

KONFRONTATION MED ALKOHOL – Et gruppebaseret behandlingsprogram til træng håndtering for alkoholmisbrugere

Jörg Albers

På Sydgården, et døgnbehandlingssted for alkohol- og blandingmisbrugere udvikledes et behandlingstilgang, baseret på eksponerings-reaktionsforhindringsprincippet (Cue Exposure Treatment). Metoden er generelt kendetegnet ved, at klienten udsættes for trængstimulerende risikosignaler (selv den alkoholiske genstand) og samtidig anvendes udvalgte mestringsstrategier, som sikrer reaktionsforhindringen (at indtage den alkoholiske genstand). I løbet af 20 måneder etableredes en standardiseret gruppebehandling med 6 sessioner i de første 3 måneder efter døgnopholdet. Dette resulterede i en signifikant lavere tilbagefaldskvotepå et år efter behandlingen for projektgruppen (30 deltagere) sammenlignet med kontrolgruppen, som modtog den almindelige efterbehandling.

Følgende effekter kan opnås ved deltagelse:

- Forbedret kendskab til og hurtigere erkendelse af individuelle trængudløsende stimuli.
- Tilvænning og ekstinktion af individuel træng
- Implementering af effektive strategier til nedbrydelse af træng
- Tilpasning af indlærte strategier til varierende risikosituationer

Indledning

Uden for traditionel alkoholbehandling møder en person med et patologisk drikkemønster en mængde alkoholrelaterede signaler¹ i sine omgivelser. Ved signaler menes folk, steder, genstande, tidspunkter og indre tilstande, der før har været associeret med druk. Sådanne signaler kan omfatte synet og lugten af ens foretrukne type alkohol; steder såsom barer, strande eller hjem, hvor man har drukket, psykiske og fysiske tilstande såsom stress, vrede eller ly-

1 Eng.: *Cue*. Inden for psykologien bruges »stimulus« eller »signaler« (stikord til hjer- nen). En stimulus har signalværdi, når den støtter og fremmer en reaktion (f.eks. at drikke). Signalværdien afhænger af motivation og situation (f.eks. tilstedeværelsen af en højrisikosituation).

sten til at fejre; bestemte tidspunkter såsom efter fyraften eller fredag aften; og tidligere drukkammerater. Da klienterne som regel opfordres til at undgå sådanne signaler, mens de er i behandling, kan de komme i den situation, at de først møder dem efter behandlingen, uventet og uden nogen til at hjælpe med at håndtere de indre reaktioner på signalerne. Dermed opstår en forøget risiko for tilbagefald.

Klienter oplever på trods af tilbagefaldsforebyggende interventioner under behandlingen manglende kompetence til traghåndtering. Et typisk klientudsagn er følgende:

»Tilbagefaldet skete så hurtigt, jeg var ikke forberedt på det. Da jeg så værtshuset, lyset og den åbne dør, var det ligesom en magnet, som trak mig ind. Jeg kunne ikke standse drikketrangen i det øjeblik, jeg trådte ind i værtshuset. Jeg har haft en indsigt i, hvorfor jeg er blevet afhængig, og hvorfor jeg ikke skulle drikke igen, men jeg var ikke klar over, hvad jeg præcist skulle gøre, mens jeg var udsat for alkohol«.

Hvis misbruget af alkohol og det helbredsskadelige drikkemønster udgør den væsentlige adfærd, som skal ændres, så er det ifølge adfærdsterapeutiske præmisser en *nødvendighed* at konfrontere klienterne i behandlingen med risikosituationer og -stimuli. Da dette ikke forekommer i den traditionelle misbrugsbehandling, er det nærliggende at favorisere en behandlingsform, som satser på direkte udsættelse for risikosituationer og -stimuli.

En behandling, som fokuserer på konfrontation med alkohol, bliver også kaldt eksponeringsbehandling (Cue Exposure Treatment = CET).

Metoden er generelt kendetegnet ved, at klienten udsættes for trangstimulerende risikosignaler (selve den alkoholiske genstand) og samtidig anvender udvalgte mestringsstrategier til at nedbryde trangen i stedet for at drikke. CET er en behandlingsmetode, som sigter mod optimalt brug af situationsspecifikke håndteringsstrategier, mens trangen opleves. CET står i modsætning til den fremherskende mening om, at alkohol og trangen skal undgås. Traditionelle situationsspecifikke strategier er mest præget af afledning og/eller brug af udvalgte støttepersoner (= ydrestyret kontroloverbevisning). CET arbejder udelukkende på at etablere strategier, som klienten oplever uafhængig fra ydre faktorer (indrestyret kontroloverbevisning).

Teoretisk baggrund

Eksponeringsbehandlingen (CET) har de sidste 25 år været en betydningsfuld og hyppigt anvendt metode i behandling af fobiske lidelser og tvangshandlinger/tvangstanke. Selvom effektiviteten af eksponeringsbehandlingen (CET) også er tydelig påvist på *misbrugsområdet* (Hester og Miller, 2003), er det fortsat en ubrugt behandlingsmetode i Skandinavien.

CET er særdeles egnet til at reducere både intensitet og hyppigheden af trang og bidrager til klienternes evne til at forebygge tilbagefald.

Behandlingen bygger på kendsgerningen, at alkoholsignaler øger risikoen for tilbagefald.

Kommer en klient i kontakt med en risikostimulus, f.eks. lugten af alkohol, er reaktionen afhængig af den tidligere erfaring, vedkommende har haft med denne stimulus. En stimulus, som gentagne gange har været tilknyttet en bestemt uønsket adfærd f.eks. ukontrolleret alkoholforbrug og/eller en stærk ubehagelig psykisk og fysisk reaktion f.eks. angst eller abstinenssymptomer, bliver defineret som en konditionel stimulus (= conditioned stimuli = CS). Hvis personen senere bliver konfronteret med den konditionelle stimulus alene, udløser denne en konditionel reaktion (= conditioned response = CR). Jo hyppigere den konditionelle stimulus (CS) tidligere var koblet til misbrugsadfærd, jo større er sandsynligheden for spontant og intens optræden af den konditionelle reaktion (CR).

Antallet af begivenheder, som kan blive til konditionelle stimuli, er stort og omfatter bl.a. eksterioceptive stimuli (synet, lugten og udseendet af alkohol), interoceptive stimuli (fysiske tilstande, emotioner og tanker) samt abstinenssymptomer.

Udsættelse for alkohol udløser autonome, kognitive, emotionelle og adfærdsmæssige reaktioner. Autonome reaktioner inkluderer påvirkning af hjerteslag, kropstemperatur, vejrtrækning og spyttsekretion.

Kognitive reaktioner inkluderer påvirkning af trangen til at drikke, forventninger til virkningen af alkohol samt mistro på egen handlingskompetence og fokusering på kortvarige behagelige effekter.

Emotionelle reaktioner inkluderer påvirkning af angstniveauet og det generelle humør (forøgelse af grundstemning fra opstemthed til depressivitet).

Adfærdsmæssige reaktioner inkluderer forøget undgåelse/undvigelse og impulsive handlinger.

Klienter, som reagerede kraftigere på synet og lugten af deres foretrukne type alkohol, klarede også et rollespil om at afvise en drink dårligere, hvis alkoholen var til stede, end hvis de blev præsenteret for et tomt glas (Monti et al., 1993). Dette indikerer, at alkoholstimuli kan signifikant reducere evnen til at bruge mestringsfærdigheder hos klienter, som er dygtige til at klare sig, når signalerne ikke er til stede. En anden undersøgelse viste, at alkoholstimuli griber ind i klientens evne til at være opmærksom på neutrale stimuli (Sayette et al., 1994). Denne indskrænkelse af opmærksomhedsfeltet nedsætter evnen til at koncentrere sig om brugen af mestringsfærdigheder. Ud over det viste en undersøgelse, at klienter med en kraftig reaktion på alkoholstimuli tidligt i behandlingen drikker mere under opfølgningen efter endt behandling (Rohsenow et al., 1992).

Drikketrang i forbindelse med tilstedeværelse af alkohol i sig selv var ikke en mindre stærk prædikator for omfang af alkoholindtagelse efter be-

handlingen end kombinationen af alkoholstimulus med negative følelser (Cooney et al. 1997).

Den kognitive tilbagefaldsmodel (Marlatt, 1985) påstår, at trang er et resultat af vekselvirkningen mellem alkoholforventninger og generelle handlingsdeficitter. Jo mere en person forventer, at alkohol vil producere en subjektiv ønskelig, behagelig og afslappende eller stimulerende effekt, og jo færre handlingsstrategier personen besidder for at håndtere en risikosituation uden alkohol, jo hyppigere vil personen have en stærk trang til at indtage alkohol.

Tilbagefald indtræder på grund af fem belastende vedvarende u hensynsmæssige vilkår i klientens liv, som er:

- »Tilsyneladende harmløse beslutninger«
- »Misbrugsspecifik livsstil« (»Addictive life style«)
- »Positive forventninger til virkningen af alkohol«
- »Manglende tro på handlingskompetence«
- »Manglende evne til at registrere risikosituationer«

Tilsyneladende harmløse beslutninger betyder, at klienten bliver mindre aktiv i handlinger, som sikrer ædrueligheden. Hverken klient eller omverden vurderer disse handlinger som risikable (f.eks. at deltage sporadisk i selvhjælpsgruppen, at bruge mindre tid med kontaktpersoner, at være mere for sig selv igen). Ydermere foretager klienten sig handlinger, som ikke umiddelbart udgør en risikosituation, men viser i den retning (f.eks. at have alkohol i huset til gæster, at deltage hyppigere i festlige anledninger, at op-søge tidligere »gerningssteder«).

Misbrugsspecifik livsstil (»Addictive life style«) er en ubalanceret livsstil. Vedkommende oplever en ubalance mellem ønskede aktiviteter (»wants«) og forpligtelser (»shoulds«). Mange klienter ser kun forpligtelser og ganske lidt lystbetonede aktiviteter – bortset fra mindelser om deres tidligere alkoholmisbrug. Efter behandlingen kan oplevelsen af forpligtelser oven i købet fremstå mere intensiv, hvis problemerne har tårnet sig op under en langvarig misbrugsperiode.

Positive forventninger til virkningen af alkohol er ofte en kognitiv forvrængning af klientens misbrugsbiografi. Kortvarige lindrende positive effekter samt minder om opstemthed i begyndelsen af misbruget træder mere frem. Klienten genvurderer alkohol som et alternativ til problemløsning.

Urealistisk vurdering af egen handlingskompetence er både en under- og en overvurdering. Klienterne har ofte en undervurdering af egne færdigheder til at håndtere risikosituationer. Undervurdering betyder, at klienter bliver overrasket over en vellykket mestring af en tilsyneladende uoverskuelig

risikosituation (afvise en drink). Denne undervurdering giver udslag i ængstelighed, undgåelse og forøget behov for kontrol. Overvurdering af egne færdigheder medfører til gengæld en bagatellisering af risikosituationerne og en ukritisk, overfladisk situationsmestring med uforudsigelige resultater. Klienter, som overvurderer deres kompetence, bliver ofte overrasket over en »smutter«.

Manglende evne til at registrere risikosituationer kan både være udtryk for et selvbeskyttelsesfænomen og et indskrænket opmærksomhedsfelt. Det første fænomen er udtryk for manglende tillid til egne færdigheder og en ydrestyret kontroloverbevisning. Det andet er en følgereaktion af kronisk fysisk og psykisk overbelastning.

Tilbagefald indtræder – supplerende til Marlatts 5 faktorer – hyppigst når klienter møder en risikosituation uforberedt og alt for sorgløs (O'Donnell, 1984).

I Marlatts model undervurderes efter min mening betydningen af konditioneringsprocesser, hvor stimuli, som er tæt koblet med tidligere alkoholmisbrug, kan udløse *spontan* trang – også i en stabil abstinensfase. Klienter, som reagerer intensivt på risikostimuli, har i tilstedeværelse af alkohol en høj tilbagefaldsrisiko, fordi deres udøvelse af sociale færdigheder og strategier forstyrres.

Ydermere er en direkte udsættelse for alkohol inden for terapeutiske rammer oplagt, fordi trangen opleves mest intenst, når fristelsen er real (Corty, 1984). Hittidige interventioner i forhold til situationsspecifik håndtering (»Precoping«/»Postcoping«) mangler gennemslagskraft, fordi disse undlader at træne »in vivo«, altså anvendelse af situationsspecifik håndtering, *mens* alkohol er til stede.

Udvikling, etablering og evaluering af Sydgårdens eksponeringsbehandling

CET anvendt på Sydgården – er en videreudvikling af et struktureret *indivuel* behandlingsprogram fra Monti, P.M. et al. (2002).

Sydgårdens eksponeringsbehandling er en struktureret *gruppe*behandling med 6 sessioner. Hver session varer 6 timer og bliver gennemført med 2 ugers afstand mellem sessionerne. Behandlingen blev etableret som efterbehandling efter et 12-ugers-ophold.

Opbygning af gruppebehandlingen

Hver session har et hovedemne, og de enkelte sessioner er bygget op efter en fastlagt og gennemgående struktur. Det betyder, at klienterne, som ikke har haft mulighed for at deltage i en af sessionerne, nemt kan følge de andre

sessioner med den eneste ulempe ikke have indlært og afprøvet sessionens tilsvarende strategi.

Gruppebehandlingen er delt op i:

- I. Præsentationsrunde
- II. Teori
- III. Gruppeøvelse
- IV. Opsamling
- V. Eksponering
- VI. Opsamling i gruppen
- VII. Fortsættelse
- VIII. Afsluttende opsamling

I. Præsentationsrunde

Præsentationen i den første session er en beretning fra alle klienter om deres oplevelse af trang og deres foretrukne strategier. Ofte ser klienterne sig udsat for trangen og får ikke øje på deres aktive handlingsmuligheder for at nedbryde trangen. De foretrukne metoder er distraktion, fortrængning og undgåelse af risikosituationer.

II. Teori

Hver session har en teoridel, som danner baggrund for den anvendte strategi. Der undervises gentagne gange om teoretiske modeller og resultater fra forskning i alkoholområdet for at opbygge en forståelsesramme for de ofte kraftige reaktioner og effekter af eksponeringen.

III. Gruppeøvelse

Hver session har mindst en ny strategi (visualiseringsøvelse), som indlæres først under neutrale vilkår og senere hen under eksponeringen, mens trangen opleves intens.

IV. Opsamling

Under opsamlingen efter visualiseringsøvelsen lægger terapeuten mærke til stikord, som bedst beskriver den enkeltes oplevelse. Disse stikord anvendes under eksponering til en hurtig indlevelse i strategien. Ydermere sikres i opsamlingen, at samtlige klienter får tag i en fysisk og emotionel forankring af strategien. Har terapeuten indtryk af, at det ikke lykkes for enkelte klienter at få denne forankring, anbefales en gentagelse af visualiseringsøvelsen med forskellige instruktioner, inden eksponering startes.

V. Eksponering

Eksponering af alkohol for en klient, mens de andre klienter ser på, er midtpunktet af sessionen. Eksponeringen foretages med samtidig anvendelse af visualisering af den nyindlærte strategi.

VI. Opsamling i gruppen

Opsamling i gruppen tjener til registrering af reaktioner både fra klienten, som var udsat for alkohol, og fra tilskuerne. Den mest væsentlige indikator for en vellykket eksponering er en subjektiv markant forskel på oplevelsen af trangens højeste intensitet og af slutniveauet.

VII. Fortsættelse

Efter første opsamling er der som regel tid til en eller to yderligere eksponeringer. Disse følger samme procedure.

VII. Afsluttende opsamling

I den afsluttende opsamling sikrer terapeuten sig, at samtlige klienter er i en rimeligt stabil psykisk ligevægt. I tilfælde af kraftige efterreaktioner tages tid til at genanvende strategien enten under en fornyet eksponering eller i neutral tilstand.

Hver session har indlæring og anvendelse af en situationsspecifik strategi som hovedemne:

1. Positive resultater af ædruelighed
2. Lykønskning fra betydningsfulde andre
3. Fornyet beslutningsgrundlag
4. Negative konsekvenser af misbrug,
5. Afspænding og synkronisering af hjertefrekvens
6. Udholde/»waiting out«

1) Positive resultater af ædruelighed

I den første session behandles positive resultater af ædruelighed. Positive resultater af ædruelighed er en vigtig strategi til at håndtere trang, især i tilfælde af negative emotionelle situationer, såsom vedvarende konfliktsituationer, selvdestruktive tanker eller selvbebrejdelser. Ofte er klienternes evne til at holde sig ædru og at udholde trangene negativt præget og forbundet med angsten for en ukontrolleret deroute. Yderligere er motivationen yderstyret med trusler om fyring fra arbejdsgiveren eller iværksættelse af skilsmisse fra ægtefællen, hvis klienten skulle begynde at drikke igen.

Typiske eksempler på trænghåndtering er »indre formaninger« om deres værste oplevelse, mens de drak ukontrolleret. Påmindelse om de negative konsekvenser af misbruget, forestilling om fysiske abstinenssymptomer samt foregribelse af negative følelser supplerer »sortimentet«. Det understreges, at fokusering på negative skrækscenarier kan forstærke en negativ grundstemning og/eller krise, som udvikler sig til en fatalistisk grundholdning, opgivelse og ligegyldighed. Strategien med fokus på de dårlige sider af misbruget øger i stedet for at mindske sandsynligheden for et tilbagefald.

2) Lykønskning fra betydningsfulde andre

Den 2. session koncentrerer sig i forlængelse af den første session om positive aspekter af ædruelighed, dog er øvelsen mere specifik. Klienten bliver bedt om at fokusere på betydningsfulde andre, som værdsætter deres ædruelighed. Denne strategi tager udgangspunkt i, hvor mange mennesker der mere eller mindre direkte støtter klientens ædruelighed både med handlinger og ord. Sessionen tilstræber, at klienten i sin forestillingsverden modtager uensureret ros og omsorg fra andre mennesker.

Lykønskning fra andre er meget brugbar til trangreduktion, hvis klienten befinder sig i længerevarende belastende livsvilkår med en negativ grundstemning af ensomhed/forladthed. Forestilling om opbakning fra andre vedligeholder ædruelighedsbeslutningen i svære tider.

3) Fornyet beslutningsgrundlag

I mange tilfælde er beslutningen om at starte en misbrugsbehandling knyttet til en dårlig oplevelse eller en meget problematisk periode i klientens liv. Ofte beretter klienterne om en rædselsfuld dag, hvor beslutningen blev truffet og ikke sjældent på baggrund af andres opfordring. Visualiseringsøvelsen, som beskæftiger sig med fornyelsen af beslutningsgrundlaget, er – såfremt klienten kan danne kraftfulde indre billeder – den tredje effektive strategi inden for »positive resultater af ædruelighed«. Klienterne bliver i første omgang bedt om i dialogform at drøfte deres beslutningsgrundlag, som medførte, at de valgte at gå i behandling. Derefter formulerer hver klient en sætning, som bedst og præcist beskriver beslutningen. Disse slagkraftige sætninger er positive (»jeg er ædru«, i stedet for »jeg drikker ikke mere«) og samtidig nutidsorienteret (»jeg er ædru«, i stedet for »jeg vil leve et ædru liv«). Efter registrering af samtlige beslutningssætninger gennemføres den første visualiseringsøvelse. Terapeuten gennemfører visualiseringen ved at læse de samlede beslutninger højt og langsomt. Instruktionen for klienterne er at leve sig ind i alle sætningerne og huske den sætning, der giver den stærkeste positive reaktion.

Derefter starter den egentlige visualiseringsøvelse. Klienterne bliver bedt om at forestille sig en pragtfuld dag, en dag, som klienten enten har oplevet, eller som klienten kunne forestille sig at opleve i fremtiden. Har klienten en indre kontakt til den pragtfulde dag, bliver klienten bedt om at genetablere sætningen, som udtrykker beslutningen om at leve et ædru liv. Terapeutens næste opgave består i at koble den pragtfulde dag med denne beslutningssætning. Efter visualiseringsøvelsen registrerer terapeuten kraftige positive reaktioner, som senere hen kan bruges under eksponering, hvor visualiseringen skal genetableres.

4) Negative konsekvenser af misbrug

Denne session tematiserer en strategi, som er meget velkendt for de fleste klienter; at fokusere på de negative virkninger af tidligere misbrug. Denne

strategi er baseret på angstpræget motivation og inhibitorisk indlæring. Ædruelighed bliver ligestillet med fravær af ubehagelige konsekvenser og positive resultater af ædruelighed træder i baggrunden).

Generelt er denne strategi bedst egnet i forbindelse med en risikosituation, som vedrører klientens ønske om kontrolleret forbrug eller en foregrebet belønningssituation, hvor klienten kommer hyppigere i tanker om »at have fortjent« at drikke alkohol igen. I de fleste tilfælde hænger disse to situationer sammen, da belønningstanken næsten altid knyttes til en forestilling om nydelse og moderat forbrug. Især klienter med en længere periode af ædruelighed noterer hyppigere disse risikosituationer, hvor mindelser om alkohols tidlige behagelige virkning kan overgå mindelser om alkohols senere optrådte skadelige virkninger. Er klienten mere optaget af alkohol som »magisk eliksir«, hvor de kortvarige positive konsekvenser træder frem, og de langsigtede negative konsekvenser falmer, er denne strategi til stor nytte.

Fokusering på negative konsekvenser af misbruget indebærer en risiko, hvis metoden anvendes i negative følelsesmæssige og negative fysiske tilstande. Risikoen er, at det pessimistiske, negative humør bliver vedligeholdt og forstærket med sideløbende opgivelsestanker. Sandsynligheden for at genoptage vante drikkemønstre til symptomlindring bliver forøget og risikoen for uventet trang stiger. I denne session indlærer klienten en tæt kobling mellem yndlingsalkohol og negative konsekvenser af tidligere misbrug, som først og fremmest skal anvendes som strategi til trangreducing i positivt prægede risikosituationer.

5) Afspænding og synkronisering af hjertefrekvens

I denne session introduceres en enkelt kompetencegivende strategi, som er uafhængig af den tidligere opdeling i »positive resultater af ædruelighed« og »negative konsekvenser af misbruget«. Formålet med sessionen er formidling af en enkelt og effektiv afspændingsteknik, som tilsidesætter tankeaktiviteterne og øger opmærksomheden mod to vegetative funktioner; vejtrækning og hjerterytm. Klienten lærer at etablere en beroligende balance mellem vejtrækning og hjerterytmen. For at øge effekten af strategien anbefales det at bruge biofeedbackprogrammet »Freeze Framer« (www.heartmath.com).

Et softwareprogram installeret på computeren tilbagemelder klientens evne til at falde til ro og blive afspændt. Klientens puls og hjertefrekvens bliver registreret fra en fingersensor (pulspletysmograf), som udregner påvirkningen fra det autonome centrale nervesystem på hjertefrekvensen. Apparatet registrerer relationen mellem den beroligende (parasympaticus) og den aktiverende (sympaticus) indflydelse på hjertet. Tre søjler med farverne rød, blå og grøn afspejler det aktuelle afspændingsniveau, klienten befinder sig i. Den røde søjle indikerer ubalance, hvorimod den blå og den grønne indikerer god og meget god balance i hjertefrekvensen.

6) *Udholde/»waiting out«*

Den afsluttende session handler om oplevelsen af habituation (= tilvænning) i den oprindelige form. Klienten skal leve sig ind i trangen og holde den ud, indtil den aftager af sig selv. Lykkes det for klienten at opleve denne klassiske form for tilvænning, forsvinder trangens magt og mister sin negative indflydelse.

Generelle virkningsfaktorer

Eksponeringsbehandlingen virker på grund af 3 mekanismer:

1) *Habituation/Ekstinktion af trang:*

Habituation betyder »tilvænning«, og ekstinktion betyder »udslettelse«. Habituation og ekstinktion af uønsket adfærd (= ukontrolleret indtagelse af alkohol) sker gennem anvendelse af den adfærdsterapeutiske teknik; kombinationen af »Eksponering« og »Reaktionsforhindring«

2) *Eksponering – reaktionsforhindring*

Har klienten før behandlingen altid/næsten altid drukket, mens glasset med alkohol var i hænderne, så oplever klienten under CET at blive udsat for synet og lugten af alkohol (= eksponering). Som følge af eksponeringen forøges trangsoplevelsen kortvarigt. Klienten lærer »at holde ud« (= reaktionsforhindring). Reaktionsforhindring betyder, at klienten samtidig forhindres (bedre udtrykt: »forhindrer sig selv«) i at indtage genstanden. Reaktionsforhindring indebærer at klienten lugter til alkohol, holder glasset i hånden og fører glasset til munden *uden* at drikke. Praktiserer klienten denne kombination eksponering – reaktionsforhindring gentagne gange, bliver trangen mindre intens (habituation) og til sidst udebliver trangen (ekstinktion). Klienten erfarer dermed et brud på den tidligere automatiserede reaktionskæde af alkoholkonsum ved oplevelsen af risikostimuli, hvor alkohol var inden for rækkevidde.

3) *Generalisering af situationsbestemt indlæring (Eksemplarisk indlæring):*

Situationsbestemt indlæring (»State Dependent Learning«) betyder anvendelse af en håndteringsstrategi under virkelighedsnære betingelser – mens trangen opleves meget drastisk. Bevirker strategien, at trangen falder, så vil klienten i senere trangsituationer næsten per automatik genaktivere den effektive strategi. Generaliseringen foregår, idet klienten danner en stærk og vedvarende effektforventning til strategien. Har klienten en overbevisning om, at strategien vil virke fremover, bruges strategien også i andre belastende situationer, som ellers forårsager kraftige stressreaktioner hos klienten.

Individuelt udbytte

Efter gennemførelse af de 6 sessioner kan klienten regne med følgende effekter:

CET giver omfattende forbedringer i:

- »Precoping« – en forbedring af situationsspecifikke håndteringsstrategier før tilbagefald.

CET har samtidig en positiv indflydelse på:

- »Postcoping« – en forbedring af situationsspecifikke håndteringsstrategier i og efter tilbagefald
- »Ændring af basale antagelser« (3. og 4. session),
- »Afkklaring af risikosituationerne« (1.-4. session) og
- Omstrukturering af misbrugsspecifik livsstil (»addictive life style«)

»Precoping«

betyder en forbedring af situationsspecifikke håndteringsstrategier før tilbagefald. Som regel øver klienten sig mindst 2 gange per session i anvendelsen af situationsspecifikke strategier. Oplever klienten en trangreduktion via en strategi og vurderer effekten indrestyret, stiger både effektiviteten af denne strategi og klientens mestringstillid (»self-efficacy«). Angsten for tilbagefald bliver mindre, og samtidig udvikles en realistisk og problemløsningsorienteret holdning til trang. Klienten lærer ydermere at bruge »trekantmodellen«. Den interaktive model af selvkontrol (Bandura, 1979) karakteriseres som en dynamisk interaktion mellem komponenterne (»trekanten«) person, risikosituation og forventet handlingskompetence. Trekantmodellen involverer klienten i en analyse og opfordrer til et fleksibelt valg af handlingsmuligheder på baggrund af analysen. I løbet af de 6 sessioner erfarer klienten adskillige gange, at trangen i kombination med visualisering af en risikosituation falder på grund af egne færdigheder (anvendelse af visualisering under eksponering). Vurderingen af egen handlingskompetence stiger markant og har en positiv indflydelse på trekantmodellens elementer.

Lykkes det for klienten at anvende trekantmodellen med succes, stiger mestringstillid og risikosituationerne bliver mindre i hyppighed og intensitet.

»Postcoping«

betyder en forbedring af situationsspecifikke håndteringsstrategier i og efter tilbagefald.

Forestil dig en koncertpianist, som er ved at lære et meget vanskeligt stykke. Antag at han kan spille stykket rimeligt, men der er et bestemt sted i stykket, hvor han fejler. Hvad er nu den mest effektive måde at øve sig på? Det er ufornuftigt at starte stykket forfra hele tiden. Han

kan næsten stykket i søvne, men hver gang han kommer til det vanskelige sted, mislykkes det for ham. Derfor giver det ingen mening, at han overvejer at starte forfra, og at han tvivler på, om han overhovedet duer til at spille klaver, bare fordi det mislykkes for ham på et bestemt sted. Den mest meningsfulde træningsmetode er at starte gentagne gange ved det kritiske sted og øve sig langsomt og ihærdigt, indtil han kan det kritiske sted udenad med lukkede øjne. Således er det også i misbrugsbehandlingen. Ofte oplever klienten ved et tilbagefald efter en længere ædruelighedsperiode et »tilbagefaldschok«. Vedkommende sætter abstinensmotivation ud af drift og fortsætter med at drikke eller starter i en ny terapi forfra. I stedet for lærer klienten i CET at overvinde »tilbagefaldschokket« og genoptager arbejdet med den fremtidige håndtering af tilbagefaldssituationen.

En »smutter« kan kun udvikle sig til et alvorligt tilbagefald (fra »lapse« til »relapse«), hvis klienten har en forvrænget forventning til alkoholens virkning

»The lure of immediate gratification becomes the dominant figure in the perceptual field, as the reality of the full consequences of the act recedes into the background« (Marlatt, 1985, s. 40/41).

Klienten udvikler samtidig et »tilbagefaldschok« (»abstinence violation syndrome«). Tilbagefaldschok betyder et kognitivt (»jeg er en taber«) og emotionelt sammenbrud (f.eks. panik). Anvender klienten de i CET formidlede strategier umiddelbart efter den første indtagelse af alkohol, formindskes sandsynligheden af, at tilbagefaldschokket udvikles. Anvender klienten eksempelvis strategien »negative konsekvenser af misbrug« (4. session), bliver forventningerne til virkningen af alkohol ført hen til de langsigtede negative konsekvenser.

Ændring af basale antagelser (3. og 4. session)

Virkningen af alkohol er ikke blot et resultat af biokemiske/neurofysiologiske processer. Ved hjælp af det såkaldte afbalancerede placebodesign kunne Marlatt et al. (1980) påvise, at virkningen af alkohol også er et resultat af klientens basale antagelser i relation til alkohol samt deres effektforventning. Klienter med en mellemstærk alkoholkoncentration i blodet, som fejlagtigt troede, at de ingen alkohol drak, fornemmede en tydelig ringere virkning af alkohol. Derimod kunne klienter, der fejlagtigt troede, at de drak alkohol, mærke effekten af alkoholen, selv om de i realiteten kun havde drikket alkoholfrie drikkevarer.

Følgende kognitive formidlingsprocesser bidrager til udvikling og manifestering af patologiske drikkemønstre (Lindemeyer, 1999).

1. Indskrænket selviagttagelse: Mange klienter mangler og har en indskrænket evne til selviagttagelsen. Dermed oplever de først ved en større mængde alkohol den behagelige eller ubehagelige virkning af alkohol. Omvendt tjener alkohol for mange klienter til dæmpning af ubehagelig selviagttagelse.
2. Urealistisk positiv forvrænget virkningsforventning: 2.-fase-modellen af virkningen af alkohol beskriver stimulerende/hæmningsdæmpende eller symptomlindrende/angstnedbrydende effekter kort efter indtagelsen af alkohol i den første fase. I den anden fase, når alkoholniveauet i blodet begynder at falde igen, følger den længere fase med negative fysiske og emotionelle reaktioner. I en række af undersøgelser kunne påvises, at urealistiske positiv forvrænget forventningsvirkninger til alkohol står tydeligere frem på trods af åbenlyse negative konsekvenser allerede ved unge mennesker med patologiske drikkemønstre. Positive forvrængende virkningsforventninger registreres ved mange klienter.
3. Udvikling af misbrugsrelaterede grundantagelser: Disse misbrugsrelaterede grundantagelser (f.eks. »alkohol er den eneste mulighed for at føle mig bedre tilpas«) bliver efter Beck (1995) på baggrund af generelle personlighedsspecifikke antagelser udviklet og efter mange positive bekræftende erfaringer næsten per automatik anvendt i en række af risikosituationer uden afprøvning af deres situative egnethed eller deres sandhedsværdi.

Ofte er klientens motivation til at begynde behandling ydrestyret. Trussel om alvorlige negative konsekvenser ved fortsat misbrug (tab af arbejdsplads, skilsmisse) er ofte udgangspunkt for klientens første kontakt med behandlingssystemet. Som regel forudsætter behandlingsstedet et ønske om total afholdenhed på ubestemt tid, som klienten – mere eller mindre ukritisk – på overfladen indvilger i.

Automatiske eller skjulte grundantagelser om kontrolleret forbrug og nydelse af alkoholen undertrykkes og holdes tilbage. Den indskrænkede selviagttagelse og den urealistiske positivt forvrænget virkningsforventning forsvinder i baggrunden af klientens bevidsthed.

Især i 3. og 4. session er der mulighed for, at terapeuten og klienten kan få en ucensureret og åben kontakt til grundantagelser, som tilskriver alkohol en forvrænget positiv effekt.

I 3. session inviteres klienten til i visualiseringsøvelsen »En pragtfuld dag« til at forestille sig en pragtfuld dag koblet med en bekendelse til vedvarende ædruelighed. Her oplever enkelte klienter på den ene side vanskeligheder med at finde frem til en beslutningssætning, som udtrykker et enkelt og kraftfuldt ønske om afholdenhed. På den anden side registreres vanskeligheder med at knytte en beslutningssætning til en pragtfuld dag. Adspurgt om deres fortolkning opleves øvelsen som en »døråbner« for at komme i kontakt med »ønske om kontrolleret forbrug«. Især efter en læn-

gerevarende succesfuld ædruelighedsperiode kan negative konsekvenser af misbruget træde i baggrunden samtidig med at positive resultater af alkoholindtagelsen – især fra begyndelsen af misbrugskarrieren – træder frem. Har klienten fået kontakt/adgang til skjulte og automatiserede grundantagelser og accepterer dem som en almindelig begivenhed i helbredelsesprocessen, kan disse bruges terapeutisk. Ønsket om kontrolleret forbrug/nydelse af alkohol visualiseres som risikosituation under eksponeringen, hvor klienten samtidig afprøver strategien »En pragtfuld dag med beslutningsætning om ædruelighed«. Formår strategien at få trangen til at falde, opnår ædruelighedsbeslutningen en større indflydelse end ønske om kontrolleret forbrug. Det anbefales klienten at gennemføre denne øvelse jævnlige for at undersøge forholdet mellem ønske om kontrolleret forbrug og beslutning om total afholdenhed.

Den 4. session handler om negative konsekvenser af misbruget. Enkelte klienters vanskelighed med indlevelsen i visualiseringsøvelsen »negative konsekvenser af misbruget« kan fortolkes med:

- a) forøget skam- og skyldfølelse og bevidst undgåelse af negative konsekvenser eller
- b) en grundantagelse om, at virkningen af alkohol er behagelig, har en stærkere indflydelse end forventet af klienten.

I tilfælde af a) bruges indlevelsen i en skamfuld begivenhed som udgangspunkt for visualisering af en risikosituation under eksponering med samtidig anvendelse af en positivt farvet håndteringsstrategi.

I tilfælde af b) er der igen mulighed for at omdanne denne antagelse om behagelig virkning af alkohol til visualisering af dette som en risikosituation. Denne visualisering iværksættes under eksponering for alkohol, hvor strategien (visualisering af negative konsekvenser) bruges til at nedbryde trangen. Dermed får også negative konsekvenser af misbruget højere/stærkere vægtning i forhold til den basale skjulte antagelser og de behagelige effekter af alkohol.

Afklarung af risikosituationerne (1.-4. session)

Især i de første 4 sessioner lægges der megen vægt på at registrere så mange risikosituationer og risikostimuli per klient som muligt. Tilsyneladende harmløse stimuli bliver afprøvet under eksponeringen, og der varieres mellem intrapsykiske og interpersonelle risikosituationer. Både negativt og positivt prægede stimuli og situationer bliver afprøvet under eksponeringen for optimering og tilpasning af den enkeltes strategi. Resultatet er en tidligere registrering af trangsymptomer over flere eventuelle risikosituationer.

Klienten bliver hurtigere til at registrere trangen og kan dermed benytte sig af tilpassede strategier allerede i stigningsfasen af trang.

Omstrukturering af misbrugsspecifik livsstil

Den misbrugsspecifikke livsstil karakteriseres ved en subjektiv oplevet ubalance mellem forpligtelser (»shoulds«) og ønskede lystbetonede aktiviteter (»wants«). Denne ubalance, hvor mange klienter tidligere har defineret alkohol som den eneste lystbetonede aktivitet, er et væsentligt arbejdsområde, hvor klienten reelt skal skabe mere ligevægt mellem de 2 poler, udvikle modstandsdygtighed og opnå et generelt mere positivt syn på livsbetingelser.

I CET foregår i de første 3 sessioner en fokusering på de positive resultater af ædruelighed. Klienten retter mere opmærksomhed på værdifulde resultater og egenskaber, som ædrueligheden fører med sig, både i relation til andre, helbredet, psyken og modstandsdygtigheden. Hver gang klienten indlever sig i en visualiseringsøvelse i forhold til positive resultater af ædruelighed, udvides samtidig værdsættelsen af lystbetonede aktiviteter. Den anden virkningseffekt er eksemplarisk indlæring: Klienten lærer gennem eksponeringsbehandling, at en aktiv konfrontation med (i stedet for undgåelse af) ubehagelige situationer/stimuli ophæver trangen. Hvis trangen aftager gennem eksponeringen, kan denne mekanisme nemt overføres til andre problemer og konfliktområder i klientens liv, som før har udløst ængstelighed og undgåelse. Klientens selvtillid vokser, vedkommendes hverdag bliver mere forudsigelig, og synet på forpligtelser skifter fra belastning til udfordring.

Resultater

Efter gennemført behandling deltes døgneklienter op i en projektgruppe og en kontrolgruppe. Tildeling foregik efter tilfældighedsprincippet. Klienter fra projektgruppen deltog i den nye form for efterbehandling (eksponeringsbehandling), mens kontrolgruppen måtte »nøjes« med det i forvejen eksisterende efterbehandlingstilbud. Samtidig kunne effekten sammenlignes med klienter fra dagbehandlingskurser med 6 ugers varighed.

Klienterne fra kontrolgruppen og dagbehandling udfyldte skemaet mindst 3 måneder efter udskrivning og for projektgruppen mindst 3 måneder efter afslutning af efterbehandlingen. Antallet af klienter som medinddrages til beregningerne for grupperne er følgende:

Antal klienter projektgruppen: **27** fra i alt 28, som var tildelt projektgruppen. Besvarelsesprocent er 96,5%

Antal klienter kontrolgruppen: **30** (fra i alt 58, som var tildelt kontrolgruppen). Besvarelsesprocent er 51,7%.

Antal klienter dagbehandling: **34** (fra i alt 54, som var tildelt dagbehandling). Besvarelsesprocent er 62,9%.

Spørgeskemaerne blev sendt på 2 forskellige tidspunkter, i juni 2004 og november 2004. Nedenstående tabel viser antallet af klienter i tre tidsrum afhængig af afstanden af besvarelestidspunkt til den enkeltes udskrivning: F.eks. befinder i alt 13 klienter sig i projektgruppen *13 måneder efter udskrivningen*, hvoraf 9 klienter er uden tilbagefald, i kontrolgruppen befinder i alt 9 klienter sig *13 måneder efter udskrivningen*, hvoraf 4 klienter er uden tilbagefald. I dagbehandlingsgruppen befinder 13 klienter sig *13 måneder efter udskrivningen*, hvoraf 5 klienter er uden tilbagefald

Tabel: Antal klienter for hver gruppe i forhold til tilbagefald – delt op i tre tidsrum efter udskrivning (absolutte tal)

		Antal måneder efter udskrivning				
		3- 6 måneder	7-12 måneder	13+ måneder		
Antal klienter		Total				
Projektgruppe	Tilbagefald	Nej	21	4	8	9
		Ja	6	0	2	4
Kontrolgruppe	Tilbagefald	Nej	16	6	6	4
		Ja	14	6	3	5
Dagbehandling	Tilbagefald	Nej	17	6	6	5
		Ja	17	5	4	8

Procentuel ser fordelingen følgende ud: Samlet set er i projektgruppen 77,8% uden tilbagefald, og 22,3% beretter om mindst et tilbagefald, hvor, i kontrolgruppen samlet er 53,3% uden tilbagefald, og 46,7% af klienterne beretter om mindst et tilbagefald,

Tabel: Procentuel fordeling af klienter for hver gruppe i forhold til tilbagefald – delt op i tre tidsrum efter udskrivning

		Antal måneder efter udskrivning				
		3- 6 måneder	7-12 måneder	13+ måneder		
Antal klienter		Total				
Projektgruppe	Tilbagefald	Nej	77,8%	14,8%	29,6%	33,3%
		Ja	22,3%	0%	7,4%	14,8%
Kontrolgruppe	Tilbagefald	Nej	53,3%	19,8%	19,8%	13,2%
		Ja	46,7%	19,8%	9,9%	16,5%
Dagbehandling	Tilbagefald	Nej	50%	17,4%	17,4%	14,5%
		Ja	50%	14,5%	11,6%	23,2%

Resultater – generelt

Som det første belyses effektiviteten af efterbehandlingen. Findes der en forskel i tilbagefaldskvoten for de 3 grupper?

I) Sammenligning af tilbagefaldskvotest for projektgruppe, kontrolgruppe og dagbehandling efter behandlingen

- A) Deltagelse i efterbehandlingen har en signifikant positiv betydning for ædruelighed. Klienter fra projektgruppen har en statistisk signifikant lavere tilbagefaldskvotest end kontrolgruppen.
- B) Klienter fra projektgruppen har en statistisk signifikant lavere tilbagefaldskvotest end klienter fra dagbehandlingen.
- C) Der findes dog ingen signifikant forskel i tilbagefaldskvoten mellem kontrolgruppe og dagbehandling.

II) Sammenligning af kvaliteten af tilbagefald for projektgruppen, kontrolgruppen og dagbehandling

Derefter betragtes klienterne, som havde tilbagefald, fra alle 3 grupper . Er der forskel mellem de 3 grupper, hvordan klienter vurderer intensiteten af tilbagefaldet og dens efterfølgende håndtering: VÆRRE end før behandlingen, UFORANDRET eller BEDRE end før behandlingen?

Antallet af klienter med tilbagefald i projektgruppen er for ringe til at gennemføre en statistisk sammenligning med de andre 2 grupper.

Der findes ingen signifikant forskel mellem kontrolgruppen og dagbehandlingsgruppen i graden af tilbagefald

Resultater – detaljeret

I) Sammenligning af tilbagefaldskvotest for projektgruppe, kontrolgruppe og dagbehandling efter behandlingen

- A) Deltagelse i efterbehandlingen har en signifikant positiv betydning for ædruelighed. Klienter fra projektgruppen kunne signifikant bedre bibeholde ædruelighed (»at blive ved med at holde op«) end klienter fra kontrolgruppen.
- B) Klienter fra projektgruppen kunne ydermere signifikant bedre bibeholde ædruelighed end klienter fra dagbehandlingen.
- C) Der findes ingen signifikant forskel i tilbagefaldskvoten mellem kontrolgruppe og dagbehandling.

Projektgruppe vs. kontrolgruppe

Læsevejledning

For at opfylde krav om signifikant forskel i effekten skal værdien i den tredje kolonne (Asymp. Sig.2-tailed) være $p < .05$. En værdi $p < .05$ betyder, at der med 95% sandsynlighed er en statistisk signifikant forskel i tilsvarende kategori. For »TILBAGEFALD« er $p = .054$. Forskel mellem projektgruppe og kontrolgruppe er dermed grænsesignifikant.

Chi-Square Tests for Tilbagefald (ja/nej)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3.728(b)	1	.054		
Continuity Correction(a)	2.732	1	.098		
Likelihood Ratio	3.811	1	.051		
Fisher's Exact Test				.094	.048
Linear-by-Linear Association	3.663	1	.056		
N of Valid Cases	57				

a Computed only for a 2x2 table

b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 9.47.

Der er en statistisk signifikant forskel ml. projekt- og kontrolgruppen mht. tilbagefald ($p=0.054$).

Herefter testes, om projektgruppen er forskellig fra dagbehandling mht. tilbagefald.

Projektgruppe vs. dagbehandling*Læsevejledning*

For at opfylde krav om signifikant forskel i effekten mellem projektgruppen og dagbehandling skal værdien i den tredje kolonne (Asymp. Sig. 2-tailed) være $p < .05$. En værdi $p < .05$ betyder, at der med 95% sandsynlighed er en statistisk signifikant forskel i tilsvarende kategori. For »TILBAGEFALD JA/NEJ« er $p = .026$ og forskel mellem de to grupper dermed statistisk signifikant

Chi-Square Tests for Tilbagefald (ja/nej)

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	4.944(b)	1	.026		
Continuity Correction(a)	3.832	1	.050		
Likelihood Ratio	5.099	1	.024		
Fisher's Exact Test				.035	.024
Linear-by-Linear Association	4.863	1	.027		
N of Valid Cases	61				

a Computed only for a 2x2 table

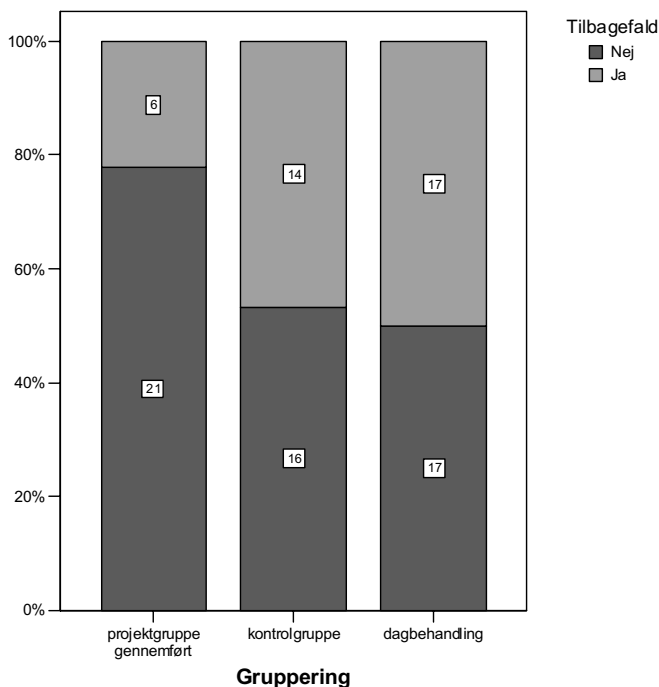
b 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10.18.

Der er en statistisk signifikant forskel ml. projekt- og dagbehandlingsgruppen mht. tilbagefald ($p=0.026$).

Kontrolgruppe vs. dagbehandling

Testen for ingen forskel ml. kontrolgruppen og dagbehandling giver en p-værdi på 0.79, og dermed ingen statistisk signifikant forskel i tilbagefaldskvoten.

Antal af tilbagefald for de enkelte grupper



II) Sammenligning af kvaliteten af tilbagefald for projektgruppen, kontrolgruppen og dagbehandling

Der findes ingen signifikant forskel mellem kontrolgruppen og dagbehandlingsgruppen i graden af tilbagefald.

Læsevejledning

For at opfylde krav om signifikant forskel i graden af tilbagefald mellem projektgruppen, kontrolgruppen og dagbehandling skal værdien i den tredje kolonne (Asymp. Sig.2-tailed) være $p < .05$. En værdi $p < .05$ betyder, at der

med 95% sandsynlighed er en statistisk signifikant forskel i tilsvarende kategori. For »GRADEN AF TILBAGEFALD« er $p=0.36$ og forskel mellem de to grupper dermed statistisk ikke signifikant

Chi-Square Tests for graden af tilbagefald

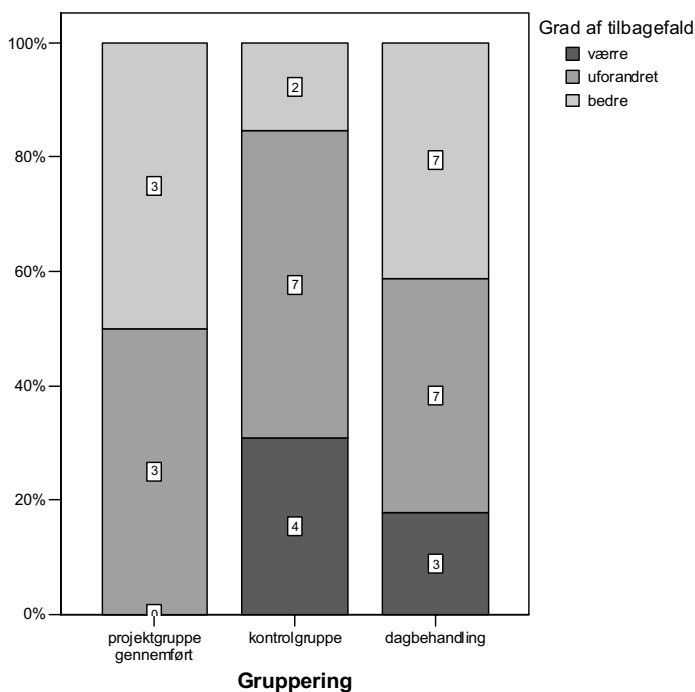
	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	2.431(a)	2	.297	.361		
Likelihood Ratio	2.550	2	.279	.361		
Fisher's Exact Test	2.394			.361		
Linear-by-Linear Association	2.039(b)	1	.153	.213	.119	.074
N of Valid Cases	30					

a 3 cells (50.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.03.

b The standardized statistic is 1.428.

Patienter med tilbagefald

Graden af tilbagefald fra »værre« – »uforandret« – »bedre«



Konklusion

EKSPONERINGSBEHANDLINGEN (CET - anvendt på Sydgården – er en videreudvikling af et struktureret *individuel* behandlingsprogram fra Monti, P.M. et al. (2002). Sydgårdens eksponeringsbehandling er en struktureret *gruppe*behandling med 6 sessioner. Der er udfærdiget en manual med en grundig beskrivelse af konceptet og de enkelte sessioner.

Metoden er generelt kendetegnet ved, at klienten udsættes for trangstimulerende risikosignaler (selv den alkoholiske genstand) og samtidig anvender klienten udvalgte mestringsstrategier. EKSPONERINGSBEHANDLING bevirker en markant reducere af klienternes kognitive, fysiske og emotionelle reaktioner på risikosituationer og -stimuli. CET er en behandlingsmetode, som sigter mod optimalt brug af situationsspecifikke håndteringsstrategier, mens trangen opleves. CET står i modsætning til den fremherskende mening om, at alkohol og trangen skal undgås. CET arbejder udelukkende på at etablere strategier, som klienten oplever uafhængigt af ydre faktorer (indrestyret kontroloverbevisning).

Det strukturerede gruppebehandlingsprogram på Sydgården til tranghåndtering viste en signifikant lavere tilbagefaldskvote for eksperimentalgruppen i forhold til en kontrolgruppe, som modtog den sædvanlige efterbehandling.

Perspektivering

Denne form for behandling kunne udvides inden for tranghåndtering af andre afhængighedstilstande og iværksættes på et tidligere stadium af behandlingen. Den kunne yderligere tænkes som en metode til reducere af misbrugets negative konsekvenser for særlig belastede misbrugere. Til sidst kunne metoden bidrage til at etablere et behandlingstilbud for mennesker med et ønske om kontrolleret forbrug.

LITTERATUR

- COONEY, N.L. et al. (1997): Alcohol cue reactivity, negative mood reactivity and relapse in treated alcoholic men. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 243-250.
- CORTY, E., O'BRIEN, C.P. & MANN, S. (1988): Reactivity to alcohol stimuli in alcoholics: Is there a role for temptation? *Drug & Alcohol Dependence*, 21, 29-36.
- HESTER, R.K. & MILLER, W.R. (2003.): *Handbook of alcoholism treatment approaches*. Boston: Allyn & Bacon.
- LINDEMEYER, J. (1999): Alkoholabhängigkeit. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen, Hogrefe.
- MARLATT, G.A. (1985): Cognitive factors in the relapse process. In G.A. Marlatt & I. Gordon (Eds.). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press, pp. 128-200.
- MONTI, P.M. et al. (1993): Alcohol cue reactivity: Effects of detoxification and extended exposure. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 235 -249.

- MONTI, P.M. et al. (2002): »Treating Alcohol Dependence. A coping skills training guide«. New York: Guilford Press.
- O'DONNELL, P.J. (1984): The abstinence violation effect and circumstances surrounding relapse as predictors of outcome status in male alcoholics outpatients. *The Journal of Psychology*, 117, 257-262.
- ROHSENOW, D.J. et al. (1992): Cue elicited urge to drink and salivation in alcoholics: Relationship to individual differences. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 14, 195-210.
- SAYETTE, M.A. et al. (1994): The effects of cue exposure on reaction time in male alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 55, 629 -633.