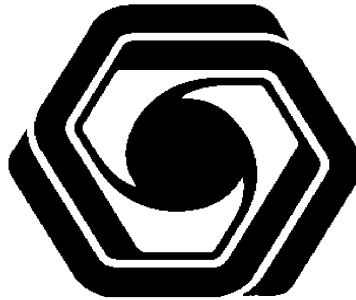


CENAPS®MODELLEN

**for Helbredelse og
Tilbagefaldsforebyggelse***



***Sammensat og redigeret efter ”The Gorski-CENAPS Model for Recovery and
Relapse Prevention”**

af

**Terence T. Gorski, President
The CENAPS® Corporation**

Et overblik over et forskningsbaseret system, der virker.

Forord	3
Bemærkning til den danske oversættelse.....	3
Oversigt over CENAPS®modellen	4
1.1 <i>Forskningsfundament</i>	4
Kliniske metoder.....	4
Litteratur og studier	4
Teoretisk struktur	5
2. Udviklingsmodel for helbredelse (The Developmental model, DMR).....	9
3. Tilbagefaldsforebyggelsesmodellen.....	9
1.2 <i>Målgrupper</i>	10
Tilpasning til særlige målgrupper	10
1.3 <i>Niveauer af klinisk anvendelse</i>	11
Niveau 1 – Håndtering af højrisikosituationer og andre problemer	11
Niveau 2 – Grundlæggende personligheds- og livsstilsproblemer	11
Behandling 1. Tilbagefaldsforebyggende rådgivning.....	11
Behandling 2. Tilbagefaldsforebyggende terapi.....	11
1.4 <i>Vejlederens egenskaber</i>	13
Rådgiverens helbredelsesstatus.....	14
Ideelle egenskaber hos rådgiveren:	14
Terapeutisk adfærd:.....	14
Rådgiverens/terapeutens rolle:.....	14
Typiske sessioner:.....	14
Emner eller temaer:.....	14
Behandling med arbejdsbøger:	14
Basale helbredelsesfærdigheder.....	15
Introspektive og kognitive færdigheder:	15
Social bevågenhed og affektive færdigheder:	15
Adfærdsmæssige færdigheder:	15
Sociale færdigheder:	15
Færdigheder til identifikation af advarselstegn:	15
Færdigheder til udarbejdelse af helbredelsesprogram:.....	16
1.5 <i>Forenelighed med andre modeller og standarder</i>	17
Lignende tilgange.....	17
Forskellige tilgange.....	18
Forenelighed med andre behandlingsformer.....	18
1.6 <i>Forenelighed med standarder</i>	19

Forord

Gennem de sidste tredive år er udbredelsen af CENAPS®modellen blevet en realitet, der hjælper mennesker i USA, Island, England, Danmark, Sverige, Ungarn og mange andre lande verden over. Mere end 3.000 fagfolk er trænet i at anvende modellen og dens systematiske redskaber indenfor et bredt spektrum lige fra det konkrete misbrug over den adfærdsmæssige sundhed til de økonomiske og samfundsmæssige problemer. CENAPS®modellen imødegår desuden mange af de mentale helbredsmæssige problemer, der ofte ses i sammenhæng med misbrug og afhængighed. Eksempelvis depression, selvmordstanker og antisocial adfærd.

I det følgende får du en overordnet gennemgang af CENAPS®modellen, som har til formål at skabe et overblik over hele systemet og vise, hvordan de forskellige delkomponenter fungerer sammen.

Vi håber, at du både vil nyde og drage fordel af en forståelse for modellens aktuelle status, og at denne forståelse vil hjælpe dig til at bruge dens komponenter mere effektivt.

Bemærkning til den danske oversættelse

Vi har i den danske oversættelse tilpasset dele af indholdet til danske forhold. Visse begreber er formet efter generelle standarder indenfor dansk misbrugsbehandling, og endeligt er passager udeladt af hensyn til det lettilgængelige overblik. Enkelte afsnit er dog beholdt, uagtet de beskriver amerikanske forhold, da vi finder, at de er nødvendige for at give et samlet billede af CENAPS®modellen.

Oversigt over CENAPS®modellen

Del 1

CENAPS®modellen er et omfattende system til diagnosticering og behandling af misbrugsforstyrrelser, sameksisterende psykiske lidelser og situationsbetingede livsstilsproblemer. Modellen er baseret på en bio-psyko-social model for afhængighed, en udviklingsmodel for helbredelse og en tilbagefaldsforebyggende model, hvor der til hver komponent hører behandlingsmetoder der er baseret på anerkendte kognitive, affektive, adfærdsbetingede og sociale terapier.

1.1 Forskningsfundament

CENAPS®modellen er et forskningsbaseret behandlingssystem designet til kontinuerligt at udvikle sig ved at være i stand til at integrere nye videnskabelige resultater og samtidig tilpasse sig aktuelle økonomiske krav. Modellen er tilrettelagt med udgangspunkt i en tværfaglig behandlingsindsats og kan tilpasses den personlige, kliniske stil hos terapeuter og behandlingspersonale, mens den samtidig imødekommer de individuelle behandlingsbehov hos klienterne. Det forskningsmæssige ophav for modellen er blandt andet hentet fra:

Kliniske metoder

Den oprindelige version af CENAPS®modellen blev udviklet på grundlag af kliniske observationer af afhængighed, helbredelse og tilbagefald. Gennem disse kliniske erfaringer med afhængige patienter på tre forskellige behandlingscentre opstod muligheden for at observere symptomerne på afhængighedsudvikling i forskellige stadier, helbredelsesprocessen i perioder på op til to års ambulat behandling samt tilbagefaldsprocessen. Disse observationer blev omhyggeligt dokumenteret og sammenfattet i en beskrivende model.

Litteratur og studier

Undersøgelser og litteratur fra 1973 og fremefter blev gennemgået, og nye videnskabelige fremskridt blev integreret i en række af modellens komponenter.

- **Casestudier:**

Over tusind tilbagefaldsforebyggende cases blev gennemført i overensstemmelse med The National Relapse Prevention Certification School. Herigennem blev det demonstreret, at over 80 % af klienterne formåede at stoppe deres tilbagefaldsmønster ved hjælp af CENAPS modellen.

- **Resultatorienterede studier:**

Flere resultatorienterede studier blev gennemført i samarbejde med behandlingsprogrammer, der benyttede CENAPS®modellen og herefter sammenlignet med resultatet fra andre programmer. Studierne viste entydigt, at generel afholdenhed blev opnået efter et års behandling for mellem 60 til 80 % af de deltagende klienter, og klienter med særlig risiko for tilbagefald var i stand til at opnå gode resultater ved brug af den tilbagefaldsforebyggende behandlingskomponent.

- **Kontrollerede studier:**

Et NIDA (The National Institute on Drug Abuse) studie af Miller¹ om Gorski's advarselstegn på tilbagefald blev gennemført. Det viste at disse advarselstegn i høj grad kunne forudsige tilbagefald.

¹ W. R. Miller og J. R. Harris, "Simple Scale af Gorski's Warning Signs for Relapse", *Journal og Studies on Alcohol*, 61(5) (September 2000): 759-765.

Teoretisk struktur

CENAPS®modellen er konstrueret ud fra tre primære teoretiske modeller:

1. Den bio-psyko-sociale model for misbrug
2. Udviklingsmodellen for helbredelse
3. Tilbagefaldsforebyggelsesmodellen

1. Den bio-psyko-sociale model

Den bio-psyko-sociale model for misbrug er en integration af fire videnskabeligt funderede afhængighedsforståelser: A. Neuropsykologisk prædisposition, B. Neuropsykologisk respons, C. Social indlæring og D. Kognitiv terapi vedrørende misbrug. Elementerne i disse forståelser er blevet oversat til almindeligt sprogbrug og igennem CENAPS-modellen sammenfattet i en helhed. Delelementerne vil i det følgende blive forklaret, så deres anvendelse i forhold til CENAPS®modellen nemt kan genkendes.

A. Neuropsykologisk prædisposition²

Den neuropsykologiske prædisposition beskriver *de præeksisterende hjerne- og centralnervesystems problematikker*, som øger risikoen for at blive afhængig. Disse prædisponerede neuropsykologiske risikofaktorer kan være koblede til genetisk arvelige træk, hjerneforstyrrelser forårsaget af forkert pleje før fødslen, effekter af alkohol- eller stofmisbrug før fødslen, misbrug i det tidlige spædbarnsstadie såsom fysisk vanrøgt, manglende berøring og kærlig menneskelig kontakt eller svære psykologiske traumer påført på forskellige tidspunkter gennem barndommen og ungdomsårene.

De præeksisterende neuropsykologiske problemer gør mennesker mere sårbare eller modtagelige overfor misbrug og afhængighed af alkohol og andre stoffer og mindre modstandsdygtige overfor de skadelige konsekvenser på hjernen, som alkohol og stoffer har. Disse præeksisterende problemer bliver ofte forværret af alkohol og stoffer, og gør det vanskeligere at holde op med at drikke og tage stoffer.

Prædisponerende neuropsykologiske symptomer kan være: (1) tendens til svære humørsvingninger; (2) koncentrationsbesvær; (3) besvær med at fastholde og færdiggøre opgaver; (4) manglende impuls kontrol; (5) tendens til at være hyperaktiv og irriterbar; (6) kognitive skader, der forstyrrer selvopfattelsen, opfattelsen af de direkte omgivelser, den abstrakte tænkning, problemløsning, læring af tidligere erfaringer og logiske konsekvenser af den aktuelle adfærd samt undgåelse af fremtidige problemer.

Den tidlige forskningsbasis for den neurobehavioristiske model var analysen af 139 understøttende videnskabelige studier.³

² I litteraturen bliver denne model og dens relaterede teorier ofte kaldt den "neurobehavioristiske model." Eftersom modellen inddrager de neuropsykologiske reaktioner, som prædisponerer mennesker til hurtigt at udvikle svære problemer i relation til brugen af alkohol og stoffer, anvendes termen "neuropsykologisk prædisponeringsmodel", fordi den er mere beskrivende og bidrager til at skelne denne model fra de øvrige modeller, der var inddraget i den bio-psyko-sociale model.

³ Ralph E. Tarter, Arthur I. Alterman and Kathleen L. Edwards "Neurobehavioral Theory of Alcoholism Etiology", IN: EDS: C. D. Chaudron and D.A. Wilkinson, *Theories on Alcoholism* (Toronto, Canada: Addiction Research Foundation, 1988).

B. Neuropsykologisk responsmodel for afhængighed⁴

Den neuropsykologiske responsmodel beskriver *de primære reaktioner i hjernen og i nervesystemet ved indtagelsen af alkohol og stoffer*, som motiverer mennesker til at fortsætte med at bruge stadig større mængder, og gør det svært at stoppe, selvom alvorlige problemer og konsekvenser udvikler sig.

- **Neurobiologisk styrke:**

Mennesker med høj risiko for at blive afhængige oplever såkaldt neurobiologisk styrke, når de bruger alkohol eller stoffer, fordi rusmidlerne medfører en behageligt sanset kemisk respons i hjernen. Denne respons forårsager en tilstand af eufori, der opleves som en unik følelse af nydelse og velvære og således som en positiv styrke, som motiverer mennesker til at fortsætte med at bruge alkohol og stoffer.

- **Tolerance:**

Mennesker med høj risiko for at blive afhængige udvikler øget tolerance, når de begynder at bruge alkohol og andre stoffer regelmæssigt og i store mængder. Tolerance opstår gennem neurokemiske processer i hjernen, der tilpasser sig brugen af alkohol og stoffer på en måde, som får mennesker til at føle sig mere normale, når de er påvirkede. Det betyder, at efterhånden som tolerancen stiger, er de nødt til at bruge stadig større mængder af alkohol og stoffer for blot at føle sig ”normale” og endnu mere for at opnå den ønskede eufori. Kombinationen af neurobiologisk styrke og tolerance motiverer mennesker til oftere og oftere at bruge stadig større mængder af alkohol og stoffer.

- **Fysisk afhængighed:**

Når mennesker med høj risiko for at blive afhængige bruger alkohol og stoffer oftere og i større mængder, udvikler de efter al sandsynlighed fysisk afhængighed. Dette sker, fordi deres hjerner ved tilvænning får brug for en bestemt mængde alkohol eller stoffer for at fungere ”normalt”. Hvis den mængde alkohol eller stoffer, som er nødvendig for at opnå en normal funktionsevne, ikke opfyldes, opleves abstinenssymptomer i form af følelsesmæssig og fysisk stress.

Abstinenssymptomerne opleves desuden i to forskellige stadier: *akutte abstinenser*, som opstår umiddelbart efter, at brugen af alkohol og stoffer ophører; *post akutte abstinenser*, som varer ved over længere tid efter ophøret af brugen af alkohol og stoffer.

Alkohol- og stofabstinenser motiverer mennesker til at begynde at bruge alkohol og stoffer, når de forsøger at stoppe. Akutte abstinenser producerer øjeblikkelige og alvorlige symptomer, som ofte medfører en tilbagevenden til brug af rusmidler i timer eller dage efter forsøget på at stoppe. Post akutte abstinenser medfører en kronisk tilstand af mild depression efterfulgt af vanskeligheder med at tænke klart, en tendens til at svinge mellem perioder med følelsesmæssig overreaktion og følelsesmæssig lammelse, besvær med at kontrollere impulser og problemer med selvmotivationen. Disse symptomer bliver mere alvorlige i perioder med et højt stressniveau. Post akutte abstinenser motiverer desuden mennesker til at begynde at bruge alkohol og stoffer i perioder med højt stressniveau selv efter lang tids afholdenhed.

- **Progressiv hjerneforstyrrelse:**

Mennesker, som bliver afhængige, udvikler progressive hjerneforstyrrelser, der kan blive så alvorlige, at de lever op til kriteriet for *”mental forstyrrelse forårsaget af rusmiddel”*. Denne alvorlige hjerneforstyrrelse gør personen ude af stand til at leve med et samtidigt fuldt og helt ansvar for sit liv. I svære tilfælde ødelægges evnen til at udføre normale daglige handlinger.

⁴ I litteraturen kaldes denne model og dens relaterede teorier ofte den ”neurobiologiske model”. Eftersom modellen inddrager de direkte neuropsykologiske reaktioner på alkohol- og stofmisbrug bruges termen ”neuropsykologisk responsmodel”, da dette er mere beskrivende og hjælper til at adskille denne model fra de andre modeller, som er integrerede i den biopsykosociale model.

Den tidlige forskningsbasis for den neurobiologiske model var analysen af 160 understøttende videnskabelige studier.⁵

C. Social læringsmodel

Læringsmodellen er baseret på omfattende beviser for, at udvikling af afhængighed af alkohol og stoffer er relateret til *en kompleks interaktion mellem personlige, interpersonelle og miljømæssige faktorer*, som motiverer mennesker til at bruge alkohol og stoffer for at kunne rumme og håndtere forskellige oplevelser. Disse faktorer og deres indbyrdes forhold kan opsummeres på følgende måde:

Indirekte læring:

Mennesker tillærer sig et sæt af selvregulerende reaktioner i forhold til alkohol og stoffer ved at observere andre menneskers håndtering af netop stoffer og alkohol eller begivenheder, der relaterer sig til disse. De selvregulerende reaktioner udvikles allerede i barndommen og bliver enten styrket eller udfordret som et resultat af kontinuerlige udviklings- og livserfaringer. De selvregulerende reaktioner omfatter:

- overbevisninger om alkohol- og stofmisbrug.
- færdigheder til at få fat i og bruge alkohol og stoffer.
- færdigheder der opnås ved at observere alkohol- og stofpåvirket adfærd.
- færdigheder til at bedømme fordele og ulemper forbundet med brugen af alkohol og stoffer.
- *selvbelønnende adfærd*, når brugen af alkohol og stoffer går i spænd med personens overbevisninger og værdier
- *selvstraffende adfærd*, når en persons brug af alkohol og stoffer ikke går i spænd med deres overbevisninger og færdigheder til at tackle konsekvenserne af deres alkohol- og stofmisbrug.

Personlig erfaring med alkohol- og stofmisbrug:

De personlige erfaringer, observationer og generelle oplevelser knyttet til alkohol og stoffer danner grundlaget for de selvregulerende reaktioner, som er forbundet med selve brugen af alkohol og stoffer.

Positiv forventning:

Mennesker kan udvikle den overbevisning, at brugen af alkohol og stoffer vil give dem positive oplevelser og resultater. De vil heraf begynde at forvente og regne med disse resultater.

Betinget trang:

Særlige erfaringsbestemte eller følelsesbestemte oplevelser bliver kædet sammen med de positive effekter af alkohol og stoffer og aktiverer derfor en trang til at bruge alkohol og stoffer.

Tilpasning af selvregulerende processer:

Mennesker kan langsomt tilpasse deres selvregulerende reaktioner for at maksimere positiv effekt og/eller minimere negativ effekt. Det betyder, at der udvikles en forvrængning af opfattelse, samt irrationelle tankegange, som understøtter en positiv

⁵ Boris Tabakoff and Paula L. Hoffman, "A Neurobiological Theory of Alcoholism", IN:EDS C.D. Chaudron and D.A. Wilkinson, *Theories of Alcoholism* (Toronto, Canada: Addiction Research Foundation, 1988)

overbevisning omkring brug af alkohol og stoffer på trods af alvorlige, negative og til tider fremskredne konsekvenser.

Selvforstærkende afhængighedscyklus

En selvforstærkende afhængighedscyklus kan udvikle sig og låse personen fast i et mønster med en fortsat stigende grad af dysfunktionel tankegang og adfærd.

Den tidlige forskningsbasis for den sociale læringsmodel var analysen af 111 understøttende videnskabelige studier.⁶

D. Kognitiv terapi i forhold til misbrug

CENAPS®modellen er fuldt ud forenelig med kognitive terapeutiske principper for misbrugsbehandling.^{7 8} Den kognitive model for misbrugsbehandling er baseret på den observation, at misbrugere udvikler et sæt af irrationelle overbevisninger, der understøtter deres fortsatte brug af alkohol og stoffer samtidig med, at de blokerer for eller bagatelliserer vigtigheden af de problemer, som deres misbrug forårsager. Ved behandling etableres et samarbejde med klienten, som skal hjælpe ham eller hende til at identificere og udfordre disse basale afhængighedsbetingede overbevisninger.

Aaron Beck bidrager med 239 videnskabelige referencer, som understøtter den kognitive terapimodel til behandling af misbrug. Albert Ellis bidrager med 139 videnskabelige referencer, som understøtter anvendelsen af ”The Rational Emotive Behavior Terapi” (REBT) til behandling af misbrugere.

Hovedpunkterne i de fire ovennævnte forståelser af afhængighed blev i sin tid oversat til et fællessprog, sammenfattet og integreret i hinanden for dermed at skabe grundlaget for den nuværende CENAPS®model. Modellen er siden da blevet opdateret for at sikre, at den stemmer overens med en nyere bio-psyko-social analyse af afhængighed.

Den tidlige forskning var baseret på analysen af 49 understøttende videnskabelige studier.⁹

⁶ G. Terence Wilson, “Alcohol Use and Abuse: Social Learning Analysis”, IN: EDS: C.D. Chaudron and D.A. Wilkinson, *Theories on Alcoholism* (Toronto, Canada: Addiction Research Foundation 1988)

⁷ Aaron T. Beck, Fred D. Wright, Cory F. Newman and Bruce S. Liese, *Cognitive Therapy of Substance Abuse* (New York:

⁸ Albert Ellis, John F. McInerney, Raymond DiGuiseppe and Raymond J. Yeager, *Rational Emotive Behavior Therapy with Alcoholics and Substance Abusers* (Pergamon Press, 1988)

⁹ NIAA – National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Alcoholism Report No. 33: *Neuroscience Research and Medications Development*, PH 366, July 1996

2. Udviklingsmodel for helbredelse (The Developmental model, DMR)

Udviklingsmodellen for helbredelse blev oprindeligt udformet ud fra observationer af klienters helbredelsesproces over en toårig periode med ambulant behandling af misbrug. Denne model blev første gang offentliggjort som et kapitel i en lærebog om helbredelse i 1982¹⁰, senere som en undervisningsmanual i 1985¹¹ og igen af Hazelden i 1989.¹²

Udviklingsmodellen for Helbredelse anvendt i CENAPS®modellen er i overensstemmelse med den model, der omhandler Stadier i Forandrings Processen, som er udviklet af Prochaska og DiClemente¹³ samt Udviklingsmodellen for Helbredelse udformet af Stephanie Brown.¹⁴

3. Tilbagefaldsforebyggelsesmodellen

Tilbagefaldsmodellen er i overensstemmelse med den oprindelige kognitive model for tilbagefaldsforebyggelse¹⁵ og de bedste metoder til forebyggelse af tilbagefald, som er beskrevet i *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*.¹⁶ Tilbagefaldsforebyggelse har ved en række forskningsstudier vist sig at være effektiv. En meta-analyse (Bowers et al., 1999) blev udført for at vurdere den overordnede effektivitet af tilbagefaldsforebyggelse, og i hvilken grad bestemte faktorer kan relateres til behandlingsresultaterne. Seksogtyve publicerede og upublicerede studier med 70 hypotetiske forsøg, som omfattede 9.504 deltagere, var indeholdt i analysen. Resultaterne viste, at tilbagefaldsforebyggelse generelt var effektiv - især for klienter med alkohol- og stofproblemer.¹⁷

¹⁰ Merlene Miller, Terence T. Gorski and David K. Miller, *Learning to Live Again: A guide to Recovery from Alcoholism* (Independence, MO: Independence Press, 1982), 123-128.

¹¹ Terence T. Gorski, *The Developmental Model of Recovery: A Workshop Manual* (Hazel Crest, I.L: The CENAPS Corporation, 1985)

¹² Terence T. Gorski, *Passages through Recovery: An Action Plan for Preventing Relapse* (Center City, MN: Hazelden, 1989).

¹³ James O. Prochaska, John C. Norcross and Carlo C. DiClemente, *Changing for Good* (New York: William Morrow and Company, 1994).

¹⁴ Stephanie Brow, *Treating the Alcoholic: A Development Model of Recovery* (New York: John Wiley and Sons, 1985).

¹⁵ G.A. Marlatt and J.R. Gordon, eds., *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior* (New York: Guilford Press, 1988).

¹⁶ Dennis C. Daley and G. Allan Marlatt, "Relapse Prevention", IN EDS: Joyce H. Lowinson, Pedro Riuz, Robert B. Millman and John G. Langrod, *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook* (Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1997).

¹⁷ J.E. Irwin, C.A. Bowers, M.E. Dunn and M.C. Wang, "Efficacy of Relapse Prevention: A Meta-Analytic Review" *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Source ID: 67(3)(1999), 563-570.

1.2 Målgrupper

De klienter, der har gavn af CENAPS®modellen, er den samme type klienter, der profiterer af andre kognitive/adfærdsmæssige tilgange til afhængighedsbehandling. Modellen viser ligeledes god effekt på klienter, der tidligere har modtaget anden form misbrugsbehandling med efterfølgende tilbagefald. Den generelle karakteristik af klienter, der klarer sig godt, er dem, der:

- har begrebsdannende færdigheder på gennemsnitligt niveau eller derover.
- har læse- og skrivefærdigheder svarende til sjette klasse eller derover.
- er alkohol- og stoffri samt symptomfri, når det gælder akutte alkohol- og stofabstinenser.
- ikke har alvorlige indlæringsvanskeligheder, kognitive skader eller andre aktive psykiatriske symptomer, der griber forstyrrende ind i evnen til at deltage i et struktureret kognitivt/adfærdsbetinget terapiprogram.

Klienter, der har svært ved at benytte CENAPS®modellen, er klienter med alvorligt ødelagt abstraktionsevne, betydelige læsevanskeligheder, alvorlige organiske skader, der påvirker evnen til at lære og behandle informationer, indlæringsvanskeligheder eller andre mentale skader, som har indflydelse på deres evne til at reagere på kognitiv/adfærdsbetinget terapi.

Tilpasning til særlige målgrupper

CENAPS®modellen er tilpasset, så den imødekommer behovet hos en bred målgruppe inklusive, der inkluderer følgende:

- Klienter, der er afhængige af flere bevidsthedsændrende stoffer inklusive alkohol, hash, marijuana, beroligende medicin, sovemedicin, stimulanser (såsom kokain, metamfetamin og amfetamin), narkotika (såsom heroin og kodein), psykedeliske stoffer (såsom LSD) og designerdrugs (såsom Ecstasy, MDA)
- Voksne, unge og familier
- Afhængige klienter med smerteforstyrrelser
- Klienter med tilbøjelighed til tilbagefald
- Afhængige klienter med parallelle spiseforstyrrelser
- Svingdørsklienter med behov for afgang
- Fysisk og seksuelt misbrugte mænd og kvinder
- Afhængige kriminelle i retssystemet - både de fængslede og dem under kriminalforsorgen
- Afhængige klienter med en række parallelle psykiatriske afvigelser (efter at de indledende symptomer er blevet stabiliseret med medicin)
- Afhængige klienter med en række parallelle personlighedsforstyrrelser

1.3 Niveauer af klinisk anvendelse

CENAPS®modellen er udviklet til brug på følgende niveauer:

Niveau 1 – Håndtering af højriskosituationer og andre problemer

Klienter har brug for at lære nye tanke- og handlingsmønstre, som gør det muligt for dem at styre højriskosituationer og andre problemer, der dukker op i deres liv, når de ikke længere gør brug af alkohol eller stoffer. Det primære fokus er her rettet mod at lære klienten, hvordan man handler anderledes, når disse situationer opstår. Klienterne lærer desuden at identificere og håndtere de tanker og følelser, der forhindrer skabelsen af nye og mere effektive måder at tackle problematiske situationer på.

Niveau 2 – Grundlæggende personligheds- og livsstilsproblemer

Problematiske situationer skabes ved gentagen selvdestruktiv adfærd, som er styret af *grundlæggende personligheds- og livsstilsproblemer. Basale fejlagtige opfattelser om sig selv, andre og verden får klienterne til at havne i uhåndterbare højriskosituationer på trods af bevidste hensigter om at undgå disse.

- *Grundlæggende personlighedsproblemer* er selvdestruktive vaner, tanker, følelser, handlinger og forhold til andre.
- *Grundlæggende livsstilsproblemer* beror på en vanemæssig problematisk måde at leve på, som vi etablerer med andre mennesker på eksempelvis arbejdspladsen, i lokalsamfundet og med venner, familie og kærester. Disse grundlæggende livsstilsproblemer er sociale strukturer, som både understøtter og retfærdiggør personlighedsproblemer.

Der er udviklet to forskellige typer behandlingstilgange til henholdsvis Håndtering af Højriskosituationer og Grundlæggende Personligheds- og livsstilsproblemer:

Behandling 1. Tilbagefaldsforebyggende rådgivning

Rådgivning er en proces, der lærer klienten at identificere og håndtere højriskosituationer samt genkende og ændre tanke- og handlemønstre, der afholder dem fra effektivt at håndtere en given situation.

Behandling 2. Tilbagefaldsforebyggende terapi

Den tilbagefaldsforebyggende terapi er en procesorienteret psykoterapi, der lærer klienten at identificere og håndtere grundlæggende personligheds- og livsstilsproblemer, der får ham/hende til at sætte sig selv i højriskosituationer. Herefter indlæres, hvordan man kan identificere og ændre grundlæggende mønstre af overbevisninger og ubevidste levereregler, der skaber og opretholder personlighed og livsstil.

CENAPS®modellen indeholder komponenter, der kan dække begge problemniveauer, men det anbefales, at behandlere, der arbejder på det psykoterapeutiske niveau, har en baggrund inden for både afhængighedsrådgivning og videregående klinisk uddannelse i psykoterapi.

De følgende generelle kriterier anvendes for at bestemme, om der skal arbejdes på det rådgivende eller det psykoterapeutiske niveau:

- Klienter skal være i stand til at afholde sig fra alkohol og stoffer, før de med succes kan arbejde med psykoterapeutiske problemstillinger.
- Klienter skal være i stand til at identificere og håndtere højrisikosituationer på et rådgivningsniveau uden brug af alkohol eller stoffer, før de fortsætter i psykoterapi.
- At målrette behandlingen mod grundlæggende personligheds- og livsstilmæssige problemstillinger kan fjerne klientens fokus fra at identificere og håndtere højrisikosituationer, som kan forårsage brug af alkohol og stoffer. Som et resultat kan en for tidlig fokusering på psykoterapi øge risikoen for tilbagefald.
- At arbejde med psykoterapeutiske problematikker kan øge klientens smerte og stress, hvilket gør det endnu vanskeligere for klienten at håndtere højrisikosituationer.
- Enhver højrisikosituation er ligesom toppen af et isbjerg. Under det synlige er en langt større mængde underliggende personligheds- og livsstilsrelaterede problemer. Disse underliggende problemer dukker ofte op til overfladen, når klienten begynder at lære at identificere og håndtere højrisikosituationen.
- Det er ofte vanskeligt at holde klientens fokus på at lære, hvorledes man håndterer højrisikosituationer, når disse dybere problemstillinger aktiveres. Klienten vil ønske at fokusere på den dybere problematik, fordi det er lettere at se på psykoterapeutiske problemstillinger end at fokusere på at lære basale færdigheder om afholdenhed. Eftersom disse problemstillinger er reelle og påfører patienten smerte og ubehag, føler behandleren sig ofte tvunget til at arbejde med dem på et for tidligt tidspunkt i helbredelsesprocessen.
- Det er upassende at ignorere grundlæggende personligheds- og livsstilsrelaterede problematikker eller give klienten indtryk af, at disse problematikker ikke er vigtige. Klienterne må skam løse disse problemstillinger, hvis de skal lære at fastholde en langvarig afholdenhed. Problemet er, at der er andre påtrængende situationer, der repræsenterer en direkte og akut risiko for afholdenheden. Disse problemer skal først tackles ved en anerkendende samtale, der vil gøre det muligt for os at anerkende de grundlæggende personligheds- og livsstilsproblemer efterhånden, som de dukker op samtidigt med, man holder det primære fokus på det at identificere og håndtere de højrisikosituationer, der kan forårsage brug af alkohol og stoffer.

1.4 Vejlederens egenskaber

Professionelle med en række videregående uddannelser - lige fra certificerede afhængighedsrådgivere til kliniske psykologer med en doktorgrad - er blevet trænet i CENAPS®modellen for tilbagefaldsforebyggende terapi og har anvendt den i praksis. Jo mere træning i behandling af kemisk afhængighed og kognitiv adfærdsterapi, des mere effektiv er behandleren til at drage nytte af CENAPS®modellen. Som en generel regel bruger rådgivere uden en bachelorgrad modellen på rådgivningsniveau under supervision af en certificeret afhængighedsrådgiver med en kandidatgrad eller en doktorgrad. De videregående psykoterapeutiske tilgange er som regel begrænsede til certificerede afhængighedsrådgivere med en kandidatgrad eller tilsvarende erfaring.

Mange rådgivere og terapeuter er i stand til at anvende CENAPS®modellens teknikker i praksis efter at have læst den publicerede litteratur om modellen. Eksempelvis har mange programmer inkorporeret tilbagefaldsforebyggelse baseret på *Hvordan man forbliver ædru: En vejledning i forebyggelse af tilbagefald*, *The Staying Sober Workbook*, og *Staying Sober Recovery Education Modules*. Nyere publikationer har desuden opdateret og udvidet CENAPS®modellens anvendelsesområder:

Vurdering og behandlingsplanlægning: En arbejdsbog til screening, vurdering og behandlingsplanlægning (ATP). Rådgiveren samarbejder her med klienten om at udarbejde en omfattende og struktureret bio-psykosocial behandlingsplan med det formål at aktivere en målrettet behandlingsindsats så tidligt i forløbet som muligt.

Benægtelse: En arbejdsbog i håndtering af benægtelse (DMC) og *Benægtelse: En vejledning for professionelle i håndtering af benægtelse (DMC)*. Denne arbejdsmetode og -bog er særligt rettet mod de klienter, der er i stærk benægtelse og har behandlingsmodstand.

Tilbagefaldsforebyggende rådgivning: En arbejdsbog, praktiske øvelser i håndtering af højrisiko situationer (RPC). Tildeler modellen specifik anvendelse til håndtering af højrisikosituationer.

Tilbagefaldsforebyggende Terapi: En arbejdsbog, identifikation af tidlige advarselstegn i forbindelse med personligheds- og livsstilsproblemer (RPT). Fokuser på identifikation og håndtering af grundlæggende personligheds- og livsstilsproblemer, der fører til tilbagefald på et senere tidspunkt i helbredelsen. Arbejdet kan begynde efter den indledende stabilisering har fundet sted.

Håndtering af antisociale personlighedstræk: En arbejdsbog, praktiske øvelser i identifikation og håndtering af antisociale personlighedstræk (MAPT). Hjælper mennesker, der er misbrugere og samtidig benytter sig af antisocial og kriminel adfærd.

Kognitiv restrukturering af afhængighed: En arbejdsbog, praktiske øvelser i håndtering af afhængighedsprægede tanker, følelser og adfærd (CRFA). Fokuserer på identifikation af tanker, følelser og adfærd og beskriver fem indbyrdes afhængige færdigheder, som er vigtige for at helbredelse af afhængighed kan finde sted.

The Addiction-Free Pain Management Workbook og den relaterede *Addiction-Free Pain Management Professional Guide*. Anvender modellen til de særlige behov, der findes hos mennesker i helbredelse med kroniske smerter og hos mennesker, som er blevet afhængige af receptpligtig smertestillende medicin.

Ovenstående materiale fremhæver blot de grundlæggende teorier og kliniske procedurer. Træningsprogrammer i kliniske færdigheder og en valgfri certificeringsprocedure er desuden tilgængelig for de fleste komponenter i CENAPS®modellen.

Rådgiverens helbredelsesstatus

Hvorvidt, en rådgiver selv er i helbredelse fra en afhængighed eller ej, er irrelevant for formidlingen af CENAPS®modellen for tilbagefaldsforebyggende terapi. Det er vigtigt, at terapeuten tror på afholdenhedsbaseret behandling, undgår brugen af pågående hård konfrontation, har gode kommunikationsevner, har en veludviklet vilje til at hjælpe og er i stand til at fungere som rollemodel for en sammenhængende og ædru livsstil. Evnen til at føle empati for den tilbagefaldstilbøjelige er desuden essentiel.

Ideelle egenskaber hos rådgiveren:

Ideelt set vil terapeuter, som bruger CENAPS®modellen, være personer, som selv har gennemgået modellens terapeutiske metoder med godt resultat. De vil have mere end fem års ubrudt ædruelighed bag sig samt en kandidatgrad kombineret med videregående træning i kognitive, affektive og adfærdsmæssige terapeutiske teknikker

Terapeutisk adfærd:

CENAPS®modellen træner terapeuter i at indgå i et samarbejde med deres klienter og nærme sig dem på en støttende og vejledende måde, som udelukker hård konfrontation. Terapeuter må beside evnen til klart og tydeligt at håndhæve grænser og samtidig undgå det ekstreme. En ekstrem, som bør undgås, er eksempelvis at blive overkontrollerende og straffende. En anden ekstrem, der ligeledes bør undgås, er at blive for eftergivende overfor klientens krav og at udvise medafhængighed. Der kræves et solidt fundament af rådgivende og terapeutiske færdigheder.

Rådgiverens/terapeutens rolle:

Rådgiveren eller terapeuten har rollen som underviser, samarbejdspartner og terapeut. Rådgiveren har en række af tilrettelagte helbredelses- og tilbagefaldsforebyggende øvelser, som guider klienten gennem indholdet i både det individuelle og gruppebaserede terapiforløb samt strukturerede psykologiske undervisningsprogrammer. Terapeuten bør forklare hver enkelt procedure eller øvelse, give en passende mængde hjemmearbejde og forberedelse og desuden samarbejde med klienten om resultaterne af øvelserne i gruppe eller individuel terapi. Formålet er at hjælpe klienten til større selvindsigt, selvregulering og følelsesmæssig stabilitet.

Typiske sessioner:

CENAPS®modellen benytter struktureret problemløsende gruppeterapi, individuel terapi og psykoedukation. Klienter bliver bedt om at engagere sig i et struktureret helbredelsesprogram, som kan omfatte selvhjælpsgrupper og holistiske sundhedsprogrammer, der inkluderer sund kost, motion og sociale og åndelige aktiviteter.

Emner eller temaer:

Terapien er primært rettet mod identificering og håndtering af de barrierer, som potentielt kan hindre klienten i at opnå stabil stoffrihed og ædruelighed. Modellen består af strukturerede øvelser, som er blevet udviklet gennem mere end tyve års klinisk erfaring.

Behandling med arbejdsbøger:

De mest succesfulde behandlingsprogrammer benytter et klinisk system, som omfatter læseopgaver, optegnelsesopgaver, selvvruderende spørgeskemaer og forberedende øvelser til gruppe- og individuelle terapiforløb. Effektiv behandling skal matche indholdet i de arbejdsbøger, der er tilknyttet behandlingen og tilpasses klientens problemer.

Ved alle sessioner bør klienten vejledes til at fuldføre de strukturerede øvelser, som er indeholdt i de forskellige arbejdsbøger. Følgende arbejdsbøger er tilgængelige:

- *Vurdering og behandlingsplanlægning: En arbejdsbog til screening, vurdering og behandlingsplanlægning.*
- *Starting Recovery with Relapse Prevention: En arbejdsbog til den primære behandling.*
- *Benægtelse: En arbejdsbog i håndtering af benægtelse.*
- *Tilbagefaldsforebyggende rådgivning: En arbejdsbog, praktiske øvelser i håndtering af højrisiko situationer.*
- *Tilbagefaldsforebyggende terapi: En arbejdsbog, identifikation af tidlige advarselstegn i forbindelse med personligheds- og livsstilsproblemer*
- *Håndtering af antisociale personlighedstræk: En arbejdsbog til identifikation og håndtering af antisociale personlighedstræk.*
- *Kognitiv restrukturering af afhængighed: En arbejdsbog med praktiske øvelser i håndtering af afhængighedsprægede tanker, følelser og adfærd.*
- *Addiction-Free Pain Management: En arbejdsbog til mennesker i helbredelse med kroniske smerter og mennesker, som er blevet afhængige af receptpligtig smertestillende medicin.*
- *Food Addiction: Recovery and Relapse Prevention Workbook.*

Således er arbejdsbøgerne formet efter specifikke tilbagevendende problemstillinger, der bør håndteres, for at opnå en succesfuld misbrugsbehandling.

Basale helbredelsesfærdigheder

Al anvendelse af CENAPS®modellen betinger brugen af grundlæggende kliniske kompetencer målrettet mod undervisning af klienterne i helbredelsesfærdigheder. De basale helbredelsesfærdigheder, der er anvendt på hvert niveau af en klients helbredelse er følgende:

Introspektive og kognitive færdigheder:

Evnen til at identificere indre dialog, følelser, stemninger og handlingstrang samt evnen til at identificere og udfordre afhængighedsbetingede og irrationelle tankemønstre.

Social bevågenhed og affektive færdigheder:

Evnen til at observere og foretage præcise vurderinger af andres adfærd samt evnen til at anerkende følelser og stemninger, beskrive dem præcist og formidle dem til andre, når det er passende.

Adfærdsmæssige færdigheder:

To grundlæggende adfærdsbetingede færdigheder er kontrol over impulser og selvmotivation. Kontrol over impulser er evnen til at genkende uimodståelig lyst og selvdestruktiv trang med en samtidig styrke til at undlade at handle herpå. Selvmotivation er evnen til at overbevise sig selv om at gå ind i en sund og konstruktiv adfærd, også når man ikke har lyst til det.

Sociale færdigheder:

En relationsopbyggende model, der tager højde for forskellige niveauer af sociale forhold, bruges til at vejlede klienten i langsomt at genopbygge et socialt netværk. De afgørende færdigheder, der er involveret i den sociale genopbygningsproces, er evnen til at indgå i en konstruktiv kommunikation ved at lytte aktivt, sætte passende grænser i sociale situationer, ophøre med at bruge kontrollerende og manipulerende adfærd samt indgå i forhandling og konfliktløsning.

Færdigheder til identifikation af advarselstegn:

Disse færdigheder indbefatter evnen til at identificere og udarbejde en personlig liste over de helt personlige problemer, som fører klienten tilbage til alkohol- og stofmisbrug samt indlæring af konkrete situations- og adfærdstrategier til håndtering af advarselstegnene uden at vende tilbage til kemisk misbrug.

Færdigheder til udarbejdelse af helbredelsesprogram:

Klienterne lærer, hvordan de skal udarbejde et struktureret helbredelsesprogram, som giver en daglig struktur, der er med til at opretholde en sund, rolig og ædru livsstil. Brud på helbredelsesprogrammet anses som kritiske advarselstegn på tilbagefald, og intervention sættes i gang i det øjeblik, disse bliver synlig.

1.5 Forenelighed med andre modeller og standarder

CENAPS®modellen for behandling af misbrug og relaterede personligheds-, mentale og livsstilsbetingede problemer har været under udvikling siden begyndelsen af 1970'erne.¹⁸ Den integrerer de grundlæggende principper fra Tolv Trin-programmerne med de seneste fremskridt inden for de biologiske, kognitive, affektive, adfærdsmæssige og sociale terapier for at tilgodese personer med tilbøjelighed til tilbagefald.

CENAPS®modellen kan beskrives som den tredje bølge inden for behandling af kemisk afhængighed. Første bølge var introduktionen til de Anonyme Alkoholikers Tolv Trin. Anden bølge var sammenlægningen af AA med professionel behandling i én model - bedre kendt som Minnesota Modellen - hvor CENAPS®modellen er den tredje bølge inden for behandlingen af kemisk afhængighed, fordi den integrerer viden om kemisk afhængighed i en bio-psyko-social model, som er forenelig med principperne i de Tolv Trin og med principperne i biologisk, kognitiv, affektiv, adfærdsbetinget og social terapi. Den udgør en model til vurdering og behandlingsplanlægning inden for alle stadier af helbredelsesprocessen.

CENAPS®modellen er et omfattende system til at diagnosticere og behandle forskellige former for misbrug og relaterede mentale forstyrrelser, personlighedsforstyrrelser og livsstilsproblemer. Modellen har været anvendt med succes siden begyndelsen af 1970 i behandlingsprogrammer for afhængighed, mental sundhed og adfærdsmæssig sundhed. Modellen har været anvendt inden for alle grene af omsorg og på en bred vifte af klienter, både mænd, kvinder, unge, anden etnisk baggrund, klienter med kroniske smerter og klienter med øvrige forstyrrelser, som sideløbende blev behandlet på psykiatriske institutioner.

CENAPS®modellen er blevet oversat til en række sprog blandt andet spansk, polsk, dansk, svensk, ungarsk, japansk, koreansk, bangladeshisk, russisk, arabisk og slovensk.

CENAPS®modellen har vist sig brugbar i forskellige økonomiske regi herunder privat forsikring, offentlig finansiering, statslig finansiering, "managed care", organisationer for sundhedsvedligeholdelse og betalingspligtig privat lægepraksis. Grunden til at CENAPS®modellen har overlevet og trivedes under så forskellige økonomiske ordninger, er, at den er baseret på klippefaste kliniske principper, som er fleksible nok til at kunne tilpasses forhold under forandring på sundhedsområdet.

Lignende tilgange

CENAPS®modellen for tilbagefaldsforebyggende terapi er et anvendt og udvidet kognitivt og adfærdsmæssigt terapeutisk program med en indarbejdet biologisk og social behandling. Modellens kognitive dele er sammenlignelige med Albert Ellis' Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) og Aaron Becks Cognitive Therapy Model. Dens affektive dele er sammenlignelige med Affective and Experimental Therapies og dens sociale interventioner er bygget op omkring systemer af familierapi og den offentlige sundhedsmodel. Den primære forskel mellem CENAPS®modellen og andre former for terapi er, at CENAPS®modellen anvender kognitive og adfærdsbetonede terapeutiske principper målrettet omkring behandling af misbrug. Den bliver brugt til undervisning af kemisk afhængige klienter og deres familier i, hvordan afholdenhed fra alkohol og stoffer opretholdes.

¹⁸ Terence T. Gorski, "the CENAPS® Model of Relapse Prevention Planning" in Dennis W. Daly, *Relapse: Conceptual, Research, and Clinical Perspectives* (Hayworth Press, 1989), 153-61; *Journal of Chemical Dependency Treatment*, vol. 2, no. 2, 1989.

CENAPS®modellen for tilbagefaldsforebyggende terapi understreger værdien af affektive terapeutiske principper ved at fokusere på identifikation, at bruge præcise ord og kommunikere følelser og stemninger assertivt. CENAPS®modellen integrerer en kognitiv og affektiv terapeutisk model til at forstå følelser ved at lære klienten, at negative følelser genereres ved irrationel tænkning (kognitiv teori), som lagres eller undertrykkes (affektiv teori). Arbejdet med emotionel integration involverer både at sætte præcise ord på tanker og udtrykke følelser samt billeddannende terapi udformet til at frembringe undertrykte erindringer. Modellen støtter sig meget op ad guidet billeddannelse, spontan billeddannelse, sætningsfærdiggørelse og arbejdet med sætningsgentagelse, som har til formål at skabe korrigerende følelsesmæssige oplevelser.

CENAPS®modellen har ligheder med og er stærkt påvirket af the Cognitive-Behavioral Relapse Prevention Model udviklet af Marlatt og Gordon^{19, 20}. Den største forskel er, at CENAPS®modellen integrerer afholdenhedsbaseret behandling og er mere forenelig med Tolv Trinsprogrammer, end Marlatt & Gordon-modellen.

CENAPS®modellen fungerer godt sammen med en lang række af kognitive, affektive, adfærdsmæssige og sociale terapiformer. Dens primære styrke er at modellen tillader behandlere med meget forskellig baggrund at overføre deres færdigheder direkte på arbejdet i misbrugsbehandlingen. Den er således ideel som værktøj for et tværfagligt behandlerteam.

Forskellige tilgange

CENAPS®modellen for tilbagefaldsforebyggelse adskiller sig væsentligst fra følgende typer af terapi: (1) dem, der anser kemisk afhængighed for et symptom på et underliggende mentalt eller psykologisk problem; (2) tilgange, som fremmer kontrolleret eller ansvarlig brug for kemisk afhængige klienter, som har udvist fysisk og psykisk afhængighed af alkohol eller andre stoffer; (3) tilgange, som ikke er vejledende og klientcentrerede; (4) alle former for terapi, der udelukkende fokuserer på et enkelt område indenfor fysisk, psykologisk eller social trivsel.

CENAPS®modellen er meget forskellig fra rigide kognitive terapimodeller, der påstår, at udfordring af irrationel tænkning automatisk medfører emotionel integration. Den er heller ikke forenelig med rigide affektive terapimodeller, der mener, at emotionel forløsning automatisk vil forårsage spontane kognitive og adfærdsmæssige forandringer.

Forenelighed med andre behandlingsformer

CENAPS®modellen er forenelig med en lang række andre behandlingsformer - herunder Tolv Trinsprogrammer, familieterapi samt flere forskellige kognitive, affektive og adfærdsmæssige terapimodeller.

CENAPS®modellen fungerer godt sammen med behandling af alkohol- og stofrelateret kriminalitet og hjælpeprogrammer til virksomhedernes alkoholpolitik (AP). Der er blandt andet udarbejdet en særlig procedure omkring arbejde og tilbagefaldsforebyggelse til brug i samarbejde med AP-programmerne. Her fokuseres på at identificere advarselstegn på tilbagefald på jobbet samt at lære AP-rådgiverne og

¹⁹ G.A. Marlatt and J.R. Gordon, eds. *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behavior* (New York: Guilford Press, 1988), 351-416

²⁰ William H. George, "Marlatt and Gordon's Relapse Prevention Model: A Cognitive-Behavioral Approach to Understanding and Preventing Relapse", *Journal of Chemical Dependency Treatment*, vol. 2, no. 2 (1989), 153-159

supervisorerne, hvordan de skal gribe ind og reagere på disse advarselstegn som en del af supervisionen og forandringsprocessen.

En særlig behandlingsprocedure til brug i arbejdet med kemisk afhængige kriminelle er også blevet udviklet. Den integrerer behandlingen af kriminelle tankemønstre og antisociale personlighedsforstyrrelser med helbredelse for kemisk afhængighed og tilbagefaldsforebyggende metoder.

En speciel anvendelsesform af CENAPS®modellen er desuden blevet udviklet til klienter med Post Traumatisk Stressforstyrrelse (PTSD) forårsaget af fysisk og seksuelt misbrug i barndommen.²¹

Eftersom behandlingsproceduren identificerer og udvikler håndteringsstrategier for en lang række af de problemer, der forårsager tilbagefald, bliver sameksisterende mentale forstyrrelser og livsstilsproblemer ofte identificeret og behandlet sammen med tilbagefaldsforebyggende terapi. En speciel behandlingsprocedure for familierterapi er blevet udviklet for at igangsætte engagement fra familiernes side vedrørende identifikation og håndtering af advarselstegn.

1.6 Forenelighed med standarder

CENAPS®modellen er fuldt ud tilpasset DSM IV, ASAM Patient Placement Criteria, standarderne for the Joint Commission of the Accreditation og Healthcare Organizations (JCAHO), standarderne for CARF og the Core Counselor Competencies, som de er udgivet af the Center for Substance Abuse Treatment (CSAT), the International Certification and Reciprocity Consortium (IC&RC) og the National Association of Alcohol and Drug Abuse Counselors (NAADAC).

²¹ Caryl Totter, *Double Bind: Recovery and Relapse Prevention for the Chemically Dependent Sexual Abuse Survivor* (Independence, MO: Herald House/Independence Press, 1992).