



Community Reinforcement Approach for Seniors (CRAS)

Modulbaseret behandling for alkoholafhængighed, tilpasset 60+ årige

Behandlingsmanual for Elderly-projektet

KUN udvidet behandling

Version 1.1.4

Forfattere: Theresa B. Moyers, Anette Søgaard Nielsen, Alyssa A. Forcehimes, Kjeld Andersen;

Forord til den danske udgave

Den danske udgave af 'Elderly-manualen' er en dansk oversættelse af den fælles, engelsksprogede behandlingsmanual, som blev brugt i projekt Elderly. ELDERLY er en international, multicentre randomiseret undersøgelse af to manualbaserede behandlingsprogrammer for ældre mennesker (60 år +) med alkoholproblemer i henhold til DSM 5. Undersøgelsen foregik i Danmark (i København, Aarhus og Odense), Tyskland (i München og Dresden) og USA (i Albuquerque) fra 2014 til 2017. Ledere af undersøgelsen var Anette Søgaard Nielsen (overordnet koordinator), Kjeld Andersen (Danmark og overordnet forskningsleder), Michael Bogenschutz (USA) og Gerhard Bühringer (Tyskland). For yderligere information om projektdesign, metoder og procedurer, se Andersen et al. (2015); og information om udbyttet af undersøgelserne, se Andersen et al. (2020).

Tak til Lundbeckfonden, Psykiatrien i Region Syddanmark og Syddansk Universitet for økonomisk støtte til projektet. Tak til alkoholbehandlerne fra Aarhus, Odense og København, samt over 300 patienter for deres deltagelse i projektet. Tak til Annemette Munk Svensson og Camilla Dahl Haislund Olsen for oversættelsen af manualen fra engelsk til dansk.

Kjeld Andersen og Anette Søgaard Nielsen

Engelsk forord

ELDERLY is an international, multicentre randomized single-blind study to test two manualised psychotherapy treatment programmes for older people (60 years +) with alcohol use disorders. The study was conducted and evaluated in Denmark (3 sites in Copenhagen, Aarhus, and Odense), Germany (2 sites in Munich and Dresden), and the USA (one site in Albuquerque) from 2014 until 2017. Joint principle investigators of the study are Anette Søgaard Nielsen (coordinator), Kjeld Andersen (Denmark), Michael Bogenschutz (USA), and Gerhard Bühringer (Germany). For further information on project design, methods and procedures see Andersen et al. (2015); regarding the primary outcome Andersen et al. (in preparation).

The manual you have in your hands represents the work of many people. Some of those contributions are noted in the author string, but there are others that are hidden or have been lost in the wandering of one project to another. Some of the content in this intervention was taken from the Combined Behavioral Intervention used in The COMBINE Research Project (<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/combine-form.pdf>), though modified for an elderly population in a primary care setting. We wish to acknowledge explicitly the contribution of those authors to this manual and hope we have conveyed their ideas faithfully. The manual describes the content of the Extended Treatment (CRA-S) in the Elderly Study.

The Elderly Study was supported by Lundbeck Foundation, Trygfonden, University of Southern Denmark and the Region of Southern Denmark.

The authors

Indholdsfortegnelse

Forord til den danske udgave	2
Engelsk forord	3
Fase A: Forberedelse til forandring	8
1.0 Session 1: Få patienten engageret	9
1.1 Hvad er motivation?	9
1.2 Faser og forandringsprocesser	10
1.3 Motiverende samtaler (MI) i CRAS-interventionen	12
1.4 Sammenligning med andre metoder	15
1.5 Klinisk metode	19
1.6 Implementering af session 1	34
1.7 Afsendelse af en håndskrevet note og invitation til støttepersonen	41
1.8 Færdiggør behandlertjeklisten	43
2.0 Session 2: Personlig feedback og fremkaldelse af forandringstale	43
2.1 Påbegyndelse af anden session	43
2.2 Levering af vurderingsfeedback ved brug af den Personlige feedbackrapport (PFR)	44
2.3 Fremkaldelse af dialog om patientforandring	46
2.4 Opbyggelse af motivation	46
2.5 Beslutning vedr. opbygning af motivationen el. påbegyndelse af en forandringsplan	47
2.6 Identificering af styrker og ressourcer	51
2.7 Afsluttende opsummering af session 2	54
2.8 Afslutning af sessioner	54
3.0 Session 3: Funktionel analyse (fremkalde og planlægge)	55
3.1 Påbegyndelse af en plan	55
3.2 Funktionel analyse	57
3.3 Gennemgang af psykosociale funktioner	62
3.4 Afslutning af sessionen	67
4.0 Session 4: Udvikling af en forandringsplan samt involvering af en støttende partner	67
4.1 Forståelse og involvering af den støttende partner i den udvidede behandling	67
4.2 Planlægning af behandling	80
4.3 Anbefaling af selvhjælpsprogrammer	84
4.4 Prioritering	85
4.5 Forberedelse af behandlingsplanen	86
5.0 Styrkelse af forpligtelsen	87
5.1 Anmodning om forpligtelse	88
5.2 Patient forpligter sig ikke til ændring i drikkevaner	89
6.0 Afslutning af session 4	89
Fase B: Implementering af forandring	91

7.0	Introduktion til psykosociale færdigheder i træningsmodulerne.....	92
7.1	Liste over træningsmoduler i psykosociale færdigheder.....	93
Håndtering af behov, trang og socialt pres til at drikke (COPE).....		94
8.0	Håndtering af behov og trang (COPE).....	95
8.1	Rationale.....	95
8.2	Socialt pres til at drikke.....	96
8.3	Opdagelse af trigger-situationer.....	97
8.4	Overvågning af trang.....	99
8.5	Håndtering af eksterne triggere.....	101
8.6	Håndtering af interne triggere.....	103
8.7	Udarbejdelse af en individuel håndteringsplan.....	105
8.8	Håndtering af pres til at drikke.....	105
Håndtering af aldring (AGE).....		115
9.0	Håndtering af aldring (AGE).....	116
9.1	Baggrund.....	116
9.2	Introduktion til modulet.....	119
9.3	Problemfokuseret håndtering.....	120
9.4	Acceptfokuseret håndtering.....	120
9.5	Vurdering af valg af strategi.....	121
9.6	Valg af problemfokuseret håndtering.....	121
9.7	Valg af acceptfokuseret håndtering.....	124
9.8	Afrunding af sessionen.....	128
Træning i håndtering af sindsstemning.....		129
10.0	Træning i håndtering af sindsstemning.....	130
10.1	Baggrund.....	130
10.2	Logistisk begrundelse for modificering af sindsstemning.....	131
10.3	Beskrivelse af STORK-modellen.....	132
10.4	Udforskning af negative sindstilstande.....	139
10.5	Selvmonitorering.....	141
10.6	Automatiske tanker.....	144
10.7	Udfordrende giftige tanker.....	146
10.8	Anvendelse af STORK ved trang til at drikke.....	152
Social og rekreativ rådgivning (SORR).....		155
11.0	Social og rekreativ rådgivning (SORR).....	156
11.1	Baggrund.....	156
11.2	Logisk begrundelse for SORR.....	156
11.3	Vurdering af kilder til indsatsforstærkere.....	157
11.4	Diskussion af alkoholfrie aktiviteter.....	160
11.4	Udvikling af et alkoholfrit støttesystem.....	161
11.6	Prøvetagning af indsatsforstærkere.....	161
11.7	Systematisk opmuntring.....	162
Opbygning af et ædru netværk (SOBN).....		165

12.0	Opbygning af et ædru netværk (SOBN).....	166
12.1	Baggrund.....	166
12.2	Rationale	167
12.3	Undervisning/uddannelse af støttepartnere	170
12.4	Indstudering i at bede om hjælp	171
12.5	Forståelse af patientens erfaring med selvhjælpsgrupper	172
12.6	Tilpasningshensyn ifm. henvisninger til ædru netværk	172
12.7	Igangsættelse af involvering i ædru netværk eller selvhjælpsgrupper	173
Afslutning af udvidet behandling. Slut på sidste session.....		174
13.0	Afslutning af session 12.....	175
13.1	Afslutning af session 12 (eller afslutning af sidste session, hvis du og patienten har været enige om et kortere behandlingsforløb).....	175
Litteraturliste		176
APPENDIX A: Personlig feedbackrapport (PFR).....		183
APPENDIX B: Instruktioner til forberedelse af den personlige feedbackrapport (PFR).....		185
APPENDIX C: Behandler retningslinjer for præsentation af den personlige feedbackrapport		189
APPENDIX D: Forstå din personlige feedbackrapport (PFR)		200
APPENDIX E: Skemaer til CRAS-behandlingsforløbet.....		206
	Ønskede effekter af drikkeri	207
	Personlige linealer – arbejdsark	208
	Nye veje – arbejdsark	209
	Karakteristika ved succesfulde forandrere.....	210
	Personlige tilfredshedskort – sorteringsøvelse.....	211
	2x JA-tjekliste	213
	Muligheder – arbejdsark.....	215
	Alkohol afholdenhed færdigheder-fristelse (AASE-T)	216
	Tanker om afholdenhed	220
	Forandringsplan.....	221
	Behandlingsplan.....	222
	Overvågning af trang	223
	Perspektiver på aldring	224
	”Se fremad”-øvelse	225
	”Hvem er jeg egentlig”-øvelse.....	226
	Et gran af sandhed	227
	STORK: Forstå følelser og humør	228

<i>Følelser og nuancer</i>	<i>229</i>
<i>Selvmonitorering af følelser</i>	<i>230</i>
<i>Tankeerstatning – arbejdsark.....</i>	<i>231</i>
<i>Liste over mulige behagelige aktiviteter.....</i>	<i>232</i>
<i>Et brev til mennesker i dit liv.....</i>	<i>234</i>

Fase A: Forberedelse til forandring

1.0 Session 1: Få patienten engageret

CRAS-behandlingen består af fire *Motivational Enhancement Therapy* (MET)-sessioner, hvoraf den første af disse sektioner beskrives i denne sektion. I de efterfølgende sektioner beskrives de resterende tre MET-sessioner.

1.1 Hvad er motivation?

Hvad er motivation? Hvis man opfatter motivation som en form for indre livskraft, den viljestyrke nogle patienter besidder i højere eller mindre grad, er man måske knap så optimistisk i forhold til patienter, som egentlig ikke er motiverede. Et forsøg på at opmuntre disse patienter med henblik på at få deres motivation i vejret og dermed skabe en adfærdsændring, er ikke en særlig effektiv strategi.

At anskue motivation som sandsynligheden for at tage initiativ til forandring, er derimod en mere nyttig opfattelse og også måden hvorpå de fleste psykologiske studier definerer dette. Spørger man, ”Hvad er en patient motiveret til at gøre?” spørges der i virkeligheden, ”Hvad forventes patienten at gøre?” Først når man opfatter motivation på denne måde, bliver det ens opgave at højne muligheden for at patienten selv skrider til handling for at ændre adfærd.

Det, at en patient agerer ud fra begreberne ’indvilligelse’ eller ’fastholdelse’, har vist sig at være et af de bedste tegn på et positivt behandlingsresultat. Der er påvist en større sandsynlighed for at opnå fremgang hvis patienten selv tager aktiv del i forandringen. Patienter klarer sig væsentligt bedre, når de deltager i flere behandlingssessioner, eller indtager deres medicin regelmæssigt (også selvom medicinen er en placebo; se Fuller et al. 1986), deltager i flere AA-møder eller afprøver forskellige forandringsprocesser. I løbet af session 1, bliver det din opgave at øge sandsynligheden for at din patient selv indleder sin aktive færd mod forandring.

Motiverende samtaler (*Motivational interviewing*) er patientcentreret men samtidig en direkte rådgivningsmetode, hvis formål er at hjælpe patienten med at løse den ambivalente problemstilling vedrørende adfærd og initiativtagning til forandring (Rollnick and Miller 1995). Du vil komme til at gøre brug af den kliniske metode gennem hele CRAS-forløbet. Metoden er baseret på principperne for klinisk psykologi og udformet med henblik på at igangsætte en lynhurtig adfærdsforandring motiveret indefra. Motiverende samtalebehandling (MI) adskiller sig fra andre behandlinger, fordi

den tydeligt har at gøre med behandlerens holdning til patienten – også kaldet MI's 'ånd'. Denne 'ånd' består af elementerne: Partnerskab, accept (non-stigmatisering) og fremkaldelse. Disse elementer danner grundlaget for din interaktion gennem hele interventionen.

1.2 Faser og forandringsprocesser

Motiverende samtaler (MI) er i overensstemmelse med forskning i den naturlige forandringsproces og designet til at fremskynde denne. Prochaska og DiClemente (1982, 1984, 1985, 1986; DiClemente and Prochaska 1998) beskriver en transteoretisk model af, hvorledes folk ændrer problemadfærd, med eller uden formel behandling. I dette perspektiv gennemgår folk en række forandringsfaser i forbindelse med ændring af deres misbrugsadfærd, og i hver fase fuldfører patienter visse opgaver og bruger særlige processer. De fem separate faser er beskrevet nederst (Prochaska and DiClemente 1984, 1986; Prochaska et al. 1992):

Fase 1: Forudgående betragtning. Patienter i den først fase overvejer ikke en ændring i deres problemadfærd.

Fase 2: Overvejelse. I denne fase overvejer patienter om de har et problem og vurderer både gennemførligheden og hvilke personlige omkostninger, en adfærdsændring i givet fald ville have.

Fase 3: Forberedelse. Efterhånden som patienterne gør fremskridt, befinder de sig nu i fase 3, som involverer beslutningstagen og forberedelse til aktiv forandring.

Fase 4: Handling. Når patienter begynder at ændre deres problemadfærd, kommer de til denne fase, som normalt varer 3-6 måneder.

Fase 5: Vedligeholdelse. Når det er lykkedes at få handlingsstadiet diskuteret på plads, går patienter videre til vedligeholdelse eller vedvarende forandring. Hvis dette ikke lykkedes og problemadfærden gentager sig, påbegynder patienten på en ny runde gennem disse forandringsfaser.

Hvad gør patienten helt nøjagtigt i hver af disse faser? Prochaska og DiClemente (1998) har skildret en række processer (f.eks. færdigheder, opførsel eller aktiviteter), som patienter anvender for at opnå de nødvendige forandringer mens de gennemgår de forskellige forandringsfaser. Disse processer indgår i mange forskellige typer behandling for misbrugsadfærd, inklusiv denne. De bruges ligeledes af patienter, som forandrer sig uden nogen formel behandling. Processerne kan eksempelvis omfatte: tydeliggørelse af værdier, læring og praktisering af nye mestringsstrategier – især i højrisiko

situationer – tilkendegivelse af følelserne omkring et problem med andre, erstatning af alkohol med forskellige substitutter, undvigelse af situationer hvor der er alkohol til stede samt belønning af én selv for at have iværksat en forandring (Prochaska, Norcross & DiClemente, 2013).

Den oplagte vej for en person ville være at avancere fra den ene fase til den næste, indtil han/hun opnår vedligeholdelse. For langt de fleste personer med seriøse alkoholproblemer er der dog visse tilbagefald forbundet med denne proces, som opstår gennem de tidlige faser på vej mod vedligeholdelse. Ved nye forsøg på at gøre fremskridt, prøver personer ofte nye forandringsprocesser, hvorved denne gentagelse muliggør ny læring. De fleste personer går igennem flere omløb af denne cyklus, inden de formår at fastholde en stabil forandring.

Ud fra det transteoretiske perspektiv adresserer motiverende samtaler (MI) den fase som patienten befinder sig på og assisterer vedkommende gennem de resterende stadier hen mod fastholdelse af forandring. Motiverende samtaler (MI) adresserer især problematikken forbundet med de første tre faser af forandringen – forudgående betragtning, overvejelse og forberedelse.

I fase A kan det være nyttigt at overveje tre aspekter af motivation reflekteret i udtrykket ”parathed, villighed og færdighed”. ’Villigheden’ er relateret til vigtigheden af, hvordan patienter opfatter forandring: hvor stort et problem deres drikkeadfærd egentlig er og hvorledes det påvirker dem (både positivt og negativt). Øget vægt på at ændre drikkevaner kan manifestere sig på mange forskellige måder. Ofte sker det på baggrund af en ydre påvirkning som f.eks. en kritisk sundhedstilstand eller et ultimatum fra en livsledsager. Men i CRAS-interventionen hjælper man i stedet patienter med at sætte ord på deres egne begrundelser for forandring og udforske disse begrundelser i et støttende miljø. Blot det at tale om disse ’selvstændige argumenter’ med en medføleende lytter, kan øge argumenternes vigtighed overfor patienten. Udforskning af disse grunde til forandring i et miljø som ikke fremprovokerer en modvillighed, får patienten til at tage argumenterne mere alvorligt. Nogle gange hører behandleren patienten sige sådan noget som: “Tja, nu hvor jeg hører mig selv sige det...” eller “Jeg har egentlig aldrig opfattet det på den måde”. Patientens egne begrundelser for ændring (også kendt som ’forandringssnak’ når det siges højt) er den gyldne tråd som behandleren forsigtigt følger i CRAS-interventionen.

Dernæst følger patientens egen opfattelse af sin evne til at undergå forandring. Patienten vurderer hvorvidt han/hun vil være i stand til at foretage en forandring, og hvad denne forandring ville betyde i hans/hendes liv. Det er dog muligt, at en patient udviser villighed men stadig ikke er parat til

forandring. Dette er ofte fordi, det ikke er vigtigt at foretage en forandring sammenlignet med andre behov og prioriteter i personens liv. Ved at adressere disse områder effektivt, hjælpes patienter til at udvikle en dybere forpligtelse overfor aktiv forandring.

1.3 Motiverende samtaler (MI) i CRAS-interventionen

1.3.a Fire processer i MI

Motiverende samtaler omfatter fire specifikke processer (Miller & Rollnick, 2013) som alle findes i CRAS-interventionen. Den første af disse er engageringsprocessen. Her sørger behandleren for at sikre en tryk atmosfære, mens patienten overvejer hvad han/hun skal sige om sit drikkeri. Denne engageringsproces i motiverende samtaler (MI) afhænger i allerhøjeste grad af behandlerens mellemmenneskelige evner, især brugen af reflekterende lytning til at udvise empati (se nederst). For nogle patienter indfinder dette engagement sig temmelig hurtigt, og de er parate til at gå videre til næste proces. For andre sker dette engagement efter lidt længere tid. I CRAS-interventionen har behandleren bredt råderum til at prioritere engagement og vende tilbage til det, om nødvendigt, efterhånden som behandlingen skrider frem.

Når patienten er engageret, kan processen 'fokusering' påbegyndes. Fokuseringsprocessen gør det muligt for patienten og behandleren at træffe en fælles beslutning om, hvilken forandring de burde arbejde på sammen. Fokuseringsprocessen kan være noget kompliceret i visse miljøer, og der kan være behov for særlig opmærksomhed fra den motiverende interviewer. I CRAS-interventionen har patienten allerede valgt et 'fokuseringspunkt' før det første møde med behandleren. Hvis patienter er tilbageholdende eller i forsvarsposition i forhold til deres drikkeri, kan behandleren ikke automatisk formode, at et andet samtaleemne kunne være virksomt. Dette bør i stedet ansues som den naturlige ambivalens forbundet med at foretage en vanskelig ændring. Man må huske på, at patienter har indvilget i at deltage i denne behandling med det tydelige formål at ændre deres drikkevaner. De har allerede oplevet en omfattende udredning, og det kommer næppe bag på patienten, at behandleren er fokuseret på at diskutere alkoholproblemer.

Efter at være blevet enige om et mål for forandring, i dette tilfælde det problematiske drikkemønster, kan fremkaldelsesprocessen påbegyndes. Denne proces tager udgangspunkt i formodningen om, at når patienter har en ambivalent holdning til forandring, vil både deres 'for' og 'imod' argumenter være fremtrædende i underbevidstheden. Behandlerens rolle i fremkaldelsesprocessen er at sikre, at argumenterne for forandring kommer i søgelyset og bliver hørt. Ofte udføres dette ganske enkelt ved

at spørge patienten direkte om deres bekymringer og ønsker om forandring. Fremkaldelse kan også finde sted ved at være særlig opmærksom på 'forandringssnak', når man vælger indholdet i en refleksion, fordi nøje overvejelse af netop 'forandringssnak' betyder, at der sandsynligvis vil blive mere af dette. I CRAS-manualen er der mange eksempler på, hvordan man er opmærksom på patientens sprogbrug, så man vil komme til at høre mere 'forandringssnak' og i mindre grad om at lade tingene forblive som de er. Det som er vigtigt at huske mht. fremkaldelse er, at patienterne naturligvis har en god grund til at ændre deres drikkeadfærd, og det er behandlernes opgave at få disse bekymringer ud af patienten selv og ikke blot formidle dem til vedkommende.

Den sidste proces i motiverende samtaler (MI) er planlægning. Her bliver detaljerne for hvordan forandringen skal ske diskuteret og udarbejdet. Planlægning i MI og i CRAS-interventionen er en fælles indsats og afhænger i høj grad af patientens forestillinger om, hvad der konkret skal ske. Øget behandlereksptise får naturligvis stor værdi i takt med patientens stræben efter forandringsstrategier, men det er aldrig behandleren, som overtaler patienten til at gå en bestemt vej. Den rette samarbejdsånd er lige så vigtig i planlægningsprocessen som de øvrige processer i motiverende samtaler (MI). Der er mange samarbejdsmuligheder indbygget i CRAS-interventionen, begyndende med en forhandling om patientens mål for sit drikkeri. Selvom muligheden for afholdenhed diskuteres, er dette dog ikke hovedformålet for behandlingen. Som så mange andre behandlingsmål, respekterer behandleren patientens selvstændige beslutning om, hvorvidt der skal ske en forandring og hvordan.

1.3.b *MI-behandlerens mål*

Motiverende samtaler (MI) begynder med antagelsen om, at patienten besidder såvel ansvar som evne. Din opgave er at sørge for vilkår, som vil kunne forbedre patientens motivation og forpligtelse til forandring. Du må stræbe efter at mobilisere såvel patientens egne indre ressourcer som de tilsvarende i patientens personlige 'hjælpende' relationer. Hele idéen er at fremkalde og støtte den indre forandringsmotivation, hvilket vil få patienten til at tage initiativ og fortsat overholde sin indsats mht. adfærdsforandring. Her er nogle eksempler på grundlæggende strategier, som kan være en støtte i alle processer:

a. **Giv udtryk for empati.** I MI forsøger behandleren at tilkendegive støtte og respekt for patienten. Man undgår tilkendegivelser, som måtte antyde et overlegent/underlegent forhold mellem behandler

og patient. Behandlerens rolle er en kombination af støtteperson og kyndig vejleder. Patientens eget valg og selvstændige retning respekteres. På denne måde er det faktisk kun patienten, som kan beslutte sig for at ændre sin drikkeadfærd og udføre ændringen i praksis. Behandleren tilstræber at give komplimenter og ikke kritik, og at styrke patientens psyke i stedet for at underminere den. I motiverende samtaler (MI) er det yderst vigtigt at lytte. Overtalelse foregår altid på en blid og diskret måde og altid med en formodning om, at forandring afhænger af patienten. Forskere anerkender i vidt omfang effekten af denne blide, ikke-aggressive overtalelsesform, eksempelvis Bill Wilson i sit råd om samarbejde med andre (AA 1976). Refleksiv lytning (forbedret empati) er en grundlæggende evne i motiverende samtaler (MI). Denne evne kommunikerer den ubetingede accept og samtidig opbakning ud til patienterne, i den del af processen hvor der tages de første skridt mod forandring.

b. **Skab diskrepans.** Forandringsmotivation opstår, når en person bliver opmærksom på en uoverensstemmelse mellem hvor de befinder sig og hvor de er på vej hen. Motiverende samtaler forsøger at forbedre patientens opmærksomhed og få fokus rettet mod sådanne uoverensstemmelser med hensyn til drikkeadfærd. I nogle tilfælde (f.eks.: præ-grublere i Prochaska and DiClemente's model [1984, 1986]) er det måske nødvendigt at behandleren først skaber en sådan uoverensstemmelse ved at øge patientens bevidsthed om de personlige konsekvenser af hans/hendes drikkeri. I andre tilfælde (f.eks. alm. grublere) er formålet med processen at tydeliggøre og afklare patientens betænkeligheder ved at styrke hans/hendes motivation for forandring, samtidig med at patientens motivation for at bevare status quo mindskes. Korrekt præsenteret, kan behandlerens personlige informationsfeedback forbedre patientens opfattelse af vigtigheden af forandring. Dette kan resultere i, at patienten bliver mere tilbøjelig til at deltage i en ærlig diskussion om forandringsvalgmulighederne og derved reducere opfattelsen af uoverensstemmelse. I andre tilfælde påbegynder patienten behandlingsforløbet efter overvejelsesfasen, og det tager mindre tid at få vedkommende flyttet hen mod handlingsfasen. Ikke desto mindre er det godt at huske på, at selv i handlingsfasen oplever patienter stadig et ambivalent forhold til forandring, og her kan forbedret motivation være nyttig gennem hele terapien/behandlingen.

c. **Undgå argumentation.** MI undviger udtrykkeligt den direkte argumentering som kan sætte patienten i forsvarsposition. Behandleren forsøger ikke at få patienten til at acceptere eller 'tilstå' en

diagnostisk etiket, ej heller at bevise eller overbevise ved hjælp af argumentets kraft. Direkte argumentering er ikke særlig effektiv i forhold til at ændre patientens selvopfattelse. Det essentielle mål er at minimere patientens agtpågivenhed. Måden hvorpå behandleren tackler denne defensive adfærd på er vital og karakteristisk for motiverende samtaler (MI). Denne metode bearbejder ikke patientens forsvarsadfærd direkte men bevæger sig i stedet fremad i processen, med det formål at omlægge patientens opfattelse. Behandleren opfordrer til nye måder at tænke over problemer men påtvinger dem ikke patienten. Behandleren opfatter patientens ambivalens som normal, ikke patologisk, og den udforskes åbent. Det er som regel patienten og ikke behandleren som fremkommer med løsningerne.

d. **Støt selveffektivitet.** Selv en person som bliver overbevist om at han/hun har et alvorligt problem bevæger sig måske alligevel ikke mod forandring medmindre han/hun kan håbe på succes. Bandura (1982) har beskrevet selveffektivitet som en kritisk bestemmelse af adfærdsforandringer. Dybest set er selveffektivitet troen på at kunne udøve en speciel adfærd eller fuldende en specifik opgave. I dette tilfælde bør patienten overbevises om, at det er muligt for ham/hende at ændre sit drikkeri og dermed reducere relaterede problemer.

Dette kunne også kaldes håb eller optimisme, selvom det ikke er absolut nødvendigt at patienten som helhed er optimistisk af natur. Det afgørende er patientens tro på, at han/hun kan ændre sit alkoholproblem. Hvis patienten ikke har denne tro, vil han/hun højst sandsynligt finde en løsning på en opfattet uoverensstemmelse i defensiv kognition (dvs. rationalisere, benægte) for at reducere ubehaget i stedet for at ændre sin adfærd. Dette er både en naturlig og forståelig beskyttende proces. Hvis man ikke har noget håb om forandring er der ingen grund til at konfrontere problemet.

1.4 Sammenligning med andre metoder

1.4.a Forskelle fra den benægtelses-konfronterende metode

Motiverende samtaler adskiller sig markant fra konfronterende behandlingsstrategier, hvor behandleren har det primære ansvar for at 'nedbryde patientens forsvar'. Miller (1999) beskrev følgende kontraster som vist i tabel 1.4.a herunder:

Tabel 1.4.a: Kontraster mellem konfrontation og den motiverende samtale

Konfrontation	Motiverende samtale
Stærk vægt på accept af en selv som 'alkoholiker'; indrømmelse at diagnosen er vigtig for forandring	Ingen vægt på etiketter; alkoholismetiketten anses som værende unødvendig for at forandring kan finde sted
Eftertryk på sygdommen alkoholisme, som modsiger det personlige valg	Vægt på det personlige valg vedrørende drikkeri og dets konsekvenser i fremtiden
Behandleren fremfører bevis på alkoholisme i et forsøg på at overbevise patienten om diagnosen	Behandleren fastsætter en objektiv evaluering men fokuserer på frembringelse af patientens egne bekymringer
Forsvarsadfærd opfattes som 'benægtelse', en alkoholikers karakteristiske egenskab som fordrer en virkelighedskonfrontation af behandleren	Forsvarsadfærd opfattes som en mellem menneskelig reaktion påvirket af behandlerens egen adfærd, hvilket signalerer et behov for en ændret strategi i rådgivningen
Går patienten i forsvarsposition mødes med argumentation og irettesættelse	Går patienten i forsvarsposition mødes vedkommende med refleksion og omtolkning

I motiverende samtaler er det behandlerens mål at fremkalde udsagn fra patienten om problemopfattelse og behovet for forandring, også kaldet Forandringstale eller Selvmotiverende Udtalelser. Dette er begrebsmæssigt det omvendte af den metode, hvor det er behandlerens ansvar at udtrykke disse perspektiver ("Du er alkoholiker, og du bliver nødt til at holde op med at drikke") og overbevise patienten om sandheden i dem. Motiverende samtaler understreger patientens evne til at ændres (selveffektivitet) i højere grad end patientens hjælpeløshed eller magtesløshed overfor alkohol. Behandleren undgår behændigt at diskutere med patienten. I motiverende samtaler er det derfor uhørt, at behandleren gør følgende:

- Diskuterer med patienten
- Påsætter en diagnostisk etiket på patienten
- Tager ansvar og forklarer hvorfor patienten bør forandre sig

- Fortæller patienten hvad han/hun 'bør' gøre
- Forsøger at 'nedbryde benægtelse' ved direkte konfrontation
- Understreger patientens 'magtesløshed'
- Skaber en modstridende interaktion, hvor behandleren argumenterer for forandring og patienten argumenterer imod.

1.4.b *Forskelle fra den ikke-dirigerende metode*

Motiverende samtaler afhænger i høj grad af den patientcentrerede behandleres evner (såsom empatisk spejling) beskrevet af Carl Rogers og dennes studerende (f.eks. Rogers 1957, 1959; Truax og Carkhuff 1967). I det klassiske Rogerianske rådgivningskoncept dirigerer behandleren dog ikke behandlingen men følger patienten uanset retningen. Der er ikke nogen opskrift på reaktionen på patientens udsagn. I denne form for 'ikke-dirigerende' rådgivning, og uanset hvad patienten frembyder, imødegår behandleren det med ubetinget positiv omtanke.

I modsætning til dette, er motiverende samtaler målrettede og anvender systematiske strategier for at nå frem til specifikke mål (se tabel 1.4.b.). Behandleren søger aktivt at skabe uoverensstemmelser og kanalisere dem mod en adfærdsforandring (Miller 1983; Miller og Rollnick 2002). Behandleren bruger bevidst refleksion og omtolkning på en tilfældig måde for at styrke patientens indre motivation for forandring.

Tabel 1.4.b: Sammenligninger mellem den ikke-dirigerende rådgivningsmetode og motiverende samtale.

Ikke-dirigerende rådgivningsmetode	Motiverende samtale
Gør det muligt for patienten at bestemme indholdet og retningen af rådgivningen Undgår indskydelse af rådgiverens egne råd og feedback	Dirigerer patienten mod motivation for forandring Tilbyder rådgiverens egne råd og feedback hvor det er passende

Anvender empatisk refleksion ubetinget	Anvender refleksion og omtolkning selektivt for at styrke motivationen for forandring
Udforsker patientens nuværende konflikter og følelser uden noget specifikt mål for forandring	Har til formål at vække og forstærke patientens uoverensstemmelser for at øge motivationen for forandring

Indholdet er stadig patientens eget; behandleren forsøger ikke at tilvejebringe eller indsætte grunde til ændringer af alkoholbrugen. I stedet dirigerer behandleren patientens fremtrædende opmærksomhed hen på uoverensstemmelserne mellem problemadfærden og patientens egne væsentlige interesser og værdier. På denne måde er motiverende samtaler en direkte, patientcentreret og forandringsorienteret metode.

1.4.c *Integrering med færdighedstræning i kognitiv-adfærdsterapi*

Motiverende samtale (MI) fungerer sammen med et bredt udvalg af strategier for adfærdsforandring. Den har vist sig at øge indvilgelse og resultaterne af en 12-punkts plan for behandling (Brown og Miller 1993; Bien et al. 1993b), i fysisk rehabilitering (Scales et al. 1997), og i kognitiv-adfærdsterapi (Allsop et al. 1997; Aubrey 1998). Der er en naturlig overgang fra at bygge forandringsmotivation og til forhandling af forandringsstrategier (fase A). Kun når engageringsfasen er overstået introducerer behandleren specifikke mulige metoder og strategier for forandring. Rigtigt valg af en bestemt forandringsmetode passer dog ikke sammen med patientens valg og autonomi. Stiller man derimod en række valgmuligheder til rådighed for patienten, er metoden sammenlignelig med motiverende samtaler.

Overgangen til emnet færdighedstræning opstår i løbet af session 1 og 2, så snart engageringsprocessen er fuldendt. Dernæst, i session 3, introducerer behandleren en funktionel analyse af drikkeri som en del af udviklingen og forhandlingen om en behandlingsplan. Den funktionelle analyse foreslår i rækkefølge særligt hjælpsomme ændringer, som danner grundlaget for behandlingsplanen.

Som tidligere nævnt, er det meningen at behandleren forsætter med empatien i den kliniske motiverende samtalemetode gennem hele CRAS-behandlingsforløbet. Denne tilgang tjener som en

platform for fremtidige interventioner. Behandleren bør mobilisere refleksiv lytning til patienten hele vejen fra session 1 til afslutningen af behandlingen. Gennem hele behandlingsforløbet er patienter aktivt involveret i valget af deres egne strategier. Behandleren introducerer mestringsstrategier på en hentydende og opmuntrende måde, snarere end ved brug af en påtrængende facon. I løbet af den del af behandlingen som omhandler færdighedstræning (fase B), skaber behandleren dermed en balance mellem de foreslåede mestringsstrategier og udnyttelse af patientens egne idéer og ressourcer.

1.5 Klinisk metode

Der er stor forskel på patienters indledningsvise forandringsvillighed. Nogle møder ind til behandlingen fuldt besluttet og opsat på forandring. Alligevel bør der fortsat arbejdes både på aktivering, fokus og fremkaldelsesprocessen, dels for at udforske dybden af en så åbenlys motivation og for at sikre en forpligtelse. Andre patienter tøver måske eller er sågar fjendtlige i starten; her bliver aktivering og fremkaldelse i session 1 og 2 af højeste vigtighed. I ekstreme tilfælde bliver nogle patienter i overvejelserfasen tvunget i behandling af familiemedlemmer, en arbejdsgiver eller offentlige myndigheder. Det er dog mere sandsynligt, at de fleste patienter påbegynder behandlingsprocessen et eller andet sted i overvejelser- eller forberedelsesfasen. De overvejer måske allerede at gå i aktion men har stadig behov for styrkelse af motivationen for forandring.

En god måde at anskue fase A på, er at den indeholder specifikke teknikker til at frembringe patientens egen motivering, som 'sidder fast' på grund af den ambivalente gæen frem-og-tilbage. Set herfra skaber behandleren ikke motivation, men fremskynder snarere væksten af den. På samme måde som en jordmoder assisterer ved fødslen, hjælper behandleren patienten med at opleve, frigøre og udtrykke sin egen indre motivation. Tanken om motivation som en naturlig del af forandring er næsten altid til stede, når patienter er involveret i problematisk drikkeadfærd, og det frigør behandlerne fra følelsen af at være tvunget til at få forandringen til at finde sted. De kan i stedet fokusere på forbedring af den motivation, de formoder allerede er til stede.

1.5.a Den motiverende samtales generelle strategier

Miller og Rollnick (1991) har beskrevet følgende *generelle strategier* som karakteriserer den kliniske metode for motiverende samtaler, som vist nedenfor:

1.5.a.1 Fremkaldelse af 'forandringstale'

Det er sandt, at man kan 'overbevise' sig selv om forandring. Socialpsykologi har fuldt ud demonstreret, at når personer taler af egen fri vilje eller opfører sig på en ny måde, går deres tro og værdier også i samme retning. Dette fænomen beskrives som kognitiv uoverensstemmelse (Festinger 1957). Teorien om selvopfattelse (Bern 1967) har et andet bud, som følger: "Når jeg hører mig selv tale, finder jeg ud af, hvad jeg tror på." Det vil sige, de ord, der kommer ud af en persons mund, er overbevisende for vedkommende, måske i højere grad end hvis de samme ord blev udtrykt af en anden – hvis jeg siger det, og ingen har tvunget mig til at sige det, så må jeg tro på det!

Hvis det er rigtigt, så er det den værst tænkelige strategi at fremkalde forsvarsargumenter fra den person, man forsøger at overtale. Konfrontation er sjældent en effektiv salgsteknik (f.eks. "Dine børn er uddannelsesmæssigt underprivilegerede, og du vil fremstå som en uansvarlig forælder, hvis du ikke køber den computer"). Der er en anden grund til, at denne behandlingsmetode er mangelfuld: ikke alene fremkalder det fjendtlighed, men det får også patienten til at sætte ord på de helt forkerte udtalelser. Et aggressivt argument hvor behandleren hævder, "du er alkoholiker, og du bliver nødt til at holde op med at drikke", fremkalder som regel et meget forudsigeligt sæt reaktioner fra patienten: "Nej, jeg er ikke – og nej, jeg gør ikke." Desværre er rådgivere nogle gange trænet i at tolke et sådant svar som yderligere bevis på patientens 'benægtelse' og presse så meget hårdere. Det sandsynlige resultat bliver en højere grad af patientens agtpågivenhed, hvilket i sidste ende spår en manglende adfærdsforandring.

Det positive aspekt af den menneskelige adfærd er, at behandlerens mål i motiverende samtaler er at frembringe patientens egne udsagn om ønsker, evner, grunde og behov i forhold til forandring (Miller og Rollnick, 2013). De omfatter fire typer udsagn, som beskrevet nedenfor:

1. **Genkendelse af problemet.** Dette er patientens kognitive anerkendelse af den (potentielle) risiko for eller tilstedeværelse af negative konsekvenser af at drikke. Dette bør ikke sidestilles med patientens accept af et diagnostisk label. Nogle personer er i stand til at beskrive problemer forårsaget af deres drikkeri (som anført herunder), men afviser stadig den personlige label 'problemdrikker'.
 - Jeg gætter på, at jeg virkelig drikker for meget.
 - Jeg havde egentlig ikke tænkt meget over, hvordan det påvirker min krop.

- Jeg kan se, at hvis jeg ikke ændrer kurs, kan det ende med at blive meget værre.
 - Jeg var slet ikke klar over, at 'kunne tåle mosten' er et advarselstegn.
2. **Udtrykt bekymring.** Patientens anerkendelse af problemet kan være ledsaget af en tydelig bekymring over sin egen tilstand. Udtrykt bekymring har en mere følelsesmæssig kvalitet, personlig involvering og bekymring; se eksempler her nederst:
- Jeg har det dårligt med, hvad det har gjort ved min familie.
 - Denne feedback bekymrer mig; Jeg bryder mig ikke om den!
 - Jeg vil ikke miste mit job.
 - Hvad skal jeg gøre?
3. **Vilje, ønske eller intentioner om forandring.** Dette udsagn afspejler villighed til forandring; se eksemplerne her:
- Jeg bliver nødt til at gøre noget. Jeg kan ikke fortsætte på denne måde.
 - Jeg vil kvitte alkohol og andre rusmidler.
 - Hvad kunne jeg gøre for at ændre mine drikkevaner?
 - Jeg holder op med at drikke!
4. **Optimisme i forhold til forandring.** Her udtrykker patienten tro på sin færdighed – evnen til at forandres. Bemærk at det måske udtrykkes hypotetisk, uden det udtrykkelige ønske eller intention om forandring; eksemplerne er anført her:
- Jeg kan det her. Jeg kan få bugt med den vane!
 - Jeg kunne holde op, hvis jeg virkelig ville.
 - Jeg har før lavet nogle hårde ændringer. Jeg har været igennem meget.
 - Jeg er usikker på helt at droppe det, men jeg tror i det mindste, at jeg kan skære det noget ned.

Nyere formuleringer af MI har haft fokus på forandringstale som omfatter følgende:

- Ønske om forandring: "Jeg ønsker at ændre mig."
- Evne til at forandre sig: "Jeg kunne (kan) ændre mig."
- Begrundelser for forandring: "Hvis jeg ændrede mig, ville noget blive bedre"
- Behov for forandring: "Jeg bliver nødt til at ændre mig."
- Forpligtelse til forandring: "Jeg vil ændre mig."

Disse fire typer patienttale om forandring er blevet studeret nøje og har vist sig at være en indikator for bedre patientresultater, især i behandlinger for alkoholproblemer (Miller & Rollnick, 2013). Op til nu er det tydeligt, at der er mange måder hvorpå patienter kan foreslå forandringstale. Det vigtigste er, at man ikke er bekymret for hvilken *type* forandringstale der finder sted, men *hvordan man reagerer på den*. Behandlere, som er *dygtige* til at bruge MI, genkender forandringstale, når den fremføres i sessionen og reagerer på den med eftertanke og fremkaldende spørgsmål. Særligt dygtige interviewere tager et skridt videre og anvender strategier til at fremkalde forandringstale fra deres patienter. Hvorledes gør man det?

Der er mange måder at fremprovokere forandringstale hos patienter. Den nemmeste er ved at spørge direkte ved at bruge åbne spørgsmål som disse:

- ”Jeg går ud fra, eftersom du er her, at du har haft nogle bekymringer eller vanskeligheder med dit drikkeri. Vil du fortælle mig om dem?”
- ”Prøv at fortælle mig hvad du har lagt mærke til med dit drikkeri. Har det mon ændret sig over tid? Hvad har du bemærket, som især bekymrer dig, noget som kunne skabe ubehag eller udvikle sig til problemer?”
- ”Hvad har andre sagt til dig om dit drikkeri? Hvad er det, som bekymrer andre?”
- ”Hvad får dig til at spekulere på, at du måske bør ændre dine drikkevaner?”
- ”Hvad får dig til at tro på, at du kunne holde op med at drikke, hvis du bestemte dig for det?”
- ”Hvilke forandringer ser du frem til, når det lykkes dig at ændre dine drikkevaner?”
- ”Lige nu og her – hvad er din vigtigste grund til forandring?”
- ”Hvordan forestiller du dig fortsættelsen af dit liv, hvis du bestemmer dig for ikke at ændre dine drikkevaner?”
- ”Hvilke ting har du været i stand til at ændre i dit liv indtil nu?”
- ”Du nævnte, at din læge udtrykte sin bekymring over dit drikkeri. Hvad sagde han/hun til dig?”

1.5.a.2 At stille åbne spørgsmål

De fleste rådgivere stiller alt for mange spørgsmål. Dette sker som oftest, når behandleren er ængstelig (når de f.eks. tilbyder behandling for første gang!). Det er nemt at komme ind i et 'spørgsmål/svar-mønster' med patienter, især i de indledende sessioner, men af forskellige årsager bør man undgå dette mønster. For det første, selvom du leder patienten til det, som du synes er interessant, så har spørgsmålene også en tendens til at afspore patientens egen udforskningsproces og blokere muligheden for at nærstudere din patient (Gordon 1970). For det andet, hvis der stilles en række kort-svar spørgsmål, risikerer man en ujævn fordeling af magt mellem en 'ansvarlig ekspert' og en passiv besvarer. I nogle situationer kan dette være passende, f.eks. når en læge drøfter en akut sygdom med en patient. Brugen af motiverende samtale er ikke en af disse situationer.

I motiverende samtaler bruger behandleren sine spørgsmål selektivt og fuldt bevidst om deres direkte kvalitet. En generel retningslinje er, at man aldrig stiller tre spørgsmål i række. Stil i stedet ét spørgsmål, lyt til patientens svar og svar til sidst med empatisk refleksion.

Åbne spørgsmål er en vigtig del af motiverende samtaler, som illustreret i de ovenstående eksempler på fremprovokerede, selv-motiverende udsagn. I stedet for at fortælle patienten hvad han/hun bør føle, gøre eller tænke, bør man i stedet spørge ind til patientens egne følelser, idéer, bekymringer og planer, og så til slut besvare eller reagere på den fremkaldte information med empatisk refleksion og bekræftelse.

Det sædvanlige spørgsmål i motiverende samtaler er et åbent spørgsmål, som ikke har et ja/nej eller kort svar. Åbne spørgsmål får besvareren til at tænke sig godt om – ofte i helt nye baner. Nøglen ligger dog ikke i spørgsmålene men i patientens svar på dem. Derfor er det vigtigt ikke at efterfølge et åbent spørgsmål med endnu et spørgsmål men med vedvarende refleksiv lytning. At stille spørgsmål er ikke en substitut for god refleksion, selvom det måske er noget nemmere. Motiverende samtaler søger efter at fremkalde den indre motivation fra patienten, og dette opnår behandleren næppe udelukkende ved at fyre spørgsmål af. Stil et åbent spørgsmål – og reflekter så på svaret.

Når en behandler bliver opmærksom på sig selv i fuld færd med at stille faktasøgende spørgsmål, er det bedst at stoppe hurtigst muligt og lægge om til at stille et åbent spørgsmål og efterfølgende refleksioner. For at udøve MI er det kun nødvendigt med ganske få fakta. Faktasøgende spørgsmål er ofte resultat af behandlerens nervøsitet, eftersom dét at indsamle fakta oftest er 'korrekt' i andre metoder. Desuden har behandleren altid 'ret', når der indsamles fakta, fordi det er patienten selv,

som leverer svarene. Inden for motiverende samtaler er der i stedet fokus på at fremskynde patientens selvudforskning og få vedkommende til at give udtryk for bekymringerne over sit dilemma, som ikke kræver nogle specielle fakta til at blive udtalt. Selvom der højst sandsynligt kommer et væld af informationer frem, er der ikke nogle specielle fakta, som er specielt privilegerede i MI-processen.

1.5.a.3 At lytte med empati

Disse frembringelsesstrategier, som vi netop har diskuteret, kan meget vel udløse yderligere bidrag fra din patient, men hvilken retning behandlingen går herefter er afhængig af, hvordan du reagerer på din patients udsagn. Behandlerens evne til at praktisere nøjagtig empati (også kaldet aktiv lytning, refleksion eller forståelse) er den foretrukne respons i CRAS, og det hjælper patienten med at udforske nye områder.

Empati opfattes ofte som 'at føle med' en person eller at kunne sætte sig ind i vedkommendes situation omgående, fordi man selv har gennemlevet noget tilsvarende. Dette bliver nogle gange forvekslet med sympati. Rogers har dog introduceret en ny teknisk betydning for udtrykket 'empati', og bruger den til at beskrive en speciel evne eller type refleksiv lytning (Rogers 1957, 1959). I denne metode lytter behandleren nøje til det, patienten siger, og genspejler det til patienten, ofte modificeret eller omformet. Behandleren bekræfter måske også patientens udtrykte eller underforståede sindstilstand. Denne måde at svare på har forskellige fordele – som anført her:

1. Det er usandsynligt, at man fremkalder eller styrker patientens forsvarsreaktion
2. Det opmuntrer patienten til at fortsætte med at snakke og udforske emnet
3. Det signalerer respekt og omsorg samtidig med at en terapeutisk alliance opbygges
4. Det tydeliggør overfor behandleren, hvad patienten helt konkret mener
5. Det kan bruges selektivt til at styrke patientens idéer

Dette femte kendetegn er vigtigt i motiverende samtaler. Du kan genspejle selektivt ved at vælge at forstærke eller forbigå visse dele af det, patienten har sagt. På denne måde hører patienten ikke kun sin egen forandringstale men hører også dig sige, at han/hun har sagt det. Desuden opmuntrer denne type besvarelse højst sandsynligt patienten til at uddybe det refleksive udsagn, som vist i eksemplet nedenfor.

BEHANDLER: ”Er der andre ting, som bekymrer dig vedrørende dit drikkeri?”

PATIENT: ”Tja, jeg er egentlig ikke sikker på, om det bekymrer mig, men spekulerer sommetider på, om jeg drikker for meget.”

BEHANDLER: ”For meget for...”

PATIENT: ”For mit eget bedste, tænker jeg. Jeg mener, det er ikke fordi det er ret seriøst, men sommetider når jeg vågner om morgenen, har jeg det skidt og kan ikke tænke klart det meste af morgenen.”

BEHANDLER: ”Det forstyrrer din tænkeevne, din koncentration.”

PATIENT: ”Ja, og nogle gange har jeg svært ved at huske ting.”

BEHANDLER: ”Og du spekulerer på, om det kunne være fordi du drikker for meget.”

PATIENT: ”Ja, det ved jeg det er – nogle gange.”

BEHANDLER: ”Og det er du helt sikker på.”

PATIENT: ”Ja – selv når jeg ikke drikker, blander jeg ting sammen – og det spekulerer jeg på.”

BEHANDLER: ”Spekulerer på om ...”

PATIENT: ”Om alkohol ’sylvter’ min hjerne, tænker jeg.”

BEHANDLER: ”Du tror det kunne ske for nogen – måske for dig.”

PATIENT: ”Tja, kunne det ikke det? Jeg har hørt, at alkohol dræber hjerneceller.”

BEHANDLER: ”Mm-hmmm. Jeg forstår godt, hvorfor du er bekymret.”

PATIENT: ”Men jeg tror ikke, jeg er alkoholiker eller noget.”

BEHANDLER: ”Du synes ikke, du er så dårligt stillet – men alligevel spekulerer du på om du overdriver eller ødelægger dig selv i forløbet.”

PATIENT: ”Jaa..”

BEHANDLER: ”Det er lidt uhyggeligt at tænke på. Er der andet, som bekymrer dig?”

Behandlerens respons foregår hovedsagelig via reflektiv lytning. Det er dog ikke den eneste anvendte strategi i motiverende samtaler, men den er ikke desto mindre meget vigtig og bør udgøre en væsentlig

del af behandlerens besvarelser. Det er heller ikke nogen nem strategi. Hvis den er for beredvilligt efterlignet eller dårligt udført, fordrer den sande, refleksive lytning vedvarende alarmsporing af patientens mundtlige og ikke-mundtlige responser og disses mulige betydninger, formulering af ikke komplekse refleksioner og fortløbende tilpasning af hypoteser. Optimal refleksiv lytning ophæver midlertidigt råd, enighed, uenighed, forslag, instruktion, udfrirting samt rådgivning om fare, til fordel for fortsat udforskning af patientens eget fremskridt (Egan 1982; Gordon 1970).

Eksemplet nedenfor sætter refleksiv lytning i kontrast med andre behandleres respons til patienters udsagn:

a. *"Jeg har ikke et problem"*

PATIENT: "Nogle gange drikker jeg sikkert for meget, men jeg tror ikke, jeg har et alkoholproblem."

KONFRONTATION: "Jo, du har! Hvordan kan du sidde der og sige til mig, at du ikke har et problem, når ..."

SPØRGSMÅL: "Hvorfor tror du, at du ikke har et problem?"

REFLEKSION: "Så, på den ene side kan du godt se en grund til bekymring, men du har ikke lyst til at blive mærket med etiketten 'har et problem'."

REFLEKSION AF FORANDRINGSTALE: "Dú er lidt bekymret for dit drikkeri."

PATIENT: "Min hustru siger altid til mig, at jeg er alkoholiker."

DØMMENDE: "Hvad forkert er der i det? Det har hun sikkert god grund til at tro."

SPØRGSMÅL: "Hvorfor tror hun det?"

REFLEKSION: "Og det irriterer dig virkelig."

b. *"Hvad med venner?"*

PATIENT: "Hvis jeg holder op med at drikke, hvad skal jeg så gøre med venner?"

RÅD: "Jeg tænker, du bliver nødt til at finde dig nogle nye venner."

FORSLAG: ”Tja, du kunne bare fortælle dine venner at du ikke drikker mere, men at du stadig har lyst til at se dem.”

REFLEKSION: ”Det er hårdt at forestille dig, hvordan livet ville være uden alkohol.”

Brug denne type refleksiv lytning som din fremtrædende metode gennem hele behandlingen – men udeluk ikke andre former for respons. Som de følgende sektioner indikerer, omfatter motiverende samtaler en bred vifte af strategier.

Det er vigtigt at tilføje, at selektiv refleksion af og til kan have tilbageslag. I forhold til en ambivalent patient, hvis man udelukkende reflekterer på én side af et dilemma (”Så du kan godt selv se, at dit drikkeri giver dig problemer”) kan det fremkalde det stik modsatte i patienten (”Jamen, jeg mener virkelig ikke, jeg har et problem”). Sker dette, så prøv en dobbelt refleksion som fanger begge sider af patientens dilemma. Det er bedst at sammenføje delene midtvejs i refleksionen ved brug af ’og’ i stedet for ’men’, for at styrke den samtidige oplevelse af begge sider af det ambivalente – som vist i følgende eksempler:

- ”Du mener ikke, at alkohol skader dig alvorligt nu, *og* samtidig er du bekymret for at miste al kontrol senere hen.”
- ”Du nyder virkelig at drikke og vil meget nødig opgive det, *og* du kan også se de alvorlige vanskeligheder, det forårsager for din familie og dit job.”

1.5.a.4 Bekræftelse af patienten

Bekræftelse omfatter bekræftelse på patientens positive kendetegn, styrker og indsats og at få denne opmærksomhed gjort tydelig. Sådanne bekræftelser kan tjene et godt formål på mange måder. De kan (1) styrke arbejdsfællesskabet, (2) forbedre patientens holdning til selvansvar og autorisation, (3) styrke patientens indsats og forandringstale og (4) støtte patientens selvværd. Nogle eksempler på bekræftelser ses her nedenfor:

- ”Jeg sætter pris på, at du hænger på endnu hele vejen gennem denne feedback, det må være noget hårdt for dig.”
- ”Jeg synes det er fantastisk, at du er stærk nok til at indrømme risikoen ved det her, og at du vil gøre noget ved det, før det bliver endnu mere alvorligt.”

- ”I har været gennem meget som par, og jeg beundrer jeres kærlighed og den forpligtelse, I har haft, for at forblive sammen gennem alt dette.”
- ”Du har virkelig nogle gode idéer til, hvordan du kunne ændre dig.”
- ”Jeg har aldrig set en liste over triggere så veludført som denne.”
- ”Du har taget et stort skridt i dag, og det respekterer jeg dig for.”
- ”Du er god til at holde dig sund, efterhånden som du bliver ældre.”
- ”Du kan virkelig bidrage med noget som bedsteforælder.”
- ”Du er meget opsat på at bevare din ungdommelighed.”

Hvad der er passende brug af bekræftelse vil højst sandsynligt være forskellig på tværs af kulturelle baggrunde. I nogle situationer kan tydelige bekræftelser måske føles ’for meget af det gode’ eller ubehageligt for behandlere og patienter. Det er vigtigt at huske, at bekræftelser er behandlerens evne til at spotte patientens styrker og få dem tydeliggjort. Behandlere, som er specielt gode til at spotte patientens styrker, finder ofte måder at flette disse ind i samtalen uden at det virker upassende.

1.5.a.5 Reaktion på forsvarsmekanismer

Forsvar er et vigtigt emne i behandling. Måden hvorpå behandleren reagerer på defensiv adfærd hos patienten er et af de tydelige kendetegn på motiverende samtaler. Forsvar eller modstand i behandlingssessioner (f.eks. diskuterer, afbrydelse, benægte et problem) er tegn på dårligere behandlingsresultater.

Hvad er forsvarsadfærd? Nedenfor er eksempler på specifik patientadfærd forbundet med manglende langsigtet adfærdsforandring:

- *Forstyrrer*: afbryder eller taler over/højere end behandleren.
- *Diskuterer*: udfordrer behandleren, afviser/ignorerer behandlerens synspunkter.
- *Afleder*: ændrer samtaleemnet, reagerer ikke, er uopmærksom.
- *Modstand*: nedtoner eller benægter problemet, undskylder sin egen adfærd, beskylder andre, forkaster behandlerens holdning, er uvillig til at ændre sig, påberåber sig straffrihed, viser pessimisme.

Som vi har diskuteret tidligere, er det vigtigt at være opmærksom på, at omfanget af sådan patientadfærd i behandlingen er kraftigt betinget af behandlerens egen stil. Miller et al (1993) fastslog, at når problemdrikkere blev tilfældigt fordelt til to forskellige behandlingsmetoder (udført af den samme behandler), den ene konfronterende og den anden motiverende, viste patienter i den første gruppe dobbelt så meget modstand og frembød måske kun halvt så meget forandrings snak som patienter i den sidstnævnte gruppe. Patientmodstand var samtidig en forudsigelse om mindre langvarig forandring. Til sammenligning fik Patterson og Forgatch (1985) familierapeuter til at skifte frem og tilbage mellem disse to behandlerstile inden for samme behandlingssession og viste, at patienters defensive og usamarbejdsvillige adfærd gik markant op eller ned i forhold til behandlerens adfærd. Det tegner et tydeligt billede af behandlerens indflydelse på patientens forsvarsmekanisme, hvilket lidt efter lidt forudsiger graden af patientens forandring.

Dette står i skarp kontrast til den almindelige anskuelse, at modstand skyldes destruktive personlighedstræk, som er en del af lidelsen. Tidligere blev benægtelse opfattet som et af kendetegnene på alkoholafhængighed. Faktisk har omfattende forskning kun afsløret få eller slet ingen sammenhængende personlighedskendetegn blandt personer med alkoholafhængighed, og man har i undersøgelser af forsvarsmekanismer ikke kunnet påvise, at alkoholafhængige har andre mønstre end den generelle befolkning (Miller 1985). Alt i alt har personer med alkoholproblemer generelt ikke et unormalt højt niveau af benægtelse eller andre forsvarsmekanismer. Disse former for patientadfærd er snarere en funktion af den mellem menneskelige interaktion, som opstår under behandlingen.

Således er et vigtigt mål i motiverende samtaler at undgå at fremprovokere eller forværre defensive udsagn fra patienter. Sagt mere ligefrem – benægtelse er ikke så meget et patientproblem, som det er et spørgsmål om behandlerens evner.

Husk på denne regel: imødegå aldrig defensive udsagn med krum hals. Gør man det, risikerer man at patienten bliver endnu mere defensiv og trænger sig selv op i en krog, hvilket resulterer i yderligere modstand eller argumentering imod ændring – dvs. vedligeholdelsesudsagn (Gordon 1970; Miller et al. 1993). Forskellige typer behandlerrespons, som bør undgås, inkluderer følgende:

- Strid, uenighed, udfordring
- Bedømmelse, bebrejdelse, beskyldning
- Forsøg på at overtale med logik eller bevis
- Fortolkning eller analysering af 'begrundelsen' for patientens selvforsvar

- Konfrontation med autoritet
- Brug af sarkasme eller skepsis

Selv et direkte spørgsmål om hvorfor patienten gør modstand (f.eks. ”Hvorfor tror du, at du ikke har et problem?”) vil næsten med sikkerhed få patienten til at forsvare sin defensive position med endnu mere styrke, hvilket efterlader dig i den logiske position, hvor du argumenterer for forandring. Hvis du befinder dig i en tilstand, hvor du strides med patienten for at få vedkommende til at anerkende et problem og et behov for forandring, er det tid at ændre strategi.

Husk på at du gerne vil have patienten til at tilbyde forandringstale (parat, villig og i stand til ændring), og hvis du forsvarer nødvendigheden af forandring, risikerer du at fremkalde det modsatte. Nedenstående er generelle strategier til at aflede selvforsvar med motiverende strategier (Miller og Rollnick 1991):

Simpel refleksion. Genspejl hvad patienten siger. Dette har en tendens til at opløse selvforsvar og har den samme effekt som at frembringe det stik modsatte og afbalancere billedet.

Forstærket refleksion. En modificering af denne model er at afspejle men overdrive eller forstærke, hvad patienten siger – helt frem til et punkt hvor patienten sandsynligvis selv afviser det. Der er en hårfin balance her, fordi at gå for vidt med overdrivelsen kan fremkalde fjendtlighed. Der bør ikke være det mindste tegn på sarkasme eller ironi – hverken i dine ord eller dit tonefald. Et eksempel på denne strategi er vist i dialogen her nederst:

PATIENT: ”Men jeg er ikke alkoholiker, eller sådan noget.”

BEHANDLER: ”Du vil ikke stemples.”

PATIENT: ”Nej, jeg mener ikke, jeg har et problem med at drikke.”

BEHANDLER: ”Det vil sige, at der egentlig ikke har været nogen problemer eller skade pga. dit drikkeri.”

PATIENT: ”Nej, det ville jeg nu ikke sige.”

BEHANDLER: ”Åååh! Så du tror egentlig, at dit drikkeri har forårsaget problemer, og det, du ikke bryder dig om, er idéen om at blive kaldt en alkoholiker.”

Dobbeltsidet refleksion. Den sidste udtalelse fra behandleren i eksemplet ovenover, er en dobbeltsidet refleksion, som er en anden måde at reagere på vedligeholdelsesudsagn. Hvis en patient fremkommer med et vedligeholdelsesudsagn, skal det genspejles tilbage med den anden side (som ved tidligere selvmotiverende udsagn i sessionen). Disse minder lidt om 'På den ene side..... og på den anden side...' udsagn. Her følger nogle eksempler:

PATIENT: "Men jeg kan da ikke stoppe med at drikke. Jeg mener – alle mine venner drikker!"

BEHANDLER: "Du kan ikke forestille dig, hvordan du kan lade være med at drikke med dine venner, og samtidig er du bekymret over, hvordan alkohol påvirker dig."

Skifte fokus. Neutraliser selvforsvar ved at skifte fokus væk fra følsomme eller problematiske emner, som vis i eksemplet nedenfor:

PATIENT: "Men jeg kan da ikke stoppe med at drikke. Jeg mener – alle mine venner drikker!"

BEHANDLER: "Mon du er villig til at fortsætte med det, vi er i færd med nu – altså gennemgang af din feedback – og bagefter kan vi så sammen tænke over, hvad – hvis noget – du kunne tænke dig at ændre, og hvordan du ville gribe det an. Jeg vil ikke have dig til at tro, at du er nødt til at bestemme dig for noget lige nu."

Understrege personlig kontrol. Til syvende og sidst er det patienten, som bestemmer hvorvidt vedkommende vil ændres. Dette er naturligvis sandt, for ingen kan bestemme for patienten. Den omstændighed at der kan være tydeligt negative konsekvenser af en adfærd (f.eks. med en patient for hvem afholdenhed er en prøvetidstilstand) ændrer ikke sandheden. Den direkte anerkendelse at beslutning og valg er i patientens hænder, har en tendens til at neutralisere selvforsvar og mindske patientens trang til at fortsætte med at forfægte personlig kontrol.

PATIENT: "Men jeg kan da ikke stoppe med at drikke. Jeg mener – alle mine venner drikker!"

BEHANDLER: "Og når vi er færdige, kan det meget vel være at du beslutter dig for, at det er det hele værd at fortsætte med at drikke, som du har gjort indtil nu. Det er måske for svært for dig at lave en forandring. Det er op til dig."

Omfortolkning. 'Reframing' er en strategi, hvor behandleren opfordrer patienten til at undersøge sine opfattelser i et nyt lys, som giver ny mening i forhold til det, som er blevet sagt. For eksempel når en patient modtager feedback, som bekræfter et problematisk drikkeri, kan du omformulere en ægtefælles reaktion – i form af: "Jeg vidste det" fra "Jeg har ret, og hvad sagde jeg" – til "Du har været så bekymret for ham/hende, og du holder meget af ham/hende." Behandleren omformulerer eller 'reframer' en negativ tolkning til noget mere positivt.

Fænomenet 'tolerans' giver et udmærket eksempel på, hvordan omformulering eller omfortolkning kan foregå (Miller og Rollnick 1991). Patienter indrømmer ofte, og praler endda af deres evne til at 'tåle mosten', at drikke mere end andre mennesker uden at blive ligeså påvirkede. Det er muligt at omfortolke dette ret præcist som en risikofaktor, nemlig det manglende indbyggede advarselssystem, som fortæller en person, når han/hun har fået nok. Pga. toleransudvikling fortsætter personen med at drikke sig så beruset, at det kan skade kroppen, men kan ikke selv mærke det, fordi han/hun ikke virker beruset eller ser påvirket ud. Det, der opfattedes som en god nyhed ("Jeg kan holde til det") bliver til en dårlig nyhed ("Jeg mangler et advarselssystem og er dermed særligt udsat").

Omfortolkning kan bruges til at opmuntre din patient til at forholde sig til sin drikkeadfærd. Ved at placere øjeblikkets problemer i en mere positiv og optimistisk ramme, kan man formidle at et problem både kan løses og ændres (Bergaman 1985; Fisch et al. 1982). Når det er muligt, bruger du patientens egne synspunkter, ord og opfattelser når du omformulerer, som vist i eksemplet nedenfor:

PATIENT: "Jeg kan bare godt lide at få et par drinks i weekenden efter en hård uge."

BEHANDLER: "Du kan lide at belønne dig selv i weekenden, for at være kommet gennem en hård arbejdsuge, og uanset om du drikker, er det vigtigt for dig at finde ud af at læne dig tilbage og give slip på stressen i weekenden."

PATIENT: "Hvis jeg ikke fik en drink, når jeg kom hjem, ved jeg ikke hvad jeg ville komme til at sige til min mand eller børn. Det er min måde at afreagere på."

BEHANDLER: "Du har virkelig prøvet ikke at bebyrde din familie med dine følelser, så du bærer selv rundt på det hele, og måske hjælper alkohol dig med at glemme alt i et stykke tid." (Dette beskriver patienten som at være i besiddelse af 'gode intentioner' og baner vejen for at forbedre kommunikation).

ÆGTEFÆLLE (til behandler): ”Det gør mig meget nervøs at spekulere over, hvad hun holder igen med. Men jeg er nu heller ikke specielt lykkelig.”

BEHANDLER: ”Det lyder som om drikkeri har været din eneste måde at undgå konflikter eller et anspændt forhold i jeres ægteskab. Ved at drikke lægger du låg på dig selv, og sådan har du bevaret dit ægteskab intakt. Men lige nu virker I begge meget utilpasse med det, og det lader ikke til at have den ønskede virkning for nogen af jer.” (Det er underforstået, at patienten kerer sig om sit ægteskab og prøver at holde sammen på det hele, men har behov for at finde mere effektive måder at gøre dette på).

Den almindelige tanke med ’omfortolkning’ er at placere adfærden i et nyt lys og at gøre det på en sådan måde, at det får patienten til at tage affære og ændre problemet. Det opfordrer patienten til at tolke erfaring på en ny måde. Husk at den almindelige tone i ’omfortolkning’ er at foreslå en ny måde at tænke over dét, der sker og samtidig foreslå den i et let og venligt tonefald. Hvis du prøver at slå det fast med syvtommersøm, kommer det til at virke som en autoritær fortolkning, og det kan forårsage en forhindring i kommunikationen og skabe modstand.

1.5.a.6 Opsummering

Det er praktisk med jævnlig opsummering i løbet af en session, især hen mod slutningen. Dette andrager sig til en samlet refleksion, som sammenfletter alt hvad patienten har sagt. Det er især klogt at gentage og opsummere patientens selvmotiverende forandringsudsagn. Inkludér også elementer på patientens modvilje eller selvforsvar i opsummeringen for at forhindre en benægtende reaktion fra patienten, men læg særlig vægt på selvmotiverende udsagn for at styrke dem. En opsummering tjener det formål, at det giver patienten en mulighed for at høre sine egne forandringsudsagn en tredje gang sammen med dine refleksioner.

1.5.a.7 Reaktion på brud af regler om drikkeri: Regelbrudseffekten (RVE)

Uanset hvad din patients mål for sit drikkeri måtte være (afholdenhed eller sænkning af forbruget), kan patienten komme til at opleve manglende evne til at holde fast ved sit mål. Dette kaldes nogle gange for ’en svipser’ eller ’tilbagefald’. Faktisk er det et brud på den regel vedrørende alkohol, som patienten selv har fastsat. Måske bringer patienten det selv på bane midt i en session,

eller det kan komme som svar når du spørger til fremskridt. I den motiverende samtale bør man huske på to vigtige ting, når man reagerer på disse regelbrud.

Den første er at adressere regelbrudseffekten (Marlatt & Gordon, 1985), som er en almindelig menneskelig reaktion, når man ikke kan leve op til ønsket forandring. Når en person har brudt en regel, som han/hun virkelig havde sat sig for, er det ikke ualmindeligt at reagere ved at tænke ”Eftersom jeg allerede har brudt min regel, kan jeg lige så godt få det bedste ud af det og drikke videre.” Det som sker her er, at ’svipseren’ demoraliserer personen, og denne demoralisering opmuntrer til at bryde flere regler. Dette kaldes regelbrudseffekten. Din opgave som CRAS-behandler er, meget forsigtigt, at spørge ind til mulige regelbrudseffekter, og sammen med din patient udforske alternative måder at tænke over deres ’svipser’. Det kan være en hjælp at hjælpe patienten med at overveje følgende:

1. Faserne i forandringsprocesser (de fleste personer er nødt til at prøve adskillige gange før det lykkedes for dem)
2. Mulighederne for at lære af ’svipseren’, så de er bedre forberedt i fremtiden
3. Den mulighed at de undervurderer deres samlede succes (f.eks. sammenlignet med starten af forandringsprocessen)

Når der reageres på regelbrud, er det bedst at formode at patienten føler sig noget plaget, selvom der ikke gives direkte udtryk for det. Fremgangsmåden, som understreger empati, lytteevner og forandringsfremkaldelse, er lige så vigtig som på alle andre områder.

1.6 Implementering af session 1

1.6.a Strukturering af udsagn

Start dit første møde med at hilse på patienten, introducere dig selv, og forklar derefter kort hvad der skal foregå i den første session. Nedenfor er et eksempel på et struktureret udsagn:

BEHANDLER: ”Vi skal snakke sammen omkring en times tid i dag. Jeg vil gerne bruge lidt tid på at få en forståelse af, hvordan du ser din egen situation, og især hvad der er sket i forhold til alkohol. Jeg stiller dig nogle spørgsmål, men lytter for det meste. Lidt senere vil jeg forklare lidt mere detaljeret, hvad dine muligheder er for resten af behandlingen, og jeg har et spørgeskema, jeg vil bede dig udfylde i dag. Ok?”

1.6.b *Refleksiv lytning og reaktion på forandringstale*

Den motiverende samtale fase starter ganske enkelt med et åbent spørgsmål efterfulgt af refleksiv lytning. På baggrund af den information, patienten har givet ved indskrivning i behandling, har du allerede en fornemmelse af vedkommendes situation, og dette kan være en ledetråd til det rette indledende spørgsmål. Undgå at falde i fælden med at stille et faktasøgende spørgsmål i et forsøg på at 'udfylde de blanke felter' fra indskrivningen. I bund og grund bør du stille spørgsmål, som inviterer patienten til at fortælle dig om sit drikkeri og nuværende situation, som set i eksemplerne her:

- "Fortæl mig hvad du har tænkt om dit drikkeri her for nylig, og måske lidt om hvordan det kan sammenlignes med det, som andre mennesker fortæller dig."
- "Der er uden tvivl ting du har syntes om ved at drikke, eller måder hvorpå drikkeriet har været vigtigt for dig. Det jeg rent faktisk godt kunne tænke mig at spørge dig om nu er, hvad dit drikkeri har kostet dig, hvilken pris du har måttet betale – ikke kun i kroner og ører – men mere generelt i dit liv."

Når denne proces er igangsat, holdes den gående ved brug af refleksiv lytning, ved at bede om specifikke eksempler, ved at spørge "Og hvad mere?" eller andre fremløkkende spørgsmål. Hvis samtalen går i hårdknude, kan man overveje at bruge et eller to spørgsmål vedrørende nogle generelle områder, som anført nedenfor, ikke for at indsamle forskellige fakta, men derimod med det formål at lede patienten i retningen af selvudforskning. Når patienten er mere villig til at få tungen på gled, er det tid at slippe disse typer vurderende spørgsmål til fordel for mere åbne, fremkaldende spørgsmål, som nævnt længere oppe. Tænk på nedenstående type spørgsmål som en 'nøgle' til at åbne døren til patientens selvudforskning. Præcis som en nøgle, er disse spørgsmål ikke af særlig nytte i sig selv, men kun med det overliggende formål at få adgang til et vigtigt område. Når døren er åbnet, er nøglen ikke længere nyttig.

- **Tolerance.** Er patienten i stand til at drikke mere end andre uden at vise tegn på at være under indflydelse?
- **Hukommelse.** Når patienten drikker, har vedkommende svært ved at erindre, hvad der er sket, eller er der andre problemer med hukommelsen?

- **Forhold.** Har drikkeriet haft indflydelse på forholdet til ægtefælle, familie eller venner? Har andre personer været urolige over patientens drikkeri, og hvad har deres bekymringer været?
- **Helbred.** Er patienten opmærksom på områder, hvor alkohol (måske) har skadet helbredet?
- **Juridisk.** Har patienten været arresteret eller på anden måde været på kant med loven pga. sin opførsel under drikkeriet?
- **Økonomi.** Har drikkeriet forårsaget finansielle problemer?

Husk kun at stille få spørgsmål og stol hovedsageligt på den refleksive lytning. Husk på at målet er at fremkalde forandringstale, som kan forstærkes ved refleksion, sammenfattes og opsummeres. Hvis patienten bliver defensiv, kan strategierne nævnt i sektion 1.5.a.5 (*Reaktion på forsvarsmekanismer*) bruges til at besvare og neutralisere.

Mens man lytter til patientens opfattelse og bekymringer, kan der indimellem tilbydes opsummerende refleksioner, især ved at lave en opsamling af patientens forandringstale. Det kan være nyttigt at følge op på disse mellemliggende opsummeringer ved at sige: ”Og hvad mere?” som i eksemplet nedenfor:

BEHANDLER: ”Foreløbig har jeg hørt om tre ting, som bekymrer dig ved dit drikkeri. Det ene er, at folk er begyndt at kommentere, at du drikker for meget. Du lægger også mærke til, at du føler et vist ubehag ved ikke at have alkohol i din nærhed. Og så er der også dette her med ikke at kunne huske noget om, hvad der er sket, når du drak. Det skræmmer dig noget. Hvad mere?”

Når du tror, at de fleste af patientens bekymringer er fremkaldt, eller hvis tiden er for knap (dvs. efter 30 – 40 minutter) sammenfattes det, patienten har sagt i en opsamlende refleksion, som beskrevet tidligere. Tilbyd en overgang til et sammenfattende udsagn som eksemplet herunder:

BEHANDLER: ”Lad mig se om jeg, til at begynde med i hvert fald, har fået et godt billede af, hvor du befinder dig lige nu. Og sig til, hvis jeg har udeladt noget. Du ...”

Fortsæt med at sammenfatte de selvmotiverende udsagn og temaer, du har hørt og anerkend også den modsatte side af billedet (dvs. patientens modvilje, hvad vedkommende kan lide ved at drikke) men med fokus på det første. Spørg dernæst, om du har forstået det ret eller forbigået noget. Besvar med refleksiv lytning til alt hvad patienten byder ind med og kom til sidst med et struktureret udsagn, som dette nedenfor:

BEHANDLER: ”Der er tre ting, jeg egentlig gerne vil foretage mig i den tid vi har tilbage i dag. For det første vil jeg gerne fortælle dig lidt om, hvad vi skal foretage os i de kommende sessioner.

Dernæst, som jeg nævnte tidligere, har jeg et spørgeskema, jeg vil bede dig udfylde i dag, som kan være os en hjælp i vores samarbejde de kommende uger. Og til sidst vil jeg gerne spørge dig, om der er én eller anden, som kunne støtte og hjælpe dig, mens du foretager dig disse forandringer i dit liv.”

1.6.c *Levering af en logisk begrundelse for interventionen*

En vigtig bestanddel af en vellykket behandling er at tilvejebringe en begrundelse for, hvorfor og hvordan behandlingen foregår. Forskning har påvist, at når behandlere og patienter er fortrolige med den tilbudte behandling, forbedrer det resultaterne. Derfor er det vigtigt at forstå forklaringen bag behandlingsprincipperne og forelægge dem for patienten med optimisme.

Fordi din patient har indvilget i at deltage i et forskningsstudie, ved han/hun allerede en del om behandlingen, så din første opgave i overgangsfasen til dette emne er at spørge dem om, hvad de allerede ved om CRAS-interventionen.

BEHANDLER: ”Jeg spekulerer på, hvad du allerede ved eller har fået at vide om denne intervention?”

Når patienten fortæller, hvad han/hun ved, kan du reflektere og tilføje enhver tænkelig information de kunne drage nytte af, f.eks. interventionens længde, mødernes hyppighed samt hvad der skal ske i behandlingens planlægningsdel. Disse detaljer kan variere noget alt afhængig af den betingelse patienten har fået tildelt. Dernæst begrundes du på logisk vis, hvorfor behandlingen forventes at være effektiv.

1.6.c.1 *Begrundelse for CRAS*

For de fleste behandlere stemmer begrundelsen for at tilbyde patienten CRAS overens med deres egen fortolkning af ’behandling’ for problemer med afhængighed. CRAS er baseret på den opfattelse, at problemet med drikkeri opstår delvist pga. manglende færdigheder eller tilpasningsadfærd. Tanken bag behandlingsmodulerne i CRAS er at informere om disse færdigheder og hjælpe patienter med at træne dem i en støttende sammenhæng. Hvis patienten f.eks. ikke har særligt gode forudsætninger for at håndtere depression, bliver dét at drikke den naturlige og forventede måde at håndtere depression på. Kan patienter derimod opnå nye færdigheder i håndtering

af negative følelser, bliver de bedre i stand til at vælge positive håndteringsmetoder, når de er nedtrykte. Modulerne i CRAS har identificeret de mest normale områder, hvor problemdrikkere mangler færdigheder. Nogle af disse færdigheder er væsentlige i patientens liv rent generelt (adspredelse, nedtrykthed, aldersudfordringer) og andre er særlige i forhold til at ændre drikkeriet (trangen). Behandlerens rolle er at sørge for at viderebringe sin ekspertviden om færdighederne og hjælpe patienten ved afprøvningen af disse. Færdighederne i sig selv hjælper patienten med at ændre sig, og med sin ekspertise hjælper behandleren patienten med at opnå færdighederne.

Behandleren kan spekulere på, om blot det at tilegne sig nogle færdigheder virkelig kan gøre så stor en forskel hos alkoholafhængige. Her fortæller forskningen os ret tydeligt, at tilegnelsen af nye håndteringsfærdigheder er en fremragende metode til at ændre drikkevaner. Det vil ikke være overdrevet at sige, at færdighedstræning støttes i langt højere grad af forskning end nogen anden adfærdsbehandling for at ændre et drikkemønster. Ofte er det 'guldstandarden', som andre behandlingsmetoder holdes op imod, så når du bruger denne metode med patienter, tilbyder du dem dermed en nøje gennemtestet intervention til at reducere deres drikkeri.

Vigtigt at huske, når CRAS begrundes

1. Tilegnelsen af nye færdigheder til at reducere drikkeriet er kraftigt understøttet af forskning
2. Tilegnelsen af nye færdigheder fordrer en behandler med ekspertise i undervisning og vejledning
3. Patienter har behov for både information og træning i at mestre nye færdigheder

1.6.d Indføre deltagelse af en støttende partner

1.6.d.1 Overvejelse af en støttende partners deltagelse

Et vigtigt element i CRAS er en støttende persons aktive, positive engagement i behandlingssessionerne. Forudgående undersøgelser har vist, at støtte kan hjælpe med til at forbedre behandlingsresultater. Du introducerer konceptet 'partnerstøtte' i den første session, men den støttende partner bliver ikke inddraget i behandlingen før fjerde session. Hvis patienten ønsker det, har støttepartnern også mulighed for at deltage i enhver CRAS-session efter den fjerde.

Partnerstøtte opmuntres og understøttes, men påtvinges ikke patienten. Det første skridt i den rigtige retning er at følge den almindelige fremgangsmåde til at introducere emnet som beskrevet i tabel 1.5

nedenfor. Reagerer man på patientens usikkerhed og betænkelighed med anerkendelse og respekt, er man med til at minimere hans/hendes uvilje til at involvere en støttepartner i behandlingen. Husk at bruge den motiverende samtalemetode, når emnet 'involvering af støtteperson' udforskes.

Tabel 1.5: Introduktion til involvering af støtteperson i behandlingen

Stil 'åbne spørgsmål'
Anvend reflektiv lytning
Giv en definition på 'støtte' og en klar, logisk begrundelse for at involvere en støtteperson
Frembring patientens tanker, reaktioner og bekymringer
Opsummer
Bed om engagement

Begynd med at spørge patienten, om han/hun har social opbakning generelt, men især om han/hun har det til ændring af drikkeadfærd. Introducér idéen om at finde en person i patientens sociale netværk som kan involveres i behandlingsprocessen. Læg omhyggeligt mærke til patientens verbale og ikke-verbale adfærd i sin respons på dine åbne spørgsmål, for dette emne kan udløse modvilje eller nedslåethed. Brug motiverende samtaleteknik til at fremkalde information og udforsk din patients tankegang vedrørende involvering af en støtteperson.

1.6.d.2 Udvalgelse af en støttepartner

Den ideelle støtteperson er én, der besidder følgende kvalifikationer:

- Drikker ikke i patientens selskab – hverken moderat eller ekstremt
- Foreslår ikke eller nøder patienten til at drikke
- Beretter ikke om sine egne erfaringer med drikkeri
- Understøtter patientens indsats med at opnå de aftalte mål for drikkeriet

1.6.d.3 Reaktion på patientens bekymringer om involvering af en støtteperson

Der er generelle bekymringer om involvering af en støtteperson, selv hvis en passende person kan udpeges. Det kan være af stor nytte at minde patienten om, at han/hun alene bestemmer, hvorvidt en støtteperson skal deltage, og at dit mål er, i fællesskab at granske, hvad der taler for eller

imod og ikke at tage beslutningen for ham/hende. I tabel 1.6 nedenfor er eksempler på almene bekymringer og tilsvarende beroligelser, som behandleren kan tilbyde – hvis relevant:

Tabel 1.6: Svar på patientens bekymringer om involvering af en støtteperson

Begrænsede sociale ressourcer (samfundsisolering, hjemløshed, etc.)	Hvis din patient har begrænsede sociale ressourcer, er inkludering af en støtteperson måske ikke så hensigtsmæssigt på dette tidspunkt. Fortæl din patient, at selvom der for nuværende ikke er nogen i netværket, kan der stadig ske en ændring på dette punkt, og du vil gerne vende tilbage til dette punkt senere.
Patienten har ikke en følelse af, at netværket støtter vedkommende følelsesmæssigt	Reflektér patientens udsagn om at netværket ikke er understøttende. Hvis alt tyder på netværkets manglende støtte, indikerer det at patienten ikke behøver vælge en støtteperson for nuværende. Fortæl patienten at du gerne vil have lov til at vende tilbage til emnet senere i behandlingen. Hvis det så viser sig, at én eller flere personer i netværket tidligere har støttet patienten, kan I sammen udforske måderne hvorpå disse individer gav deres støtte.
Patienten har den opfattelse, at en mulig støtteperson vil være uvillig til at deltage	For at fastslå om patientens negative følelser er den egentlige bekymring, kan du spørge, hvordan han/hun ville have det med at en støtteperson var til stede, og hvad patienten mener, at støttepersonens rolle er. Hvis støttepersonens uvilje (ud fra patientens opfattelse) stadig er et problem, kan du granske hvorledes støttepersonen tidligere har været hjælpsom. Gentenk anmodningen om støttepersonens deltagelse så det i stedet drejer sig om en anden mulighed for at hjælpe. Hvis patienten stadig er modstræbende, kan risici og fordele ved at spørge støttepersonen udforskes.

1.6.e Afsluttende udfyldelse af skemaer til brug ved kommende sessioner

Alle patienter skal udfylde skemaet *Ønskede effekter af drikkeri (Skema A)*. Sørg for tilstrækkelig tid til færdiggørelse af denne hen mod slutningen af første session, derved får du yderligere nødvendige informationer til de fremtidige sessioner.

1.6.f Afslutning af første session

Sørg for mindst 10 minutter til at færdiggøre sessionen. Afslut med et opsummerende udsagn, som sammenfatter alle hændelser – især eventuel forandringstale, patienten måtte være kommet frem med i løbet af sessionen. Forklar så hvad der skal ske i behandlingen fremadrettet, som vist i eksemplet her:

BEHANDLER: ”Næste gang vil jeg give dig lidt feedback på de spørgeskemaer, du udfyldte da du kom, og besvare spørgsmål du eventuelt har om dem. Derefter ser vi nærmere på din brug af alkohol, og hvordan det har passet ind i dit liv indtil nu. Det kommer til at være én, måske to sessioner. Ud fra det lægger vi i fællesskab en plan, som skal hjælpe dig med at opnå dine mål under vores behandlingssessioner.”

1.6.g Planlægning af næste session

Planlæg næste session få dage efter første session.

1.7 Afsendelse af en håndskrevet note og invitation til støttepersonen

Efter den første session skriver du en håndskrevet note til patienten. Dette er ikke et formelt brev men i stedet en meget personlig besked. Hvis din egen håndskrift er svær at tyde, må der findes et alternativ, men det er vigtigt, at noten er håndskrevet.

Der er forskellige elementer, det er muligt at inkludere i denne personlige note til patienten, som denne liste viser:

- En ’forbundet’ besked (f.eks. ”Jeg var glad for at se dig.”)
- Anerkendelse af patienten.
- En refleksion over problemets seriøsitet.
- En kort opsummering af højdepunkter fra første session, især selvmotiverende udsagn som fremkom.
- Et udtryk om optimisme og håb.
- En påmindelse om næste session.

Herunder er et eksempel på en note:

”Kære Hr. Robertsen:

Med denne note vil jeg gerne udtrykke min glæde over at se dig i dag. Jeg er enig med dig i, at du har nogle alvorlige bekymringer, og jeg sætter stor pris på åbenheden i din bearbejdning af dem. Du øjner allerede nogle områder, hvor du kan foretage en sund forandring. Jeg tror, at vi vil være i stand til at komme gennem disse problemer sammen. Jeg glæder mig til at se dig igen på tirsdag d. 24. kl. 14.”

Her er et eksempel på en invitation til en støtteperson:

”Kære [støtteperson]:

I dette brev inviteres du til at deltage i et behandlingsprogram som støtte for [patienten], som mener at du i særlig grad kunne være behjælpelig. I øjeblikket arbejder jeg med vedkommende i vores program, der er et af mange behandlingscentre i Danmark, som deltager i udviklingen af de nyeste teknikker inden for behandling af alkoholproblemer. Behandlingen virker mest optimalt, når en støtteperson deltager i behandlingssessionerne. [Han/hun] sætter pris på din hjælp og har udpeget dig som en troværdig person til at udfylde denne vigtige rolle. [Han/hun] opfatter dig som en ’disponibel’ person, understøttende og positiv i tilgangen til [hans/hendes] higen efter behandling for alkoholproblemer.

Formålet med dette brev er at spørge dig, om du er villig til, med en understøttende rolle, at deltage i en del af patientens behandling. Omfanget af din deltagelse kan vi drøfte nærmere og nå frem til en beslutning, som kan godkendes af alle de deltagende. Behandlingssessionerne er af cirka en times varighed og fastlægges efter alles bekvemmelighed. De holdes på [stedet].

Hvad involverer det? I vores samarbejde vil [han/hun] udarbejde specifikke planer for forandring. Hvis du er villig til at deltage, kan du være behjælpelig både med opmuntring og nyttige idéer samt ved at støtte vedkommende i forsøget på at opnå sine mål for behandlingen. Du står naturligvis ikke alene; vi diskuterer i sessionen, hvorledes du bedst kan støtte [ham/hende] i en positiv forandring.

Jeg håber du vil indvilge i at deltage i hvert fald i én session for at få en fornemmelse af, hvordan du kan understøtte [hans/hendes] stræben efter forandring. [Han/hun] kan fortælle dig dato og klokkeslæt for næste aftale, så du får mulighed for at deltage.

Tak fordi du overvejer at hjælpe på denne måde. Din støtte kan gøre den helt store forskel.”

1.8 Færdiggør behandlertjeklisten

I slutningen af hver session skal du gennemgå behandlertjeklisten. Dette skema skal hjælpe dig med at huske vigtige elementer af behandlingen, og gør det muligt for dig, at dokumentere, hvorvidt du har udført hvert af dem.

2.0 Session 2: Personlig feedback og fremkaldelse af forandringstale

2.1 Påbegyndelse af anden session

Normalt begynder første session med et kort statustjek og fortsætter med feedback på vurderingen. Hvis din patient ikke virker parat til at diskutere en forandringsplan, skal du ikke presse for hårdt på i denne session.

Brug de følgende to procedurer i begyndelsen af den anden *samt alle efterfølgende sessioner*:

- **Statustjek.** Begynd med en kort opsamling på, hvordan patienten har haft det siden sidste session. Stil et åbent spørgsmål (f.eks. ”Hvordan er det gået, siden vi sås sidst?”) og følg derefter op med refleksiv lytning. Denne tjekliste bør holdes relativt kort (under 10 minutter) bortset fra i kritiske tilfælde. Det er nemt at komme til at bruge en stor del af sessionen på detaljerede nylige hændelser – især hvis du er en god lytter. Selvom en vis portion opfølgning og lytning er nyttigt for at udvikle og bibeholde det gode forhold, kan dette hindre fremskridt i en struktureret behandling som CRAS.
- **Strukturerede udsagn.** Kom med et kort, struktureret udsagn for at gennemse, hvad du og patienten har udrettet indtil videre og fortæl, hvad der skal ske i dag, som f.eks. ”Sidste gang vi...” eller ”Indtil nu har vi...” (inklusive kontrol af hjemmearbejdsopgaver udleveret mellem sessionerne), samt ”I dag har vi...” Lav en passage og fortsæt derefter.

Hvis det er berettiget, kan du bruge lidt mere tid på motiverende samtale under session 2 inden du fortsætter med feedback på vurderingen.

2.2 Levering af vurderingsfeedback ved brug af den *Personlige feedbackrapport (PFR)*

Den motiverende samtalestil er kombineret med personlig feedback i et motiverende 'check-up'-format. Personlig feedback kan i sig selv ændre adfærd, og når det kombineres med den motiverende samtalestil, kan det mindske problematisk adfærd markant.

Session 2 fortsætter med, at du giver patienten feedback på kortlægningen i forbindelse med behandlingsstart. Gør dette på en struktureret måde, sørg for at din patient får en skriftlig rapport over hans/hendes resultater (se *Appendix A: Personlig feedbackrapport (PFR)*; se *Appendix B: Instruktioner til forberedelse af den personlige feedbackrapport (PFR)*). Indledningsvis skal patienten i denne fase modtage den *Personlige feedbackrapport (PFR)*, og du beholder en kopi til dig selv og patientens journal. Gennemgå PFR'en trin for trin og forklar hvert informationselement, idet du udpeger patientens score og sammenligner den med de normale data, når disse er stillet til rådighed. Detaljerne fra denne feedbackproces er foreskrevet i *Appendix C (Behandler retningslinjer for præsentation af den personlige feedbackrapport (PFR))*.

En vigtig del af denne proces er din egen opmærksomhed og respons på patienten under feedbacken. Observer patienten, mens du leverer feedbacken. Indlæg pauser så patienten kan svare. Bed om reaktioner på feedbacken. Brug reflektiv lytning for at forstærke selvmotiverende udsagn, som måtte komme frem i denne periode. Reager også med reflektiv lytning på defensive udsagn, gentænk dem eller sæt dem ind i en dobbeltsidet refleksion. Nedenfor ses nogle eksempler på en patients reaktioner og behandlers respons:

PATIENT: "Hold da op! Jeg drikker langt mere, end jeg selv var klar over."

BEHANDLER: "Du synes, det ser ud af meget?"

PATIENT: "Jeg kan næsten ikke tro det. Jeg forstår ikke, hvordan mit drikkeri kan påvirke mig så meget."

BEHANDLER: "Det er ikke, hvad du forventede at høre?"

PATIENT: ”Nej, jeg drikker virkelig ikke så meget mere end andre mennesker.”

BEHANDLER: ”Så det her forvirrer dig. Det virker for dig som om du drikker det samme som dine venner, men alligevel fortæller det dig, at du drikker mere end de fleste mennesker. Du undrer dig over, hvordan begge dele kan være sandheden.”

PATIENT: ”Flere dårlige nyheder!”

BEHANDLER: ”Det er ret svært for dig at høre.”

PATIENT: ”Det giver mig en masse at tænke over.”

BEHANDLER: ”En masse grunde til at overveje forandring.”

En patient svarer ofte non-verbalt, og det er også muligt at reflektere disse reaktioner. Et suk, en grimasse, en langsom hovedrysten, et fløjt, et fnys eller tårer kan kommunikere en reaktion på feedback. Du kan reagere på disse med en refleksion på den åbenlyse følelse.

Hvis patienten ikke selv viser tegn på reaktion, vil det være klogt at stoppe periodemæssigt i feedbackforløbet og stille spørgsmål som disse:

- Hvordan tolker du dette?
- Giver dette mening for dig?
- Overrasker det dig?
- Hvad tænker du om det?
- Forstår du? Er jeg tydelig nok her?

Patienterne vil stille spørgsmål vedrørende deres feedback og de redskaber, som danner grundlaget for deres resultater, og du må være bekendt med spørgeskemaerne og deres tolkning. (Yderligere fortolkningsinformation er at finde på PFR'en [*Appendix A: Personlig feedbackrapport (PFR)*] samt i *Forstå din personlige feedbackrapport (PFR) [Appendix D]*, som patienten får med hjem).

Når du har fuldført din gennemgang af patientens feedback, giver du vedkommende en kopi af PFR'en samt en kopi af *Forstå din personlige feedbackrapport (PFR)*. Uddyb at den sidstnævnte indeholder nyttig information til at huske, hvad de forskellige PFR-scorer betyder, og at han/hun er velkommen til at stille spørgsmål om feedbacken både nu og i fremtidige sessioner.

2.3 Fremkaldelse af dialog om patientforandring

En gavnlig måde at afslutte PFR på er med en opsummerende overgangsrefleksion, som sammenfatter hele patientens forandringstale (illustreret i 'opsummeringsdelen'), denne gang ved også at inkludere information fra feedbackgennemgangen. Dernæst følger du op med et nøglespørgsmål, et åbent spørgsmål, hvor du rent faktisk spørger: "Og hvad nu?" eller "Hvad er det næste skridt?". Se eksemplerne herunder:

- Hvad mener du om alt dette? Hvad tænker du at gøre ved det?
- Hvor tror du dette stiller dig i forhold til dit drikkeri?
- Så hvad er din plan?
- Jeg spekulerer på, hvad du tænker om dit drikkeri på nuværende tidspunkt.
- Nu da du er nået så langt, spekulerer jeg på hvad du har i sinde at gøre med disse bekymringer.

Her er det igen patienten, som har ansvaret for at beslutte hvad han/hun skal gøre, i stedet for at du melder ud, hvad han/hun 'bør' gøre. Reager med empatisk refleksion og gå så videre med at opbygge motivation.

2.4 Opbyggelse af motivation

Som vi diskuterede i indledningen i denne sektion har forandringsmotivation forskellige elementer, som udtrykket "parathed, villighed og færdighed" hentyder. Det er vigtigt, at en person er villig til at ændre sig, da det er ensbetydende med en opfattelse af forandring som både vigtig og gavnlig. Grundene til forandring skal opveje grundene til at forblive status quo.

En person kan være villig til at ændre sig, men tvivler på sine egne evner. Denne færdighedskomponent beskrives som selvsikkerhed eller egen styrke. En person, som er villig, men ikke evner at forandre sig, har behov for hjælp til opbyggelse af selvtilliden. Nogle føler sig ikke helt i stand til at forandre sig, men er villige til det. "Jeg kunne stoppe, hvis jeg ville," siger de måske, "men jeg kan ikke rigtig se, hvorfor jeg skulle." Her er det din opgave at øge deres opfattelse af det vigtige i forandring.

Det er også muligt at være villig og i stand til at ændre sig, men stadig ikke at være parat til det. "Jeg kan godt forandre mig, og det er også vigtigt for mig, men ikke det vigtigste for mig lige nu og her". Hvis en person kan indse vigtigheden af at forandre sig og føler sig i stand til det, hvad mere skal der til for at få ham/hende til at gøre det nu? Problemet er ofte, at han/hun har andre prioriteter at tage sig

af først. Nogle gange drejer det sig om en begivenhed, som kommer mellem personen og denne specifikke forandring ("Først efter hændelsen").

Når du forbereder dig på overgangen til session 3, skal du bruge skalaerne på skemaet *Personlige linealer* (Skema B) for hurtigt at fastslå, hvor din patient befinder sig på disse tre dimensioner: vigtighed, selvtillid og parathed. Dette kan være en hjælp både til at træffe beslutningen om der skal fortsættes og hvordan. Nedenstående er eksempler på brug af skalaerne for at opnå disse tre bedømmelser:

1. **Vigtighed**

BEHANDLER: "Og hvis jeg må få lov til at stille dig tre spørgsmål, og for hvert spørgsmål vil jeg gerne have dig til at give mig din bedømmelse fra 0 til 10." (Vis patienten skemaet *Personlige linealer*). "Nummer et – hvor vigtigt er det for dig at foretage en ændring i dit drikkeri, hvis 0 betyder 'slet ikke vigtigt' og 10 betyder 'yderst vigtigt'? Hvad ville du sige?" (Omring det tal patienten indikerer. Markeringer mellem tallene er ikke tilladt.)

2. **Selvtillid**

BEHANDLER: "Og nummer to. Nu lader vi som om, du har besluttet dig for at holde op med at drikke. Hvor overbevist vil du så være om, at du rent faktisk kan gøre det? 0 betyder 'slet ikke overbevist' og 10 betyder at du er helt sikker på, at du kan gøre det." (Omring det tal patienten indikerer.)

3. **Parathed**

BEHANDLER: "Og nummer 3 – hvor parat synes du selv, du er til at ændre dit drikkeri? 0 er 'slet ikke parat', og 10 er fuldstændig parat. Hvor parat tror du, du er?" (Omring patientens vurdering.)

2.5 **Beslutning vedr. opbygning af motivationen el. påbegyndelse af en forandringsplan**

Her er du nødt til at foretage en vigtig klinisk vurdering: Skal du gå videre til en diskussion vedrørende identificering af styrker og ressourcer (Sektion 2.6) eller bruge din behandlingstid på fortsat styrkelse af forandringsmotivation? Som et fingerpeg: en patients vurdering under 6 er ensbetydende med yderligere udforskning. Hvis patienten har givet en vurdering på 5 eller

derunder på en hvilken som helst af skalaerne, bør du fortsætte til den valgfrie metode *Undersøgelse af motivationsvurderinger (Sektion 2.5.a)*. Hvis du, efter at have undersøgt patientens vurderinger, stadig mener at der er behov for yderligere motiverende opbygning, kan du anvende den valgfrie metode *Gennemgang af tidligere succeser (Sektion 2.5.b)*. Ellers kan du fortsætte direkte til sektionen om *Identificering af styrker og ressourcer (Sektion 2.6)*.

2.5.a Valgfrit: Udforskning af motivationsvurderinger

Dette skal du kun gøre, hvis patienten vurderer lavt (mindre end 6), eller hvis du beslutter dig for at arbejde yderligere i fase A. Herefter kan du beslutte dig for at bruge den ene eller begge metoder, eller ingen af de øvrige to valgfri strategier som følger umiddelbart efter denne del (Sektion 2.5.b og 2.6.b).

For hver af disse tre vurderinger, som en patient afgiver, stiller du følgende spørgsmål for hver score lavere end 6 (du kan også bede dem om andre skalaer). Hvert spørgsmål er tilbøjeligt til at fremprovokere selvmotiverende udsagn, som du bør besvare med reflektiv lytning og opsummering. Til disse spørgsmål medfører der forklaringer (i parenteser) om hvad patientens bedømmelser kunne indikere:

1. BEHANDLER: ”Lad mig lige spørge dig: Hvordan kan det være, at du giver dig selv [nuværende score] og ikke 0 på denne skala?” (Dette spørgsmål fremprovokerer patientens argumenter for vigtighed, evne eller parathed, og empatisk lytning er den rette tilgang her. Spørgsmål 1 er ikke realistisk i det sjældne tilfælde, hvor en patients score er 0 – der bør du i stedet gå videre til spørgsmål 2).
2. BEHANDLER: ”Hvad skulle der til for at få dig fra en [nuværende score] til en [højere score] på denne skala?” (På den højere score skal du vælge et tal, som er 1-5 point højere end patientens nuværende score, men ikke mere end 8. Spørgsmål 2 fremkalder udsagn fra patienten om de forhold, hvor den opfattede vigtighed, evnen eller paratheden kunne øges, og giver dig nogle hentydninger til det, der er brug for i behandlingsplanlægningen. Refleksiv lytning er igen din primære respons til det, patienten fremkommer med. Hvis patientens bedømmelse er over 8, springer du over dette spørgsmål.)

Når du har fuldført skaleringsspørgsmålene, giver du en opsummerende refleksion, som sammenfatter den forandringstale, som fremkom ved spørgsmål 1 samt de 'hvis-så' udsagn, som fremkom ved spørgsmål 2.

Her nederst er et eksempel på en sådan opsummering:

BEHANDLER: ”For at sammenfatte alt dette – du siger, du ligger på 5 på skalaen for vigtigheden af at ændre dit drikkeri, og de vigtigste grunde til at du er så højt oppe på skalaen, er dine bekymringer for hvordan dit drikkeri påvirker din familie samt de problemer, du har haft med retten og din tilsynsværge. En forandring i dit drikkeri kunne måske få din tilsynsværge til at lade dig være i fred, og du tænker at det sikkert også ville hjælpe lidt i forhold til din ægtefælle og jeres børn. På skalaen 'tro på egne evner' sagde du, at din tro på at du kan, er stor – en 8'er – og at du kan holde op med at drikke, hvis du virkelig sætter dig for det. Du har imidlertid endnu ikke besluttet, om du er villig til at gøre det, og derfor giver du dig selv en 3'er for parathed på nuværende tidspunkt. Lyder det rigtigt?”

2.5.b *Valgfrit: Gennemgang af tidligere succeser*

For nogle patienter er den primære hindring for forandringsmotivation det vaklende selvværd eller manglende selvtillid. De forstår, hvor vigtigt forandringer er (de kan f.eks. se de negative effekter af deres drikkeri), men er ikke selvsikre nok i forhold til deres evne til at forandre sig. De er villige til at ændre, men tvivler på deres egne evner. Når en patients lave selvsikkerhed hindrer motivation, bør du gennemgå hvordan både patienten og andre tidligere har haft succes med forandring. Start med at bede patienten erindre tidspunkter, hvor han/hun besluttede sig for at lave en forandring, og hvor det lykkedes, som vist i dette eksempel:

BEHANDLER: ”Jeg ved, at du på nuværende tidspunkt ikke er helt sikker på, hvorvidt du er parat til at ændre dit drikkeri. Dette lader til dels til at være fordi du ikke er sikker på, om du kunne gøre det, om det vil lykkes dig. Det bedste sted at starte ville måske være at se på dét, som før har virket for dig. Tænk tilbage på nogle tidspunkter i dit liv, hvor du besluttede dig for at lave en drastisk forandring – og det lykkedes. Det kunne være noget, du satte dig for, en dårlig vane du blev kvit eller noget du lærte at gøre. Hvornår har du lavet sådanne væsentlige ændringer i dit liv? Hvilke andre forandringer har du lavet? Hvornår har du taget ansvar for dit liv?” (Lad patienten komme med flere eksempler og bemærk forandringer som patienten ikke blev pålagt, men selv tog

initiativ til, og som patienten virker til at være glad for og stolt over. Dernæst udforsker du disse eksempler ud fra hvad der fungerede, og hvad der ikke fungerede, og hvorledes tilsvarende personlige evner og styrker kunne bruges til at ændre hans/hendes alkoholforbrug. Reager med empatisk lytning og reflekter især patientens udsagn om den personlige evne til at forandre sig. I stedet for at spørge direkte: ”Hvordan bar du dig ad med det?” kan det være en hjælp at få patienten til at gennemgå ting, som ændrede sig og hvordan det skete. Hvordan startede forandringsprocessen og hvad udløste det? Hvad gjorde patienten? Hvilke genvordigheder stødte patienten på henad vejen? Hvordan overvandt patienten dem? Hvilken forklaring har patienten på sin succes? Hvad antyder det om patientens personlige styrker og evner? Undgå behandlerjargon i denne sammenhæng og brug patientens eget sprog. Nederst er vist et eksempel på en sådan udveksling.)

BEHANDLER: ”Jeg er især interesseret i den periode, hvor du var i stand til at komme ud af det voldelige forhold. Fortæl mig lidt om det.”

PATIENT: ”Tja, jeg blev bare træt af at være bange hele tiden, og så besluttede jeg at jeg fortjente bedre. Én aften hvor han slog mig virkelig hårdt, og mens jeg lå dér og græd, lovede jeg mig selv, at det var den sidste gang han gjorde det ved mig!”

BEHANDLER: ”Nu havde du fået nok – det var for meget.”

PATIENT: ”Nemlig – jeg mener – jeg var også rædselsslagen og vidste ikke, hvad jeg skulle gøre. Jeg havde ikke noget arbejde eller noget sted at tage hen, men jeg vidste at det bare gjaldt om at komme væk derfra.”

BEHANDLER: ”Så selvom du ikke kunne se frem i tiden, og du var ret så bange, vidste du at du ønskede bedre vilkår for dig selv, og det tog du fat på. Hvad gjorde du?”

PATIENT: ”Jeg ventede til han gik hjemmefra, og så ringede jeg til et krisecenter for mishandlede kvinder. De var virkelig søde ved mig. Jeg var ude af mit hjem inden for en time og før han kom tilbage. Han fandt aldrig ud af, hvad der skete.”

BEHANDLER: ”Lige så snart du besluttede dig for at få et bedre liv, gik du i aktion. Du vidste, hvem du skulle ringe til for at få hjælp – og du fik den! Du troede virkelig på noget. Hvad var det?”

PATIENT: ”Mit gæt er at jeg stolede på mig selv, og at der var folk derude som ville hjælpe mig.”

BEHANDLER: ”Du er en meget stærk person på nogle områder.”

PATIENT: ”På nogle områder – ja.”

BEHANDLER: ”Hvad er nogle af de styrker?”

Det kan også være en hjælp at beskrive, hvordan andre har haft succes med at lave forandringer svarende til dem, som patienten overvejer. Du kan beskrive de almindelige, positive resultater for personer som satte sig for at ændre på deres drikkeri og medfølgende problemer. På lang sigt lykkedes det for langt de fleste mennesker at slippe af med deres alkoholafhængighed, selvom der ofte skal flere forsøg til. Du kan også beskrive omfanget af de forskellige metoder, som tidligere har resulteret i succes for andre. Vær bekendt med de gunstige resultater af behandling for alkoholproblemer (Hester & Miller 1995; Projekt MATCH Research Group 1997a, 1998a) og mere generelt med indsatsen på at ændre afhængighedsadfærd (Miller & Heather 1998; Sobell & Sobell 1992). Understreg at der findes en bred vifte af muligheder at prøve af, og at der er gode muligheder for at patienten kan finde frem til netop det, som fungerer for ham/hende, også selvom det ikke lykkedes i første forsøg.

2.6 Identificering af styrker og ressourcer

På dette tidspunkt er der mange, gode grunde til at identificere din patients personlige styrker og ressourcer, som kan være en hjælp til at fuldføre forandringsplanen. Her er en liste over nogle af dem:

- At få patienten til at beskrive sine egne styrker og ressourcer er med til at forbedre optimismen for forandring og fortsætter processen med at fremprovokere selvmotiverende udsagn.
- Fuldendelse af en session på en positiv måde styrker højst sandsynligt forpligtelsen i sidste ende.
- Det at du kender din patients styrker og ressourcer som understøtter ædruelighed, kan være en hjælp til at fuldføre fase B af behandlingen.

2.6.a *Fremprovokering af styrke ved brug af åbne spørgsmål*

Start med at bruge en overgangssætning som f.eks. denne:

BEHANDLER: ”Nu da vi har drøftet nogle forandringer, du gerne vil skabe og grunden til det, er der en ting mere, jeg gerne vil spørge dig om, inden vi slutter denne session. Hvilken slags styrke og støtte har du allerede til at kunne foretage dig denne store forandring?”

Her fokuserer du på patientens *positive fordele*, som kan være vigtige ressourcer gennem forandringsprocessen, og ikke nødvendigvis baseret på, hvad han/hun har haft succes med i fortiden. Dette er også et oplagt tidspunkt for dig at udpege og bekræfte styrker, som du har bemærket hos din patient. Det, du skal se efter, er stabile, indre positive fordele hos din patient, og når du hører (om) dem, skal du reflektere på dem og forstærke dem.

Bed patienten om at uddybe sine svar. ”På hvilken måde er du en _____ person? Giv mig et eksempel.”

Spørg så ”Hvilke styrker og ressourcer besidder du, som kan hjælpe dig med at lave disse forandringer og bevare dem? Hvad ligger der i dig som person, som kan hjælpe dig til at have succes med at lave disse forandringer?”

Hvis patienten har brug for yderligere hjælp til at finde det rigtige svar, kan du prøve følgende:

BEHANDLER: ”Det jeg efterspørger, er nogle af dine personlige styrker. Hvad er dine stærke punkter, som kan hjælpe dig med at opnå disse forandringer?”

Når patienten uddyber sine udsagn vedrørende personlig styrke, forsætter du med at besvare med refleksion. Spørg så: ”Og hvad mere?” for at frembringe flere styrker. I eksemplet nedenfor fremkalder behandleren udtalelser fra patienten ved at beskrive de personlige styrker:

BEHANDLER: ”Hvad er nogle af dine styrker, som kunne være dig behjælpelig med disse forandringer, når du først har truffet en beslutning?”

PATIENT: ”Jo, jeg tror måske det kunne være, at jeg er ret stædig.”

BEHANDLER: ”Når du først er begyndt på noget, har du en tendens til at forsætte med det.”

PATIENT: ”Korrekt. Også når jeg har sagt, jeg ville gøre noget, så skifter jeg ikke mening.”

BEHANDLER: ”Det er vigtigt for dig at overholde dine forpligtelser. Kan du give mig et eksempel på, hvordan du har gjort det tidligere?”

PATIENT: ”På et tidspunkt havde jeg en spillegæld, og jeg lånte nogle penge af en veninde til at betale gælden tilbage, og jeg lovede at betale hende tilbage. Jeg vidste ikke, hvordan jeg skulle gøre det, men jeg bestemte mig for, at det ville jeg – og jeg betalte hver en krone tilbage. Det tog mig godt 6 måneder.”

BEHANDLER: ”Så du holdt virkelig fast. Også selvom det ikke var nemt og det tog lang tid, så overholdt du din forpligtelse. Det er det, du mener med ’stædig’. Så en ting du ved om dig selv er, at du er stædig og meget vedholdende. Når du først har besluttet dig for noget, giver du ikke op før du har fuldført det. Hvad mere ligger der i dig, som kunne hjælpe dig til succes?”

Fortsæt med dette ’hvad mere’ mønster indtil patienten har udpeget forskellige styrker og tilbyd opsummerende refleksioner hen ad vejen.

2.6.b Valgfrit: *Karakteristika ved succesfulde forandrere*

En anden metode til at fremkalde patientens styrker er ved brug af skemaet *Karakteristika ved succesfulde forandrere (Skema D)*. Bed patienten gennemse skemaet og finde ord, som lige akkurat beskriver ham/hende. Når han/hun nævner et ord, skal du bede om en uddybelse og dernæst spørge, ”Er der flere ord på listen?”

Når der er oparbejdet et rimeligt antal styrker, skal du komme med en opsummerende refleksion, som f.eks. denne nedenfor, og dernæst fortsætte med at diskutere ressourcerne.

BEHANDLER: ”Foruden disse personlige styrker, er der noget andet som kunne støtte og hjælpe dig med nogle af disse forandringer? Hvilke andre ressourcer kunne du trække på?”

Efterhånden som patienten beskriver yderligere styrker, skal du følge samme procedure med at bede dem uddybe, reflektere og fortsætte med de ledende ”hvem/hvad ellers?” spørgsmål. På dette tidspunkt beskriver nogle patienter måske spirituelle ressourcer som f.eks. at tro på Gud, at bede eller praktisere meditation. Tøv ikke med at udforske disse, bed om både uddybelser og eksempler og følg op på disse med refleksion.

2.7 Afsluttende opsummering af session 2

Uanset om du har brugt dette valgfrie modul, skal du afslutte denne del af behandlingen med en overgangssætning efterfulgt af et struktureret udsagn som følger:

BEHANDLER: ”Nu har vi brugt lidt tid på at tale om ’hvorfor’ i forhold til forandring, og hvis jeg må, vil jeg gerne bede dig hjælpe mig med at få et tydeligere billede af, hvorledes det at drikke har passet ind tidligere i dit liv. Det begynder vi på i næste session. Vi kan også begynde at tage stilling til ’hvordan’ i forhold til forandring – og hvad du mener, du gerne vil foretage dig.”

Hvis patienten stadig tøver, spørg om han/hun er villig til at fortsætte til det næste punkt, som er at udforske nogle af de bagvedliggende grunde til at drikke (f.eks. den funktionelle analyse). Understreg patientens personlige valg og kontrol, samt at uanset hvad I gør sammen, er det altid patientens beslutning, hvad – hvis noget – vedkommende vil gøre ved sit drikkeri.

2.7.a Mellemliggende hjemmearbejdsopgaver: Kun udvidet behandling

Nogle patienter kommer til behandlingen langt mere parat til forandring end andre. En måde at adressere denne parathed på er at sørge for hjemmearbejde efter den anden – eller sågar – den første session, hvis du mener, at patienten er parat til det. Opgaven skal passe til et af CRAS-modulerne, men selv her er der stadig brede muligheder. F.eks., inviter patienten til at deltage i et møde i en selvhjælpsgruppe eller forsøge sig med en behagelig alkoholfri aktivitet. Det ville være muligt at bede patienten påbegynde en ’humørovervågning’ eller gennemføre kontakt til en relevant service. Vælg en opgave som passer ind i den retning, du forudser at behandlingen tager, baseret på hvad du allerede ved om din patient. Den støttende partner kan være involveret i denne opgave eller ej, men det er ofte et godt sted at lægge op til partnerstøtte.

Som med alt hjemmearbejde bør man altid følge op på den tildelte opgave i begyndelsen af næste session. Dette signalerer, hvor højt du vægter din patients indsats.

2.8 Afslutning af sessioner

Ligesom der er en standardbegyndelse på sessioner (se *sektion 2.1*) er der også en standardprocedure for at afslutte sessioner. Cirka 5-10 minutter inden den berammede tid er slut, skal du signalere at sessionen er ved at være ovre og komme med en opsummerende refleksion, indikere

hvad der skal ske næste gang og give patienten mulighed for at bede om en uddybelse eller komme med en tilføjelse. Her nederst er et eksempel på en opsummerende refleksion:

BEHANDLER: ”Lad mig lige gennemgå, hvad vi har lavet i dag og hvor vi fortsætter herfra. Vi har talt en del om grundene til at du gerne vil holde op med at drikke og også om nogle af dine bekymringer vedrørende drikkestoppet. Jeg sætter stor pris på din ærlighed, både i forhold til mig men især til dig selv, i udforskningen af dette punkt. Du har virkelig synes om at drikke, specielt indtil for et par år siden, og det er blevet en stor del af dit sociale liv. Du kan dog også se, at det har taget overhånd i dit liv i en sådan grad, at det kompromitterer både din sundhedstilstand og dit forhold. Du begyndte at drikke om morgenen, selvom du havde lovet dig selv, at det ville du aldrig gøre, og noget af den feedback vi drøftede, bekymrer dig. Vi er ved at være ved vejs ende for vores tid i dag, men jeg vil gerne se dig igen snarest muligt, for du virker ivrig efter at tage det næste skridt. Så det vi gør næste gang, er at udrede hvad du helt nøjagtigt har til hensigt at gøre ved dit drikkeri. Der er nogle ting vi kan gøre sammen, og så finde ud af hvad der virker bedst for dig, og jeg vil rigtig gerne høre dine egne idéer om, hvad du har lyst til at gøre. Hvordan lyder det? Har jeg udeladt noget vigtigt? Er der noget andet du gerne vil spørge om eller fortælle mig før næste gang?”

Indholdet af denne afsluttende opsummering kan naturligvis variere alt efter hvad der er sket i sessionen, men det er vigtigt at sammenfatte følgende punkter i din opsummering:

- Hvad der er diskuteret i løbet af sessionen
- Forandringstale som er fremkommet i løbet af sessionen (og før)
- Ærlige anerkendelser af patientens indsats, styrker, intentioner osv.
- Opgaver som patienten skal varetage fra nu af og indtil næste session
- Planlægning af næste session

3.0 Session 3: Funktionel analyse (fremkalde og planlægge)

3.1 Påbegyndelse af en plan

Du vil få brug for:

- *Skema A: Ønskede effekter af drikkeri*
- *Skema B: Personlige linealer - arbejdsark*

- *Skema C: Nye veje - arbejdsskema*
- *Skema E: Personlige tilfredshedskort*
- *Skema F: 2x JA-tjekliste*
- *Skema G: Muligheder - arbejdsark*
- *Skema H: Alkohol afholdenhed færdigheder-fristelse (AASE-T)*

I session 3 skiftes fokus fra begrundelserne for forandring (opbygning af motivation) til forhandling om en forandringsplan. Dit mål i denne fase er, sammen med patienten, at udvikle nogle idéer og i sidste ende en plan for, hvad patienten agter at gøre ved sit drikkeri. Kom med en simpel overgangssætning for at markere dette skift i fokus, som i eksemplet her:

BEHANDLER: ”Nu har vi brugt lidt tid på at tale om ’hvorfor’ i forhold til forandring, og hvis jeg må, vil jeg gerne bede dig hjælpe mig med at få et tydeligere billede af, hvorledes det at drikke har passet ind tidligere i dit liv. Det begynder vi på i næste session. Vi kan også begynde at tage stilling til ’hvordan’-faktoren i forhold til forandring – og hvad du mener, du gerne vil foretage dig.”

Refleksion og opsummering er fortsat gode terapeutiske svar, mens patienten fremkommer med flere selvmotiverende udtalelser og idéer.

Fortsæt med at understrege patientens ansvar og valgfrihed. Inkluder påmindelser om dette tema under processen for styrkelse af forpligtelse. Her er eksempler på måder at formidle disse på:

- Det er helt op til dig, hvad du vil gøre ved dette
- Ingen kan tage beslutningen for dig. Jeg kan ikke. Din støttende partner kan ikke.
- Ingen andre kan ændre på dit drikkeri. Det er kun dig, der kan det.
- Du kan beslutte dig for at fortsætte med at drikke som hidtil – eller at lave en forandring.

Før der fortsættes til den funktionelle analyse, bør du bruge nogle minutter på at forstå hvilke forestillinger patienten har om forandringssuccesen. Hvis du har brugt den valgfrie procedure *Gennemgang af tidligere succeser* i session 2, har du allerede noget relevant materiale. Denne drøftelse vil muligvis også være begyndt på naturlig vis, da du stillede et nøglespørgsmål. Forsæt med at bruge den motiverende samtale i denne proces. Hvis diskussionen ikke ’flyder’ naturligt af sig selv fra session 2, skal du begynde med et struktureringsudsagn.

Nedenfor er et udpluk af struktureringsudsagn som er direkte forbundet med overgangsmaterialet præsenteret i sektionen *Afslutning af session 2*. Bemærk, at det begynder med et nøglespørgsmål som beskrevet nedenfor:

BEHANDLER: ”Så, hvor står du nu – i forhold til dit drikkeri? Før vi bliver mere detaljerede, vil jeg gerne vide, hvad du tænker lige nu. Hvilke idéer har du?”

Hvis patienten er tilbageholdende med at diskutere forandring, kan du omstrukturere spørgsmålet som hypotetisk, som vist i disse eksempler:

- ”Hvis du skulle gøre noget ved dit drikkeri, hvad tror du så det kunne være?”
- ”Hvad ville tilskynde dig til at stoppe eller skære ned på dit drikkeri, hvis du bestemte dig for det?”

Besvar med refleksion of opsummering.

3.2 Funktionel analyse

Hvad end patientens tanker om forandring måtte være for nuværende, skal du fortsætte med den funktionelle analyse i session 3. Denne proces bør kaldes *Nye veje-øvelsen*, når den diskuteres med patienten. Funktionel analyse er et fint ord for en behandler, men det lyder lidt underligt i andres ører.

Hovedfokus er på patientens alkoholforbrug, og den funktionelle analyse undersøger de almindelige fortilfælde og følger af drikkeadfærd. Undgå brug af overteknisk jargon og introducer denne del af session 3 med et strukturerende udsagn som dette:

BEHANDLER: ”Det næste jeg godt kunne tænke mig at forstå, er hvordan dit drikkeri har passet ind i resten af dit liv. Hvad du end beslutter dig for at gøre, er dette en interessant måde at få information om dit alkoholforbrug.”

3.2.a *Triggere (også kaldet fortilfælde)*

Spørg ind til almindelige baggrunde for drikkeriet og brug arbejdsskemaet *Nye veje* (Skema C). Vær forsigtig og husk her brug af datid som illustreret i eksemplet nederst, fordi brug af nutid og fremtidsverber kan virke forkert eller alarmere en patient, der lige nu er afholdende:

BEHANDLER: ”Fortæl mig først og fremmest om situationer, hvor du var fristet til at drikke, eller tidspunkter, hvor du havde for vane at drikke mere. Det kunne være særlige steder, eller med specielle mennesker, eller specifikke tider på dagen eller særlige måder du havde det på. Hvornår var du mest opsat på at drikke eller blive fuld?”

Når patienten fortæller om disse situationer, skal du svare med refleksiv lytning for at sikre at du forstår og for at styrke besvarelsen. Nedskriv hver begrundelse i trigger-kolonnen i arbejdsskemaet *Nye veje*, og spørg så: ”Hvornår har du yderligere følt trang til at drikke eller blive fuld?” og følg så op med refleksion idet du nedskriver hvert svar, (hvert skema har plads til 9 triggere, men du må gerne bruge et ekstra skema til fortsat at registrere svarene, hvis det bliver nødvendigt – det er dog unødvendigt at bruge mere end to skemaer).

Efter at du har udtømt din patients spontane liste over baggrunde, skal du rette din opmærksomhed mod hans/hendes *AASE-T-spørgeskema* (Skema H). Det indeholder 20 mulige triggere, som patienten har rangeret fra 1 (slet ikke fristet) til 5 (meget fristet til at drikke). Nævn især de emner, som patienten har bedømt som 2 (moderat fristet) eller højere. Eksemplet nedenfor sigter mod en måde at diskutere triggere, som patienten ikke allerede har nævnt:

BEHANDLER: ”Jeg kan se på dette spørgeskema, som du udfyldte, da du kom, at du har markeret moderat/meget/særdeles fristet til at drikke når du Fortæl mig lidt mere om det.”

Nedskriv yderligere bekræftede begrundelser i arbejdsskemaet *Nye veje* i trigger-kolonnen.

3.2.b *Effekter (også kaldet konsekvenser)*

Når du spørger ind til patientens ønskede konsekvenser af at drikke, skal du huske på, at du her spørger om patientens *egen opfattelse eller forventede effekter af alkohol*, som ikke nødvendigvis svarer til de faktiske effekter af alkohol. Dette er ikke rette tid til at ’korrigere’ patientens forventninger. Læg mærke til at du skal udfylde både trigger-kolonnen og effekt-kolonnen

i arbejdsskemaet *Nye veje*, før du begynder at udforske forbindelsen mellem de to. Her nedenfor er et eksempel på, hvordan du indleder en diskussion af patientens ønskede konsekvenser:

BEHANDLER: ”Nu vil jeg bede dig fortælle mig, hvad du tidligere kunne lide ved at drikke. Vi har talt om nogle af de negative konsekvenser af at drikke, men nu har jeg brug for at vide, hvad der var tiltrækkende for dig ved at drikke. Hvad var det du håbede, at alkoholen gjorde for eller ved dig, og som du syntes om?”

Når patienten fortæller frivilligt om de ønskede effekter af alkohol, skal du reagere med refleksiv lytning for at sikre, at du forstår og for at styrke besvarelsen. Bed om uddybelse. Vær forsigtig med ikke at signalere misbilligelse eller uenighed på dette stadie. Nedskriv de ønskede konsekvenser i effekt-kolonnen i arbejdsskemaet *Nye veje*. Spørg dernæst, ”Hvad andet har du kunnet lide ved at drikke eller blive fuld?” og følg op med refleksion, og notér hver besvarelse.

Efter du har udtømt din patients spontane liste over effekter, retter du din opmærksomhed mod spørgeskemaet *Ønskede effekter af drikkeri (Skema A)*. Her er der anført 37 muligheder for ønskede effekter, som patienten har rangeret fra 0 (drak aldrig på grund af dette) til 3 (drak altid på grund af dette). Nævn især emner som patienten har bedømt som 2 (ofte) eller højere. Et eksempel på en sætning, som vist nederst, er en måde at frembringe enhver ønsket konsekvens, som ikke allerede er nævnt af patienten:

BEHANDLER: ”Jeg kan se på spørgeskemaet, at du markerede at du [ofte/altid] drak når _____. Fortæl mig mere om det.” Notér yderligere bekræftede konsekvenser i effekt-kolonnen i arbejdsskemaet *Nye veje*.

3.2.c Patientmodvilje

Hvis patienten vægrer sig mod at tale om positive effekter af at drikke, kan du bruge enten den ene eller begge kvalifikationer: normalisering eller distancering, til at lette samtalen.

Normalisering hjælper patienten til at sætte sit drikkeri i perspektiv med andre personer, som drikker:

BEHANDLER: ”Alle der drikker, har et eller andet de synes om ved alkohol. Der er naturligvis også den negative side, men det vil hjælpe os med at forstå, hvad der for dig var det mest attraktive ved alkohol.”

Distancering fjerner patienten kognitivt fra det at drikke. Her er et eksempel på brug af denne kvalifikation:

BEHANDLER: ”Du drikker selvfølgelig ikke nu, og det er sådan du gerne vil bevare det. Jeg taler om tidligere, helt tilbage til dengang du drak. At vi drøfter det, er ikke ensbetydende med at det er sådan, tingene forholder sig nu. Det er måske lidt ubehageligt for dig at tænke på, men jeg tror det kan være en stor hjælp i vores samarbejde mod varig ændring, at få en fornemmelse af det, som det var dengang.”

3.2.d Forbindelser

Det næste skridt forbinder baggrunde med konsekvenser. Følgende er et eksempel på en sådan forbindelse ved brug af arbejdsskemaet *Nye veje*. Vis hele *Nye veje*-skemaet til din patient. Hvis du har brugt to skemaer, skal du lægge dem side om side, så der dannes kontinuerlige trigger- og effektkolonner.

BEHANDLER: ”Det jeg har gjort, er at skrive i disse bokse de triggere, du nævnte som mulige situationer hvor du var tilbøjelig til at drikke, samt de effekter du nævnte som alkohol gjorde for eller ved dig og som du godt kunne lide eller nød. Det vil næppe overraske dig, at folk ofte bruger alkohol som en udvej til at bringe dem her fra (peg på trigger-kolonnen) og her til (peg på effekt-kolonnen). Alkohol bruges som en slags transportmiddel fra et sted til et andet, ofte fra et sted du ikke bryder dig om til et andet, oftest et sted hvor du hellere ville være. Giver det mening for dig?”

Vælg ét element fra ’trigger-kolonnen og ét fra effekt-kolonnen som matcher tydeligt. Eksemplet her nedenunder konfererer disse forbindelser:

BEHANDLER: ”For eksempel sagde du, at du var mere tilbøjelig til at drikke eller ønske at tage en drink, når du _____, og at det du især kunne lide ved alkohol var, at det lod til at hjælpe dig. Passer det sammen i din optik?” (Hvis patienten bekræfter dette, kan du tegne en linje fra den trigger-boks til den matchende effekt-boks). ”Hvilke andre par, kan du se her?” (Frembring matchende par hos patienten samtidig med at du opmuntrer og styrker besvarelsene, så patienten forstår meningen med at bruge alkohol til at komme fra trigger til effekt. Lad patienten selv tegne linjerne).

I tilfælde af at triggere ikke er blevet parret, beder du patienten fortælle dig, hvad alkohol kunne have gjort for ham/hende i den situation, og efterfølgende tegne en linje til den pågældende boks i effekt-kolonnen. Nogle gange findes der endnu ikke en matchende boks i effektkolonnen, hvilket hentyder til noget som patienten skal tilføje. Tilsvarende for uparrede poster i trigger-kolonnen skal den mulige baggrund identificeres, og poster til trigger-kolonnen skal tilføjes efter behov. Fortsæt til du har identificeret alle brugbare parringer. Det er dog ikke strengt nødvendigt at parre alle poster.

3.2.e *Nye veje*

Dernæst introducerer du tanken om at finde 'nye veje' – alternative ruter til at opnå ønskelige resultater i trigger-situationer (Miller and Pechacek 1987). Nedenfor ses et eksempel på hvordan man indleder en sådan diskussion:

BEHANDLER: ”Nogle af disse par, du har tegnet her, er ret almindelige, men disse mønstre er forskellige fra person til person. Det vi taler om her, er hvad man ofte hentyder til som 'psykologisk afhængighed'. Hvis brugen af alkohol eller et andet stof dybest set er den eneste måde at komme her fra (peg på trigger) og her til (peg på effekt), er du så at sige afhængig af det. Frihed til at vælge har noget at gøre med at have muligheder – alternativer til kemikalier – forskellige måde at komme her fra og her til – som ikke fordrer nogen brug af hverken alkohol eller andre stoffer. Giver det mening?”

Fortsæt med at bruge refleksiv lytning og svar på det din patient siger gennem hele denne proces. Hvis der opstår indsigelser ellers uoverensstemmelser, skal du fortsat bruge de ikke-konfronterende metoder som beskrevet i session 1 og 2, for at desarmere i stedet for at skabe modstand. Her nederst ser du flere eksempler på, hvordan man opfordrer til at finde alternativer:

BEHANDLER: ”Lad os sammen prøve at tænke på, hvordan det vil være muligt for dig at håndtere disse trigger-situationer uden brug af alkohol – hvordan du kan skabe den ønskede effekt uden at være afhængig af kemikalier. På denne måde vil du altid have et alternativ, et valg. I nogle af disse situationer har du sikkert allerede gode alternativer. I andre har du måske ikke, og vi kan drøfte muligheder eller færdigheder, som du kunne tænke dig at have. Muligheden for at opnå nye veje til at komme her fra og der til er en vigtig del af afholdenhed. Hvilke af disse veje mener du har været dem, hvor du oftest har brugt alkohol? Hvilken af dem var vigtigst?”

Fortsæt med at gennemse de par, som er blevet identificeret, begyndende med dem som patienten har fundet mest vigtige. For hver af dem skal du stille følgende spørgsmål:

”Hvad med at håndtere det [gribe det an, komme fra ____ til ____] uden alkohol. Hvad ville du gøre?”

Reflektér og styrk patientens egne idéer om at ’overkomme’. På vej gennem parrene notér og kommentér fælles træk som fremkommer (f.eks. ”Se, også her – det som slår dig er blot at undgå denne slags situation. Der har været flere af disse situationer, som du mente at du ville undgå.”)

3.2.f *Positive forbindelser*

Afslut din funktionelle analyse ved at spørge ind til baggrunde (triggere) og positive konsekvenser (effekter) af **ikke at drikke**: herunder finder du nogle eksempler på denne type spørgsmål:

- Hvornår er du mindst tilbøjelig til at drikke?
- Hvornår er det, du ikke føler, du har lyst til at drikke eller afslår, eller måske slet ikke tænker på at drikke?
- Hvordan har du det sjovt uden at drikke?
- Hvad har du glæde af som ikke involverer at drikke?
- Hvornår har du det allersjovest uden alkohol?

Som altid følger du op ved at bede om uddybelse, ved at lytte refleksivt og ved at styrke positive udsagn.

3.3 *Gennemgang af psykosociale funktioner*

Alkoholproblemer opstår ikke som en separat del af resten af en persons liv. Drikkeri har oftest en negativ indflydelse på stort set alle funktionsområder og mindsker dermed livskvaliteten. Som det afspejles i den funktionelle analyse i arbejdsskemaet *Nye veje*, kan en patients dårlige funktioner eller manglende mestringsfærdigheder på nogle specifikke områder (triggerne) også påvirke frekvensen og intensiteten af vedkommendes drikkeri. Denne tovejs indflydelse er en af grundene til, at drikkeri ofte er ledsaget af en hel del andre problemer. Uden alkohol, lader det omvendt til at patientens effektive mestringsevner og generelle følelse af velbehag går hånd i hånd.

Denne sammenhæng giver også mening i forhold til den bredspektrede adfærdsterapi inden for behandlingen af alkoholproblemer. CRAS fokuserer ikke blot på drikkeriet, men også på en hel del andre livsproblemer, som drikkeri kan være forbundet med. Patienter reagerer for det meste positivt, når du tilkendegiver din bekymring for deres almene velvære og ikke kun er interesseret i deres drikkeri.

Denne sektion udvider fokus på behandling af alle patienter ved at identificere funktionsområder, hvor en forbedring kunne have en gavnlig virkning i form af reduktion af deres drikkeri og de medfølgende problemer. Dette er endnu et skridt i retningen af udviklingen af en behandlingsplan, som medtager patientens bekymringer og dermed forbedrer eller fremhæver motivationen for forandring.

3.3.a Kortsortering

Forbered et mindre bord eller flad overflade. Ræk din patient skemaet *Personlige tilfredshedskort (Skema E)*. Sørg for at alle 20 kort er inkluderet og anbragt i nummerorden (bortset fra titelkortet og JA- og NEJ-kortene). Følgende er et eksempel på en forklaring på brug af kortene:

BEHANDLER: ”Det første jeg godt kunne tænke mig er at udforske, hvor tilfreds eller glad du er i forskellige aspekter af dit liv. På hvert kort er der printet et område af dit liv. Det, jeg gerne vil have dig til at gøre, er at sortere disse kort i to bunker. I den ene bunke her (læg JA-kortet på patientens venstre side) vil jeg gerne have dig til at lægge kort, som nævner et område af dit liv du selv mener, er mest muligt relateret til dit drikkeri. Det gør ikke spor, hvis du mener at sammenhængen med drikkeriet er god, dårlig eller neutral. Det gør heller ikke noget, hvorvidt du synes at dette område bidrager til dit drikkeri eller om alkohol har en indflydelse på dette område af dit liv. Det eneste jeg gerne vil vide er, om du i det mindste synes, der er en sammenhæng mellem dit drikkeri og hver del af dit liv, og hvis du synes det, lægger du kortet her (peg på JA-bunken). Hvis du ikke kan se nogen sammenhæng mellem et område af dit liv og dit drikkeri, lægger du kortet her (læg NEJ-kortet på patientens højre side).”

Giv patienten lidt tid til at sortere kortene. Med et kryds markerer du i ’JA’-området i ’Forbindelse til alkohol’-kolonnen i *2x JA-tjeklisten (Skema F)* – efter at kortsorteringen er udført.

Bland JA- og NEJ-kortene sammen. Ræk hele kortbunken til patienten og bed ham/hende gennemgå kortene igen. Her nedenfor er et eksempel på en forklaring af denne anden sortering af kortene:

BEHANDLER: ”Denne gang vil jeg bede dig tænke på aspekter af dit liv, hvor du måske havde lyst til at ændre på, eller hvor du føler, det er vigtigt for dig at lave en forandring. Når du sorterer kortene i bunker, lægger du kortene med de områder af dit liv, som du gerne vil ændre på, i JA-bunken. Kort med områder hvor du ikke føler, det er nødvendigt med en forandring, lægger du i NEJ-bunken.”

Gennemse dine noter eller lav noget andet i stedet for at kigge på patientens kortsortering. Når patienten er færdig med at sortere kortene, skubber du NEJ-bunken til side, tager JA-bunken og afkrydser i ’JA’-området i kolonne nr. 2 på *2x JA-tjeklisten* (’Forandring ønsket’). Til slut sætter du et flueben i 2x JA-kolonnen for hvert emne, som er besvaret med JA i både ’Forbindelse til alkohol’- og ’Forandring ønsket’-kolonnerne.

3.3.b *Gennemgang af 2x JA-listen*

Læg kortene til side og fortsæt med at arbejde ud fra *2 x JA-tjeklisten*.

BEHANDLER: ”Hvis det er OK med dig, kunne jeg godt tænke mig at drøfte disse lidt mere i dybden, så jeg bedre forstår, hvad det er, du håber for i disse områder. Først vil jeg gerne spørge dig om de områder, hvor du sagde, at det var vigtigt med en forandring.”

For hvert område markeret med et JA til forandring, stiller du et eller flere opfølgende spørgsmål, som eksemplerne nedenfor. Målet er at fremkalde selvmotiverende udtalelser som reflekterer patientens opfattelse af problemer, bekymringer, ønske eller behov for forandring, hensigt til at ændre sig, optimisme vedrørende forandring osv. Hver gang du stiller et spørgsmål, følger du op med en refleksion af det, patienten kommer frem med. Undgå at stille tre spørgsmål lige efter hinanden uden nogen refleksion indimellem. Her nederst er eksempler på opfølgningsspørgsmål:

- På hvilke måder er det vigtigt for dig at lave en forandring her?
- Hvis alt var 100 % som du ønskede det, hvad ville så være anderledes?
- Hvad kunne være nogle af de første skridt hen mod en forandring her?
- På hvilke måder føler du, at dette område er relateret til dit drikkeri?

Der kan også være områder, som patienten indikerede som værende relateret til drikkeriet men ikke decideret udpeget som vigtige at ændre på eller områder med utilfredshed. På en diskret måde kan du spørge ind til en eller flere af disse områder. Her følger nogle eksempler på, hvorledes du griber dette an:

- ”Du sagde, du synes at dit [navn på kortet] og dit drikkeri er forbundet på en eller anden måde. På hvilken måde hænger de sammen?”
- ”Hvordan passer dit drikkeri ind her?”

Uanset hvilken retning drøftelsen går, er dit mål altid at hjælpe patienten til at belyse sine tanker og følelser på disse områder af livet og at opleve forskelle. Fokuser på at fremkalde forandringstale udsagn. Hvis patienten ikke har noget væsentligt ønske om at ændre på noget i et område, accepter og gå videre.

3.3.c Opsummering

Når du har gennemført kortsorteringen og gennemgangen af 2x JA-listen, kan du tilbyde en opsummerende refleksion som dækker de områder, der netop blev diskuteret. Brug skemaet til at hjælpe dig med at erindre disse områder. Her nedenfor er et eksempel på en opsummerende refleksion:

BEHANDLER: ”Lad mig prøve at sammenfatte det, du har fortalt mig, før vi fortsætter. Der er forskellige områder, hvor alkohol påvirker dit liv, og hvor du synes det er nødvendigt med en forandring. Umiddelbart lyder det som om, at den største af dem er dit forhold til Fie – især det at I har skændtes så ofte og ikke længere sover sammen. Penge har også voldt dig problemer, og du synes det kunne være en god idé med et fast job. Du har været lidt nedtrykt på det seneste og tabt modet og troen på, at tingene nogensinde bliver bedre, og du har søvnproblemer, især vågner du midt om natten og har svært ved at falde i søvn igen, så du er udmattet en stor del af tiden. Alle disse er områder, hvor du gerne vil lave en forandring, selvom du har været usikker på, hvorvidt tingene kunne blive bedre. Du har også været ked af alt det besvær, du har haft med at koncentrere dig og huske ting, selvom det ikke er et område, hvor du overvejer at lave en forandring lige nu og her, dels fordi du ikke helt ved, hvad du skal gøre. Angående dit drikkeri så du alle disse områder forbundet, på den ene eller anden måde, med dit alkoholforbrug, måske bortset fra dine penge og

jobproblemer, og det virker lidt som et 'ægget og hønen'-fænomen for dig – du er ikke sikker på, hvad der påvirker hvad. Har jeg glemt noget vigtigt her?"

3.3.d Identificering af prioriteringer

Den sidste del handler om prioriteringen af forandring. Det særlige fokus her er på områder hvor patienten bliver nødt til at ændre sig for at kunne stoppe med at drikke eller i det mindste mindske sine alkoholrelaterede problemer. Nedenfor er et eksempel på en drøftelse af disse prioriteter ved brug af skemaet *Muligheder (Skema F)*:

BEHANDLER: "Af alle disse områder vi har drøftet, hvilke synes du er de vigtigste for dig at kunne se en forandring i? Hvilke af dem vil du prioritere?" (Indsæt de nævnte områder i skemaet 'Muligheder').

"Og i hvilke områder synes du, det vil være vigtigst for dig at ændre dig, for at det kan lykkedes dig at blive frigjort af alkohol? [eller: hvis du bestemte dig for at holde op med at drikke, eller: for at du kan begynde at mindske de problemer du har haft i forbindelse med dit drikkeri.]"

"Hvilke områder tror du ville være de mest udfordrende for dig, hvis du ikke drak?"

Husk at et område ikke nødvendigvis er et 'problem' i sig selv eller et område med utilfredshed for at kunne være en vigtig fortaler for fortsat drikkeri. Eksempelvis er forhold et område, hvor en patient måske er ganske tilfreds med et intimt forhold, mens partneren er mere tilbøjelig til at støtte drikkeri og ikke afholdenhed. I området 'arbejde' er det i nogle jobs sværere at undgå at drikke end i andre – sælgere forventes f.eks. oftere at have møder med patienter, hvor det anses for normalt at få en drink for at afslutte en handel. I andre jobtyper kan det være at kolleger taler sammen om drueskapsader eller drikker sammen efter arbejde. Det kunne forventes at deltage i sådanne aktiviteter for 'samhørighedens' skyld. Efterhånden som du udforsker mulighederne i hvert af disse funktionelle områder, skal du opretholde den empatiske stil. Selvom et område understøtter drikkeri, har patienten måske ikke lyst til at ændre noget i dette område. Din opgave er ganske enkelt at hjælpe patienten med at klarlægge de faktorer, som måtte understøtte drikkeriet i alle disse områder.

I din gennemgang skal du fortsat inkludere mulige områder i skemaet *Muligheder*, som din udvidede behandling kunne fokusere på. Eksempelvis, hvis en patient nævner negativt humør, er det vigtigt at fremhæve *Træning i håndtering af sindestemning (Sektion 10)* som en mulig behandlingsstrategi. Du

bør ikke automatisk gå ud fra at patienten ønsker det modul, du tilbyder, du må heller ikke insistere på at han/hun accepterer det. Ikke desto mindre er patienten højst sandsynligt nysgerrig efter at høre dine idéer om, hvordan et problem kan forbedres, når først vedkommende har identificeret det. På dette tidspunkt kan du forvente patientens interesse i dine idéer.

Patienten har sikkert identificeret flere områder for forandring, end der er tid til at behandle inden for CRAS-protokollens afgrænsninger, og flere områder end man nogensinde vil kunne formå at arbejde på. Det er vigtigt med flere hensyn her, især det niveau af bekymring patienten oplever inden for hvert område, den nødvendige tid til at behandle hvert aspekt samt gennemførligheden af en realistisk forandring, som finder sted inden for de tids- og proceduremæssige begrænsninger i CRAS-behandlingen. Det næste skridt vil være at prioritere målene.

Når du fuldfører denne gennemgang, skal du afslutte med et struktureret udsagn som fortæller patienten, at I i løbet af den næste session (typisk planlagt inden for nogle få dage) vil samarbejde om udviklingen af en behandlingsplan.

3.4 Afslutning af sessionen

Opsummer og gennemgå forandringstale fra sessionen – giv ærlige anerkendelser, hvor muligt. Mind patienten om, at den støttende partner kommer til at deltage i den fjerde session samt i yderligere sessioner, hvor der er enighed om at deltagelsen kunne være en hjælp.

4.0 Session 4: Udvikling af en forandringsplan samt involvering af en støttende partner

4.1 Forståelse og involvering af den støttende partner i den udvidede behandling

Behandleren indleder sessionen med en drøftelse med den støttende partner om vedkommendes rolle i sessionen. Behandleren bør understrege den støttende partners rolle i forhold til at komme med forslag til, hvordan man bedst kan støtte patientens mål for ændring af drikkevanen. Her er det vigtigt at hjælpe den støttende partner til at forstå, at sessionen ikke skal bruges til at fortælle om patientens fejl og mangler, det 'reelle' portræt af drikkeriet eller den mere generelle del af deres ægteskab, selvom det fra den støttende partners perspektiv måtte være naturligt at diskutere sådanne emner.

For at undgå misforståelser mellem dig, patienten og den støttende partner – noget som kunne udløse uoverensstemmelsesproblemer på et senere tidspunkt – bør du gennemgå både målene og formålene med patientens behandling, som ses på denne liste:

Det samlede formål med den indledende støttepartner-involverede session er som følger:

1. At orientere støttepartneren om hans/hendes rolle i CRAS-behandlingen
2. At indhente støttepartnerens forpligtelse til at støtte patientens bestræbelser på forandring
3. At forbedre støttepartnerens evne til at formidle en tydelig og vigtig støtte til patienten

Der skal gøres en indsats for at finde muligheder for at øge støttepersonens motiverende adfærd. Andre aktiviteter kunne f.eks. være at hjælpe støttepersonen til at bestemme sig for hvornår, og hvornår ikke at tilbyde sin støtte. Der er særlige tidspunkter, hvor det ville være mere hensigtsmæssigt for støttepersonen at holde sig tilbage frem for at støtte. Sådanne situationer kunne f.eks. være ved patientens manglende evne til at fokusere på behandlingens mål, ved ikke at tage medicin eller udvise modvillighed mod at prøve afholdenhed. I disse tilfælde kan det være vigtigt for støttepersonen at holde igen med støtten og give patienten mulighed for at opleve konsekvensen af sine valg eller handlinger. Denne proces kan være behjælpelig til at mobilisere patientens indre ressourcer til at tackle problemer med drikkeriet.

4.1.a *Forklaring på engagementet til den støttende partner*

Mind støttepersonen om, at han/hun ved langt mere om patienten, end du gør – og derfor i sidste ende kunne være behjælpelig på mange områder, f.eks. ved at komme med konstruktiv feedback vedrørende de planer, du og patienten har udtænkt for at være afholdende.

Du må forklare støttepersonen, at vedkommende ikke på nogen måde forventes at være en medbehandler og forsikre vedkommende om, at du ikke kommer til at bede ham/hende om noget, han/hun ikke føler sig tilpas med at gøre.

Hvis støttepersonen er et familiemedlem, bør du forklare, at du ikke udøver par- eller familierapi (hvor forholdet er behandlingens fokus). Du kommer måske til at drøfte emner, der berører kommunikation i parforhold, men det primære formål med behandlingen er at hjælpe patienten med at blive ædru.

Forklar dem begge, at støttepersonens rolle ikke handler om at være kontrollant, men at hovedformålet er at bakke op om forandring.

Forklar tydeligt, at støttepersonens rolle er at bidrage med sin støtte til ædruelighed gennem hele behandlingen, både under og efter sessionerne. Dette inkluderer følgende områder:

- Komme med tilbud om nyttige idéer og input
- Komme med opmuntringer
- Støtte og styrke patientens indsats for at blive ædru
- At hjælpe med at fuldføre planer for ædruelighed – ud fra patientens ønsker

Forklar støttepersonen, sådan rent generelt, at ved at blive en allieret for forandring, kan han/hun hjælpe med at skabe effekt af behandlingen. Du bør dog minde patienten om, at ingen andre kan tage den sidste beslutning om forandring eller tage ansvar for det.

I eksemplet nedenfor byder behandleren støttepersonen velkommen til den indledende session og forklarer, hvad hendes rolle kommer til at være:

BEHANDLER: ”Jeg påskønner din vilje til at deltage i disse sessioner og til at hjælpe Frederik i takt med de forandringer han er i gang med. Din støtte og opmuntring er en uvurderlig hjælp til at få Frederik til at overvinde alkoholproblemet. Lad mig begynde med at spørge dig – på hvilken måde har du forsøgt at hjælpe tidligere?”

STØTTEPERSON: ”Jeg opdagede, at Frederik overhovedet ikke drak, når jeg fik ham engageret i forskellige opgaver rundt omkring i huset, og især når jeg bad ham se efter børnene. Han elsker sine børn og ville aldrig såre dem på nogen måde. Han drak aldrig, når han havde dem med ude for at spise, se kampe eller svømme.”

BEHANDLER: ”Så du har prøvet at holde ham beskæftiget, især med børnene, for at hjælpe ham til ikke at drikke. (Vend dig mod patienten) Er det noget, du syntes var en stor hjælp for dig?”

PATIENT: ”Jeg var slet ikke klar over, hvad der lå bagved, jeg ved bare, at jeg ikke drikker, når jeg tager mig af børnene.”

BEHANDLER: ”Godt. (Til støttepersonen) Hvordan har du ellers forsøgt at vise din støtte til Frederik, for at få ham til at holde op med at drikke? Kan du give mig endnu et eksempel?”

STØTTEPERSON: ”Det fungerede ikke særlig godt, men jeg snusede lidt rundt for at se, om Frederik havde gang i noget ’flaskeagtigt’.”

BEHANDLER: ”Jeg er sikker på, det var i god mening, men det var ikke så effektivt. Det er dog tydeligt, at du virkelig har prøvet at støtte ham i ikke at drikke – uanset om det var den rette måde at gøre det på eller ej. (Vend dig mod patienten) Lad mig spørge dig: Har du bekymringer eller kan du forudse nogle problemer i, at Mette deltager i sessionerne sammen med dig?”

PATIENT: ”Det bekymrer mig lidt, hvis Mette kommer til disse sessioner, at hun så bliver helt besat af mit drikkeri. Det har tidligere været et problem. Mette var rasende på mig, når jeg var fuld, og – som hun selv sagde – opførte sig som en detektiv. Sommetider når jeg kom hjem med en pakke eller pose, gav hun mig sådan et mistænksomt blik, som om jeg gemte sprut i tasken. Det stoppede dog brat, da jeg startede denne behandling.”

BEHANDLER (til støttepersonen): ”Har du anstrengt dig for ikke at være for kontrollerende, efter han begyndte at komme her? Jeg kan forestille mig, at det må have været en stor lettelse for dig.”

STØTTEPERSON: ”Det er det virkelig. Jeg har det som om, jeg langt om længe ikke behøver være det eneste, som står mellem ham og hans alkohol.”

BEHANDLER: ”Ved du hvad – det er slet ikke så ualmindeligt endda. Når én, du elsker, er i fare – bekymrer du dig og vil bare gøre et eller andet – hvad som helst. Det sker ofte, når stress- og konflikttærsklen er høj. Folk gør nogle gange noget, som ikke giver mening – men for blot at gøre et eller andet for at skabe forandring. Nu må det føles, som om en tung vægt er løftet fra dine skuldre. Jeg tror I begge er med på, at selv med Mettes deltagelse i disse sessioner, ligger det egentlige ansvar for forandringen indeni dig, Frederik. Ingen kan gøre det for dig, selv ikke hvor gerne Mette end ville. (Vend til dig støttepersonen) Det, jeg gerne vil have dig til at gøre i disse sessioner, er at give følelsesmæssig støtte, mens Frederik laver forandringer i forhold til hans drikkeri. Du kan også komme med konstruktive input idéer hen ad vejen. Men lige her og nu er der ikke noget, du behøver gøre. Bare det at du er her, er en stor hjælp. Hvad synes I begge om det? Mette, er du villig til at hjælpe på denne måde?”

Her nedenunder er en liste over bemærkninger du kan komme med, efter du har lavet din introduktion og beskrevet støttepersonens rolle:

- Spørg om støttepersonen er villige til at hjælpe på denne måde
- Spørg om patienten er villig til at have støttepersonen til at hjælpe på denne måde
- Spørg om støttepersonen har nogle spørgsmål, du kunne besvare
- Spørg om patienten har spørgsmål vedrørende støttepersonens involvering
- Spørg støttepersonen hvad der har været nyttigt for patientens for at opnå ædruelighed. Hvis støttepersonen har svært ved at svare, kan du give ham/hende nogle eksempler, som f.eks. at bevare optimismen, rose patienten for sin indsats, tilbringe tid sammen med patienten i aktiviteter som ikke er kompatible med indtagelse af alkohol samt at fejre opnåelsen af et vigtigt skridt – som f.eks. at sige nej til at drikke med en særlig ven.

I eksemplet her nederst lærer behandleren støttepersonen Jette i effektivt at støttepatienten (Bent):

BEHANDLER: ”Ud fra mine tidligere drøftelser med Bent virker du til at være hans stærkeste støtte. Du lader til at føle dig virkelig forpligtet til at hjælpe ham med at overvinde sit alkoholproblem, og jeg vil gerne rose dig, fordi du kommer til disse sessioner sammen med ham. Vil du måske begynde med at fortælle lidt om de skridt, du har taget for at hjælpe ham?”

JETTE: ”Jamen, jeg er bare så stolt over, at han har været ædru de sidste 3 uger, og det har jeg sagt til ham. Jeg har opmuntret ham til at åbne op til mig og fortælle mig, hvor hårdt det er at stoppe med at drikke.”

BEHANDLER: ”Hvordan gjorde du det?”

JETTE: ”Det ved jeg ikke. Jeg syntes bare, det var vigtigt for Bent at vide, hvor dårligt jeg havde det med hans drikkeri. Ved at fortælle ham om det, lod det til at hjælpe ham med at åbne sig mere op til mig.”

BEHANDLER (til Bent): ”Hvordan har det hjulpet?”

BENT: ”Jettes støtte og opmuntring har betydet rigtig meget for mig. Det føles lettere for mig at håndtere min trang, når jeg ved Jette er i baggrunden.”

JETTE: ”Han påskønner min indsats. Tidligere – når jeg forsøgte at hjælpe – bad han mig ofte om at lade ham være i fred. Det gør han ikke længere.”

BEHANDLER: ”Det er en vigtig måde at hjælpe Bent med at undgå at drikke. Jeg er imponeret over at I begge indser vigtigheden af Jettes støtte mht. at håndtere problemet.”

I dette eksempel drøfter behandleren vigtigheden af Jettes styrkende adfærd. Samtidig hjælper behandleren med at opbygge Jettes selvtillid ved at forbinde hendes forandringsindsats med Bents resultater.

Fortsæt diskussionen om vigtigheden af disse styrkende aktiviteter. Udforsk andre muligheder hvor støttepersonen kan være en hjælp til patienten ved opretholdelse af ædruelighed. Undersøg hvordan støttepersonens tilstedeværelse kan medføre en forbedring mht. patientens drikkeri.

I det følgende eksempel forklarer behandleren, hvorledes styrkende adfærd har en positiv indflydelse på behandlingsprocessen:

BEHANDLER (til Bent): ”På hvilke andre måder kan Jette være til hjælp for dig?”

BEHANDLER: ”Jeg er ikke sikker på, om Jette er klar over det, men i sidste uge, da hun tog med mig til boldkampen, der var jeg fristet til at bestille en øl fra ekspedienten, men jeg endte med ikke at gøre det. Jeg vidste, Jette ville være utilfreds med mig, hvis jeg begyndte at drikke.”

BEHANDLER: ”Jette, hvordan føltes det?”

JETTE: ”Det glædede mig, at Bent bad mig tage med. Det kan ende med at blive skidt for ham at tage til boldkampe og bowling. Jeg var glad for, at Bent havde mig i tankerne, da han besluttede sig for ikke at drikke. Jeg tror, at eftersom jeg ikke drikker ved disse lejligheder, hjælper det ham en lille smule.”

BEHANDLER (til Bent): ”Og hvad lærte den situation dig?”

BENT: ”Det hjalp virkelig, at Jette var der. Jeg var i stand til at få min trang til at drikke under kontrol. Jeg ville bare ikke skuffe hende. Det hjalp også forinden at snakke med hende om det svære i at tage til en boldkamp på en varm sommerdag uden at tage en øl.”

BEHANDLER: ”Det var rigtig godt for dig at have Jette der sammen med dig. Hvad tror du, du ville have gjort, hvis hun ikke havde været der?”

BENT: ”Jeg er sikker på, at jeg var kommet fuld hjem.”

BEHANDLER: ”Der vil være tidspunkter, hvor du er i en problematisk situation som f.eks. bowling, og hvor Jette ikke er til stede. Hvad kan hjælpe dig med at forblive ædru?”

BENT: ”Jeg kunne ringe til hende, men det er ikke altid muligt. Jeg burde nok altid have Jette i tankerne, for at komme igennem en sådan situation uden at ty til at drikke.”

I dette eksempel hjalp behandleren Bent med at forstå, hvordan Jettes tilstedeværelse gjorde det muligt for ham at undgå at ty til alkohol. Behandleren hjalp Bent med at identificere overkommelsesmekanismen, som blev brugt i denne situation for at forebygge indtagelse af alkohol. Bent lærte, at det at han blot havde Jette i tankerne var en effektiv overkommelsesmekanisme i håndteringen af alkoholindtagelsen i fremtiden.

4.1.b *Når forskelle opstår mellem støttepersonen og patienten*

Det er ikke ualmindeligt at opdage, at støttepersonen er mere engageret i at ændre drikkeadfærden end patienten. Som et resultat opstår der ofte uoverensstemmelser mellem dem, mht. hvad patienten bør gøre for at overvinde sit drikkeri. Disse forskelle er det nødvendigt at normalisere og finde en løsning på. I følgende eksempel er Jettes foreslåede handling i direkte konflikt med Bents:

JETTE: ”Jeg vil gerne udtrykke min bekymring for et forestående arrangement hjemme hos os næste weekend. Vi planlægger en fødselsdagsfest som en overraskelse for Bents far. Jeg synes ikke, vi bør servere alkohol ved festen. Bent er ikke enig med mig. Han kan ikke se noget problem i, at der er alkohol tilgængelig for familie og venner. Jeg bliver ved med at sige til ham, at han bare får problemer, hvis han serverer alkohol.”

BEHANDLER: ”Jeg er imponeret over, at I begge ser dette som et potentielt problem og er villige til at tale om det. Disse spørgsmål er ikke ualmindelige i familier, hvor den ene partner kæmper med ædruelighed. Det som kunne være hjælpsomt her er at diskutere, hvad der kunne ske, hvis der blev serveret alkohol og hvis der ikke blev serveret alkohol. Lad os starte med ’ingen servering af alkohol til festen’. Hvad tror du, der ville ske?”

BENT: ”Jeg er bange for, at det ville skabe et problem for mine venner. Jeg vil ikke være til grin.”

JETTE: ”Hvis der ikke bliver serveret alkohol, finder Bents venner måske ud af, at Bent har et alkoholproblem. Men hvad så – siger jeg! Det kunne måske hjælpe, hvis hans venner vidste det.”

BEHANDLER (til Jette): ”Føler du at ved at fortælle Bents venner om alkoholproblemet, ville det være en klar indikation af Bents forpligtelse ift. forandring, og ved ikke at servere drinks, sendes der et klart signal om Bents ønske om at forblive ædru?”

JETTE: ”Så absolut!”

BEHANDLER: ”Hvad med alternativet – dvs. – at servere alkohol til jeres venner og familie? Hvad tror du, der ville ske?”

JETTE: ”Vi har før været i en lignende situation, og det har bare ikke virket efter hensigten. Bent prøver at begrænse det til en eller to drinks for at være social, men efter et stykke tid mister han kontrollen.”

BENT: ”Denne gang vil det være anderledes, fordi du er der!”

JETTE: ”Det er jeg ikke så sikker på. Du drak alligevel, sidste gang jeg tog til en bar sammen med dig og dine venner.”

BENT: ”Jeg bliver meget nervøs ved at skulle sige nej til mine venner og ender som regel med at drikke alt for meget.”

JETTE: ”Du kan sagtens klare dine venner. Du er da ikke bange for at sige noget til dem om andre ting, som f.eks. når de har lånt penge af dig. Når du føler, du har retten på din side, kan du virkelig være stærk.”

BENT: ”Det er rigtigt.”

JETTE: ”Jeg vil bare lige sige én ting: hvis du gerne vil servere alkohol, kan jeg ikke stoppe dig. Men jeg vil ikke blive og se på at du drikker dig i hegnet.”

BENT: ”Kommer du ikke til festen?”

JETTE: ”Ikke hvis du serverer drinks. Jeg kan bare ikke holde ud at se, hvad du gør mod dig selv. Skænderierne for at få dig til at stoppe. Din skyldfølelse næste dag efterfulgt af undskyldninger. Det er simpelthen for meget. Det gør mig virkelige ked af det [Jette begynder at græde].”

BEHANDLER: ”Du har egentlig slet ikke lyst til at blive ved med at overvåge Bents drikkeri, har du?”

JETTE: ”Jeg bliver nødt til at give slip for ikke at gå fra forstanden. Jeg kan ikke bare stå og se på, mens Bent ødelægger sig selv og sit liv. Måske ville det være bedre, hvis jeg ikke var til stede ved festen. Måske ville det endelig gå op for Bent, at han ikke kan tåle at drikke.”

BEHANDLER: ”Lad mig lige opsummere situationen. Hvis du serverer drinks til festen, er der stor sandsynlighed for at du (henvendt til Bent) vil genoptage dit drikkeri og gøre din familie kede af det. Hvis du ikke serverer drinks, bliver du måske presset til at drikke igen af dine venner. Er der andre alternativer?”

JETTE: ”Et tredje alternativ kunne være, at vennerne rent faktisk forstod og var medfølelse i forhold til Bent og hans drikkeri. De kunne sågar gå hen og støtte ham i ønsket om en forandring. Det er i hvert fald hvad han burde forvente af rigtige venner!”

Som ovenstående illustrerer, har Jette demonstreret sin støtte af og tillid til Bent samt hans evne til at håndtere vennernes pres til at drikke. Jette er klar over, at hendes manglende deltagelse i festen kunne blive en vigtig faktor ikke kun for hende selv men også for Bent. Det kunne i givet fald få Bent til at forstå, at han ikke kan drikke moderat, i det mindste ikke i et socialt samvær med vennerne.

4.1.c *Hvad gør støttepersonen hvis patienten genoptager drikkeriet?*

Nogle gange i løbet af behandlingen sker det, at en patient genoptager drikkeriet, noget som i sidste ende kan skabe problemer for støttepersonen. Nogle støttepersoner bliver vrede, frustrerede eller skuffede over patienten og forlader pludselig behandlingen – en handling som forståeligt kan have en negativ indflydelse på den terapeutiske behandling (f.eks. underminere patientens selvvirksomhed ved håndtering af drikkeriet). Alternativt griber nogle støttepersoner ind for at beskytte patienten mod omkostningerne eller konsekvenserne af drikkeriet. Eksempler på sådan adfærd indbefatter også, på vegne af patienten, at lave undskyldninger for alkoholmisbruget til hans/hendes arbejdsgiver, venner eller familie; rydde op efter ham/hende efter en drikkeepisode samt generelt fortsætte med at spille en understøttende rolle på trods af patientens drikkeri.

Disse aktiviteter udøvet af en støtteperson er blevet tildelt termen ’muliggørende adfærd’ (Meyers et al. 1998). Sådan adfærd gør det muligt for patienten at fjerne ansvaret for sit drikkeri væk fra sig selv

og over til støttepersonen. Ved ikke at give patienten mulighed for selv at opleve de negative konsekvenser af sit drikkeri, kan vedkommendes forpligtelse til forandring undermineres (Meyers et al. 1998). Det kan derfor være nyttigt at diskutere alkoholindtagelse, når patienten er ædru eller inden det overdrevne drikkeri indfinder sig. Samtidig burde støttepersonen og patienten strikke en konstruktiv plan sammen til at håndtere drikkeriet, når og hvis det opstår (se listen herunder). Ellers er der risiko for at støttepersonen utilsigtet mindsker behandlingens effektivitet. Kort sagt, ved at tage en proaktiv holdning med støttepersonen og patienten, er de bedre klædt på til at håndtere drikkeepisoder.

Her følger en liste over måder at hjælpe støttepersonen og patienten med at håndtere patientens genoptagede drikkeri:

- Forklar at tilbagevenden til alkohol ikke er ualmindeligt i behandling for afhængighed, især i de tidlige måneder af behandlingen. Men, jo længere patienten er i stand til at modstå fristelsen, jo større er chancen for fortsat ædruelighed.
- Indikér at patienten alene er ansvarlig for at takle problemet.
- Diskutér de metoder der anvendes til at hjælpe patienter, som har genoptaget deres drikkeri, samt de muligheder støttepersonen har til at håndtere drikkeriet. Henvis til diskussionen om effekten af overtrædelse af regler (*Sektion 1.5.a.7*). En mulighed er at trække sin støtte tilbage, mens patienten drikker. Det kan få den betydning, at man ikke deltager i drikkerelaterede arrangementer som f.eks. bowling og fester. Hvis støttepersonen er en ægtefælle, kan dette betyde separate soveværelser, manglende deling af fælles måltider og generelt at tilbringe mere tid væk fra hinanden, mens patienten drikker. Nævn at sådan en tilgang har vist sig at være effektiv til at fremme positiv forandring hos patienten.

En anden mulighed kunne være, at støttepersonen stoppede sin deltagelse i sessionerne og søgte hjælp andetsteds (f.eks. deltagelse i grupper for pårørende i AA), mens patienten stadig drikker. Dette kan være en hjælp for støttepersoner som har stort besvær med at håndtere de negative følelser som det direkte resultat af patientens alkoholafhængighed.

4.1.d *Acceptable typer deltagelse af støtteperson*

Selvom involveringen af en støtteperson kan være meget nyttig, ændrer det ikke på det centrale i CRAS. Bevar den samme motiverende, problemfokuserende stil, og forbliv inden for den foreskrevne procedure i hvert modul, uafhængigt af om der er en støtteperson eller ej. Nogle moduler indeholder specifikke retningslinjer for, hvordan man involverer en støtteperson. Hold dit fokus på patienten. Slå ikke over i en ægteskabs- eller familieterapi-strategi, hvor fokus er på ændring i forholdet, men hold fast i fokus på afhjælpning af alkoholproblemet.

Her nedenfor er en liste over passende terapeutiske måde at involvere støttepersonen på:

- Drøftelse af hvorledes støttepersonen reagerer på patientens drikkeri
- Refleksion af støttepersonens udsagn
- Opmuntring af støttepersonen til at sikre positiv styrkelse af ædruelighed

Her er nogle upassende måder at involvere støttepersonen på i CRAS:

- Diskussion af problemstillinger i familien
- Udarbejdelse af et genetisk diagram
- Give gode råd om strategier i forælderrollen
- Give sexterapi

4.1.e *Den problematiske støtteperson*

Hvis støttepersonens tilstedeværelse skaber periodiske problemer, er det tilladt at undskylde støttepersonen fra dele af eller hele sessionen. I nogle tilfælde skaber støttepersonens engagement dog mere vedvarende problemer, som er mere detaljeret beskrevet i denne sektion:

Problemer forårsaget af støttepersonen. Hvis du screener grundigt, burde det være muligt at identificere mulige støttepersoner, som ville interagere med patienten på en negativ måde, før du beder dem blive involveret i behandlingen. Ikke desto mindre kan der være tilfælde, hvor støttepersonen udgør et seriøst problem i sessioner, som kan ses i følgende omstændigheder:

- Støttepersonen underminerer patientens indsats mht. at ændre sin drikkeadfærd.
- Støttepersonen reagerer på patientens optimistiske kommentarer med skepsis eller hån.

- Støttepersonen minder gentagne gange patienten om tidligere fiaskoer med implementeringen af en forandringsplan. Samlet set udviser støttepersonen en negativ attitude i forhold til forandringsprocessen.
- Støttepersonen udviser uvilje eller manglende evne til at deltage i aktiviteter, som kunne føre til en forandring i drikkemønstret, som f.eks. at deltage i alkoholfrie arrangementer sammen med patienten. Ved udviklingen af en forandringsplan fremkommer støttepersonen ikke med konstruktive bemærkninger med mindre vedkommende bliver bedt om det af behandleren.
- Støttepersonen udviser en manglende forpligtelse overfor CRAS-behandlingen. Han/hun aflyser ofte uden at ombooke aftalerne, møder ikke op til sessionerne, kommer for sent eller går før sessionen er slut, og deltager ikke spontant bortset fra at komme med uhensigtsmæssige kommentarer.

Udforskning af alternativer med støttepersonen. For at ændre det forstyrrende mønster i støttepersonens interaktion, skal man begynde med de motiverende strategier beskrevet i session 1. Refleksiv lytning og omtænkning (reframing) kan være effektivt, hvis man har med problematiske støttepersoner at gøre (Zweben 1991). Forstå og anerkend støttepersonens synspunkt. Forklar, hvilken rolle du gerne vil have støttepersonen til at påtage sig under sessionerne, samt hvad du ikke ønsker at han/hun skal gøre. Hvis det ikke lykkedes at ændre det negative mønster med denne indsats, bør du overveje følgende muligheder:

- Begræns støttepersonens rolle til kun at dele information og belyse faktuel materiale, som kan afdækkes i løbet af 1-2 sessioner, som f.eks. patientens tilstand mht. drikkeriet. Informér støttepersonen om det patienten kunne gøre for at ændre sit drikkemønster som f.eks. at deltage i selvhjælpsgrupper, opretholde en periode med afholdenhed og deltage aktivt i CRAS-behandlingen.
- Spørg hvorvidt han/hun har lyst til at prøve noget andet – som f.eks. selvhjælpsgrupper eller personlig rådgivning (uden for projektet). I selvhjælpsgrupper bliver støttepersoner ofte bedt om at distancere sig selv fra patientens drikkeri. En sådan tilgang kan være at foretrække, når støttepersonens aktive deltagelse i behandlingen virker destruerende.

I eksemplet nedenfor håndterer behandleren en problematisk støtteperson:

BEHANDLER: ”Bent og Mette – jeg ved at I begge har indvilget i at deltage i disse sessioner sammen, fordi I bekymrer jer om hinanden. Men siden I begyndte at komme til sessionerne, har der været seriøse uoverensstemmelser om hvad det er bedst at gøre i forhold til Bents drikkeri. I har hver jeres urokkelige løsning på problemet. På grundlag af dette er sessionerne blevet en kilde til frustration for jer begge. Er I enige?”

PATIENT: ”Vi kommer ingen vegne på nuværende tidspunkt.”

STØTTEPERSON: ”Han kæmper imod mig på hvert eneste punkt. Hver eneste ting jeg siger opfattes nedladende. Hvis jeg beder ham blive hjemme, siger han at jeg behandler ham som en baby. Jeg kan ikke holde det ud!”

BEHANDLER: ”Må jeg komme med nogen forslag? Er I villige til at overveje dem seriøst? Jeg vil helst, at I ikke træffer en for hurtig beslutning om hvad I skal gøre. Jeg vil bare bede jer om at tænke alvorligt på disse alternativer.”

PATIENT: ”Du vil ikke have os til at beslutte os med det samme?”

BEHANDLER: ”Præcis. Selvom I er overbeviste om, hvad I skal gøre, kunne I stadig skifte mening efter I forlader sessionen. Lad os derfor vente til næste session før vi bestemmer os endeligt, så vi kan tænke over det alle sammen. Er I enige?”

STØTTEPERSON: ”Fint med mig.”

BEHANDLER: ”Det ene forslag er, at Mette hovedsaglig kommer til sessionerne for at lære mere om alkoholproblemer og de forskellige ting, det er nødvendigt at foretage sig for at takle dem. Når du har tilstrækkelig viden om det, behøver du ikke længere deltage i sessionerne.”

STØTTEPERSON: ”Det betyder så, at jeg ikke bliver en del af at løse problemet.”

BEHANDLER: ”I det mindste ikke i terapisesessionerne, men du vil altid have en stor indflydelse på det, der kommer til at ske for jer begge.”

BEHANDLER: ”Der er også en anden mulighed. Mette, du kunne overveje at begynde i selvhjælpsgrupper for pårørende eller en anden tilsvarende støttegruppe, mens Bent modtager behandling her.”

STØTTEPERSON: ”Det lyder endnu værre i mine ører. Jeg deltog faktisk i Al-anon møder, men de fik mig blot til at blive mere vred på Bent. Jeg har ikke lyst til at vende tilbage. Det føltes som en ’bank-din-mand’-session.”

BEHANDLER: ”Det er en skam, du har haft så dårlig en oplevelse under et møde. Ikke alle møder er ens, og mange mennesker har haft gode og understøttende oplevelser i Al-anon. Der er ret mange forskellige møder i byen. Men, når det så er sagt, så er det ikke nødvendigt med en beslutning nu. Tænk lidt mere på disse muligheder, og så kan vi prøve at nå frem til en beslutning ved vores næste session.”

4.1.f *Planlægning af efterfølgende sessioner med involvering af støtteperson*

Evaluer effekten af støttepersonens hjælp i efterfølgende sessioner. Gennemgå de foranstaltninger som har været vellykkede i håndtering af drikkeproblemet. Udforsk alternative reaktioner i situationer, som ikke har været vellykkede. Fortsæt med at understrege vigtigheden af støttepersonens bidrag til forandringsprocessen.

4.2 *Planlægning af behandling*

Hvis patienten ønsker at fortsætte CRAS-behandlingen efter de fire samtaler, skal du benytte *Behandlingsplanen (Skema H)*. Hertil kan du benytte skemaet *Tanker om afholdenhed (Skema I)* som inspiration til at konstruere behandlingsplanen.

Ønsker patienten ikke at fortsætte behandlingen efter de fire samtaler, skal du benytte *Forandringsplanen (Skema G)*. Du skal derfor ikke gå videre med at implementere forandringerne fra den udvidede behandling. Forandringsplanen skal fungere som et værktøj, patienten kan benytte derhjemme til videre forandring.

4.2.a *Struktureret udsagn*

Brug strukturerede udsagn til at sikre brug af det korrekte sprog ved overgangen til planlægningsprocessen. Her nedenfor er et eksempel på, hvordan du kan strukturere denne overgang:

BEHANDLER: ”Jeg er glad for den tid, du har brugt på at føre mig ajour, og nu forstår jeg bedre noget af det, som er vigtigt for dig, og hvorledes det hænger sammen med dit drikkeri. Det næste vi gør, er at beslutte hvilke mål du gerne vil opnå i vores samarbejde her. Vi kan naturligvis ikke afdække alle de områder, vi har drøftet, derfor bliver vi nødt til at finde ud af, hvad der kunne være den største hjælp for dig, og hvor vi bedst retter vores fokus i den tid vi har sammen. Jeg kan ikke sætte dine mål for dig, men jeg kan tale med dig om det, som er vigtigst for dig.”

Brug åbne spørgsmål og refleksioner til at få patienten til at komme frem til de væsentligste punkter i *Behandlingsplanen (Skema K)* og brug patientens eget sprog og idéer til at linke til de forskellige moduler.

Gennemse gerne de skemaer, der tidligere har været brugt, for at hjælpe patienten med at få idéer til, hvad der kan inkluderes i planen. De problemer der skal adresseres, bør være nogle, som bidrager til patientens risiko for at drikke, på en måde som giver mening for patienten. Tidsrammen ’de næste to måneder’ skal bruges (selvom nogle forandringer vil tage længere tid at færdiggøre), og vil typisk være 2-4 emner i behandlingsplanen. Eksempler på sådanne emner kunne f.eks. være ’at finde en ædru ven’, ’finde det nærmeste ældrecenter’, ’forbedre kommunikationen med ægtefællen/partneren’, ’finde nogle gode gangstier i naturen til hunden og mig’ osv. Behandleren skal opmuntre patienten og komme med passende forslag fra de tilgængelige moduler.

PATIENT: ”Tja, mit humør har altid været lidt af et problem, og det har altid ført til at jeg drak mere. Jeg har vidst det længe, og her på det sidste har jeg prøvet at finde noget, som kunne afhjælpe dette. Jeg har en god ven, som tager til en holistisk behandler for at få krystaller. Hun siger, det hjælper hende pga. deres molekyllære struktur eller noget i den retning. Hun har krystallerne hængende overalt i sit hus. Da det ser ud til at virke, kunne jeg virkelig godt tænke mig at prøve det.”

BEHANDLER: ”Jeg kan se, du har været opsøgende i forhold til måder at få humøret op på. En af de ting, du gerne vil prøve, er krystaller. Men der er også nogle andre specifikke færdigheder, vi kunne se på sammen for at hjælpe med dit humør. Videnskaben har påvist, at særlig adfærd og vaner kan føre til bedre humør hos folk, som laver en forandring i deres drikkeri. Hvad hvis vi nu udforskede, hvordan du kan påvirke dit humør i vores sessioner?”

Behandleren bør altid spørge ind til patientens mål vedrørende alkohol, og det skal være nummer et på behandlingsplanen. Selvom afholdenhed er det anbefalede mål i CRAS-interventionen, bliver det

ikke tromlet igennem, hvis patienten i stedet ønsker at forsøge sig med at drikke moderat i stedet. Hvis patienten udtrykker interesse for et mål, som ikke understøtter afholdenhed, skal proceduren for understregelse af afholdenhed (anført nedenfor) anvendes. Her er målet ikke at insistere på total afholdenhed for at sikre patientens samarbejde, men rettere at fremvise afholdenhed som det sikre og 'mest sandsynlige' succesfulde resultat. Hvis patienten stadig ønsker et mål uden afholdenhed, kan du opfordre patienten til at overvåge sit alkoholindtag nøje for at højne sandsynligheden for, at det ikke overskrider den grænse, der sigtes mod. Du kan også anbefale patienten at skrive en dagbog over sit drikkeri – se nedenfor.

4.2.a.1 Understregelse af afholdenhed

På et eller andet tidspunkt i session 4 (eller tidligere, hvis passende) giver du din patient en begrundelse for afholdenhed fra alkohol. Her er det vigtigt at huske forskellen mellem behandlingsprogrammets mål for afholdenhed og patientens egne mål. Det er ikke overensstemmende med motiverende samtaler at tvinge til eller pålægge patienten et mål, og realistisk set kan du heller ikke. De mål patienter sætter sig, kan forudsige resultater (Miller et al. 1992a). Patienter som får tildelt et mål for afholdenhed, uanset om de måtte ønske det eller ej, viser ikke bedre resultater end de patienter, som selv har sat deres egne mål (Graber og Miller 1988; Sanchez-Craig og Lei 1986). Det er også vigtigt at huske, at det ikke er op til dig at 'tillade', 'lade' eller 'give patienten lov til' at træffe valg. Det er altid deres valg, uanset hvad du anbefaler. Ikke desto mindre bør du i alle tilfælde anbefale fordelene ved afholdenhed som et resultat ved at fremkomme med følgende punkter:

1. Vellykket afholdenhed er et sikkert valg. Hvis du ikke drikker, kan du være sikker på ikke at få problemer forbundet med drikkeri.
2. Der er en god grund til, i det mindste, at prøve en periode med afholdenhed, eksempelvis for at finde ud af hvordan det føles at leve uden alkohol og hvordan du har det, at opdage hvordan du er blevet afhængig af alkohol, at gennemgå en forandring og opbygge selvtillid, eller at behage sin ægtefælle.
3. Ingen kan garantere en 'sikker' grænse for drikkeriet, så det ikke skader dig og hvor du ikke taber kontrol.

I nogle tilfælde har du et ekstra ansvar for at fraråde din patient at sætte andet mål end afholdenhed, såfremt patienten lader til at beslutte sig i den retning. Igen – du bør gøre dette på en overbevisende

og ikke tvingende måde, i overensstemmelse med det overordnede præg af motiverende samtale ("Det er dit valg. Men ville det være ok, at jeg fortæller dig lidt om en bekymring jeg har angående den mulighed, du overvejer?"). Blandt grundene til at opfordre en patient til at arbejde mod fuldstændig afholdenhed er følgende:

- Graviditet
- Medicinske tilstande (f.eks. leversygdom) som kontraindikerer nogen som helst form for drikkeri
- Psykologiske problemer som er tilbøjelige til at blive forstærket ved drikkeri
- Stærke eksterne krav til patienten om afholdenhed (f.eks. betingelse for prøveløsladelse)
- Brug/misbrug af medicintyper som er farlige kombineret med alkohol
- En historik med alvorlige alkoholproblemer

4.2.b *Gennemgang af arbejdsskemaet Muligheder*

Brug det skema som du og din patient har anvendt til at 'placere' bekymringer og idéer gennem hele den funktionelle analyse og gennemgangen af de psykosociale funktioner. Skriv idéer ind i 'bobler' nu – hvis det er passende her. Hvis du har tid til refleksion inden denne session, kan du gennemgå dine noter for at skabe eventuelle 'mulighedsbobler'. Nedenfor er en liste over potentielle emner til skemaet *Muligheder (Skema G)*, baseret på de tidligere sessioner, f.eks.:

- Reducér stress
- Hav det bedre med dig selv
- Undersøg mulige selvhjælpsgrupper eller alkoholfrie aktiviteter
- Håndtér trangen til at drikke
- Lær at sige 'NEJ'
- Udvikl samtalefærdigheder
- Forbedr kommunikationen i parforholdet

Sørg for at lade mindst to bobler være tomme. De anførte muligheder er startpunkter til denne drøftelse. For at påbegynde denne session viser du mulighedsskemaet til din patient. Her nedenfor vises et eksempel på en måde at begynde denne diskussion:

BEHANDLER: ”I dette skema, kaldet *Muligheder*, har jeg lavet noter undervejs. Det jeg har foretaget mig, mens vi har snakket, er at notere forskellige mulige emner, vi kunne arbejde med sammen her. Som du kan se (vis patienten skemaet), har jeg skrevet hver idé ind i en af disse bobler, og jeg har også ladet nogle bobler forblive tomme, fordi du muligvis har nogle andre gode idéer. Det jeg har indtil nu er: (forklar kort hvad du har skrevet i hver af boblerne). Kan du komme på andre emner, som vi kunne drøfte som en del af din forandringsplan? (indsæt yderligere passende emner i de tomme bobler).”

4.3 **Anbefaling af selvhjælpsprogrammer**

På et eller andet tidspunkt i løbet af fase A, gældende for alle, (som regel ved fuldførelse af skemaet *Muligheder*), kan du sammen med din patient drøfte muligheden for selvhjælpsprogrammer. Her nedenfor er et eksempel på, hvordan du kan rejse spørgsmålet og komme med en god begrundelse for at deltage i en sådan gruppe.

BEHANDLER: ”En ting som mange har syntes var en hjælp, er at få støtte fra andre personer, som også er ved at komme sig over virkningerne af alkoholproblemer. Personer som f.eks. bliver involveret i Anonyme Alkoholikere, har generelt en bedre chance for at forblive afholdende. AA er langt det største og ældste af disse programmer, men der er også andre typer støttegrupper på dette område, som f.eks. _____ (navn på lokal selvhjælpsgruppe indsættes her). Jeg spekulerer på, om du har været til nogen af disse grupper, og hvis du har – hvad din erfaring har været?”

Lyt opmærksomt til hvad din patient har at sige om selvhjælpsgrupper og reager med refleksiv lytning. I denne diskussion skal du opmuntre din patient til at afprøve flere af disse grupper. Beskriv de forskellige grupper som er tilgængelige i dit område. Nederst er nogle eksempler på måder at diskutere dette på, med forskellige tilgange afhængig af patientens erfaring med sådanne grupper:

BEHANDLER: ”Mon du er villig til at prøve denne som en mulighed i din plan? Hvilken af disse grupper synes du kunne være mest nyttig for dig?”

For patienter som ikke tidligere har deltaget i en sådan gruppe: ”Jeg ville opfordre dig til at prøve 2 eller 3 forskellige møder, for at se hvor du føler dig mest hjemme. Selv inden for AA er der forskellige typer grupper og møder. Var det noget, du ville overveje som en mulighed?”

For patienter som tidligere har deltaget i en sådan gruppe og med god erfaring: ”Jeg er glad for, at du allerede har haft god erfaring med _____. Som jeg sagde før, at blive involveret i en gruppe som denne, er en god kilde til støtte. Hvis du kan lide gruppen/erne, du har deltaget i, vil jeg stærkt anbefale dig at fortsætte.”

For patienter som tidligere har deltaget i en gruppe og haft en dårlig erfaring: ”Jeg er ked af, at du ikke havde en god erfaring, da du tog derhen. Der er forskellige grupper og møder, eller andre alkoholfrie aktiviteter, og det kan være en god idé at prøve nogle forskellige, for at se hvor du føler dig mest tilpas. Er det noget, du ser som en mulighed for dig?”

De tilgængelige selvhjælpsgrupper varierer lidt ud fra de geografiske områder. Al-anon er den mest udbredte type, og større kommuner har ofte en bredere palet af alkoholfrie tilbud. Bliv bekendt med de forskellige grupper i dit område samt deres grundprincipper og arbejdsmetoder. De fleste grupper tager godt imod professionelle besøgende, som kommer for at lære, hvordan de kan få deres patienter involverede.

4.4 Prioritering

Når du har udfyldt de resterende bobler i skemaet *Muligheder* med forskellige emner til drøftelse i behandlingen, gennemgår du skemaet med patienten. Her nederst er et eksempel på en mulig måde at diskutere prioriteringen af mulighederne:

BEHANDLER: ”Ud af alle de ting vi har på listen over muligheder i din behandlingsplan, er der flere vi kan arbejde på sammen. Hvilke af dem vil du gerne have at vi diskuterer i de kommende uger? Hvilke af dem er vigtigst for dig?”

Lav en stjerne eller et prioriteringsnummer indeni de bobler, som patienten nævner som mulige prioriteter. Svar patienten med refleksion, og efter hver tilbudt mulighed, spørg: ”Og hvad mere?” Forsøg at identificere mindst to emner, som kan drøftes i forskellige behandlingsmoduler. Hvis patienten ikke tager initiativ til at nævne områder, kan du selv fremkomme med nogle som virker oplagt ud fra jeres diskussion – idet du siger sådan noget som: ”Hvad med _____? Var det noget, vi kunne arbejde på sammen?”

Det er vigtigt at huske, at du ikke kommer til at drøfte alle emnerne i behandlingsplanen i CRAS-sessionerne. Patienten kan for eksempel føle, at det er vigtigt at bearbejde et barndomstraume, men

det vil ikke være inkluderet i CRAS-sessionerne. Vær tydelig med at videregive dette til din patient, så han/hun ikke tror, det er noget du har lovet, men ikke leverer til slut. Beskriv i stedet behandlingsplanen som en plan for sundhed og god fysisk form, der både indeholder emner du kan drøfte med din patient samt emner, patienten selv takler alene, med støttepersonen eller gennem en henvisning til andre professionelle.

4.5 Forberedelse af behandlingsplanen

Planen udvikles via en forhandlingsproces mellem din patient og dig ud fra alle de tidligere drøftelser. Her nedenfor er et eksempel på en måde at introducere dette til din patient:

BEHANDLER: ”Det vi bør gøre nu, er at udvikle en behandlingsplan – dvs. hvad vi kommer til at arbejde med sammen i den tid, vi får til rådighed. Når vi har udfyldt denne plan og er enige om alt i den, er vi parate til at begynde næste fase. Nogle af de ting du har sagt, du gerne vil arbejde med er”

Hver linje i behandlingsplanen bruges til at anføre et problem, som vil blive behandlet (eller i nogle tilfælde gennem henvisning). Behandlingsplanen kan blive – og er ofte – modificeret senere i behandlingen, og dette kan gøres med et fortsættelsesskema til behandlingsplanen. Du kan ikke ændre en behandlingsplan, når den først er dateret og underskrevet, så du skal i stedet bruge et nyt skema til alle tilføjelser og modifikationer.

For hvert problem (hver række) er der kolonner, hvor du præciserer tre emner. I den første kolonne – Problemer til bearbejdning via behandling og henvisning – præciserer du disse problemer. Problem #1 er altid alkoholproblemer og/eller afhængighed. Indholdet i problem #1 burde være fremkommet i overgangen og nøglespørgsmål skulle være drøftet i overgangen til session 4. Hvis dette ikke er tilfældet, skal du spørge: ”Og hvad tænker du nu om at drikke?” Forstærk understregningen af afholdenhed som værende passende (se *sektion 4.2.a.1: Understregelse af afholdenhed*). Bobler fra skemaet *Muligheder* identificerer potentielle problemer for behandlingsplanen, men inkluderes kun efter gensidig aftale mellem patienten og dig. Du må gerne skrive et problem i behandlingsplanen, selvom du ikke adresserer det direkte i behandlingen; f.eks. hvis økonomiske problemer er en stor bekymring for din patient, indsæt disse med et problemnummer, og planen kan være en opfordring til at patienten selv søger rådgivning.

I anden kolonne – Overordnede mål og specifikke målsætninger at opnå – skal du være specifik mht. målsætninger; prøv at anføre dem ved brug af observerbare eller målbare termer/udtryk. Inkluder positive mål (ønsket om at begynde, stigning, forbedring, gøre mere af noget), ikke kun mål som kan opnås ved generel bedøvelse (at stoppe, undgå eller nedgang i adfærden).

I tredje kolonne – Behandlingsplan – præciserer du hvordan du har i sinde at behandle de anførte problemer for at opnå de anførte mål. Identificer specifikke moduler, som vil blive inkluderet i fase B. Du kan med fordel bruge *Listen over træningsmoduler i psykosociale færdigheder (Sektion 7.1)* for at give et overblik over hvert modul og hvad det har at byde på. (Patienter må gerne få en kopi af denne liste til at tage med hjem og henvise til senere – hvis de ønsker dette). I planlægningen af behandlingen skal du også præcisere de henvisninger og forandringsaktiviteter, som patienten selv skal beskæftige sig med uden for behandlingen (som f.eks. deltagelse i selvhjælpsgrupper). Planen skal være udarbejdet på en sådan måde, at den er tilstrækkeligt specifik til at I kan vurdere, hvorvidt mål er opnået. Du bør tillige, og som minimum, oplyse en foreløbig tidsplan for hvert problem; hvornår bliver dette løst? De notater om fremskridt, du nedfælder gennem hele behandlingsforløbet, vil svare nøje til problemerne, målene og de planer, der er anført her.

5.0 Styrkelse af forpligtelsen

Når patienten beskriver behandlingsplanen, får du brug for at styrke forpligtelsen ved at bruge tid på at opsummere den forandring, patienten har ønsket (afholdenhed eller andet). Dette er det rette tidspunkt til at 'opsamle' al forandringstalen, som patienten har givet dig. Det kan f.eks. lyde lidt sådan her:

Her er et eksempel på en opsummering for en patient i den udvidede behandling:

BEHANDLER: "Lad mig så lige se om jeg har fået fat i, hvor du står helt nøjagtigt. Sidste gang gennemgik vi grundene til at du og din ægtefælle har været bekymrede pga. dit drikkeri. Der var flere af sådanne bekymringer. I var begge urolige for, at dit drikkeri har medført problemer i familien, både mellem jer begge og med børnene. Du var tillige urolig for de testresultater, du modtog, som indikerede at alkoholen havde skadet din sundhedstilstand. Det lader til, at dit drikkeri langsomt gennem årene har taget til i styrke, og med den – din alkoholafhængighed. Den ulykke, du var ude for, fik dig til at indse, at det var tid at gøre noget ved dit drikkeri, men jeg tror

stadig, du var overrasket, da jeg gav dig den nøjagtige feedback på, i hvor stor fare du egentlig var.

Vi har talt om, hvad du har i sinde at gøre ved dette, og at du og din ægtefælle havde forskellige idéer til at begynde med. Han mente, du burde gå til AA, og du mente det blot var nødvendigt at skære ned på dit drikkeri og forsøge at lade være med at drikke, når du er alene. Vi talte om, hvad resultaterne i givet fald ville være, hvis du prøvede nogle andre tilgange. Hvis du ikke lavede en drastisk ændring i det drikkemønster, du har haft i så mange år, var din mand bekymret for at du højst sandsynligt ville vende tilbage til dit overforbrug og glemme alt det, vi har drøftet her. Du var enig i, at der var en sådan risiko og kunne tydeligt se dig selv overtale dig selv til at drikke alene, eller drikke for at løfte humøret. Du brød dig ikke om idéen om AA, fordi du var bekymret for hvem, der ville se dig derhenne, selvom vi har nævnt, at der hersker et stort anonymitetsprincip.

Der hvor du lader til at være på vej hen, er i retningen af at prøve overhovedet ikke at drikke i en periode på mindst 3 måneder, for at se hvordan det spænder af og hvordan du har det. Din mand synes også godt om denne idé og er villig til at bruge lidt mere tid sammen med dig, så I kan lave noget sammen i aftentimerne eller weekenderne. Du tænker også på at geninvolvere dig i nogle af de aktiviteter i nærområdet, som du engang holdt af at beskæftige dig med i dagtimerne eller måske få dig et job til at holde dig beskæftiget, og det er et af de første emner, vi vil fokusere på sammen i behandlingen. Du er også interesseret i at lære nogle metoder til at håndtere dine humørsvingninger uden brug af alkohol. Er alt dette korrekt? Har jeg udeladt noget?"

5.1 Anmodning om forpligtelse

Efter du har sammenfattet patientens situation og besvaret yderligere punkter og adresseret eventuelle bekymringer, som patienten og støttepersonen fremfører, fortsætter du til en formel forpligtelse til forandring. I bund og grund skal patienten mundtligt forpligte sig til at tage de fornødne, planlagte skridt hen mod den tiltrængte forandring. Her nedenfor vises nogle eksempler på nøglespørgsmål til brug efter den afsluttende opsummering:

- "Er du parat til at gå i gang med denne plan?"
- "Er det hvad du har i sinde at gøre?"

Hvis patienten siger ja, er dette det oplagte tidspunkt til sammen at underskrive behandlingsplanen. Sørg for at bekræfte din patients beslutning, intentioner, indsatser osv.

5.2 Patient forpligter sig ikke til ændring i drikkevaner

I tilfælde hvor en patient forbliver ambivalent eller tøvende i forhold til enten mundtligt eller skriftligt at forpligte sig til at takle et alkoholproblem, kan du bede ham/hende udsætte beslutningen til et senere tidspunkt. Bliv enige om et bestemt tidspunkt til at evaluere og tage beslutningen efter yderligere nogle sessioner. Hvis du lader patienten få mulighed for at udsætte sin beslutningstagen, kunne han/hun, med tiden, komme under positiv indflydelse af MI-processerne (Goldstein et al. 1966). Sådan fleksibilitet gør det muligt for patienten bedre at udforske de potentielle konsekvenser af forandring samt at forberede sig selv på at takle konsekvenserne. Ellers kunne patienten føle sig manipuleret til at forpligte sig, før han/hun er parat til at tage affære og kunne i stedet beslutte sig for at trække sig fra behandlingen før tid er, for ikke at tabe ansigt pga. fiaskoen mht. at efterfølge en forpligtelse. Her er et eksempel på, hvad man siger til en uvillig patient i den udvidede behandling:

BEHANDLER: ”Det lyder som om, du endnu ikke er helt parat til at tage denne beslutning. Det er fuldt ud forståeligt. Det er et svært valg at tage. Det er nok bedre ikke at forcere tingene og ikke tage en beslutning lige her og nu. Prøv at tænke over det fra nu og indtil vores næste møde, overvej fordelene ved at lave en forandring og ved IKKE at ændre noget. Vi kan udforske det nærmere næste gang, og så bliver det måske mere klart for dig, hvad du gerne vil gøre, ok?”

En anden måde at fortsætte på er at modificere behandlingsplanen, så den afspejler patientens parathed. I sådanne tilfælde er det foreløbige mål med behandlingsplanen at ”overveje og beslutte hvorvidt der skal laves en forandring”. Det er også muligt at fortsætte med fase B-modulerne, selvom patienten ikke er villig til at forpligte sig til forandring. Dette kan beskrives i planen som ”i mellemtiden i gang med noget som er vigtigt for din patient” eller som ”materiale af vigtighed, såfremt du senere beslutter dig for at lave en ændring i din drikkeadfærd”. Før fase B påbegyndes skal I dog begge være enige og i det mindste underskrive en foreløbig behandlingsplan.

6.0 Afslutning af session 4

Reservér mindst 10 minutter hen mod slutningen af samtalen til at gennemgå sessionen med patienten (og støttepersonen, hvis en sådan har deltaget). Anerkend værdien af behandlingsplanen og udtryk din optimisme, hvis du kan, om muligheden for at patienten vil få gavn af den. Forhandl med din patient om hvilke moduler, der skal indlede næste session og overvej midlertidigt hjemmearbejde, hvis det er passende her.

Fase B: Implementering af forandring

7.0 Introduktion til psykosociale færdigheder i træningsmodulerne

Denne sektion er helt individuelt tilpasset din patients situation og behov. Efter de fire Motivational Enhancement Therapy (MET)-sessioner vil patienten, i samarbejde med dig, begynde at gennemgå moduler udtrukket fra en menu bestående af fem kognitiv-adfærd træningsområder. Denne del er fuldstændig skræddersyet til den enkelte, fordi det ikke giver mening at have den samme standard træningspakke til alle. Patienter, som påbegynder behandling, har ofte meget forskellige færdigheder, og derfor er noget enkeltstående område ikke påkrævet. Du og din patient har udvalgt de færdighedsområder, der skal trænes i, og inden for disse større grupper af færdigheder kommer I til at diskutere og forhandle om de bestemte moduler, som er mest passende i forhold til hans/hendes behov. Efterhånden som behandlingen skrider frem, opdager du og patienten måske et behov for et yderligere færdighedsområde, som I ikke havde taget højde for i planlægningen af behandlingsprocessen, og nu kan behandlingsplanen genforhandles, så den inkluderer dette område. Husk på at du kan arbejde i mere end et modul ad gangen, og du kan inkludere arbejdet fra to moduler i en enkelt session.

Modulerne er designet til at være praktiske, ikke kun ment som undervisning. De får patienten aktivt involveret i læringsfærdigheder som understøtter en positiv, belønnende og alkoholfri livsstil. Den følgende liste beskriver udviklingen af færdigheder:

Husk rytmen i FORTÆL-VIS-PRØV. Beskriv først hvad der skal gøres, vis så patienten hvordan det skal gøres, og bed til sidst patienten prøve det.

- Øv jer ved hjælp af rollespil
- Brug arbejdsskemaerne
- Giv hjemmearbejdsopgaver i at PRØVE mellem sessionerne
- Tjek tidligere opgaver i begyndelsen af hver session
- Ros hvert eneste skridt patienten har taget for at lære nye færdigheder og anvende disse
- Giv rigelig positiv opmuntring i træningsprocessen – fremhæv hvad patienten gjorde godt, kom med en forsigtig vejledning i, hvad der kan forbedres, og prøv det så igen.

På den næste side finder du en liste med de fem områder af psykosociale færdigheder, som du og din patient diskuterer i session 3 og 4 i MET, sammen med de mest gængse begrundelser for anvendelse af hver færdighed. Husk at det er helt fint at arbejde på to færdigheder samtidig, men du bør nok ikke diskutere mere end to færdigheder i nogen enkeltstående behandlingssession.

7.1 Liste over træningsmoduler i psykosociale færdigheder

Modulnavn	Emne	Generelle begrundelser for modulets brug
COPE	Håndtering af behov, trang og socialt pres til at drikke	At lære nye færdigheder til at kunne modstå fristen til at drikke, når man konfronteres med trang.
HUMØR/STEMNING	Træning i håndtering af humør/stemning	At lære nye færdigheder i at håndtere og vende negative følelser til positive uden at drikke.
SOBN	Opbyggelse af sobert netværk	At øge positive, social støtte fra andre og deltage i restitutionsprogrammer som en hjælp til at bevare en stabil forandring i drikkeriet.
SORR	Social og rekreativ rådgivning	At finde og blive aktivt involveret i behagelige, rekreative aktiviteter, som ikke involverer alkohol.
AGE	Håndtering af bekymringer relateret til aldring	At lære nye færdigheder i håndtering af nedtrykthed og tab eller savn, som er en naturlig del af aldringsprocessen.

Håndtering af behov, trang og socialt pres til at drikke (COPE)

8.0 Håndtering af behov og trang (COPE)

8.1 Rationale

Patienter oplever oftest behov for og trang til at drikke tidligt i behandlingen, men disse symptomer kan fortsætte i uger – endda måneder efter en person er stoppet med at drikke. Disse oplevelser kan være ubehagelige, men de er meget almindelige og betyder ikke, at der er noget galt. Du bør forvente, at dine patienter kommer til at opleve trang fra tid til anden, og du skal være forberedt på at håndtere det.

Ordene 'behov' og 'trang' henviser til en lang række subjektive oplevelser, der inkluderer tanker ("Ville det ikke være dejligt med en drink nu"), positive forventninger ("Jeg ville få det bedre, hvis jeg bare tog et par drinks"), fysiske fornemmelser (f.eks. rystelser), følelser (f.eks. ængstelse), og adfærd (f.eks. stoppe op i en forretning når ølafdelingen passerer). Dette fundamentale fænomen er en subjektiv oplevelse med en øget risiko (sandsynlighed) for at drikke på trods af et mindre fremtrædende ønske om ikke at drikke. Dette kan opleves som et faktisk eller muligt tab af kontrollen, af Jellinek (1960) kaldet den manglende evne til at afholde sig fra at drikke (for at adskille det en erfaret uegnethed til at stoppe med drikkeriet, når det først var begyndt).

Dermed er det vigtigste og mest centrale budskab i dette modul, at patientens oplevelse af behov og trang er både forudsigelige og kontrollerbare. Her følger en liste over information, som er særdeles vigtig at få viderebragt til din patient:

1. Trang til at drikke er almindelig og normal gennem forløbet. Det er ikke grund til at blive alarmeret eller føle at man har fejlet. Man bør i stedet lære at håndtere følelsen af trang.
2. Behovet for eller trangen til at drikke lader til at indfinde sig i særligt forudsigelige situationer; de udløses af ting i omgivelserne. I første omgang er man måske ikke opmærksom på de omgivelsesmæssige udløsere forbundet med disse oplevelser, men det er muligt at identificere dem. Det vil typisk være sensoriske oplevelser som f.eks. at se, høre eller lugte noget, som enten har været forbundet med drikkeri eller en abstinensperiode.
3. Af og til er triggeren en indvendig hændelse – som f.eks. en tanke eller fysisk fornemmelse. Blandt de fysiske fornemmelser kan nævnes en stram fornemmelse i maveregionen, tørhed i munden eller en svag følelse af nervøsitet. Tanker kan bl.a. omhandle hvor godt det ville føles

at drikke alkohol, at tænke tilbage på tidligere episoder med druk, planlægning af hvordan man ville bære sig ad med at få fat i en drink, eller tanken om ”jeg har behov for en drink”.

4. Behov og trang er tidsbegrænset, det vil sige, de varer ofte kun få minutter og allerhøjest få timer. I stedet for at stige gradvist indtil de ikke længere er udholdelige, peaker de efter blot få minutter og forsvinder derefter som en bølge. Du kan ’surfe’ henover dem (for skiløbere vil det være bedre at forestille sig at stå på ski henover og omkring pukler uden at falde).
5. Du vinder hver eneste gang du surfer (står på ski) henover en trang uden at drikke. At give efter for en trang forstærker den kun. Dog bliver trangen med tiden svagere og mindre hyppig, når du lærer at håndtere den.
6. Du er ikke hjælpeløs, når du står foran en trang eller behovet for at drikke; der er noget, du kan gøre ved dem.

8.2 Socialt pres til at drikke

En måde at håndtere socialt pres er at undgå situationer, hvor sandsynligheden for det er høj. Men, patienterne kan naturligvis ikke undgå alle situationer hvor andre mennesker drikker, eller hvor en patient måtte opleve et direkte pres til at drikke. Selvom det har været patientens hensigt at undgå særlige situationer, kan han/hun stadig blive udsat for dem ved et tilfælde eller gennem et valg. Understreg nødvendigheden af at udvikle flere mulige strategier i tilfælde af uundgåelige situationer.

Det er ofte langt sværere at sige nej til en drink, end patienten umiddelbart kan forudse. Det er vigtigt at træne patienten op i at komme med forskellige afslag, især hvis han/hun har svært ved at være selvsikker eller ikke formår at reagere på en effektiv måde i en usikker situation. I løbet af behandlingen, når din patient gennem rollespil øver sig i et afslag, får han/hun løbende feedback fra dig om effektiviteten af hans/hendes afslag, lærer han/hun at mestre sine evner til at afslå og øger dermed sin selvsikkerhed, når vedkommende står ansigt til ansigt med det sociale pres.

Både tanker og adfærd spiller ind her. Patientens tanker om at undgå en social situation, som involverer drikkeri eller at afslå en drink, kan have indflydelse på hvor godt det vil lykkes ham/hende at håndtere socialt pres. Her er en liste over de tanker, som en patient typisk har:

- Andre mennesker vil opfatte dem som 'svage' eller et 'dydsmønster' fordi de har besluttet sig for ikke længere at drikke.
- De er 'kedelige' eller vil blive afvist, hvis de ikke drikker.
- Det bliver umuligt for dem at få nye venner eller bevare gamle venskaber, hvis de ikke drikker
- Det er ikke 'høfligt' at afvise en drink, når alle andre deltager i en begivenhed, som involverer alkohol.
- De vil ikke opgive forholdet til en anden, der drikker, bare fordi de selv er holdt op med at drikke.
- Hvis de udviser selvsikkerhed ved ikke at drikke, fornærmer de andre mennesker.

Forklar din patient at det kan være en hjælp både at gennemtænke og øve sig i måder at håndtere situationer, hvor der er et socialt pres til at drikke. Fortæl din patient at han/hun sikkert vil blive konfronteret med uventede situationer, men at jo mere han/hun kan forberede sig, jo bedre. Diskuter vigtigheden af at øve forskellige strategier for afslag, så han/hun vil blive i stand til bedre at håndtere det uventede.

8.3 Opdagelse af trigger-situationer

Det første skridt er identificering af de forskellige signaler eller situationer, hvor patienten oplever trang eller behov. Bed din patient beskrive nogle få situationer, som er hændt for nylig, hvor han/hun oplevede en trang til eller et behov for at drikke. (Bemærk: Nogle patienter identificerer sig ikke med udtrykket 'trang', men taler i stedet om stærkere eller svagere behov for at drikke. For andre er 'trang' en meningsfuld term til at beskrive deres oplevelse. Brug den terminologi som er mest behagelig for din patient). Her nederst er en liste over forskellige spørgsmål, som kan tydeliggøre situationer med opstået trang:

- Hvordan var oplevelsen helt nøjagtig? Hvordan vidste du, at du havde en trang til eller et behov for at drikke? Var det en tanke, en fysisk fornemmelse eller en følelse?
- Hvad skete der lige umiddelbart før og under oplevelsen? Hvor var du – med hvem og hvad lavede du/I? Hvad foregik der; hvad så du, hørte du, hvad kunne du lugte, smage, mærke?

- Hvad skete der efter oplevelsen af trangen eller behovet? Drak du? Og hvis ikke – hvordan lykkedes det dig at forblive ædru? Og hvad tænkte, følte du osv. bagefter?

Vær opmærksom på, at bare det at tale om trang kan udløse en følelse af trang eller behov. Dette er ikke noget at være bange for – faktisk kan det være gunstigt. Det er dog klogt ikke at begynde denne proces i slutningen af en session, før du har tid til både at diskutere og informere. Tjek din patient fra tid til anden i denne sessions moduler, for at finde ud af om han/hun oplever trang eller et behov her og nu.

Formålet med denne del er at identificere trang-triggerne, så du kan planlægge strategier for håndtering af dem. Der vil højst sandsynligt være adskillige tegn, som kan udløse trang, så du bør udarbejde en liste over de såkaldte 'højrisikosituationer'. Umiddelbart vil den bedste kilde være patientens egne erfaringer med situationer, hvor han/hun følte en trang, også selvom patienten ikke lige vidste, hvad det helt konkret var ved den situation, som udløste lysten til at drikke. Her er en liste over almindelige triggere:

- Eksponering til selve alkoholen
- At se andre mennesker drikke
- Kontakt med mennesker, steder og ting som tidligere har været forbundet med at drikke (f.eks. drikkepartnere, fester og barer, fodboldkampe på TV).
- Visse dage eller tidspunkter på dagen, hvor drikkeriet havde for vane at opstå (når man kom hjem fra job, i weekenden, på lønningsdagen, solnedgang osv.)
- Stimuleringer som tidligere var forbundet med abstinens (f.eks. hospitalet, hovedpinetabletter, morgenen).

Andre udløsende stimuleringer er mere af indre karakter end af ydre (også selvom ingen af dem varer evigt). Disse kan virke noget mystiske for den person, som føler sig påvirket, fordi det ikke virker som om det sker i forudsigelige situationer – men i stedet bare 'popper op'. Her nederst er to eksempler på indvendige triggere:

- Særlige typer følelser (f.eks. frustration, udmattelse, stress). Selv positive følelser (f.eks. opstemthed, begejstring, følelsen af at have gennemført noget) kan være triggere.
- Fysiske fornemmelser (f.eks. at blive syg, rystet, spændt eller at have hovedpine). Disse bliver ofte fejlagtigt henført; grunden til deres opståen giver ikke umiddelbart mening for personen

(f.eks. normal ængstelse, højt eller lavt blodsukker, koffeinindtag) og bliver fejlagtigt tolket som trang, abstinens eller en 'tørlagt dranker'.

8.4 Overvågning af trang

Eftersom det er svært at genkende alle triggere ved blot at drøfte dem i en session, er det en god idé at bede patienten lave en 'selvmonitorering' af trangen.

Som med al andet hjemmearbejde skal du først komme med en begrundelse for at tilskynde en sådan selvovervågning. Beskriv fordele som giver mening for patienten (bedre selvbevidsthed, større selvkontrol, feedback om forbedring osv.). Den primære fordel ved overvågning er, at det giver patienten et indblik i, hvornår og hvor vedkommende kan forvente at opleve stærk trang. Med denne information har du og din patient mulighed for at udtænke strategier til at reducere forekomster af trang og dermed mentalt være bedre forberedt på situationer, som kan frembringe stærk trang. Det ville være endnu bedre, hvis du spørger din patient, hvordan registrering af denne viden kan være en hjælp, og derved frembringer forandringstale. Lav en tidsbegrænsning på selv-overvågningen (som regel 2-3 uger), hvorefter I sammen vurderer, hvad I begge har lært og hvorvidt det tjener et formål at fortsætte.

Giv patienten skemaet *Overvågning af trang (Skema L)* for at lette denne proces.

Her nederst er nogle instruktioner du kan give patienten, når du giver ham/hende det tomme skema:

1. Hav altid nogle tomme kort og en kuglepen eller blyant med dig. (Drøft med patienten hvordan det kan gøres – hvor man kan bære kortene, osv. Frembring patientens egne idéer).
2. Når du føler trang til at drikke, skriver du det straks ned på et kort. Registreringerne er mindre nøjagtige, hvis de noteres senere. Du bør f.eks. ikke vente til slutningen af dagen og så forsøge at rekonstruere din dag. Men – selvfølgelig – bedre sent end aldrig!
3. Registrer følgende fire ting med hver notering:
 - Dato og tidspunkt
 - Situationen – hvor du var, hvem du var sammen med, hvad du var i færd med eller tænkte
 - Bedøm hvor stærk trangen var på en skala fra 0 (ingen trang) til 100 (den stærkeste du nogensinde har følt).

- Beskriv hvad du gjorde – hvordan du reagerede på trangen. Hvis du giver efter og tager en drink, skal du også skrive dette ned. Hvis du ikke tager en drink, skriver du hvad du gjorde i stedet for at drikke.

Brug noget tid i sessionen på at gennemgå et eksempel på en notering. Der kan eventuelt gøres brug af en oplevelse, patient havde for nylig og som vedkommende har beskrevet. Lav en risikovurdering – hvad der kan gå galt, og hvad der kan forhindre ham/hende i at have gode fortegnelser? Hvad kan patienten selv gøre for at sikre en god registrering? Forudser patienten nogen problemer? Indgå aldrig en magtkamp med patienten om dette; du skal blot forstå det hele fra patientens perspektiv og kunne se, hvorvidt han/hun i det mindste er villig til at prøve en uges registrering.

Igen – som det er tilfældet med hjemmearbejde – skal du prioritere gennemgang af kortene i begyndelsen af den næste session. Kommentér positivt på enhver registrering. Hvis patienten havde problemer med at udføre opgaven, laver du en analyse af hvorfor, men brug ikke for lang tid på at diskutere patientens manglende evne til at udføre opgaven. Efterspørg patientens egne forestillinger om, hvordan han/hun kan sikre bedre noteringer i de kommende uger. Denne diskussion afdækker også patientens eventuelle tvivl om registreringens vigtighed.

Eksempel på udfyldt skema til overvågning af trang

Dato/tid	Situation	0 – 100	Hvordan jeg reagerede
16/5, 15:30	Var stresset. Skændtes med en sælger om prisforskel.	75	Gik ud af forretningen, satte mig på bæk, lukkede mine øjne og slappede af. Fik det bedre efter 20 minutter.
17/5, 23:00	Var urolig ved sengetid. Kunne ikke sove. En drink ville hjælpe.	60	Tog et varmt bad. Lyttede til musik
19/5, 12:00	Var til frokost i byen. Vred over ikke at kunne tage en drink som før	80	Bestilte tonic med lime. Var lige ved ... men skørt at vende tilbage til det der!
20/5, 17:30	Inviteret til et måltid hos en nabo. Ved han drikker meget.	50	Foreslog vi tog ud og fik kaffe i stedet. Han sagde OK. Meget overraskende!

8.5 Håndtering af eksterne triggere

De fire grundstrategier for håndtering af eksterne triggere er: *undgå*, *undslip*, *distraher* eller *udhold*, beskrevet mere detaljeret her nedenfor:

Undgå

Den bedste måde at håndtere højrisikosituationer er at undgå dem helt. Hvordan kan patienten mindske udsættelsen for mennesker, steder og situationer, som udløser trangen til at drikke? Her følger nogle eksempler:

- Smid al alkoholen ud derhjemme.
- Undgå steder hvor der bliver drukket.
- Reducer kontakten med venner som drikker og omgås dem kun i sammenhænge uden drinks.

Det bør bemærkes at personer, som har haft succes med at stoppe med at drikke, ryge eller misbruge andre stoffer, typisk helt undgår sådanne situationer især tidligt i tørlægningsprocessen. Det lader til at være lettere for dem helt at undgå unødvendige højrisikosituationer i de indledende måneder af abstinensperioden.

Undslip

Det er selvfølgelig ikke muligt at undgå alle højrisikosituationer. Det uventede sker af og til, og faktisk begynder folk ofte at drikke igen i uventede risikosituationer. Hvad sker der så, når patienten befinder sig i en højrisikosituation – enten fordi han/hun ikke kunne forudse den eller var ude af stand til at undgå den? En anden mulighed er at undslippe – at komme ud af og væk fra situationen så hurtigt som muligt. Her nederst er nogle eksempler på uventede højrisikosituationer. Bed din patient om hjælp til en brainstorm efter idéer til, hvordan man kan komme ud af sådanne situationer hurtigt og værdigt. Øv jer i den dialog, som kunne være en del af disse situationer.

- Du tager over til en ven til middag og er ikke klar over, at der er (eller havde håbet det modsatte) en masse drikkeri involveret.
- Du befinder dig i en ny social situation, og én eller anden som ikke ved du er afholdende, rækker dig en drink.
- Du finder en flaske derhjemme, som du havde glemt alt om.

Et alternativ til at drikke – hvad enten det er for at undgå eller undslippe – er at gå til et selvhjælpsgruppemøde. I langt de fleste områder har de åbent hele dagen og specielt på højrisikotidspunkter som f.eks. om aftenen, i weekenden eller på helligdage.

Distraher

Trangen er relativt hurtigt overstået, så længe den ikke føjes. Hvis din patient ikke kan undgå eller fysisk undslippe en situation, bør han/hun finde noget behageligt til at aflede opmærksomheden, som f.eks. læsning, håndarbejde, biograftur, motion (f.eks. gang, løb, cykel mv.) eller ringe til nogen. Forklar at følelser af trang ofte er hurtigt overstået, når du er interesseret eller optaget af noget andet. Få din patient til at brainstorme nogle emner, som kan distrahere trangene.

Udhold

Og så er der situationer, som er svære både at undgå eller undslippe og hvor distraktion bare ikke er nok. Dette er mere risikabelt i begyndelsen af afholdenheden, men efterhånden som tiden går, er det ofte knap så nødvendigt for folk at begrænse deres kontakt til tidligere 'risikable' personer, steder og ting. Nogle gange opdager folk, at det ikke er noget problem at være tilbage på glatisen – for isen er smeltet! Nogle gange har folk brug for værktøjer for at hænge på. Her er en liste over sådanne værktøjer:

- ***Tal det igennem.*** Tal med en ven, et familiemedlem eller en sponsor om trangene, når den opstår. En god snak om trang og behov kan være nyttig for at udpege kilden. Selve snakken om trang er ofte i sig selv en hjælp til at slippe følelsen.
- ***Bed om hjælp.*** Midt i en højrisikosituation, skal du have en eller anden med dig, som kan hjælpe dig igennem det hele uden at drikke.
- ***Afvent.*** Med tiden bliver alt overstået, især noget så midlertidigt som en trang. Prøv ikke at stoppe den – men vent og lad være med at drikke.
- ***Medbring beskyttelse.*** Foruden en hjælpsom ven, hvad kunne du ellers tage med dig ind i en højrisikosituation, som kunne hjælpe dig med at udholde trangene? Et påmindelseskort? Et kært objekt? Et billede? En mobiltelefon? Ingen penge?

8.6 Håndtering af interne triggere

Med ganske få tilpasninger kan en patient bruge de samme strategier på interne triggere. Den eneste undtagelse er *undgåelse*: for det er en særligt dårlig strategi, når man håndterer subjektive oplevelser som tanker og følelser. Forsøg på at undgå at opleve noget giver ofte bagslag. Forsøg på at undgå ens indre verden kan være forgæves. Det er så ensbetydende med to strategier: giv slip (en parallel til undslip eller distraher) og hold ud.

Giv slip

At give slip betyder at komme videre og ikke dvæle ved oplevelsen. Drøft med din patient hvordan det, at man har en tanke, ikke nødvendigvis betyder, at han/hun behøver at forfølge den eller blive ved med at tænke på det. Nogle af din patients følelser, såsom vrede, kan kun fortsætte hvis man bliver ved med at give dem brændstof ved at have tanker om vrede, hævn, afvisning osv. At opleve tankerne mens de passerer, uden at forfølge dem, er nøgleaspektet i meditation.

En anden måde hvorpå patienten kan give slip, er at tilbagevise eller modgå tanken, som driver trangen. Her er strategien at genkende tanken, stoppe den, analysere fejlen med den og udskifte den. Nedenfor er et eksempel på sådan en intern proces.

Det ville godt nok være dejligt med en drink lige nu. Det kunne da ikke skade med bare en lille én

..

Nej vent nu lige. Tøv en kende nu. Hvad tænker jeg nu lige? Det kunne virkelig skade mig. Hvor smertefuldt har drikkeriet ikke været for mig? Jeg kender ganske udmærket den der 'bare en lille én' tankerutine.

Hvem er det lige jeg snyder her? Hvor godt ville det lige være for mig med én drink? Jeg tror bare, jeg har ondt af mig selv, fordi jeg ikke må drikke.

Men i virkeligheden kunne jeg godt drikke – der er ingen til at stoppe mig. Sandheden er dog, at jeg VÆLGER ikke at drikke i dag, fordi det er sådan jeg gerne vil have mit liv til at være. Hvorfor lege med ilden?

Mange personer, som oplever en trang, har en tendens til kun at huske de positive effekter af alkohol og minimere de negative konsekvenser af at drikke. Derfor, når de oplever en trang, finder nogle mennesker det nyttigt at minde dem selv om fordelene ved ikke at drikke og de negative konsekvenser af at drikke – altså hvad de kunne miste, hvis de drak. For nogle er det en hjælp at have et lille

påmindelseskort på sig og skrive disse fordele ved afholdenhed og konsekvenserne af at drikke på kortet.

Deltagelse i en distraherende aktivitet (se *SORR-modulet, sektion 11*) er en anden måde hvorpå patienten kan slippe oplevelsen af den interne trigger – og fortsætte videre til noget interessant og dermed ikke dvæle ved trangen.

Udholde

Disse tilgange kan siges at være at gennemgå oplevelsen i stedet for at gå rundt om den. Patienten synes måske, at udholdenhedsstrategien fra sektion 3 kunne være nyttig i denne sammenhæng – tale igennem det, bede om hjælp, vente og beskytte sig.

Forklar din patient at en anden udholdenhedstilgang er blot at flyde med strømmen. Han/hun bør ikke forsøge at få tanken eller følelsen til at gå væk, men i stedet acceptere dem som en normal og midlertidig og flygtig hændelse – og opleve dem, fokusere på dem. Bed din patient lægge nøje mærke til hvordan oplevelsen er – de fysiske fornemmelser, følelserne, tankerne osv. At prøve at få det hele til at stoppe eller forsvinde, har som regel den modsatte virkning – lidt ligesom at prøve at lade være med at tænke på hvide elefanter.

At flyde med strømmen er den mest gængse betydning af ordet 'trang surfing'. Trang er lidt som bølger på et hav. De er små til at begynde med, bliver større – hvorefter de bryder sammen og forsvinder. Idéen bag 'trang surfing' er meget lig idéen bag mange typer kampsport. I judo skal man først overmande opponenteren ved at 'flyde med' angrebets kraft. Ved at slutte sig til opponenterens kraft, kan man overtage den og om dirigere den til ens egen fordel. Det er lettere at svømme med en bølge end at modarbejde den. Forklar din patient, at han/hun i første omgang kan slutte sig til en trang (i stedet for at modstå den med en stor kraft) og derved beholde balancen. Det som patienten 'flyder med' her, er naturligvis ikke drikkeriet, men oplevelsen af selve trangen.

Hvis patienten gennemlever et behov eller en trang i løbet af en behandlingssession, kan det være brugbart at øve sig i denne form for håndtering som et forsøg. Få patienten til at sætte sig i en komfortabel stol, fødderne placeret fladt på gulvet og hænderne i en behagelig stilling, og giv så vedkommende følgende instrukser:

BEHANDLER: ”Tag et par dybe indåndinger og ret dit fokus indad. Lad din opmærksomhed vandre gennem din krop. Bemærk hvor i kroppen du oplever trangen og hvordan det føles. Bemærk hvert område hvor du oplever trangen, og fortæl mig hvad du oplever. F.eks. ”Jeg er tør i mund og næse, og har en underlig kold fornemmelse i maven”. Fokuser på et område hvor du oplever trangen. Bemærk den nøjagtige følelse i det område. F.eks. føler du dig varm, kold, prikker det eller er du følelsesløs – hvilket? Er dine muskler spændte eller afslappede? Hvor stort et område drejer det sig om? Bemærk følelsen og beskriv dem for dig selv. Bemærk den forandring som opstår i følelsen. F.eks. ”Altså, min mund føles udtørret. Der er en spændt fornemmelse i mine læber og min tunge. Jeg bliver ved med at synke. Når jeg tager en indånding eller synker, opfatter jeg lugten og den snurrende fornemmelse af sprutten.”

Gentag dette fokus med hver af de dele af din krop, hvor du oplever trangen. Vær opmærksom på og beskriv de forandringer, som indfinder sig i følelserne. Læg mærke til hvordan trangen kommer og går. Mange oplever, at trangen forsvinder eller bliver meget svag efter få minutter. Men, formålet med denne øvelse er ikke at få trangen til at forsvinde, men at opleve den på en ny måde – som en oplevelse i sig selv.

8.7 Udarbejdelse af en individuel håndteringsplan

Sammen med din patient skal du udvikle en plan til at håndtere fremtidig trang. Efter gennemgang af de generelle strategier, som han/hun kan bruge, beder du din patient om at vælge to eller tre som passer bedst – som det virker mest realistisk for vedkommende at bruge i sit liv, og udvikl dem herefter detaljeret. F.eks. hvis involvering i en distraherende aktivitet lader til at hjælpe, hvilke aktiviteter vil så være de bedste? Er disse pålideligt tilgængelige? Hvilken af disse vil det tage tid at forberede? I forhold til strategier som er tilpasset øvning, bruger du rollespil eller hjemmeopgaver. Udvikl ethvert praktisk hjælpemiddel (eksempelvis påmindelseskort), som kan være en støtte. Når du giver hjemmearbejde, skal du tjekke dem i begyndelsen af næste session. Hvad lod til at virke – og hvad gjorde ikke? Tilpas patientens individuelle håndteringsplan tilsvarende.

8.8 Håndtering af pres til at drikke

Mange patienter genoptager drikkeriet som en reaktion på det sociale pres. En patient oplever måske et direkte socialt pres, når han/hun tilbydes en alkoholholdig drink eller en lejlighed

til at drikke, hvilket resulterer i en øget fristelse til at vende tilbage til drikkeriet. Den person, som tilbyder patienten en drink, ved måske ikke, at patienten prøver at holde op med at drikke. Tilbuddet har måske et varieret niveau af insisteren, og patientens afslag bliver måske besvaret med forskellige grader af selvsikkerhed. Eksempelvis kan patienten blive konfronteret med en tjener i en restaurant, som uskyldigt spørger: ”Hvad kunne du tænke dig at drikke i aften?” eller en nabo spørger ”Kommer du ikke over og får et par øl sammen med mig senere?”. Men patienten kunne også ved et bryllup komme til at stå ansigt til ansigt med en slægtning, som siger ”Åh, kom nu – vi fester jo. Du bliver da nødt til at skåle sammen med os!” – eller en gammel drikkepartner, som reagerer på et afslag ved at sige ”Jeg troede, vi var gode venner, og nu siger du at du ikke vil drikke med mig? Du har prøvet at holde op med at drikke så mange gange, og det er aldrig lykkedes dig, så gør os begge den tjeneste og giv op!”

At sige nej tak til en drink er ofte meget sværere, end patienten kan forudse. Prøv at øve forskellige afslagstyper, især hvis din patient har meget svært ved at være selvsikker eller reagere effektivt, når han/hun er nervøs. Når din patient, i forbindelse med behandlingen og via adfærdsrollespil, øver sig i et afslag, modtager han/hun feedback fra dig angående effekten af hans/hendes afslag på en drink, oparbejder beherskelse af sin evne til at afslå og øger derved sin selvsikkerhed i situationer med direkte socialt pres.

Hvordan en patient reagerer på socialt pres afhænger sandsynligvis af hans/hendes forhold til de personer, som drikker eller tilbyder vedkommende en drink. Det er derfor vigtigt at undersøge patientens evne til at håndtere socialt pres fra specifikke personer og lave øvelser i afslagsteknikker, der vedrører forskellige personlige forhold. Din patient kan f.eks. synes det er sværere at undgå familiesammenkomster end det lokale værtshus, eller han/hun synes måske det er mere vanskeligt at afslå et tilbud om at drikke sammen med en nær ven, som bliver fornærmet over patientens afslag, end det vil være at afslå et tilbud fra en høflig men tilfældig bekendt.

Det er ikke tilstrækkeligt at drøfte mulig håndteringsadfærd. Vær helt sikker på, at du rent faktisk indstuderer situationer for at sikre at patienten kan formulere de korrekte svar. Den næste del illustrerer denne vigtige komponent, idet den hjælper din patient med at afslå et tilbud om en drink.

Introducer tanken om at have et optrappende svar til at håndtere en social situation. I nogle situationer er et simpelt afslag tilstrækkeligt. I andre kan det imidlertid være nødvendigt med mere selvsikre svar, hvis personen bliver ved, som vist her nedenfor:

- Første tilbud: Nej tak.
- Andet tilbud: Nej tak. Jeg har altså ikke lyst til en drink.
- Tredje tilbud: Hør her, jeg drikker ikke alkohol i øjeblikket, og det er meget vigtigt for mig. Jeg sætter stor pris på din hjælp som en ven og vil bede dig om at lade være med at overtale mig til at drikke.

Inddrag din patient i forslag til optrappende afslag i situationer, hvor en person bare bliver ved. Målet er at finde et afslag, som er selvsikkert. Svaret skal være klart og standhaftigt, men venligt og respektfuldt.

Her er en liste over brugbare punkter til når du coacher din patient i udviklingen af selvsikre, effektive afslag:

- Se direkte på personen, få øjenkontakt, og kom så med dit svar.
- Vage undskyldninger er ikke nødvendige og kan være farlige (f.eks. ”Jeg har ikke lyst til en drink lige nu, for jeg har hovedpine, men måske lidt senere”, eller ”Ikke lige nu, det er for tidligt på dagen”) – for de efterlader døren åben til yderligere tilbud.
- Vær kortfattet, klar og ligetil. Det er ikke nødvendigt med lange forklaringer, som har en tendens til at trække diskussionen, om hvorvidt du skal have en drink, i langdrag.
- Hvis situationen fordrer et alternativt forslag, kan du foreslå en aktivitet, som ikke involverer drikkeri, som f.eks. ”Lad os tage ud og spise eller gå i biografen i stedet for at tage på værtshus”. Dette forslag lukker døren til drikkeriet, men efterlader døren til social aktivitet åben.

En virkelig god strategi her er at bruge teknikken ’irriterende repetition’. Ved brug af denne metode gentager patienten en enkelt, tydelig besked som svar på ethvert forsøg på at lægge pres. Patienten har også mulighed for at anerkende dele af personens udmelding, og derefter gå tilbage og fastholde den simple irriterende repetition’.

Indstudering af adfærd kan introduceres ved at understrege vigtigheden af at være forberedt og øve sig i ’drikkeafslag’ i god tid – og derved forbedre ens evner og selvsikkerhed. Foreslå patienten at træne sammen med dig, hvor du spiller én rolle og patienten har en anden. (Patienter synes ofte at ’træning’ er et mere behageligt koncept end ’rollespil’). Hvis din patient allerede besidder nogenlunde gode sociale færdigheder, lægger du ud med at give patienten afslagsrollen, men du forsøger at overtale ham/hende til at tage en drink. Hvis din patient er usikker i forhold til sine

'selvsikkerhedsevner', kan I bytte roller, således at patienten presser dig til at tage en drink, mens du giver gode eksempler på selvsikre afslag.

For at sammensætte en rollespilssituation skal du bede din patient give nogle detaljer om den/de person(er), som kunne fremkomme med tilbuddet, hvor tilbuddet kunne finde sted, hvem der ellers kunne befinde sig i situationen og andre ting, som kunne få indflydelse på drikkeriet på det tidspunkt, hvor tilbuddet finder sted. Fortæl patienten hvilke typer information der kan være nyttige for dig til at sammensætte et mere realistisk rollespil, så han/hun får mest muligt ud af øvelsen.

Afprøv det så. Når patienten er i den selvsikre, afslående rolle, skal du tage det roligt til at begynde med, og derefter langsomt eskalere til sværere scenarier. Efter hver øvelse vurderer du og patienten, hvorvidt han/hun føler at afslaget var effektivt eller kunne forbedres. Kom med en masse ærlig feedback om hans/hendes reaktioner. Søg efter specifikke ting som patienten var god til, og udpeg dem. Fortæl patienten hvor vedkommende var kompetent i sit svar og hvordan det kunne forbedres. Vær blid i din instruktion. Øv den samme situation lige så mange gange, det er nødvendigt for at opbygge selvsikkerheden og færdigheden.

Hvis det stresser din patient meget at give et afslag, selvom han/hun er fuldt ud i stand til at gøre det, så er det måske bedre for vedkommende at øve sig i at søge hjælp efter at have afslået et tilbud. Hvem ville patienten ringe til, og hvad ville han/hun sige til denne person for at få støtte?

I eksemplet herunder diskuterer behandleren og patienten direkte socialt pres og øver sig i afslagsteknikker:

BEHANDLER: "Du har sagt, at du også har haft vanskeligt ved at undgå fristelsen til at drikke, når du befinder dig i situationer, hvor andre mennesker presser dig til at drikke. Lad os tale lidt om nogle af de situationer og se, om vi ikke kan lave en plan til at hjælpe dig med at undgå at drikke. Ok?"

PATIENTEN: "Ok."

BEHANDLER: "Tidligere nævnte du, at du var sikker på at en eller anden ville tilbyde dig en drink ved festen. Er det rigtigt?"

PATIENT: "Tja – det kunne nemt ske. Og det gør det sikkert også."

BEHANDLER: "Hvem tror du det bliver, som tilbyder dig en drink?"

PATIENT: "Det kunne være flere personer. Måske en af mine brødre. De drikker alle sammen bortset fra ham, jeg fortalte dig om – som er ædru. Helt sikkert ikke mine børn – de har prøvet at få mig til at holde op med at drikke."

BEHANDLER: "Lad os vælge en af dine brødre, som den der højst sandsynligt vil tilbyde dig en drink. Hvilken af dine brødre, skulle det være?"

PATIENT: "Jeg tror, det ville blive Anton."

BEHANDLER: "Ok, fortæl mig lidt om Anton. Hvordan opfører han sig, når han spørger om du vil have en drink?"

PATIENT: "Tja, han har altid selv en drink i hånden. Han begynder højst sandsynligt at drikke, lige så snart han ankommer til festen. Så kommer han måske over til mig og siger: "Halløj brormand! Din hånd er tom og det er din fest. Hvad skal du have at drikke?"

BEHANDLER: "Så han ville tage det for givet, at du ville have noget at drikke?"

PATIENT: "Ja."

BEHANDLER: "Hvor hårdt ville han presse dig til at tage en drink? Hvor højt ville hans stemmeleje være, når han spurgte dig?"

PATIENT: "Han er en ret stor fyr, og han taler meget højt, især når han har drukket."

BEHANDLER: "Så han ville tilbyde dig en drink på en insisterende måde?"

PATIENT: "Ja, det kunne man godt sige."

BEHANDLER: "Kan du prøve at vise mig igen, hvordan det ville være, når han tilbyder dig en drink? Kan du give mig et eksempel på hans stemme?"

PATIENT: "Hey Brormand! Hvordan går det? Fed fest i dag, hva'? Hvad drikker du?"

BEHANDLER: "Ok, jeg tror jeg har en idé om, hvordan det ville spænde af. Hvad kunne du sige til ham for at undgå den drink?"

PATIENT: "Jeg tænker, jeg kunne sige: "Ikke noget lige nu, tak – jeg er lige kommet."

BEHANDLER: "Hvordan tror du, han ville tage det?"

PATIENT: "Det ved jeg ikke helt. Måske bliver han fornærmet, som om jeg affærdigede ham. Han tilbød mig jo bare en drink."

BEHANDLER: "Så han ved ikke, du er holdt op med at drikke?"

PATIENT: "Det ved han godt. Han tror bare ikke på det."

BEHANDLER: "Lad os tale lidt mere om, hvordan man kan afslå et tilbud på en måde, som du måske var mere tryk ved, men som samtidig sender et klart signal til din bror. Er du sikker på, at din bror ville lade dig være i fred, hvis du sagde: 'Ikke noget lige nu, tak – jeg er lige kommet.'"

PATIENT: "Det ved jeg ikke. Jeg har aldrig sagt det til ham før. Jeg er ok med det."

BEHANDLER: "Jeg kan godt lide den direkte tone i det. Du siger tydeligt 'nej'. Jeg har dog en bekymring i forhold til måden, du sagde det på. Må jeg fortælle dig om den?"

PATIENT: "Ja da."

BEHANDLER: "Jeg spekulerer på, om det ikke bare åbner døren til muligheden for, at du måske ville have en drink senere. Du siger: 'Jeg er lige kommet', som på en måde betyder, at du gerne vil have noget lidt senere."

PATIENT: "Jeg forstår, hvad du mener."

BEHANDLER: "Hvad med et svar som er kort, enkelt og høfligt. Og måske bliver du nødt til at give det mere end en gang. Der findes en teknik kaldet 'irriterende repetition' (ridset grammofonplade), som kan være ret smart. Ved brug af denne metode, uanset hvad den anden person måtte sige, gentager du det samme svar klart, tydeligt og enkelt. Du kan naturligvis anerkende det, som personen sagde, men din besked forbliver den samme – som en ridset grammofonplade, hvor det samme gentages ud i det uendelige. Hvad ville din tydelige, enkle besked være?"

PATIENT: "Hvad med, 'Jeg drikker ikke længere.'"

BEHANDLER: "Super. Den er enkelt og tydelig. Nu prøver vi situationen igen. Denne gang er jeg Anton, du er dig selv. Opfør dig fuldstændig som du ville, hvis din bror tilbød dig en drink. Lad os forestille os, at vi er til din fest. Du er lige kommet ind. Du ser din bror komme hen mod

dig med en drink i hånden. Det er tydeligt, at han har fået et par drinks og er i højt humør. Han siger, med en høj, rungende stemme: ”Hej du – hva’så, sker der noget, brormand?”

PATIENT: ”Ikke så meget.”

BEHANDLER: ”Nå, din hånd ser tom ud. Hvad drikker du? De har en fed bar her.”

PATIENT: ”Ingenting, tak. Jeg drikker ikke.”

BEHANDLER: ”Hvad mener du med at du ikke drikker? Det er da din fest, makker!”

PATIENT: ”Jeg drikker altså ikke mere. Det er såmænd det hele.”

BEHANDLER: ”Altså, det her sker altid på de værste tidspunkter. Hvad stikker dig? Du ved jo godt selv, at du ikke klarer det her.”

PATIENT: ”Det der ’stikker’ mig er, at jeg har besluttet mig for ikke at drikke, og jeg ville sætte stor pris på din støtte som min bror. Jeg har besluttet mig for at holde op med at drikke, og så er den ikke længere. Og nu er der nogle andre gæster, jeg lige må hilse på. Vi kan snakkes ved senere.”

BEHANDLER: ”Ja-ja...”

BEHANDLER (*uden for rollespillet*): ”Hvordan føltes det?”

PATIENT: ”Jeg var lidt nervøs, men jeg synes faktisk det gik ret godt. Jeg følte virkelig, at jeg fik formuleret mig korrekt, og jeg blev heller ikke hængende længe nok til at starte et skænderi.”

BEHANDLER: ”Jeg er helt enig. Du var klar i spyttet med din bror uden at være i forsvarsposition. Dog lyder det som om, du får behov for at snakke med ham på et senere tidspunkt, hvis han bliver ved med at genere dig. Hvad tænker du?”

PATIENT: ”Det gør han sikkert.”

BEHANDLER: ”Hvad påtænker du at sige til ham?”

PATIENT: ”Det samme som før. Jeg har besluttet mig for at holde op med at drikke, og jeg vil ikke have at du bliver ved med at spørge ind til det. Hvis du ikke holder op, taler jeg ikke til dig mere.”

BEHANDLER: "Det lyder meget klart og tydeligt. Ved du hvad? Jeg syntes endnu bedre om det, du sagde før – hvor du bad ham om sin hjælp som din bror. Men du har ret – det bliver måske nødvendigt at holde den hårde tone, hvis han ikke bakker dig op."

PATIENT: "Jeg håber bare, at jeg er i stand til at sige det, når den tid kommer."

BEHANDLER: "Vi kunne prøve at øve os i det igen."

Gentag rollespillet med enkelte variationer, så patienten både bliver øvet i at håndtere forskellige drejninger og føler sig tryk ved at reagere på disse med et overensstemmende svar. Det er også vigtigt at prøve forskellige situationer, som i disse eksempler:

BEHANDLER: "Kunne der være en anden situation, hvor en eller anden tilbød dig en drink?"

PATIENT: "En anden jeg har i tankerne, er fredag aftener. Vi er en gruppe, som spiser på den samme restaurant om fredagen – som regel de samme fyre, som spiller fodbold sammen. De har billig øl om fredagen, så det bestiller vi hver gang."

BEHANDLER: "Fortæl mig lidt mere om hvad der sker, når du har sat dig ved bordet."

PATIENT: "Jo, mange af servitricerne kender os godt. Hvis en vi kender, serverer for os, kommer hun som regel over og spørger, "Hej drenge, skal I have det sædvanlige i aften?"

BEHANDLER: "Og det betyder nogle fadbamser?"

PATIENT: "Rigtigt. To til at begynde med, i hvert fald."

BEHANDLER: "Hvem bestiller sædvanligvis, når servitricen spørger jer?"

PATIENT: "Det ku' være hvem som helst af os. Det betyder ikke så meget. Svaret er altid 'ja'."

BEHANDLER: "Er der nogensinde nogen, som bestiller noget andet?"

PATIENT: "Af og til kommer der en eller anden fra arbejdet, som ikke normalt tager med os, og bestiller en cocktail, eller en eller andens kone tager med og bestiller noget andet. Engang var en eller andens kone på noget medicin, som betød at hun ikke kunne drikke alkohol, og hun bestilte derfor en sodavand."

BEHANDLER: "Så det er muligt. Hvordan reagerer folk, når nogen bestiller noget helt andet?"

PATIENT: ”Tja, der var ingen der sagde noget om hende, som bestilte en sodavand. De forstod det godt. En af gutterne roste hende endda for ikke at drikke.”

BEHANDLER: ”Hvad med de andre, som havde bestilt noget andet?”

PATIENT: ”Jeg kan huske, at en af gutterne var lidt hård ved en anden engang. Men det gør nu ikke så meget.”

BEHANDLER: ”Hvordan tror du det ville føles for dig at bede servitricen om en sodavand, efter at gutterne havde bestilt øl?”

PATIENT: ”Jeg tror, det ville blive meget akavet. Alle ville spekulere på, om der mon var noget galt med mig. Jeg vil helst ikke have, at de stiller mig en masse spørgsmål, og servitricerne skal i hvert fald ikke vide noget om, at jeg ikke drikker mere.”

BEHANDLER: ”Hvad ville det betyde for dig, hvis de vidste du ikke drak mere?”

PATIENT: ”At jeg var en slapsvans. Måske ville de tro at jeg var syg. Jeg ved det ikke.”

BEHANDLER: ”Jeg kan se, det ville være ubehageligt for dig, hvis du tror det var det, de ville tænke om dig. Tænkte du det samme om andre personer, som ikke drak?”

PATIENT: ”For at være helt ærlig, så tænkte jeg ikke nærmere over, hvad folk bestilte. Jeg var egentlig ligeglad.”

BEHANDLER: ”Så du føler, det ville være akavet for dig at bestille noget uden alkohol i denne situation. Husk på, at du altid har mulighed for helt at undgå situationen, i det mindste i en kortere periode. Har du tænkt over, om du vil fortsætte med at tage hen på den restaurant sammen med de andre, sådan som du har det nu?”

PATIENT: ”Jeg ønsker virkelig at forblive ædru. Det er meget vigtigt for mig.”

BEHANDLER: ”Så det er virkelig vigtigt for dig! Ok, så du kunne prøve at undgå situationen, men hvis du er villig til det, kan vi prøve at se hvordan du reagerer i forhold til servitricen, hvis du nu tog af sted. Ville det være ok?”

PATIENT: ”Ja da.”

BEHANDLER: ”Nu er jeg servitricen, og vi forestiller os at, når jeg spørger ”Det sædvanlige?”, så svarer en eller anden med det samme ”Jaaa, kom med fadbamserne”. Jeg begynder at gå hen mod baren, og det er så her at du skal fange min opmærksomhed. Hvad er mit navn?”

PATIENT: ”Sanne.”

BEHANDLER: ”Ok – så begynder vi (*rejser sig op*). Hej drenge! I ser godt ud i aften. Hva’ – skal I ha’ det sædvanlige? Ok, jeg er tilbage med de fadbamser om et øjeblik (*vender sig om for at gå*).”

PATIENT: ”Hej du, Sanne, måtte jeg få en Ramlösa, tak?”

BEHANDLER: ”Ja selvfølgelig, intet problem. Har du det lidt skidt?”

PATIENT: ”Næ, jeg har det fint. Bare en Ramlösa, tak.”

BEHANDLER: ”Ok (*går ud af rollen*). Hvordan føltes det?”

PATIENT: ”Fint, jeg tror, jeg ville være ok. Det er hvad gutterne siger efterfølgende, som bekymrer mig.”

BEHANDLER: ”Ok, lad os prøve det engang. I øvrigt synes jeg det var bragende godt, det du sagde. Det var tydeligt, selvsikkert og behageligt. Virkelig godt!”

PATIENT: ”Tak!”

Støttepersonen, som kommer til at deltage i sessionerne, kan med fordel være én, som plejer at presse din patient til at drikke. Dette har dobbelt så mange fordele. For det første træner patienten sine færdigheder i at afslå en drink med en reel støtteperson, som kan skabe et realistisk socialt pres. For det andet, ved at inkludere støttepersonen i denne session for at hjælpe patienten med at lære at afslå drinks, skaber du endnu en allieret støtteperson til at bakke op om patientens på vej mod afholdenhed.

I slutningen af hver session drøfter du med din patient, hvor han/hun har behov for yderligere praktiske øvelser for at opnå eller skærpe selvtilliden i forhold til sine færdigheder i drikkeafslag, før I går videre til hvorvidt han/hun føler sig parat til at fortsætte til et nyt emne.

Håndtering af aldring (AGE)

9.0 Håndtering af aldring (AGE)

9.1 Baggrund

Efterhånden som et menneske bliver ældre, går vedkommende gennem forskellige livsfaser. En person gennemgår forskellige transitioner fra barn til teenager og til voksen (til midaldrende) til ældre og til at være gammel, som er det sidste stadie før døden. I 1989 fremførte Laslett konceptet omhandlende den tredje alder, som værende 'ældre' (Laslett 1989):

1. Den første alder er opvæksten – kendetegnet ved afhængighed, socialt samvær og uddannelse.
2. Den anden alder er voksenalderen – kendetegnet ved ansvar, selvstændighed og indtægt.
3. Den tredje alder er at være ældre – kendetegnet ved pension, fri af ansvar men uden begrænsninger pga. dårligt helbred.
4. Den fjerde alder er at blive gammel – kendetegnet ved afhængighed, tilbagegang og degenerering.

Den kronologiske alder, dvs. når en person bevæger sig fra en 'alder' til en anden, er (i det mindste i de nordiske lande) som regel i begyndelsen af tyverne (første alder til anden alder), først i tresserne (fra anden til tredje alder) og omkring den 80. fødselsdag (fra tredje til fjerde alder) (Daatland, 1994; Daatland, Solem & Valset, 2006). Dog er dette skarpe skel ikke tydeligt på det personlige niveau, hvor der hersker stor variation og fleksibilitet. Laslett (1989) påpeger, at denne noget uklare skelnen mellem den tredje og fjerde alder, kan få mange ældre (endda sunde individer) til at blive betragtet som skrøbelige og ude af stand til f.eks., at have et job mere. Denne attitude og tilgang til ældre, både blandt unge og samfundet generelt, kan risikere at begrænse de ældres udfoldelse (Levy, 2003; Rothermund & Brandtstadter, 2003). Yderligere, de utydelige skel i den sociale alderssammensætning gør det muligt for folk at vælge en særlig 'social' alder. Typisk vælger folk at se sig selv som yngre, end de rent faktisk er rent kronologisk, et faktum som er rapporteret i adskillige undersøgelser. F.eks. i en norsk undersøgelse hvor midaldrende og ældre personer (mellem 40 og 79) i gennemsnit *følte sig* 7,5 år yngre sammenlignet med deres kronologiske alder, og de *ønskede*, at de var 18 år yngre, end deres faktiske alder (Daatland, 2005). En anden undersøgelse rapporterede, at amerikanere følte sig næsten 10 år yngre end deres faktiske alder og tyskere følte sig 6,4 år yngre (Westerhof, Barret & Steverink, 2003). Dette kan have positive følger såsom bedre livskvalitet (Gana, Alaphilippe & Bailly, 2004), men også negative konsekvenser, som f.eks. at indstille sig på tilbagegang, skrøbelighed og død.

Ældre må, i forskellig grad, imødesee forskellige livsbetingelser, som kan have indflydelse på livsområderne, ligesom alder og aldring i sig selv kan have indflydelse på livskvaliteten, når man bliver nødt til at se i øjnene, at livet er ved at have nået slutningen. Ofte vedrører disse omstændigheder tab, som sidenhen kan føre til ensomhed eller besvær med livets daglige aktiviteter, som en person måske har nydt på et tidligere tidspunkt i livet. Dette kan være en medvirkende faktor til udvikling af alkoholmisbrug.

Tab

Alderdom er således en overgangsperiode og en tid, hvor der opleves mange uigenkaldelige tab, f.eks. pension, tab af venner og familiemedlemmer. Forskellige mennesker håndterer sådanne betydelige forandringer på forskellig vis. Som et resultat af mere fritid i forbindelse med pensionen og/eller besvær med at håndtere ændringer i rutiner og tab af vigtige personer, er alderdom en tid, hvor alkoholforbruget måske øges. En undersøgelse viste for nylig, at pension i sig selv ikke har nogen indflydelse på pensionisters drikkemønster; men kontekstuelle aspekter og individuelle faktorer har indflydelse på drikkeadfærden (Kuerbis og Sacco, 2012). Lav tilfredshed med job eller arbejdsstress før pensionsalderen, ufrivillig pensionering samt en baggrund med overforbrug lader til at være forbundet med et højere alkoholindtag, samt en større sandsynlighed for alkoholproblemer i alderdommen. Nogle takler måske tab og ensomhed ved at drikke (Adlaf og Smart, 1995). Tabet af ægtefællen, især hustruen, kan føre til øget alkoholindtag, som til dels kan forklares ved tab af opmærksomhed på egen sundhed (Umberson, 1992). Overdrevet alkoholindtag kan også medføre selvforsømmelse, som igen kan føre til manglende fokus på de basale behov som f.eks. ernæring og behandling af akutte og kroniske sundhedsproblemer, eller mindre opmærksomhed på sikkerhed, hvilket kan resultere i skader, eller psykosociale behov som kan medføre eller forværre isolation (Blondell, 2000). Yderligere kan alkoholmisbrug mindske evnen til at udføre livets væsentlige, daglige aktiviteter (Moore et al., 2003). Hvorvidt alkohol er et problem eller ej, så er tabet af positiv styrkelse en væsentlig livsovergang, efterhånden som folk bliver ældre. Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet skiller ofte personen både fra en funktion og de mennesker, som gav mening og tilfredsstillelse i livet. Tab af venner og kære, fratager mennesker yderligere forhold, som har været vigtige for dem.

Efterhånden som de fysiske evner mindskes, forsvinder hovedkilden til behagelig aktivitet måske også. En væsentlig nedgang i positiv styrkelse er den typiske baggrund for problemdrikkeri (Marlatt & Donovan, 2005).

Ensomhed

Ensomhed er en følelsesmæssig reaktion på isolation eller manglende kammeratskab. Når man føler sig ensom, er der en uoverensstemmelse mellem det ønskede og det opnåede niveau af social interaktion (Perlman & Peplau, 1984). Du kan derfor føle dig ensom, selvom du er omgivet af andre mennesker; hvis en person føler sig ensom, så ér vedkommende ensom. Foruden mange andre effekter af ensomhed, f.eks. øget betændelses- og neuroendokrine reaktioner (Hackett et al, 2012), øget risiko for død (Patterson & Veenstra, 2010) og mindsket livsglæde (Salimi, 2011), er ensomhed forbundet med alkoholmisbrug. Denne forbindelse er indviklet, fordi ensomhed kan øge risikoen for alkoholmisbrug, både som en bidragende og en fastholdende faktor, men alkohol kan omvendt forværre ensomhed (Åkerlind & Hornquist, 1992).

- **Eksistentiel ensomhed.** Mange opfatter ensomhed som en grundlæggende og uundgåelig faktor i livet. Alle mennesker kommer ind i livet alene, rejser gennem livet som en separat, unik person, og dør til slut alene. Efterhånden som døden nærmer sig, tænker man ofte over liv og død generelt, og det liv man har haft, inklusiv de valg og muligheder (eller mangel derpå), som dette liv har givet. Denne form for ensomhed har med alder og aldring at gøre, dvs. *enden er nær*.
- **Social- og følelsesmæssig ensomhed.** At miste en person eller noget værdifuldt for en selv, resulterer ofte i ensomhed. Det hindrer livskvalitet – dvs. livstilfredshed. At miste evnen til at deltage i aktiviteter som tidligere, og måske derved miste venner (social ensomhed) er en negativ indikator for livstilfredshed, også selvom det er i mindre grad sammenlignet med tabet af nære venner eller familiemedlemmer (følelsesmæssig ensomhed) (Salimi, 2011).

Tab og ensomhed hænger nøje sammen – eksempelvis fører tab ofte til ensomhed. Men i nogle tilfælde kan en patient fremhæve et aspekt over et andet (at føle et tab uden at føle sig ensom eller måske at være ensom uden en følelse af tab).

I en nylig metaanalyse er der sammenlignet fire forskellige strategier til behandling af ensomhed (Masi, Chen, Hawkley & Cacioppo, 2011). De fire strategier er:

1. Forbedring af de sociale færdigheder
2. Forstærkelse af den samfundsrelaterede støtte
3. Øgede muligheder for social kontakt
4. Takling af utilpasset social kognition

Den sidste strategi var den mest effektive i de studier, der var tilrettelagt som randomiserede studier. I CRAS-manualen er behandlingen for aldringsbekymring på en pragmatisk håndteringsteori, dirigeret ud fra problemer rapporteret i 2x JA-tjeklisten (Skema F). Afhængig af problemet og patienten anvendes én ud af to strategier (eller elementer fra begge). De to strategier er 'problemfokuseret'-håndtering og 'følelsesfokuseret'-håndtering.

9.2 Introduktion til modulet

Uanset din patients alder eller din egen opfattelse af aldersbekymringer, som sikkert er relevante for den person, du arbejder med, så bør dette modul *kun bruges hvis aldersbekymringer er identificeret* af patienten i løbet af den funktionelle analyse, som blev fuldført tidligere i behandlingsprocessen.

I starten af modulet er det passende at gøre klart overfor din patient, at det er meget almindeligt at kæmpe med at tilpasse sig den omstændighed, at vi alle bliver ældre og lider forskellige tab. Du får behov for at bruge noget tid på at fremkalde nogle følelser om aldring fra din patient. Aldringsmodulet er for det meste en ret nem og ligetil anvendelse af kognitive adfærdsprincipper; men det er vigtigt at bemærke, at nogle aspekter af modulet fokuserer mere på at hjælpe patienten med at *acceptere* sin nuværende situation i stedet for at lære vedkommende, hvordan han/hun bedre kan styre sine tanker og følelser. Bemærk at øvelserne nedenfor, vedrørende udforskning af eksistentiel ensomhed og historiefortælling, fokuserer på accept, på at hjælpe personen med følelsesmæssigt at takle og acceptere det som er, i stedet for at prøve at lave forandring i et forsøg på at ændre vedkommendes situation. Accept bør forstås som forskellig fra anerkendelse. Accept betyder ikke, at personen nødvendigvis skal være enig i det der sker, eller tro på, at det er nødt til at fortsætte. Patienter kan stadig føle sig frustrerede med forskellige aspekter af aldring og inderligt ønske sig, at alt var anderledes. Det, som accept tilbyder, er evnen til at udvikle et opmærksomt forhold til realiteterne. Denne tilgang står i skarp kontrast til strategierne bag adfærdsforandring, som er mere almindelige i resten af manualen.

Afhængigt af, hvordan din patient beskriver sine problemer med aldring, kan du vælge en af to strategier.

9.3 Problemfokuseret håndtering

Denne strategi sigter mod at løse stressskabende problemer og udvide individets muligheder for handling (handlingsstrategi):

- Definere og afgrænse problemet
- Analysere årsagen til problemet
- Sammenligne med tidligere erfaring
- Sigte mod et mål og en realistisk evaluering af problemet
- Afprøve forskellige håndteringsstrategier intellektuelt
- Omformulere problemet og inkludere både positive og negative aspekter
- Søge information, viden og vejledning
- Skadebegrænsning for ikke at gøre problemet mere alvorligt
- Fortsætte aktivt med at ændre situationen/problemet
- Tage aktive skridt for at ændre situationen

9.4 Acceptfokuseret håndtering

Denne strategi sigter mod at beherske sine følelser under særligt stressende omstændigheder eller situationer, eller livsbetingelser, som enten er svære eller helt umulige at ændre. Denne strategi anvendes, når hverken situationen eller følelsen kan ændres. Strategien sigter i stedet mod bevidst at prøve at beherske følelser ved at omdirigere tanker, fokusere på noget rart, belønne sig selv, når man har haft succes osv.

- Omvendt at forsøge at tåle og acceptere de ubehagelige tanker ved bevidst at blive i følelsen, ved at tale om den osv.
- Følelsesmæssig bearbejdelse og omformulering af følelsen ved at skrive dagbog, dagdrømme, osv.
- 'Bruge' forsvarsmekanismer som undertrykkelse, fortrængning, intellektualisering, osv.
- Reducere følelsesmæssig stress ved afslapningsøvelser, behagelige aktiviteter, osv.

9.5 Vurdering af valg af strategi

Fornem hvilken strategi der skal bruges. Gør brug af åbne spørgsmål som giver patienten mulighed for at reflektere over sine egne erfaringer. Når din patient udtrykker sine følelser om det at blive ældre, beder du vedkommende om at uddybe: Hvad savner han/hun mest: Fysisk kontakt? At tale med nogen? Grine? At andre behandler en som en fornuftig voksen? Være synlig? Du og patienten kunne måske have lyst til at lave en rangliste over det, som patienten savner mest, og det som ikke savnes nær så meget, og hvad han/hun egentlig godt kan lide ved at blive ældre. Hen mod slutningen af denne type åbne diskussion har behandleren ofte opnået en grund til at vælge mellem de to strategier. Det er som oftest klogt at medtage patienter ved at bede om deres mening om, hvilken strategi der giver mest mening.

BEHANDLER: ”Nu da vi har talt om nogle af dine erfaringer med at blive ældre, gad jeg godt vide om du har et forslag til, hvordan vi bearbejder disse idéer? Vi kunne måske prøve at ændre nogle af problemerne ved at finde ud af at forbedre situationen. Det ville vi gøre sammen. En anden strategi kunne være at arbejde med at acceptere tingene som de er og som en naturlig del af det at blive ældre. Nogle gange er livet svært, men vi kan ikke forvente at kunne ændre på det, og vi er bedre stillet ved blot at få det bedste ud af det. Hvilken af disse strategier synes du lyder bedst?”

9.6 Valg af problemfokuseret håndtering

Hvis tabet eller den ubærlige situation ikke er en nylig hændelse, og/eller det er muligt at ændre situationen eller aspekter af den, kan du vælge at bruge problemfokuseret håndtering. I bund og grund er idéen med strategien her at begynde at arbejde på de mulige ændringer i situationen, i stedet for at fokusere på at leve med det uundgåelige. Dette er en aktiv tilgang, som formoder at omstændigheder kan ændres.

9.6.a Perspektiver på aldring (Skema M)

Start med at bede patienten beskrive det, han/hun savner fra sine tidligere år. Skriv to eller tre af disse ting ned i den første kolonne i *Perspektiver på aldring (Skema M)*. Det er vigtigt ikke at bruge for meget tid på at nummerere de ting, som er tabt. Formålet er at have empati for erfaringen med at sørge over tab, og dernæst stræbe efter at anbringe tabene i et andet perspektiv.

Når du har anført og reflekteret på nogle tab, henvender du din opmærksomhed på den anden kolonne. Var der dele af patientens yngre liv, det ville være OK at give slip på? Hvad må vedkommende gøre i stedet? Nogle gange reagerer patienten på idéen om, at fordelene ved at blive ældre har været en overraskelse for dem. Her er hensigten at give patienterne lov til at udforske idéen om, at aldrig både har nogle fordele og omkostninger. Husk på at du vil komme til at bruge en fremmanende facon for at fremkalde disse idéer i stedet for at 'forære' dem til din patient.

BEHANDLER: "Her har du skrevet *Ambitioner vedrørende min karriere* som en af de knap så gode ting i dit yngre liv. Kan du fortælle lidt mere om det?"

PATIENT: "Det er det samme som med unge mennesker i dag. Du er altid bekymret for, om du nu er i spidsen eller gør fremskridt i din karriere. Jeg var sælger og var kun så vellykket som mit sidste salg. Jeg levede under det pres i 30 år."

BEHANDLER: "Så du er lettet over ikke at have den slags pres mere?"

PATIENT: "Ja, det fjerner noget af det sjove ved livet – helt sikkert!"

BEHANDLER: "Og nu har du lejlighed til at trække vejret dybt og nyde din frihed."

9.6.b Øvelse i at se fremad (Skema N)

"Se fremad"-øvelsen (Skema N) skal fokusere på patienten, og på noget som stadig er meningsfuldt i den tid, som han/hun har tilbage af sit liv. Formålet med denne diskussion er at tilskynde den følelse, at vigtige værdier kan fortælle lidt om, hvor patienten bruger sin tid og indsats. Brug "Se fremad"-øvelsen og begynd med at spørge:

- Hvad ville patienten gøre, hvis han/hun kun havde en uge tilbage at leve i?
- Hvis der kun var en måned tilbage at leve i?
- Et år tilbage?
- Ti år tilbage?

Skriv disse idéer ned i skemaet "Se fremad"-øvelsen sammen med patienten. Brug listen til at drøfte med patienten, hvilke konklusioner man kan nå frem til i forhold til vigtigheden af de forskellige emner på listen, og hvad han/hun måtte beslutte sig for i den nærmeste fremtid. Sørg for, at dit sprogbrug giver mening i forhold til måden hvorpå patienten vælger at bruge den tid, der er tilbage.

9.6.c *"Hvem er jeg egentlig"-øvelse (Skema O)*

Hvis patienten i særlig grad føler identitetstab, f.eks. pga. af at være stoppet på arbejdsmarkedet eller fordi han/hun ikke længere er en kone/mor eller mand/far, kan du overveje at gøre brug af *"Hvem er jeg egentlig"-øvelse (Skema O)*.

9.6.c.1 Beskrive mig selv

Begynd med at bede patienten beskrive hvad der karakteriserer vedkommende. Hvem er han/hun egentlig? Hvad savner han/hun? Hvad kunne det være sjovt at foretage sig (hvis noget overhovedet)? Hvad kunne han/hun godt lide som barn? Eller som halvvoksen/teenager? Brug svarene til at færdiggøre skemaet sammen med patienten.

9.6.c.2 Brainstorming

Bed patienten deltage i en brainstormøvelse sammen med dig. Hvilke aktiviteter havde vedkommende lyst til at genoptage? (brainstorm). På baggrund af brainstormen forestiller vedkommende sig en vej tilbage til et stadie, hvor han/hun atter føler sig vigtig? Lav en plan sammen med patienten.

9.6.c.3 Fortælle min livshistorie

Som en slags hjemmearbejde kan du også bede din patient om at lave en liste over færdigheder og kendetegn, som vedkommende gerne ville have børnebørnene til at huske om ham/hende (hvis passende). Hvis det virker meningsfuldt, kan listen efterfølges af, at patienten skriver eller fortæller børnebørnene historien, hvis vedkommende så det som en meningsfuld og sjov aktivitet.

9.6.d *Assertiv kommunikation*

Hvis du opdager, at patienten kæmper med, at andre er begyndt at behandle ham/hende, som om han/hun kun var i stand til at forstå noget på et barns niveau, kan du overveje at bruge øvelsen *Assertiv kommunikation*.

9.6.d.1 Genkende situationer

Bed din patient om at beskrive situationer hvor han/hun tiltales, som om han/hun var et barn. Patienter kan som regel komme med eksempler, men hvis ikke – kan du komme med stikord i form af eksempler fra dialog med sundhedspersonale, børn eller serviceudbydere (tjenere, sagsbehandlere osv.).

9.6.d.2 Beskrive selvsikre svar

Forklar din patient at et selvsikkert svar er et, som giver den bedste chance for at opnå det ønskelige i de fleste situationer. Sæt de selvsikre svar i kontrast til aggressive eller passive svar.

9.6.d.3 Udarbejde mulige alternativer

Bed din patient om at opfinde mulige selvsikre svar til de situationer, der blev beskrevet i øvelsen *Genkende situationer*.

9.6.d.4 Rollespilsøvelse

Lav et rollespil, hvor du har rollen som den person, der forsøger at være selvsikker. Patienten tager rollen som den person, der behandler patienten på en barnlig måde. Når rollespillet er overstået, beder du patienten kommentere, hvordan det føltes at modtage de selvsikre svar. Dernæst laves rollespillet igen, hvor patienten tager rollen som den selvsikre. Hvis det passer ind, kan du gradvis gøre eksemplerne sværere og mere udfordrende i dine rollespil.

9.7 Valg af acceptfokuseret håndtering

Af forskellige årsager er det i nogle situationer bedst at fokusere på at acceptere svære situationer. Dette gælder f.eks., når en person lige har mistet én eller anden, eller har oplevet en massiv tilbagegang i deres eget helbred. Hvis det er tilfældet, er *acceptfokuseret håndtering* det bedste valg. Dette kunne også finde sted, hvis du konkluderede, at problemløsningsstrategier ikke var en god løsning på patientens problem.

9.7.a Dødsfald

Hvis patienten er i sorg og spørger dig, hvor længe sorgen forventes at vare, fortæller du at sorg tager den tid, den tager. Den slutter måske aldrig. Dernæst kan du gå videre og drøfte med patienten, hvordan man kan leve med sorg, i stedet for at prøve at gøre en ende på den. Kom med forslaget om at forblive i følelsen af tab og være tålmodig med sorgen.

9.7.a.1 Skrive et brev

Foreslå at skrive et brev til dén person, din patient har mistet. I brevet beskriver patienten, hvor meget han/hun savner vedkommende (eller situationen – f.eks. arbejdsplads eller evnen til at gå). Foreslå også patienten at skrive et brev til sig selv, hvor vedkommende giver sig selv lov til at sørge og savne, men også til at komme videre, når han/hun er parat. Bed patienten skrive disse to breve inden næste session.

I den næste session beder du din patient om at evaluere hele brevskrivningsprocessen. Når din patient har beskrevet sine følelser og konklusioner om processen, kan du fortsætte med at brainstorme om, hvordan det følelsesmæssige stress og sorgen kan mindskes.

9.7.a.2 Brainstorme metoder til at leve med sorg

Prøv, hvis muligt, at få nogle idéer fra patienten, og vent med at tilføje dine egne idéer indtil patienten har beskrevet sine egne idéer. Sørg for at deltagelse i selvhjælp er blandt idéerne på listen. Elementer fra *Træning i håndtering af sindsstemning (Sektion 10)*, f.eks. strategier for at øge de behagelige aktiviteter, kan være særligt hjælpsomme. Patienten kan finde inspiration på *Liste over mulige behagelige aktiviteter (Skema U)*.

9.7.a.3 Udvikle en plan

Når der er udarbejdet en liste over aktiviteter og strategier til at mindske følelsesmæssig stress, skal I sammen udvikle en plan for, hvordan der øges efter den valgte styrkelse.

9.7.b Slut fred med negative tanker

Hvis patienten klager over konstant at blive overvældet af deprimerende tanker om aldring eller de tab, vedkommende har lidt, også selvom det er længe siden, kan det hjælpe din patient at fuldføre øvelsen *Et gran af sandhed (Skema P)*. Denne øvelse bruger traditionelle kognitive adfærdsstrategier til at identificere giftige tanker (nogle af disse findes i *Træning i håndtering af sindsstemning (Sektion 10)*).

9.7.b.1 Identificere giftige tanker

Fremkom med et eksempel på en giftig tanke, som volder patienten smerte, depression, vrede eller bekymring. Brug skemaet *Et gran af sandhed (Skema P)*, brug patientens egne ord og skriv tanken ind i den første kolonne, uanset hvor forvrænget, den virker.

9.7.b.2 Finde et gran af sandhed

Spørg din patient hvad der er sandt ved denne forvrængede tanke. Dette overrasker nogle gange patienter og er en afvigelse fra den traditionelle metode til at bearbejde giftige tanker. Prøv at opmuntre patienten til at udvikle et andet sprog i den anden kolonne, i stedet for bare at gentage det som blev skrevet i den første kolonne. Du kan bede patienten bruge en anden persons perspektiv (ikke sig selv) og se på situationen – hvad ville denne person sige? Om nødvendigt kan behandleren levere grannet af sandhed. Det er her behandleren kan være kreativ ved at bruge 'mindre giftigt' sprog.

9.7.b.3 Skabe balancetanken

Introducer konceptet om en vippe eller en vægt, hvor vi sørger for at begge sider er lige. Når grannet af sandhed er kommet på vægten, hvilken tanke balancerer den så? Dette er normalt lettere for patienten at forestille sig end at forholde sig til hele den giftige tanke. Der er et eller andet ved at acceptere et gran af sandhed, som gør det nemmere at forestille sig den balancerende tanke. Balancetanken vil som oftest blot være at anerkende en svær sandhed. Nogle gange er dette noget patienten kan gøre, og da er det mest hensigtsmæssigt at gå videre til strategier i *sektion 9.6 (Valg af problemfokuseret håndtering)*.

BEHANDLER: ”Her er din giftige tanke: ”Jeg var en dårlig far, fordi jeg tilbragte for meget tid med at arbejde og ikke nok tid med mine børn.”

PATIENT: ”Det er helt rigtigt.”

BEHANDLER: ”Hvis vi forestiller os, at det var en af de giftige tanker, vi talte om tidligere, så kunne denne tanke være i færd med at forgifte hele din tankegang og dit humør. Men der er en grund til at folk har foruroligende tanker, så måske er noget af det sandt. Hvilken del af det, tror du er sand?”

PATIENT: ”Jeg var virkelig en dårlig far.”

BEHANDLER: ”Ok, jeg gætter på, at der er noget rigtigt i det. Hvad tror du, en person uden for, ville sige om dine tanker?”

PATIENT: ”Alle sagde altid, at jeg arbejdede for meget. De ville sandsynligvis sige, at jeg lagde for meget vægt på at sørge for mine børn og ikke nok vægt på deres oplevelser i barndommen.”

BEHANDLER: ”Ok, så skriver vi det her under *Gran af sandhed*-kolonnen. ”Jeg lagde for meget vægt på at sørge for mine børn i stedet for at nyde deres barndom sammen med dem.” Er det korrekt?”

PATIENT: ”Helt nøjagtigt.”

BEHANDLER: ”Så, nu skal finde en balance til den tanke – lige som en vippe. Hvilken tanke kunne du have, som vil få vippen til at blive mere lige, efter at grannet af sandhed er lagt på den?”

PATIENT: ”Tja, mine børn vidste i det mindste, at jeg elskede dem, fordi jeg arbejdede så hårdt for at kunne give dem, alt det de behøvede. De havde rigeligt med fordele qua mit arbejde, som f.eks. klaverundervisning og skiferier.”

BEHANDLER: ”Så hvad nu hvis vi skrev i kolonnen for balancetanken ”Jeg gik glip af en masse tid med mine børn, men jeg var en god forsørger.”

9.8 Afrunding af sessionen

Giv patienten en opsummering af den del af modulet, som netop er fuldført. Hvis I blev enige om hjemmearbejde, minder du patienten om dette og skriver en note til dig selv om at anmode om hjemmearbejdet ved næste session. Hvis der er andre dele af *Aldringsmodulet* som kunne være relevante at medtage i en anden session, spørger du patienten om det er ok at fremkomme med disse igen.

Træning i håndtering af sindsstemning

10.0 Træning i håndtering af sindsstemning

10.1 Baggrund

Sindsstemning (humør) er i bund og grund en forandring i de menneskelige emotioner. En persons humør skifter normalt som en reaktion på hans eller hendes verden og kan eksempelvis være trist, bekymret, vred eller glad. Nøgleaspektet er dog, at humørtilstanden er relativt midlertidig eller forbigående og forsvinder inden for få minutter.

Træning i håndtering af sindsstemning er et struktureret program, som er udformet til at hjælpe patienter, hvis kamp om at holde op med at drikke nemt kompromitteres af den daglige og ganske normale begivenhed – nemlig dårligt humør. Dette træningsmodul vejleder patienter i brugen af kognitive adfærdsteknikker til at håndtere de negative følelser. Patienter lærer at erstatte destruktive og undvigende former for respons på negativ sindsstemning, med mere positiv respons.

Træning i håndtering af sindsstemning består af følgende tre faser:

1. Du kommer til at undervise din patient i en model over følelser, som kan hjælpe ham/hende til at forstå det negative humør.
2. Du kommer til at hjælpe din patient med at identificere automatiske tanker, som kan føre til negative følelser. Din patient vil overvåge sine subjektive sindstilstande, og sammen bruger I denne selvmonitorering til at vurdere og adressere kognitive temaer.
3. Du og din patient kommer til at planlægge metoder til at imødegå automatiske tanker og medfølgende negativt humør med kognitive og adfærdsmæssige udfordringer.

Brugen af humørmodifikationsprogrammer i afhængighedsbehandling opstod af teoretisk overvejelse og empiriske fund, der tyder på, at negativt humør er forbundet med en tilbagevenden til vanedannende adfærd. Marlatt & Gordon (1985) rapporterede, at situationer, som udgør en høj risiko for tilbagevenden til drikkeri, ofte er ledsaget af tilstande af negativt humør. Andre forskere har vist, at negativ påvirkning er forbundet med misbrug og afhængighed af forskellige stoffer (Cannon et al. 1992; Cunningham et al. 1995; Shiffman 1982). I retrospektive beskrivelser som testpersoner fremkom med vedrørende tilbagefald, indikerede de ofte at de havde fornemmet en ubehagelig sindsstemning ved indtagelse af den første genstand. Individuer med et mere negativt humør synes at klare sig dårligere efter behandlingen (f.eks. Brown et al. 1997). Således understøttes interventioner målrettet negativt humør af potentielt, forudsigeligt og krydsrelateret data. Det er således plausibelt, at resultatet af behandling forbedres ved at adressere en patients negative sindstilstande.

Forskning har for nyligt peget på, at optimale programmer strækker langt ud over blot at lære patienterne at håndtere selve det negative humør og har bevæget sig hen mod håndtering af både fortilfælde og følgetilstandene af negativ sindstilstand. Det er denne tilgang, som er anvendt i dette modul.

10.2 Logistisk begrundelse for modificering af sindsstemning

Negativt humør hverken opstår eller fortsætter i et vakuum. Faktisk er følelser en serie af hændelser, som opstår inden for en særlig sammenhæng. Akronymet *STORK* hjælper os med at stave os frem til denne cyklus:

Følelser opstår i en speciel **SITUATION**, som tolkes via patientens **TANKER**. **Organismiske (fysiske)** responser, så som kropsfornemmelser, er som regel involveret, og patientens adfærds**RESPONS** til denne kæde af begivenheder medfører visse **KONSEKVENSER**, som igen bliver en del af patientens **SITUATION**, og derved gentages cyklussen.

Modulet *Træning i håndtering af sindsstemning* er en ganske nem tilføjelse af principperne for kognitiv adfærd. Her nedenfor er en liste over de nødvendige skridt, der skal tages for at kunne præsentere dette modul til din patient:

1. Lær din patient at identificere de fem faktorer, som tilsammen danner den menneskelige oplevelse (STORK), og drøft sammenhængen mellem dem, idet man indfletter eksempler fra patientens eget liv.
2. Få din patient til at monitorere sig selv for at identificere de specifikke STORK-komponenter i humøret, som han/hun oplever i forskellige situationer.
3. Fokuser først på automatiske tanker som understøtter eller forværrer det negative humør, og medtag også idéen om, at din patients evne til at ændre sine tanker eller måde at tænke på, kan forbedre humøret.
4. Udforsk automatisk og utilpasset adfærd og hjælp din patient med at planlægge kognitiv adfærdsforandring.

I bund og grund kommer du til at undervise din patient i at få bedre selvkontrol over hyppigheden og intensiteten af vedkommendes negative humør ved at omstrukturere de automatiske tanker og ændre

den utilpassede adfærd. Det er vigtigt at STORK-modellen får direkte relevans for patientens liv ved at bruge eksempler og opgaver fra det virkelige liv.

10.3 Beskrivelse af STORK-modellen

Giv din patient en kopi af STORK-modellen, skemaet *STORK: Forstå følelser og humør (Skema Q)*, som beskriver grundmodellen i dette modul, og forklar så din patient, at den beskriver hvorledes stemninger opstår. Papirerne er nyttige for både at kunne forstå de negative stemninger og at finde ud af at ændre dem.

Baggrundsmaterialet i den følgende sektion er beregnet til at hjælpe dig med at forklare vigtigheden af hvert skridt i STORK-modellen. Du skal ikke indvie din patient i alle detaljerne. Brug i stedet materialet til at skræddersy en forklaring, som passer til din patients kognitive stil og hans/hendes niveau i forhold til den begrebsmæssige forståelse. Hver sektion beskriver, hvordan en komponent påvirker humøret og kommer med forslag til interventioner, som kan rettes mod komponenten. Hvor meget vægt du lægger på hver komponent er helt afhængig af, hvad du tænker er bedst for din patient.

Et optimistisk aspekt af STORK-modellen er, at en person kan gøre noget ved negative stemninger på et hvilket som helst sted i cyklussen. Disse er fremhævet i den følgende gennemgang af de fem komponenter i STORK.

10.3.a Situationsbestemte faktorer

SITUATIONEN refererer til personer, steder og ting som patienten er omgivet af på et bestemt tidspunkt. Patienter henfører ofte deres humør til disse eksterne kilder. Det er vigtigt at forklare, at situationen kun er en del af, hvordan stemninger opstår. Selv ikke den værst tænkelige situation kan i sig selv styre en persons humør. Viktor Frankl (1963) beskrev forholdene i nazisternes dødslejre i WWII, og erindrede folk som brugte deres tid på at opmuntre og trøste andre. I stedet for at blive besejret af den tilsyneladende håbløshed i deres egen situation, holdt de fast i håbet og delte det med andre. En opfølgende undersøgelse af mennesker, som blev behandlet for alkoholafhængighed, viste, at det ikke var antallet af stressende situationer, de var udsat for, som havde indflydelse på, hvorvidt de faldt tilbage, men snarere hvordan de håndterede de stressende situationer (Miller et al. 1996).

Ikke desto mindre lader det til at visse situationsfaktorer øger sandsynligheden for, at en person vil komme i dårligt humør. Sikkert er det, at folk er forskellige i deres modtagelighed for indflydelse i sådanne situationer, og de andre elementer i modellen (T, O, R og K) spiller en rolle i forhold til at fastslå, hvilken indvirkning situationen vil få. Alt andet lige er der dog situationer, som kan fremkalde dårligt humør og depression. Disse inkluderer en persons forlængede udsættelse for stressfaktorer, som f.eks. betydeligt tab, folkemængder, støj osv. Et andet vigtigt område at udforske er mængden af positiv styrkelse, som en person oplever i det daglige liv. Positiv styrkelse og behagelige hændelser lader til at være vigtige faktorer til at hjælpe en person med at bevare det gode humør og livssyn, lidt ligesom vitaminer er vigtige for at fremme helbredet. Nogle mennesker har en livsstil eller professioner, som kun giver dem lidt eller intet positivt input, men kun kritik og negativ evaluering. Af og til (f.eks. når en person er i et nyt forhold eller job), er den styrkelse, som personen modtager på et højt niveau, men falder gradvist over tid. Når folk oplever et sådant fald i den positive styrkelse, beskriver de det ofte som 'at blive taget for givet' eller ikke at være påskønnet. Hvis folk vedvarende bliver udsat for tilstande med lav styrkelse, kan de bukke under for negative stemninger og depression.

Når du udforsker situationsbestemte aspekter af humør med din patient, skal du især fokusere på det, som virker til at være det mest relevante aspekt i patientens omgivelser. I det følgende eksempel inddrager behandleren patienten i identificering af vigtige aspekter i vedkommendes omgivelser i forhold til sindsstemning:

BEHANDLER: "Så, hvis SITUATION betyder mennesker, steder og ting omkring dig, hvad nu hvis du sad i din stue derhjemme, alene i huset. Er det et ok eksempel at starte med?"

PATIENT: "Jo, det kunne godt være en situation."

BEHANDLER: "Men det giver mig kun en generel fornemmelse af situationen. Fortæl mig lidt mere om den – om ting som kunne relatere til dit humør. Forestil dig det – du sidder i din stue derhjemme – og fortæl mig så om det. Hvordan har du det der?"

PATIENT: "Skidt. Mit humør er dårligt."

BEHANDLER: "Ok – det er en begyndelse. Hvad foregår der i stuen, som kunne bidrage til dit dårlige humør? Hvordan er temperaturen?"

PATIENT: ”Vores klimaanlæg er i stykker, og temperaturen stiger dag for dag, noget som godt kan gøre mig mere irriteret end normalt.”

BEHANDLER: ”Godt. Foregår der ellers noget som påvirker dit humør?”

PATIENT: ”Larmen ovre fra naboerne er latterlig. Vi har bedt dem om at være mere stille, men de hører aldrig efter.”

BEHANDLER: ”Fint – hvad mere?”

PATIENT: ”Jo, en anden ting som virkelig irriterer mig. Fie skulle have gjort huset rent tidligere på ugen, men det er stadig et stort rod. Der er støvet og bunker af ting overalt.”

BEHANDLER: ”Du har givet mig nogle rigtig gode eksempler på aspekter af nogle situationer, som lader til at påvirke dit humør. Lad os nu snakke om nogle andre situationer, især der hvor du måske har nogle dårlige følelser...”

At blive bekendt med patientens omgivelser kan give dig et fingerpeg om, hvor du skal gribe ind kognitivt- og adfærdsmæssigt.

Hvad kan patienten gøre på dette niveau af situationsbestemte faktorer, for at forhindre eller reducere negative stemningstilstande? Hovedvægten her er at hjælpe patienten med at planlægge og forberede en ’afbalanceret diæt’ i sit daglige liv, som i denne liste:

- Patienten kan med overlæg planlægge hver dag til at inkludere nogle behagelige hændelser, store eller små, som så fungerer som ’psykologiske vitaminer’ til at hjælpe med at holde balancen resten af dagen.
- Patienten kan foretage en selvmonitorering ved at holde en daglig registrering af behagelige og ubehagelige hændelser, for derved at sikre den daglige balance.
- Patienten kan planlægge yderligere tid til flere positive oplevelser, hvis de ubehagelige eller stressende hændelser lader til at dominere og skabe overbalance i forhold til de behagelige oplevelser.
- Patienten kan prøve at arrangere jævnlig social støtte som en kilde til sådanne positive og balancerende oplevelser.
- Patienten er nødt til at lede efter nye metoder til at mindske negative og stressende oplevelser.

- Patienten er nødt til at planlægge flere behagelige hændelser og social støtte for at opveje de uundgåelige, især hvis han/hun kan forudse negative oplevelser.

Når patienten planlægger en afbalanceret psykologisk diæt, bør han/hun undgå et sædvanligt mønster at samle alle de negative situationer i løbet af dagen og skifte brat til positiv tid om aftenen ("Happy Hour"). Marlatt og Gordon (1985) har forbundet dette mønster med risiko for misbrug af alkohol og andre stoffer, og påpeger at det er sundere at fordele positive hændelser dagen igennem.

10.3.b *Tankemønstre*

Selvom situationsbestemte faktorer spiller en rolle i forhold til stemninger, er der i en anden forstand intet i den eksterne situation, som er ansvarlig for en persons humør. Positive og negative følelser er ikke direkte reaktioner på den 'virkelige' verden, men er i stedet et svar på, hvordan en person opfatter verden – personens TANKER. F.eks. at løbe ind i en hugorm på en natursti, kunne nemt fremkalde en oprevet tilstand for en person, som genkender det for hvad det er, men hvor det kun resulterer i nysgerrighed fra en person, som ikke har nogen anelse om, hvilken fare hugormen udgør.

Tilsvarende er 'nedtrykkende' hændelser ikke i sagens natur deprimerende, og en persons reaktion på dem beror meget på hvordan han/hun opfatter dem. Tag eksempelvis den klassiske film "It's a Wonderful Life". George Bailey, der opfatter sin situation som håbløs og sit liv som værdiløst, havner i en mental selvmordstilstand og ville ønske, at han aldrig var blevet født. Han får sit ønske opfyldt i en vision, ser sit liv i sin by, som det ville have været, hvis han aldrig havde eksisteret. Bagefter ser dette samme liv helt anderledes ud i hans øjne (heraf filmens titel). Hændelser, som en person ellers ville opfatte som stressende eller deprimerende, kan dermed have en anden indvirkning, hvis de fortolkes anderledes.

Det er således vigtigt at være opmærksom på tilskrivninger i forbindelse med humør/stemning. Tilskrivninger er tolkninger af, hvorfor ting sker (eller ikke skete), eller hvad der forårsagede særlige livsbegivenheder. To dimensioner har indflydelse på hvordan en person opfatter tilskrivninger. Den første dimension er, hvorvidt de er interne eller eksterne. En intern tilskrivning er den opfattelse, at en specifik hændelse blev forårsaget af faktorer langt fra vores egen indflydelse. Den anden dimension er hvorvidt tilskrivningen er stabil eller ustabil. Stabile tilskrivninger forklarer en hændelse

som værende resultatet af noget, som sikkert ikke forandrer sig. Ustabile tilskrivninger forklarer en hændelse som værende resultatet af en situation, som højst sandsynligt forandrer sig.

Folk forventer som regel ikke at ting ændrer sig, når de tilskriver en situation til en stabil årsag, men de forventer dog en forandring, når de tilskriver en situation til en ustabil årsag. Folk har normalt en ret optimistisk attitude og tilskriver succes til interne årsager, mens fiaskoer tilskrives eksterne og/eller ustabile årsager: ”Mine succeser er pga. mine evner og indsats, men mine fiaskoer er resultatet af utilstrækkelig anstrengelse, andres indblanding eller ganske enkelt almindeligt uheld.” Selv psykoterapeuter kan se verden på denne måde: ”Mine succeser er fordi jeg er en god terapeut; mine fiaskoer opstår, når sagen ganske enkelt er for svær eller patienten ikke er tilstrækkeligt motiveret.” Selvom det måske er en smule selvbedrag, så er denne type tilskrivningsform én, som tilskynder et positivt livssyn og fortsat personlig indsats.

Negativ stemning og depression er forbundet med et andet tilskrivningsmønster. Når folk er midt i en depression, har de for vane at tilskrive negative resultater til stabile, generelt negative kendetegn hos dem selv. ”Sådan går det altid; Jeg ødelægger alt hvad jeg rører ved.” ”Jeg er en taber i alle forhold, hvem ville holde af en som mig?” I denne type humør tilskriver mennesker positive resultater til eksterne årsager: ”Jeg var bare heldig.” ”De lod mig vinde, fordi de havde ondt af mig.” ”Hun er sød ved alle.”

Forskere har opdaget, at ændring af en persons syn på sig selv har en indvirkning på humøret. Kognitive behandlinger, som fokuserer på at ændre tankeprocesserne, er gavnlige i behandlingen af angst og følelsesmæssige lidelser. Kognitiv intervention starter typisk med at identificere personens tankemønster, som måske fremmer negativt humør (Beck 1976; Burns 1980), som f.eks. urealistisk høje forventninger til en selv eller andre, håbløshed, pessimisme og overdrevet selvkritik. Behandleren udfordrer og ændrer disse kognitive mønstre ved at hjælpe patienten med at søge efter nye overbevisninger og selvtiltale for at fremme en sundere funktion.

10.3.c *Organismiske oplevelser*

Nogle opfatter humør som en ren fysisk fornemmelse. Der er selvfølgelig neurobiologiske processer involveret, hvoraf mange fungerer i underbevidstheden. Der er en diffus autonomisk ophidselse forbundet med mange følelser, og folk kan opleve dette under fysiske forandringer som f.eks. tørhed i munden, kolde hænder, et varmt ansigt og mavekramper. Hvilke

fysiske fornemmelser forbinder din patient med at være oprevet, vred, ked af det, bange eller andre følelser? Fysiske fornemmelser er ofte ens gennem subjektivt forskellige følelser. Faktisk har forskning påvist, at når der er autonomisk ophidselse, er følelsen under indflydelse af, hvordan personen opfatter ophidselsen og situationen. Af og til vækkes eller forstærkes følelser endog som en direkte respons til en intern følelse, som f.eks. frygten for frygt.

Den ORGANISMISKE komponent er personens oplevelse, både den fysiske fornemmelse samt det følelsesmæssige navn, der er tildelt det. Det kan ofte være en hjælp at tydeliggøre præcis, hvad din patient oplever rent fysisk, som f.eks. en negativ følelse eller dårligt humør. Understreg at disse fysiske (organismiske) responser er en del – men kun en del – af den kæde af begivenheder, der opleves som følelse.

Der findes forskellige strategier til at ændre direkte, fysiske tilstande (f.eks. medicin, afslapning, træning eller motion). Ingen af disse er inkluderet her, fordi de har vist skuffende resultater i behandling for alkoholmisbrug (Miller et al. 1995). Stofmisbrug kunne faktisk være patientens forsøg på direkte at modificere O-komponenten i negativ emotionalitet. Kognitiv adfærdsterapi lægger primært vægt på modificering af følgende elementer i kæden: kognition (T), adfærd (R) og omgivelse (S, K).

10.3.d Responsmønstre

Når din patient oplever humørrelevante fysiske forandringer – hvad sker der da? Hvad gør patienten i respons til følelsesmæssig ophidselse? Når en person først begynder at opleve negativt humør, kan det gøre en væsentlig forskel, hvordan han/hun reagerer på denne følelse. Vær opmærksom på to generelt utilpassede responsmønstre: undgåelse og aggression, som beskrevet her:

Undgåelse

En almindelig og ofte usund reaktion er at undgå eller trække sig tilbage. Denne reaktion virker forståelig – endda naturlig. Når folk er nedtrykte eller oplever lavt selvværd, føler de ofte, at de ikke er godt selskab. De har måske ikke overskud til normal social kontakt eller har måske ikke lyst til at andre ser dem i denne modløse tilstand. Følelser af udmattelse kan også bidrage til trangen til at undgå og trække sig tilbage. Men undgåelse har en tendens til at styrke negative følelser. Hvis en person, som først er faldet af hesten, fortsætter med at undgå heste, vil han/hun blive endnu mere bange for

dem. Den nedtrykte person som trækker sig tilbage fra støtten i sit sociale netværk, afskærer sig selv fra vigtige kilder til feedback og styrkelse, hvilket i sidste ende forstærker depressionen. Den typiske måde at afhjælpe dette på vil være at gøre det modsatte af den øjensynligt naturlige tendens til at trække sig tilbage. Det er vigtigt for den deprimerede person at omgås vennerne og deltage i tidligere behagelige aktiviteter, selvom det kræver en indsats og ikke lige umiddelbart føles behageligt. Det samme gælder for folk, som er triste og lider af generelt dårligt humør.

Aggression

En anden utilpasset måde som folk reagerer på negative følelser med, er at lange ud – at reagere aggressivt. Dette mønster bliver, ligesom undgåelse, ofte forværret ved brug af alkohol og stoffer. Aggression får umiddelbart den ønskede effekt, men fortsat aggression forandrer typisk personens sociale omgivelser på en måde, som får vedkommende til at få det værre.

Problemet her kan være mangel på vigtige færdigheder. Manglende sociale færdigheder kan f.eks. forhindre en person i at udvikle et støttende netværk blandt venner, som mindsker modstandsdygtigheden over for depression. Manglende sociale færdigheder kan også forlænge depression. Det er derfor vigtigt for personen at tilegne sig nye færdigheder, en ny måde at reagere på, som fremmer sundere sindsstemning og tilpasning. Hvis dette lader til at være tilfældet med din patient, kan det være nyttigt at inkludere andre kognitive færdighedsskabende moduler i behandlingen.

Konsekvenser

Folks humør og sindstilstand er påvirket af, hvordan andre i deres sociale omgivelser reagerer på deres opførsel. En person i et miljø, som kun byder på meget lidt positiv styrkelse og over længere tid, føler sig måske hjælpeløs og pessimistisk, hvilket afføder negativ emotionalitet.

Ironisk nok belønner nogle sociale sammenhænge en person for sit dårlige humør. Se på dette eksempel. En kvinde har dårlige sociale færdigheder og som følge heraf har hun ingen nære venner. Hendes hverdag er begivenhedsløs og tom. Med tiden bliver hun deprimeret og betror til adskillige mennesker i sin kirke, at hun overvejer selvmord og er langt nede. Pludselig vågner folk op i omgivelserne og samles omkring kvinden. Præsten besøger hende regelmæssigt. Folk begynder at ringe eller komme forbi, og har ofte mad med, hjælper med det huslige eller sidder sågar med hende

natten igennem. Det som før havde været en uopmærksom gruppe mennesker bliver fra det ene øjeblik til det andet forvandlet til et varmt og støttende fællesskab. Overrasket begynder hun at få det bedre, men i takt med det, går vennerne tilbage til deres eget liv, og efterlader hende atter alene. Denne kvindes 'fornuftige' respons på dette, er at blive deprimeret igen.

Forandring på dette niveau betyder at man må lave om på sit sociale liv, så meget som overhovedet muligt for at styrke adfærden, i stedet for usund, invalideret adfærd. Det er ikke tilstrækkeligt bare at stoppe styrkelsen af depressionen. Se igen på kvinden beskrevet i scenariet ovenfor. Hvad hvis hendes venner havde besluttet sig for at efterlade hende i medgang og modgang! Hendes depression ville sikkert ikke være mindsket. Hun har i stedet brug for at lære sociale færdigheder til at skabe varige, personlige forhold til andre. En nøgle til dette er at skabe et socialt netværk som sørger for vedvarende styrkelse af det sunde og tilpassede liv.

En anden mulighed er at prøve nye aktiviteter, nye kilder til potentiel glæde og styrke. Der er en tendens for voksne til at falde tilbage til forudsigelige mønstre i sociale og fritidsaktiviteter. Alkoholafhængighed involverer typisk også en konstant tilbagetrækning fra mennesker og aktiviteter, man holdt af. Nogle mennesker er tilbageholdende med at prøve nye færdigheder, fordi de måske ikke vil være særligt gode til dem. Resultatet er, at de kun gør det, de tror, de kan. Sådanne begrænsninger reducerer et menneskes muligheder unødvendigt. Hvis en person udforsker nye aktiviteter, bare sådan for sjov, kan dette ende med nye og behagelige bekendtskaber og engagementer.

10.4 Udforskning af negative sindstilstande

Af og til har mennesker svært ved at beskrive deres eget humør direkte. De beskriver måske deres tanker og ikke deres følelser. Sådanne patienter kunne reagere på reflektiv lytning, og du blev måske i stand til at udlede din patients humør ud fra hans/hendes mere generelle beskrivelse i STORK-modellen i forbindelse med en særlig situation.

I eksemplet nedenfor bruger behandleren STORK til at udforske en hændelse, som udløste dårligt humør hos patienten:

BEHANDLER: "Giv mig et eksempel. Hvornår havde du sidst denne stærke, negative følelse?"

PATIENT: "Tja, i går, da jeg sad i en trafikprop, og jeg syntes alle de andre var idioter!"

BEHANDLER: ”Du sad i en trafikprop med en meget stærk følelse. Hvilket navn ville du give det humør?”

PATIENT: ”Jeg følte ikke noget specielt; Jeg tænkte bare på, at de andre var idioter og at jeg ville ønske, jeg var et helt andet sted end der. Og jeg havde på en måde lyst til en drink.”

BEHANDLER: ”Interessant! Så du er ikke sikker på, hvad du skal kalde din følelse, men den var ret negativ. Selv nu, ud fra din stemme, lyder det som om du var lidt irriteret.”

PATIENT: ”Man kunne måske godt kalde det irriteret. Og det var mere end ’lidt’.”

BEHANDLER: ”Så vi er enige i, at du blev noget vred i trafikken i går. Og det var her du følte denne trang til at drikke.”

PATIENT: ”Ja, det tænker jeg. Det er underligt sådan at tænke på. Jeg lagde hele skylden på trafikken. Men jeg drak i det mindste ikke!”

BEHANDLER: ”Det er et godt eksempel! Det er slet ikke unormalt at tænke, at din følelse er et direkte resultat af det, som skete derude. En af de ting vi fokuserer på her med denne STORK-model, er hvordan situationen kun er en lille del af, hvordan det dårlige humør opstår.”

PATIENT: ”Jeg var nok mere irriteret, end jeg selv var klar over.”

BEHANDLER: ”Og det indser du nu. Godt for dig! Det er meget normalt for folk at føle trang til at tage en drink, når de er i så dårligt humør, og det lyder som om, at vrede er en specielt stærk følelse for dig. Men hele pointen er, at du har stor indflydelse på dit eget humør. Du kan stort set selv bestemme, hvordan du vil forholde dig til noget. Og som denne oplevelse viser, selvom du kommer i dårligt humør, behøver du ikke at falde i og give efter for den trang til at drikke, som uvilkaarligt følger med det dårlige humør...”

En anden mulighed er at bruge skemaet *Følelser og nuancer (Skema R)*, som sætter navn på en lang liste af følelser. Vis din patient listen og spørg, hvilke ord der bedst beskriver det, som han/hun følte i den situation, I netop diskuterer.

10.5 Selvmonitorering

Efter at du har forklaret STORK-modellen, er det næste skridt at begynde at selvovervåge følelsesmæssige tilstande. Begynd med at få din patient til at udfylde den ene kolonne i skemaet *Selvmonitorering af følelser (Skema S)* med udgangspunkt i de seneste hændelser, hvor han/hun oplevede en negativ følelse. I feltet 'Humørbarometer' beder du din patient om at bedømme sit humør niveau fra -10 (meget negativt humør) til +10 (meget positivt humør).

Dernæst beder du patienten beskrive situationen for dig og får dernæst vedkommende til at lave en kort note i feltet 'Situation' (S) for at fremhæve situationen i den forbindelse.

Af og til har patienter svært ved at udfylde feltet 'Tanker' i skemaet, fordi de ikke er opmærksomme på de specifikke tanker, som opstod i forbindelse med at situationen opstod, og til følelsen indfandt sig. Sker dette, fortsætter du blot til feltet 'Følelser' og vender tilbage til 'Tanker' bagefter og spørger: "Hvad kunne du have tænkt for at komme her fra (S) og her til (O)?" Fremhæv igen at følelser ikke automatisk er resultatet af en situation, men at de er et resultat af tanker, som ofte opstår så hurtigt og automatisk, at man ikke ænser dem.

I 'O'-feltet får du patienten til at udfylde de fysiske fornemmelser, han/hun havde, og tillige sætte navn på den følelsesmæssige tilstand. Hvad følte patienten i denne situation? Hjælp ham/hende med at skelne mellem tanker og følelser. F.eks. når en person siger, "Jeg følte at...", er det næsten altid en tanke og ikke en følelse (f.eks. "Jeg følte, at jeg blev uretfærdigt behandlet"). Lyt efter det underforståede 'at' i udsagnet: det signalerer en tanke, en mental fortolkning og ikke en følelse. Hvis du hører et 'at' i det udsagn, betyder det, at personen ikke udtrykker en følelse.

Ved feltet 'Respons' (R) spørger du patienten hvad han/hun sagde eller gjorde som respons på situationen, tanken og følelsen. Få patienten til at lave et kort notat om det.

Til slut, ved feltet 'Konsekvens' (K) noteres hvad resultatet blev. Hvordan reagerede andre eller hvad ændrede sig?

I eksemplet nederst udfylder behandleren og patienten skemaet *Selvmonitorering af følelser*:

BEHANDLER: "Ok, nu prøver vi at skrive humørdagbog på disse ark. Det ville være mest hjælpsomt, hvis du registrerer de tidspunkter, hvor du har haft særligt positive eller negative følelser. Du behøver ikke at skrive enhver følelse i dagbogen, ellers kunne du skrive i den hele dagen, men når der opstår noget, som virker som en vigtig følelse – noget særdeles positivt eller

negativt – så skriver du det i dagbogen. Lad os tage et eksempel, tænk tilbage på den seneste uge, hvor du oplevede en særlig negativ følelse. Hvornår var det?”

PATIENT (griner): ”Lige før jeg kom herind. Jeg havde et stort skænderi med mine børnebørn.”

BEHANDLER: ”Ok, fint. Se her, i det første felt. Her vil jeg gerne bede dig bedømme, hvor godt eller hvor dårligt, du havde det. Det er en skala fra minus 10, som svarer til så slemt som du kan have det, til plus 10, som er når du er helt på toppen. Hvordan vil du bedømme dit humør i den situation?”

PATIENT: ”Midt i situationen? Jeg var så gal, at jeg knap kunne tale. Minus 8 eller 9, måske.”

BEHANDLER: ”En meget negativ følelse, altså – så vred som du nogensinde bliver.”

PATIENT: ”Tja, minus 7 måske.”

BEHANDLER: ”Ok, skriv det ned. Hvad skete der umiddelbart inden denne følelse opstod? Hvad var situationen?”

PATIENT: ”Tina, mit 18-årige barnebarn kom forbi med en nyligt piercet navle, som blødte, og anklagede mig for at overreagere, da jeg sagde til hende at hun skulle gå til lægen. Hun havde bare besluttet at få en af vennerne til at pierce navlen og putte en af de dér ringe i den. Jeg var rasende over, at hun havde gjort det.”

BEHANDLER: ”Så, hun var slet ikke bekymret over blødningen, og du følte at det var virkelig uansvarligt.”

PATIENT: ”Sygt. Ganske enkelt sygt. Og hun tog da heller ikke hjem, for hendes mor ville reagere endnu værre, end jeg gjorde.”

BEHANDLER: ”Godt så. Lav et notat i feltet ’Situation’ – f.eks. ”Tina kom forbi med en piercing”. Og hvad tænkte du ved dig selv, da du så hende med ringen?”

PATIENT: ”Jeg tænkte – hvor dum kan man være? Der går da infektion i det. Hvad tænkte du dog på?”

BEHANDLER: ”Hvad mere?”

PATIENT: ”Jeg tænkte, at hvis hun gør sådan noget her, har hun garanteret også gang i en masse andet skidt.”

BEHANDLER: ”Super! Skriv det ned dér. Og nu kommer vi til følelserne. Du sagde ’rasende’.”

PATIENT: ”Ja, på kogepunktet. Jeg følte, at jeg havde opbrugt min tålmodighed med hende.”

BEHANDLER: ”Virkelig godt! Skriv det ind: ”Rasende. På kogepunktet.” Men det sidste du sagde, hører til oppe i ’Tanker’-feltet.”

PATIENT: ”Hvorfor det?”

BEHANDLER: ”Jeg mener, at det du egentlig sagde, var at du følte at du havde opbrugt din tålmodighed med hende. Det er ikke rigtig en følelse, selvom det givetvis fører til en følelse. Det er en tanke som flyver gennem dit hoved: ”Jeg har fået nok. Jeg burde ikke udsættes for den slags. Det er noget, hendes mor burde tage hånd om.” – Eller noget i den retning, ikke?”

PATIENT: ”Ja, jeg forstår godt, hvad du mener. Det var netop det, jeg tænkte ved mig selv, men jeg sagde det ikke til Tina, gudskelov.”

BEHANDLER: ”Ok, så du tænker: ”Jeg har ingen tålmodighed længere. Den unge har virkelig kvajet sig.” Og så var du på kogepunktet – rasende. Hvad gjorde du så?”

PATIENT: ”Jeg sagde noget i retning af: ”Hvordan kunne du være så dum? Jeg ringer til din mor nu.” Jeg tænkte overhovedet ikke. Jeg holdt helt op med at fungere. Jeg var så rasende.”

BEHANDLER: ”Du tænkte rent faktisk – det står lige her. Og det du tænkte, fik dig op på kogepunktet.”

PATIENT: ”Ja, jeg kan se hvad du mener. Under alle omstændigheder brugte hun et skældsord og løb ud af huset.”

BEHANDLER: ”Ok. Så laver du en lille note i feltet ’R’ lige der, bare et eller andet om det, du netop sagde. Der er ikke meget plads, så skriv kun lige nok til at kunne huske, hvad du gjorde. Og så i feltet ’K’, laver du et notat om at Tina råbte ad dig og løb ud af huset.”

PATIENT: ”Lige da og der – var jeg lige ved at tage en drink. Jeg havde virkelig lyst til det.”

BEHANDLER: ”Det lyder vigtigt. Lad os lige udforske det lidt og forsætte med det. Konsekvenserne – hvad skete – bliver en del af den nye situation, og processen fortsætter. Så lad os tage den næste kolonne. Situationen er at Tina netop skældte dig ud og løb ud af huset. Det skal stå i det næste felt ’S’. Og du tænker så ved dig selv ”Jeg kunne virkelig godt tænke mig en drink nu.” Hvad følte du netop i det øjeblik?”

Et vigtigt element af kvalitet i en diskussion som denne, er at du og din patient tager et skridt tilbage og reflektere over hændelsernes udvikling i følelserne. Nogle af disse diskussioner kan være ret muntre og dermed skabe en distance fra den vigtige, følelsesmæssige hændelse, og bidrage til at I kan betragte den lidt udefra.

Når din patient føler sig tilpas med at udfylde skemaet *Selvmonitorering af følelser*, skal du bede vedkommende føre dagbog på arkene i dagene indtil næste session, og medbringe dem næste gang I ses. Giv din patient rigeligt med ark, og bed vedkommende fuldføre mindst tre af dem (dvs. ni specifikke hændelser). Du bør sikre, at det er ok med patienten, og at vedkommende forstår, hvad du beder ham/hende om. Understreg at du beder patienten registrere situationer, hvor der opstod enten positive eller negative følelser. Begge er nyttige.

Hvis tiden tillader det, kan du fortsætte til næste del eller udsætte det, indtil din patient kommer tilbage med et udfyldt *Selvmonitorering af følelser*-skema.

10.6 Automatiske tanker

Begynd denne del med at diskutere hvordan særlige typer tanker kan føre til negative følelser. Bed din patient om eksempler så du fornemmer, hvorvidt han/hun forstår idéen med det. Personer med erfaring fra Al-anon forbinder muligvis dette med ’stinketanker’. Brug eksempler fra skemaet *Selvmonitorering af følelser* for at undersøge, hvorledes tanker er forbundet med følelser. Når din patient begynder at nedbryde sine negative mønstre ud fra STORK-modellen, skulle der fremkomme et nyt mønster med automatiske tanker, som løfter humøret. Du skal se efter mønstre, temaer eller overensstemmelser. Du kan bruge som analogi, at disse tanker er som ukrudt i haven, og patienten luger dem en for en for at give plads til det, som vedkommende virkelig har lyst til at dyrke. Påpeg, at følelser er forbigående – de har for vane at komme og gå. For at få en følelse som vrede til at vare ved, skal det forsynes med tanker. Ved konstant at gennemgå særlige tanker, er det ligesom at

komme brændestykker i pejsen. Hvis du holder op med at lægge brænde på eller fjerner det, dør ilden før eller senere ud.

En anden vigtig pointe, måske lidt mærkelig for nogle mennesker, er at de kan vælge hvordan de tænker på ting. Dette er en meget vigtig pointe, fordi håndtering af følelser handler om at forandre tankemønstre, luge ukrudt og fjerne brændstof fra bålet.

Tankeforandringsprocessen er en to-trins proces. Først skal patienten lære at genkende de automatiske tanker og fange dem, når de flyver forbi. Dernæst skal patienten lære at udskifte dem med mere afbalancerende tanker. Her gælder atter for AA-patienter, at det vil være et kendt område, selvom de måske ikke har undersøgt det helt på samme måde. 'Vrede eller uvilje' er et normalt tema ved AA-møder og er et godt eksempel på, hvordan tanker forsyner de negative følelser, hvilket så kan føre til drikkeri.

Som med alle hjemmearbejdsopgaver, i dette tilfælde patientens registrering af *Selvmonitorering af følelser*, skal du prioritere dette i begyndelsen af sessionen. Bed om registreringerne, giv rigelig ros til patienten for sin indsats, og afsæt tid til at gennemgå dem sammen. Bemærk især overensstemmelser i tankemønstre, som fører til negative følelser. Tag både hensyn til overensstemmelser i indholdet som i den forvrængede tankeproces.

Her nederst er en liste over almindelige fejlslagne processer beskrevet af David Burns (1990):

- **Filtrering** involverer selektiv opmærksomhed, idet man udelukkende ser på visse elementer i en situation og ignorerer andre.
- **Sort/hvid-tænkning** klassificerer virkeligheden i 'enten/eller'-kategorier uden at anerkende de mange grader af forskel.
- **Overgeneralisering** involverer brede konklusioner baseret på begrænsede beviser, så som 'at gøre en myg til en elefant'.
- **Tankelæsning** er at formode, hvad andre tænker og føler, hvad der motiverede deres handlinger osv.
- **Katastrofetænkning** betyder formodningen om at det værste vil ske.
- **Personalisering** er fejlen ved at opfatte enhver oplevelse som relateret til dit eget personlige værd.
- **Bebrejdelser** er at gøre andre personer ansvarlige for din smerte.

- **Skulle eller burde** kan være ubøjelige regler, som ikke er tilstrækkelig fleksible til at tage hensyn til menneskelige skrøbeligheder.
- **Følelsesmæssig fornuft** betyder følelser overrendt af virkelighedskontrol: hvis du føler sådan, må det være rigtigt.
- **Fejlslutning af ekstern kontrol** er opfattelsen af, at du ikke har kontrol over eller ansvar for det, der sker i dit liv.
- **Fejlslutning af almægtig kontrol** er det modsatte mønster: troen på at du er ansvarlig for (eller har kontrol over) alting. Dette er et andet almindeligt emne, som drøftes på AA-møder (se Kurtz, 1979).

Læs ikke op fra denne liste for din patient; listen er anført for at hjælpe dig med at tænke klart over, hvilke systematiske, automatiske forvrængninger der er ved at opstå i din patients tankegang. I samarbejde med din patient udpeger du indholdet eller fejlene i tankegangen, som førte til den negative følelsesmæssige tilstand (Burns 1990).

Det er ikke i overensstemmelse med CRAS-behandlingens principper at diskutere med din patient, hvorvidt hans/hendes formodninger er korrekte. I stedet bør du få din patient til at overveje alternative måder at anskue eller tolke den samme situation. Med andre ord – pointen er: sig ikke ”Du tager fejl”, men vis i stedet vedkommende, hvordan andre måder at tænke over situationer på, faktisk fører til forskellige realiteter (O, R og K). Forklar, at uanset hvad situationen er, så har han/hun altid frihed til at vælge, hvordan han/hun tænker om dette eller forstår situationen. Dette perspektiv giver din patient frihed til også at vælge, hvad han/hun mener om livet.

10.7 Udfordrende giftige tanker

De foregående øvelser fører naturligt hen til næste skridt i at udfordre og udpege midler mod giftige tanker – at prøve væremåder og nye måder at tænke på. Når I har identificeret tankemønstre, som fører til negative følelser, arbejder I sammen på at finde måder at udfordre og erstatte disse tanker. Igen bør du understrege, at dette perspektiv er ud fra et valg. Patienten behøver ikke at tænke anderledes. At sige det er faktisk det samme som at foretage en forvrængning. I stedet kan din patient vælge hvordan han/hun vil tænke (T) om situationer (S) og har derved et valg i forhold til at føle (O) og også at reagere (R), som til gengæld har indflydelse på, hvad der sker (K) i vedkommendes eksterne verden. Det er heller ikke op til dig at forsyne din patient med den ’korrekte’

eller 'rationale' tanke, som han/hun burde have. Det vil være fint at foreslå forskellige mulige tolkninger, hvis din patient har låst sig fast, men du bør altid først opfordre ham/hende til at komme med forslag til måder at se på situationer og følelser. Igen – tænk på dette som at udvikle en menu af muligheder, som patienten kan vælge ud fra.

Der er mindst to grundlæggende tiltænkte måder bevidst at udfordre giftige tanker på. Den ene er at tænke (T) anderledes – i bund og grund, tale med dig selv. En anden er at reagere (R) anderledes, at leve som om forskellige formodninger allerede er korrekte. (Hos AA er dette sommetider beskrevet som "Fake it till you make it"). Ligesom negative følelser kan forstørres af tanker eller handlinger, kan de også modvirkes af både tanker og handlinger.

Det er her, du kan bruge arbejdsarket *Tankeerstatning (Skema T)*. Det er ofte bedst at introducere det ved at gennemarbejde et specifikt eksempel eller to (se udvalget på de følgende sider). I det næste eksempel gennemgår behandleren og patienten arbejdsarket *Tankeerstatning*:

BEHANDLER: "Du har fuldført adskillige af disse skemaer for *Selvmonitorering af følelser*. Det, vi vil fokusere på i dag, er hvordan dine tanker påvirker dit humør og hvad du kan gøre ved det. Lyder det ok?"

PATIENT: "Ja, ok."

BEHANDLER: "Nå, lad os se, hvad vi har her (*kigger på skemaet*). Jeg kan se, du havde nogle ret stærke negative følelser på dette ark – med tilfælde af trang til at drikke."

PATIENT: "Tja, den nat dér – den var virkelig hård!"

BEHANDLER: "Og jeg kan se nogle reelle følelsesforstærkere her."

PATIENT: "Jeg forstår ikke, hvad du mener."

BEHANDLER: "Jo, ser du – luk dine øjne et øjeblik og forestil dig det er fredag aften igen. Du sidder alene hjemme i stolen, og zapper gennem kanalerne. Hvad siger du til dig selv?"

PATIENT: "Her sidder jeg, på en fredag aften, ser TV helt alene. Mit liv er formålsløst."

BEHANDLER: "Og det siger stort set, "Det er bare sådan, jeg er. Det bliver aldrig bedre." Lyder det rigtigt?"

PATIENT: "Mm-hmm.."

BEHANDLER: "Så, hvordan har du det? Kan du mærke det nu?"

PATIENT: "Ensom. Deprimeret... modløs."

BEHANDLER: "Præcis. Hvis problemet er, hvem du er – hvis dette er noget håbløst, som aldrig kan ændres, så er det klart, at det føles demoraliserende. Det er en naturlig følge! Tanken er en følelsesforstærker."

PATIENT: "Det kan jeg se."

BEHANDLER: "Er du villig til at prøve at luge lidt ukrudt her, altså rense lidt ud i haven?"

PATIENT: "Hvordan kan jeg komme til at holde op med at tænke på den måde?"

BEHANDLER: "Jo, lad os se nærmere på din tanke om, at det aldrig vil blive bedre. Hvor nøjagtigt synes du, det er? Er du 100% sikker på, at det aldrig bliver bedre?"

PATIENT: "Egentlig ikke – men jeg tror dog, at der er en god chance for, at tingene ikke bliver bedre."

BEHANDLER: "Hvad er de odds, du ville give dig selv – i dit hoved? 50/50? Er der en 50 procents chance for at tingene bliver bedre?"

PATIENT: "Nej, jeg ville nærmere sige, at der kun er en 10 % chance for, tingene vil blive bedre."

BEHANDLER: "Nøj, for en dårlig følelsesforstærker! Lægen giver dig kun en 10 procents chance for at have et liv. Har du i sinde at tage lægen på ordet?"

PATIENT: "Jeg skulle måske bede om en fornyet vurdering (*griner*)."

BEHANDLER: "JA! En fornyet vurdering. Den er go'! Vælg en bedre læge."

PATIENT: "Det ville være rart."

BEHANDLER: "Du siger det lidt tøvende."

PATIENT: "Ja, jeg ved ikke rigtig med det her.."

BEHANDLER: ”Du er ikke helt sikker på at du kan klare det her – måske 10 procents chance?”

PATIENT: *(smiler)*

BEHANDLER: ”Jeg er enig. Det er ikke nemt. Her – lad os se lidt på den tanke om, at tingene aldrig bliver bedre. Jeg vil bruge dette nye skema her *(tager arbejdsskemaet Tankeerstatning frem)*.”

PATIENT: ”Ok, hvordan vil du gerne se på det?”

BEHANDLER: ”Du sagde, at dit humør var meget negativt fredag aften. Hvordan havde du det lørdag morgen?”

PATIENTEN: ”Ok, tror jeg. Jo, jeg havde en del at give mig til – jeg havde ikke taget noget at drikke, så jeg havde det lidt bedre.”

BEHANDLER: ”Så, du havde det bedre dagen efter?”

PATIENT: ”Joh – lidt da – men jeg var ikke totalt glad eller noget.”

BEHANDLER: ”Ikke perfekt – og det var en god pointe. Vi kigger ikke efter perfektion her – vi ser blot på, hvad det er der flytter dit humør i den ene eller anden retning. Hvad hvis du havde drukket fredag aften?”

PATIENT: ”Så ville det have været endnu værre. Ok – nu kan jeg se hvor du vil hen med dette. Jeg har selv muligheden for at vælge, hvad der skal ske.”

BEHANDLER: ”Lad os prøve et lille eksperiment her. Dette er din første tanke fredag aften – håbløst – jeg skriver det ind i feltet ’Giftig tanke’. Og vi ved, hvor den tanke førte hen – du følte dig ensom, deprimeret og modløs. Det skriver jeg her.”

PATIENT: ”Korrekt.”

BEHANDLER: ”Prøv at bruge din fantasi. Hvad kunne du ellers have sagt til dig selv, mens du sad der foran fjernsynet, bortset fra, ”Mit liv er formålsløst og det vil altid være formålsløst.”

PATIENT: ”Sådan noget som, ”måske har jeg det elendigt lige nu, som om jeg aldrig vil få det bedre, men der er en chance for at jeg får det bedre i morgen.”

BEHANDLER: ”Sådan! Det er en meget mere afbalanceret tanke. Godt gået! Jeg skriver det ned her i feltet ’Erstatningstanke’. Og hvordan tror du, du ville have følt det, hvis du havde sagt det til dig selv i stedet?”

PATIENT: ”Lidt mere fredfyldt, måske.”

BEHANDLER: ”Fredfyldt. Ok. Jeg skriver det ind her. Kan du følge mig?”

PATIENT: ”Mm-hmm – det tror jeg nok.”

BEHANDLER: ”Ok. Nu prøver du en. Her er arket. Lad og kigge tilbage på din følelsesdagbog for denne uge og finde et andet sted, hvor du havde negative følelser. Hvad med den her. ”Oprevet”, står der. Og under ’Tanker’ har du ’Uretfærdigt’. Hvad er følelsesforstærkeren der? ...”

På samme måde undersøger du, hvad patienten gør i situationer med negative følelser (R) og hvordan det kan være en følelsesforstærker. Tilsvarende udforsker du, hvad patienten i stedet kunne have gjort. Som med tankeerstatning, er idéen at fremhæve valg. Almindelige eksempler på adfærd som kan være med til at styrke negative følelser er eksempelvis: tilbagetrækning, diskussion, surmuleri, drikkeri, aggressiv kørsel, rygning, overspisning, kritik eller bebrejdelse.

Ligesom før er det ikke op til dig at konfrontere, kritisere eller rette din patients opførsel. I stedet, og som et mentalt eksperiment, opfordrer du ham/hende til at i sammen overvejer, hvad der kunne være gjort og hvilke forskellige konsekvenser det ville have haft. En problemløsningsstilgang kan fungere godt i denne sammenhæng.

I eksemplet nedenfor arbejder behandleren og patienten sammen om at lave en liste over forskellige responsmuligheder, som kunne have forskellig indflydelse på humøret.

Eksempel på arbejdsarket *Tankeerstatning*

Giftig tanke	Resultatfølelse	Erstatningstanke	Resultatfølelse
Jeg er en stor taber. Det bliver aldrig anderledes. Det kommer altid til at være sådan.	Modløs Nedtrykt	Jeg er ensom nu, men jeg får det sikkert bedre i morgen. Hvad kunne jeg ellers foretage mig i stedet for at sidde her og se TV?	Mere rolig Mere håbeful

Jeg trænger til en drink. Jeg ville få det meget bedre. Hvis jeg ikke får en drink, bliver denne følelse bare stærkere og stærkere.	Panik Tørstig Hjælpeløs	Tøv en kende. Det har jeg allerede prøvet. Hvis jeg drikker nu, får jeg det bare værre. Hvem er det lige, jeg narrer her?	Lettet Stærkere
---	-------------------------------	---	--------------------

BEHANDLER: ”Og nu til en del vi ikke har talt om indtil nu – nemlig hvordan det du kan gøre, også kan være en følelsesforstærker. Når vi ser tilbage på fredag aften, du sagde du så TV alene og spiste chips. Derefter følte du dig ensom, modløs og deprimeret. Hvilke andre muligheder er der? Hvad kunne du ellers have gjort for at få dig selv til at føle sådan?”

PATIENT: ”Jeg kunne have taget en drink – eller 20!”

BEHANDLER: ”Korrekt – og du kunnet have valgt IKKE at gøre det. Hvad hvis du havde det? Hvad ville der så være sket?”

PATIENT: ”Som jeg sagde før – jeg ville have haft det meget værre om lørdagen. Jeg ville sikkert være blevet hjemme om lørdagen og have drukket hele dagen, i stedet for at kommet ud og fået ordnet nogle ting.”

BEHANDLER: ”Ok. Der var én ting, du kunne have gjort anderledes, og som ville have medført værre følelser og konsekvenser. Det ville have forstærket dit negative humør. Men nu er det modsatte også tilfældet. Hvad kunne du have gjort anderledes fredag aften, foruden at være blevet alene hjemme, som ville have haft bedre resultater?”

PATIENT: ”Hvad skulle jeg ellers have gjort? Jeg må jo ikke gå på barer, og der er ikke meget andet at gøre på en fredag aften.”

BEHANDLER: ”Nogle gange er det en kæmpe udfordring at finde ud af, hvad man kan gøre i stedet for en følelsesforstærkende adfærd. Først skal du identificere den adfærd, som forstærker dit humør og dernæst prøve en mere sund mulighed.”

PATIENT: ”Jeg ved ikke rigtig – måske er det bare bedst at blive alene hjemme.”

BEHANDLER: ”Der hørte jeg lige nogle følelsesforstærkende tanker!”

PATIENT: ”Ser du – det der ’alene’ irriterer mig virkelig. Jeg ved godt, jeg ikke har lyst til at være alene, hvilket er en mere afbalancerende tanke, tænker jeg, men samtidig er jeg nervøs for at møde andre mennesker. Jeg tænker, det er derfor, der findes AA-møder.”

BEHANDLER: ”Du kan møde andre mennesker til møder. Du kan også møde dem en helt masse andre steder. I torsdagsavisens ’Det sker’-sektion er der masser af sider om, hvad der sker rundt omkring i området, hvoraf langt det meste ikke involverer drikkeri. Og det at komme ud og lave noget sammen med eller omkring andre mennesker, er blot en af mange muligheder. Hvad kunne du ellers gøre?”

PATIENT: ”Du mener – ringe til nogen?”

BEHANDLER: ”Det var en god idé! Hvad hvis du havde gjort det fredag aften i stedet?...”

Tankeerstatning og responserstatning er gode øvelser at give patienten med hjem og praktisere mellem sessionerne. Essensen for din patient er her eksperimentet – at prøve forskellige tanker og forskellige typer adfærd, for at se hvad der sker. Den samme idé udtrykkes i området for Udvikling/beslutning om rekreative aktiviteter (*Sektion 11*) – hvor man prøver forskellige muligheder for at finde ud af, hvad der er mest belønnende. Bliv enige om specifikke opgaver, og gør flittig brug af din patients egne idéer, når som helst det er muligt. Det kan være nyttigt at fortsætte med at føre dagbog i skemaet *Selvmonitorering af følelser (Skema S)* i den periode, hvor din patient prøver nye tanker og responser.

10.8 Anvendelse af STORK ved trang til at drikke

Hvis din patient oplever trang til at drikke, kan dette moduls procedurer være specielt gavnlige. Du kan analysere trang eller behov med den samme STORK-model, og positive forandringer kan opstå når som helst i kæden. Trang er ofte forbundet med en god portion ’selvsnak’, som kan have en forstærkende effekt. Tilsvarende kan tanke- og responserstatning modvirke og svække trang til at drikke.

Skjulte automatiske selvudsagn omkring trang kan gøre dem sværere at håndtere (”Nu vil jeg have en drink. Jeg kan ikke holde dette ud. Trangen bliver bare stærkere og stærkere – indtil jeg enten eksploderer eller drikker.”) Andre typer selvudsagn kan gøre det lettere at håndtere trang (”Selvom jeg har besluttet at forblive ædru, vil det tage noget tid for min krop at finde ud af det. Det er en

ubehagelig fornemmelse, men den er overstået i løbet af få minutter, den forsvinder. Jeg surfer bare henover den.”).

De to grundtrin er de samme, som beskrevet her:

1. Identificer STORK-elementer, som tilsammen danner trangen til at drikke. Hvad er situationen? Hvilken selvsnak er involveret? Hvad er de automatiske tanker, som gør det sværere at håndtere en trang? Hvordan reagerer patienten, når vedkommende oplever (og sætter mærke på) en trang?
2. Find ud af hvordan den giftige selvsnak (giftige tanker) kan udfordres med erstatningstanker og -responses. Her nederst er en liste over erstatningstanker, som nogle patienter har brugt i et vellykket ædruelighedsforløb:
 - Hvor er beviset? Hvad er beviset for, at hvis jeg ikke drikker i de næste 10 minutter, så vil jeg dø? Er nogen, som har været i behandling, døde af ikke at drikke? Hvem siger at folk, som har succes med at blive ædru, ikke har disse følelser fra tid til anden? Hvor er beviset for, at der er noget helt forkert med mig, som betyder at jeg ikke kan forblive ædru? Hvem tror jeg lige, jeg er?
 - Hvad er der så galt i det? Hvad er der så galt i at have det dårligt? Selvfølgelig overlever jeg. Hvem sagde, at ædruelighed ville være nemt at opnå? Hvad er så frygteligt eller unormalt ved at opleve en trang til at drikke? Hvis jeg tager den med ro, får jeg det bedre. Denne fornemmelse af trang er ikke det samme som at føle sult eller tørst eller at skulle på WC – det er mere som at føle trang til en speciel slags mad, når jeg ser den, eller en trang til at snakke med en bestemt person – de passerer i kort rækkefølge.
 - Jeg behøver ikke at være perfekt. Jeg er ikke Gud. Ok, så jeg laver fejl. Jeg kan være irritabel, bekymret over eller optaget af noget eller svær at komme godt ud af det med nogle gange. Andre gange er jeg mere centreret, kærlig og elskelig. Mennesker begår fejl. Det er en del af at være i live og menneske.

Tilsvarende er der mange andre mulige responses at afprøve i stedet for at drikke. Ring til en eller anden. Gå i biografen. Tag et varmt bad. Gå til et møde. Som altid i dette program er det bedst at

frembringe patientens egne idéer. Det kan lyde frygtelig kedeligt at remse op, hvad en person kan gøre i stedet for at drikke, og patienter har generelt bedre idéer alligevel.

Social og rekreativ rådgivning (SORR)

11.0 Social og rekreativ rådgivning (SORR)

11.1 Baggrund

Tit når patienter kommer til behandling, har de kun få hobbyer og aktiviteter uden for hjemmet. Dette kan især være tilfældet hos ældre mennesker, som måske ikke er lige så engagerede i aktiviteter, som de plejede at være involveret i, pga. øgede fysiske begrænsninger eller færre samspil med andre pga. pension. Efterhånden som folk udvikler en alkoholafhængighed, optager drikkeriet mere og mere af deres tid (noget de ældre har mere af eftersom de er pensionerede), og drikkekammerater indtager pladsen i stedet for tidligere kolleger. Omvendt er det en vigtig del af din patients restitutionsproces at genopbygge livet uden drikkeri. Denne genopbygning kan indbefatte, at patienten finder en gruppe personer med fælles baggrund og afprøvede samt stræbte efter positive socialt-rekreative aktiviteter, som ikke involverer drikkeri.

Det centrale mål i dette færdighedsområde, er at hjælpe din patient med at blive forbundet med pålidelige former for positiv styrkelse, som ikke involverer eller er afhængige af drikkeri. Du behøver sikkert ikke at bruge en hel session på SORR og kan nemt kombinere SORR-modulet med et andet modul.

11.2 Logisk begrundelse for SORR

Sammen med din patient starter du med at diskutere vigtigheden af sunde, støttende relationer og belønnende rekreative aktiviteter. Så meget som det er muligt, bør du få din patient til at komme med grunde til, hvorfor det er vigtigt at deltage i aktiviteter og omgive sig med mennesker, der ikke er forbundet med alkohol. Du kunne måske begynde sådan her: ”Sociale og rekreative aktiviteter er vigtige i de fleste menneskers liv. De sørger for...” Her er en liste over nogle mulige bemærkninger, du kunne komme med:

- En kilde til fornøjelse, som man kan se frem til efter en stressende dag
- En måde at mindske kedsomhed på, når du har meget fritid
- En måde at føle sig fysisk sund på
- Et afløb for udvikling af en færdighed, som får dig til at have det godt med dig selv
- En chance for at være sammen med mennesker, du kunne tænke dig at blive ven med

Forklar at disse aktiviteter kan spille en væsentlig rolle med hensyn til at blive og forblive alkoholfri. Når du opgiver brug af alkohol, skal du foretage dig noget andet i de tidsrum, hvor du drak. Hvis det, du foretager dig, ikke er tilfredsstillende eller fornøjeligt, eller hvis du ikke foretager dig andet end at sidde hjemme og føle dig ensom eller at kede dig, er der større sandsynlighed for, at du genoptager dit drikkeri.

Undgå at give din patient en prædiken over emner, som han/hun allerede er bekendt med. Du kan i stedet sige: ”Drikkeriet har tidligere optaget meget af din tid og energi, og det lyder som om mange af dine sædvanlige kontakter var dine drikkekammerater. En af de vigtige udfordringer er at få nye interesser og belønnende måder at tilbringe din tid på, som ikke involverer alkohol. Hvad tror du kunne være fordelene ved at have det sjovt, få nogle nye interesser eller blive ven med folk uden at drikke?” Når din patient kommer frem med sin forandringstale, skal du forstærke den med refleksion.

Her følger en liste over punkter, som ofte kommer frem i denne slags diskussion. Hvis din patient ikke selv kan komme i tanke om nogle fordele, kan du nævne disse punkter og spørge hvilke af dem, der lader til at være de bedste grunde til at finde ’ikke-drikkende’ venner og aktiviteter. Omformuler hvis nødvendigt.

- Drikkekammerater, selvom de ikke presser dig, kan være meget stærke triggere til at drikke, især tidligt i processen frem mod afholdenhed.
- Tomme tidsrum (inklusiv den tid som bruges på relativt ubemærkede aktiviteter) er ikke belønnende og har en tendens til at fremme trykket stemning, og støtter ikke selvværdet.
- Hvis du er ædru, men ikke nyder det, så er det usandsynligt at du forbliver ædru.
- At få positiv styrkelse er ligesom at tage vitaminer. Det hjælper at sørge for, at du tager nogen hver dag.

Afslut med en opsummerende refleksion som sammenfletter de vigtigste grunde til at udvikle alkoholfrie kilder til positiv styrkelse.

11.3 Vurdering af kilder til indsatsforstærkere

Få din patient til at beskrive mennesker, steder og aktiviteter, som han/hun ofte forbinder med at drikke. Tilsvarende beder du patienten beskrive rekreative hændelser, mennesker og steder, som han/hun tidligere havde fornøjelse af, og som ikke er forbundet med at drikke.

Sammenlign de to lister og drøft hvordan de er forskellige, for således at tydeliggøre mønstre som støtter både drikkeri og afholdenhed.

Nogle gange har det været så længe siden, din patient havde en ædru livsstil (hvis han/hun nogensinde har haft det som voksen), at vedkommende ikke kan lave en liste over fornøjelige, alkoholfrie aktiviteter, mennesker eller steder. Her kan det være en hjælp at tilbyde en menu med muligheder. Denne menu bør være skræddersyet til dit specifikke område, men arbejdsskemaet *Liste over mulige behagelige aktiviteter (Skema U)* giver dig et forspring. Lokale aviser har sommetider ugentlige lister over klubber, gratis aktiviteter, støttegrupper, muligheder som frivillig og/eller muligheder for underholdning. Få din patient til at gennemgå arbejdsskemaet og pege på ting, som han/hun kunne få glæde af eller tænker måske er fornøjelige. Foruden at anvende arbejdsskemaet, kan du bede din patient tænke over aktiviteter, hobbyer og andre interesser, som 'ikke-drikkende' venner eller andre bekendte deltager i, eller tænke på aktiviteter, hvad enten de er fornøjelige eller ej, men som ikke involverer drikkeri.

Hvis det er muligt, bevæger du dig let og elegant væk fra at diskutere fornøjelige alkoholfrie aktiviteter og til at lave en specifik plan til at øge antallet af de aktiviteter, som patienten deltager i for tiden, eller i det mindste en plan for at prøve nogle få nye aktiviteter. Dette er nemmere, når din patient allerede kender til aktiviteter, mennesker og steder, som er sjove og som ikke involverer eller lægger vægt på drikkeri.

I de følgende eksempler diskuterer behandleren og patienten, hvordan man finder alkoholfrie aktiviteter:

BEHANDLER: "Et område i livet som har påvist at have en effekt på succes med behandlingen, er sociale og rekreative aktiviteter. Når folk har stærk social opbakning til at forblive ædru, er der større sandsynlighed for at de får succes. Social støtte for ikke at drikke findes i mange varianter inklusiv ikke-drikkende venner eller familie, klubber eller foreninger, som ikke lægger vægt på at drikke, samt aktiviteter som er sjove, men som heller ikke involverer alkohol."

PATIENT: "Jeg kan godt se, hvordan det kunne hjælpe. Jeg drikker aldrig med min mand, fordi han har været så opmuntrende gennem hele behandlingen, og føler det har hjulpet meget på vores forhold."

BEHANDLER: ”Det er præcis det, jeg taler om. Viggo vil gerne have, at du har held med behandlingen, og du har fortalt mig, at han har hjulpet dig med at planlægge en weekend vandretur for jer begge, fordi du aldrig drikker, når I tager på en sådan tur. Kan du komme i tanke om andre sjove aktiviteter, steder eller venner som ikke er forbundet med drikkeri? Hvordan tilbringer Viggo sin tid?”

PATIENT: ”Han er ret involveret i vores kirke. Jeg drikker aldrig, når jeg går i kirke sammen med ham. Jeg drikker ikke uanset hvor jeg tager hen med Viggo, eller når jeg er sammen med mine børn, for de har også været urolige for mit drikkeri.”

BEHANDLER: ”Godt! Hvad mere?”

PATIENT: ”Jeg holder meget af vandgymnastik, og jeg drikker naturligvis ikke, når jeg motionerer. Faktisk har jeg heller ikke lyst til at drikke, når jeg er færdig med gymnastikken.”

BEHANDLER: ”Så motionen har en tredobbelt effekt. Det er en god kilde til at være sund og have det godt, du drikker ikke, når du motionerer og du har ikke lyst til at drikke, efter du har motioneret. Hvad mere?”

PATIENT: ”Jeg holder af at male. Forleden dag gik jeg til undervisning sammen med en af mine veninder, og jeg kunne virkelig godt lide at prøve at male med vandfarver.”

BEHANDLER: ”Ok, det er en god liste at begynde på! Men, for at få den anden version, vil jeg gerne bede dig om at fortælle mig om mennesker, steder eller aktiviteter, som du tidligere har forbundet med at drikke.”

PATIENT: ”Min bedste ven Berit og jeg drikker altid sammen, fordi vi sædvanligvis tager ud og prøver en ny restaurant og synes godt om at finde gode, nye vine. Og jeg drikker også meget, når vi spiller kort.”

BEHANDLER: ”Det lyder til, at restauranter med Berit og kortspil, er noget du bør holde dig væk fra i en periode. På den anden side har du en masse aktiviteter, som du nyder og hvor du ikke drikker. Vandreture, vandgymnastik, svømning, kirkeaktiviteter og samvær med Viggo og din familie, er alt sammen positiv social støtte for ikke at drikke.”

PATIENT: ”Ja, det virker som om, visse aktiviteter får mig til at drikke. Jeg kan dog virkelig godt lide at gå ud med Berit, og jeg ville ønske, jeg kunne fortsætte med det.”

BEHANDLER: ”Gad vide om der er en restaurant I kunne prøve, som ikke serverer alkohol. Det kunne være en god udvej for dig til at fortsætte med at foretage dig noget du holder af, men med mennesker som ikke drikker.”

PATIENT: ”Jeg mener, Berit forleden nævnte en lille café, hvor de kun serverer kaffe eller te. Jeg tjekker det lige senere på ugen. Jeg er sikker på, at Berit ville synes godt om at tage derhen med mig. Hun fortalte mig, at hun har haft vildt lyst til at prøve den café.”

BEHANDLER: ”Perfekt! Jeg skriver ned at du, som en del af opgaven for denne uge, indhenter du information om den nye café og beder Berit om at tage med dig. Er det ok? Du er virkelig god til det her!”

Som vist i eksemplet, er det en god idé at finde aktiviteter som finder sted på tidspunkter, hvor det tidligere var mest sandsynligt, at patienten drak. Få din patient til at vælge 5-10 aktiviteter som lyder mest behagelige eller spændende.

11.4 Diskussion af alkoholfrie aktiviteter

Det første trin i social/rekreativ rådgivning er at udvikle en liste over mulige styrkende aktiviteter, som patienten kunne være interesseret i at forfølge. Behandlere bør opsamle muligheder fra patienten ved at spørge ind til –

- Nuværende aktiviteter.
- Aktiviteter patienter nød tidligere.
- Ting patienter har haft lyst til at gøre, men aldrig gjorde.

Når eventuelle aktiviteter er identificeret, skal behandlere og patienten forsøge at kategorisere aktiviteter ud fra grad af interesse, pris, andres involvering, tidsforpligtelse, sandsynlighed for deltagelse i aktiviteten og om aktiviteten er fysisk eller stillesiddende.

Behandlere kan også hjælpe på dette område ved at give deres patienter oversigter over lokale aktiviteter, rekreative faciliteter, fortsættelse af undervisning samt andre samfundsressourcer og aktiviteter. I bund og grund kan behandleren, eller et andet medlem af staben, fungere som en kilde til information om tilgængelige sociale/rekreative muligheder i nærområdet. Dette betyder, at behandlere vil få behov for at gennemgå lokale aviser, opslagstavler og radioreklamer samt skabe

kontakt med udbydere i nærområdet (kommunale tilbud) inden påbegyndelse af behandlingssessionerne.

Når der drøftes lokale aktiviteter såsom koncerter, teater, udendørsaktiviteter, seniorcenteraktiviteter og sociale klubber, som enten er alkoholfrie eller ikke lægger vægt på alkoholindtag, skal man sikre sig, at man er bekendt med disse aktiviteter, så anbefalingerne fremstår informerede og funderede og dermed ikke ender med en dårlig oplevelse for patienten.

11.4 **Udvikling af et alkoholfrit støttesystem**

Et andet formål er, at få patienten til at skabe og bevare venskaber med de mennesker, som kommer til at støtte ham/hende i ædruelighed. Hvis det er muligt, begyndes der med en aktivitet, som involverer en person, som allerede støtter patientens afholdenhed. Det er gavnligt for patienten at diskutere med venner og familie, hvordan de kan være en hjælp til at støtte hans/hendes ædruelighed.

Samarbejd med patienten om at lave en liste over mennesker, som kunne deltage i aktiviteter sammen med patienten. Dette kan være svært, hvis patienter ofte siger, at de ikke kender nogen, som ikke drikker; dette er sjældent sandt. Hvis behandleren spørger forsigtigt ind til mere perifer familie eller gamle bekendtskaber, kan patienten som regel komme i tanke om et navn på mindst én sikker person at sigte efter som en kontakt.

Andre forslag til opbyggelse af et socialt ædru-netværk findes i træningsmodulerne *Træning i håndtering af sindsstemning (Sektion 10)* og *Opbygning af et ædru netværk (SOBN; sektion 12)*.

11.6 **Prøvetagning af indsatsforstærkere**

Prøvetagning af indsatsforstærkere er den proces, hvori patienten prøver eller eksperimenterer med nye sociale aktiviteter. Her er idéen, at når din patient prøver en række forskellige nye aktiviteter, især nogle hvorigennem han/hun vil komme i kontakt med andre personer i ædru sammenhænge, finder patienten højst sandsynligt mindst én udbytterig aktivitet. Her nedenfor er forslag til, hvordan du kan få din patient interesseret i at prøve ædru aktiviteter:

- Af og til tøver patienter med at udvælge og prøve nye aktiviteter, når de er ædru. Forklar din patient at fordi man prøver en aktivitet, betyder det ikke at man forpligter sig til den for resten af livet. Han/hun kan prøve flere aktiviteter for at finde frem til én eller flere, som er behagelige og som kan støtte vedkommende i at forblive ædru.
- Find en passende analogi – så som 'at smage forskellige slags is'.
- Brug lidt tid på at drøfte eventuel ængstelse eller frygt ved at prøve noget nyt.
- Løs problemer vedrørende ting, som kunne gribe forstyrrende ind, når patienten skal prøve en udvalgt aktivitet.
- Dette betyder, at I f.eks. kan træne kommunikationsfærdigheder i at omgås fremmede, at bede en 'ikke-drikkende' ven at tage med et sted eller udarbejde en plan for, hvordan man kommer derhen.
- Mellem sessionerne giver du opgaver som indebærer afprøvning af mindst én ny aktivitet. Jo mere konkret planen er, desto mere sandsynligt er det, at patienten udfører den. At høre patienten sige: "Jeg tager hen til seniorcentret til et keramikkursus lørdag eftermiddag", er bedre end at vedkommende siger: "Jeg ser mig om efter noget spændende at lave."

11.7 Systematisk opmuntring

Dette er et almindeligt problem: mange patienter har til hensigt at afprøve en ny aktivitet, men forfølger den ikke, måske fordi de ikke har den rette færdighed, er flove eller er ikke tilstrækkeligt forberedt til at påbegynde noget nyt. Systematisk opmuntring, en tretrins proces til at motivere din patient til at planlægge og fuldføre processen om prøvetagning af indsatsforstærkere, er nærmere beskrevet her:

1. Når din patient har indvilget i at afprøve en aktivitet, skal du ikke automatisk gå ud fra, at han/hun tager den første kontakt. Du kan i stedet øve sammen med din patient, hvordan man kontakter stedet, hvor aktiviteten foregår, og hvad han/hun skal sige på telefonen. Lav et rollespil på telefonsamtalen, og prøv, hvis det er muligt, at få patienten til at foretage telefonopringningen i løbet af sessionen. Dette vil give dig mulighed for at tilskynde din patient til de ting, som han/hun er god til og samtidig indsamle værdifuld information om, hvordan patienten interagerer med andre.

2. Hvor det er muligt, ringer du til en kontaktperson fra din ressourceliste og beder vedkommende om at møde din patient ved hoveddøren eller introducere sig selv til patienten. Hvis patienten ved at han/hun vil blive mødt af en kontakt, vil det skabe en social tryghed hos patienten og højne sandsynligheden for, at han/hun forfølger aktiviteten. Hvis det kan lade sig gøre, kan du bede kontaktpersonen om at sørge for transport til og fra aktiviteten.
3. Sammen med patienten gennemgår du aktivitetens værdi bagefter. Var her tale om en aktivitet, som patienten kunne tænke sig at prøve igen? Foretage problemløsning af eventuelle hindringer for at vende tilbage til aktiviteten – som f.eks. transport frem og tilbage eller børnepasning. Hvis patienten ikke deltog i aktiviteten, laver I problemløsning i form af en plan, som kan hjælpe vedkommende med at deltage i aktiviteten den følgende uge.

I eksemplet nedenfor diskuterer behandleren og patienten, hvordan man kan blive involveret i en aktivitet:

BEHANDLER: ”Sidste gang talte du om den lokale petanqueklubs seniorhold som en mulig ny aktivitet du kunne prøve. Hvad med at vi ringede til formanden for at høre, hvad vi kan finde ud af?”

PATIENT: ”Jeg har ikke klubbens telefonnummer med mig.”

BEHANDLER: ”Vi har en telefonbog lige her i skuffen. Vi kan tjekke telefonnummeret og ringe op sammen.”

PATIENT: ”Klubbens navn er Søhus Petanque Klub.”

BEHANDLER: ”Her er nummeret – er du klar til at ringe op?”

PATIENT: ”Her fra kontoret? Jeg ved ikke, hvad jeg skal sige.”

BEHANDLER: ”Jo – hvad med at starte med at spørge, om der stadig er ledige pladser på holdet? Og få navn og telefonnummer på den person du kontakter, hvis du er interesseret i at blive meldt ind?”

PATIENT: ”Ok, det tror jeg godt, jeg kan.”

BEHANDLER: ”Fint, skal vi lige øve det igennem, inden du rent faktisk ringer? Jeg lægger ud. Hej, mit navn er Alice, og jeg er interesseret i...”

PATIENT: ”... jeg er interesseret i at få at vide, om der stadig er ledige pladser på seniorholdet, og hvordan jeg melder mig til.”

BEHANDLER: ”Fantastisk! Lyder til du er klar!”

PATIENT: (*ringer op*) Hallo, mit navn er Alice. Jeg er interesseret i at få at vide, om der stadig er ledige pladser på jeres seniorhold? A-L-I-C-E Lørdag eftermiddage .. Øh, det ved jeg ikke... Poulsen? Ok, det har jeg noteret. Tak.”

BEHANDLER: ”Skønt! De træner lørdag eftermiddag? Er det et godt tidspunkt for dig?”

PATIENT: ”Jo da. Jeg har gået til lørdagsgymnastik nogle gange – men det er OK med petanque. Jeg spørger Michael, om han vil med hen og meldes ind. Han kan godt lide petanque og fortalte mig, at han holder meget af at være sammen med mig, når jeg ikke drikker. Damen i telefonen sagde, at de er interesseret i, at både kvinder og mænd spiller.”

BEHANDLER: ”Det lyder godt! Når vi mødes til næste session, glæder jeg mig til at høre, hvordan den første træning forløb!”

Hjælp din patient med at fortsætte med at afprøve nye aktiviteter, indtil han/hun har fundet adskillige, som vedkommende både har stor fornøjelse af og højst sandsynligt vil fastholde. Fortsæt med at tildele patienten opgaver med at afprøve nye aktiviteter hver uge, mens der arbejdes med andre moduler.

Opbygning af et ædru netværk (SOBN)

12.0 Opbygning af et ædru netværk (SOBN)

12.1 Baggrund

Som supplement til den støtte du giver patienten via behandlingen, får vedkommende højst sandsynligt brug for yderligere støtte under og efter behandlingsprocessen. Forskning viser, at når en patient har social støtte, øger det chancerne for at forblive ædru. Der er to mål som et led i træningen i opbygningen af et ædru netværk:

1. Det første er at hjælpe med at få de vigtige personer i patientens liv til at støtte rehabiliteringen. Patienter er omgivet af mennesker, hvis indflydelse på patientens rehabilitering kan være på godt eller ondt. Disse mennesker kan være familiemedlemmer, venner, vejledere og medlemmer af selvhjælpsgrupper. Nedenfor er der anført en liste over udtalelser som patienten kan komme med om sådanne individer:
 - Min nabo bliver ved med at tilbyde mig alkohol og vil bare ikke holde op.
 - Min AA-sponsor fortalte mig, at jeg ikke burde tage psykiatrisk medicin, fordi det er lige så slemt som f.eks. heroin eller kokain.
 - Jeg har de mest forfærdelige skænderier med mine børn om mit drikkeri. De kalder mig en 'skør, gammel alkoholiker' og siger til mig, at jeg ikke må få lov at se mine børnebørn. Inden jeg ved af det, står jeg og råber!

Modulerne, som hjælper patienter med at få vigtige personer i deres liv til at støtte rehabiliteringen, er designet til at lære patienten at vurdere, hvem der *støtter eller ikke-støtter* patientens ædruelighed. Patienterne opmuntres til at undervise andre i, hvordan man kan være mest hjælpsom i løbet af den svære forandringsproces. Der uddeles et brev, som sendes til de pågældende mennesker (støttepersoner) for at fremme denne undervisningsproces.

2. Og det andet mål er at muliggøre – ikke kun patientens rehabilitering – men også opbygningen af et ædru netværk, som er udbytterigt for patienten. Sådanne ædru netværk kunne være selvhjælpsgrupper, men også andre typer sociale netværk, som ikke involverer alkohol. Særlige opmærksomhedspunkter for at opfylde dette mål er:
 - At identificere patienter som har særlige behov for et ædru netværk pga. utilstrækkelig social opbakning

- At undervise patienter om fordelene ved forskellige selvhjælpsprogrammer eller andre typer ædru netværk, samt hvad man kan forvente af praktiske procedurer i forbindelse med de forskellige støttegrupper
- At hjælpe patienten med at finde et passende og acceptabelt ædru netværk eller en selvhjælpsgruppe.

12.2 Rationale

12.2.a Støtte af ædruelighed fra livspartnere

Andres støtte i forhold til ædruelighed gør den største forskel. Der er tre grupper patienter, man skal være særligt opmærksom på:

- Patienter som generelt ingen støtte har
- Patienter med lav opbakning til afholdenhed
- Patienter med massiv støtte af fortsat drikkeri

Det kan se ud som om, at der ikke er synderlig forskel, men hver gruppe har lidt forskellige behov. Vurder din patients støtteressourcer ved at tale om vigtige personer i patientens liv, og om hvorvidt de støtter eller ikke-støtter ædruelighed.

Patienter med få eller ingen støtte generelt

For ældre kan det største problem være, at de ingen generel støtte har. Disse patienter er højst sandsynligt deprimerede, isolerede og måske undersocialiserede. De har det måske svært med at deltage i selvhjælpsmøder, fordi de oplever dem alt for stressende og undgår møderne. På trods af deres tilbageholdenhed, har medlemmer af denne gruppe behov for forbedret social støtte, og selvhjælpsgrupper er en af flere kilder til let og tilgængelig hjælp. At skabe betingelser for deltagelse i selvhjælp for patienter, der har svært ved at finde opbakning, kan være det vigtigste led i dette område af færdighedstræning. En patient, som er isoleret og deprimeret, kan hjælpes til 12-trins kontakt eller bringes i kontakt med grupper og aktiviteter, som igen får vedkommende i kontakt med andre (se modulet *Social og rekreativ rådgivning (SORR; sektion 11)*). Når patienten er bragt i kontakt med sådanne sociale netværk, holder du øje med hans/hendes deltagelse for at se om han/hun fortryder, oplever negative begivenheder eller har andre problemer, som kunne afbryde vedkommendes igangværende sociale engagement.

Patienter med lav opbakning til afholdenhed

Disse personer er mindre tilbøjelige til at være ængstelige og deprimerede, men har stadig behov for forbedret social støtte. De pågældende patienter har sikkert nære relationer, som er relativt upåvirkede af patientens alkoholbrug, så medlemmer af det sociale netværk er ikke opmærksomme på eller måske ligeglade med, at patienten er i behandling. Undersøg patientens netværk for at identificere personer, som kunne informeres om patientens omstændigheder og derved omdannes til en kilde til støtte af afholdenhed. Med lidt opmuntring og planlægning kan din patient måske beslutte, at den bedste måde at få hjælp fra disse personer, er at bede om deres opbakning til patientens afholdenhed. Dette er en tilsvarende strategi, som man ville bruge til at samle opbakning til at starte et motionsprogram eller en pengeopsparing.

Overvej at invitere en af de udpegede personer til at deltage som en støttepartner i en eller flere behandlingssessioner. En sådan session giver dig en mulighed for at oplyse, hvad alkoholafhængighed indebærer, og undersøge vedkommendes holdninger til og følelser for patienten generelt og især til patientens alkoholforbrug. Det giver dig så en pejling på det støtteniveau, patienten kan forvente, og giver dig mulighed for at fortsætte med yderligere sessioner, hvis det er passende. Denne person kan måske også være en drikker, så vær parat til at sørge for screening, gode råd og henvisninger, hvis der opstår et behov. Selvhjælpsgrupper kan også forøge det sociale netværk og tilvejebringe alkoholfrie venner og en indstilling, der peger mod langvarig ædruelighed og rehabilitering. Dette vil med sandsynlighed også øge fleksibiliteten i patientens beslutning om at være afholdende, især i lyset af triggere i omgivelserne eller det udviklingsmæssige pres, som bliver en realitet efter overstået behandling.

Patienter med massiv opbakning af fortsat drikkeri

Disse patienter har med største sandsynlighed drikkekammerater og måske en ægtefælle eller partner, som også drikker og dermed repræsenterer en direkte trussel mod patienternes beslutninger om afholdenhed under eller efter behandling. Drøftelse af disse problemer kræver takt, færdigheder og tålmodighed, fordi patienterne sikkert kommer til at lide tab på det personlige og sociale niveau, når de holder op med at drikke. Vær forberedt på at mikse konceptet for social støtte ind i andre forandringsaktiviteter, der er en del af de øvrige moduler i færdighedstræning, som du indarbejder i behandlingen. Langtidsafholdenhed kræver ofte balanceret brug af adskillige håndteringsstrategier. Patienter som kun har tillid til én eller to forandringsstrategier, har en lavere grad af vellykket

forandring (Prochaska og DiClemente 1986). Du bør opfordre din patient til at afprøve selvhjælpsgrupper og finde noget, der passer godt, fordi deltagelse i sådanne grupper er særligt gavnligt for folk, hvor netværket drikker meget alkohol. Din patient kan opnå dette ved at deltage i en gruppe adskillige gange eller i flere grupper en gang. Drøft disse oplevelser under behandlingssessioner nøjagtig ligesom du ville gøre med hjemmeopgaver.

Nu retter vi opmærksomheden mod et andet scenarie. Hvad med patienten som har en god social støtte af afholdenhed? anbefales det stadig at du arbejder med dem for at muliggøre deltagelse i f.eks. selvhjælpsgrupper?

Patienter med massiv opbakning af afholdenhed

Et forsøg som undersøgte sammensætning af patientbehandling, viste at involvering i selvhjælpsgrupper, som Al-anon, ikke er ligeså vigtigt for patienter, som allerede har et højt niveau af social støtte af afholdenhed (Projekt MATCH Forskningsgruppen 1998). Det betyder dog ikke, at Al-anon eller deltagelse i andre grupper, ikke kan hjælpe disse patienter. Faktisk styrker medlemmer af selvhjælpsgruppen patientens beslutning om at være afholdende og kan være en nyttig rollemodel på lang sigt. Du kan derfor opfordre til deltagelse i selvhjælpsgrupper, ligesom du ville med andre mulige strategier for at fastholde adfærdsforandringer (Snow et al. 1994).

12.2.b *Støtte af ædruelighed gennem involvering i ædru netværk*

Personer med problemer i livet søger efter mange måder at komme ud af deres nød. En almindelig reaktion er at søge hjælp fra andre med samme problem. Forskning har gentagne gange fundet en positiv, omend beskeden effekt af at supplere behandling med selvhjælpsgrupper (Emrick et al. 1993). Specielt for patienter, hvis nuværende sociale systemer støtter drikkeri og ikke afholdenhed, kan involvering i et ædru netværk eller selvhjælpsgruppe støtte afholdenhed og dermed forbedre behandlingsresultaterne (Projekt MATCH Forskningsgruppe 1998a).

Selvom folk derefter bør opfordres til at deltage i selvhjælpsgrupper, skal ingen føle sig forpligtet til at deltage. Det er nyttigt at give folk muligheder samtidig med at man lader dem finde vej selv. Fordi der findes en lang række ædru organisationer, netværk eller fælles støttegrupper, understreger modulet her prøvetagning med de tilgængelige muligheder.

Ædru netværk er ikke 'behandling' eller 'terapi' som sådan, men kan være et skridt mod opbygning af et tilfredsstillende socialt liv uden alkohol, og samtidig en støtte til at forblive ædru under hele processen. Disse netværk falder lidt uden for konteksten af personer, som søger hjælp af en dygtig professionel. De repræsenterer i stedet enten et alternativ eller et supplement til behandling. På mange områder er selvhjælpsgrupper eller sociale ædru netværk tilgængelige ganske gratis og alle ugens 7 dage, og endda med stigende tilstedeværelse på internettet. Involvering i ædru netværk kan sikre et nyt støttesystem for afholdenhed og kan forbedre resultater signifikant. De overordnede mål for dette træningsområde er:

- Give patienterne en logisk begrundelse for, at de ikke kun bør fokusere på rekreative aktiviteter som involverer konstant fristelse af alkohol, men at de også bruger den sociale støtte fra ædru netværk som en stabiliserende mekanisme og for at fastholde de gode resultater.
- Diskutere forskellige typer ædru netværk eller sociale aktiviteter, som ikke inkluderer alkohol, men som kunne være det første skridt hen mod opbygning af et ædru netværk.
- Hjælpe din patient med at sætte ord på, hvad han/hun har brug for fra andre i form af social støtte af afholdenhed.
- Assistere din patient i sin søgning efter passende og acceptable ædru netværk.

12.3 Undervisning/uddannelse af støttepartnere

Det vigtigste mål her er at hjælpe din patient med at sætte ord på det, som han/hun har behov for fra andre i form af social støtte af afholdenhed. Det vil være fint at begynde med uddelingspapiret *Et brev til mennesker i dit liv (Skema V)*. Stil spørgsmål for at hjælpe patienten med at bearbejde teksten i dette uddelingspapir. Her nedenfor er en liste over sådanne spørgsmål:

- Er der noget, du kunne tænke dig at tilføje eller slette i brevet?
- Ville det hjælpe at give det til én eller anden i dit liv. Og hvis ja – så hvem?
- Hvad ville du ønske, at folk i dit liv forstod vedrørende din rehabilitering
- Hvilken hjælp kan folk i dit liv give dig? Er du i stand til at bede om denne hjælp?

Ydermere, kunne du måske lige holde følgende punkter for øje, når du arbejder med din patient:

- Brevet er beregnet til, at patienten giver det til vigtige personer i sit liv, som han/hun ønsker vil hjælpe vedkommende med at komme sig (f.eks. venner, ægtefælle eller livspartner).
- Det er op til patienten at beslutte sig for om og til hvem, brevet skal sendes. Den eneste undtagelse: hvis patienten er udsat for vold i hjemmet, skal brevet ikke gives til partneren; det er på alle måder risikabelt, selv med noget så enkelt som dette brev.

12.4 Indstudering i at bede om hjælp

Tilskynd din patient til at øve sig mundtligt i at bede om den støtte han/hun gerne vil have af andre. Det kan være en hjælp, selvom der i dagligdagen er grunde til, at han/hun ikke kan udtrykke sig (f.eks. hvis patienten er for genert til at sige det). Nederst er en liste over forskellige måder, patienten kan bede en ægtefælle eller livspartner om støtte:

- Vær rar ikke at tilbyde mig alkohol.
- Vær venlig ikke at give mig feedback om dine holdninger i forhold til mig eller mit drikkeri.
- Vær sød ikke at bede mig om at påtage mig mere lige nu.
- Vær venlig ikke at kritisere mig lige nu: for nuværende er kun støttende bemærkninger en hjælp for mig.
- Vær forstående og accepter, at jeg nogle gange har behov for at græde og være oprevet.
- Vær rar ikke at drikke alkohol, når du er i nærheden af mig.
- Jeg har behov for at du respekterer, hvor jeg er lige nu – i en forandringsproces.
- Vær sød ikke at spørge mig om alkohol.
- Det er en svær tid for mig – du kunne være en hjælp hvis ... du lavede aftensmad ... tog med mig til min aftale... tjekkede ind pr. telefon ...

Hvis din patient kun har personer, som støtter drikkeri eller er fuldstændig isoleret uden nogen familie eller venner, får du vedkommende til at undersøge muligheder for hjælp fra andre kilder. Det er et vigtigt mål at forsøge at hjælpe patienten til at starte nye bekendtskaber med sundere alkoholvaner, men det kan tage tid. Se efter mere umiddelbare kilder til støtte fra selvhjælpsgrupper, professionelle eller foreninger, kirker eller andre støttefællesskaber, som anført i modulerne medtaget i området vedrørende færdigheder i den sociale og rekreative rådgivning.

12.5 Forståelse af patientens erfaring med selvhjælpsgrupper

Personer med problemer i livet søger efter mange måder at komme ud af deres nød. En almindelig reaktion er at søge hjælp fra andre med samme problem. Denne proces er blevet beskrevet som 'selvhjælp' eller 'gensidighjælp'. Selvhjælp eller selvhjælpsgrupper for personer med misbrug vokser støt og ses mere og mere som et supplement til behandling for alkoholafhængighed (Makela 1993; McCrady og Delaney 1995).

Få din patient til at dele med dig, hvad hun/hun kender til nogle af programmerne og bed om grunde til, hvorfor øget støtte (bortset fra ens kære/venner) kunne være en hjælp (fremkald forandringsudsagn). Udforsk holdninger til selvhjælpsgrupper, især hvad patienten hørt om disse? Hvilke oplevelser har vedkommende haft ved disse møder? Syntes han/hun, at møderne var gavnlige? Hvorfor eller hvorfor ikke?

12.6 Tilpasningshensyn ifm. henvisninger til ædru netværk

Metoden som anbefales ved brug af selvhjælpsgrupper eller andre netværk, er at integrere dem i din behandlingstilgang (Ouimette 1998). Flere forskere har foreslået, at behandlere regelmæssigt bør tilbyde en henvisning til AA eller et andet støttegruppeprogram til patienter med afholdenhed som målsætning (Edwards 1980; McCrady og Delaney 1995). Glaser (1993) anbefalede især, at alle patienter skulle opmuntres til at prøve selvhjælpsgrupper, men også at ingen skulle være forpligtet til at deltage. Det er tilgangen i CRAS: at opmuntre men ikke forpligte alle patienter til at opbygge og sikre et ædru netværk, enten ved at afprøve forskellige selvhjælpsgrupper som en mulig hjælp til bedring, eller ved at involvere sig i aktiviteter, som foregår helt uden alkohol.

Her følger en liste over mulige hensyn ved tilpasning af patienter til optimale selvhjælpsprogrammer:

- **Tilgængelighed.** En tydelig begrænsning er udvalget af ædru netværk og tilgængelige selvhjælpsgruppeprogrammer i nærområdet.
- **Programfilosofi.** Der er væsentlige forskelle i selvhjælpsgruppernes og netværkenes filosofi, struktur, overbevisning og ledelse. Hvis du er bekendt med holdningen hos din patient og de tilgængelige programmer og grupper, er du i stand til at hjælpe med at udvælge de første mødeafprøvninger.

- **Lighed.** En vigtig faktor af et socialt tilhørsforhold er fornemmelsen af lighed. Vurdér hvem patienten møder ved de forskellige programmer og grupper i forhold til køn, alder eller etnicitet.

12.7 Igangsættelse af involvering i ædru netværk eller selvhjælpsgrupper

Herunder er anført en liste over trin til at få din patient involveret i selvhjælpsgrupper:

1. **Giv en logisk begrundelse.** Start med at give en tydelig begrundelse for at udvikle et socialt netværk i sikre, sikre omgivelser, enten ved involvering i selvhjælpsgrupper eller ædru netværk. Bemærk at dette rationale både skal være faktisk og overensstemmende med din patients overbevisninger eller omstændigheder. Bed din patient om grunde til hvorfor yderligere støtte kunne være nyttig (fremkald selvmotiverende udsagn). Her kan det være en stor hjælp at komme med information fra enten forskning eller personlig erfaring med ædru-netværk, samt understrege værdien i at bevare en langsigtet, stabil afholdenhed.
2. **Diskutér tidligere holdninger til involvering i nye ædru netværk eller selvhjælpsgrupper og hvordan dette kunne være anderledes.** Forbind dette med din patients tidligere erfaringer, og hvad han/hun syntes om eller satte pris på ved den gruppe, vedkommende deltog i. Hvis patienten beskrev specifikke hindringer i at deltage, kan du drøfte strategier for at overvinde disse hindringer. For patienter uden nogen tidligere erfaring med sociale aktiviteter i grupper, som ikke involverer alkohol, spørg da hvad de forestiller sig kunne være gavnligt ved deltagelse i sådanne grupper. I sammenhæng med den CRAS-motiverende facon, skal du passe på ikke at blive uenig med din patient, så du derved argumenterer for deltagelse i sikre sociale aktiviteter, og patienten argumenterer imod.
3. **Giv information om tilgængelige muligheder.** Tilbyd information som er særlig relevant for denne patient, på et sprog som han/hun vil sætte pris på. Brug din egen viden om, hvad der er tilgængeligt i nærområdet. Jo mere du ved og jo flere detaljer, du kan give om generel og praktisk information, desto bedre! Sørg for specifik information om henvisning ved at give din patient kontaktinformation på de tilbud, der er tilgængelige i dit specifikke område.

Afslutning af udvidet behandling. Slut på sidste session.

13.0 Afslutning af session 12

13.1 Afslutning af session 12 (eller afslutning af sidste session, hvis du og patienten har været enige om et kortere behandlingsforløb)

Gem mindst 10 minutter i den sidste session til at afslutte behandlingen og sige farvel til patienten. Anerkend alle patientens fortjenester gennem alle de sessioner, hvor I har arbejdet sammen (især ethvert fremskridt i ændret drikkevane). Udtryk al den optimisme du overhovedet kan om patientens chancer for at lave om på fremtiden, samt dine bedste ønsker for hans/hendes succes. Lyt nøje efter forandringstale og bekræft den.

Litteraturliste

- Adlaf, E.M.; and Smart, R.G. Alcohol Use, Drug Use, and Well-Being in Older Adults in Toronto. *International Journal of Addiction*, 30, 1985-2016, 1995.
- Åkerlind I.; and Hornquist J.O. Loneliness and alcohol abuse: A review of evidence of an interplay. *Social Science Medicine*, 34, 405-414, 1992.
- Alcoholics Anonymous (AA). *Alcoholics Anonymous: The Story of How Many Thousands of Men and Women Have Recovered from Alcoholism*. 3d ed. New York: Alcoholics Anonymous World Services, 1976.
- Allsop, S.; Saunders, B.; Phillips, M.; and Carr, A. A trial of relapse prevention with severely dependent male problem drinkers. *Addiction* 92:61-74, 1997.
- Andersen K, Behrendt S, Bilberg R, Bogenschutz M, Buehringer G, Braun B, Ekstrøm CT, Mejldal A, Petersen AH, Nielsen AS. Evaluation of adding the Community Reinforcement Approach to Motivational Enhancement Therapy for Adults Aged 60 Years and Older with DSM-5 Alcohol Use Disorder: A Randomised Controlled Trial. *Addiction*, 2020; 115(1):69-81
- Andersen K, Bogenschutz MP, Bühringer G, Behrendt S, Bilberg R, Braun B, Ekstrøm CT, Forcehimes A, Lizarraga C, Moyers TB, Nielsen AS. Outpatient treatment of Alcohol Use Disorders among subjects 60+ years. Design of a randomized controlled trial conducted in three countries (Elderly-study). *BMC Psychiatry* (2015) 15:280 DOI 10.1186/s12888-015-0672-x.
- Aubrey, L.L. *Motivational Interviewing with Adolescents Presenting for Outpatient Substance Abuse Treatment*. Doctoral dissertation, University of New Mexico, 1998.
- Bandura, A. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37:122-147, 1982.
- Beck, AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York: International Universities Press, 1976.
- Bern, D.J. Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review* 74:183-200, 1967.
- Bergaman, J.R. *Fishing for Barracuda: Pragmatics for Brief Systemic Therapy*. New York: W.W. Norton, 1985.
- Bien, T.H.; Miller, W.R.; and Tonigan, J.S. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88: 315-336, 1993b.
- Blondell, R.D. Alcohol Abuse and Self-Neglect in the Elderly. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 11(2): 55-75, 2000.

- Bohart, A.C.; and Tallman, K.; How Clients Make Therapy Work: The Process of Active Self-Healing. 2006.
- Brown, J.M.; and Miller, W.R. Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 7:211-218, 1993.
- Brown, R.A.; Evans, D.M.; Miller, I.W.; Burgess, E.S.; and Mueller, T.I. Cognitive-behavioral treatment for depression in alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 5:715-726, 1997.
- Burns, D.D. *Feeling Good: The New Mood Therapy*. New York: William Morrow, 1980.
- Burns, D.D. *The Feeling Good Handbook*. New York: Penguin Books, 1990.
- Cannon, D.S.; Rubin, A.; Keefe, C.K.; Black, J.L.; Leeka, J.K.; and Phillips, L.A. Affective correlates of alcohol and cocaine use. *Psychology of Addiction Behaviors* 17:517-524, 1992.
- Cunningham, J.A.; Sobell, M.B.; Sobell, L.C.; Gavin, D.R.; and Annis, H.M. Heavy drinking and negative affective situations in a general population and a treatment sample: Alternative explanations. *Psychology of Addictive Behaviors* 9:123-127, 1995.
- Daatland S.O. En ny fase i livet (In Norwegian: "A new phase in life"). *Aldring & Eldre*, 11, 21, 1994.
- Daatland S.O. Hvor gammel vil du være? (In Norwegian: "How old do you want to be?"). *Aldring og livsløp*, 22, 2-7, 2005.
- Daatland S.O., Solem P.E. & Valset K. Subjektiv alder og aldring. In: B. Slagsvold & S.O. Daatland (Eds.) *Lokal variasjon i livsløp, aldring og generasjon*. NOVA-rapport, 2006.
- DiClemente, C.C.; and Prochaska, J.O. Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: Stages of change and addictive behaviors. In: Miller, W.R., and Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors*. 2d ed. New York: Plenum Press, pp. 3-24, 1998.
- Edwards, G. Alcoholism treatment: Between guesswork and certainty. In: Edwards, G., and Grant, M., eds. *Alcoholism Treatment in Transition*. Baltimore, MD: University Park Press, pp. 307-320, 1980.
- Egan, G. *The Skilled Helper: A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating*. 2d ed. Monterey, CA: Brooks Cole, 1982.
- Emrick, C.D.; Tonigan, J.S.; Montgomery, H.; and Little, L. Alcoholics Anonymous: What is currently known? In: McCrady, B.S.; and Miller, W.R., eds. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, pp. 41-76, 1993.
- Festinger, L. *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1957.

- Fisch, R.; Weakland, J.H.; and Segal, L. *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*. San Francisco: Jossey-Bass, 1982.
- Frankl, V.E. *Man's Search for Meaning*. New York: Washington Square Press, 1963.
- Fuller, R.K.; Branchey, L.; Brightwell, D.R.; Derman, R.M.; Emrick, C.D.; Iber, F.L.; James, K.E.; Lacoursiere, R.B.; Lee, K.K.; Lowenstam, I.; Maany, I.; Neiderheider, D.; Nocks, J.J.; and Shaw, S. Disulfiram treatment of alcoholism: A Veterans Administration cooperative study. *Journal of Nervous and Mental Disease* 256:1449-1455, 1986.
- Gana K.; Alaphilippe D.; and Bailly N. Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging and Mental Health*, 8:58-64, 2004.
- Glaser, F.B. Matchless? Alcoholics Anonymous and the matching hypothesis. In: McCrady, B.S., and Miller, W.R., eds. *Research on Alcoholics Anonymous: Opportunities and Alternatives*. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, pp. 379-395, 1993.
- Goldstein, A.P.; Heller, K.; and Sechrest, L. *Psychotherapy and the Psychology of Behavior Change*. New York: Wiley, 1966.
- Gordon, T. *Parent Effectiveness Training*. New York: Wyden, 1970.
- Graber, R.A.; and Miller, W.R. Abstinence or controlled drinking goals for problem drinkers: A randomized clinical trial. *Psychology of Addictive Behaviors* 2:20-33, 1988.
- Hackett R.A.; Hamer H.; Endrighi R.; Brydon L.; and Steptoe A. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37:1801-1809, 2012.
- Hester, R.K.; and Miller, W.R. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2d ed. Boston, MA: Allyn and Bacon, 1995.
- Jellinek, E.M. *The Disease Concept of Alcoholism*. New Haven, CT: Hillhouse Press, 1960.
- Kuerbis, A.; and Sacco, P. The impact of retirement on the drinking patterns of older adults: A review. *Addictive Behaviors*, 37: 587-595, 2012.
- Kurtz, E. *Not-God: A History of Alcoholics Anonymous*. Center City, MN: Hazelden Foundation, 1979.
- Laslett P. *A fresh map of life. The emergence of the third age*. London: Weidenfeld and Nicolson, 1989.
- Levy B.R. Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B:203-211, 2003.
- Makela, K. International comparisons of Alcoholics Anonymous. *Alcohol Health & Research World* 7:228- 234, 1993.

- Marlatt, G. A.; and Donovan, D. M. (Eds.). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2005.
- Marlatt, G.A., and Gordon, J.R. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press, 1985.
- Masi C.M.; Chen H.-Y.; Hawkey L.C.; Cacioppo J.T. A Meta-Analysis of Interventions to Reduce Loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15, 219-266, 2011.
- McCrary, B.S.; Delaney, S.I. Self-help groups. In: Hester, R.K., and Miller, W.R., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches*. 2d ed. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1995.
- Meyers, R.J.; Smith, J.E.; and Miller, E.J. *Working Through the Concerned Significant Other*. New York: Plenum Press, 1998.
- Miller, W.R. Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11:147-172, 1983.
- Miller, W.R. Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* 98:84-107, 1985.
- Miller, W.R.; and Carroll, K.M. *Rethinking Substance Abuse: What Science Shows, and What We Should Do About It*. New York: Guilford Press. 2006.
- Miller, W.R.; and Heather, N. *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. 2d ed. New York: Plenum Press, 1998.
- Miller, W.R.; and Marlatt, G.A. *Manual for the Comprehensive Drinker Profile*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, 1984.
- Miller, W.R.; Meyers, R.J.; and Hiller-Sturmhöfel, S. The Community Reinforcement Approach. 23 (2), 1999.
- Miller, W.R.; and Pechacek, T.F. New roads: Assessing and treating psychological dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment* 4:73-77, 1987.
- Miller, W.R.; and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford Press, 1991.
- Miller, W.R.; and Rollnick, S. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. 2d ed. New York: Guilford Press, 2002.
- Miller, W.R.; and Rollnick, S. *Motivational Interviewing, Third Edition: Helping People Change. Applications of Motivational Interviewing*. 2013.
- Miller, W.R.; Leckman, A.L.; Delaney, H.D.; and Tinkcom, M. Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol* 53:249-261, 1992a.

- Miller, W.R.; Benefield, R.G.; and Tonigan, J.S. Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61:455-461, 1993.
- Miller, W.R.; Brown, J.M.; Simpson, T.L.; Handmaker, N.S.; Bien, T.H.; Luckie, L.F.; Montgomery, H.A.; Hester, R.K.; and Tonigan, J.S. What works? A methodological analysis of the alcoholism treatment outcome literature. In: Miller, W.R., and Hester, R.K., eds. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*. 2d ed. New York: Plenum Press, pp. 12-44, 1995
- Miller, W.R.; Westerberg, V.S.; Harris, R.J.; and Tonigan, J.S. What predicts relapse? Prospective testing of antecedent models. *Addiction* 91 (Supplement):S155- S171, 1996.
- Moore, A.A.; Endo, J.O.; and Carter, M.K. Is There a Relationship Between Excessive Drinking and Functional Impairment in Older Persons? *JAGS*, 51, 44-49, 2003.
- Ouimette, P.C.; Moos, R.H.; and Finney, J.F. Influence of outpatient treatment and 12-step group involvement on one-year substance abuse treatment outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 59:513-522, 1998.
- Patterson A.C.; and Veenstra G. Loneliness and risk of mortality: A longitudinal investigation in Alameda County, California. *Social Science & Medicine*, 71, 181-186, 2010.
- Patterson, G.R.; and Forgatch, M.S. Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52:846--851, 1985.
- Perlman, D.; and Peplau, L.A. Loneliness research: survey of empirical findings, in: L.A. Peplau & S.E. Goldston (Eds) *Preventing the Harmful Consequences of Severe and Persistent Loneliness*(Washington, DC, US Government Printing Office), 1984.
- Prochaska, J.O.; and DiClemente, C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19:276--288, 1982.
- Prochaska, J.O., and DiClemente, C.C. *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin, 1984.
- Prochaska, J.O.; and DiClemente, C.C. Processes and stages of change in smoking, weight control, and psycho- logical distress. In: Schiffman, S., and Wills, T., eds. *Coping and Substance Abuse*. New York: Academic Press, pp. 319-345, 1985.
- Prochaska, J.O.; and DiClemente, C.C. Toward a comprehensive model of change. In: Miller, W.R., and Heather, N., eds. *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*. New York: Plenum Press, pp. 3-27, 1986.

- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C.; and Norcross, J.C. In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist* 47:1102-1114, 1992.
- Prochaska, J.O.; Norcross, J.C.; and DiClemente, C.C. Applying the Stages of Change. In G.P. Koocher, J.C. Norcross & B.A. Greene (Eds.), *Psychologists Desk Reference* (pp. 176-181). New York, NY: Oxford Press, 2013.
- Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH post- treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58:7-29, 1997a.
- Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22:1300-1311, 1998a.
- Project MATCH Research Group. Matching patients with alcohol disorders to treatment: Clinical implications from Project MATCH. *Journal of Mental Health* 7:589-602, 1998b.
- Project MATCH Research Group. Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research* 8:455-474, 1998c.
- Rogers, C.R. The necessary and sufficient conditions for therapeutic personality change. *Journal of Clinical Psychology* 21:95-103, 1957.
- Rogers, C.R. A theory of therapy, personality, and inter- personal relationships as developed in the client-centered framework. In: Koch, S., ed. *Psychology: The Study of a Science*. 3. Formulations of the Person and the Social Context. New York: McGraw-Hill, pp. 184-256, 1995.
- Rollnick, S.; and Miller, W.R. What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23:325-334, 1995.
- Rothermund, K.; and Brandtstadter, J. Age stereotypes and self-views in later life: evaluating rival assumptions. *International Journal of Behavioral Development*, 27, 549-554, 2003.
- Salimi A. Social-Emotional Loneliness and Life Satisfaction. *Social and Behavioral Sciences*, 29:292-295, 2011.
- Sanchez-Craig, M., and Lei, H. Disadvantages of imposing the goal of abstinence on problem drinkers: An empirical study. *British Journal of Addiction* 81:502-512, 1986.
- Scales, R.; Lueker, R.; Atterbom, H.; Handmaker, N.; and Jackson, K. Impact of motivational interviewing and skills- based counseling on outcomes of cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation* 17:328,1997.
- Shiffman, S. Relapse following smoking cessation: A situational analysis. *Journal of Clinical and Consulting Psychology* 50:71-86, 1982.

- Snow, M.G.; Prochaska, J.O.; and Rossi, J.S. Processes of change in Alcoholics Anonymous: Maintenance factors in long-term sobriety. *Journal of Studies on Alcohol* 55:362-371, 1994.
- Sobell, L.C.; and Sobell, M.B. *Recovery from Alcohol Problems without Treatment*. New York: Maxwell MacMillan, 1992.
- Tallman, K.; and Bohart, A.C. The client as a common factor: Clients as self-healers. In Hubble, M.A., Duncan, B. L. & Miller, S.D. (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 91 – 132). Washington, D.C.: American Psychological Association, 2003.
- Truax, C.B.; and Carkhuff, R.R. *Toward Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago: Aldine, 1967.
- Umberson, D. Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science Medicine*, 34 (8):907-917, 1992.
- Westerhof G. J., Barret A. E. & Steverink N. Forever young? A comparison of Age Identities in the United States and Germany. *Research on Aging*, 25:366-383, 2003.
- Zweben, A. Motivational counseling with alcoholic couples. In: Miller, W.R., and Rollnick, S., eds. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press, pp. 225-235, 1991.

APPENDIX A:

Personlig feedbackrapport (PFR)

Sektion 1. Alkoholforbrug

Dit alkoholforbrug

Antal genstande om ugen: _____ genstande

Dit ugentlige alkoholforbrug er vurderet som:

- ☐ "Lav risiko" drikning
- ☐ "Høj-risiko" eller skadelig drikning

Beruselsesgrad

Beregnet koncentration i blodet (promille)
 den dag, du drak mest inden for de sidste 3 måneder _____ 0/00

Denne promille er ☐ / er ikke ☐ over grænsen for, hvornår man må køre bil.

Sektion 2. Konsekvenser af dit alkoholforbrug

Delområder med høje scorer fra baseline:

Delområde	Høj score
Fysisk helbred	☐ ja ☐ nej
Følelsesmæssigt (intrapersonel)	☐ ja ☐ nej
Sociale forpligtelser	☐ ja ☐ nej
Forhold til andre (interpersonel)	☐ ja ☐ nej
Impulsivitet	☐ ja ☐ nej

Sektion 3. Helbredsrisiko

Adskillige sygdomme og lidelser bliver forværret, når man drikker større mængder alkohol:

Lidelse	Ja	Nej
Akut myokardieinfarkt (AMI)	☐	☐
Hjerteinsufficiens	☐	☐
Perifer karsygdom	☐	☐
Cerebrovaskulær sygdom	☐	☐
Demens	☐	☐
Mavesår	☐	☐
Lever sygdomme ☐ Mild ☐ Moderat/alvorlig	☐	☐
Diabetes ☐ uden komplikationer ☐ med organ skade	☐	☐
Nyresygdomme	☐	☐

Sektion 4. Forberedelse til ændring af alkoholforbruget

Din oplevede vigtighed af at ændre brugen af alkohol

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke vigtigt Meget vigtigt

Din oplevede tro på, at du kan ændre brugen af alkohol

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke sikker Meget sikker

Din oplevede parathed til at ændre brugen af alkohol

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Slet ikke parat Meget parat

APPENDIX B:

Instruktioner til forberedelse af den personlige feedbackrapport (PFR)

Før anden session med en patient skal den personlige feedbackrapport (PFR) udfyldes. Man kan også brug noget af tiden på at gennemlæse *Appendix C (Behandler retningslinjer for præsentation af den personlige feedbackrapport (PFR))*, hvor PFR er beskrevet mere detaljeret og flere informationer er givet i forhold til PFR.

Følgende spørgeskemaer indgår i udfyldelsen af PFR – skemaerne har interviewerne sendt til jer.

- ✓ **Form 90**
- ✓ **DrInC-2R**
- ✓ **Charlson Comorbidity Index**
- ✓ **Personlige linealer - arbejdsark**

Sektion 1. Alkoholforbrug

Deltagerens forbrug

Antallet af genstande pr. uge – er beregnet på baggrund af de 90 dage fra baselineinterviewet. To tal er baseret på beregningerne fra Form 90. Det første af de to tal er placeret på den første linje i sektion 1 af PFR. De to tal er:

1. Antallet af genstande pr. uge angivet på baggrund af steady-pattern i Form 90
2. Det gennemsnitlige antal genstande pr. uge i forhold til 90 dage (Form 90)

I nogle tilfælde vil steady-pattern ikke være udfyldt; hvis dette er gældende bruges det gennemsnitlige antal genstande pr. uge.

Promillen

Promillen (BAC-niveau) – dette tal er beregnet ud fra de antal timer, der er brugt på at indtage genstandene, derudover er der taget hensyn til patientens vægt og køn. Hvis der er to eller flere promilleberegninger bruges den højeste. Hvis tallet virker for højt, tjek da beregningen endnu engang.

Sektion 2. Konsekvenser

Beregn værdien af DrInC-2 og indsæt efterfølgende den beregnede værdi i DrInC Profile Sheet (bemærk at der er en tabel for kvinder og en for mænd).

Scoring af 'DrInC-R2'

Instruktion

Læg antallet af spørgsmål sammen fra DrInC-2R i følgende sammenhæng:

Fysisk helbred (Physical) er spørgsmålene: 1, 8, 11, 13, 24, 29, 33 samt 48

Sociale forpligtelser (Social Responsibility): 3, 6, 14, 20, 26, 40 samt 44

Selvkontrol (Inter-personal) er spørgsmålene: 4, 7, 17, 21, 27, 30, 31, 39, 43 samt 46

Følelsesmæssigt (Intra-personal) er spørgsmålene: 2, 12, 16, 18, 34, 36, 37 samt 38

Impulsivitet (Impulse Control) er spørgsmålene: 9, 10, 19, 22, 23, 28, 32, 41, 42, 47, 49 samt 50

*Kontrolspørgsmål: 5, 15, 25, 35 samt 45

**Nul på kontrolskalaens spørgsmål kan indikere uærlige svar eller ligegyldighed fra deltagerens side. Total score på 5 eller mindre er mistænkelig (kræver lige at man stopper op og tjekker).*

DrInC Profile Sheet

Profile form for WOMEN

DECILE SCORES	Total Score	Physical	Inter-personal	Intra-personal	Impulse Control	Social Responsibility
10	81-135	17-24	22-30	23-24	15-36	14-21
9 Very High	68-80	14-16	18-21	22	12-14	12-13
8	61-67	13	15-17	20-21	11	10-11
7 High	53-60	11-12	13-14	18-19	9-10	9
6	48-52	10	11-12	15-17	8	8
5 Medium	41-47	9	9-10	14	6-7	6-7
4	36-40	7-8	8	12-13	5	5
3 Low	29-35	6	6-7	10-11	4	3-4
2	22-28	4-5	3-5	7-9	3	2
1 Very Low	00-21	0-3	0-2	0-6	0-2	1
RAW SCORES:						

Drinker Inventory of Consequences (DrInC-Recent)

DrInC Profile Sheet

Profile form for MEN

DECILE SCORES	Total Score	Physical	Inter-personal	Intra-personal	Impulse Control	Social Responsibility
10	86-135	17-24	23-30	23-24	17-36	16-21
9 Very High	75-85	15-16	20-22	21-22	14-16	14-15
8	68-74	13-14	18-19	19-20	12-13	12-13
7 High	60-67	12	15-17	18	10-11	10-11
6	53-59	10-11	13-14	16-17	9	9
5 Medium	46-52	9	11-12	14-15	8	8
4	39-45	7-8	9-10	12-13	7	6-7
3 Low	32-38	6	7-8	10-11	6	5
2	24-31	4-5	5-6	7-9	4-5	3-4
1 Very Low	00-23	0-3	0-4	0-6	0-3	0-2
RAW SCORES:						

Sektion 3. Medicinske tilstande

Brug informationen fra spørgeskemaet Charlson Co-morbidity scale, og indsæt et kryds ved hver af de tilstande/sygdomme, som deltageren har opgivet ved baselineinterviewet som værende aktuelle.

Sektion 4. Forberedelse til forandringer i drikkemønstre

Flyt scoren fra skemaet *Personlige linealer* til PFR, sæt gerne cirkler i PFR.

APPENDIX C:

Behandler retningslinjer for præsentation af den personlige feedbackrapport

Denne information skal hjælpe dig med at tolke den personlige feedbackrapport (PFR) undervejs i feedbacksessionen. Ved at følge den generelle motiverende rådgivningsstil beskrevet i denne manual, er din opgave at give patienten en klar forklaring af hans/hendes feedback på et forståeligt sprog.

Giv den originale PFR (Appendix A) til din patient og behold en kopi til journalen. Når du er færdig med at præsentere feedbacken, må patienten tage PFR og en kopi af *Forstå din personlige feedbackrapport (PFR)* (Appendix D) med hjem. Hvis sessionen slutter før, du er færdig med at gennemgå PFR, behold da originalen; giv først patienten denne med hjem, når du ved næste sessionen er færdig med gennemgangen af feedbacken.

Vær grundig bekendt med hver eneste skala inkluderet i PFR. Nedenfor er nogle supplerende pointer, som du måske finder hjælpsomme i gennemgangen af PFR sammen med patienterne.

Sektion 1. Alkoholforbrug

a. Forbruget af alkohol:

Idéen med en 'standard genstand' er et vigtigt koncept her. Forklar, at alle alkoholiske drikkevarer – øl, vin, spiritus – indeholder den samme slags alkohol, ethyl alkohol. De indeholder blot forskellige mængder af dette stof. Forklar, at det gennemsnitlige antal standard genstande pr. uge er beregnet ud fra patientens egen rapport om alkoholindtag i før-behandlingsinterviewene og er konverteret til standard genstande.

I Danmark defineres en standard genstand som enhver drikkevare, der indeholder 1,5 cl (12 gram ethanol) ren alkohol. Således svarer følgende drikkevarer til én standard genstand:

Drikkevare	Sædvanlig alkohol%	Liter	Er lig med	Alkoholindhold (12 gram)
Øl	4,5	0,33	=	12
Vin	12	0,13	=	12
Hedvin	20	0,083	=	12
Spiritus	40	0,04	=	12
	50	0,03	=	12

Er drikkemønsteret risikofyldt?

Baseret på patientens gennemsnitlige ugentlige alkoholforbrug, kan vi sammenligne det med de nationale anbefalinger, hvor lav- og højriskodrikkeri adskilles. For sunde voksne betragtes det som et risikofyldt eller voldsomt alkoholindtag, hvis disse daglige eller ugentlige genstandsgrænser overskrides:

Lavrisikodrikkeri er defineret forskelligt for mænd og kvinder. Grunden til dette er, at forskning viser, at kvinder får alkoholrelaterede problemer ved lavere alkoholindtag sammenlignet med mænd. En grund til dette er, at kvinder i gennemsnit vejer mindre end mænd. Endvidere fordeler alkohol sig i kropsvæske, hvilket kvinder i gennemsnit har mindre af ift. mænd. Så hvis en mand og en kvinde vejer det samme og drikker samme mængde alkohol, vil kvindens koncentration af alkohol i blodet tendere til at være højere, hvilket sætter hende i større risiko for skader. For kvinder defineres lavrisikogrænsen som under 7 standard genstande ($7 \cdot 12$ gram ethanol) pr. uge. For mænd er lavrisikogrænsen defineret som under 14 standard genstande ($14 \cdot 12$ gram ethanol) pr. uge.

Lav risiko er ikke det samme som ingen risiko. Endda inden for disse genstandsgrænser kan alkoholforbrugere have problemer, hvis de drikker for hurtigt, i forvejen har helbredsproblemer eller er ældre. Baseret på dit helbred og hvordan alkohol påvirker dig, er du måske nødsaget til at drikke mindre eller slet ikke drikke alkohol. Folk kan have problemer med at drikke mindre end disse mængder, specielt hvis de drikker for hurtigt.

Kvinder, der drikker mere end 14 standard genstande ($14 \cdot 12$ gram ethanol) pr. uge, betragtes som højriskodrikkere. Mænd betragtes som højriskodrikkere, når de drikker mere end 21 standard genstande ($21 \cdot 12$ gram ethanol) pr. uge. Endvidere betragtes det som *binge-*

drinking, hvis man drikker mere end 5 standard genstande (5 * 12 gram ethanol) ved samme lejlighed. *Binge-drinking* anses for værende meget risikofyldt.

b. Estimeret BAC-niveau:

Forklar, at antallet af drukke genstande kun er en del af det store billede. Et givent antal genstande vil have forskellige effekter på folk afhængig af faktorer som vægt og køn. Drikkemønster har også en betydning: at drikke 21 genstande på 4 timer på en lørdag er anderledes fra at drikke 21 genstande i løbet af en uge (3 om dagen). En anden måde at anskue en persons alkoholforbrug på er at estimere, hvor påvirket han/hun bliver i perioder med drikkeri. Vær tydelig omkring, at du her diskuterer *påvirket* ift. niveauet af alkohol (et toksin) i kroppen og ikke personens subjektive fornemmelse af at være fuld. Det er normalt for alkoholafhængige at være ret påvirkede (et højt BAC-niveau), men uden at se ud som eller føle sig hæmmet. Det maksimale påvirkningsniveau reflekterer personens tolerance for alkohol.

Enheden, der bruges her, er milligram (mg) alkohol pr. 100 mL blod, forkortet 'mg%'. Dette er enheden, som sædvanligvis bruges af farmakologer og har den ekstra fordel at være et helt tal frem for et decimaltal (det er mindre forvirrende for nogle patienter). Nedenfor ses et eksempel på de sædvanlige decimaludtryk samt den tilsvarende promille. Promillen er den enhed, som benyttes i denne sektion.

80 mg%	=	0,08	=	0,8 ‰
100 mg%	=	0,10	=	1,0 ‰
256 mg%	=	0,256	=	2,56 ‰

Bemærk at det almindelige acceptable alkoholbrug defineres sædvanligvis som 0,2 til 0,6 ‰ i det maksimale påvirkningsniveau (se *Appendix D*). Faktisk overskrider langt størstedelen af drikkere ikke 0,6 ‰, når de drikker.

I Danmark er 0,5 ‰ over niveauet for hvornår, det er lovligt at køre. At have alkohol i kroppen kan dog alligevel resultere i øgede juridiske konsekvenser (f.eks. hvis en person er involveret i en ulykke og havde en alkoholprocent på 0,3 ‰, vil vedkommende få skylden for ulykken).

Selvom 5 ‰ er en dødelig dosis alkohol for de fleste voksne, har nogle personer med alkoholproblemer overlevet langt højere niveauer, hvor nogle endda er fortsat med at drikke og køre ved 7 ‰. Grundet udvikling af tolerance kan nogle personer således nå meget høje BAC-niveauer uden at føle sig anderledes fra deres normale selv. Tilstedeværelsen af et højt BAC-niveau, specielt hvis det ledsages af rapporteret fravær af tydelige eller subjektive beruselsestegn, er en indikation for alkoholtolerance.

c. Tolerance

Du vil muligvis få behov for at diskutere tolerance som en risikofaktor, specielt hvis patienten lader til at anskue hans/hendes høje BAC-niveau som noget positivt, evnen til at bære sin brandert snarere end et tegn på, at han/hun muligvis drikker for meget. Idéen med tolerance er kontraintuitiv for mange patienter, som tror, at et tydeligt fravær af subjektiv svækkelse betyder, at personen er i mindre snarere end stor fare. Faktisk har personer med høj alkoholtolerance en *større risiko* for at blive skadet og for at udvikle alvorlige problemer forbundet med alkoholindtag. Toleranceniveauet her er estimeret ud fra det maksimale BAC-niveau, som patienten nåede under før-behandlingsvurderingsperioden. Nedenfor er fire valgfrie pointer som kan afdækkes (i et sprog som er passende for din patient):

1. Udviklingen af tolerance er delvist genetisk bestemt og delvist noget tillært
2. For størstedelen betyder tolerance *ikke*, at man er i stand til at nedbryde alkohol hurtigere (selvom dette opstår i lille udstrækning). Dog betyder det, at man kan opnå høje koncentrationer af alkohol i kroppen uden at føle eller vise de normale effekter af alkohol.
3. Normale drikkere er sensitive over for lave doser alkohol. De føler effekterne efter en eller to genstande og dette fortæller dem, at de har fået nok. Andre mennesker lader til at mangle dette advarselssystem.
4. Et resultat af tolerance er, at personen tenderer til at indtage store mængder alkohol – nok til at ødelægge hjerne og andre organer i kroppen over tid – uden at indse det. Den drikkende er skadet, men kan ikke 'mærke' det, hvilket således skaber en falsk fornemmelse af sikkerhed eller at drikkeriet ikke volder skade på helbredet. En analogi vil være en person, der mister al smertefølelse. Først kan dette anses for værende en velsignelse, men faktisk er det en forbandelse, fordi en sådan person kan være svært skadet uden at mærke det – de første tegn på, at hans/hendes hånd er på et varmt

komfur vil være lugten af røg. Tilsvarende er det for tolerante drikkere, der ikke mærker de første tegn på beruselse, før de når meget højere BAC-niveauer.

Sektion 2. Risici ved alkohol

Ift. patientens nylige negative konsekvenser af drikkeri (scoret ud fra DrInC), modtager vedkommende feedback på de områder, hvor konsekvenserne er høje sammenlignet med personer, der på almindeligvis søger behandling for en *alcohol use disorder*. Forklar, at dette viser omfanget af, hvilke negative konsekvenser (problemer), din patient har oplevet, der er relateret til hans/hendes alkoholforbrug sammenlignet med personer, der bliver behandlet for sådanne problemer.

Nedenfor er noget basal information, som kan hjælpe dig med at tolke subskalaerne. Informationen findes også på patientens kopi af *Forstå din personlige feedbackrapport (PFR)*.

Fysisk helbred (FY)

Denne score viser graden af ubehagelige fysiske virkninger af alkohol, som f.eks. tømmermænd, søvnproblemer og sygdomme; skade på helbredet, påvirkning af udseende, spisevaner og seksualitet; og skader, der er opstået, når man drikker.

Sociale forpligtelser (SF)

Disse konsekvenser minder om dem, der er beskrevet ovenfor, men konsekvenserne i denne søjle er tydeligere for omgivelserne. Det kan være arbejdsproblemer, dårlig arbejdsindsats, firing eller bortvisning fra arbejdet. Området omfatter også problemer med at bruge for mange penge, eller ikke at kunne opfylde andres forventninger.

Selvkontrol (SK)

Vigtige relationer kan blive påvirket negativt, når man drikker alkohol. Man kan miste partner, ægtefælle, venskab eller skade relationer til at familiemedlemmer. Man kan miste forældreevnen, og børnene kan miste deres mulighed for at være børn. Jo mere man drikker, jo mere vil ens børn

være påvirket af og bekymret for alkoholforbruget. Alkoholforbruget kan desuden skade ens omdømme på grund af måden, man opfører sig på, når man er beruset.

Følelsesmæssigt (FM)

Denne score beskriver de personlige konsekvenser, som alkoholforbruget har haft. Det omfatter for eksempel at man føler sig dårlig tilpas, ulykkelig, skyldig, at man har mistet muligheden for at udvikle sig, eller at man ændrer sig til det værre. Scoren beskriver også eventuel mangel på sunde interesser og aktiviteter, samt en manglende evne til at leve det liv, som man gerne vil.

Impulsivitet (IM)

Denne score beskriver personlig kontrol over handlinger eller begivenheder, eller mangel på samme. Det kan eksempelvis være overspisning, et øget forbrug af stoffer, impulsive handlinger, stor risikovillighed, slagsmål, kørsel og ulykker efter indtagelse af alkohol og problemer med loven, f.eks. arrestationer, samt at være skyld i materielle skader eller påføre skade på andre mennesker.

Forklar patienterne, at de udelukkende modtager feedback på de subskalaer, hvor konsekvenserne i et bestemt område er særlig højt blandt personer, der for nuværende søger alkoholbehandling. Dette betyder ikke, at de ikke oplever signifikante konsekvenser på andre områder.

Sektion 3. Helbredsrisiko

Nedenfor findes basal information, der skal hjælpe dig til at forstå de forskellige medicinske komorbiditeter, som din patient er diagnosticeret med. Forklar måden hvorpå alkohol kan forværre disse sygdomstilstande.

Denne information er også inkluderet, dog mindre detaljeret, i patientens kopi af *Forstå din personlige feedbackrapport (PFR)*.

Akut myokardieinfarkt (AMI): Dit hjerte er en pumpe, der får blod til at cirkulere rundt i din krop. Det leverer ilt og næringsstoffer til alle dele af kroppen og fjerner uønsket kuldioxid og affaldsstoffer. Når dit hjerte, arterierne rundt om hjertet eller dine andre blodkar er beskadiget, virker dette pumpesystem ikke ordentligt. Sådanne problemer kendes tilsammen som kardiovaskulære sygdomme. Koronar hjertesygdom er den mest almindelige type hjertesygdom og kan medføre pludselig død grundet hjerteanfald. Nogle får et hjerteanfald, når deres koronararterier bliver blokeret. Dette forhindrer blodet i at strømme frit til hjertet, så det kan få den ilt, som det behøver. At drikke mere end de daglige guidelines regelmæssigt og over en længere tidsperiode, kan øge risikoen for at udvikle hjertesygdom. Dette fordi alkoholforbrug på dette niveau kan:

- *Øge risikoen for forhøjet blodtryk.* At drikke overdrevne mængder alkohol skaber stigende blodtryk, hvilket er en af de vigtigste risikofaktorer ift. at få et hjerteanfald eller slagtilfælde. Det menes, at alkohol gør dette gennem dets virkning på nyrer og blodkar. Vægtøgning grundet overdrevent alkoholforbrug kan også skabe en stigning i blodtrykket.
- *Svække hjertemuskulaturen.* Dette betyder, at hjertet ikke kan pumpe blodet rundt på en effektiv måde. Det er kendt som kardiomyopati og kan medføre for tidlig død, sædvanligvis gennem hjertesvigt.
- *Medføre forstørret hjerte.* Dette er et tegn på, at hjertet er ude af stand til effektivt at pumpe blod rundt i kroppen, og er kendt som hjertesvigt.

Hjertesvigt: Kongestivt hjertesvigt betyder, at hjertet ikke pumper så godt, som det skal, for at møde kroppens behov for oxygen. Det er ofte grundet hjertesygdom så som kardiomyopati eller kardiovaskulær sygdom. Kongestivt hjertesvigt kan forekomme fra enten hjertets reducerede evne til at kontrahere eller fra et mekanisk problem, der begrænser hjertets evne til at fylde hjertekamrene med blod. Når hjertet er svækket, er det umuligt for det at følge med de behov, som det forventes at opfylde; blodet returnerer til hjertet hurtigere end det kan pumpe blodet ud igen, hvilket betyder, at det bliver ophobet eller overbelastet – deraf navnet. At drikke alkohol i store mængder har en toksisk effekt på hjertet. Alkoholisk kardiomyopati er en lidelse, hvor hjertet bliver større og hjertemusklen tyndere grundet alkoholforbrug.

Alkoholisk kardiomyopati medfører en svækket hjertemuskel, der pumper ineffektivt, hvilket resulterer i hjertesvigt. I alvorlige tilfælde påvirker mangel på blodstrøm alle dele af kroppen, og ødelægger mange væv og organer.

Perifer karsygdom (PVD): Det, at drikke for meget alkohol, kan få blodtrykket til at stige til usunde niveauer. Forskning indikerer, at det at drikke mere end tre genstande ved samme lejlighed imidlertid øger blodtrykket, og at gentaget overdrevet drikkeri kan medføre langsigtede forøgelser. Forhøjet blodtryk (hypertension) kan skade dine blodceller meget alvorligt, hvilket øger sandsynligheden for at udvikle kardiovaskulær sygdom så som PVD. Ved PVD ophobes fedtdepoter i arterierne, hvilket begrænser blodforsyningen til arterierne, der forsyner dine lemmer med blod. En god nyhed er, at alkohols virkning på blodtrykket lader til at være ganske reversibel. Det betyder, at en ændring i alkoholforbrug næsten med det samme skaber et signifikant fald i blodtrykket.

Cerebrovaskulær sygdom: Cerebrovaskulære sygdomme udvikler sig som et resultat af problemer med de blodceller, som skal forsyne hjernen. For at fungere ordentligt har hjernen brug for ilt og næringsstoffer, som blodet forsyner den med. Hvis blodforsyningen er begrænset eller stoppet, begynder hjernecellerne at dø. Dette kan medføre hjerneskade og muligvis død. Den mest sædvanlige risikofaktor for at udvikle cerebrovaskulær sygdom er højt blodtryk. At drikke for meget alkohol kan forhøje blodtrykket til usunde niveauer. Forskning indikerer, at det at drikke mere end tre genstande ved samme lejlighed imidlertid øger blodtrykket, og at gentaget overdrevet drikkeri kan medføre langsigtede forøgelser. Forhøjet blodtryk (hypertension) kan skade dine blodceller meget alvorligt. At skære ned på alkoholforbruget kan hjælpe på at formindske risikoen for slagtilfælde i fremtiden.

Demens: Overdreven alkoholforbrug over en række år kan medføre en lidelse kendt som *alkohol demens*, hvilket kan skabe problemer med hukommelsen, læring og andre kognitive færdigheder. Alkohol har en direkte virkning på hjerneceller, der resulterer i ringe dømmekraft, at have svært ved at træffe beslutninger og mangel på forståelse. Ernæringsproblemer, der ofte ledsager et mangeårigt alkoholmisbrug, kan være en anden medvirkende faktor, da dele af hjernen kan være skadet grundet vitaminmangel. Dem, der lider af demens, kan have meget svært ved at lære nye ting, mens mange andre af deres mentale evner stadig fungerer optimalt. Sammen med nedgangen i kognitive færdigheder, sker der også af og til ændringer i personligheden.

Mavesår: Mavesår henfører til smertefulde sår eller åbne sår i mavesækkens slimhinde eller den første del af tyndtarmen, duodenum. Normalvis beskytter et tykt lag slim mavesækken mod effekterne af mavesyren. Dog kan mange ting reducere dette beskyttende lag, hvilket gør det muligt for mavesår at opstå. Personer, der drikker regelmæssigt, er mere tilbøjelige til at få mavesår. Alkohol kan irritere og nedbryde slimhinden i mavesækken, og dette øger mængden af produceret mavesyre. Behandles det ikke korrekt, kan mavesår medføre seriøse helbredsproblemer ved at ødelægge slimhinden i mavesækken.

Leversygdom: Din lever er ekstrem vigtig for dit helbred. Den er involveret i at producere energi og den filtrerer og neutraliserer urenheder og giftstoffer i din blodbane. Alkohol ødelægger leveren og efter en lang periode med et overdrevet alkoholindtag begynder dele af leveren at dø. Dette er processen, hvor der dannes arvæv også kaldet cirrose. Dog kan fysiske ændringer i leveren være skabt af alkoholforbrug langt før cirrose optræder. I takt med at leveren bliver skadet, begynder den at lække enzymer i blodbanen og er mindre effektiv til at gøre sit arbejde. Når leversygdommen bliver moderat eller alvorlig, kan blodet ikke længere strømme let gennem leveren og blodet begynder at ophobe sig i blodårerne i spiserøret eller maven. Disse blodårer kan bryde og skabe livstruende blødning. Ophobet væske kan også ophobe sig i bughulen og blive betændt. Forskning indikerer, at det at stoppe med at drikke ofte kan forbedre leverens funktion. Jo længere en person fortsætter med at drikke, jo sværere er det at omvende den fysiske skade, der er sket.

Diabetes: Diabetes er et problem med din krop, der gør at blodsukkerniveauet stiger til mere end normalen. Alkoholforbrug hos diabetikere kan forværre blodsukkerkontrollen. Mens moderate mængder alkohol kan få blodsukkeret til at stige, kan for meget alkohol faktisk få blodsukkeret til at falde – nogle gange kan det falde til farlige niveauer, fordi leveren er optaget af at omsætte alkohol og derfor ikke kan producere sukker (hvilket er noget leveren gør mellem måltider, så blodsukkeret bliver holdt nogenlunde stabilt). Øl og visse typer vin indeholder kulhydrater og kan måske få blodsukkeret til at stige. Alkohol stimulerer din appetit, hvilke kan medføre at du overspiser, og kan påvirke kontrollen af dit blodsukker. Alkohol kan også forstyrre de positive effekter, som oralt diabetes medicin eller insulin har. Hvis diabetes forværres, ødelægges skrøbelige blodceller i vigtige organer inklusiv øjne og nyrer. Da alkohol også bidrager til leversygdom, udsættes leveren derfor dobbelt.

Nyresygdom: Nyrenes normale funktion er at filtrere og fjerne metaboliske affaldsstoffer, der ophober sig i kroppen. Hvis du har en kronisk nyresygdom, fungerer dine nyrer ikke så godt, som de engang gjorde. Personer med nyresygdom har øget risiko for at udvikle hjertesygdom eller slagtilfælde. Alkohol ødelægger den skrøbelige balance mellem ioner og vand i kroppen, ved at ændre på nyrenes evne til at filtrere. Komplikationer i nyrene er endnu større, hvis personen også er diagnosticeret med skader på leveren grundet alkoholforbrug. Forhøjet blodtryk er en vigtig årsag til nyresygdom. For stort et alkoholindtag kan forhøje blodtrykket til usunde niveauer. Forskning indikerer, at det at drikke mere end tre genstande ved samme lejlighed imidlertid øger blodtrykket, og gentagen overdrevet drikkeri kan medføre langsigtede forøgelser.

Kræft: Kræft er overdreven vækst af muterede celler. Når celler muterer, vokser de uorganiseret og ofte aggressivt. Kræftceller kan invadere normale dele af kroppen, skade dem og forstyrre deres rigtige funktioner. Alkohol øger risikoen for kræft ved at skabe mutationer i celler. Det kan skabe mutationer enten ved at have direkte toksiske virkninger på celler – f.eks. i leveren og spiserøret – eller ved at blive lavet om til andre toksiske kemikalier, der kan medføre kræft – som i tilfældet med bryst- og mundkræft. Ligeegyldigt hvordan alkohol skaber mutationer, er der tydelig evidens for, at alkohol i en dosis-afhængig sammenhæng øger risikoen for kræft i mange organer, inklusiv svælg, strubehoved, spiserør, lever, bryst samt tyk- og endetarm.

Sektion 4. Forberedelse til ændringer i forbruget af alkohol

Denne sektion indeholder tre forskellige variabler, der udgør tre komponenter af motivation – vigtigheden af at forandre, tiltroen til at man kan forandre og paratheden til at forandre. Forklar, at disse er vigtige indikatorer for hvor forberedt din patient er på forandringer i alkoholforbrug og hvilke potentielle forhindringer, der står i vejen for denne forandring. Forklar, at selvom nogle føler, at en forandring er meget vigtig, er det muligt, at han/hun ikke føler sig i stand til at lave en forandring, hvilket afspejles i lave scorer på tiltroslinealen.

Vigtighed

Høje scorer reflekterer en tro på, at der er signifikant betydning i at lave en forandring. Patienter med lave scorer indikerer mindre lyst og færre grunde til at lave en forandring.

Tiltro

Høje scorer reflekterer en stor grad af selvtillid (tro på egne evner) eller evnen til at forandre sit alkoholforbrug. Patienter med lave scorer rapporterer ikke om megen tiltro til egne evner ift. at lave en forandring.

Parathed

Høje scorer reflekter parathed ift. at lave en forandring i alkoholforbruget. Patienter med lave scorer føler sig ikke parate til en sådan forandring.

Her er det nyttigt at begynde at udforske patientens opfattelse af disse motiverende komponenter og begynde at fremkalde forandringssnak.

Efter at have præsenteret patientens score på hver af linealerne, stil da følgende spørgsmål:

”Hvorfor er du en [det markerede tal] og ikke en [et lavere nummer, 2-3 fra det markerede tal]?”

Reflekter, uddyb, sammenfat og bekræft når det er relevant.

Spørg så:

”Hvad vil det kræve for dig at gå fra [det markerede tal] til [et højere nummer, 2-3 fra det markerede tal]?”

Reflekter, uddyb, sammenfat og bekræft når det er relevant.

APPENDIX D:

Forstå din personlige feedbackrapport (PFR)

Den personlige feedbackrapport (PFR) sammenfatter resultaterne fra baselineinterviewet før behandlingens start. Denne information er tænkt som en hjælp til at forstå den skriftlige rapport, som du har modtaget.

Feedbackrapporten består af fire sektioner, der hver især bygger på den information, du har givet i baselineinterviewet.

Sektion 1. Alkoholforbrug

a. Forbruget af alkohol:

Den første linje i denne sektion fortæller, hvor mange gennemsnitlige genstande pr. uge, som du har fortalt, at du har drukket den sidste måned op til baselineinterviewet. Forbruget er opgivet i genstande. En genstand er lige med 12 mg ren alkohol.

Listen nedenfor viser hvor mange genstande, der er i forskellige typer danske drikkevarer:

Type	Antal genstande
Alm. pilsner 4,6 % (33 cl)	1
Ceres Royal, Guld Tuborg (33 cl)	1,25
Elefant-øl, Giraf-øl o.l	1,5
Ceres Royal Strong Ale (33 cl)	1,75
Masterbrew (33 cl)	2,25
Hvidvin (12,5 %) 1 glas (1,5 dl)	1,25
Rødvin (14,5 %) 1 glas (1,5 dl)	1,5
Snaps (4 cl)	1
Cognac (40 %) (4 cl)	1
Whisky, gin vodka (40 %) (4 cl)	1 – 1,25
Hedvin (15 – 22 %)(7,5 cl)	0,9 – 1,25
1 flaske portvin	10
1 flaske spiritus	20
1 flaske martini	7
1 flaske champagne	6
1 flaske sherry	9

b. Anbefalede grænser for, hvad man bør drikke som voksen:

Sundhedsstyrelsen i Danmark anbefaler, at mænd ikke drikker over 21 genstande om ugen, og kvinder ikke drikker over 14 genstande om ugen.

c. Graden af beruselse:

Det handler ikke kun om, hvor mange genstande, man drikker pr. uge. Det er ikke sundt at drikke for eksempel 10 genstande om lørdagen, selvom man har sparet op til det i løbet af den resterende uge. Det er heller ikke hverken sikkert eller lovligt at drikke flere genstande og derefter køre bil. Graden af beruselse betyder med andre ord også noget.

Man vurderer graden af beruselse ved hjælp af 'promillen'. Promillen angiver, hvor mange promille alkohol man har i blodet på et givent tidspunkt. Den promille, der fremgår af den personlige feedbackrapport, er baseret på det, du fortalte i baselineinterviewet. Den promille, der er blevet beregnet, er den højeste promille, som du har haft inden for de sidste tre måneder, før du startede i Elderly-studiet.

Koncentrationen af alkohol i blodet er et vigtigt mål for i hvilken grad alkoholen påvirker din krop og din adfærd. Promillen bruges som bekendt også af politiet og andre myndigheder til eksempelvis at bestemme, hvorvidt du må køre bil eller ej.

Promillegrænsen for at køre bil i Danmark er 0,5, uanset alder og køn. Man skal samtidig bemærke, at der ikke er et 'sikkert' niveau for alkohol i blodet, når det handler om at køre bil eller deltage i anden risikofyldt aktivitet (f.eks. svømning, sejlsport, jagt o. lign).

d. Graden af tolerance for alkohol:

Graden af tolerance for alkohol er baseret på det højeste promilleniveau, som man har haft de sidste tre måneder forud for baselineinterviewet. Tolerancen refererer til evnen til at 'bære en brandert', dvs. at have alkohol i blodet uden at blive påvirket af det eller vise tegn på det. Nogen tror fejlagtigt, at høj grad af tolerance betyder, at man drikker mere sikkert end andre. Det passer ikke. En person med høj tolerance for alkohol føler sig eller viser ikke tegn på at være beruset, og når personen ikke kan føle tegn på beruselse, medfører det, at han/hun nemt

kommer til at drikke endnu mere alkohol. Personen løber derved en endnu større risiko for skader og for svær forgiftning uden at opdage det.

Sektion 2. Risici ved alkohol

I denne sektion beskrives de negative konsekvenser, som alkohol kan medføre. Beskrivelsen af konsekvenserne baserer sig igen på tiden lige inden du startede i Elderly-studiet. Du kan se, hvilke af skalaerne, som er særlig høje for dig. En høj score på nedenstående skalaer betyder, at dit alkoholforbrug har haft eller kan få betydelige konsekvenser.

Husk, alkohol øger risikoen for alvorlige konsekvenser, men omvendt så vil et ophør med alkohol reducere risikoen. Og hvis du allerede har oplevet negative konsekvenser af dit alkoholforbrug vil et stop kunne reducere sværhedsgraden af de påvirkninger, du har oplevet.

Fysisk helbred (FY)

Denne score viser graden af ubehagelige fysiske virkninger af alkohol, som f.eks. tømmermænd, søvnproblemer og sygdomme, tab af sundhed, påvirkning af udseende, spisevaner og seksualitet og skader, der er opstået, når man drikker.

Sociale forpligtelser (SF)

Disse konsekvenser minder om dem, der er beskrevet ovenfor, men konsekvenserne i denne søjle er tydeligere for omgivelserne. Det kan være arbejdsproblemer, dårlig arbejdsindsats, firing eller bortvisning fra arbejdet. Området omfatter også problemer med at bruge for mange penge, eller ikke at kunne opfylde andres forventninger.

Selvkontrol (SK)

Vigtige relationer kan blive påvirket negativt, når man drikker alkohol. Man kan miste partner, ægtefælle, venskab eller skade relationer til at familiemedlemmer. Man kan miste forældreevnen, og børnene kan miste deres mulighed for at være børn. Jo mere man drikker, jo mere vil ens børn være påvirket af og bekymret for alkoholforbruget.

Alkoholforbruget kan desuden skade ens omdømme på grund af måden, man opfører sig på, når man er beruset.

Følelsesmæssigt (FM)

Denne score beskriver de personlige konsekvenser, som alkoholforbruget har haft. Det omfatter for eksempel at man føler sig dårlig tilpas, ulykkelig, skyldig, at man har mistet muligheden for at udvikle sig, eller at man ændrer sig til det værre. Scoren beskriver også eventuel mangel på sunde interesser og aktiviteter, samt en manglende evne til at leve det liv, som man gerne vil.

Impulsivitet (IM)

Denne score beskriver personlig kontrol over handlinger eller begivenheder, eller mangel på samme. Det kan eksempelvis være overspisning, et øget forbrug af stoffer, impulsive handlinger, stor risikovillighed, slagsmål, kørsel og ulykker efter indtagelse af alkohol og problemer med loven, f.eks. arrestationer, samt at være skyld i materielle skader eller påføre skade på andre mennesker.

Sektion 3. Helbredsrisiko

I baselineinterviewet var der enkelte spørgsmål til dit fysiske helbred. Mange kroniske sygdomme kan udvikles eller påvirkes negativt, hvis man drikker større mængder alkohol.

Akut myokardieinfarkt (AMI) eller 'blodprop i hjertet': At drikke alkohol på dette niveau øger risikoen for forhøjet blodtryk, forgiftning af hjertets muskler og medfører et svagt hjerte, som ikke kan pumpe blodet rundt i kroppen. Dette kan betyde væskeophobning i benene (tykke ben), problemer med at trække vejret, brystmerter og i sidste ende død.

Perifere karsygdomme: Når du drikker, stiger dit blodtryk, og når blodtrykket er højt, presser det på vigtige kar i kroppen, som kan medføre store ødelæggelser i f.eks. hjernen og benene. Dette kan yderligere lede til amputation af ben, permanent svaghed eller lammelser, problemer med at tale eller måske ende med død.

Demens: Alkohol medvirker til et forhøjet blodtryk, som kan beskadige vigtige celler i hjernen. Det kan betyde hukommelsesbesvær, og man kan miste evnen til at tage vare på sig selv.

Mavesår: Alkohol kan forårsage sår på slimhinden i mavesækken, hvilket kan lede til mavesmerter og blødning fra maven.

Leversygdom: At drikke alkohol kan medføre skader på leveren. Hvis leveren ikke fungerer og er skadet, kan der opstå skrumpelever. Dette kan lede til problemer med svær ophobning af væske i maven og benene – herunder blødninger fra maven og halsen, man bliver konfus og risikoen for leverkræft og død øges markant.

Diabetes eller forværring af diabetes: Alkohol kan forværre blodsukkeret og være skyld i at niveauet for blodsukkeret falder og stiger uden kontrol. Blodkarrene bliver dermed alvorligt skadet og resultatet af dette er problemer med nyrerne og øjnene, hvor de mindste kar forefindes. Derudover er der en øget risiko for udvikling af mavesår.

Kræft: Alkohol ødelægger sunde og raske celler og ændrer dem til kræftceller. Alkohol er videnskabelig bevist til at øge risikoen for kræft mange forskellige steder i kroppen inklusiv leveren, brystet, munden, halsen, maven og tarmene.

Sektion 4. Forberedelse til ændringer i forbruget af alkohol

På baggrund af den information du gav i baseline interviewet, opsummerer denne sektion, hvor beredt du er med henblik på at ændre dine alkoholvaner. Sektionen gennemgår tre faktorer, der kan hjælpe (eller stå i vejen for) forandring. Man kan overveje, hvordan det kan være, at man valgte det tal, man gjorde – og ikke et lavere tal. Hvad er det, der motiverer til ændring af alkoholforbruget? Hvad er der behov for, for at det kan lykkes at gennemføre en ændring i alkoholforbruget?

Vigtighed

Er der gode grunde til skabe en forandring? Et højt tal betyder, at man oplever, at det er vigtigt at sænke alkoholforbruget. Et lavt tal afspejler en vis tøven overfor, om man tror, at man har behov for denne forandring.

Tiltro

Hvor sikker er man på, om man kan gennemføre en ændring af alkoholforbruget, hvis man ønsker det? En høj score betyder, at man tror på, at man kan gennemføre det. En lav score afspejler en tvivl om egne evner til at holde op med at drikke.

Parathed

Hvor villig, motiveret og klar er man overfor forandringer? Folk ændrer sig, når de er parate til det. Denne score beskriver, i hvor høj grad du er klar til forandringer. Måske er du allerede ved at forandre dit alkoholforbrug.

Resumé

Den personlige feedbackrapport indeholder en stor mængde information og oplysninger, som du oplyste under baselineinterviewet. Denne information kan virke overraskende og måske nedslående. En god måde at bruge rapporten på, er at se den som en del af beslutningen om at skabe en fremtid med eller uden alkohol. Mange af de problemer, der er beskrevet i den personlige feedbackrapport, kan mindskes inden for kort tid, hvis alkoholforbrug ophører eller nedbringes. Hvad du gør med denne information er helt op til dig selv. Rapporten er udviklet til at give dig et klarere billede af, hvor du er lige nu, så du kan træffe gode beslutninger om, hvor du gerne vil bevæge dig hen.

APPENDIX E:

Skemaer til CRAS-behandlingsforløbet

Oversigt over skemaer:

Nr.	Skema
A	Ønskede effekter af drikkeri
B	Personlige linealer – arbejdsark
C	Nye veje – arbejdsskema
D	Karakteristika ved succesfulde forandrere
E	Personlige tilfredshedskort – sorteringsøvelse
F	2x JA-tjekliste
G	Muligheder – arbejdsark
H	Alkohol afholdenhed færdigheder-fristelse (AASE-T)
I	Tanker om afholdenhed
J	Forandringsplan
K	Behandlingsplan
L	Overvågning af trang
M	Perspektiver på aldring
N	”Se fremad”-øvelse
O	”Hvem er jeg egentlig”-øvelse
P	Et gran af sandhed
Q	STORK: Forstå følelser og humør
R	Følelser og nuancer
S	Selvmonitorering af følelser
T	Tankeerstatning – arbejdsark
U	Liste over mulige behagelige aktiviteter
V	Et brev til mennesker i dit liv

SKEMA A**Ønskede effekter af drikkeri**

Alkohol kan virke på forskellig måde. Når du ser tilbage på de sidste tre måneder, hvad ønskede du da at opnå gennem at drikke? Læs hver 'ønskværdig effekt' nedenfor i kolonnen til venstre, og notér - i hvor høj grad, at det var denne effekt, du søgte gennem de seneste tre måneder:

Gennem de seneste 3 måneder hvor ofte søgte du da at opnå denne effekt gennem at drikke?		Aldrig 0	Ind- imellem 1	Ofte 2	Altid 3
1	At nyde smagen	0	1	2	3
2	At føle mig mere kreativ	0	1	2	3
3	At ændre mit humør	0	1	2	3
4	At mindske pres eller spændinger	0	1	2	3
5	At være social	0	1	2	3
6	At blive beruset eller fuld	0	1	2	3
7	At føle mig stærkere	0	1	2	3
8	At føle mig mere romantisk	0	1	2	3
9	At føle mig mindre deprimeret	0	1	2	3
10	At føle mig mindre skuffet over mig selv	0	1	2	3
11	At skærpe min bevidsthed	0	1	2	3
12	At have det godt	0	1	2	3
13	At undgå tanker eller følelser associeret med en dårlig oplevelse	0	1	2	3
14	At føle mig mere behagelig tilpas i sociale situationer	0	1	2	3
15	At komme over tømmermænd	0	1	2	3
16	At føle mig modig og i stand til at slå	0	1	2	3
17	At være en bedre elsker	0	1	2	3
18	At kontrollere min vrede	0	1	2	3
19	At føle mindre vrede over mig selv	0	1	2	3
20	At være i stand til at tænke klarere	0	1	2	3
21	At fejre	0	1	2	3
22	At kontrollere smertefulde minder om en svær oplevelse	0	1	2	3
23	At være i stand til at møde andre	0	1	2	3
24	At sove	0	1	2	3
25	At være i stand til at udtrykke vrede	0	1	2	3
26	At føle større seksuel ophidselse	0	1	2	3
27	At føle mindre skam	0	1	2	3
28	At føle mindre utilfredshed med mig selv	0	1	2	3
29	At være i stand til at arbejde eller koncentrere mig bedre	0	1	2	3
30	At slappe af	0	1	2	3
31	At glemme problemer	0	1	2	3
32	At have det dejligt	0	1	2	3
33	At holde op med at ryste eller dirre	0	1	2	3
34	At finde mod til at gøre noget, der er risikabelt	0	1	2	3
35	At nyde sex mere	0	1	2	3
36	At mindske frygt	0	1	2	3
37	At føle mindre skyld	0	1	2	3

Kilde: Tracy L. Simpson, Ph.D.; Judith A. Arroyo, Ph.D.; William R. Miller, Ph.D.; and Laura M. Little, Ph.D.

SKEMA B

Personlige linealer – arbejdsark

Patient: _____

Behandler: _____

Vigtighedslineal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke		Lidt		Ret		Vigtigt		Meget		Ekstremt
vigtigt		Vigtigt		vigtigt				vigtigt		vigtigt

Tiltroslineal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ingen		Lidt		Nogen		Tillid		Meget		Bestemt
tillid		Tillid		tillid				tillid		

Parathedslinal

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Slet ikke		Lidt		Ret		Parat		Meget		Totalt
parat		Parat		parat				klar		klar

SKEMA C

Nye veje – arbejdsskema

Patient: _____

Behandler: _____

Triggere		Effekter

SKEMA D

Karakteristika ved succesfulde forandrere

Karakteristika som jeg har, og som har været gode, når jeg skulle ændre noget.

Acceperende	Engageret	Hurtig	Rationel	Tilgivende
Afslappet	Erfaren	Intelligent	Receptiv	Tillidsfuld
Aktiv	Eventyrlysten	Ivrig	Reel	Troende
Ambitiøs	Fleksibel	Kapabel	Ressourcestærk	Trofast
Ansvarlig	Flittig	Klog	Rimelig	Troværdig
Assertiv	Fokuseret	Kompetent	Robust	Tålmodig
Bekræftende	Forankret	Kreativ	Sandfærdig	Unik
Bekymret	Forhåbningsfuld	Kvik	Selvbevidst	Ustoppelig
Beslutsom	Fornuftig	Kærlig	Selvsikker	Vedholdende
Betænksom	Forsigtig	Ligefrem	Ser fremad	Vidende
Brav	Forstående	Livlig	Solid	Villig
Dedikeret	Fri	Magtfuld	Spirituel	Vindende
Determineret	Frygtløs	Modig	Stabil	Vis
Direkte	Følsom	Munter	Stædig	Visionær
Drømmende	Får ting fra hånden	Opmærksom	Stærk	Voksen
Dygtig	Genial	Optimistisk	Sund	Ændringsparat
Effektiv	Glad	Ordentlig	Svær at slå ud	Ærlig
Eftertænksom	Grundig	Organiseret	Taknemmelig	Åben
Energisk	Hel	Positiv	Talentfuld	Årvågen

Kilde: Shelby Steen, 1999, University of New Mexico

SKEMA E

Personlige tilfredshedskort – sorteringsøvelse

Kopier på karton og klip det til kort.

Personlige tfredshedskort - sorteringsøvelse	Venner og socialt liv 1	Job/arbejde/pension 2
Hvor jeg bor 3	Penge og finansiell sikkerhed 4	Uddannelse og læring 5
Fritid og sjov 6	Humør og selvværd 7	Vrede og diskussioner 8

Stress og angst 9	Fysisk helbred 10	Spiritualitet 11
Seksualitet 15	Mad og vægt 16	Fysisk aktivitet og træning 17
Give andre omsorg 18	Mentale evner og hukommelse 19	Personlig tryghed og sikkerhed 20
JA	NEJ	

SKEMA F**2x JA-tjekliste**

<u>Livsområder</u>	Forbindelse til alkohol		Forandring ønsket		2x JA
	JA	NEJ	JA	NEJ	✓
1. At blive gammel					
Interpersonelle relationer					
2. Relation til ægtefælle/partner					
3. Venner og socialt liv					
4. Familierelationer					
5. Kærlighed og hengivenhed					
6. Seksualitet					
Sociale liv					
7. Fritid og sjov					
8. Give andre omsorg					
9. Personlig sikkerhed, tryghed					
Livsomstændigheder					
10. Job/arbejde /pension					
11. Hvor jeg bor					
12. Penge, finansiel sikkerhed					
Fysisk helbred					
13. Fysisk helbred					
14. Fysik aktivitet, træning					
15. Dagligdagens opgaver					
16. Mad, vægt					

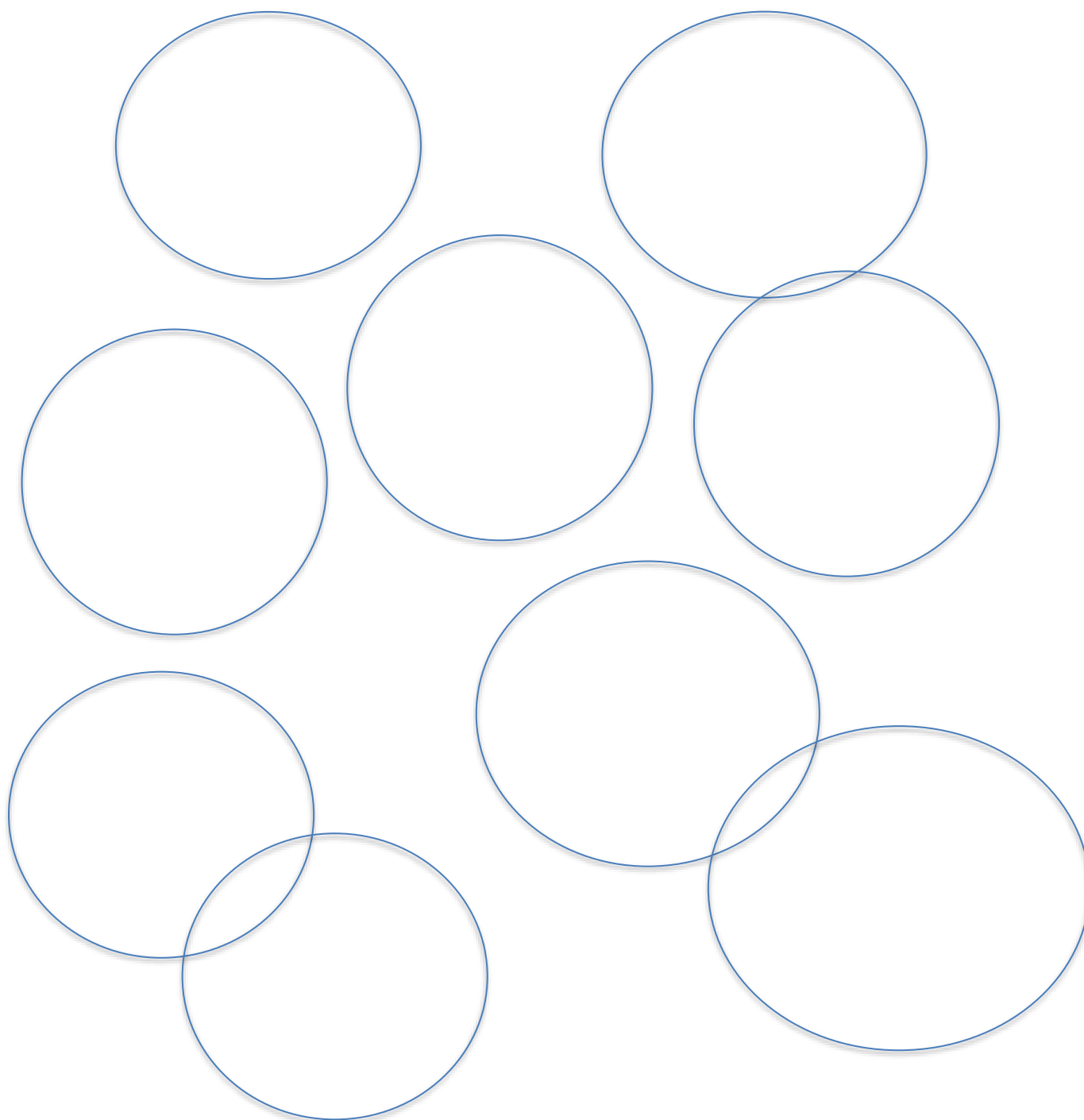
Psykisk helbred					
17. Humør og selvværd					
18. Stress og angst					
19. Vrede og diskussioner					
20. Spiritualitet					
21. Hukommelse					
22. Mentale evner					

SKEMA G

Muligheder – arbejdsark

Patient: _____

Behandler: _____



SKEMA H**Alkohol afholdenhed færdigheder-fristelse (AASE-T)**

Patient: _____

Behandler: _____

Dato: _____

Information: Nedenfor er en række situationer beskrevet, som fører til at nogle personer drikker. Vi vil gerne vide, ***hvor FRISTET du kan være til at drikke i hver enkelt situation.*** Sæt cirkel omkring det svar, der bedst beskriver følelsen af fristelse i hver situation på nuværende tidspunkt:

Føler mig **fristet**

Situation		Slet ikke	Ikke meget	Moderat	Meget	Ekstremt
1	Når det har været pinsomt eller en lidelse at stoppe med at drikke.	0	1	2	3	4
2	Når jeg har hovedpine.	0	1	2	3	4
3	Når jeg føler mig nedtrykt.	0	1	2	3	4
4	Når jeg er på ferie og gerne vil slappe af.	0	1	2	3	4
5	Når jeg er urolig eller bekymret for nogen.	0	1	2	3	4
6	Når jeg er meget bekymret/ængstelig.	0	1	2	3	4
7	Når jeg har trang til at prøve at drikke bare én genstand for at se, hvad der sker.	0	1	2	3	4
8	Når jeg bliver tilbudt en genstand i en social sammenhæng.	0	1	2	3	4
9	Når jeg drømmer om at drikke en genstand.	0	1	2	3	4
10	Når jeg ønsker at teste min viljestyrke overfor alkohol.	0	1	2	3	4
11	Når jeg føler et fysisk behov eller trang til alkohol.	0	1	2	3	4

12	Når jeg er fysisk træt.	0	1	2	3	4
13	Når jeg oplever fysisk smerte eller skade.	0	1	2	3	4
14	Når jeg er ved at sprænge i luften af frustration.	0	1	2	3	4
15	Når jeg ser andre drikke i en bar eller til en fest.	0	1	2	3	4
16	Når jeg har følelsen af, at alt går galt for mig.	0	1	2	3	4
17	Når dem, jeg plejer at drikke sammen med, opfordrer mig til at drikke.	0	1	2	3	4
18	Når jeg føler mig vred indeni.	0	1	2	3	4
19	Når jeg uforberedt og oplever en trang eller impuls til at tage en genstand.	0	1	2	3	4
20	Når jeg er begejstret eller fejrer noget med andre.	0	1	2	3	4

Information: Nedenfor er en række situationer beskrevet som fører til, at nogle personer drikker. Vi vil gerne vide, **hvor SIKKER du er på, at du IKKE vil drikke i hver enkelt situation**. Sæt kryds ud for det svar, der bedst beskriver følelsen/fornemmelsen af den tiltro du har på dig selv i hver situation på nuværende tidspunkt:

Sikker/tiltro

Situation		Slet ikke	Ikke meget	Moderat	Meget	Ekstremt
1	Når det er pinefuldt eller en lidelse at stoppe med at drikke.	0	1	2	3	4
2	Når jeg har hovedpine.	0	1	2	3	4
3	Når jeg føler mig nedtrykt.	0	1	2	3	4
4	Når jeg er på ferie og gerne vil slappe af.	0	1	2	3	4
5	Når jeg er urolig eller bekymret for nogen.	0	1	2	3	4
6	Når jeg er meget bekymret/ængstelig.	0	1	2	3	4

7	Når jeg har trang til at prøve at drikke bare én genstand for at se, hvad der sker.	0	1	2	3	4
8	Når jeg bliver tilbudt en genstand i en social sammenhæng.	0	1	2	3	4
9	Når jeg drømmer om at drikke en genstand.	0	1	2	3	4
10	Når jeg ønsker at teste min viljestyrke overfor alkohol.	0	1	2	3	4
11	Når jeg føler et fysisk behov eller trang til alkohol.	0	1	2	3	4
12	Når jeg er fysisk træt.	0	1	2	3	4
13	Når jeg oplever fysisk smerte eller skade.	0	1	2	3	4
14	Når jeg er ved at sprænge i luften af frustration.	0	1	2	3	4
15	Når jeg ser andre drikke i en bar eller til en fest.	0	1	2	3	4
16	Når jeg har følelsen af, at alt går galt for mig.	0	1	2	3	4
17	Når dem, jeg plejer at drikke sammen med, opfordrer mig til at drikke.	0	1	2	3	4
18	Når jeg føler mig vred indeni.	0	1	2	3	4
19	Når jeg uforberedt og oplever en trang eller impuls til at tage en genstand.	0	1	2	3	4
20	Når jeg er begejstret eller fejrer noget med andre.	0	1	2	3	4

Negativ

- 18 eller 38 Når jeg føler mig vred indeni
- 16 eller 36 Når jeg har følelsen af at alt går galt for mig
- 3 eller 23 Når jeg føler mig nedtrykt
- 14 eller 34 Når jeg er ved at sprænge i luften af frustration
- 6 eller 26 Når jeg er meget bekymret/ængstelig

Social / positiv

- 15 eller 35 Når jeg ser andre drikke i en bar eller til en fest
- 20 eller 40 Når jeg er begejstret eller fejrer noget med andre
- 4 eller 24 Når jeg er på ferie og gerne vil slappe af
- 17 eller 37 Når jeg plejede at drikke sammen med opfordrer/ tilskynder mig til at drikke
- 8 eller 28 Når jeg bliver tilbudt en genstand i en social sammenhæng

Fysiske og andre bekymringer/problemer

- 2 eller 22 Når jeg har hovedpine
- 12 eller 32 Når jeg er fysisk træt
- 5 eller 25 Når jeg er urolig eller bekymret for nogen
- 13 eller 33 Når jeg oplever fysisk smerte eller skade
- 9 eller 29 Når jeg drømmer om at drikke en genstand

Trang og længsel/lyst

- 1 eller 21 Når det er pinefuldt eller en lidelse at stoppe med at drikke
- 7 eller 27 Når jeg har trang til at prøve at drikke bare én genstand for at se hvad der sker
- 11 eller 31 Når jeg føler et fysisk behov eller trang til alkohol
- 10 eller 30 Når jeg ønsker at teste min viljestyrke over at drikke
- 19 eller 39 Når jeg uforberedt oplever en trang eller impuls til at tage en genstand

SKEMA I**Tanker om afholdenhed**

Patient: _____

Behandler: _____

Vi vil gerne vide, hvilket mål du har for dit alkoholforbrug på nuværende tidspunkt. Vær venlig at læse målene oplyst på denne side og markér med X det ene mål, der bedst repræsenterer dit eget mål på nuværende tidspunkt. Sæt kun ét X.

1. Jeg har ikke rigtigt noget klart mål i tankerne.	
2. Jeg vil gerne drikke alkohol på en kontrolleret måde – at have kontrol over, hvor ofte og hvor meget jeg forbruger.	
3. Jeg vil være fuldstændigt afholdende fra alkohol i en periode, hvorefter jeg tager stilling til, om jeg vil drikke alkohol igen eller ej.	
4. Jeg ønsker ikke længere, at det skal være en vane for mig at drikke alkohol, men jeg vil gerne kunne drikke alkohol engang imellem, hvis jeg virkelig føler trang til det.	
5. Jeg ønsker at holde helt op med at drikke alkohol en gang for alle, også selvom jeg næppe kan undgå et tilbagefald engang imellem.	
6. Jeg ønsker at holde op med at drikke alkohol en gang for alle og være fuldstændig afholdende resten af mit liv.	
7. Der er ikke nogen af målene ovenfor, der rigtigt passer til mig. Mit mål er:	

SKEMA J

Forandringsplan

Patient: _____

Behandler: _____

Dato: _____

Ting, jeg vil ændre	Hvordan jeg ønsker, at ting skal være	Plan (hvordan) og tidsperspektiv
1 Alkohol		
2		
3		
4		
5		

Behandlers underskrift: _____

Patients underskrift: _____

SKEMA K**Behandlingsplan**

Patient: _____

Behandler: _____

Dato: _____

Problemer til bearbejdning via behandling og henvisning	Formål eller specifikke mål, der skal opnås	Behandlingsplan (hvordan) og forventet tidsplan (hvornår)
1 Alkohol		
2		
3		
4		
5		

Behandlers underskrift: _____

Patients underskrift: _____

SKEMA L**Overvågning af trang**

Patient:			
Dato/Tidspunkt	Situation	0-100	Hvordan jeg reagerede

SKEMA M

Perspektiver på aldring

Tab, som jeg har oplevet i forbindelse med, at jeg er blevet ældre	Fordele, som jeg har oplevet i forbindelse med at jeg er blevet ældre

SKEMA N**”Se fremad”-øvelse**

Hvad vil jeg gøre med mit liv, hvis jeg kun har en uge tilbage? En måned? Et år? Ti år?

	Hvad jeg ville gøre:	Prioriteringer:
Hvis jeg kun havde én uge tilbage, ville jeg:		
Hvis jeg have en måned tilbage, ville jeg:		
Hvis jeg have et år tilbage, ville jeg:		
Hvis jeg havde 10 år tilbage, ville jeg:		

Hvad er mine prioriteringer i det, jeg har skrevet? Hvad er det mest vigtige, som jeg ville gøre i den tid, jeg har tilbage?

SKEMA O**”Hvem er jeg egentlig”-øvelse**

	Skriv karakteristika og aktiviteter	Hvad kan jeg genoptage?
Hvilken slags person er jeg?		
Hvad kan jeg lide at gøre?		
Hvad savner jeg allermost?		
Hvad kunne jeg lide at lave, da jeg var barn?		
Hvad kunne jeg lide at lave, da jeg var ung?		

SKEMA P**Et gran af sandhed**

Negativ tanke	Gran af sandhed	Balancerende tanke

SKEMA Q**STORK: Forstå følelser og humør****S Din situation**

Der er mennesker, steder og ting omkring dig.

Mange mennesker tænker ofte, at de føler på en bestemt måde eller kommer i et bestemt humør på grund af det, der sker omkring dem.

Det er imidlertid kun en del af det samlede billede.

T Dine tanker

Ingen situation påvirker dig, før du har fortolket den.

Hvordan du tænker om det, der sker, har stor indflydelse på, hvad du føler i forhold til dette.

Forskellige tanker eller fortolkninger leder til forskellige følelser.

O Din organismes (fysiske eller kropslige) oplevelse

Dine følelser og det, der samtidig sker med din krop, er også en vigtig del af dit humør. Mange følelsesmæssige reaktioner indebærer en særlig fysisk oplevelse, f.eks. opstemthed, angst, vrede mv. Hvilke følelser du oplever, afhænger delvist af, hvordan du fortolker eller benævner det, der sker i din krop.

R Din respons eller reaktion

Hvordan du reagerer, (dvs. hvad du gør som svar på S, T og F), har også en stor indflydelse på dit humør.

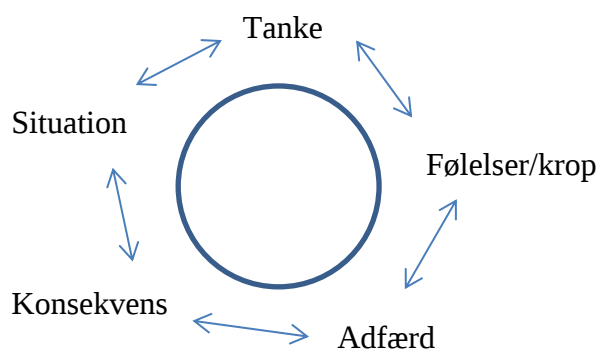
Forskellige handlinger leder til forskelligt humør og forskellige følelser.

K Konsekvenser af din respons

Hvordan du reagerer og hvad du gør, har betydning for konsekvenserne. Dine omgivelser (især andre mennesker) reagerer på, hvad du gør.

Disse konsekvenser påvirker også dit humør og dine følelser, og bliver en del af din situation.

Cyklussen gentager sig.



SKEMA R**Følelser og nuancer****Glad**

Begeistret	Opstemt
Har det godt	Optimistisk
Henrykt	Stolt
Lykkelig	Tilfreds
Lystig	Veltilpas
Mild	

Ked

Bedrøvet	Nedtrykt
Deprimeret	Sorgfuld
Fortvivlet	Såret
Grædefærdig	Ulykkelig
Melankolsk	”Være nede”
Nedstemt	

Vred

Gal	Pirrelig
Hadefuld	Rasende
Harm(dirrende)	Sur
Irriteret	Tosset
Olm	Utilfreds
Ondsindet	

Angst

Bange	Panisk
Dirrende som espeløv	Rædselsslagen
Frygtsom	Skrækslagen
(Hunde-)ræd	Skræmt
”Kylling”	Urolig
Nervøs	

SKEMA S**Selvmonitorering af følelser**

Patient: _____

Behandler: _____

Humørbarometer. Vurdering: _____ -10O.....+10 Meget Negativ Neutral Meget Positiv	Humørbarometer. Vurdering: _____ -10O.....+10 Meget Negativ Neutral Meget Positiv	Humørbarometer. Vurdering: _____ -10O.....+10 Meget Negativ Neutral Meget Positiv
S situation:	S situation:	S situation:
T tanker:	T tanker:	T tanker:
O oplevelse:	O oplevelse:	O oplevelse:
R respons:	R respons:	R respons:
K konsekvens:	K konsekvens:	K konsekvens:

SKEMA T**Tankeerstatning – arbejdsark**

Patient: _____

Behandler: _____

Giftig tanke	Resultatfølelse(r)	Erstatningstanke	Resultatfølelse(r)

SKEMA U

Liste over mulige behagelige aktiviteter

Nedenfor er en liste over forskellige måder, som mennesker morer sig eller finder glæde ved.

Måske vil du synes om nogen af dem:

Køre en tur og se noget nyt	Få massage
Slappe af og læse avisen	Tage et varmt bad
Hjælpe børn med lektier	Genoptage din yndlingsbeskæftigelse fra du var barn
Plante noget og se det gro	Sæt blomster i en vase
Gå en tur	Giv nogen et kompliment
Tage en lur	Tilbyd nogen, der har behov, at være babysitter
Bygge noget af træ	Ring til nogen i din familie
Fodre fugle	Skriv til en god ven
Nyde en særlig dessert	Gå i biografen, måske med et barn
Løbe en tur	Lav en stor portion popcorn
Stå tidligt op og se solen stå op	Lyt til din yndlingsmusik
Gå tur med hunden	Læs en bog
Lege med frisbee	Bag småkager
Sy noget	Lav mad til en ven
Nyde en afslappet morgenmad	Syng
Gå i butikker	Skriv dagbog
Få en make-up demonstration	Spil golf eller minigolf
Købe nyt tøj	Ryd ud i din pung
Tage et fodbad	Læs gamle breve, som du har gemt
Massere fødderne	Læs digte
Skrive et brev til nogen, der har hjulpet dig	Skriv digte
Gå i kirke	Start en kasse med minder
Strikke	Læs din yndlingsbørnebog
Besøge en gammel ven	Om-møbler stuen
Lave et yndlingsmåltid	Ring til en ven, der får dig til at le
Ligge i græsset	Bag en kage
Spise ude	Dagdrøm lidt
Se en morsom film	Nyd en stille morgen
Gå til gymnastik	Mal neglene
Spille tennis	Anlæg (eller fjern) dit skæg
Gå på loppemarked	Prøv en ny frisure
Prøve en ny opskrift	Opsøg din familiehistorie
Drikke kaffe med en ven	Engager dig som frivillig
Gå på museum	Mal et værelse
Gå ved vandet	Vask din bil

Besøge nogen, der er bundet til deres hjem	Gå ud og dans
Cykle	Gå i haven
Købe en lille gave til en ven	Syng i kor
Sidde ligeså stille for sig selv en stund	Gå i byen
Gå på biblioteket	Gå til et åbent hus-arrangement
Spille kort	Gå ud at spise
Lægge rent sengetøj på	Giv eller få en fodmassage
Spille et instrument (eller lære det)	Gå i akvariet
Gå i Zoologisk have	Lav et bål
Se på kort og find steder at besøge	Smil
Ride på heste	Tegn en tegning
Ordne familiebilleder	Tag en svømmetur
Meditere	Lyt til dit yndlings-radioprogram
Campere	Læg fødderne op
Lede på internettet	Se dit yndlings tv-program
Plukke bær	Indram et billede
Lav hjemmelavet is	Lav en hotdog
Læse et blad	Tag en tur med toget
Gå i fitnesscenter	Gå til timer i et nyt fag
Bruge tid med dit barn	Gå til koncert
Restaurere gamle møbler	Vaske vinduer
Male et billede	Flyve med drage
Ring til nogen, du kan lide	

SKEMA V

Et brev til mennesker i dit liv

Hjælp til at overvinde problemer med alkohol

Din støtte kan gøre en forskel. Jo mere støtte folk har, når de skal gennemføre store ændringer i deres liv, jo mere sandsynligt er det, at det lykkes.

Alkoholproblemer er en alvorlig sag. Selvom samfundet og medierne opmuntrer til at man drikker alkohol i store mængder, er alkohol en af vort samfunds største helbredsmæssige udfordringer. Hvert år dør mange mennesker på grund af et overforbrug af alkohol. Mennesker, der har et overforbrug af alkohol, kan blive decideret afhængige.

Det kan være svært at overvinde problemer med alkohol. Personen, som du holder af, kan have humørsvingninger, problemer med isolation, problemer med at sove, og problemer med at kontrollere sit temperament. I den første periode, hvor folk holder sig ædru, er det almindeligt at mennesker oplever disse ting, mens de prøver at tilpasse sig et ædru liv.

Vær tålmodig. Det kan være fristende at sige 'kom nu over det'. Men hvis det var så simpelthen, ville personen have ændret sig for længe siden. Processen med at komme sig kan gå langsomt, det kan gå op og ned, og det kan være pinefuldt at se folk lave fejltagelser og endog få tilbagefald. Det er fremskrift i det lange løb, der tæller. Det er naturligt at blive utålmodig eller frustreret ind imellem, men du vil give et uvurderligt bidrag, hvis du kan fokusere på personens behov, lytte uden at dømme og give personen tid og rum til at ændre sig.

Du kan hjælpe på mange måder, hvis personen ønsker din hjælp. Det er helt op til personen at beslutte, om og hvordan du kan hjælpe. Du skal imidlertid ikke trænge på med hjælp, hvor den ikke er ønsket. Nedenfor er en liste over måder, du kan hjælpe på:

Spørg personen, som du holder af, hvordan du kan støtte. Du er måske eller måske ikke villig til at gøre alt det, som personen gerne vil have, men vær sikker på, at du forstår, hvad han eller hun finder hjælpsomt.

Tilbyd aldrig personen alkohol eller nogen form for andet stof. Køb ikke alkohol til ham/hende og gør det ikke på anden måde nemt at drikke.

Beskyt ikke personen fra de naturlige konsekvenser af at drikke alkohol. Lyv ikke for at beskytte personen, for at foregive at alkohol ikke er et problem eller for at rydde op efter en drikkeepisode.

Læs om alkoholproblemer.

Støt behandlingsprocessen. Spørg personen, hvordan det går i behandlingen, og spørg om, hvad der ser ud til at hjælpe. Der kan være nye færdigheder, som du kan hjælpe personen med at træne. Hvis personen beder dig deltage i en behandlingssession, kan du overveje at gøre det.

Opmuntre personen til at blive i behandlingen, også selvom han eller hun indimellem ikke har lyst eller i perioder ikke føler, at det hjælper. Det er normalt at være ambivalent om behandling, men den eneste løsning er at møde op i behandlingen og tale om disse følelser.

Lyt uden at dømme. Ofte er det hjælpsomt at kende nogen, som man har tillid til og som bare lytter. At vinde tillid betyder at lytte uden at dømme, uden at forsøge at løse den andens problemer og uden at blive chokeret over hvad den anden fortæller. Husk også at respektere grænserne for, hvad personen vil og ikke vil fortælle dig. Hvis han/hun for eksempel ikke vil fortælle dig om sit forhold til alkohol, så lad være med at insistere på det. Du kan opmuntre ærligt, men også respektere personens grænser.

Støt selvkontrol. Mennesker med problemer med alkohol har ofte mistet kontrol over deres liv og føler sig magtesløse. Jo mere du giver personen mulighed for at tage sund kontrol, jo bedre. Undgå magtkampe (argumentering, tvang), eftersom det sjældent hjælper, men ofte skader.

Lad være med at bebrejde eller dømme personen. At bruge tid på at finde ud af, hvem der har skyld, er sjældent hjælpsomt. For mennesker, der har været afhængige af alkohol, har der som oftest været tale om en måde at håndtere livet på. Det kan tage et stykke tid at lære andre måder at gøre det på.

Husk, at det er op til personen at forandre sig. Du kan støtte og opmuntre, men ingen kan tage valget for personen eller tvinge ham eller hende til at opgive alkohol. Straf, skyld og trusler fører sjældent til positive forandringer.

Hvis du hyppigt oplever, at du har negative følelser overfor personen, kan du overveje selv at søge støtte. Du kan f.eks. henvende dig i Alkoholbehandlingen med henblik på at få støtte til dig selv. Støttegrupper som AA tilbyder også selvhjælp til familiemedlemmer og venner til mennesker, der har problemer med alkohol.

Hvis du føler, at du ikke kan være en hjælp i personens forandringsproces, er det bedre at lade være med at gøre noget, end at gøre skade. Respekter personens feedback til dig om, hvor hjælpsom du er eller ikke er i forhold til hans eller hendes forandringsproces. Hvis personen beder dig træde tilbage, så træd tilbage.

Behandl personen, som du holder af, med største venlighed og respekt. "Et kærligt hjerte er sand visdom" (Charles Dickens).