blant annet kommet sterke behandlingsstudier der oppfølging etter behandling har vært i fokus. I denne sammenhengen ble deltagelse i selvhjelpsgrupper undersøkt som en av variablene for suksess. To større studier kan nevnes spesielt, det er Project Match- (n = 1726) og Veteran Affairs-studien (n = 2045). Funnene er klare og viser at det er signifikant bedre behandlingsresultater når det gjelder rusfrihet for

behandlingsmetodikk som fremmer og vektlegger deltagelse i tolvtrinnsgrupper (Humphreys, 1999).

Norske studier er det derimot få av. Sexton (1995) konkluderte i sin oppfølgingsstudie av alkoholavhengige fra Nord-Trøndelag at prognosen ett år etter behandling var bedre for dem som hadde deltatt i ettervern. I en bisetning kommer det frem at hoveddelen av dette ettervernet gjaldt deltagelse i AA. En senere studie med halvparten alkoholavhengige og halvparten stoffavhengige viste at 38% fortsatt gikk i AA og NA to år etter at de startet (Kristensen & Vederhus, 2005b). Det var mer enn 12 ganger større odds for rusfrihet blant dem som gikk regelmessig, enn for dem som ikke deltok.

En oppsummering av dagens kunnskap er altså at det er sterke indikasjoner på at det har en positiv effekt å delta i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper. Olson et al. (2005) hevder at vi som profesjonelle må utnytte de terapeutiske mulighetene som finnes i slike miljøer, i stedet for å devaluere dem eller fokusere på mulige svakheter. Og American Psychiatric Association har følgende føring i sin veiledningsmanual for behandling av rusmiddelavhengige: «*Referral to a 12-step program can be helpful at all stages in the treatment process*» (Kleber et al., 2007, s. 29). Den naturlige implikasjonen er at behandlere i russektoren, på tvers av ulike behandlingsmodeller, bør integrere en bevisst henvisningspraksis til slike grupper der det ikke allerede er etablert. Med dette som utgangspunkt er det naturlig å utforske aktuelle strategier for å øke deltagelsen i tolvtrinnsgrupper i Norge.

Hvordan kan helsepersonell øke pasientenes deltagelse i AA og NA?

Forsvarsmekanismer som benekting og projeksjon er vanlige ved rusmiddelavhengighet. Det å oppsøke et selvhjelpsfellesskap vil være å innrømme det problemet som en i det lengste har brukt mye krefter på å unngå å erkjenne. Utrygghet i forhold til nye sosiale sammenhenger spiller selvsagt også inn, og for noen kan det å gå til et første møte virke som en uoverstigelig terskel. Behandlerne må derfor forvente at pasientene kan ha motstand mot å oppsøke slike fellesskap. Et råd om å gå i selvhjelpsgruppe i en tidlig fase av en avhengighetsutvikling vil etter vår erfaring sannsynligvis ikke føre til noe. Har pasienten derimot opplevd større konsekvenser av sitt misbruk, er han/hun ofte mer åpen for å prøve nye løsninger, og en henvisning til AA og NA vil ha større sjanse for å føre til deltagelse. Det er altså sannsynlig at jo større problemene og erkjennelsen av dem er, desto større er sjansen for at pasienten kan motiveres til å delta. Behandleren bør derfor ha et bevisst forhold til hvor i behandlingsforløpet pasienten er, og vurdere når det er mest aktuelt med en henvisning til tolvtrinnsgrupper (Humphreys, 1997; Riordan & Walsh, 1994). Når så deltagelse er aktuelt, gir litteraturen en del praktiske råd. Den beskriver tiltak som kan øke sjansen for at pasientene oppsøker og involverer seg i disse fellesskapene.

Intensiv henvisning - å knytte direkte kontakt

Bare det å gi pasientene informasjon og anbefale dem å gå, fører etter vår erfaring i liten grad til at pasienten faktisk oppsøker gruppene. Det er imidlertid gjort flere kontrollerte

studier av en mer intensiv henvisningspraksis. Sisson og Mallams (1981) randomiserte 20 pasienter med alkoholproblemer til to grupper med ti i hver. Det gjaldt pasienter i en poliklinikk i psykisk helsevern. Den ene gruppen fikk standard informasjon om AA, ble oppfordret til å gå på AA-møte, og fikk med seg en folder om dato, tidspunkt og sted for møtene. For den andre gruppen tok terapeuten i tillegg en telefon til AA sin kontakttelefon (står vanligvis i telefonkatalogen og avisannonse; i dette tilfellet hadde terapeuten en liste over AA-kontakter). AA-kontakten avtalte å treffe pasienten før møtet og gå sammen med ham. Pasienten fikk da noen med seg som kunne svare på spørsmål og ta seg av ham om han skulle føle seg ubekvem på møtet. Resultatene viste at ingen av pasientene i informasjonsgruppen dukket opp på møtene, men 100% av pasientene møtte frem og deltok der det ble opprettet en direkte kontakt.

Timko, DeBenedetti og Billow (2006) gjorde en lignende sammenligning i en nyere studie for 345 pasienter. De så også at en mer intensiv henvisningspraksis var bedre enn å bare gi informasjon, men da kun hos pasienter med relativt liten selvhjelpsgruppedeltagelse før de kom til behandling. I USA er det sjeldent med lite eller ingen erfaring fra tolvttrinnsgrupper. En studie fant at hele 83% av pasientene hadde deltatt i slike grupper før behandling (Humphreys, Kaskutas & Weisner, 1998). Ettersom deltagelse i AA/NA på langt nær er så vanlig i Norge, mener vi at det bør være rom for å øke deltagelsen her på samme måte som i Timko et al. sin studie.

De nevnte studiene forteller altså at tilknytning til selvhjelpsgrupper ikke bare er avhengig av pasientens egenmotivasjon, men at det er en atferd som behandlerne kan påvirke. De viser også at en mer direkte kontaktformidling vil øke sjansen for oppmøte. Kontaktpersoner fra gruppene kan i tillegg inviteres til behandlere og institusjoner for å informere om selvhjelpstilbudet eller samtale direkte med pasienter.

Å starte deltagelse mens en fortsatt er i behandling

Studien til Kristensen og Vederhus (2005b) viser hvor høy andel deltagelse man kan oppnå ved å begynne mens man ennå er i behandling. I denne studien deltok 38% regelmessig i AA/NA så lenge som to år etter behandlingen (behandlingsintensjonsanalyse. Det vil si at alle som ikke svarte på spørreskjemaet, ble regnet som «ikke deltagende»). Det samme momentet vises også tydelig i Project Match (1998). De som begynner med deltagelse i grupper allerede mens de er i behandling, har en klart høyere frekvens og involvering i en ettervernsfase (Tonigan, Connors & Miller, 2003). En kan lett se mulige årsaker til dette. For mange kan det virke skremmende og være en for stor sosial terskel å gå alene etter at en er utskrevet fra behandlingen. Hvis en legger til rette for at flere pasienter kan gå sammen til gruppemøter fra en behandlingsinstitusjon, kan de rekke å bli kjent og få tilknytning til gruppene før utskrivning.

Hvordan møte pasientens motforestillinger?

Det ikke uvanlig at pasientene selv har forskjellige motforestillinger mot deltagelse. Vanlige motforestillinger en kan møte hos pasienter, er (Kristensen, 1987):

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

Hvis pasienten forteller om slike motforestillinger, kan det være lett for behandleren å trekke seg unna temaet, spesielt hvis behandleren selv er ambivalent til gruppene. Vår oppfordring er å heller utforske dette mer. Ofte kan pasientenes motforestillinger også bygge på misforståelser eller feiloppfatninger. Et forslag kan være at pasienten anbefales å gå på minst et par møter. Da kan pasienten i alle fall vite hva han/hun sier nei til. Bean-Bayog (1993) forteller at hun forsøker å motivere sine pasienter til å gå flere ganger før de tar en endelig beslutning. Hun anbefaler dem å skrive en liten dagbok om hva de opplever på møtene, og hva de reagerer på. Så drøfter hun dette med dem i etterkant. Noen vil da etter hvert også kunne se fordelene ved å delta. I stedet for for å akseptere de negative utsagnene om gruppedeltagelsen med en gang, kan en altså la det bli utgangspunkt for en eksplorerende dialog.

Redselen for å si noe høyt i en gruppe er noe mange kan kjenne på. Pasienten kan trygt forsikres om at det er fullt mulig og vanlig å gå på flere møter, og bare la ordet gå videre til en er trygg nok til å dele noe selv. Ved å forsikre pasienten om dette kan en forminske det forventningspresset og den prestasjonsangsten som mange kan føle ved det å skulle si noe i en gruppesammenheng.

Til dem som oppfatter seg som å ikke være «helt på bønn», kan en spørre om en trenger å være helt «på bunnen» før en oppsøker hjelp. På møtene vil en treffe mennesker som har tapt alt i løpet av sin ruskarriere, men en finner også dem som har klart å beholde både familie, arbeid og barn. Tolvtrinnsgruppene kan trolig være et tilbud til mennesker som er på forskjellig stadium i en avhengighetsutvikling. Et råd AA/NA selv gir, er at nye medlemmer bør lytte etter noe de kan kjenne seg igjen i av andres erfaring, istedenfor å se etter forskjeller. Det hevdes at hvis en går på noen møter, vil en ganske sikkert få høre historier som en kan identifisere seg med.

Møtene i tolvtrinnsgrupper har vanligvis en fast oppbygd og enkel struktur. Selv om de er bygget over samme lest, vil de kunne ha en viss variasjon, og det sosiale klimaet vil være forskjellig (Montgomery, Miller & Tonigan, 1993). En pasient kan derfor finne seg bedre til rette i en annen gruppe enn i den første som ble prøvd. Å bli vant med nye former og nye sosiale sammenhenger vil nødvendigvis ta tid. Sett på bakgrunn av at eventuelle tilbakefall til rus ofte vil være en stor nedtur og kan innebære store negative konsekvenser for de fleste, kan det å få tilknytning til et rusfritt miljø være det mange trenger for å klare seg på lang sikt. Litt utholdenhet i det å bli kjent med gruppen og miljøet kan være verd investeringen av tid og energi, selv om det kan kjennes ubehagelig i starten.

I slutten av hver samling står en i ring og leser opp en «sinnsrobønn». Slike former kan selvsagt virke uvant for mange. En fagutøver som henviser pasienter, bør derfor snakke

med dem på forhånd om dette temaet, jevnfør tidligere avsnitt om språkbruk og former som kan virke religiøse. Winzelberg og Humphreys (1999) gjorde en undersøkelse av om pasientenes religiøsitet, eventuelt mangel på religiøsitet, hadde noen betydning for deltagelse i AA. De fant ingen forskjell i deltagelse eller utbytte.

Utfordring og anbefaling til helsepersonell

Miller og Rollnick (1991) peker på at ambivalens er normalt i en endringsprosess, og behandlere har en nøkkelrolle i å øke motivasjonen for positive tiltak som pasienten kan gjøre for sin egen del. Dersom pasienten merker negative holdninger til selvhjelpsgrupper hos sin behandler, må en anta at dette vil redusere sjansen for at pasienten deltar. Etersom den offentlige behandlingssinnsatsen nødvendigvis må bli tidsbegrenset, er det derfor ekstra viktig hvordan behandlere veileder pasientene sine inn i en ettervernsfase, herunder også tilknytning til selvhjelpsgrupper. Vår oppfatning er at helsepersonell som arbeider i rusfeltet, som et minimum bør skaffe seg og gi videre informasjon om møter og steder for aktuelle selvhjelpsgrupper. Best vil det være om helsearbeidere selv kan delta på møter, slik at de av egen erfaring kan vite noe om gruppene når temaet tas opp med pasientene. Både AA og NA pleier å arrangere «åpne møter» en gang i måneden. Her er både helsepersonell og andre interesserte velkommen. Eventuelt kan en ta med seg eller gå sammen med pasienter på slike møter. Til syvende og sist er det selvsagt pasienten som må velge om han/hun vil delta eller ikke. Imidlertid er dokumentasjonen om nytten av deltagelse etter vår oppfatning såpass god at vi mener alle behandlere som standard bør gi informasjon om at slike selvhjelpstilbud finnes, og i tillegg tørre å motivere pasienten i retning av deltagelse.

Spesielle forhold en bør være oppmerksom på

Når det gjelder pasienter med komorbide psykiske lidelser og pasienter i LAR-behandling, bør en ta en del forholdsregler.

Komorbiditet

Pasienter med komorbide psykiske lidelser kan også henvises til gruppene. Erfaring viser imidlertid at det er noe større sjans for at disse pasientene faller fra (Kristensen & Vederhus, 2005b; Tomasson & Vaglum, 1998). For å sikre deltagelse over tid kreves det at pasienten er rimelig psykisk stabil og at det gjøres et godt forhåndsarbeid i det offentlige helsevesen. Mueser, Noordsy, Drake og Fox (2006) anbefaler sosialiseringstrening i forkant, ettersom disse pasientene i større grad må hjelpes inn i gruppen. De har gitt en god veiledning for hvordan dette kan gjøres.

Selv om tolvtrinnsgruppene offisielt ikke har problemer med psykiatrisk medisiner, mener noen medlemmer at medisiner er unødvendige ved at de setter edruskapen i fare eller at de fungerer som en «krykke». Dermed kan en risikere at pasienter med komorbide psykiske lidelser kan få høre antydninger om at de bør slutte med nødvendige medikamenter. Nyere undersøkelser har vist at slike holdninger er på retur i disse bevegelsene (Meissen, Powell, Wituk, Girrens & Arteaga, 1999). For pasienter på

nødvendig psykiatrisk medisinerings bør en likevel ta opp dette temaet på forhånd, slik at de ikke selvseponerer sin medikasjon på bakgrunn av ufaglærte råd fra andre gruppe-medlemmer.

LAR-pasienter

Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering (LAR) føler seg avvist i noen NA-grupper. I andre grupper forteller de at de kan være til stede uten å si noe. I atter andre er de velkomne som fullverdige deltagere. Bakgrunnen for dette er at noen av medlemmene ser på bruk av Subutex og Metadon som rusmidler (Anonyme Narkomane, 2006d). Ulik praksis har ført til at LAR-pasienter i noen byer har etablert egne Methadone Anonymous (MA)-grupper (Espegren & Follesø, 2003; McGonagle, 1994).

Konklusjon

Rusmiddelavhengighet er et gjennomgripende livsproblem, og behovet for behandling og oppfølging i et livsløpsperspektiv er vanligvis stort. Det offentlige behandlingsapparatet makter ikke å gjøre jobben alene, og nasjonale planer anbefaler en bedre utnyttelse av den ressursen som selvhjelpsgruppene utgjør. Nyere forskning dokumenterer nytten av å delta i tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper. I motsetning til begrensninger i det offentlige hjelpeapparatet er gruppene lett tilgjengelige og kostnadsfrie. De tilbyr støtte og hjelp for å komme ut av et rusproblem, og kan oppsøkes fritt så lenge man ønsker. Dersom helsepersonell kan få et mer aktivt og bevisst forhold til å henvise pasienter til slike grupper, vil en indirekte bidra til at de bygger seg opp og kan utgjøre en enda større ressurs enn de er i dag. Vår oppfatning er at henvisning til tolvtrinnsgrupper til nå har fått for liten oppmerksomhet, og at helsepersonellens mulige manglende kunnskap om gruppene og nytten av gruppedeltagelse kan ha vært faktorer som har innvirket på dette. Forfatterne håper at denne gjennomgangen av oppdatert viten om nytten av AA og NA vil kunne bidra til at behandlere i Norge får større bevissthet omkring disse fellesskapene og i større grad henviser pasientene sine til dem. Vi har tatt for oss tolvtrinnsbaserte selvhjelpsgrupper, blant annet fordi det er de vanligste. Selvhjelpsgrupper basert på andre filosofier vil formodentlig også kunne ha tilsvarende nytte. Praktiske råd som er gitt her om hvordan en kan motivere til og henvise pasienter til AA og NA, kan forhåpentlig bidra til at flere av de som kan dra nytte av slike grupper, får ta del i denne muligheten til å få et rusfritt liv. Pasientenes autonomi skal selvsagt respekteres, og de skal selv til syvende og sist avgjøre om gruppedeltagelse er noe for dem, men vi argumenterer for at pasientene fortjener en reell sjanse til å bli kjent med og å nyttiggjøre seg dette selvhjelpstilbudet.

John-Kåre Vederhus

Avd. for rus- og avhengighetsbehandling

SSHF

Serviceboks 416

4604 Kristiansand

Tlf 38 14 80 24

E-post john-kare.vederhus@sshf.no

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 10, 2008, side 1268-1275

TEKST

John-Kåre Vederhus, forsker (ph.d.) Sørlandet sykehus

Øistein Kristensen

Helga Tveit

Thomas Clausen

+ Vis referanser

Referanser

AA servicekontor i Norge. (2007). Opplysninger om medlemstall (e-postkommunikasjon 26.10.2007).

Anonyme Narkomane (2006a). For nykommeren. Sitert 14.11.06 fra <http://www.na.org/ips/nr/nr-IP16.htm>

Anonyme Narkomane (2006b). Fakta om NA. Sitert 14.11.06 fra <http://www.nanorge.org/fakta.htm>

Anonyme Narkomane (2006c). Hvem, hva, hvordan og hvorfor. Sitert 15.11.06 fra <http://www.na.org/ips/nr/nr-IP1.htm>

Anonyme Narkomane (2006d). Notat om metadon. Sitert 11.12.06 fra <http://www.nanorge.org/metadonnotat.html>

Barth, T., Børtveit, T. & Prescott, P. (2001). Endringsfokusert rådgivning. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bean-Bayog, M. (1993). AA processes and change: How does it work? I: B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives (ss. 99-112). New Brunswick: Rutgers Center on Alcohol Studies.

Davis, D. R. & Jansen, G. G. (1998). Making meaning of Alcoholics Anonymous for social workers: Myths, metaphors, and realities. *Social Work*, 43, 169-182.

Day, E., Gaston, R. L., Furlong, E., Murali, V. & Copello, A. (2005). United Kingdom substance misuse treatment workers' attitudes toward 12-step self-help groups. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 29, 321-327.

Emrick, C. D., Tonigan, J. S., Montgomery, H. & Little, L. (1993). Alcoholics Anonymous: What is currently known? I: B. S. McCrady & W. R. Miller (Eds.), Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and alternatives (ss. 41-76). New Brunswick: Rutgers Center on Alcohol Studies.

Espegren, O. & Follesø, S. (2003). Twelve Step programme and methadone maintenance treatment. I: H. Waal & E. Haga (Eds.), Maintenance treatment of heroin addiction (ss. 321-328). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.

Fekjær, H. O. (2004). Rus: Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Groh, D. R., Jason, L. A. & Keys, C. B. Social network variables in Alcoholics Anonymous: A literature review. *Clinical Psychology Review* (in press).

Humphreys, K. (1999). Professional interventions that facilitate 12-step self-help group involvement. *Alcohol Research & Health*, 23, 93-98.

- Humphreys, K., Ciaran, S. P. & Moos, R. H. (1996). Addressing self-selection effects in evaluations of mutual help groups and professional mental health services: An introduction to two-stage sample selection models. *Evaluation and Program Planning*, 19, 301-308.
- Humphreys, K., Kaskutas, L. A. & Weisner, C. (1998). The relationship of pre-treatment Alcoholics Anonymous affiliation with problem severity, social resources and treatment history. *Drug and Alcohol Dependence*, 49, 123-131.
- Humphreys, K. & Rappaport, J. (1994). Researching self-help/mutual aid groups and organizations: Many roads, one journey. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 217-231.
- Humphreys, K. (1997). Clinicians' referral and matching of substance abuse patients to self-help groups after treatment. *Psychiatric Services*, 48, 1445-1449.
- Kleber, H. D., Weiss, R. D., Anton, R. F. J., George, T. P., Greenfield, S. F., Kosten, T. R. et al. (2007). American Psychiatric Association practice guidelines: Treatment of patients with substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164(4 suppl), 5-123.
- Kownacki, R. J. & Shadish, W. R. (1999). Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. *Substance Use and Misuse*, 34, 1897-1916.
- Kristensen, Ø. (1987). *Håndbok i alkoholistbehandling*. Kristiansand: A-klinikken.
- Kristensen, Ø. & Vederhus, J. K. (2005a). Stoffmisbrukere i 12-trinnsbehandling. *Rus & Avhengighet*, 1, 33-35.
- Kristensen, Ø. & Vederhus, J. K. (2005b). Selvhjelpsgrupper i rusbehandling. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 125, 2798-2801.
- Laudet, A. B. & White, W. L. (2005). An exploratory investigation of the association between clinicians' attitudes toward Twelve-Step groups and referral rates. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 23, 31-45.
- Levy, L. H. (2000). Self-Help Groups. I: J. Rappaport & E. Seidman (Eds.), *Handbook of Community Psychology* (ss. 591-613). New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.
- Mäkelä, K., Arminen, I., Bloomfield, K., Irmgard, E. S., Bergmark, K. H., Kurube, N. et al. (1996). Alcoholics Anonymous as a mutual-help movement: A study in eight societies. Madison, WI: The University of Wisconsin Press.
- McGonagle, D. (1994). Methadone Anonymous: A 12-step program. Reducing the stigma of methadone use. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 32, 5-12.
- McKellar, J., Stewart, E. & Humphreys, K. (2003). Alcoholics Anonymous involvement and positive alcohol-related outcomes: Cause, consequence, or just a correlate? A prospective 2-year study of 2,319 alcohol-dependent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 302-308.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P. & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284, 1689-1695.
- Meissen, G., Powell, T. J., Wituk, S. A., Girrens, K. & Arteaga, S. (1999). Attitudes of AA contact persons toward group participation by persons with a mental illness. *Psychiatric Services*, 50, 1079-1081.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: The Guilford Press.
- Montgomery, H. A., Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1993). Differences among AA groups: Implications for research. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 502-504.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E. & Fox, L. (2006). *Integrert behandling av rusproblemer og psykiske lidelser*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Narcotics Anonymous (2001). *Anonyme Narkomane*. Chatsworth, CA: Narcotics Anonymous World Services.
- Olson, B. D., Jason, L. A., Ferrari, J. R. & Hatcheson, T. D. (2005). Bridging professional and mutual-help: An application of the transtheoretical model to the mutual-help organization. *Applied &*

Preventive Psychology, 11, 167-178.

Project Match research group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 6, 1300-1311.

Riessman, F. (1976). How does self-help work? *Social Policy*, 7, 41-45.

Riessman, F. & Carroll, D. (1995). *Redefining self-help: Policy and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Riordan, R. & Walsh, L. (1994). Guidelines for professional referral to Alcoholics Anonymous and other twelve step groups. *Journal of Counseling & Development*, 72, 351-355.

Salem, D. A., Reischl, T. M., Gallacher, F. & Randall, K. W. (2000). The role of referent and expert power in mutual help. *American Journal of Community Psychology*, 28, 303-324.

Sexton, H. (1995). Alkoholmisbrukere etter klinikkbehandling - en oppfølgingsundersøkelse. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 115, 2768-2772.

Sisson, R. W. & Mallams, J. H. (1981). The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholic Anonymous and Al-Anon meetings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 371-376.

Sosial- og helsedirektoratet (2004). *Nasjonal plan for selvhjelp*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet / Norsk Selvhjelpsforum.

St.meld.nr.16 (2002-03). *Resept for et sunnere Norge («folkehelsemeldingen»)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Timko, C., DeBenedetti, A. & Billow, R. (2006). Intensive referral to 12-step self-help groups and 6-month substance use disorder outcomes. *Addiction*, 101, 678-688.

Tomasson, K. & Vaglum, P. (1998). Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: A prospective study of a nationwide representative sample. *Addiction*, 93, 423-431.

Tonigan, J. S., Connors, G. J. & Miller, W. R. (2003). Participation and involvement in Alcoholics Anonymous. I: T. F. Babor & F. K. Del Boca (Eds.), *Treatment Matching in Alcoholism* (ss. 184-204). Cambridge: Cambridge University Press.

Tonigan, J. S., Toscova, R. & Miller, W. R. (1996). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 57, 65-72.

Vederhus, J. K. & Kristensen, O. (2006). High effectiveness of self-help programs after drug addiction therapy. *BMC Psychiatry*, 6, 35.

Walters, G. D. (2002). Twelve reasons why we need to find alternatives to Alcoholics Anonymous. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 1, 53-59.

Winzelberg, A. & Humphreys, K. (1999). Should patients' religiosity influence clinicians' referral to 12-step self-help groups? Evidence from a study of 3,018 male substance abuse patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 790-794.

Zemore, S. E., Kaskutas, L. A. & Ammon, L. N. (2004). In 12-step groups, helping helps the helper. *Addiction*, 99, 1015-1023.