

Atferdsterapeutiske behandlingsmetoder ved alkoholisme



Fagessay fra 1977

Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 10, 1977, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

Tekst: Kjell Gotfred Johansen, Svein Mossige og Lasse Eriksen

Tradisjonelle behandlingstilnærminger til alkoholisme (1) inkluderer psykodynamisk terapi, enten individuelt eller i grupper (Jfr. Brunner-Orne 1958, Silber 1959), psykodrama (Jfr. Weiner 1967), miljøterapi (Jfr. Kendall, 1967), medikasjon slik som beroligende midler, antidepressiva, LSD (Jfr. Abrahamson 1960, Kissin og Charnoff 1967) og disulfiram (Antabus/Aversan. Jfr. Gerrein et al. 1973, Lundewall og Bækland 1971) og avholdsforenin ger aom Anonyme Alkoholikere. (Jfr. også f.eks. Kringlen 1975, Retterstøl 1976, Kjølstad 1976, samt Bjørnevoll 1976.)

I det siste er det publisert studier som setter spørsmålstegn ved mange av de gamle og etablerte «sannheter» innen alkoholismeforståelse og alkoholistbehandling. (Jfr. Eriksen, Johansen og Mossige 1977) (2). I denne artikkelen vil vi ta for oss behandlingsmetoder innenfor den atferdsterapeutiske tilnærmingsramme i form av en forholdsvis kort oversikt. I andre artikler vil vi ta for oss nærmere spesielle områder innenfor dette feltet. (Jfr. Mossige, Johnsen og Eriksen 1977, Johansen, Eriksen og Mossige 1977, Eriksen, Mossige og Johansen 1977).

Innholdet i denne artikkelen vil bestå av en oversikt over aversiv betinging (kjemisk, elektrisk og ved forestilling) systematisk desensitivisering og avslappingsteknikker, læring av å diskriminere alkoholkonsentrasjon i blodet og kontrollert drikking, samt bredspektrede behandlingsopplegg. Vi vil kort nevne resultatene som er oppgitt i studiene, uten at vi her vil gi en kritisk vurdering av disse.

1) Aversiv betinging: kjemisk

Kjemisk aversjonsterapi refererer til den gjentatte assosiasjonen mellom synet, lukten og smaken av alkohol og en ubehagelig fysiologisk respons som er et resultat av et inntatt kjemisk stoff. De mest brukte stoffer kategoriseres i to grupper:

- 1 Emetine, apomorphine og ipecac som utløser kvalme og oppkast.
- 2 Succinylcholine chloride dehydrate (Anectine eller Scoline) som induserer en tilstand av komplett muskulær og respiratorisk paralysis. (Slik behandling blir ikke tatt opp her da det er en drastisk teknikk som ikke har gitt overbevisende resultater. Jfr. Sandersen et al. 1963, Laveny 1966, Madill et al. 1966, Clancy et al. 1967, Holzinger et al. 1967, Farrar et al 1968.)

Bruk av midler i kategori A: Voegtlin, Lemere et al. (Voegtlin 1940, Lenere et al. 1942, Voegtlin 1947, Voegtlin og Broz 1949, Lemere og Voegtlin 1950) brukte emetine som aversivt middel i sin behandling av flere tusen frivillige klienter som måtte betale mellom 450 og 750 dollars hver for til dagers behandling. De rapporterte om «follow up» på over 4000 av sine klienter over en 13 års periode. Totalt var 51 % av klientene abstinente over 13 års «follow-up». Etter ett år var tallet 60 %. Forskerne viste også at langtidseffekten av behandling var avhengig av «booster behandling (gjentatte behandlingssituasjoner med visse mellomrom). 90 % av 130 klienter som fikk «booster» behandling

forble abstinente ved «follow-up». Jo flere «booster» situasjoner, dess større sjanse for å forbli edruelig. (4)



Det er viktig å merke seg at i tillegg til den kjemiske aversjonsprosedyren brukte Voegtlin, Lemere et al. andre støttende teknikker i sitt program, f.eks. rådgivning på sosiale funksjonsproblemer, yrkesrehabilitering, familierådgivning og antabus. Lignende resultater er rapportert av Edlin et al. (1945), Kant (1944a og b), Shanahan og Homick (1946), Thimann (1949). samt av Raymond (1964) som la vekt på kvalme og ikke oppkast.

Abstinens prosenten for forskjellige «follow-up» varigheter varierte fra mellom 30 % til 80 %. Slike forskjeller kan være forårsaket av forskjeller i de studerte populasjoner, forskjellige prosedyrer som ble anvendt, samt hvilke andre teknikker som ble brukt samtidig. (Jfr. Miller 1976, s. 51) Miller et al. (1960) og Zvonikov (1968) behandlet grupper av kroniske alkoholikere med lignende prosedyrer som Voegtlin og Lemere.

2) Aversiv betingning: elektrisk

Av plasshensyn vil vi her ikke beskrive de forskjellige prosedyrene som er anvendt i de forskjellige studiene. Interesserte lesere henvises til originalartiklene. Dessuten vil de finne detaljene beskrivelser av de forskjellige prosedyrene hos Solomon (1964), Campbell og Church (1969), Eriksen (1973) og Miller (1976). Kantorovich (1930) foretok klassisk betingning av syn, lukt og smak av diverse alkoholvarer med elektrisk sjokk med 20 russiske alkoholikere. «Follow-up» i 3 uker til 20 måneder viste 70 % abstinens i denne perioden. (Kontrollgruppe gjenopptok drikking raskt). Morosko og Baer (1970) alternerte betingingsforsøk med unngåelsesforsøk i behandling av 3 ikke-hospitaliserte alkoholikere. En 19 måneders «follow-up» viste at 1 klient var totalt abstinent, og de to andre drakk moderat.

Chapman, Burt og Smith (1972) brukte en lignende prosedyre som Morosko og Baer, men klientene fikk i tillegg selv-kontroll trening (5). 7 av 10 klienter oppnådde suksess i behandlingstidsrommet, og disse var også abstinente 8 - 9 måneder ifølge «follow-up» undersøkelse. (De tre andre begynte igjen å drikke mye.)

Marlatt (1973) har, i en velkontrollert sammenlignende effekt studie, sammenlignet fluktbetinging, unngåelsesbetinging og et straffeparadigme med kontrollgrupper som fikk pseudobetinging og ikkebehandling i en populasjon av hospitaliserte kroniske alkoholikere. Ingen forskjell mht. total abstinens viste seg ved omhyggelig utførte «follow-up», hverken ved 3 eller 15 måneder etter behandling. MacCulloch et al. (1966), Hallam et al. (1973) og Register (1972) fant at elektrisk aversjonsterapi var relativt ineffektivt ovenfor alkoholisme.

Vogler et al. (1970) behandlet 73 mannlige, kroniske alkoholikere. De brukte en «aversion relief» prosedyre (dvs. støtet begynte når de nippet drinken og opphørte når de spyttet drinken ut). I tillegg ble det anvendt «booster» (gjenbetinging) situasjoner. Resultatene var gode når de klientene som sluttet eller ikke var mulig å oppspore ved «follow-up» ikke ble med regnet.

Wilson (1973) målte virkningene av tradisjonell elektrisk aversjonsterapi på alkoholikere i en serie med studier. Han fant at effekten varierte med forsterkningsbetingelsene, dvs. når aversjonsbetingelsene var til stede minsket drikkingen, men straks disse betingelsene opphørte, tok drikkingen seg opp til vanlig nivå. I slutfasen av studiet ble effekten av selv-administrerte sjokk undersøkt. Disse ble så gradvis avtrappet (fading out) helt. Drikking av alkohol sank signifikant. Wilsons funn (Jfr. også Wilson et al. 1975) viser bare den gamle sannhet at generalisering må planlegges og bygges inn i behandlingsopplegget, og ikke overlates til tilfeldighetene. Forskjellige former for selv-kontroll teknikker peker seg ut som et svært lovende middel i så henseende.

Behandling med elektriske aversjonsprosedyrer har ikke, slik de er blitt anvendt inntil nå med alkoholikere, gitt overbevisende positive resultater. Vi er, som Nathan (1976, s. 17): «... overbevist om at elektriske aversjonsmetoder som har som målsetting bare å straffe drikking uten å ta hensyn til utvikling av atferd uforenelig med drikking (f.eks. øke sosial fungering, angst og/eller fryktreduksjon, større motstand mot stress) er dømt til å mislykkes.» (Jfr. også Eriksen 1976, s. 49, Eriksen 1973, s. 23.)



3) Aversiv betinging: forestilling

Den kliniske aversive prosedyre som nyligst er utviklet og brukt med alkoholikere er verbal aversjonsterapi eller skjult sensitivisering. Cautela (1966) er den mest kjente advokat for denne prosedyren som består i å forestille seg drikking sammen med ubehagelige hendelser eller følelser som kvalme og oppkast. Cautela (1970) foreslår bruk av skjult sensitivisering som en selv-kontroll teknikk. Miller (1959) rapporterte bruk av verbal aversjon i kombinasjon med hypnose. Resultatene viste at +3 % av 24 klienter var abstinente ved 9 måneders «follow-up». Strel-Chuk (1957) hadde lignende suksess med denne prosedyren i Sovjet. Gordova og Kovalev (1961) hypnotiserte alkoholikere til å forestille seg drikking fulgt av kvalme og oppkast. 55 % av klientene hvor det var adekvat «follow-up» var abstinente minst et år.

Cautela (1966 og 1967) behandlet en 27 år gammel kvinnelig alkoholiker. Ved «follow-up» etter 8 måneder var klienten abstinent. Cautela brukte imidlertid også andre teknikker som systematisk desensitivisering, selvhevdelsestrening og angstreduksjon ved avslapping. Anant (1967) behandlet 26 alkoholikere med skjult sensitivisering i gruppe. Erter minimum 5 behandlingssituasjoner var 96 % av klientene abstinente ved 8 til 15 måneders «follow up». Imidlertid var bare 3 av 15 klienter (20 %) abstinente ved «follow-up» utover 8 til 15 måneders intervallet (Anant 1968).

Ashem og Donner (1968) rapporterte at 6 av 15 alkoholikere (40 %) som ble behandlet med skjult sensitivisering var abstinente etter 6 måneders «follow-up». Hele kontrollgruppa på 8 klienter misbrukte alkohol igjen.

Miller og Hersen (1972) behandlet en 30 år gammel mannlig alkoholiker (5 års misbruk av alkohol) med skjult sensitivisering. De brukte et intensivdesign (Jfr. Eriksen 1976b, s. 80 - 99, Hersen og Barlow 1976). Alkoholkonsumet sank betraktelig i behandlingsfasene, opptil 2/3 reduksjon. På bakgrunn av de fåtallige studiene som er utført, noen av studienes inadequate metodologi, forskjellige mål på effektivitet og varierende lengde på «follow-up», er det vanskelig å konkludere entydig om behandlingsmetodens effektivitet. Resultatene gir imidlertid all grunn til, fortsatt utprøving i denne retning, eventuelt som ledd i et bredspektret opplegg.

Systematisk desensitivisering og avslappingsteknikker

Rasjonalen for bruk av systematisk desensitivisering i behandling av alkoholmisbrukere ligger i at man antar at angst, som en reaksjon på stressende situasjoner, går forut for drikkingen. Gjennom systematisk desensitivisering kan klienten lære en annen emosjonell reaksjon til slike situasjoner, nemlig avslapping. Denne rasjonalen kan implisere at alkohol nødvendigvis har en spenningsreducerende effekt. Det kan stilles en rekke spørsmål ved holdbarheten av en slik generell effekt. (Se f.eks. Eriksen, Johansen og Mossige 1977)

Desensitivisering er som regel brukt sammen med andre behandlingsteknikker. Målet for behandlingen har i noen opplegg vært abstinens, i andre moderat/kontrollert drikking. Systematisk desensitivisering går ut på at klienten forbinder angstskapende situasjoner i fantasien med avslapping. (Wolpe 1973). Et hierarki av angstskapende situasjoner ordnes fra de mest til de minst

angstprovoserende. Hierarkiet blir gjennomgått fra de minst til de mest angstskapende situasjoner inntil klienten kan forestille seg alle uten å føle særlig angst.



Av behandlingsopplegg hvor en utelukkende anvender desensitivisering er det beskrevet få. Kraft (1969) og Kraft og Al-Issa (1967) viser til vellykket anvendelse av denne teknikken på 8 klienter. (6) Desensitiviseringen var her rettet mot å oppheve angst i tilknytning til sosial interaksjon. Hos alle klientene rapporteres det om bedring i form av at de ble i stand til å drikke på en kontrollert og sosialt akseptert måte. Ettersom alle klientene var under 35 år, pekes det på at metoden kanskje er mindre anvendbar på eldre, hvor alkoholmisbruket har blitt en «etablert måte å leve på». (Kraft 1969, s. 340). Mer vanlig er det at desensitivisering og avslapping inngår som del av et mer omfattende behandlingsopplegg. Lazarus (1965) nevner systematisk desensitivisering som ett av en rekke tiltak i et slikt omfattende behandlingsopplegg for å avbetinge angstreaksjoner som går forut for misbruket. Også Mc. Brearthy et al. (1968) beskriver et omfattende behandlingsopplegg hvor systematisk desensitivisering og avslappingsteknikker inngår. Det foreligger imidlertid ikke behandlingsresultater fra disse. Ettersom slike omfattende opplegg anvender så mange teknikker, vil det være vanskelig å vurdere effekten av hver enkelt av dem. Der hvor systematisk desensitivisering inngår i et opplegg sammen med en annen teknikk, er dette enklere. Lanyon, Primo, Terrell og Wener (1972) kombinerte systematisk desensitivisering med en aversjonsteknikk. Sammenligninger med effekten av aversjonsteknikken alene, viste at kombinasjonen av de to teknikkene var betydelig mer effektiv enn aversjon alene. Målsettingen var her abstinens. Ved en oppfølging etter 9 måneder var 71 % av de som fikk desensitivisering og aversjonsbehandling fortsatt abstinente mot 14 % i en kontrollgruppe som bare fikk aversjonsbehandling. I en kontrollgruppe med tradisjonell gruppebehandling var 25 % fortsatt abstinente.

Blake (1965 og 1967) kombinerte avslapping med elektrisk aversjonsterapi. Avslapping ble lært som en form for selv-kontroll for å hanskes med stress i omgivelsene. Den kombinerte teknikk resulterte i at 46 % av klientene (17 av 37) var abstinente etter 12 måneder. En svakhet ved opplegget var at det manglet en kontrollgruppe. Videre foregikk de forskjellige behandlingsoppleggene til forskjellige tidspunkter.

Resultatene fra Lanyon et al. (1972) og Blake (1965 og 1967) tyder likevel på at systematisk desensitivisering og avslapping kan øke effekten av et behandlingsopplegg.

Forsøk med avslapping gjennom «biofeedback» synes å ha en gunstig innvirkning på alkoholmisbruk. Steffen (1975) lot forsøkspersoner trenes i å slappe av gjennom «feedback» av spenningsnivået (EMG) i frontalis muskelen. Etter en treningsperiode på 6 dager drakk forsøkspersonene (kroniske alkoholikere) mindre, følte seg mindre uvel og viste et lavere muskelspenningsnivå enn forut for denne treningsperioden. Resultatene tyder på at avslapping gjennom «biofeedback» kan være hensiktsmessig som del av et behandlingsopplegg ved alkoholmisbruk.

Læring av å diskriminere alkoholkonsentrasjon i blodet og kontrollert drikking

I den seinere tid har det blitt utviklet flere behandlingsteknikker i opplegg hvor målsettingen har vært moderat/kontrollert drikking. (Se f.eks. Eriksen, Johansen og Mossige 1977). En rekke av disse teknikkene kan brukes selv om målsettingen er abstinens. Den teknikk vi skal ta opp i det følgende er imidlertid nødvendigvis knyttet til moderat/kontrollert drikking som målsetting. Noe av grunnlaget for teknikken ligger i en studie av Lovibond (1970) hvor det ble påvist at alkoholikere (og moderate drikkere) var i stand til å diskriminere temmelig nøyaktig sin egen blodalkoholkonsentrasjon (BAK).

Lovibond og Caddy (1970) gjorde et forsøk på å anvende dette i et behandlingsopplegg med 31 alkoholikere (7). Opplegget var strukturert i to faser: 1) Diskriminasjonslæring og 2) Aversiv betinging. 

Diskriminasjonslæring: Klientene ble først gitt en del generelle ideer om virkningen på atferden av forskjellige alkoholkonsentrasjoner i blodet. De ble deretter bedt om å drikke alkohol blandet med fruktsaft for å observere sine egne subjektive opplevelser. I de to påfølgende timene ble BAK registrert for hvert 15. til 20. minutt etter at hver person hadde kommet med sin egen subjektive vurdering av BAK. Det ble deretter gitt «feedback» til hver person om den enkeltes nøyaktige BAK. Hver av personene gikk gjennom denne diskriminasjonslæringen.

Aversiv betinging: I den neste fasen måtte klientene drikke den drikk de likte best i løpet av 1,5 time inntil en BAK på 65 mg/% var nådd. Som i den første fasen vurderte klientene BAK for hvert 15. til 20. minutt og mottok «feedback» på nøyaktigheten av sin vurdering. Fra det øyeblikket en BAK på 65 mg/% var nådd ble klientene av og til gitt elektrisk sjokk via elektroder festet til haken mens de fortsatte å drikke over det fastsatte nivå (som det var nødvendig at de gjorde). Hyppigheten av elektriske sjokk, intensiteten og varigheten, og det tidspunkt hvor sjokk ble gitt, ble hele tiden variert for å oppnå maksimal generalisering av betingingen. Denne betingingsprosedyren ble utført flere ganger, og deretter gradvis avtrappet. Lovibond og Caddy benyttet en kontrollgruppe som fikk samme behandling, bortsett fra at kontrollgruppen mottok tilfeldige, ikke-kontingente sjokk både før og etter at BAK på 65 mg/% var nådd.

28 av de 31 klientene fullførte behandlingen. 3 falt fra etter den første eller andre fasen. 5 av de 13 i kontrollgruppen fullførte hele opplegget. Ved oppfølging 16 og 60 uker etter avslutningen av behandlingsopplegget, fant man at 21 personer drakk på en kontrollert og sosialt akseptabel måte. Deres BAK var meget sjelden høyere enn 70 mg/%. 3 drakk mindre enn før, men over skred grensen på 70 mg/% 1 til 2 ganger pr. uke. 4 klienter viste bare liten forbedring. Ingen av de som gikk gjennom hele opplegget i kontrollgruppen forandret noe særlig på sin drikkeatferd.

Resultatene indikerer at alkoholikere kan 1) lære å diskriminere blodalkoholprosent, BAK, og 2) lære seg moderat/kontrollert drikking under visse betingelser. Silverstein, Nathan og Taylor (1974) utformet et lignende opplegg for om mulig å replisere og videreføre resultatene fra Lovibond og Caddy. Opplegget avvek en del fra det foregående. Vi vil her konsentrere oss om resultatene og implikasjonene av disse.

Forsøkspersonene (3 og 4) (8) ble i stand til å diskriminere BAK etter kortvarig diskriminasjonslæring. Diskrimineringen opphørte imidlertid når «feedback» og positiv forsterkning for nøyaktig diskriminering ble borte. Alle forsøkspersonene viste kontrollert drikking som imidlertid forsvant da forsterkningsbetingelsene og «feedback» ble fjernet.

Resultatene støtter opp om at alkoholikere kan lære seg kontrollert drikking under bestemte forsterkningsbetingelser, og videre at alkoholikere kan lære å gjøre nøyaktige vurderinger av BAK. I forhold til Lovibond og Caddy nødvendiggjør imidlertid resultatene fra Silverstein et al. følgende reservasjoner: 1) Læring av å diskriminere BAK synes å kreve noe lengre tid enn hva som framgår av Lovibond og Caddys studie, 2) diskriminering av BAK synes å være avhengig av en form for «feedback».

Med disse reservasjonene synes det som om alkoholikere kan lære å diskriminere BAK og at dette kan danne utgangspunkt for læring av moderat/ kontrollert drikking.

Bredspektret atferdsterapi

Uttrykket bredspektret atferdsterapi stammer fra Lazarus (1965) og betegner bruken av flere teknikker innen rammene av et behandlingsopplegg. Generelt kan man si at en bredspektret tilnærming måte

representerer et syn på alkoholisme som et komplekst atferdsproblem, til forskjell fra den relativt ensidige fokusering på å forandre alkoholens stimulus-verdi for alkoholikeren, som var karakteristisk for tidligere atferdsterapeutiske tilnærmingsmåter. (Jfr. Hamburg 1975, s. 69). Ifølge Miller og Eisler (1976) vil en modell av et omfattende atferdsterapeutisk behandlingsopplegg for alkoholisme, ha følgende hovedsiktepunkter: 1) Tiltak for å minske de umiddelbart forsterkende egenskaper ved alkoholen. 2) Å lære individet ny atferd som er uforenlig med misbruk. 3) Å rearrangere individets sosiale og yrkesmessige omgivelser slik at det oppnås maksimal forsterkning for atferd som ikke medfører misbruk.



Vi har tidligere vist eksempler på bredspektrede opplegg hvor aversive teknikker kombineres med systematisk desensitivering/avslappingstrening. Her skal kort refereres eksempler på opplegg med en bredere sammensetning av teknikker, hvor det legges større vekt på de operante aspektene ved overdreven drikking. (Jfr. Johansen, Eriksen og Mossige 1977, Mossige, Johansen og Eriksen 1977). Miller, Stanford og Hemphill (1974) har beskrevet et bredspektret opplegg som bestod av 8 ukers hospitalisering og ett års oppfølging. Et «tegn-økonomi»-system (9) ble brukt innen hospitalet for å fremme samarbeidet og for å oppmuntre atferd som ble ansett som viktig utenfor hospitalet, f.eks. planlegging av dagene. Terapeutiske aktiviteter bestod i deltagelse i en «selv-modifiseringsgruppe» (for å lære klientene selvkontroll, jfr. note 5), deltagelse i en gruppe hvor målet var å utvikle atferd som var mer funksjonell i samspill med andre mennesker, ekteskapsrådgivning og yrkesrådgivning.

Innen disse hovedområdene ble en rekke mer spesielle teknikker tatt i bruk, f.eks. undervisning i å foreta funksjonelle analyser av egen atferd ifølge prinsipper for sosial læringsteori, trening i avslapping, skjult sensitivisering og trening i selv-kontroll (Jfr. Eriksen, Mossige og Johansen 1977). Ved hjelp av rollespill, modellering og verbal forsterkning fikk klientene trening i å håndtere interpersonlige og/eller emosjonelle situasjoner. Familien var sterkt inne i bildet, og det ble gitt instruksjon i måter å utvikle mer positiv interaksjon mellom ektefellene, bl.a. ved bruk av gjensidige kontrakter. (Jfr. Miller 1972). Stor vekt ble lagt på yrkesrådgivning, og klientene deltok på en «arbeidsskole» for å lære yrkesmessige ferdigheter som å søke jobber, omgås arbeidskamerater o.l. Etter utskrivning ble dette fulgt opp. Ingen fullstendig evaluering er foreløpig rapportert, men Miller (1976, s. 163) peker på at resultatene er oppmuntrende, i det de indikerer at 62 av et utvalg på 100 klienter enten var totalt abstinente eller drakk på en mer kontrollert måte i etterundersøkellesperioder på fra 8 til 24 måneder. Et annet bredspektret opplegg er beskrevet av Sobell og Sobell (1973), hvor også moderat/kontrollert drikking inngår som målsetting. Vi har tidligere tatt for oss disse resultatene (Eriksen, Johansen og Mossige 1977) og skal her nøye oss med kort å nevne de terapeutiske aktivitetene, som var: Trening i analyse av egen atferd, selvkontroll trening, trening i utvikling av sosiale ferdigheter, «video tape feedback» av egen edru og alkoholpåvirket atferd, en programmert «nederlagsopplevelse» og aversiv betinging.

En viktig innfallsvinkel til modifisering av overdreven drikking, er forsøk på rearrangering av forsterkningsbetingelsene for drikkeatferden. At dette er et kraftig virkemiddel er demonstrert eksperimentelt i en rekke kontrollerte studier av Cohen, Liebson, Faillace et al. (Se f.eks. Cohen, Liebson, Faillace og Speers 1971, Cohen, Liebson og Faillace 1973. For en oversikt, se også Lloyd og Salzberg 1975), Narrol (1967) har beskrevet bruken av operante prinsipper i behandlingen av hospitaliserte alkoholikere innen rammen av et «tegnøkonomi» system (Jfr. note 9), og Miller (1975) har gjort det samme i forbindelse med et mer omfattende behandlingsprogram for ikke hospitaliserte alkoholikere.

Som eksempel på en bredspektret tilnærmingsmåte som tar i bruk slike prinsipper, skal vi beskrive noen trekk ved Hunt og Azrins «Community reinforcement program». (Hunt og Azrin 1973).

Klientene var 16 mannlige hospitaliserte alkoholikere som ble delt i en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe. Programmet var konstruert med sikte på å rearrangere de yrkesmessige, familiære og sosiale forsterkere for klientene på en slik måte at de ville bli fjernet fra slike forsterkere dersom de begynte å drikke. Programmet omfattet følgende terapeutiske aktiviteter:

Yrkesrådgivning: Klientene ble hjulpet til arbeid, og fikk trening i forskjellige yrkesmessige ferdigheter.

Ekteskaps/familierådgivning: Dette hadde som siktemål å legge forholdene til rette for oppnåelse av forsterkning avhengig av en god funksjonell atferd i samspillet mellom ektefellene, bestemt ut fra visse kriterier. For ugifte med familie ble lignende prosedyrer benyttet i forholdet til familien, og for ugifte uten familie ble det forsøkt opprettet fosterfamilier hvor avholdenhet var en betingelse for å delta.

Sosial rådgivning: Siktemålet her var å etablere nye sosiale relasjoner for klientene. Avholdenhet ble satt som en betingelse for å delta i disse nye relasjonene. Dette i motsetning til tidligere relasjoner som utmerket seg ved at drikking var en forutsetning for deltagelse. Det ble bl.a. opprettet en klubb for klientene.

Rådgivning med sikte på å øke klientenes generelle tilgang på forsterkere: Forsøk ble her gjort på å gjøre hjemmet mer attraktivt med radio, TV, abonnement på aviser og tidsskrifter o.l. Etter hospitalisering ble klientene fulgt opp den første måneden i til 2 ganger i uken, seinere i til 2 ganger pr. måned og så 1 gang pr. måned.

Resultatene viste at den gjennomsnittlige prosentvis andel tid arbeidsledig, hjemmefra, institusjonalisert og tid brukt på drikking, var mer enn dobbelt så høy for kontrollgruppen som for eksperimentgruppen. (10) (For en nærmere presentasjon og diskusjon av resultatene, se Hunt og Azrin 1973). Dette opplegget hadde abstinens som målsetting, men lar seg lett tilpasse moderat/ kontrollert drikking som mål.

Hvor går så utviklingen? Natban (1976, s. 12) peker på at tidlige atferds terapeutiske tilnærmingsmåter til alkoholisme stort sett ikke stilte seg kritiske til to hovedantagelser, nemlig hypotesen om kontrolltap (og følgelig total abstinens som den eneste målsetting), og hypotesen om spenningsreduksjon. (Jfr. Eriksen, Johansen og Mossige 1977). Hamburg (1975) peker i sin oversiktsartikkel på at denne tendensen også har gjort seg gjeldende innen utviklingen av bredspektrede opplegg, og viser bl.a. hvordan tidlige bredspektrede tilnærmingsmåter var sterkt influert av spenningsreduksjonshypotesen. Han hevder videre at de nyere bredspektrede tilnærmingsmåtene ser ut til å være den hittil mest lovende behandlingsform for alkoholisme. Karakteristiske trekk ved disse nyere oppleggene synes for det første å være at det skjer en økt eksperimentering med moderat/kontrollert drikking som målsetting (Jfr. Lloyd og Salzberg 1975) og for det andre at det legges større vekt på de operante aspektene ved overdreven drikking.

Når det gjelder det vi oppfatter som en fruktbar generell tilnærmings måte, vil vi avslutte med å sitere Hamburg (1975) som sier at «... det bør understrekes at den atferdsterapeutiske behandlingsstrategi som har vist seg å være mest vellykket ved en rekke atferdsproblem unngår å ta stilling til atferdens årsaker på forhånd, uansett hvor innlysende den kan synes å være ... atferdens årsaker bestemmes best ved en grundig funksjonell analyse av de stimuli som kontrollerer atferden i hvert enkelt tilfelle.» (s. 74).



Noter



- 1 Vi vil i denne artikkelen av framstillingsmessige årsaker benytte de etablerte og reifiserte termene alkoholisme og alkoholiker, selv om vi generelt tar avstand fra en slik ontologisering. (Jfr. f.eks. Krasner og Ullmann 1973, kap. 10, Grennes 1974n5, kap. 6, Ullmann og Krasner 1975, kap. I og 2.)
- 2 Skepsis ovenfor flere av disse gamle «Sannheter» bar også blitt artikulert av lil hengere av transaksjonsanalyse. (F.eks. Berne 1964, Steiner 1969 og 1971. Jfr. også Duckert 1977.),
- 3 Denne delen av artikkelen bygger på Miller (1976), Nathan (1976), Miller og Eisler (1976), O'Leary og Wilson (1975), Ullmann og Krasner (1975) og Yates (1970).
- 4 Lemere og Voegtlin rapporterte vellykket aversjon mot de alkoholdrikker som ble brukt i behandlingen, men ikke generalisering til andre alkoholholdige drikkevarer. Manglende generalisering er understreket også av Quinn og Henbest (1967).
- 5 Jfr. Goldfried og Merbaum (1973), Thoresen og Mahoney (1974), Kanfer (1975) og Eriksen (1976 a).
- 6 Klientene ble klassifisert slik: 5 med primær alkoholisme og 3 hvor alkoholisme var sekundær i forhold til sosial angst.
- 7 I gjennomsnitt hadde disse hatt betydelige alkoholproblemer sammenhengende i ti år.
- 8 Kroniske alkoholikere.
- 9 Et «token-economy»-opplegg bar tre spesifikke karakteristika: A.) Institusjonspersonalet utpeker visse spesifikke klientatferder som gode, ønskerdige og forsterkningsverdige, B.) det er en måte å bruke «tokens» på, dvs. de kan veksles inn til «back-up»-forsterkere. (Krasner 1968, s. 155, Ullmann og Krasner 1975, s. 381.), C.) det er et vekslingsmedium, et objekt (the token) som står for noe annet, og klientene får «tokens» avhengig av å vise ønsket atferd, mengden av «tokens» gitt avhengig av spesifikk atferd avtales på forhånd. Det samme gjøres med, regler for innbytte av «tokens», mot «back-up» forsterkere, dvs. ekstra goder som klientene kan oppnå. Referanser på «token-economy» litteratur finnes i Eriksen (1976 c).
- 10 Kontrollgruppen fikk ikke de forskjellige typene rådgivning, men ellers den vanlige service hospitalet hadde å by på.

Referanser

- Abramson, H. (1960): Use of LSD in psychotherapy. Josiah Macy, jr. foundations, New York.
- Anant, S. S. (1967): A note on the treatment of alcoholics by a verbal aversion technique. Canadian Journal of Psychology, 8, 19 - 22.
- Anam, S. S. (1968): Treatment of alcoholics and drug addicts by verbal aversion techniques. International Journal of the Addictions, 3, 381 - 388.
- Ashem, B. og Donner, L. (1968): Covert sensitization with alcoholics: A controlled replication. Behavior Research and Therapy, 6, 7 - 12.
- Azrin, N. H. og Holz, W. C. (1966): Punishment. I: Honig: Operant Behavior. New York, Appleton-Century-Crofts, 380 - 447.
- Berne, E (1964): Games people play. Penguin books, London.
- Bjørnevoll, K. O. (1976): Psykologens plass i alkoholistsorgen. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, nr. 2, 34 - 39.

Blake, S. G. (1965): The application of behaviour therapy to the treatment of alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 3, 75 - 85.

Blake, S. G. (1967): A follow up of alcoholics treated by behavior therapy. *Behavior Research and Therapy*, 5, 89 - 94.

Brunner-Orne, M. (1958): Group Therapy of alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 19, 164 - 165.

Campbell, B. A. og Church, R. M. (1969): Punishment and aversive behavior. New York, Appleton-Century-Crofts.

Cautela, J. R. (1966): Treatment of compulsive behavior by covert sensitization. *Psychological Record*, 16, 33 - 41.

Cautela, J. R. (1967): Covert sensitization. *Psychological Reports*, 20, 459 - 468.

Cautela, J. R. (1970): The treatment of alcoholism by covert sensitization. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 7, 86 - 90.

Chapman, R. F., Burt, D. W. og Smith, J. W. (1972): Electrical aversion conditioning to alcohol: individual measurement. Upublisert arbeid referert i Miller (1976) samt Nathan (1976).

Clancy, J., Vanderhoff, E. og Cambell, P. (1967): Evaluation of an aversive technique as a treatment of alcoholism: Controlled trial with succinylcholine-induced apnea. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28, 476 - 485.

Cohen, M., Liebson, I. og Faillace, L. (1973): Controlled drinking by chronic alcoholics over extended periods of free access. *Psychological Reports*, 32, 1107 - 1110.

Cohen, M., Liebson, I., Faillace, L. og Speers, W. (1971): Alcoholism: Controlled drinking and incentives for abstinence. *Psychological Reports*, 28, 575 - 580.

Duckert, F. (1977): Alkoholmisbruk i sosial-psykologisk perspektiv. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 15 - 23.

Edlin, J. V., Johnson, R. H., Hletko, P. og Heilbrunn, G. (1945): The conditioned aversion treatment in chronic alcoholism (preliminary report of 100 cases), *American Journal of Psychiatry*, 101, 806 - 809.

Eriksen, L. (1973): En vurdering av bruk av visse straffeprosedyrer i eksperimentelle terapisisituasjoner på visse former for patologisk atferd hos barn og ungdom. Eksamenoppgave, Universitetet i Oslo.

Eriksen, L. (1976 a): En diskusjon av selv-kontroll i lys av sosial læringsteori. Eksamenoppgave, Universitetet i Oslo.

Eriksen, L. (1976 b): Et atferdsterapeutisk behandlingsopplegg med hensyn til renslighetstrening for en svakt fungerende psykisk utviklingshemmet mann. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.

Eriksen, L. (1976 c): Diskuter noen av de problemene som knytter seg til anvendelsen av «token economy»-opplegg. Eksamenoppgave, Universitetet i Oslo.

Eriksen, L., Johansen, K. G. og Mossige, S. (1977): Alkoholisme og myter. Tenning, tap av kontroll og spenningsreduksjon i lys av empiriske studier. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 6, 3 - 19.

Eriksen, L., Mossige, S. og Johansen, K. G. (1977): Nyere atferdsterapeutiske behandlingsmetoder ved alkoholisme: Trening i alternativ atferd: Selvhevdelse og selvkontroll. Stensil. Oslo.

Farrar, C. H., Powell, B. J. og Manin, L. K. (1968): Punishment of alcohol consumption by apneic paralysis. *Behavior Research and Therapy*, 6, 13 - 16.





Gerrein, J. R., Rosenberg, C. M. og Manokar, V. (1973): Disulfiram maintenance in outpatient treatment of alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 28, 798 - 802. Goldfried, M. R. og Merbaum, M. (1973): Behavior change through selfcontrol. New York. Holt, Reinhart og Winston inc.

Gordova, T. N. og Kovalov, N. K. (1961): Unique factors in the hypnotic treatment of alcoholism. I: Winn (Ed.): *Psychotherapy in the Soviet Union*. New York. Philosophical Library, 136 - 140.

Grenness, C. E. (1974/75): Frihet og kontroll. *Moderne læringsteoris prinsipielle problemer i teori og praksis*. Første manus, Universitetet i Oslo.

Hallam, R., Rachman, S. og Falkowski, W. (1972): Subjective attitudinal and physiological effects of electrical aversion therapy. *Behavior Research and Therapy*, 10, 1 - 14.

Hamburg, H. (1975): Behavior therapy in alcoholism. A critical review of broad spectrum approaches. *Journal of Studies on Alcohol*, 36, 69 - 87.

Hersen, M. og Barlow, D. H. (1976): Single case experimental designs. Pergamon press, New York.

Holzinger, R., Mortimer, R. og Van Dusen, W. (1967): Aversion conditioning treatment of alcoholism. *American Journal of Psychiatry*, 124, 246 - 247.

Hunt, G. M. og Azrin, N. H. (1973): The community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91 - 104.

Kanfer, F. H. (1975): Self-management methods. I: Kanfer, F. H. og Goldsrein. A. P.: *Helping people change*. Pergamon Press inc., New York.

Kant, F. (1944 a): Further modifications of the technique of conditioned-reflex treatment of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 5, 228 - 232.

Kant, F. (1944 b): The conditioned-reflex treatment in the light of our knowledge of alcohol addiction. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 5, 371 - 377.

Kantorovich, N. V. (1930): An attempt at associative reflex therapy in alcoholism. *Novoye v rellekologii i fiziologii neronoy sistemy*, 3, 436. (Psychological Abstracts, no. 4282).

Kendall, L. (1967): The role of the nurse in the treatment of the alcoholic patient. I: Fox, R. (Ed.) *Alcoholism: Behavioral research, therapeutic approaches*. Springer pub. co. New York.

Kissin, 8. og Charnoff, S. M. (1967): Clinical evaluation of tranquilizers and antidepressant drugs in the long term treatment of chronic alcoholism. I: Fox, R. (Ed.) *Alcoholism: Behavioral research, therapeutic approaches*. Springer pub. co. New York.

Kjølstad, Th. (1976): Prinsipper og praktiske tiltak i alkoholistsorgen. *Norsk tidsskrift for edruskapsspørsmål*, 3, 126 - 135, samt 4, 164 - 179.

Kraft, T. (1969): Alcoholism treated by systematic desensitization. A follow-up of eight cases. *Journal of the Royal College of general practice*, 18, 336 - 340.

Kraft, T. og Al-Issa, I. (1967): Alcoholism treated by desensitization: a case study. *Behavior research and therapy*, 5, 69 - 70.

Krasner, L. (1968): Assessment of token economy programmes in psychiatric hospitals. I: Porter, R. (Ed.) *The role of learning in psychotherapy*. J. F. A. Churchill, London.

Krasner, L. og Ullmann, L. (1973): Behavior influence and personality. *The social matrix of human action*. Holt, Rinehart and Winston, New York.

Kringlen, E. (1975): *Psykiatri*. Universitetsforlaget, Oslo.

Lanyon, R. I., Primo, R. V., Terrell, F. og Wener, A. (1972): An aversion-desensitization treatment for alcoholism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 394 - 398.

Lazarus, A. A. (1965): Towards the understanding and effective treatment of alcoholism. *S. A. Medical Journal*, 39, 736 - 741.

Lemere, F., Voegtlin, W. L., Broz, W. R., O'Hollaren, P. og Tupper, W. E. (1952): Conditioned reflex treatment of chronic alcoholism: VIII technic. *Diseases of the Nervous System*, 3, 243 - 247.

Lemere, F. og Voegtlin, W. L. (1950): An evaluation of the aversion treatment of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 11, 199 - 204.

Lloyd, R. W. og Salzberg, H. C. (1975): Controlled social drinking: An alternative to abstinence as a treatment goal for some alcohol abusers. *Psychological Bulletin*, 82, 815 - 843.

Lovibond, S. H. (1970): Pure and applied psychology: toward a significant interaction. *Australian Psychologist*, 5, 17.0 - 140.

Lovibond, S. H. og Caddy, G. (1970): Discriminated aversive control in the modificacion of alcoholics drinking behavior. *Behavior therapy*, 1, 437 - 444.

Loverty, S. G. (1966): Aversion therapies in the treatment of alcoholism. *Psychosomatic Medicine*, 28, 651 - 666.

Lundwall, L. og Bækeland, E. (1971): Disulfiram treatment of alcoholism: A review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 153, 381 - 392.

MacCulloch, M. J., Feldman, M. P., Orford, J. F. and MacCulloch, M. L. (1966): Anticipatory avoidance learning in the treatment of alcoholism: a record of therapeutic failure., *Behaviour Research and Therapy*, 4, 187 - 196.

Madill, M. F., Campbell, D., Laveny, S. G., Sanderson, R. E. og Vanderwacer, S. L. (1966): Aversion treatment of alcoholics by succinylcholine-induced apneic paralysis. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 27, 483 - 509.

Marlatt, G. A. (1973): A comparison of aversive conditioning techniques with alcoholics. (Ref. i O'Leary og Wilson, 1975).

McBreathy, J. T., Dichter, M., Garfield, Z. og Heath, G. (1968): A behaviourally oriented treatment program for alcoholics. *Psychological Reports*, 22, 287 - 98.

McGuire, R. J. og Vallance, M. (1964): Aversion therapy by electric shock, a simple technique. *British Medical Journal*, I, 151 - 152.

Miller, E. C., Dvorak, B. A. og Turner, D.W. (1960): A method of creating aversion to alcohol by reflex conditioning in a group setting. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 21, 424 - 431.

Miller, M. M. (1959): Treatment of chronic alcoholism by hypnotic aversion. *Journal of the American Medical Association*, 171; 1492 - 1495.

Miller, P. M. (1972): The use of behavioral contracting in the treatment of alcoholism: A case report. *Behavior Therapy*, 3, 593 - 596.

Miller, P. M. (1975): A behavioral intervention program for chronic public drunkenness offenders. *Archives of General Psychiatry*, 32, 915 - 918.

Miller, P. M. (1976): *Behavioral treatment of alcoholism*. Pergamon Press, New York.

Miller, P. M. og Eisler, R. M. (1976): *Alcohol and drug abuse*. I: Craighead, W. E.,

Kazdin, A. E. og Mahoney, M. J.: *Behavior modification. Principles, issues and applications*. Houghton Mifflin, Boston.

Miller, P. M. og Hersen, M. (1973): Quantitative changes in alcohol consumption as a function of electrical aversive conditioning. *Journal of Clinical Psychology*, 28, 590 - 593.

Miller, P. M., Stanford, A. G. og Hemphill, D. P. (1974): A comprehensive social learning approach to alcoholism treatment. *Social Casework*, may, 279 - 84.

Morosko, T. E. og Baer, P. E. (1970): Avoidance conditioning of alcoholics. I: Ulrich, Stachnich og Mabry: *Control of human behavior*, vol 2, Scott, Foresman, Glenview, Illinois.





Mossige, S., Johansen, K.G. og Eriksen, L. (1977): Alkohol- og samlivsproblemer mellom ektefeller. En atferdsteoretisk analyse. Fokus på familien (i trykk).

Narrol, H. G. (1967): Experimental application of reinforcement principles to the analysis and treatment of hospitalized alcoholics. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28, 105 - 115.

Nathan, P. E. (1976): Alcoholism. I: Leitenberg: Handbook of behavior modification and behavior therapy. Prentice Hall, New Jersey.

O'Leary, K. D. og Wilson, G. T. (1975): Behavior therapy: Application and outcome. Prentice-Hall, Inc., New Jersey.

Quinn, J. T. og Henbest, R. (1967): Partial failure of generalization in alcoholics following aversion therapy. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 28, 70 - 75.

Raymond, M. J. (1964): The treatment of addition by aversion conditioning with apomorphine. *Behavior Research and Therapy*, 1, 287 - 291.

Regester, D. C. (1972): Change in autonomic responsivity and drinking behavior of alcoholics as a function of aversion therapy. Unpublished paper. (Ref. i O'Leary og Wilson, 1975).

Retterstøl, N. (1976): Stoff og alkohol. Bruk og misbruk. Universitetsforlaget, Oslo.

Sanderson, E. E., Campbell, D. og Laverty, S. G. (1963): An investigation of a new aversive conditioning treatment for alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 24, 261 - 275.

Shanahan, W. M. og Hornick, E. J. (1946): Aversion treatment of alcoholism. *Hawaii Medical Journal*, 6, 19 - 21.

Silber, A. (1959): Psychotherapy with alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 129, 477 - 485.

Silverstein, S. J., Nathan, P. E. og Taylor, H. A. (1974): Blood alcohol estimation and controlled drinking by chronic alcoholics. *Behavior Therapy*, 5, 1 - 15.

Sobell, M. 8. og Sobell, L. C. (1973): Individualized behavior therapy for alcoholics. *Behavior Therapy*, 4, 49 - 72.

Solomon, R. L. (1964): Punishment. *American Psychologist*, 19, 237 - 253.

Steffen, J. J. (1975): Electromyographically induced relaxation in the treatment of chronic alcohol abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 275.

Steiner, C. M. (1971): *Garnes alcoholics play*. Ballantine books, New york.

Steiner, C. M. (1969): The alcoholic game. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 30, 920 - 938.

Strel-Chuk, J. V. (1957): New contemporary methods of treating patients with alcoholism. *Soviet Medicine*, 21, 26 - 33.

Thimann, J. (1949): Conditioned reflex treatment of alcoholism. II The risks of its applications, its indications, contraindications, and psychotherapeutic aspects. *New England. Journal of Medicine*, 241, 406 - 410.

Thoresen, C. E. og Mahoney, M. J. (1974): Behavioral self-control. Holt, Rinehart og Winston, Loe., New york.

Ullmann, L. og Krasner, L. (1975): A psychological approach to abnormal behavior (sec. ed) Prentice-Hall, New Jersey.

Voegtlin, W. L. (1940): The treatment of akoholism by establishinga conditioned reflex. *American Journal of Medical Science*, 199, 802 - 809.

Voegtlin, W. L. (1947): Conditioned reflex therapy of chronic alcoholism: ten years' experience with the method. *Rocky Moumain Medical Journal*, 44, 807 - 81 l.

Voegtlin, W. L. og Broz, W. R. (1949): The conditioned reflex treatment of chronic alcoholism: X. An analysis of 3125 admissions over a period of ten and a half years. *Annals of Internal Medicine*, 30, 580 - 597.



Yogier, R. E., Lunde, S. E., Johnsen, G. R. og Manin, P. L. (1970): Electrical aversion conditioning with chronic alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 301 - 307.

Weiner, H. B. (1967): Psychodramatic treatment for the alcoholic. I: Fox, R. (Ed.)

Alcoholism: Behavioral research, therapeutic approaches. Springer pub. co. New York.

Wilson, G. T. (1973): Aversive control of drinking by chronic alcoholics in a controlled laboratory setting. Upublisert arbeid (Ref. i Miller, 1976).

Wilson, G. T., Leaf, R. og Nathan, P. E. (1975): The aversive control of excessive drinking by chronic alcoholics in the laboratory setting. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8, 13 - 26.

Wolpe, J. (1973): *The practice of behavior therapy*. Pergamon press. New York. Yates, A. J. (1970): *Behavior therapy*. John Wiley and Sons Inc., New ork.

Zvonikov, M. Z. (.1969): A modification of the technique of conducting conditioned reflex apomorphine and suggestive therapy of alcoholism. *Zhurnal Nevropatologii i Psikhatrii*, 68, 596.