

# Selvhjelpsgrupper i rusbehandling

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Behandlingen av rusavhengighet er komplisert og feltet preges av liten enighet om hvilken behandling som er best for den enkelte pasient. Selvhjelpsgruppene Anonyme Alkoholikere (AA) og Anonyme Narkomane (NA) er et mulig supplement til tradisjonell behandling, og et ønske om å slutte å ruse seg er den eneste inngangsbilletten. Gruppene arbeider etter 12-trinnsprogrammet og finnes i de fleste større byer i Norge. Bruken av slike grupper er omstridt, og få norske behandlingssteder har utviklet et systematisk samarbeid. Hensikten med undersøkelsen var å belyse om deltakelse i selvhjelpsgrupper har betydning for vedlikehold av rusfrihet.

**Materiale og metode.** 114 pasienter – 59 alkoholavhengige og 55 blandingsavhengige – som begynte i selvhjelpsgrupper i forbindelse med en rusbehandling, ble undersøkt i gjennomsnitt to år etter. 75 (66 %) pasienter svarte på et spørreskjema. Seks (5 %) var døde.

**Resultater.** Behandlingsintensjonsanalyse viste at 38 % deltok regelmessig i selvhjelpsgruppene to år etter behandling. Av disse var 81 % rusfrie og hadde vært det de siste seks måneder, mens bare 26 % var rusfrie blant dem som ikke deltok eller deltok sjelden. Ved logistisk regresjonsanalyse fant vi 12,6 ganger større odds for rusfrihet blant dem som gikk regelmessig i selvhjelpsgruppe (95 % KI 4,1–38,3;  $p < 0,001$ ).

**Fortolkning.** Undersøkelsen har flere metodeproblemer som gjør at samvariasjonen ikke nødvendigvis viser en kausal sammenheng. Selvhjelpsgrupper bør trolig få en større plass som et supplement til rusbehandling.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

**Øistein Kristensen**

*oistein.kristensen@sshf.no*

**John-Kåre Vederhus**

Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling

Sørlandet Sykehus HF

Serviceboks 416

4604 Kristiansand

Rusmiddelavhengighet er en sammensatt tilstand hvor evnen til å styre egen atferd i forhold til bruk av rusmidlet har en sentral dimensjon. Dette gjør selvhjelpsgrupper til en interessant mulighet. Anonyme Alkoholikere (AA) er den mest kjente formen for selvhjelpsgrupper. Bevegelsen startet i 1935 (1). Anonyme Narkomane (NA) sprang ut fra AA-bevegelsen 20 år senere. Anonyme Narkomane bruker tilnærmet det samme programmet og fungerer på samme måten som Anonyme Alkoholikere (2).

Filosofien i disse gruppene blir uttrykt gjennom de 12 trinn. Disse trinnene består i å innrømme at man har et rusproblem, søke hjelp, foreta en selvransakelse, gjøre opp for seg der man ser at man har påført andre skade, og arbeide med andre rusavhengige som ønsker å bli friske. Sentralt i trinnene er «en åndelig oppvåkning». Hvert enkelt medlem oppmuntres til å kultivere en individuell forståelse – religiøs eller ikke-religiøs – av denne «åndelige oppvåkning». Den primære tjenesten som ytes er gruppemøtene. Møtene ledes av medlemmene selv og den enkelte deltar ved å etter tur dele sine erfaringer med å tilfriskne fra avhengighet.

Minnesotamodellen eller 12-trinnsbehandling er en type tiltak som bygger på ideene fra Anonyme Alkoholikere. Modellen karakteriseres av at bevegelsens basale filosofi integreres med biomedisinske og psykososiale synspunkter på avhengighet. Sentralt i behandlingen er gjennomgåelse av de første fem trinnene. Vanligvis videreføres behandlingen med å oppfordre til deltakelse i AA/NA-grupper.

Tidligere ble alt som hadde med de 12 trinnene å gjøre sett på med skepsis av forskere og profesjonelle på rusfeltet, og enkelte studier har støttet dette. Kownacki og medarbeidere fant for eksempel i en metastudie at deltakelse i AA-møter i noen tilfeller er verre enn ingen behandling. Dette kan ha sammenheng med at man i amerikansk rettspraksis kan dømme folk til å gå på AA-møter (promilledom). Dette er imidlertid fjernt fra nordisk praksis (3).

Den mest kjente og største studien som undersøker 12-trinnsbehandlingen er Project Match (4). Denne viser at 12-trinnsbehandling gir god effekt med en tendens til større effektstyrke enn andre behandlingsformer.

Andre studier har fokusert på selvhjelpsgrupper uavhengig av om man tar behandling i forkant, og viser en klar sammenheng mellom deltakelse i selvhjelpsgruppe og reduksjon i rusmiddelbruk (5, 6). Effekten av selvhjelpsgrupper ligger bl.a. i skifte av sosialt nettverk (7). Man får nye, rusfrie venner, man lærer nye mestringsstrategier og får en bedre psykososial fungering. Zemore og medarbeidere peker på at ved å hjelpe andre, hjelper man også seg selv (8). Man øker engasjementet i egen tilfriskning, får styrket selvbilde og økt sosial status. Norsk forskning er sparsom. Vi kjenner bare til én tidligere norsk studie (9).

På rusfeltet ser vi nå at 12-trinns erfaringer i større grad integreres i profesjonell behandling, og pasienter oppfordres til å delta i AA- og NA-grupper etter behandling. Den eneste forutsetning for å komme til en slik selvhjelpsgruppe, er et oppriktig ønske om å slutte med å bruke rusmidler. Det er imidlertid fortsatt mangel på enighet om gruppedeltakelsen har en selvstendig effekt eller om vi først og fremst står overfor en seleksjonsfaktor (10).

Hensikten med vår studie var å følge en gruppe pasienter som starter i selvhjelpsgrupper og undersøke samvariasjonen mellom deltakelse, bakgrunnsvariabler og rusmestring. Hypotesen er at deltakelse i seg selv har en gunstig effekt. Utgangspunktet er behandlingspraksis ved rusmiddelavdelingen i Vest-Agder som i undersøkelsesperioden tok imot stort sett alle som søkte i fylket uten seleksjon på sosioøkonomisk eller annen bakgrunn.

## Materiale og metode

A-klinikken, Kristiansand (nå: Avdeling for rus- og avhengighetsbehandling, Sørlandet Sykehus), er en offentlig behandlingsinstitusjon.



### Hovedbudskap

- Selvhjelpsgruppene AA (Anonyme Alkoholikere) og NA (Anonyme Narkomane) er et mulig supplement til tradisjonell rusbehandling

sjon som rekrutterer rusavhengige pasienter fortrinnsvis fra Vest-Agder fylke. Alle blir oppfordret til å begynne i AA/NA-gruppe. 114 pasienter aksepterte tilbud om grupper og begynte som gruppemedlem. Dette utgjorde 79 % av samtlige pasienter innlagt i perioden 2001–02. De resterende 21 % avbrøt behandlingen tidlig av ulike årsaker, dvs. at samtlige av dem som fullførte seks-ukersbehandlingen sa ja til gruppedeltakelse. Alle var over 25 år og hadde en rusavhengighetsdiagnose etter ICD-10 (11). Diagnose ble stilt av psykiater ved hjelp av klinisk, psykiatrisk undersøkelse støttet av SCID-intervju (12). 59 pasienter, 18 kvinner og 41 menn, hadde diagnosen F10.2 (alkoholavhengighet). 55 pasienter, 15 kvinner og 40 menn, hadde diagnosen F19.2 (blandingsavhengighet). Gjennomsnittsalderen var 44 år for de alkoholavhengige og 33 år for de blandingsavhengige.

Avdelingen bruker systematisk *Nasjonalt klientkartleggingskjema for russektoren* (13). Spørreskjemaet består av 37 spørsmål og ble fylt ut ved oppstart i selvhjelpsgruppe. Spørsmålene omhandler sosiodemografiske bakgrunnsdata, fysisk helse, psykisk helse og rusmisbruk.

Endepunktene for studien var fortsatt deltakelse i selvhjelpsgruppe og rusfrihet. Rusfrihet er i denne studien definert som totalavhold fra alle rusmidler i tråd med 12-trinnstenkingens målsetting.

På undersøkelsestidspunktet, i gjennomsnitt to år etter oppstart i selvhjelpsgruppe var seks pasienter (5 %) døde, fire med F10.2-diagnose og to med F19.2-diagnose. Dødsårsaken er ukjent. Disse seks er tatt med i gruppen av ikke-respondenter og i bortfallsanalysen av disse. De resterende 108 pasienter fikk tilsendt et spørreskjema med utvalgte spørsmål fra *Nasjonalt klientkartleggingskjema for russektoren*, samt tilleggs spørsmål om selvhjelpsgruppedeltakelse. Spørreskjemaet var i forkant prøvd ut i en pilotstudie høsten 2003.

Spørreskjemaundersøkelsen ble foretatt i desember 2003–februar 2004. Det kom 65 svar etter to purringer. I slutfasen foretok man dessuten telefonintervjuer av ti pasienter for å høyne svarprosenten. De ble trukket fra ikke-respondentene ved hjelp av tilfeldig trekking i et dataprogram. Dette ble gjort i to runder. Ved første runde fikk man svar fra seks. Man gjorde så en ny trekning på ti og fikk svar fra fire. Kun én av dem man fikk kontakt med, ønsket ikke å delta i undersøkelsen. Intervjuene ble utført av samme person og fulgte spørreskjemaet. Flytskjemaet (fig 1) viser gangen i undersøkelsen. Spørreskjemaene ble avlest optisk og siden lagt inn i statistikkprogrammet SPSS, versjon 11.5, for analyse.

### Statistikk

Tabellanalyse ble gjort med Fishers eksakte test for kategoriske variabler. For kontinuerlige variabler brukte vi t-test. Logistisk regre-

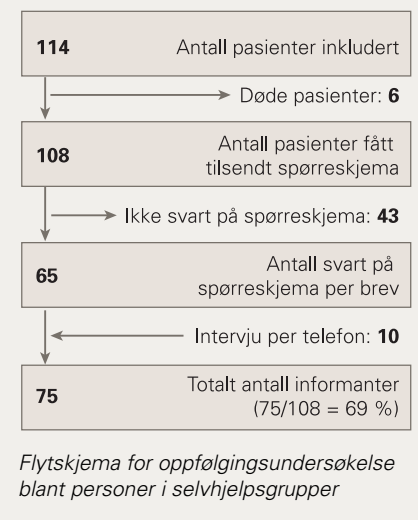
sjonsanalyse (forward selection) ble brukt for å finne de uavhengige variablene som var assosiert med henholdsvis fortsatt selvhjelpsgruppedeltakelse og rusfrihet. Fra bivariante analyser ble de uavhengige variablene med p-verdi mindre enn 0,25 inkludert i den multivariate analysen. Signifikansnivå er satt til 0,05.

### Resultater

75 pasienter (66 % av alle, 69 % av dem som fikk tilsendt spørreskjema) svarte på undersøkelsen gjennomsnittlig to år etter oppstart i grupper. På spørsmål om selvhjelpsgruppe manglet svar fra én pasient. Ved bortfallsanalyse fant man ingen signifikant forskjell mellom respondenter og ikke-respondenter på data som diagnose, kjønn, alder, utdanning, yrkesstatus, boligstatus, samlivsstatus eller selvrapporert psykisk komorbiditet ved oppstart i gruppe.

To år etter oppstart i selvhjelpsgruppe deltok 43 pasienter (58 %) regelmessig (minimum én gang per måned). Dette utgjør 38 % av dem som startet, dersom man går ut fra at ingen av ikke-respondentene deltar regelmessig eller at de er døde. Tabell 1 viser få forskjeller mellom deltaker- og frafallsgruppe. Gruppene inneholder samme andel med alkohol- og blandingsavhengighetsdiagnose. Det er en tendens til at flere enslige går i selvhjelpsgruppe. Når det gjelder frafallsgruppen, har prosentvis flere mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer, hatt depresjon og gjort suicidalforsøk. Den eneste forskjellen som når et signifikant nivå, er andelen som har fått forskrevet medisin for et psykisk/følelsesmessig problem. En samlet vurdering tyder på at frafallsgruppen har større psykiske vansker.

Figur 1



Ved logistisk regresjonsanalyse kom «samlivsstatus enslig» og «ikke fått forskrevet psykiatrisk medisin» ut som de sterkeste uavhengige variablene for fortsatt deltakelse. Oddsforhold var henholdsvis 11,4 (95 % KI 2,4–55,0;  $p < 0,01$ ) og 8,5 (95 % KI 2,1–32,8;  $p < 0,01$ ).

44 pasienter (59 %) oppgav rusfrihet to år etter oppstart (tab 2). En av disse hadde ikke gitt opplysninger om selvhjelpsgruppestatus. Bruker vi behandlingsintensjonsanalyse, blir tallet et sted mellom 39 % og 59 %. Av tabell 2 fremgår det at det er en signifikant samvariasjon mellom regelmessig deltakelse i selvhjelpsgruppe og rusfrihet. Det er en tendens til at de alkoholavhengige og de som før var uten fast bolig klarer seg

**Tabell 1** Deltakelse i selvhjelpsgrupper siste seks måneder gjennomsnittlig to år etter oppstart. Sammenlikning av bakgrunnsdata mellom rusavhengige som går regelmessig ( $\geq 1$  gang per måned) og dem som går sjelden eller aldri ( $< 1$  gang per måned). P-verdi er gitt ved tabellanalyse for kategoriske variabler (Fishers eksakte test) og t-test for kontinuerlige variabler. Tallene er presentert som antall og prosent,  $n = 74$

	Regelmessig ( $n = 43$ )	Sjelden eller aldri ( $n = 31$ )	P-verdi
Kjønn: Kvinner	10 (23 %)	11 (35 %)	0,30
Alder, år (SD)	38 (11)	37 (9)	0,67
Diagnose:			
F 19.2 (stoffavhengige)	20 (47 %)	15 (48 %)	1,00
F 10.2 (alkoholavhengige)	23 (53 %)	16 (52 %)	
Har brukt sprøyter	17 (40 %)	12 (39 %)	1,00
Er tidligere behandlet for rusmisbruk	32 (74 %)	21 (68 %)	0,60
Har hatt alvorlig depresjon i livet (selvrapporert)	24 (56 %)	23 (74 %)	0,15
Har hatt alvorlig angst i livet (selvrapporert)	20 (47 %)	14 (45 %)	1,00
Har gjort selvmordsforsøk	10 (23 %)	13 (42 %)	0,13
Har fått forskrevet medisin for et psykisk/følelsesmessig problem	17 (40 %)	24 (77 %)	$< 0,01$
Har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer	18 (42 %)	20 (65 %)	0,06
Sosiale forhold:			
– Uten arbeidsinntekt	26 (60 %)	14 (45 %)	0,25
– Samlivsstatus enslig ( $n = 73$ )	35 (83 %)	19 (61 %)	0,06
– Uten fast bolig	8 (19 %)	3 (10 %)	0,34

**Tabell 2** Rusfrihet siste seks måneder gjennomsnittlig to år etter oppstart i gruppe sett i sammenheng med bakgrunnsvariabler og selvhjelpsgruppestatus. P-verdi er gitt ved tabellanalyse for kategoriske variabler (Fishers eksakte test) og t-test for kontinuerlige variabler. Tallene er presentert som antall og prosent, n = 75

	Rusfrihet (n = 44)	Ikke rusfri (n = 31)	P-verdi
Kjønn: Kvinner	12 (27 %)	10 (32 %)	0,80
Alder, år (SD)	39 (11)	37 (10)	0,43
Diagnose:			
F 19.2 (stoffavhengige)	17 (39 %)	18 (58 %)	0,11
F 10.2 (alkoholavhengige)	27 (61 %)	13 (42 %)	
Har brukt sprøyter	17 (39 %)	13 (42 %)	0,63
Er tidligere behandlet for rusmisbruk	31 (70 %)	22 (71 %)	1,00
Har hatt alvorlig depresjon i livet (selvrapportert)	27 (61 %)	21 (68 %)	0,63
Har hatt alvorlig angst i livet (selvrapportert)	20 (45 %)	14 (45 %)	1,00
Har gjort selvmordsforsøk	12 (27 %)	12 (39 %)	0,45
Har fått forskrevet medisin for et psykisk/følelsesmessig problem	23 (52 %)	19 (61 %)	0,49
Har mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer	25 (57 %)	14 (45 %)	0,48
Sosiale forhold:			
– Uten arbeidsinntekt	25 (57 %)	16 (52 %)	0,81
– Samlivsstatus enslig	34 (77 %)	21 (68 %)	0,42
– Uten fast bolig	9 (21 %)	2 (7 %)	0,11
Selvhjelpsgruppedeltakelse (n = 74):			
– regelmessig	35 (81 %)	8 (26 %)	< 0,001
– sjelden/aldri	8 (19 %)	23 (74 %)	

bedre, men dette er ikke signifikant. Ved logistisk regresjonsanalyse var regelmessig selvhjelpsgruppedeltakelse den eneste signifikante uavhengige variabelen (OR 12,6; 95 % KI 4,1–38,3;  $p < 0,001$ ). Det var altså 12,6 ganger større odds for rusfrihet for dem som deltar regelmessig enn for dem som ikke deltar i selvhjelpsgruppe.

### Diskusjon

Det klareste funnet i vår studie er en høy andel med rusfrihet etter to år i hele materialet, samtidig som det er en tydelig forskjell mellom dem som har fulgt gruppene og dem som ikke har gjort det. En selvrapportert rusfrihet på 39–59 % siste seks måneder etter to år er et godt resultat. Til sammenlikning hadde Project Match 36 % siste tre måneder etter tre år (14). Det er en betydelig forskjell med hensyn til fortsatt rusfrihet for dem som deltar regelmessig i selvhjelpsgrupper og dem som ikke gjør det (81 % versus 26 %). Funnet bekreftes også i andre studier (6, 7, 9), men er overraskende markert i vår studie.

Deltakelse i selvhjelpsgruppe var den eneste prediktive faktoren for rusfrihet og sjansen for et godt resultat. Det er en tendens til at blandingsavhengighet kan ha et noe ugunstigere forløp enn alkoholavhengighet. Dette er også vist tidligere (15).

Spørsmålet er så om selvhjelpsgruppene rekrutterer selektivt individer med særlig gunstig prognose. I vurderingen av dette er spørsmålet om frafallet i gruppen viktig, og om gruppen som ikke har svart, skjuler en negativ seleksjon. Om man benytter behandlingsintensjonsanalyse og regner med at samtlige ikke-responderer ikke deltar eller

er døde, er deltakelsen 38 %. Sannsynligvis ligger den et sted mellom 38 % og 58 %. Av de telefonintervjuede som i utgangspunktet ikke hadde svart på skjema, var det tre av ti (30 %) som deltok i gruppe siste seks måneder. Det er derfor ikke sannsynlig at alle ikke-responderer helt har avsluttet deltakelse. Legger man forholdstallet fra telefonintervjuene til grunn, ville den «sanne» andelen være på 46 %. Det mest konkrete sammenlikningsgrunnlag for dette er igjen Project Match (14). Der var det totalt 30 % uavhengig av behandlingsmetode som deltok i selvhjelpsgrupper etter ett år. Problemet er at ved bruk av andre behandlingsformer enn 12-trinnsbehandling, inngår en anbefaling om bruk av selvhjelpsgrupper ofte ikke i behandlingskonseptet (9). Hvis man ser det i forhold til tilsvarende studier av selvhjelpsgrupper for pasienter som har gjennomgått 12-trinnsbehandling, er tallene høyere. Hoffmann fant f.eks. 55 % deltakelse etter ett år (6). Det ble da ikke brukt behandlingsintensjonsanalyse, og dette må da sammenliknes med vårt tall på 58 % etter to år.

Det er lite i bakgrunnsdataene som tyder på at utvalget er lette pasienter med hensyn til problemets alvorlighetsgrad, sosial status og boligsituasjon. Det er en ikke-signifikant tendens til at de som er deltakere i større grad mangler arbeidsinntekt, mens enslig sivilstatus er en signifikant prediktor for gruppedeltakelse. Tendensen i materialet bekreftes i flere studier som sier at også sosialt belastede og tungt rusavhengige finner seg til rette i selvhjelpsgruppene (16, 17).

I materialet ser vi at det er noe høyere psykiatrisk komorbiditet for de som slutter i

selvhjelpsgrupper. Dette drar i motsatt retning. Signifikant flere hadde fått forskrevet medisin for et psykisk/følelsesmessig problem, og de hadde i større grad mottatt profesjonell hjelp for psykiske problemer tidligere. I en studie fra Island fant man at schizofrenidiagnose, men ingen annen komorbiditet, påvirket selvhjelpsgruppedeltakelse (18). Om psykiske vansker gir frafall, er vel dette først og fremst et tegn på begrensninger i tiltakets målgruppe, at de med psykiske vansker kan trenge noe annet eller at de i større grad må trenes sosialt og hjelpes inn i gruppen. Mueser og medarbeidere har gitt veiledning for hvordan dette kan gjøres (19).

### Begrensninger

Studien har en del begrensninger og metodevansker. Den er en åpen klinisk studie uten kontrollgruppe, slik at det er liten mulighet til å hevde en kausal sammenheng mellom gruppedeltakelse og rusfrihet. Tournier har pekt på at samvariasjonen bare sier at «that alcoholics already committed to maintaining sobriety may gravitate toward AA to sustain their recovery» (20).

Det er imidlertid vanskelig å se bort fra den tydelige forskjellen vi finner mellom dem som har deltatt i gruppene og dem som ikke har gjort det. Ingen andre bakgrunnsvariabler synes å kunne forklare rusfrihet. Det kan selvsagt være faktorer vi ikke fanger opp. Vi har ikke sett på markante livshendelsers (etablere familie, negative helsemessige konsekvenser mv.) eventuelle betydning som Gjeruldsen og medarbeidere fant var viktige faktorer for å slutte å ruse seg (21), og vi har ikke sett på omfanget av profesjonell hjelp som respondentene har mottatt (18). Siden frafallsgruppen oftere har fått foreskrevet medikamenter for psykiske vansker enn deltakerne, er det imidlertid lite som tyder på at det er en positiv sammenheng mellom deltakelse og profesjonell hjelp som kan forklare graden av rusfrihet.

Et annet spørsmål er om det foregår en seleksjon til A-klinikken fra hele populasjonen av rusmisbrukere i nedslagsområdet. Spørsmålet er om de som i utgangspunktet er mot 12-trinnsbehandling søker seg annetsteds eller avbryter behandlingen underveis før de starter i selvhjelpsgrupper. Institusjonen får så godt som alle henvendelser til rusbehandling i Vest-Agder, og vi ser lite rom for at det kan foregå noen vesentlig seleksjon av denne typen.

Andre mulige feilkilder i studien er bruk av et uvalidert spørreskjema (Nasjonalt kartleggingsskjema) med de muligheter for feilkilder det innebærer. Skjemaet er imidlertid innarbeidet i russektoren for registrering av bakgrunnsdata gjennom mange år og tilpasset etter vurdering av registreringsvansker.

### Avslutning

Studien viser en samvariasjon mellom deltakelse i selvhjelpsgrupper og ønskede be-

handlingsresultater. Regresjonsanalyse av bakgrunnsvariabler kan i denne studien ikke forklare forskjellene. Dette styrker tidligere forskning bl.a. fra Nord-Trøndelag (9), hvor det både ble påvist sammenheng mellom selvhjelpsgrupper og rusfrihet, og tydelige forskjeller i bruken av selvhjelpsgrupper mellom pasienter fra institusjoner som bevisst råder pasientene å gå i selvhjelpsgrupper og fra institusjoner uten denne bevisstgjøringen. Trolig bør helsepersonell anbefale ruspasienter å delta i selvhjelpsgrupper som et ledd i behandlingen. Det at psykiske vansker kan gi frafall, er likevel en antydning om at gruppene slik de drives av Anonyme Alkoholikere og Anonyme Narkomane, ikke passer like godt for alle.

*Manuskriptet ble godkjent 1.7. 2005.*

*Vi takker Helge Waal for råd under utforming av manuskriptet.*

#### Litteratur

1. Kverne A. Anonyme Alkoholikere: et fellesskap til stor hjelp for alkoholikere. Tidsskr Nor Lægeforen 1990; 110: 606–7.
2. Anonyme Narkomane. www.nanorge.org (1.7.2005).
3. Kownacki RJ, Shadish WR. Does Alcoholics Anonymous work? The results from a meta-analysis of controlled experiments. Subst Use Misuse 1999; 34: 1897–916.
4. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), Project Match Research Group. Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services, 2001.
5. Connors GJ, Tonigan JS, Miller WR. A longitudinal model of intake symptomatology, AA participation and outcome: retrospective study of the project MATCH outpatient and aftercare samples. J Stud Alcohol 2001; 62: 817–25.
6. Hoffmann NG, Harrison PA, Belille CA. Alcoholics anonymous after treatment: attendance and abstinence. Int J Addict 1983; 18: 311–8.
7. Kaskutas LA, Bond J, Humphreys K. Social networks as mediators of the effect of Alcoholics Anonymous. Addiction 2002; 97: 891–900.
8. Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LN. In 12-step groups, helping helps the helper. Addiction 2004; 99: 1015–23.
9. Sexton H. Alkoholmisbrukere etter klinikkbehandling: en oppfølgingsundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2768–72.
10. Fekjær HO. Rus. Oslo: Gyldendal Akademisk, 2004.
11. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders diagnostic criteria for research. Genève: World Health Organization, 1993.
12. First MB. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders (SCID-I) clinician version. Washington, D.C: American Psychiatric Press, 1997.
13. Lauritzen H, Skretting A. Det nasjonale dokumentasjonssystemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere. www.sirus.no (10.3.2005).
14. Project Match research group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes. Alcohol Clin Exp Res 1998; 6: 1300–11.
15. Hoffmann NG, Miller NS. Perspectives of effective treatment for alcohol and drug disorders. Psychiatr Clin North Am 1993; 16: 127–40.
16. Brown BS, O'Grady KE, Farrell EV et al. Factors associated with frequency of 12-Step attendance by drug abuse clients. Am J Drug Alcohol Abuse 2001; 27: 147–60.
17. Humphreys K, Mavis B, Stofflemyr B. Factor's predicting attendance at self-help groups after substance abuse treatment: preliminary findings. J Consult Clin Psychol 1991; 59: 591–3.
18. Tomasson K, Vaglum P. Psychiatric co-morbidity and aftercare among alcoholics: a prospective study of a nationwide representative sample. Addiction 1998; 93: 423–31.
19. Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE et al. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: Guilford Press, 2003.
20. Tournier RE. Alcoholics Anonymous as treatment and as ideology. J Stud Alcohol 1979; 40: 230–9.
21. Gjeruldsen S, Myrvang B, Opjordsmoen S. Risk factors for drug addiction and its outcome: a follow-up study over 25 years. Nord J Psychiatry 2003; 57: 373–6.