

'Det koster ikke noget at tilhøre NA-fællesskabet. Du er medlem, hvis du siger, du er'. (N1)

- Er det virkelig sådan, at alle er velkomne i de 12-trinsbaserede fællesskaber? Eller er nogle mere velkomne end andre? Her sættes der fokus på, hvordan tidligere rusafhængige i behandling med metadon eller buprenorphin oplever at blive stigmatiseret og udstødt i mødet med de 12 trin.

AF LIESE RECKE

Det har længe været kendt, at stofbrugere og alkoholafhængige oplever at blive udsat for diskriminering og stigmatisering i forhold til øvrige befolkningsgrupper samt i relation til behandling i sundhedsvæsenet.(1) Rusafhængiges oplevelser af stigma og social marginalisering er dokumenteret i adskillige internationale studier (2) samt i enkelte skandinaviske undersøgelser. (3;4) At oplevelsen af stigma og udstødelse også omfatter tidligere stofbrugere er mindre kendt, men der findes enkelte undersøgelser, som illustrerer, at personer i medicinsk substitutionsbehandling oplever at være udsat for stigmatisering, både i relation til andre ruspatienter,(5;6) i relation til behandlingssystemets tilbud (7-11) og i forhold til samfundsborgere uden rusproblemer.(12) Enkelte undersøgelser af oplevelser hos skandinaviske patienter i medicinsk substitutionsbehandling synes at bekræfte konklusionerne i den udenlandske forskning,(13-15) så også i Skandinavien oplever tidligere rusbrugere tilsyneladende stigma og marginalisering, uagtet de måtte være i behandling med metadon eller buprenorphin og opleves som rusfrie både af sig selv og det professionelle behandlingssystem. Oplevelser af stigma og social marginalisering har vist at have en negativ indflydelse på behandlingsresultater inden for både mental helse (16;17) og rusbehandling,(9;18) og oplevelsen af social marginalisering og stigma reducerer den enkeltes mulighed for opnåelse af bedre livskvalitet.

Med udgangspunkt i en anekdote fra en norsk afrusningsafdeling fremlægges i det følgende et eksempel på, hvordan behandlere utilsigtet kan medvirke til patienters oplevelse af udstødelse gennem henvisning af LAR-patienter til de norske selvhjælpsgrupper kendt som 'Anonyme Narkomaner' og 'Anonyme Alkoholikere, i det følgende benævnt som NA (Narcotics Anonymous) og AA (Alcoholics Anonymous). LAR er det norske udtryk for 'lægemiddel assistert rehabilitering' og dækker således behandling, der inkluderer anvendelsen af opioidagonister som metadon og buprenorphin (Suboxone/Subutex) i behandlingen af opioidafhængige.

Norge 2012

På en lille afdelingsafdeling med omkring 10 patienter, hvoraf flertallet var opioidafhængige, blev repræsentanter for de lokale NA-grupper regelmæssig inviteret til at fortælle de indlagte patienter om selvhjælpsgrupperne. Eftersom jeg var til stede i min egenskab af psykolog på afdelingen, spurgte jeg efterfølgende personalet, hvorfor i al verden man havde besøg fra NA, når nu LAR-patienter ikke er velkomne i NA, og flertallet på afdelingen netop var i behandling med metadon

eller buprenorphin. Men kollegerne på afdelingen forklarede, 'at patienterne var vældig glade for at komme i NA', og at 'mange tidligere havde haft stort udbytte af deltagelse i selvhjælpsgrupperne'. Og 'LAR-patienter, som ellers var rusfrie, var naturligvis velkomne i selvhjælpsgrupperne'. Efter konkret fremlæggelse af notat fra 'det officielle NA' i Norge (19)(N2), hvoraf det direkte fremgår, at man ikke ser på LAR-patienter som 'rusfrie', og at de derfor hverken har ret til at tale eller mulighed for at tage hverv i 12-trinsgruppene, blev daglig leder og de tilstedeværende behandlere opmærksomme på, at LAR-patienter ikke umiddelbart ville blive anerkendt i de anonyme grupper, og de mente derfor, at man måtte tage kontakt med de lokale repræsentanter for NA, så reglen om deltagelse af LAR-patienter blev ændret.

Integrationen af 12-trinsideologi i Skandinavien

Amerikanske behandlingstraditioner for rusafhængighed bygger næsten udelukkende på 12-trinsideologi, som har haft monopollignende status i det amerikanske behandlingsfelt siden 1950'erne. Eftersom amerikanerne efter eget udsagn producerer 85% af verdens samlede rusforskning, er det sædvane for forskere og praktikere i den vestlige verden at se efter amerikanske erfaringer og studier. Dette gælder selvsagt også de skandinaviske forskere, men desværre ofte uden at tage forbehold for den anderledes kontekst, amerikansk rusbehandling udvikles og praktiseres i. Samtidig har socialpolitiske begreber som brugermedvirkning, selvhjælp og erfaringskompetence bidraget til udbredelse af 12-trinsideologi i det offentlige behandlingssystem i Skandinavien, idet begrebet 'selvhjælpsgrupper' ofte knyttes sammen med 12-trinsideologi i rusfeltet. (20)

AA, NA og sygdomsbegrebet

En omfattende forskning har tidligere adresseret AA, hvorimod studier, som fokuserer på NA, er sørgeligt fraværende; dette gælder ikke bare lokalt, men også internationalt. En række skandinaviske forskere har tidligere beskrevet udbredelsen af 12-trinsmodellen som behandlingsstrategi og social bevægelse, men her har fokus udelukkende været på alkohol og AA. (21-23) Men NA adskiller sig på en række signifikante områder fra AA, både i forhold til mødekultur, målgruppe og i forhold til fokusområde. AA orienterer sig overordnet mod forbrug af alkohol, og for mange AA-gruppers vedkommende interesserer man sig ikke overvældende for, om deltagerne bruger lægeordineret medicin – under forudsætning af, at man i øvrigt 'passer ind' og ikke åbent artikulere en accept af medicinsk behandling i forbindelse med alkoholafhængighed. For NA's vedkommende er hovedfokus som sådan ikke på bestemte rusmidler, men på det mere overordnede begreb 'addiction' (eller som det oversættes i Norge: 'rusafhængighed'), hvorefter man som deltager i NA forventes at stræbe efter totalafholdenhed fra alle psykoaktive midler - heriblandt lægeordineret medicin og i særdeleshed alle slags LAR-medicin – i nogle NA-grupper direkte adresseret som 'misbrugsmedicin'.

12-trinsideologiens forhold til medicin

Rusafhængighed beskrives i de senere år både i 12-trinsterminologi og i nyere medicinske sammenhænge som en sygdom. Centralt placerede forskere identificerer rusafhængighed (addiction) som kronisk hjernepatologi med beskrivelser af en række biologiske rationaler. (24;25) Den kronificerede sygdomsforståelse henter ligeledes støtte hos 12-trinsideologien, og her forstås rusafhængigheden som en individualiseret, kronisk bio-psyko-social sygdom frem for en overvejende biologisk defineret tilstand. Imidlertid må man ikke drage den fejlslutning, at sygdomsbegrebet i 12-trinsdiskursen er identisk med det biologiske sygdomsbegreb. Hvor de

biologisk orienterede videnskabsfolk ser sygdom forårsaget af primært fysiologiske og biologiske faktorer, som kan og bør behandles med medicin, hvis det er muligt, ser 12-trinsideologien alkoholismen eller rusafhængigheden primært som en 'spirituel' sygdom,(26-28) hvor helbredelsen hos den enkelte orienterer sig mod kontakt med den personlige 'højere magt'. I denne optik kan 'sygdommen' ikke behandles med medicin, det være sig opioidagonisterne metadon eller buprenorphin eller f. eks. antabus. Tværtimod ses medicinsk behandling af ruslidelser i 12-trinsideologien som en barriere mod den 'rigtige' helbredelse, som altså har karakter af en åndelig eller spirituel stræben med udgangspunkt i totalafholdenhed fra alle psykoaktive midler. AA og NA promoveres i Skandinavien som værdineutrale selvhjælpsgrupper, og som et godt og effektivt tilbud til rusafhængige. I en artikel til den norske psykologforenings blad om de norske selvhjælpsgrupper med en anbefaling om henvisning inkluderer Vederhus & Kristensen dog (29) følgende information:

'Patienter i lægemiddelassteteret rehabilitering (LAR) føler sig afvist i nogle NA-grupper. I andre grupper fortæller de, at de kan være til stede uden at sige noget. I atter andre er de velkomne som fuldværdige deltagere. Baggrunden for dette er, at nogle af medlemmene ser på brug af subutex og metadon som rusmidler [...]'.

Erfaringer

Men virkeligheden for LAR-patienter, som søger deltagelse i NA-grupperne, er tilsyneladende mere grum end beskrevet af Vederhus & Kristensen. Snarere end at eksklusionen af LAR-patienter gælder i enkelte NA-grupper, er det tilsyneladende normen i samtlige. Som deltager i flere norske/danske LAR-grupper på Facebook, og som psykolog i en norsk specialisthelsetjeneste og kommune har jeg gentagne gange været vidne til, at medicinsk behandlede ruspatienter rapporterer om fordømmelse og udstødelse i relation til de 12-trinsbaserede fællesskaber, som professionelle har anbefalet dem at deltage i. Patienter, som tidligere har været i institutionaliseret 12-trinsbehandling, og som har bekendte og venner, der tilslutter sig 12-trinsideologien, oplever, hvordan en igangsat LAR-behandling medfører tab af bekendtskaber, både i det virkelige liv og som 'venner' på Facebook og andre sociale netværk. Størstedelen af dem, som definerer sig selv som 'clean' i 12-trinsfællesskaberne, ønsker nemlig ikke omgang med LAR-patienter, som de beskriver som syge og i aktivt misbrug, uanset at disse har et stabiliseret og normalt liv uden forbrug af illegale rusmidler. Andre med erfaringer både med LAR og med NA fortæller, at i det omfang, de har haft glæde af deltagelse, har de tiet om deres medicinske status, men at fordømmelsen af LAR-medicin over tid har fået dem til at føle sig som andenrangs mennesker. Det har til nu ikke været muligt at identificere en eneste LAR-patient, som kunne bekræfte at have deltaget i en 12-trinsgruppe på lige fod med ikke-LAR patienter. Hvilket naturligvis ikke er det samme, som at disse ikke findes, kun at det ikke har været muligt gennem egen praksis eller elektroniske medier at lokalisere dem. LAR-patienter, som jeg kender gennem Facebook eller som personlige bekendtskaber, har efter opfordring formidlet deres erfaringer med deltagelse i NA, og følgende, anonymiserede, udsagn er repræsentative for de mange svar, jeg har fået enten via Facebook eller via mail. En norsk LAR-patient, Anita, skriver:

'Jeg gik i NA for mange år siden, og jeg sagde ikke noget om min medicin. Men det blev helt forkert for mig at fortsætte sådan, vi skal da ikke finde os i at blive andenrangs mennesker i NA's øjne. De kan fortsætte med deres, og al ære for det, de gør for hinanden. Men vi, som er i LAR, må drive vore egne grupper'.

Andreas, som også er i behandling med LAR-medicin, supplerer:

'Det virker, som om det er en løsthængende usandhed, det med, at LAR-medicinere er vældig velkomne i NA. Selvfølgelig er de velkomne til møderne, men du vil forblive brugeren som bruger,

og må forholde dig til det [...] så det vil blive på et andenrangs-grundlag, man er der..'. (Marts 2013).

En enkelt har skrevet privat til mig, at der findes en gruppe i en større norsk by, hvor LAR-patienter kan deltage, såfremt de ikke opleves som ruspåvirkede. Den nævnte gruppe skulle være startet af LAR-patienter. På den anden side ønsker brevsriveren ikke at fortælle andre om denne gruppe, da det ville medføre problemer for de pågældende i forhold til andre NA-deltagere. En gruppe danske rusbrugere og tidligere rusbrugere startede for et år siden Facebook-gruppen og foreningen 'Trinløse Tænkere' på baggrund af dårlige erfaringer med 12-trinsbaseret behandling eller deltagelse i de 12-trinsbaserede selvhjælpsgrupper. Også her bekræftes det, at LAR-patienter udstødes af 12-trinssammenhænge, og at de ikke kan deltage ligeværdigt i selvhjælpsgrupperne. En dansk tidligere patient, Carina, fortæller om, hvordan metadon bliver omtalt på en dansk 12-trinsbaseret institution:

[...] 'En er for mange, og tusind aldrig nok'. Men ellers sidestilles det jo på lige fod med alt andet stemningsændrende, at det ender med 'fængsler, institution og død'.

Både udtrykket 'en er for mange, og tusind aldrig nok' og 'fængsler, institutioner og død' er dele af faste og hyppigt gentagne 'slogans', som udgør en vigtig del af et 12-trinsvokabularium.

Udsagn fra LAR-patienter, som har erfaringer med de 12 trin, sætter fokus på, at en del opioidafhængige, som i perioder fungerer uden LAR-medicin, og som deltager i 12-trinsgrupper i disse medicinfri perioder, lærer, at LAR-behandling er det samme som aktivt misbrug, og at konsekvenserne af at bruge LAR-medicin vil være de samme som for misbrug af illegale rusmidler og automatisk medføre 'fængsler, institutioner og død'. At brug af rusmidler - og herunder brug af LAR-medicin - automatisk medfører fængsler, institutioner og død, og at afholdenhed er den eneste redning, er et mantra, som gentages på samtlige NA-møder.

Nogle LAR-patienter fortæller, at de tidligere har deltaget i, eller at de aktuelt deltager i NA-grupper, hvor de skjuler, at de får ordineret LAR-medicin. Hemmeligholdelse af medicinsk status er imidlertid vanskelig for deltagere i både danske og norske NA-grupper, hvor mange bor i tyndt befolkede områder, hvor man som regel kender hinanden. Og spørgsmålet er, om hemmeligholdelse af en så væsentlig del af ens liv er hensigtsmæssig i en kontekst, som lægger vægt på 'ærlighed, et åbent sind og villighed', som det hedder i NAs pamflet 'Hvordan det virker', der bliver læst op på de fleste NA-møder.

Holdninger

Undersøgelser af holdningerne til LAR-medicin hos 12-trinsdeltagere findes i enkelte nyere forskningsartikler og rapporter fra Storbritannien, Irland og USA. William White(N3) har i en rapport til den centrale, amerikanske vidensorganisation Substance Abuse and Mental Health Administration, SAMSHA, beskrevet holdninger til metadon og buprenorphin blandt personer med tilknytning til den amerikanske traditionelle 12-trins ideologi.(30) I rapporten gengiver White uddrag fra diskussionsgrupper med LAR-patienter og 12-trinsdeltagere om LAR-patienters erfaringer med deltagelse i NA, suppleret med eksempler på holdninger, udtrykt af NA-medlemmer over for LAR-patienter. Whites undersøgelse illustrerer, at der findes LAR-patienter med gode erfaringer med enkelte NA-grupper i USA, hvor de er blevet accepteret og har deltaget på lige fod med andre, men de fleste har erfaringer med at blive nægtet taletid og blive ydmyget. Og det konstateres, at selv om der i enkelte grupper gives plads til LAR-patienter, så gælder denne undtagelse fra NA's officielle politik om eksklusion af medicinsk behandlede kun i den lokale gruppe. Adgangen til andre grupper og de såkaldte konventer - store begivenheder, der samler

mange 12-trinsdeltagere til fælles møder og oplæg - såkaldte 'speaks' – vil stadig være begrænset af NA's officielle politik, som den er udtrykt i notatet om metadon.

White konkluderer, at LAR-patienter oplever utryghed, forvirring og skam i mødet med restriktionerne i NA vedrørende deres deltagelse.(30) En anden undersøgelse fra Chicago bekræfter de forhold, som beskrives af White. Her har David Frank (31) i et kvalitativt studie undersøgt, hvordan opioidafhængige oplever mødet med 12-trinsideologien. Han viser, hvordan den abstinensorienterede tilgang, som bliver formidlet i overensstemmelse med 12-trinsideologien blandt behandlingssøgende opioidafhængige, opfattes positivt i modsætning til LAR-behandling, som fremstilles identisk med illegalt brug, og som endog farligere end illegalt brug af heroin. Den negative fremstilling af LAR-medicin og patienter i LAR-behandling i 12-trinssammenhænge medførte, at de interviewede patienter i Franks studie generelt søgte at undgå LAR-behandling, selvom de formodentlig kunne have profiteret af den.

Man kan vel tale med de lokale grupper om inklusion?

Som det blev illustreret i den indledningsvise beskrivelse af en episode fra en norsk afrusningsklinik, var personalets umiddelbare respons på oplysninger om, at LAR-patienter ekskluderes fra de lokale NA-grupper, at praksis måtte ændres, og at denne ændring måtte kunne initieres gennem dialog med de lokale repræsentanter for NA. Forslaget om lokal dialog er sympatisk, men illustrerer et mangelfuldt kendskab til, hvordan 12-trinsfællesskaberne er organiseret. Samtlige selvhjælpsgrupper rundt om i verden, som ønsker at blive identificeret som 12-trinsbaserede anonyme grupper, må først registreres og godkendes af den nationale bestyrelse, i dette tilfælde NA-Norge. Herfra kræves det, at man overholder de retningslinjer for drift af gruppen, der er udstukket af den amerikanske moderorganisation, Narcotics Anonymous. Her har man, i lighed med Alcoholics Anonymous, et 'World Service Center', som for NA's vedkommende er beliggende i Los Angeles. Ligesom AA har også NA centralt udgivet flere grundbøger – f.eks. 'Basic Text' og 'Just for Today' – begge oversat til dansk og norsk - samt en række pamfletter. Derudover findes der nedskrevne retningslinjer, der angiver retning og struktur for 'service', det vil sige organisering og drift af grupper. Det fremgår altid af de enkelte publikationer, hvorvidt teksten er 'conference approved', det vil sige allerede godkendt af World Service Center, eller om det drejer sig om en foreløbig oversættelse, som først skal godkendes, før den bliver officielt gældende. Der er altså ikke tale om, at enkelte NA- og AA-grupper fungerer som autonome enheder, når det gælder oplæsning, indhold og fortolkning af tekster, gruppestruktur og grupperitualer.(32) Og selvom der gives et stort råderum for, hvordan man driver den enkelte lokale gruppe, så vil en beslutning om at inkludere LAR-patienter i en lokal gruppe kun have betydning for den enkelte lokale gruppe, og kun så længe alle i gruppen er enige. De pågældende vil stadig være afskåret fra deltagelse i andre NA-fællesskaber og for at påtage sig hverv, som går ud over den enkelte gruppe, ligesom man som LAR-patient også løbende må forholde sig til NA's officielle politik, som definerer LAR-behandling i et modsætningsforhold til bedring. Samtlige ændringer i tekster, ritualer, inklusionskriterier m.v. må komme fra den internationale bestyrelse i USA og må tage udgangspunkt i de amerikanske grupperes beslutninger.

Buprenorphin på Hazelden Behandlingscenter

Betyder det så, at AA og NA for altid vil være lukket land for patienter i medicinsk rusbehandling, som ønsker den støtte, som for nogen findes i de 12-trinsbaserede selvhjælpsgrupper? Allerede i 1987 skrev Obuchowsky og Zweben en kort artikel, hvori de problematiserer, at de amerikanske patienter i metadonbehandling ikke har adgang til 12-trinmøder, og de forudså en snarlig ændring,

således at også metadonbehandlede patienter kunne inkluderes i de 12-trinsbaserede selvhjælpsgrupper. Næsten 25 år senere skriver William White, (30;33) at om ikke NA besinder sig og accepterer, at bedring og 'recovery' også anerkendes som opnåelige mål for patienter i behandling med metadon og buprenorphin, vil der sandsynligvis opstå rivaliserende selvhjælpstiltag, og der vil være risiko for, at 12-trinsgrupperne mister deres ledende position inden for selvhjælpsteknologierne.

Men trods den relative stilstand i udviklingen af NA's internationale deltagelseskriterier synes der i 2013 at ske ændringer i den amerikanske 12-trinsbaserede rusbehandling. Hazelden, det største og mest indflydelsesrige 12-trinsbaserede behandlingscenter i USA, erklærede for nylig, at man nu accepterede, at opioidafhængige kunne behandles med buprenorphin på centrets mange klinikker, og at de pågældende patienter ville blive anerkendt som rusfrie og i 'recovery' på lige fod med medicinfrige patienter. På det prestigegivende behandlingscenter har man længe været optaget af at tilbyde 'evidensbaseret' behandling, og det må have været tiltagende vanskeligt at undgå erkendelsen af agonistbehandlingens overlegne resultater. Også den nuværende status i USA i forhold til buprenorphin, der tillader ordination fra almindelige private lægeklinikker i modsætning til metadon, der udelukkende kan ordineres på særligt godkendte metadonklinikker (34) spiller sandsynligvis ind. Gennem muligheden for, at buprenorphinbehandlingen kan varetages af de praktiserende læger, har man undgået de problemer, som er forbundet med at skulle afhente metadon på særlige, identificerbare klinikker. Behandling med buprenorphin bliver dermed for mange et mere attraktivt behandlingsvalg end den tidligere tilbudte behandling med metadon.

Henvise til NA eller ej?

Nogle professionelle peger imidlertid på, at opioidafhængige i perioder kan have stort udbytte af at deltage i 12-trinsgrupper, og at behandlings- og støttetilbud til rusafhængige må være varierende og forskellige. At der er forskellige behov og præferencer for rusbehandling kommer vi ikke uden om. Men deltagelse i sammenhænge med et stærkt ideologisk islæt sætter sine spor og kan præge den enkeltes holdning til senere behandlingstiltag i negativ retning. Mange patienter i rusbehandling har brug for en langvarig, stabil indsats med varierende intensitet, og det er derfor ikke helt ukendt, at patienter går ind og ud af LAR-behandlingen. Man må derfor stille sig spørgsmålet, om opioidafhængiges deltagelse i NA i perioder uden LAR-medicin i det store og hele har en positiv effekt, når man her bliver mødt med en fordømmende beskrivelse af den medicinske behandling, man måske har brug for før eller siden?

I det ovenstående er der refereret til undersøgelser, der viser, at udenlandske patienter i behandling med metadon og buprenorphin oplever stigmatisering og udstødelse i forbindelse med tiltag, der er baseret på 12-trinsideologi. Udsagn fra norske og danske LAR-patienter peger på, at denne patientgruppe oplever nøjagtig samme type udstødelse og stigmatisering i 12-trinssammenhænge, som bliver rapporteret i de internationale studier. Flere norske forskere (29;35) anbefaler imidlertid, at det professionelle behandlingssystem henviser ruspatienter til de 12-trinsbaserede selvhjælpsgrupper, idet de peger på, at deltagere i selvhjælpsgrupperne generelt klarer sig bedre end patienter, som ikke deltager i de anonyme grupper. Det ser dog ud til, at de norske anbefalinger om anvendelse af 12-trinsideologi ikke bør inkludere opioidafhængige, som anbefales behandling med metadon eller buprenorphin, uanset om henvisningen gælder en institutionel eller en 'anonym' kontekst, hvor der anvendes 12-trinsideologi. Hvorvidt den manglende accept af LAR-patienter i 12-trinsbaserede grupper eller institutioner vil overleve det pres, som den aktuelle behandlingstrend manifesterer i form af medicinsk behandling, kan kun tiden vise. På den ene side har man ikke tidligere oplevet ændringer i NA's grundlæggende holdninger, og på den anden side markerer den berømte institution Hazelden nu med et radikalt ideologisk skift et mindre opgør med den 'traditionelle' 12-trinsbaserede behandling i USA.

FORFATTER
LIESE RECKE
PSYKOLOG
VESTFOLD PSYKIATRI, NORGE

LITTERATUR

1. van Boekel LC, Brouwers EPM, van Weeghel J, Garretsen HFL. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*(0).
2. Lloyd C. The stigmatization of problem drug users: A narrative literature review. *Drugs Edu Prev Pol* 2012 Nov 29;20(2):85-95.
3. Nafstad I. Et anstendig menneske: Møter mellom rusbrukere og det offentlige rom i Oslo. Oslo: Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo; 2013.
4. Skatvedt A. Alminnelighetens potensial : en sosiologisk studie av følelser, identitet og terapeutisk endring. Oslo: Oslo Universitet; 2009.
5. Radcliffe P, Stevens A. Are drug treatment services only for thieving junkie scumbags? Drug users and the management of stigmatised identities. *Social Science & Medicine* 2008 Oct;67(7):1065-73.
6. Hunt DE, Lipton DS, Goldsmith DS, Strug DL, Spunt B. 'It takes your heart': the image of methadone maintenance in the addict world and its effect on recruitment into treatment. *Int J Addict* 1985 Nov;20(11-12):1751-71.
7. Anstice S, Strike CJ, Brands B. Supervised Methadone Consumption: Client Issues and Stigma. *Subst Use Misuse* 2009 Jan 1;44(6):794-808.
8. Bourgois P. Disciplining Addictions: The Bio-politics of Methadone and Heroin in the United States. *Cult Med Psychiatry* 2000;24(2):165-95.
9. Conner KO, Rosen D. You're Nothing But a Junkie: Multiple Experiences of Stigma in an Aging Methadone Maintenance Population. *Journal of Social Work Practice in the Addictions* 2008 Jul 2;8(2):244-64.
10. Earnshaw V, Smith L, Copenhaver M. Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *Int J Ment Health Addiction* 2013;11(1):110-22.
11. Harris J, Mcelrath K. Methadone as Social Control: Institutionalized Stigma and the Prospect of Recovery. *Qualitative Health Research* 2012 Jun 1;22(6):810-24.
12. Murphy S, Irwin J. 'Living with the dirty secret': problems of disclosure for methadone maintenance clients. *J Psychoactive Drugs* 1992 Jul;24(3):257-64.
13. Jöhncke S. Brugererfaringer: undersøgelse af brugernes erfaringer med behandling i de fire distriktcentre i Københavns Kommunes behandlingssystem for stofmisbrugere 1996-97. Kbh.n.s Kommune, Socialdirektoratet, 7.kontor; 1997.
14. Dahl HV. The methadone game: control strategies and responses. In: Fountain J, Korf DJ, editors. Radcliffe Pub; 2007. p. 102-16.
15. Haarr D. Trygdeytelser - diskrimineres rusmiddelavhengige. *Tidsskr Nor Legeforen* 126[19], 2546. 2006. Oslo.

Ref Type: Magazine Article

16. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv* 2002 Oct;53(10):1272-84.
17. Corrigan P. How Stigma Interferes With Mental Health Care. *American Psychologist* 2004

- Oct;59(7):614-25.
18. Gourlay J, Ricciardelli L, Ridge D. Users' Experiences of Heroin and Methadone Treatment. *Subst Use Misuse* 2005 Jan 1;40(12):1875-82.
 19. NA officiel skrivelse. Notat om metadon. 1996.
<http://nanorge.org/notat-om-metadon/>
 20. Vederhus JK. Selvhjælpsgrupper i rusfeltet. 2009.
 21. Steffens V. Minnesotamodellen i Danmark. Mellem tradition og fornyelse. København: Socpol; 1993.
 22. Mäkelä Keal. Alcoholics Anonymous As a Mutual-Help Movement: A Study in Eight Societies. 1996. Madison [u.a.] Univ. of Wisconsin Press 1996, World Health Organisation.
 23. Olafsdottir H. Alcoholics Anonymous in Iceland : from marginality to mainstream culture. David Brown Book Company; 2000.
 24. Leshner AI. Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* 1997 Oct 3;278(5335):45-7.
 25. Volkow ND. Drug Addiction. *Vital Speeches of the Day* 72[16/17], 505-508. 2006. McMurry Inc
 26. Galanter M. Spirituality and recovery in 12-step programs: An empirical model. *J Subst Abuse Treat* 2007 Oct;33(3):265-72.
 27. Reinerman C. Addiction as accomplishment: The discursive construction of disease. *Addict Res Theory* 2005 Jan 1;13(4):307-20.
 28. Miller W. Spirituality, Treatment, and Recovery
- Recent Developments in Alcoholism. In: Galanter M, Begleiter H, Deitrich R, Gallant D, Gottheil E, Paredes A, et al., editors. 16 ed. Springer US; 2002. p. 391-404.
29. Vederhus JK, Kristensen Ø. Tolvtrinnsbaserte selvhjælpsgrupper: En ressurs i rehabiliteringen av rusmiddelavhengige. *Tidsskrift for norsk psykologforening* 2008;45:1268-75.
 30. White WL. Narcotics Anonymous and the Pharmacotherapeutic Treatment of Opioid Addiction in the United States. Philadelphia Department of Behavioral Health and Intellectual disAbility Services and the Great Lakes Addiction Technology Transfer Center; 2011.
 31. Frank D. The Trouble with Morality: The Effects of 12-Step Discourse on Addicts Decision-Making. *Journal of Psychoactive Drugs* 2011 Jul 1;43(3):245-56.
 32. Recke L. Men det virker jo for nogen. Omvendelse gennem 12 trin som behandlingsstrategi af stofafhængige. *Materialisten* 2008;2/3.
 33. White W. The Future of AA, NA, and Other Recovery Mutual Aid Organizations. *Counselor* 2010;11(2):10-9.
 34. Campbell ND, Lovell AM. The history of the development of buprenorphine as an addiction therapeutic. *Ann N Y Acad Sci* 2012 Feb 1;1248(1):124-39.
 35. Bramness J, Clausen T, Ravndal E, Waal H. LAR-forskning 2011. SERAF; 2012.

NOTER

- N1. Sætningen er uddrag fra den tekst, der læses op på lukkede NA-møder, og som omhandler rammer og regler for gruppen.
- N2. Notat fra 'det officielle NA' i Norge findes her: <http://nanorge.org/notat-om-metadon/>
- N3. De fleste af White's tekster kan læses på hans side <http://www.williamwhitepapers.com/>