

«Kontrollert drikking»



Fagartikkel fra 1973

Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 7, 1993, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

Tekst: Fanny Duckert

«Controlled Drinking»: A contradictory part of the treatment of alcohol addicts.

Abstract. -For more than 10 years there has been a heated debate about «Controlled Drinking» in Norway. The empirical evidences are in favour of «controlled drinking». However, «controlled drinking» is in itself a contradictory and confusing concept. The author discusses some of the reasons for the contradictions and misunderstandings in the discussion of treatment alternatives for individuals with alcohol problems, and suggests an alternative way of approaching problem drinkers, which will have important therapeutic implications.

«Kontrollert drikking» har i drøyt 10 år vært intenst debattert i norsk alkoholistbehandling. Denne debatten har vært viktig fordi den har satt søkelys på viktige områder og problemstillinger i forståelsen og behandlingen av alkoholproblemer. Imidlertid har debatten ofte vært så følelsesladet at det har vært vanskelig å skille-ut hva som har vært faglige og hva om har vært mer ideologiske motsetninger. Jeg vil i det følgende gå gjennom noen problemstillinger som har vært sentrale- om enn ikke alltid like klart formulerte - og som kan ha vært en medvirkende faktor til at det har vært så vanskelig å komme fram til en felles enighet når det gjelder akseptable målsetninger og metoder i behandlingen av mennesker med alkoholproblemer.

Noen historiske hjørnesteiner

I 1935 ble Anonyme Alkoholikere (AA) etablert og i 1960 publiserte Jellinek sin epokegjørende artikkel: «The Disease Concept of Alcoholism» (Jellinek 1960), hvor alkoholisme ble definert som en biologisk sykdom, karakterisert ved en latent drift for alkohol («craving»), som ble mobilisert ved inntak av små alkoholmengder og som førte til en uimotståelig trang til sanseløs drikking («loss of control»).

Bare to år senere startet den første intense debattrunden. Engelskmannen Davies (1962) rapporterte om «normal drikking av rehabiliterte alkoholikere» i 7 av 93 tilfelle som han hadde fulgt opp i 7 til 11 år. En storm av protester og motforestillinger fulgte. Også da værende overlege for den norske alkoholist omsorgen, Thorbjørn.Kjølstad, (1963) deltok i denne debatten. Hovedargumentet mot Davies' funn var at den som drakk moderat per definisjon ikke kunne være alkoholiker. Konklusjonen: En virkelig alkoholiker vil aldri kunne drikke kontrollert, ble sementert, uten særlige motforestillinger overfor en slik konklusjons sirkularitet.

I 1968 introduserte Reinert & Bowen (Reinert & Bowen 1968), begrepet «sosial drikking» for å beskrive et observert resultat av alkoholistbehandling hvor pasienten lyktes i å gjenoppta moderat konsum ved å bruke et regime av strenge selv-kontrollregler. Inntil da hadde man ikke stilt spørsmål ved å bruke totalavhold som eneste mulige målsetning for behandlingen. Imidlertid kom en ny dimensjon inn i debatten i 1970 hvor Lovibond & Caddy (1970) rapporterte de første resultatene fra et australsk behandlingsopplegg hvor man hadde som eksplisitt målsetning å lære problemdrikkere å

drikke moderat. Resultatene synes svært gode. I 1973 publiserte dessuten ekteparet Sobell (Sobell & Sobell, 1973) resultatene fra et kontrolltreningsprogram for identifiserte alkoholikere, hvor de hevdet at de klientene som gjennomgikk et kontrolltreningsopplegg gjorde det signifikant bedre enn de som hadde gått gjennom et tradisjonelt avholdsorientert behandlingsopplegg. En tre års uavhengig oppfølging bekreftet dette funnet (Caddy & al., 1978).

I 1978 (Armor & al., 1978), og i 1981 (Polich & al., 1981), kom de to store Rand-rapportene. Disse oppsummerte resultatene fra en større oppfølgingsstudie av ca. 30.000 klienter i 44 forskjellige behandlingstilstander i U.S.A., 6 måneder, 18 måneder og 4 år etter behandling. Alle deltagerne hadde gjennomgått avholdrettet behandling. Rapportene viste at ved 18 måneders oppfølgingen var ca. 1/4 langvarig totalavholdende (dvs. de siste 6 måneder), ca. 1/4 korttidsavholdende (siste måned), mens 1/4 drakk kontrollert. Fire år etter behandling var det 18 % som drakk uten problemer og uten symptomer på avhengighet, mens 28 % hadde vært totalavholdende siste 6 mndr. før oppfølgingstidspunktet. Tilbakefallratene var ikke forskjellige for de to gruppene. Imidlertid viste det seg at de «kortvarig avholdende» hadde hatt en høyere tilbakefallsprosent og en høyere dødelighet enn både de langvarige avholdende og de moderat drikkende. Rapporten konkluderte bl.a. med at for menn under 40, med moderat avhengighet ved inntak, kunne moderat konsum synes å være en vel-egnet behandlingsmålsetning, mens menn over 40 med høy avhengighet ved inntak, syntes å lykkes bedre med avhold. Også disse rapportene vakte heftig debatt og ble møtt med sterke motforestillinger.

Fra begynnelsen av 70-tallet og frem til begynnelsen av 80-tallet skjedde det en oppblomstring av forskning og alternative behandling forsøk for alkoholproblematikere. Optimismen var stor og debatten livlig. Imidlertid slo det ned som en bombe, da Science i 1982 trykket en artikkel som inne bar et voldsomt angrep på Sobell's studie av kontrolltrening for alkoholikere (Pendery & al., 1982). Pendery og medarbeidere hadde gjort en kontrolloppfølging av de 20 klientene som hadde vært i eksperimentgruppen og hevdet at det slett ikke hadde gått så bra med disse: Fire var døde, 8 hadde fortsatt å drikke like ille som før, 6 var totalavholdende og en var forsvunnet. De hevdet også at Sobell og Sobell hadde forfalsket sine data. Artikkelen fikk enorm mediadekning og vakte sterk bestyrrelse i fagmiljøet. Som en konsekvens av påstandene om svindel ble det opprettet tre ulike granskningskommisjoner som alle frifant ekteparet Sobell fra påstandene om forfalskning (Roizen, 1987). Etterhvert viste det seg dessuten at resultatene fra kontrollgruppen var enda dårligere enn eksperimentgruppen (bl.a. var det flere døde i denne). Det gjenstående spørsmålet ble da hvorvidt relative forskjeller skulle kunne brukes til å kategorisere et behandlingsopplegg som vellykket når totalresultatene var så svake.

Her hjemme utløste boken: «Alkoholproblemer kan mestres» (Duckert, 1982) debatten om kontrollert drikking i media og i fagmiljøer. Nåværende status innenfor behandlingsfeltet er at U.S.A. og Europa i stadig større grad har skiltes ad når det gjelder synet på «kontrollert drikking». I Europa (særlig England, Holland og Norge) er det allment akseptert at det er mulig å ha varierte målsetninger og behandlingsmetoder for ulike klientgrupper. Det gis også i utstrakt grad mulighet for kontrolltrening i behandlingen, særlig innenfor den polikliniske del av behandlingsapparatet. Derimot er det i U.S.A. nesten umulig å få aksept for noe annet enn AA orientert behandling med formål totalavhold (Duckert, 1989, Rosenberg & al., 1992, 1993). I de tilfelle alternativ behandling overlever er det enten ved å understreke at dette er behandling rettet inn mot «ikke-alkoholikere» (Miller & Munoz, 1982, Sanchez-Craig, 1984), eller at behandlingen blir betegnet som «relapse prevention» i behandling med totalavholdsmålsetning (Marlatt & George, 1984, Annis, 1984).

Empirisk grunnlag for en alternativ forståelse av drikkeatferd



Det er særlig på tre områder forskningen har gitt oss relevante kunnskaper om drikke atferd:

- Epidemiologiske studier av drikkeatferd, både i utvalg av normalbefolkningen og blant diagnostiserte alkoholmisbrukere

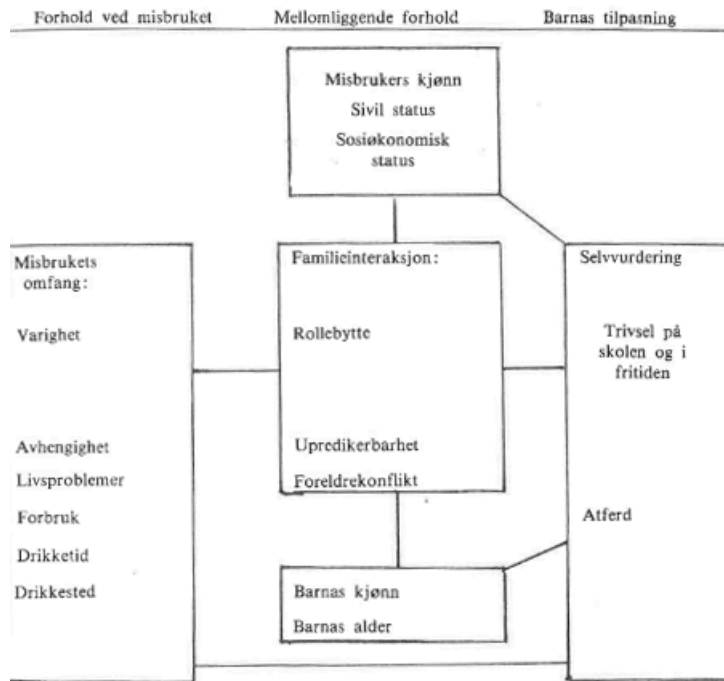
- Oppfølgingsstudier av behandlede alkoholmisbrukere.

- Laboratoriestudier av drikkeatferd.

Studiene av drikkeatferd i ulike befolkningsgrupper har vist at drikkemønstre er varierte og skiftende, ikke bare fra person til person, men også fra situasjon til situasjon for det enkelte individ. Blant såkalte problemdrikkere er det en stadig bevegelse inn og ut av problemdrikkingen, slik at de som på ett tidspunkt er høykonsumenter, på neste tids punkt enten kan ha sluttet å drikke eller har redusert konsumet til et moderat nivå, mens andre vil ha øket sitt forbruk. Enkelte studier har også vist at personer diagnostisert som alkoholikere kan ha et konsumnivå som ligger under gjennomsnittet i befolkning (Ahlstrøm-Laakso, 1975).

Figur 1

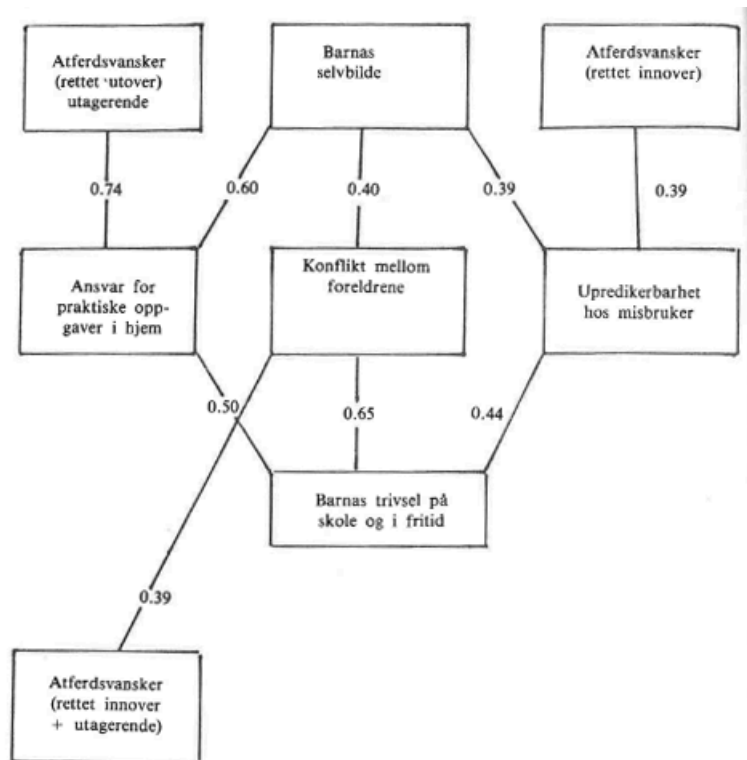
Det balanserte Placebo-designet



FIGUR 1. Modell for sammenhenger mellom omfang av foreldrenes alkoholproblemer, familieinteraksjon og barnas tilpasning.

Figur 2

Sammenheng mellom familiesamspillvariabler og målene på barnas tilpasning



FIGUR 2. Sammenheng mellom familiesamspillsvariabler og målene på barnas tilpasning.

Oppfølgingsstudier av behandlede alkoholproblematikere har også vist at det er stor variasjonsbredde og skiftninger over tid i faktisk drikkeatferd etter behandling (Skog & Duckert, 1993). Det har vist seg at uansett behandlingsmålsetning, vil en viss andel etablere seg på et moderat konsumnivå uten å slutte helt, mens andre blir avholdende i kortere eller lengre perioder. Hvor stor andel som gjør hva har skiftet en del i de ulike studiene, noe som til dels skyldes ulike kriterier for de ulike alternativene.

Den tredje type empirisk underbygning har vi fått via de ulike laboratoristudiene av drikkeatferd hos vanlige alkoholbrukere og hos problemdrikkere av ulike slag. Det balanserte placebo-designet har gitt forskerne adgang til å undersøke samspillet mellom forventninger og alkoholens kjemiske effekt. En serie studier, som også har vært repetert her i Norge, har vist at uansett faktisk alkoholinnhold, vil både normalkonsumenter og problemdrikkere drikke mer hvis de tror de drikker alkohol, mens de

som ikke tror de drikker alkohol, vil drikke mindre, uansett om de faktisk drikker alkohol eller ikke (Engle & Williams, 1972, Marlatt & al., 1973, Berg & al., 1981).



Andre studier har vist at alkoholmisbrukere er i stand til å begrense sitt alkoholbruk, hvis moderasjon blir aktivt forsterket. Tenning og kontrolltap er ikke uunngåelig. Drikkeatferden synes i større grad å være styrt av sine konsekvenser enn av hvorvidt misbrukeren har alkohol i kroppen eller ikke. For eks. forhindret et mildt elektrisk støt på hånden fortsatt drikking, selv om vedkommende hadde fått en solid «startdose» alkohol (Wilson & al., 1975). Likeledes viste andre studier at time-out prosedyrer, som innebar kortvarig sosial isolasjon og stimulusdeprivasjon, reduserte konsummengden signifikant (Bigelow & al., 1974). Fortsatt drikking kunne forhindres selv når disse personene på forhånd hadde drukket tett i flere dager.

Alkoholmisbrukeres drikkeatferd har vist seg påvirkelig, ikke bare av sine konsekvenser, men også via modelleffekter, særlig hvis modellen har blitt oppfattet som en kompis (Caucill & Marlatt, 1975, Pomerlau & al., 1976). Det har dessuten blitt vist (Reid, 1978) at modelleffekter ikke bare gjelder i en laboratoriesetting, men også i en vanlig bar. Eksisterende forskning synes å vise at drikkeatferd er påvirkelig og modifiserbar på samme måte som annen atferd. De tradisjonelle forestillingene om alkoholmisbrukeres drikkeatferd har i liten grad fått empirisk støtte. Det skulle derfor ikke være noe i veien for å anse at alkoholproblemer er av samme natur som andre livsstilsproblemer, hvor det er mulig å komme inn med endringstiltak av forskjellige slag.

Hvorfor så vanskelig å komme til enighet?

Definisjonsproblemer

Noe av grunnen til at det er så vanskelig å komme frem til enighet om fenomenet «kontrollert drikking» kan være uklarhet og inkonsistens i de begrepene man bruker i diskusjonene. Vi møter definisjonsproblemer allerede i selve alkoholismebegrepet. Jellinek selv (1960), lanserte en dobbeltsporet definisjon av alkoholisme. På den ene siden definerte han alkoholisme som en kronisk, irreversibel, biologisk sykdom, karakterisert ved fenomenene tenning og tap av kontroll. På den annen side brukte han også betegnelsen alkoholisme om enhver form for problematisk alkoholbruk - og var da klar på at han i denne forbindelse ikke definerte alkoholisme som sykdom. I diskusjonene om alkoholisme og behandling har om hvilket alkoholismebegrep som til enhver tid har blitt anvendt. Det har f.eks. ofte vært uklart om det har vært tidlige problemdrikkere eller kroniske alkoholikere som har vært i fokus når man har snakket om alkoholikere.

En vanlig opplevelse fra min egen praksis er f.eks. at når helse- og sosialarbeidere har blitt undervist i metoder for tidlig intervensjon, har det vært en sterk tendens blant deltagerne til å trekke frem eksempler og motforestillinger fra sine erfaringer med de tyngst belastede og mest kroniske alkoholmisbrukerne. Det synes for mange vanskelig å integrere kunnskaper om forskjellene på alkoholproblematikere i egen terapeutisk virksomhet.

Ett av problemene i diskusjonene er dessuten uklare og inkonsistente definisjoner av de ulike forbruks-alternativene. F.eks. er det ikke alltid like klart hvor avholdende en «totalavholdende» person egentlig er i praksis. I mange studier kan det ha vært lagt inn betydelige mengder alkoholkonsum, f.eks. det å kunne drikke opp til en uke sammenhengende i løpet av et år (Orford & Edwards, 1977), eller å kunne drikke en gang i måneden og å være beruset opptil en uke pr. år (Vaillant, 1983). I praksis har definisjonene av avhold i en del studier vært definert svært tett opp til hva man i andre studier har kalt moderat konsum.

Enda større inkonsekvenser har det vært i definisjonene av kontrollert/moderat/sosial drikking. En vanlig oppfatning har imidlertid vært at slik alkoholkonsum skal være i form av «høyfrekvent lavkonsum». Enkelte klienter har f.eks. blitt ekskludert fra denne kategorien fordi de har drukket for sjelden (Heather & Tebutt, 1989). I definisjonene har dessuten selve drikkeatferden ofte blitt blandet sammen med konsekvensene av drikkingen. F.eks. har det vært vanlig å kreve at drikkingen ikke skal ha ført til sosiale eller praktiske problemer i forhold til omgivelsene. Imidlertid vil slike konsekvenser i like stor grad være et resultat av miljøets toleranse og grenser for akseptabel alkoholbruk, som av selve drikkemønsteret. «Normalkonsum» vil f.eks. være atskillig større blant kvinnelige akademikere i Oslo enn blant husmødre i en liten vestlandsbygd. Dette vil igjen gi store kulturelle variasjoner i forekomsten av kontrollert drikking.

Et annet viktig problem ligger i at «kontrollert drikking» i seg selv er et tvetydig og uklart begrep som lett kan føre til misforståelser. For det første er problemet at det ikke gjøres et skille mellom behandlingsmålsetninger og behandlingsteknikker. Selve ordlyden gir assosiasjoner om at det fortsatt skal drikkes og at totalavhold ikke er ønskelig som målsetning for behandling. Videre gis det assosiasjoner om at kontrolltreningsteknikker bare kan brukes når det er snakk om fortsatt alkoholbruk, og ikke hvis man ønsker totalavhold. Også ut fra et teoretisk grunnlag, blir begrepet «kontrollert drikking» nokså meningsløst. Begrepet har i hovedsak blitt brukt av læringsteoretikere som har henvist til terapeutiske metoder basert på atferdsterapeutiske modeller. Implisitt i begrepet ligger at drikking kan være «ukontrollert» Imidlertid er ukontrollert atferd en umulighet innenfor læringsteori. Ut fra læringsteori er all atferd kontrollert av sine forutgående betingelser og etterfølgende konsekvenser. Kontroll er et strukturelt begrep som ikke sier noe om innholdet i atferden. Dette innebærer at enhver form for drikking er kontrollert atferd på linje med all annen atferd, selv om kontrollfaktorene kan være forskjellige i en moderat og en harddrikkende episode.

Voldsom drikking er heller ikke alltid synonymt med «ukontrollert», da mange alkoholbrukere i enkelte situasjoner på forhånd har bestemt seg for å drikke hardt. Her er det ikke spørsmål om grad av kontroll, men om hva slags beslutninger som er tatt i forbindelse med selve drikkeepisoden. En alternativ og mer adekvat definisjon av målsetning i behandlingen av alkoholproblemer ville kunne være: Størst mulig reduksjon av alkoholkonsum og rusrelaterte problemer. En slik definisjon medfører ingen motsetning mellom avhold og redusert konsum, men anser varig eller periodevis avhold som en av flere alternative muligheter for konsumreduksjon. Uansett målsetning vil kontrolltreningsteknikker kunne brukes for å hjelpe rusmisbrukeren til å takle de problemer og utfordringer han/hun vil møte, som f.eks. det å hankses med egne, indre drikkeimpulser, det å møte andres drikkepress, det å kunne stoppe i tide hvis han/hun har en «glipp» og det å kunne forebygge og redusere omfanget av større tilbakefall. Eksplisitt trening i moderat konsum vil være den eneste teknikken som er reservert personer som vil opprettholde et fortsatt alkoholbruk.

Helsemessige og pedagogiske betenkeligheter

Alkohol er i seg selv et giftstoff som har skadelig effekt på kroppen, brukt i visse og jevnlige doser. Alkohol står øverst på Verdens Helseorganisasjons liste over farlig narkotiske stoffer, pga. sin legalitet og derved letttilgjengelighet. Vi vet også at alkohol er en medvirkende faktor ved en rekke ulike sykdommer, symptomer, skader og ulykker (Fekjær, 1980). Vi vet dessuten at det er en nær sammenheng mellom alkoholkonsumet i en totalbefolkning og omfanget av alkoholrelaterte problemer i samfunnet. Øker gjennomsnittskonsumet, vil problemene vokse enda fortere enn selve konsumet (Skog, 1988). De definerte alkoholmisbrukerne vil bare stå for en liten andel av samfunnets

totale alkoholskader, da det er så mange flere moderate konsumenter, selv om den personlige risikoen for skader og ulykker er mye større for en høykonsument (Kreitman, 1986). I dette perspektivet vil det være viktig at så mange som mulig drikker så lite som mulig. Det ideelle ville kanskje ha vært om ingen drakk i det hele tatt.

På den annen side har alkohol brukt i beskjedne mengder få påviselige helseskader. Enkelte har til og med vist at moderat alkoholbruk kan ha en beskyttende virkning mot f.eks. hjerte- og karsykdommer (Purdue, 1992). Det er bare i helt spesielle tilfelle, f.eks. ved en graviditet, eller ved alvorlig leverlidelse at vi ut fra et helseperspektiv må fraråde enhver bruk av alkohol.

Et ofte uttrykt ønske fra problemdrikkere i behandling er å ville drikke «normalt» eller på et moderat nivå. Et spørsmål som ofte dukker opp i denne forbindelse har vært: «hvor mye kan man drikke før det blir skadelig?» Behandlere har i liten grad villet gå inn i denne diskusjonen og det har vært betydelig tilbakeholdenhet med å gå ut med anbefalinger om hvor stort alkoholkonsum som kunne være tilrådelig hvis man ønsket å unngå fysiske alkoholskader. Verdens Helseorganisasjon har satt en grense for helseskadelighet ved ca. 40 gram ren alkohol per dag for menn og ca. 20 gram for en kvinne (Bell, 1986). Dette tilsvarer nesten 5 flasker vin per uke for menn og 2 1/2 flaske for kvinner. Skal vi kunne gi en slik informasjon om drikkemengde til diagnostiserte og potensielle alkoholmisbrukere?

Selv om en slik drikkemengde er betydelig mindre enn det mange storkonsumenter fortærer, vil svært mange vanlige norske alkoholbrukere ligge under delte konsumet. Det paradoksale er at en generell tilråding om alkoholemngde, ikke bare ville kunne ha som konsekvens at storkonsumentene reduserte sitt forbruk, men at vanlige forbrukere ville kunne ta dette som en oppmuntring til å øke sitt alkoholkonsum, slik at det samlede forbruket i befolkningen økte (Hawks, 1989). Vårt dilemma er: Skal vi nekte noen mennesker kunnskap og informasjon, fordi den samme kunnskapen kunne ha potensielt skadelig effekt på andre grupper i samfunnet? I mange behandlingsopplegg for mennesker med alkoholproblemer har totalavhold rutinemessig blitt påkrevet, dels fordi man har ment at mennesker med alkoholproblemer ikke har noe annet alternativ, dels fordi man har ment at det er bedre å være totalavholdende enn å bruke alkohol. Dette er et forståelig standpunkt for et menneske som selv er totalavholdende og som ønsker et alkoholfritt samfunn i sin alminnelighet. Det blir imidlertid vanskeligere å forstå hvis man selv bruker alkohol og ikke mener at samfunnet som sådan skal være alkoholfritt. Hvorfor skal det være strengere krav til mennesker med alkoholproblemer enn andre?

Mange har også ment at det er farlig å snakke om «bedring» eller et vellykket behandlingsresultat i form av redusert konsum. Man kunne på denne måten få uthult den pedagogiske effekt av avhold og kanskje medvirke til at ambivalente alkoholmisbrukere velger fortsatt drikking, framfor det mer belastende totalavholdet. Ett av de problemene vi imidlertid møter som behandlere er at noen av de menneskene som kunne mest trenge totalavhold, ikke blir totalavholdende. Hva skal vi da gjøre - fortsette å dosere totalavhold eller forsøke å få til alternativer som tross alt gir en nedgang i konsum, selv om den ideelle målsetting ikke nås, ut fra rasjonalen: Jo mindre alkohol jo mindre potensiell alkoholskade?

I de fleste terapiformer er man innstilt på en gradvis nedbygging av symptomatferden. Når det gjelder alkoholbehandling har man imidlertid ofte krevet umiddelbar, absolutt symptomfrihet som kriterium for vellykket behandling. Dette har også betydd at selve symptomet har unndratt seg terapeutisk bearbeidelse. Ut fra et læringsteoretisk perspektiv er det da rimelig å anta at denne atferden ikke vil endre seg, men at drikkingen vil foregå på samme måte som forut for behandling neste gang den forekommer. I noen interessante behandlingsforsøk gjorde Ray Hodgson og medarbeidere

det motsatte i sin behandling av alkoholmisbrukere. De startet med å gi klientene alkohol, men forhindret dem deretter i fortsatt drikking (Hodgson & Rankin, 1982). Over tid opplevet klientene et redusert «sug» etter alkohol og nedgang i faktisk alkoholbruk. Det skjedde altså en utsløkking eller ekstinksjon av det drikkebehovet som tidligere hadde blitt utløst av litt alkohol. Slike treningstiltak vil for mange oppleves som svært kontroversielle, og har i liten grad blitt brukt i behandling, men er nå under utprøving, bl.a. i Australia, selv for relativt sterkt avhengige alkoholmisbrukere (Nick Heather, personlig meddelelse, 1993).



Holdninger til mennesker med alkoholproblemer

Som kliniker blir man oppdratt til å ta sine klienter på alvor og å behandle dem med respekt og innlevelse. Det understrekes at det er viktig å starte på det sted klienten befinner seg og så sammen med klienten legge ut på den oppdagelsesreise i ukjent terreng som den terapeutiske prosess innebærer. Det terapeutiske samspill stiller krav til begge parter og er avhengig av et gjensidig forpliktende samarbeid.

I Legetidsskriftet sto nylig referert en undersøkelse av befolkningens holdninger overfor mennesker med ulike psykiske problemer (Falkum, 1992). Denne viste at blant folk flest har det skjedd en oppmykning og større grad av akseptering av mennesker med psykiske problemer, så sant disse ikke har rusproblemer, Toleransen overfor og aksepteringen av mennesker med rusproblemer er fortsatt meget lav i befolkningen. Ut fra mine erfaringer med alkoholterapeuter og helse- og sosialarbeidere i sin alminnelighet, synes det heller ikke å være grunn til å anta at fagfolk er fri for fordommer og intoleranse overfor rusmiddelmisbrukere. Mange høyt kvalifiserte kollegaer legger ganske lett vint fra seg sin «profesjonelle kappe» og erstatter den med tradisjonelle myter og fordommer overfor mennesker med rusproblemer.

Blant mange behandlere hersker det en utbredt mistillit til problemdrikkeres evne til selv å vurdere sin egen situasjon og selv å foreta realistiske valg. Noe som bl.a. gjenspeiler seg i en opptatthet av klientenes dårlige egenskaper og manglende samarbeidsevne. Særlig den amerikanske behandlingslitteraturen oversvømmes av metoder og teknikker for å overkomme klientenes «benekting» og «motstand». Men også her hjemme er slike holdninger utbredt. Moralsk indignasjon og straffetiltak, kamuflert som terapeutiske virkemidler for klientenes beste er fortsatt utbredt. Noen eksempler på hvilke terapeutiske implikasjoner dette har hatt er:

Det er f.eks. vanlig å skrive ut eller avslutte behandlingen hvis klienten i løpet av behandlingsperioden har bruk alkohol. Begrunnelsen har som regel vært at alkohol misbrukeren må lære å ta konsekvensen av sine handlinger. Men ville noen med like stor selvfølgelighet kunne si til f.eks. en angstnevrotiker: «Jeg skal nå behandle ditt angst problem. Men det er viktig at du i løpet av behandlingsperioden ikke viser angst. Hvis du fortsetter med dine angstanfall i løpet av terapien må jeg avslutte behandlingen, da du tydeligvis ikke er motivert til å gjøre noe med ditt angstproblem!»?

En annen selvfølgelighet, også blant mer liberale terapeuter, er at berusede klienter sendes hjem fra terapitimer med begrunnelsen at det ikke går an å drive terapi med en beruset person. Ville man si det samme om en person som fikk et angstanfall i terapitimen? En bivirkning av en slik avvisning er dessuten at terapeuten vil være med på å forsterke det uansvarlige og magiske i drikkingen. Det man gjør og sier under rus gjelder ikke på samme måte som det man sier og gjør i edru tilstand. Terapeuten bekrefter overfor rusbrukeren at han/hun er mer utilgjengelig, uansvarlig og styres av andre mekanismer når vedkommende drikker enn når han/hun er edru.

I diskusjonene om «kontrollert drikking» har det dessuten typisk nok vært en sterk opptatthet av når det ene eller andre alternativet skulle tillates eller hvor liberal terapeuten skulle være i å

la klientene prøve seg ut. Ofte har det vært laget svært rigide og firkantede kriterier for hva som skulle kunne tillates av drikking, basert på terapeutenes egne forestillinger om hva som er passende alkoholkonsum. Liten vekt har vært lagt på klientenes kulturbakgrunn, spesielle situasjon og ønsker. Ofte har terapeutene vært halvhjertede med i prosessen og raskt annonsert at forsøket har vært mislykket slik at klienten har måttet gå tilbake til totalavhold.

Noe av det som synes vanskeligst å fatte, er at det endelige valg må ligge hos klienten selv. Det å være åpen for alternativer, innebærer ikke en antagelse om at ett alternativ er bedre enn et annet. Men at de alle kan være mulige og realistiske. Ved at klienten selv gis en mulighet til valg, vil det også være mulig å forvente en større grad av egenforpliktelse. Mindre krefter behøver å bli brukt på «motstand» og «benektelse», men kan isteden brukes på å utforske ulike alternativer og konsekvenser av disse. Det å basere behandlingen på klientene egne formulerte målsetninger, behøver heller ikke innebære en naiv akseptering av et hvert ord eller ønske, men å hjelpe klienten til å se implikasjonene av sine handlinger, også de ubehagelige. Klientene må også være villig til å ta konsekvensene av sine egne valg.

Det virkelige paradigmeskiftet i behandlingen av alkoholproblematikere ligger kanskje ikke så mye i valg mellom ulike behandlingsmodeller, som i valg av hvilket menneskesyn som skal ligge til grunn for behandlingen. Skal klienten møtes som en respektert alliert, eller som en upålitelig fiende? Skal vi kunne ha tiltro til vedkommendes egen vurderingsevne og evne til å gjøre valg- eller skal vi som terapeuter forvalte sannheten om ham/henne og selv gjøre de nødvendige valgene for vedkommende? Skal vi ha et forpliktende samarbeid eller skal vi tvinge ham/henne til å overholde våre regler?

Avslutning

Jeg har i denne artikkelen forsøkt å kaste et kritisk lys på fenomenet «kontrollert drikking». Begrepets uklarhet og uheldige implikasjoner, gjør det til et lite egnet verktøy i en fruktbar diskusjon om mål og midler i behandlingen av alkoholproblemer. I stedet er det viktig å kunne enes om en felles målsetning som innebærer størst mulig reduksjon i konsum og alkoholrelaterte problemer. Mennesker med alkoholproblemer er like forskjellige som andre mennesker. Det er ulike veier inn i et alkoholproblem og ulike veier ut av dette igjen. Dette må vi kunne ta konsekvensen av i behandlingen og ha åpenhet for bruk av fleksible og alternative behandlingsmetoder.

Sist, men ikke minst, er det viktig med en kritisk vurdering av hvilket menneskesyn og etiske grunnverdier vi skal ha i vårt terapeutiske arbeid med alkoholproblematikere. De bør være en menneskerett å kunne søke hjelp for et alkoholproblem, uten å måtte gi avkall på sin selvrespekt og menneskeverd.

Referanser

Ahlström-Laakso, S. (1975). Drinking habits among alcoholics. Finnish Foundation for Alcohol Studies vol. 21, Helsinki.

Annis, H. M. (1984). A relapse prevention model for treatment of alcoholism. I: Curson, D. & Rankin, H. (eds.) Alcoholism relapse, Logos Alpha, London.

Annor, D. J., Polich, J. M. & Stambul, H. B. (1978). Alcoholism and treatment. Wiley, New York.

Beil, H. (1986). Skadelig alkoholkonsum: Hvordan kan det påvises? Tidsskr. nor. Lægeforen., 7:106, 591 - 595.

Berg, G., Laberg, J. C., Skutle, A. & Ohman, A. (1981). Instructed versus pharmacological effects of alcohol in alcoholics and social drinkers. Behav. Res. Ther., 12, 107 - 115.

Bigelow, G., Liebson, I. & Griffiths, R. (1974). Alcoholic drinking: suppression by a brief time-out procedure. *Beh. Res. Therapy*, 12, 107 - 115.

Caddy, G. R., Addingtonjr, H.J. & Perkins, D. (1978): Individualized therapy for alcoholics: A third year independent double-blind follow-up. *Beh. Res. Therapy*, 16, 345 - 362.

Caudhill, B. D. & Marlatt, G. A. (1975). Modelling influences in social drinking: An experimental analogue. *J. Consult Clin Psychology*, 43, 405 - 415.

Davies, D. L. (1962) Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Q. J. Stud. Alcohol*, 23, 94 - 104.

Duckert, F. (1982) Alkoholproblemer kan mestres. Aschehoug, Oslo.

Duckert, F. (1989) «Controlled drinking» - a complicated and contradictory field. i: Duckert, f., Koski Jannes, A. & Rønneberg, S. (red.) *Perspectives on Controlled Drinking*. NAD-publication No. 17, 39 - 54.

Engle, K. & Williams, T. (1972), Effect of one ounce of vodka on alcoholics' desire for alcohol. *Q. J. Stud. Alcohol*, 33, 1099 - 1105.

Fekjær, H. O. (1980) *Ny viten om alkohol*, Gyldendal, Oslo.

Hawks, D. (1989) Is it possible to recommend safe drinking levels without increasing per capita consumption? Another aspect of the prevention paradox. *Brit. J. Addiction*, 84, 371 - 375.

Heather, N. & Tebbutt, J. (1989). Definitions of non abstinent and abstinent categories in alcoholism treatment outcome classifications: a review and proposal. *Drug and Alcohol Dependence*, 24, 83 - 93.

Hodgaon, R. J. & Rankin, H. J. (1982). Cue exposure and relapse prevention. In Hay, W. M. & Nathan, P. E. (eds.) *Clinical case studies in the behavioral treatment of alcoholism*, Plenum Press, New York

Jellinek, E. M. (1960) *The Disease Concept of Alcoholism*. Hillhouse Press, Highland Park, N. J.

Kjølstad, T. (1963) Further comment on Davies DL: Normal drinking in recovered alcohol addicts. *Q. J. Stud. Alcohol*, 24, 733 - 735.

Kreitman, N. (1986) Alcohol Consumption and the Preventive Paradox. *Brit. J. Addiction*, 81, 353 - 363.

Lovibond, S. H. & Caddy, G. R. (1970). Discriminated aversive control in the moderation of alcoholics' drinking behavior. *Behav. Ther.*, 1, 437 - 444.

Marlatt, G. A., Demming, B. & Reid, J. (1973). Loss of control drinking in alcoholics. *J. Ab. Psychol.*, 81, 233 - 241.

Marlatt, G.A. & George, W. H. (1984) Relapseprevention: Introduction and overview of the model. *Brit. J. Addiction*, 79 261 - 273.

Miller, W. R. & Munoz, R. F. (1982). *How to contra/ your drinking*, University of New Mexico Press, Albuquerque, N, M.

Orford, J. & Edwards, G. (1977) *Alcoholism*, Oxford University Press, Oxford.

Pendery, M. L., Maltzman, I. M. & West, J. L. (1982). Controlled drinking by alcoholics? *Science*, 217, 169 - 175.

Polich, J. M, Armor, D. J. & Braiker, H. B. (1981) *The course of alcoholism: four years after treatment*. Wiley, New York.

Pomerlau, O., Pertschuk, M. & Stinnet, J. A. (1976). A critical examination of some current assumptions in the treatment of alcoholism. *J. Stud. Alcohol*, 37, 849 - 867.

Purdue, L. (1992) *The French Paradox and Beyond: Live Longer Wiltz Wine & The Mediterranean Lifestyle*. Renaissance, London.



- Reid, J. (1978). Study of drinking in natural settings. In: Marlatt, G. A. & Nathan, P. E. (eds.) Behavioral approaches to alcoholism, Rutgers Center of Alcohol Studies, New Brunswick, N. J.
- Reinert, R. E. & Bowen, W. T. (1968). Social drinking following treatment for alcoholism. Bull. Menninger Clin., 38, 280 - 290.
- Roizen, R. (1987). The Great Controlled-Drinking Controversy. In: Galanter, M. (ed.) Recent Developments in Alcoholism, Vol. 5, Plenum Press, New York. 245 - 279.
- Rosenberg, H., Melville, J., Levell, D. & Hodge, J. E. (1992). A 10-year follow-up survey of acceptability of controlled drinking in Britain. J. Stud. Alcohol, sept., 441 - 446.
- Rosenberg, H. & Davis, L. A. (1993). Acceptability of controlled drinking by alcohol treatment services in the United States. Foredrag, ICTAB-6, Santa-Fe, U.S.A.
- Sanchez-Craig M. (1984) Random assignment to abstinence and controlled drinking: Evaluation of a cognitive-behavioural program for problem drinkers. J. Cons. and Clin.Psych., 52, 390 - 403.
- Skog, O. J. (1988). Alcohol related problems in Norway: patterns and trends. I: Skog, O. J. & Waahlber R. (eds.) Alcohol and Drugs: The Norwegian Experience, Rusmiddeldirektoratet, Oslo.
- Skog, O. J. & Duckert, F. (1993) The Development of alcoholics and heavy drinkers consumption: A longitudinal study. J. Stud. Alcoho/, in press.
- Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1973). Individualized behavior therapy for alcoholics. Behav. Ther., 4, 49 - 72.
- Vaillant, G. E. (1983). The Natural History of Alcoholism, Harvard University Press, Cambridge.
- Wilson, G. T., Leaf, R. C. & Nathan, P. E. (1975). The aversive control of excessive alcohol consumption by chronic alcoholics in the laboratory setting. J.Applied Beh. Analysis, 8, 13 - 26.

