

Skam ved rus- og spilleproblemer

(kapittel i boka *Skam i det medisinske rom*. Gyldendal Akademisk 2006)

Rammet av sykdom - eller selvalgt atferd?

Rus- og spilleavhengighet er definert som sykdom i diagnoselistene ICD-10 og DSM-IV. Likevel preges disse problemene sterkt av skam- og skyldproblematikk, og samfunnet er i virkeligheten ambivalent når det gjelder å betrakte tilstandene som sykdom.

Det som får oss til å intuitivt oppfatte en atferd som sykdomspreget, er at atferden har preg av tvangshandling, det vil si en klar motsetning mellom individets ønsker og handlinger.

Preget av tvangshandling er tydelig hos de fleste spilleavhengige. De bestemmer seg gang på gang for å slutte å spille, men klarer ikke motstå impulsene om å prøve *litt til* og stadig *litt til*, i fortvilte forsøk på å vinne tilbake penger og selvrespekt.

Det vi kaller rusavhengighet, kan imidlertid være mer preget av ambivalens enn av tvangshandling. Tallrike studier viser at storforbrukere av rusmidler har mer positive holdninger til rusmidler enn andre. Omgivelsene merker oftest disse positive holdningene til rus, som etterlater inntrykk av at rusingen ikke bare er en tvangshandling. Behandlere må arbeide langt mer med pasientens egen motivasjon for endring enn ved somatisk sykdom.

Samfunnets ambivalente holdning til å betrakte disse problemene som sykdom, viser seg på flere måter. Familie eller arbeidsgiver stiller gjerne krav til misbrukeren om å slutte med den skadelige atferden, et krav som ikke har noen parallell ved somatiske sykdommer eller ved psykoser. Tilstandene gir ikke uten videre rett til sykmelding og trygd. Rus- og spilleavhengighet fritar ikke for straff i retten, selv om det undertiden anses som en formildende omstendighet ved straffutmålingen.

I somatisk medisin kan usunn livsstil øke sykdomsrisikoen og gi skamfølelse, men pasienten har oftest en mer begrenset innflytelse på behandlingsresultatet når sykdom først er inntrådt. Ved rusproblemer er elementet av valg blitt bekreftet ved de siste 10-15 års forskning om effekten av å tilby penger eller verdikuponger ("vouchers") for at rusmisbrukere skal holde seg rusfrie i uker eller måneder. Med de verdier som er tilbudt, har gjennomgående rundt halvparten av misbrukerne valgt å holde seg rusfrie under forsøksperioden.¹

Selv om mulighetene for viljesmessig påvirkning åpenbart er større enn ved somatiske sykdommer, betyr ikke dette nødvendigvis at det er lett for misbrukeren å gjennomføre en annen livsstil over tid. Det kan foreligge en subjektiv opplevelse av tvang, og en kan frykte abstinensens pinsler. Særlig sosialt utslåtte misbrukere framkaller sterk medfølelse og etterlater langfra inntrykk av at problemene er selvalgt.

Viktig kilde til skam: Atferden har rammet andre

Rus- og spilleproblemer er stigmatisert i seg selv. Skyld- og skamfølelsen forsterkes av at problemene som regel rammer familien sterkt. Forskning har påvist at det gjerne er høy toleranse for et betydelig alkoholforbruk dersom forbruket *ikke* er ledsaget av uønsket atferd. Selve det folkelige uttrykket "å drikke for mye" betyr oftest å kombinere alkoholbruk og uønsket atferd, uansett om det er kombinert med mye eller lite alkohol.²

Det vi oppfatter som rusproblemer, er oftest forbundet med atferdsendringer som omgivelsene reagerer negativt på. Ofte er det de pårørende som krever behandling, og årsaken er bare unntaksvis bekymring for helse eller økonomi - det er nesten alltid uønsket rusatferd som får pårørende til å kreve behandling. Hvis rusatferden oppleves som problematisk, skal det ikke alltid så høyt forbruk til før omgivelsene stempler det som et rusproblem.

Spilleavhengighet går også sterkt ut over andre, spesielt mennesker innenfor samme husholdning. Ikke bare økonomi, men også tillitsforholdet rammes svært sterkt. Det er fordi skammen gjør at bruken av tid og penger bortforklares med usannheter. Som ved rusproblemer, er derfor familiekonflikt regelen og familieoppløsning en vanlig følge.

Depresjonen er gjerne noe annerledes enn ved rusproblemer. De fleste spilleavhengige har i mange år ansett seg selv som fornuftige og nøkterne mennesker, og problemet er like sjokkerende og uforståelig for spilleren som for familien. Det er heller ingen tradisjon for å betrakte spilleavhengighet som sykdomspreget. Den som ikke har møtt spilleavhengighet på nært hold, vil lett betrakte atferden som uttrykk for ansvarsløshet og dumhet. Spilleavhengige ser det også slik selv, og føler derfor ofte en ekstrem skam. Blant spilleavhengige som søker behandling, har ca. 40 % overveiet suicid på grunn av spilleproblemet.

Sett i ettertid betrakter den spilleavhengige sin spilleatferd som utelukkende dum og bortkastet. De fleste rusmisbrukere ferdes i miljøer med likesinnede og føler at de tross alt har fått noe ut av rusen, selv om summen av konsekvenser i lengden kan bli negativ. Spilleproblemet har gjerne utviklet seg i ensomhet. Særlig gjelder dette automat- og Internettspillere. Dette bidrar til at selvbildet ofte blir fullstendig knust.

Spilleavhengige har gjennomgående hatt færre traumer og problemer før de får sitt problem. I fortsettelsen vil derfor hovedfokuset være på rusmisbrukere.

Skamfølelsen kan være der før avhengigheten

I tillegg til at rus- og spilleproblemer ofte fører til skamfølelse, har misbrukere ofte vært plaget av betydelig skamfølelse før disse problemene oppsto. Tydeligst er dette hos de sosialt utslåtte rusmisbrukerne. Inntil de siste par tiårene dreiet det seg mest om gatealkoholikere, mens de fleste nå er gatenarkomane.

Alle undersøkelser av "tunge" narkomane viser at de fleste har hatt store problemer alt før de ble narkomane. Den største norske undersøkelsen fortalte at blant 794 narkomane i behandling hadde 70 % hatt lærings- eller atferdsproblemer i skolen, hos 51 % hadde minst én av foreldrene alkoholproblemer, 38 % var mobbeofre og 33 % hadde ikke vokst opp hos sine foreldre.³ I Oslo fant en at blant 1504 kriminelle sprøytemisbrukere, hadde 68 % vært arrestert minst ett år før de ble sprøytemisbrukere.⁴

De mange traumene fører naturlig til et svært negativt selvbilde. Tidlig i tenårene kan en føle at hverken skole, hjem eller nærmiljø gir akseptering og trygghet. En nærliggende "løsning" er å søke ut og finne tilhørighet i en subkultur hvor en slipper å oppleve seg som taper, selv om subkulturen og den ledsagende atferden er så stigmatisert at selvbildet etter hvert blir ytterligere svekket.

Gårsdagens gatealkoholikere hadde mange av de samme risikofaktorene. En kan derfor si at "gårsdagens gatealkoholikere er dagens gatenarkomane". Men det er en viktig forskjell: For noen tiår siden begynte arbeidslivet i 14-årsalderen og rusbruken i 18-årsalderen. Nå er det omvendt.

De gamle gatealkoholikerne hadde således rukket å få med seg en periode hvor de fungerte selvstendig i voksensamfunnet, med arbeid, bolig og kanskje egen familie. Dagens gatenarkomane har sjelden fått med seg denne læringen av ferdigheter og den mestringstillit det gir. Dette svekker selvsagt selvbildet ytterligere og gjør veien fram mot rehabilitering svært lang og vanskelig.

Ofte grunnlegges skamfølelse i barndommen

En følelsen av mindreverdighet kan i mange tilfelle føres tilbake til de signaler som barnet i oppveksten har fornemmet fra sine omgivelser. Foreldre har stor makt til å forme barnets selvbilde ved å signalisere om barnet er snilt eller slemt, flinkt eller dumt, pent eller stygt og så videre.

En del foreldre har den velmente strategi at barnet stadig gis noe å strekke seg etter ved å hele tiden forvente enda litt mer, uten å være oppmerksom på den utilstrekkelighetsfølelse dette etterlater. Hvis barnet absolutt ikke lever opp til foreldres forventninger, for eksempel med hensyn til væremåte, utdanning eller sportsprestasjoner, kan barnet komme svært ille ut. I skuffelsen kan enkelte foreldre uttrykke en aggressiv nedvurdering av barnet.

Etter hvert blir foreldrenes holdninger og vurderinger gjerne internalisert hos barnet. Et negativt selvbilde opprettholdes senere gjerne ved hjelp av selektiv persepsjon, tendensiøse tolkninger av nye hendelser og ved selektiv hukommelse.

Et dårlig selvbilde gjør at en blir lett sårbar, slik at selv triviell kritikk oppleves som en bekreftelse på egen utilstrekkelighet. Når en hendelse tolkes som et nytt nederlag og eller en ny avvisning, kan en tenke at "det var det jeg visste, er det ikke typisk", mens en ikke våger å tro at positive tilbakemeldinger er seriøst ment.

Et barn som føler seg avvist, vil ofte vise atferd som framprovoserer nye avvisinger, og en vond sirkel kan utvikle seg.

Rus kan på kort sikt dempe skamfølelse

Kjennetegnet ved det vi oppfatter som kjemisk rus er ideen om at visse stoffer gir en *forvandling av personligheten* slik at individet "ikke er seg selv" - "han/hun/jeg var jo rusa eller full". Rusmidler oppfattes som årsak til - og dermed forklaring på - all slags endring av sinnsstemning og atferd.⁵

Mange mennesker, og særlig unge, føler en plagsom usikkerhet i samvær med andre. Ikke minst gjelder dette når unge søker kontakt med det annet kjønn. Da er det selvsagt attraktivt å anskaffe en forklaring på mulige nederlag. Subjektivt oppleves dette som "økt selvtillit" og "større mot", men det er ingen farmakologisk virkning - det er virkningen av å ha i bakhånd en (bort-)forklaring på sin mulige avvikende atferd.

Et alibi vil også være attraktivt i forbindelse med overtredelser av atferdsnormer. For eksempel kan Peer Gynts mor Aase trøste seg på sitt dødsleie:

Peer: Jeg vet jeg har skylden. Hva gavner jeg minnes derom?

Mor Aase: Du! Nei, den fordømte fyllen, fra den var det ulykken kom! Kjære gutten min, du var jo drukken, da vet en ei selv hva en gjør

Alle parter er enige om at det gale skjedde *fordi* han/hun/jeg var rusa/beruset. Dommen rammer rusmidlet og ikke personligheten.

De stoffer som stemples som rusmidler, gir derfor en særegen frihetsfølelse som på godt og vondt vil påvirke atferd: Det individet gjør, trenger for ettertiden ikke å klebe fast ved hans/hennes selvbylde og renommé. Det skaper følelsen av at "Nå er det ikke så farlig hva jeg sier og gjør", som er en *meget* avslappende følelse.

Også identiteten som "rusmisbruker" kan redusere skam

Mennesker er sosiale dyr, og de som ikke er del av et miljø knyttet til arbeid, skole, familie eller nærmiljø, trenger et annet fellesskap. I storbyenes "filleproletariat" er rusmiddelbruken ritualet en samles om.

Valget av rusmidler som sentralt rituale er neppe tilfeldig. Det skal mye til å melde seg ut av samfunnets vanlige livsstil og fellesskap uten noe som legitimerer det store, kroniske nederlaget. Ved å ruse seg manipulerer individet sine egne og andres forventninger til sine prestasjoner. En ung jente som er påfallende ivrig etter å stemples som narkoman, sier det rett ut:

"Jeg *må* jo være narkoman. For ellers er jeg jo ingenting, bare et null med dårlig ungdomsskoleeksamen som ingen vil ansette i jobb. Når jeg er narkoman, skjønner alle hvorfor jeg ikke greier det som alle andre greier".

I den grunnleggende analysen av det fenomenet som kalles "self-handicapping", ble det påpekt at stadig rusmiddelbruk passer inn i "manana"-fantasier om hvor godt en kan klare seg når en slutter å ruse seg, eller ville ha klart seg *hvis* en sluttet - det kan være for risikabelt å prøve det ut i praksis.⁶

Men stemlingen som misbruker kan gi mye skamfølelse

På den annen side vil også stemplingen som "misbruker", "avhengig" eller "en som har problemer med alkohol" gi skamfølelse. En rus- eller spilleavhengig vil ofte forsøke å skjule problemet for omgivelsene, enten det er egen familie, naboer, arbeidsgiver eller andre. Hemmeligholdet kan gi en betydelig forsterkning av skamfølelsen, fordi en i tillegg til det primære problemet føler at en svikter når det gjelder å vise sine nærmeste åpenhet.⁷

Den nærmeste familie kan også føle skam og prøve å skjule problemet.

Atferd knyttet til misbruket kan øke skamfølelsen. Aller sterkest møter en det hos kvinnelige rusmisbrukere som driver eller har drevet prostitusjon, men det vil selvsagt ofte gjelde ulike former for rusatferd.

Å holde seg helt borte fra alkohol kan i vårt samfunn være et avvik som mange opplever som pinlig. Teorien om alkoholismesykdommen som et individuelt problem uavhengig av samfunnets drikkeskikker, samt at problemene vesentlig rammer drikkeren selv, har redusert andelen avholdsfolk til mindre enn 10 %. Teorien fikk begrunnelsen for avhold - å delta i kampen mot fylla - til å virke irrelevant. Derfor kan den som ikke drikker i sosiale sammenhenger, nå bli avkrevet en forklaring. Ikke alle har selvtillit nok til å avvike fra sitt miljøes normer og skikker, og noen føler de må ty til påskudd for å ikke drikke.

Diagnose av skam

En moderat skamfølelse kan fungere konstruktivt ved å føre til en beskjeden holdning som oppfattes som sympatisk, og kan i tillegg motivere atferdsendringer som tar sikte på å bedre selvbildet. Undertiden kan opprettholdelse av destruktiv atferd kanskje skyldes at individet har *for lite* skam- og skyldfølelse. Men sterk skamfølelse vil ofte føre til resignasjon, tilbaketrekning, depresjon og i verste fall suicid.

Skamfølelsen kan i mange tilfelle være lett synlig i form av mumling, rødming og nedslått blick. I andre tilfelle kan individet forsøke å løse problemet ved å overkompensere sin usikkerhet med et bråkjevt ytre.

Atter andre, ikke minst sosialt utslåtte misbrukere, kan dekke over sin følelse av å være et mislykket og dårlig menneske ved å møte verden med en "gi-blaffen-maske". De verger seg mot nye skuffelser og nederlag ved å prøve å overbevise seg selv og andre om at de ikke bryr seg om hva som hender dem: "Dere kan ikke såre og skuffe meg, for jeg gir blaffen i det".

Særlig sosialt utslåtte misbrukere vil ofte skjule og benekte sin skamfølelse. Paradoksalt nok kan det kreves en viss trygghet for å kunne vise og innrømme sin utrygghet.

Motivasjon og mestringstillit

Befolkningsundersøkelser viser at de fleste rusmisbrukere og spilleavhengige aldri søker behandling. Dette har flere grunner.⁸ For noen rusmisbrukere kan alternativet fortone seg lite attraktivt. Dersom en virkelig vil endre livsstil, er det ikke unaturlig å tenke at "det er jo bare jeg selv som kan gjøre noe med det". Skamfølelse kan også bidra til at en ikke søker hjelp.

Når de sosialt utslåtte misbrukerne ofte er skeptiske til behandling, er det neppe fordi de ikke ville foretrukket et ordnet liv med bra bolig, jobb og vanlige sosiale relasjoner, men snarere fordi de ikke tror at de kan nå et slikt mål. En pasient uttrykte det slik:⁹ "Problemet er ikke å slutte med stoff, men å leve et annet liv".

Den amerikanske psykologen Albert Bandura påpekte betydningen av mestringstillit (self-efficacy).¹⁰ Han hevdet at personlige problemer for ofte forklares med årsaker som en ikke kan endre, mens mennesker kan overkomme tilsynelatende håpløse problemer dersom de har tillit til at de kan klare det. Arbeid for å øke mestringstilliten er senere blitt en viktig del av rusbehandling.

Mestringstilliten har betydning for hvilke mål en setter seg, hvor mye en anstrenger seg og hvordan en reagerer på tilbakeslag.

Mestringstillit bygges først og fremst ved å lykkes. I behandling bygges mestringstillit opp ved å sette begrensede mål istedenfor å fokusere på et fjernt mål som fortoner seg uopnåelig, for eksempel livsvarig avhold. All framgang gir håp. Selvhjelpsgrupper som Anonyme Alkoholikere understreker dette ved slagordet "En dag av gangen".

Det som ved første blick fortoner seg som manglende motivasjon hos rusklienter, er ofte uttrykk for manglende tro på at forandring er mulig.

Individuell tilnærming

Forsøk på skjuling og verbal benekting av skamfølelse bør ikke møtes med en konfronterende holdning, men ved å etablere en atmosfære preget av toleranse og akseptering.

Trinn for trinn kan det komme stadig mer intime betroelser av skambelagte minner og tanker. For pasienten vil hver avsløring eller betroelse fungere som en prøvestein på hva legen godtar og aksepterer.

Et element i behandlingen kan være å hjelpe pasienten å tolerere en viss skamfølelse og å håndtere dette på en sosialt akseptabel måte.

Pasienten kan være engstelig for å få avslørt sin elendighet og derfor være lite meddelsom og unngå bestemte temaer. Det kan bli mye taushet og mange unnnvikende svar, som kan kreve tålmodighet hos legen.

Det kan imidlertid være takknemlig å behandle et urealistisk lavt selvbilde. I psykoterapi kan det åpnes for korrigerende emosjonelle opplevelser.¹¹ En kan i mange tilfelle behandle det slik overføringer behandles i psykoanalytisk orientert psykoterapi. Det vil si å vise pasienten at en følelse eller reaksjon var naturlig i en tidligere livssituasjon overfor andre mennesker, men - som Prøysen kalte en bok - "Det var da det, og ikke nå".

Hvis skamfølelsen er stor, kan individuell behandling også være påkrevet før gruppebehandling.

Gruppebehandling

Når gruppebehandling er så utbredt i behandlingen av rus- og spilleproblemer, er det ikke minst fordi deltakelse i gruppe med likesinnede kan dempe skamfølelsen.

Den ledende "guru" på gruppebehandling, den amerikanske psykiateren Irvin D. Yalom, påpeker at mange pasienter føler at de bærer på uvanlige og mindreverdige tanker og følelser, eller at bare de selv "har gjort noe så dumt".¹² En slik oppfatning avkreftes som regel i grupper. Det kan ofte gjøres mer effektivt av medpasienter enn av behandlere, ettersom pasienten ikke kan mistenke medpasienter for å være betalt for å være forstående og oppmuntrende.

Av samme grunn er det neppe tilfeldig at forbildet for selvhjelpsgrupper for ulike problemer nettopp er oppstått blant mennesker med rusproblemer. Anonyme Alkoholikere (AA) ble startet i USA i 1935 og har nå nærmere 100 000 grupper i ca. 150 land. I Norge er det ca. 165 grupper spredt over hele landet. Med AA som modell ble også Anonyme Gamblere og Anonyme Narkomane opprettet, og de har nå grupper mange steder i Norge.

Forklaringer som reduserer skam: Sykdom, synd eller slavebindende stoff

Ved siden av at selvhjelpsgruppene byr gjensidig støtte og hjelp, har AA og tilsvarende grupper en sykdomsideologi som først og fremst er ment som en hjelp mot skam- og skyldfølelse. Ideologien sier kategorisk at den problematiske atferden skyldtes en underliggende sykdom på linje med andre sykdommer, som en såkalt "disease of the will".¹³ Dette kan hjelpe misbrukeren å rette ryggen og gjenreise selvrespekten. I noen

tilfelle kan imidlertid sykdomsdefineringen virke negativt, fordi den kan legitimere fortsatt problematisk atferd.

Diskusjoner om hvorvidt rusproblemer er sykdom, blir ofte emosjonelle. Dette er trolig uttrykk for hvor viktig sykdomsdefineringen har vært for en del eks-misbrukere når de skulle starte en ny livsform. Når noen hevder at det ikke dreier seg om en sykdom, synes de å tenke: "Så du mener at det var *min egen skyld* at jeg drakk meg fra jobb, hjem og familie?"

Mens selvhjelpsgrupper som AA tilbyr en sykdomsforklaring som kan redusere skamfølelsen, finnes også andre alternativer som kan tilby noe av det samme. En religiøs omvendelse medfører at den tidligere problematferden defineres som synd, men religionen tilbyr generøst tilgivelse for synd. Den folkelige predikanten Aage Samuelsen sang: "Jeg har vandra på syndens vei, men nå har jeg forbedra meg!"

I tidligere tider gikk også mange tørrlagte alkoholikere inn i avholdslag. Der kunne problemene bli forklart med at de var ofre for et slavebindende stoff. I dag ser mange på heroin på samme måte, til tross for at nesten alle heroinister har rusfrie perioder. Det virkelige problemet er ikke å slutte, men å ikke begynne igjen.

Hva kan legen gjøre?

Noen av de virkemidler som er nevnt, hører mest hjemme i spesialiserte rustiltak (annenlinjetjenesten). I førstelinjetjenesten har man et stort antall pasienter, må holde seg innenfor en snever tidsramme og forholde seg til et bredt utvalg av problemer.

I møte med depresjon, påfallende økonomiske vansker eller generell funksjonssvikt uten noen åpenbar forklaring, bør legen ha i bakhodet at pasienten kan ha rus- eller spilleproblemer. En må forstå og akseptere at skamfølelse kan gjøre det vanskelig å vedstå seg problemet.

En "vanskelig" pasient preget av taushet, mumling, dårlig blikkkontakt og unnvikende svar kan nok oppleves som tverr og trumpete, men atferden skyldes gjerne en lidelsesfull skamfølelse.

Det samme kan gjelde pasienter med en bråkjekk holdning eller en likegyldig maske. Det bør ikke tolkes som en vranghet hvor pasienten bare kan "ta seg sammen". Om situasjonen oppleves vanskelig for legen, kan situasjonen oppleves som enda mer pinefull for pasienten. En kan håpe at med tid og tålmodighet bygges en relasjon som gir større åpenhet. Hvis pasienten har vanskelig for å vise legen tillit, er det gjerne fordi han ikke har kunnet stole på andre mennesker.

Legen må være oppmerksom på at en pasient preget av skam er disponert for å tolke utsagn, tonefall og ansiktsuttrykk som uttrykk for nedvurdering og kritikk. Denne

holdningen gjør at pasienten plutselig kan føle seg angrepet uten grunn og kan reagere med aggresjon tilbake.

Legen må vise respekt for vanskene med å endre inngrrodde levemåter, særlig hvis det også medfører behov for å skifte miljø og vennekrets. Den som har ferdes lenge i et rusmiljø, kan være redd for å bli en ensom og utstøtt taper hvis en forlater misbrukermiljøet. En vet hva en har, men ikke hva en får.

En bør også huske at det som utad framtrer som mangelfull motivasjon for endring av levemåte, ikke uten videre skal tolkes som en negativistisk og vrang holdning. Det er ofte uttrykk for en smertefull følelse av håpløshet, som kan reduseres hvis mestringstilliten gradvis kan økes.

Fordi pasienter med slike problemer lett vil tenke at ”det er jo bare jeg selv som kan gjøre noe med det”, bør legen påpeke elementer som profesjonell hjelp kan by, for eksempel hjelp i forhold til automatisert vanetenkning, økning av mestring og utarbeidelse av strategier som gjør det lettere å gjennomføre et rus- eller spillefritt liv. Henviising til selvhjelpsgrupper er selvsagt også ofte nyttig. Selvhjelpsgruppene har ingen terskel og ingen ventetid. På steder hvor det er mulig, bør en gjeste flere grupper inntil en finner en gruppe hvor en trives.

Slitesterke beslutninger om endring, eller om å søke profesjonell hjelp, er gjerne endepunktet i en langvarig prosess. Ved forståelse, tålmodighet og rådgivning kan legen spille en viktig rolle i denne prosessen.

- ¹ Higgins S.T., Alessi SM, Dantona RL, 2002: Voucher-based Incentives. A Substance Abuse Treatment Innovation. *Addict Behav* 27:887-910.
- ² O'Brien LJ et al (1982): How Much is Too Much? *J Stud Alc* 43:96-109.
- ³ Lauritzen G, Waal H, Amundsen A, Arner O (1997): A Nationwide Study of Norwegian Drug Abusers in Treatment: Methods and Findings. *Nordisk alkohol- og narkotikatidsskrift* 14:43-63.
- ⁴ Skretting A (1995): Sprøytebruk - kriminalitet. Høna eller egget? *SIFA særtrykk* nr.1/95.
- ⁵ Fekjær HO (2004): *Rus. Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. Gyldendal Akademisk.
- ⁶ Jones EE, Berglas S (1978): Control of Attributions of the Self Through Self-Handicapping Strategies. *J Pers Soc Psychol Bull* 4:200-206.
- ⁷ Potter-Efron R (2002): *Shame, Guilt and Alcoholism*. The Haworth Press.
- ⁸ *The National Survey on Drug Use and Health*. SAMHSA, Rockville, Md., 2003.
- ⁹ Furuholmen D (1987): *Boka om Veksthuset*. Cappelen.
- ¹⁰ Bandura A (1997): *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. WH Freeman & Co.
- ¹¹ Sullivan HS (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Norton, NY.
- ¹² Yalom ID (1997): *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. Basic Books, NY, 4.utgave.
- ¹³ Valverde M (1998): *Diseases of the Will. Alcohol and the Dilemmas of Freedom*. Cambridge University Press.