

Atferdsmodifikasjon ved alkoholisme



Kjell G. Johansen

Lasse Eriksen

Svein Mossige

Fagessay fra 1978

Denne teksten ble først publisert i TnPf nr. 11, 1978, og omfattes ikke av åpen tilgang-lisens.

Tekst: Kjell G. Johansen, Lasse Eriksen og Svein Mossige.

Atferdsterapeutiske tilnærminger til alkoholisme (1) har de seinere åra gjennomgått rask utvikling. Som Nathan og Briddell (1977) peker på, ble overdreven drikking innen tidlige atferdsterapeutiske tilnærminger betraktet som en lært måte å redusere betinget angst på, en oppfatning som baserer seg på antagelsen om at alkohol nødvendigvis har en spenningsreducerende effekt. Atferdsterapeutiske behandlingsmetoder fokuserte følgelig først og fremst på å forandre alkoholens stimulus-verdi for alkoholikeren ved hjelp av forskjellige former for aversiv betinging. (Jfr. Johansen, Eriksen og Mossige 1977). De seinere åra har en rekke studier kastet tvil over to grunnleggende antagelser innen alkoholismeforståelse og behandling: For det første hypotesen om at alkohol nødvendigvis har en spenningsreducerende effekt, og for det andre hypotesen om tenning, tap av kontroll og «en gang alkoholiker, alltid alkoholiker». Disse antagelsenes karakter av myter har vi tatt opp tidligere. (Eriksen, Johansen og Mossige 1977.) Parallelt med dette har atferdsterapeutiske behandlingsmetoder utviklet seg i retning av bredspektrede opplegg basert på operante prinsipper, ofte med etablering av moderat/kontrollert drikking som målsetting (Jfr. Hamburg 1975, Miller 1976, Nathan 1976).

I denne artikkelen vil vi ta for oss et viktig aspekt ved alkoholistbehandling basert på en operant tilnærming, nemlig forandring av forsterkningsbetingelsene for drikkeatferden ved å regulere dens konsekvenser (2). Det antas at alkoholikeren blir forsterket når han drikker alkohol i form av positiv eller negativ forsterkning. Behandlingen er derfor rettet inn på å gi maksimal forsterkning for ikke å misbruke alkohol, og straff i form av negative forsterkere eller tilbaketrekning av positive forsterkere for å misbruke alkohol (Jfr. Miller og Eisler 1976).

Vi vil gi eksempler på eksperimentelle studier og forsøk på anvendelse av slike prinsipper. Først vil vi se på en del eksperimentelle studier under kontrollene betingelser som viser effekten av å regulere drikkeatferdens konsekvenser. Deretter skal vi kort berøre bruken av tegnøkonomi-systemer innen institusjoner, og til sist se på studier og forsøk på anvendelse for ikke-hospitaliserte alkoholikere.

Eksperimentelle studier

Cohen, Liebson, Faillace og Allen (1971) benyttet 4 hospitaliserte, kroniske alkoholikere som forsøkspersoner. Opphold ved en «stimulerende» avdeling (3) ble forsøket gjort avhengig av at forsøkspersonene drakk 5 oz. 45 % alkohol (4) eller mindre pr. dag av i alt 24 oz. tilgjengelig. Dersom grensen på 5 oz. ble overskredet, ble vedkommende plassert ved en «lite stimulerende» avdeling fra

tidspunktet for overskridelsen og fram til kl. 7.00 neste morgen, pluss 24 timer. Det var anledning til å drikke de resterende 19 oz. fram til kl. 7.00 neste morgen, men etter dette ble adgangen til alkohol fjernet for de neste 24 timene. Forsøket varte i 5 uker, og disse betingelsene var virksomme i uke 1, 3 og 5. I uke 2 og 4 hadde ikke den konsumerte mengde alkohol slike differensierte konsekvenser. Uansett hvor mye forsøkspersonene drakk var de ved den «lite stimulerende» avdelingen. Forsøket viste at drikkeatferden systematisk endret seg ettersom forsterkningsbetingelsene varierte. Når betingelsene var slik at positive konsekvenser fulgte moderat drikking, drakk de moderat. Når ingen positive konsekvenser forekom, drakk alle mye.

For å prøve hvorvidt drikking i uke 2 og 4 skyldes fraværet av positiv forsterkning av moderat drikking, eller rett og slett oppholdet ved den «lite stimulerende» avdelingen, ble forsøket gjentatt slik at forsøkspersonene fikk oppholde seg ved den «stimulerende» avdelingen i uke 2 og 4 uansett hvor mye drakk. Resultatene var likevel de samme. (Jfr. Coben, Liebson og Faillace 1971, Cohen, Liebson og Faillace 1972.)

I et seinere forsøk ble dette opplegget noe forandret. (Cohen, Liebson og Faillace 1973.) Overskridelse av grensen på 5 oz. resulterte fremdeles i overflytting til den «lite stimulerende» avdelingen, men ikke i avbrudd på tilgangen til alkohol. Forsøkspersonene hadde dermed anledning til å drikke store mengder alkohol i opptil 20 dager. Resultatene var de samme som i de foregående studier. Når tilgang på sosiale forsterkere ble gjort avhengig av moderat drikking, viste det seg å være et effektivt middel til å modifisere overdreven drikking for kortere tidsrom, selv med fri adgang til ytterligere alkohol. Samme resultat ble oppnådd ved bruk av penger som forsterker for moderat drikking. (Cohen, Liebson, Faillace og Speers 197 J.)

Bigelow, Liebson og Griffiths (1973) har i en lignende undersøkelse rapportert moderat drikking hos 2 klienter når «weekend» besøk hos venner/slektninger ble gjort avhengig av at klientene drakk 5 oz. eller mindre av i alt 12 oz. tilgjengelig pr. dag. Overskridelse av denne grensen forekom bare på 1 av 16 dager for den ene klienten. I samme rapport er beskrevet bruken av alkohol som forsterker for moderat drikking. Av 5 forsøkspersoner drakk alle moderat når neste dags alkohol ble gjort avhengig av at de drakk 8 oz. eller mindre pr. dag. Når ikke slike betingelser var knyttet til drikkingen, drakk alle mer.

Disse og lignende studier (Jfr. Bigelow, Liebson og Griffiths 1974, Griffiths, Liebson og Bigelow 1974, Bigelow og Liebson 1972), er i første rekke å betrakte som eksperimentelle demonstrasjoner av hvordan overdreven drikking lar seg modifisere ved at konsekvensene reguleres. De er viktige når det gjelder å avlive myten om at alkoholikere ikke kan drikke moderat. (Eriksen, Johansen og Mossige 1977.) Ved å vise hvordan man ved å manipulere spesifikke variabler kan få kontroll over drikking, har disse hatt stor betydning for videre utprøving på dette området.

Pickens, Bigelow og Griffiths (1973) har f.eks. brukt lignende prosedyrer i et behandlingsopplegg som illustrerer anvendelsen av en slik eksperimentell til nærmring. Klienten var en mannlig 29 årig hospitalisert alkoholiker. Opplegget var delt inn i 4 faser. Den første fasen utgjorde «baseline», og klienten ble i denne fasen gitt fri adgang til alkohol i 6,1,1ker (5). Hensikten var å måle hvor mye og hvor ofte klienten drakk, samt å registrere hvilke situasjoner som hyppigst var assosiert med overdreven drikking. I den andre fasen ble intervensjon foretatt på grunnlag av observasjoner i den første fasen. Det kom fram at klienten likte å konversere mens han drakk, og at han hadde vansker med å være sammen med andre når han ikke var påvirket. Typisk atferd var først å få en drink, for deretter å sette seg ned sammen med andre. Det ble derfor besluttet å reversere forholdet mellom drikking og sosiale samvær. For å få en drink, måtte klienten først konversere i ett minutt med en av de ansatte. En «time-out» prosedyre ble deretter benyttet. Dette medførte at han ble fjernet fra



det forsterkende miljø (i dette tilfellet: sosialt samvær) for 10 minutter med en gang han hadde fått en drink. I denne tiden oppholdt klienten seg på rommet sitt. I løpet av de neste 4 ukene sank alkoholkonsumet gradvis, for til sist å stoppe helt. I fase 3 ble tiltak satt i verk for å forandre forhold som hadde stimulus-kontroll over drikking. Klienten ble bedt om å rangere hierarkisk situasjoner som hyppig gikk forut for drikking. Stimuli mer og mer nært assosiert med overdreven drikking ble der etter presentert rett før klienten skulle delta i andre aktiviteter (f.eks. spise) for på denne måten å redusere sannsynligheten for at disse stimuli ville resultere i drikking. Han var til slutt i stand til å drikke 2 drinker pr. dag uten å fortsette. I denne fasen ble klienten også instruert i å drikke mindre om gangen, samt å øke pausene mellom hver gang han drakk. Klienten oppnådde etter hvert en drikkeatferd karakteristisk for «normal» drikking (J.fr. Schaefer, Sobell og Mills 1971). Til slutt i programmet ble det gjort forsøk på å etablere alternative forsterkere for å opprettholde atferd uforenelig med overdreven drikking. Først i form av enkelt arbeid innen institusjonen, deretter ved arbeid etter utskrivning. Moderat drikking ble altså oppnådd i løpet av programmet. Klienten valgte imidlertid selv å gå over til total abstinens. Etter 3 måneder ba han om å få antabus, og fikk det. Han var i arbeid (heldagsjobb) et år etter behandlingen, og hadde i denne perioden også giftet seg.

Spørsmål angående generalisering av virkningene av behandlingen vil selvsagt alltid melde seg når det gjelder slike opplegg innen institusjoner. Det er også viktig å merke seg at terapeuten/eksperimentator i de refererte studier har hatt store muligheter til å kontrollere forsterkningsbetingelsene. Problemer vil selvsagt melde seg ved behandling i klientens naturlige omgivelser hvor man i utgangspunktet har liten eller ingen kontroll. Det er imidlertid viktig ikke å innføre noe vesensskille mellom eksperimentelle og «naturlige» omgivelser ettersom det vil dreie seg om gradsforskjeller. (J.fr. Eriksen 1976a, 1976b.)

Tegnøkonomi-systemer

Tegnøkonomi-systemer representerer systematisk bruk av operante prinsipper, og har ofte vært tatt i bruk for forskjellige kategorier hospitaliserte klienter. Få studier har imidlertid rapportert slike opplegg for alkoholikere. Et tegnøkonomi-system går i korthet ut på at klientene kan opptjene tegn («tokens», poeng, dvs. noe som kan veksles inn) for å vise ønsket atferd, og tape eller unnlate å tjene tegn som følge av uønsket atferd. Institusjons personalet velger (eventuelt i samarbeid med klientene) på forhånd ut visse spesifikke klientatferder som gode, ønskverdige og forsterkningsverdige. Mengden tegn som gis avhengig av spesifikke klientatferd avtales på forhånd, det samme gjelder regler for innbytte. Tegnene kan veksles inn mot «back-up» forsterkere, f.eks. privilegier innen institusjonen, eller andre goder klientene på denne måten kan oppnå. (Jfr. Krasner 1968, s. 155, Ullmann og Krasner 1975, s. 38 I. For en oversikt over tegnøkonomi litteratur, se Eriksen 1976c.) Tegnøkonomi-systemer for alkoholikere er beskrevet av Narrol (1967), Rozyntko et al. (1971) og av Miller, Stanford og Hemphill (1974). Mens det første av disse ikke hadde terapeutiske intensjoner, brukte både Rozyntko et al. og Miller et al. tegnøkonomi-systemet som del av et bredspekter atferdsterapeutisk behandlingsopplegg. Her vil vi kort illustrere hvordan et slikt system kan tenkes å bli brukt, ved å nevne noen viktige punkter.

Forsterkningsverdig atferd: Et viktig trekk både hos Rozyntko et al. og Miller et al. er at tegnøkonomi-systemet brukes som et middel til å fremme motivasjon for deltagelse i det øvrige behandlingsprogrammet. Av en rekke aktiviteter (6) kan klientene selv velge hva de vil være med på. Aktiv deltagelse forsterkes ved at klientene kan opptjene poeng som enten veksles inn i penger på en ukentlig betalingsdag, eller ved at de fortløpende kan veksles inn i privilegier innen institusjonen.



Tegnøkonomi-systemet kan dermed tilrettelegges slik at det oppfordrer til selvstendig planlegging. Klientene bestemmer selv både hvordan de vil tjene og bruke poeng. Dessuten kan tegnøkonomi-systemet brukes til å forsterke framgang i behandlingen ved at utvikling i retning av spesifiserte målatferder for den enkelte klient forsterkes ut fra avtaler inngått på forhånd. Klienter som deltar i selvhevdelsestrening kan f.eks. tjene poeng ved adekvat håndtering av mellommenneskelige konflikter. Rozyngo et al. forsterket også verbale utsagn hos klientene som var i samsvar med en positiv (optimistisk) oppfatning av alkoholmisbruk og mulighetene for forandring. På samme måte kan man forsterke en lang rekke andre atferder som bedømmes som viktige mht. fortsatt avholdenhet etter hospitalisering.



Ikke forsterkningsverdig atferd: Atferd som bedømmes som «uansvarlig», dvs. unnlatelse av å møte opp til behandlingen eller andre avtaler, brudd på ordensregler o.l. resulterer enten i at klientene betaler «bot» ut fra avtaler inngått på forhånd, eller ved at klientene ikke tjener poeng. Når det gjelder drikking, inneholdt opplegget til Miller et al. en bestemmelse om at dersom klientene møtte opp beruset, ville vedkommende miste alle privilegier for 3 dager. En annen mulighet er utskrivning fra institusjonen et visst antall dager. Kontrollerte etterundersøkelser forekommer ikke fra noen av disse programmene. Rozyngo et al. viser imidlertid til at klientene, som var hospitalisert gjennomsnittlig 76 dager, viste aktiv deltagelse fra 29,7 til 33,9 timer pr. uke. I Narrols studie var tiden klientene arbeidet målatferden som skulle økes. Resultatene viste at klientene som deltok i tegnøkonomi-systemet arbeidet gjennomsnittlig 8 timer pr. dag, mens en kontrollgruppe arbeidet gjennomsnittlig 4 timer pr. dag. Millers (1976, s. 106) mer uformelle vurdering er: «... systemet fremmer motivasjon for deltagelse i behandlingen, og det fremmer utviklingen av moden, ansvarlig atferd som er en vesentlig forutsetning for fortsatt avholdenhet etter hospitalisering.»

Vi vil også fremheve noen andre viktige momenter. Den gjensidige avtale eller kontrakt et slikt system forutsetter mellom klienter og behandlere, legger forholdene til rette for en klar situasjon mht. hvilke handlinger som har hvilke konsekvenser. Det vil dermed kunne bidra til å eliminere de fortløpende «forhandlinger» om hvor grensene egentlig går og hva klientene «får lov til» som man ofte ser ved institusjoner. Et annet problem som ofte forekommer ved institusjoner, er man en på eller tilfældigheten i bruk av positiv forsterkning av ønsket atferd. Slik atferd tas ofte for gitt, og det som gir mest positiv forsterkning for klientene er regelbrytende atferd. Når institusjonspersonalet fortløpende skal avgjøre konsekvensene av regelbrudd, snarere enn at klientens atferd direkte har visse konsekvenser, vil forskjellige situasjonsspesifikke forhold spille inn, f.eks. hvordan man attribuerer skyld og ansvar. Klientenes atferd kan dermed få ulike konsekvenser i lignende situasjoner. Den klient atferd som forsterkes under slike betingelser er ofte underkastelse og mangel på selvstendighet, ettersom slik atferd er mer funksjonell når det gjelder å slippe unna ubehagelige konsekvenser av regelbrudd. (Jfr. Johansen 1976.) I tillegg til at tegnøkonomi-systemet legger forholdene til rette for en klar situasjon, er det spesielt viktig at det innebærer positiv forsterkning avhengig av ønsket atferd. Det legger dermed forholdene til rette for positiv kontroll av atferd. Klientene velger selv hva de vil gjøre innen et system som oppfordrer til ansvar. (Miller 1976, s. 130.)

Studier og anvendelse for ikke-hospitaliserte alkoholikere

Mens eksperimentelle studier i hovedsak har foregått innen omgivelser hvor eksperimentator har hatt store muligheter til å kontrollere forsterkningsbetingelsene, foretok Miller, Hersen, Bisler og Watts (1974) er forsøk med en klient som ikke var hospitalisert. Klienten var en 49-årig mannlig alkoholiker med et utall av hospitaliseringer og arrestasjoner bak seg, og en drikkekarriere på 20 år



med forekomst av delirium tremens. Klienten hadde stadig for lite penger til innkjøp av daglige nødvendighetsartikler, og som forsterker ble derfor brukt innkjøpskuponger til en verdi av 3 dollar stykket som kunne veksles inn i sigaretter, toalettsaker o.l. Blodalkoholnivå ble målt 2 ganger i uka ved at klienten ble oppsøkt på et tilfeldig tidspunkt. Pustepøver ble tatt ved hjelp av bærbart utstyr, og ble siden analysert. Opp legget var et ABCB design (Hersen og Barlow 1976) bestående av 4 perioder hver på 3 uker. De første 3 ukene utgjorde «baseline» hvor pustepøvene ble tatt som beskrevet. De neste 3 ukene var betingelsene slik at når prøven var analysert, vendte eksperimentator raskt tilbake for enten å gi positive forsterkere avhengig av blodalkoholnivå 0, eller for å informere om at ingen utbetaling ble foretatt, avhengig av alkohol i blodet. I de neste 3 ukene ble pustepøve tatt på samme måte, men klienten fikk forsterkere med en gang uavhengig av alkoholnivå i blodet. I fase 4 ble forsterkningsbetingelsene i fase 2 gjeninnsett. Forsøket viste at betingelsene i fase 2 og 4 var langt mer effektive når det gjaldt å redusere drikking enn både ingen forsterkning og forsterkning uavhengig av alkoholnivå i blodet. Prosedyren var altså i stand til å redusere alkoholinntak i betraktelig grad over kortere tidsrom. Forsøket viser med all tydelighet hvor viktig det er å være oppmerksom og konsekvent på hva man forsterker hos klienten. Den samme mengde forsterkning som anvendt konsekvent reduserte alkoholkonsumet, hadde ingen effekt når den ble spredt på en tilfeldig måte uavhengig av ønsket atferd.

Som en direkte fortsettelse av sine eksperimentelle studier, har Bigelow et al. også anvendt operante prinsipper med adskillig suksess innen rammene av forskjellige antabusprogrammer. For en klient som både misbrakte alkohol og heroin (Liebson og Bigelow 1972) ble en vedlikeholdskvot av metadon (en positiv forsterker) gjort avhengig av at klienten daglig tok antabus. Oppmuntret av suksess med å bruke metadon som forsterker for avholdenhet for blandingsmisbrukere, behandlet de seinere 9 klienter med lignende problematikk på samme måte. (Liebson, Bigelow og Flamer 1973.) Resultatene viste at klientene drakk 1,4 % av dagene hvor metadonkvoten var avhengig av avholdenhet, men 19,2 % av dagene hvor den ikke var det.

I et lignende opplegg (Bigelow, Liebson og Lawrence 1973) deltok 4 klienter som var i ferd med å miste jobben p.g.a. overdreven drikking. Disse fikk anledning til fortsatt å arbeide avhengig av at de tok antabus hver dag før arbeidstid. Dersom dette ikke skjedde, ble det ingen jobb den dagen, og heller ingen lønn. Etterundersøkellesperioden omfattet til sammen 1000 dager for de 4, og i løpet av denne tida hadde ingen noensinne unnlatt å følge opplegget.

I et annet antabusprogram beskrevet i samme rapport ble det gjort bruk av en kontrakt på følgende måte: 7 klienter inngikk en kontrakt med terapeuten om å deponere en pengesum i begynnelsen av terapien. Pengesummen kunne tjenes gradvis tilbake ved at klientene tok antabus. Uteblivelse resulterte i tap av en fast sum. Evaluering ble foretatt da de 7 til sammen hadde deltatt i opplegget i 835 dager, og det viste seg at 6 av de 7 oppnådde målet som var spesifisert i kontrakten, nemlig avholdenhet. Drikking hadde bare forekommet på 2,6 % av kontraktdagene, og dette tallet skyldtes den ene klienten som ikke hadde oppnådd målet. Seinere inngikk 4 klienter nye kontrakter.

Bruken av kontrakter som del av atferdsterapeutiske behandlingsprogram (jfr. Gøtestam 1977, Miller 1972, Miller, Hersen og Eisler 1974) har blitt tatt opp i en egen artikkel i tilknytning til samlivsopplegg. (Mossige, Johan sen og Eriksen 1977.)

Av spesiell interesse er forsøk på intervensjon direkte i klientens nærmiljø, men få slike studier har hittil blitt rapportert for alkoholikere. Sulzer (1965) har vist hvordan differensiell sosial forsterkning fra «betydningsfulle andre» kan modifisere overdreven drikking i betraktelig grad. Det ble her foretatt intervensjon i en klients omgangskrets, og målet var å legge forholdene til rette for sosial forsterkning fra omgangsvenner avhengig av avholdenhet. Klienten drakk sjelden alene, men

var ofte overstadig beruset sammen med andre. Han var spesielt bekymret for å miste kontakten med to venner som hadde begynt å unngå ham p.g.a. de stadige drikkeepisodene. Klienten så seg ikke i stand til å holde opp ved egen hjelp, og ved å samarbeide med de to vennene ble følgende situasjon tilrettelagt: Med jevne mellomrom skulle de tre gå ut på restaurant. Dersom klienten bestilte alkoholholdige drikkevarer skulle de to vennene (som drakk alkohol, men i moderate mengder) straks forlate selskapet. I motsatt tilfelle skulle de fortsatt bli, snakke hyggelig med klienten og på denne måten skaffe til veie sosial forsterkning for avholdenhet. Vennene ble også instruert i å komme hjem til klienten ved alle anledninger hvor det var muligheter for at det ville bli servert alkohol, men straks forlate selskapet dersom klienten drakk. Etter en tid drakk klienten mindre, for til sist å stoppe helt. Ingen «follow-up» ble imidlertid rapportert. Hunt og Azrins (1973) «Community Reinforcement Program» bygger på oppfatningen at overdreven drikking (som andre, former for avvikende atferd) opprettholdes av betingelser som opererer i klientens naturlige omgivelser. Ut fra et slikt syn vil behandling bestå i å forandre betingelser i disse omgivelsene (7). Ettersom overdreven drikking ofte har som resultat at klienten gradvis fjernes fra naturlige forsterkere (f.eks. arbeidsmiljø, sosiale relasjoner o.l.) tok Huri. og Azrins opplegg først sikte på å opprette slike forsterkere. Opplegget ble sau i verk mens klientene var hospitalisen (noe som ikke er en forutsetning for et slikt program). Klientene (8) fikk hjelp til arbeid, opprettelse av nye sosiale relasjoner, ekteskaps- og familierådgivning med sikte på å legge forholdene til rette for en mer gjensidig forsterkende ekteskapelig relasjon, jfr. Mossige, Johansen og Eriksen 1977) og trening i utvikling av forskjellige sosiale og yrkesmessige ferdigheter. Deretter ble forholdene lagt til rette for at fortsatt tilgang på disse nyvunne forsterkere var avhengig av at klientene ikke drakk, dvs. at drikking ville resultere i «timeout» fra dem. Som et forsøk på å skaffe klientene nye sosiale relasjoner, ble det f.eks. opprettet en klubb hvor deltagelse var avhengig av avholdenhet. På samme måte ble positiv oppmerksomhet fra ektefellen gjort avhengig av avholdenhet, og for klienter uten familie ble deltagelse i fosterfamilier gjort avhengig av at klientene ikke drakk. Ener utskrivning (som skjedde rett etter at klientene hadde fått arbeid) ble de fulgt opp ved at rådgivere oppsøkte dem i hjemmet først 1 til 2 ganger i uka, deretter 1 til 2 ganger i måneden, og til sist 1 gang i måneden. Denne rådgivningen hadde til hensikt å sikre at klientene fulgte opplegget, hjelpe til med å løse eventuelle problemer som måtte oppstå, og t.il å foreta oppfølging. Resultatene viste at den gjennomsnittlige prosentvise andel tid arbeidsledig, hjemmefra, institusjonalisert og tid brukt på drikking, var mer enn dobbelt så høy for kontrollgruppen som for eksperimentgruppen.

I et program som dette er det viktig at de nyopprettede forsterkere har høy verdi for klienten, og at de forekommer med stor «tetthet». Delte fordi «time-out» fra positiv forsterkning ikke medfører noe nytt dersom spredningen av slike forsterkere er slik at langvarige avbrudd likevel ofte forekommer. De svært lovende resultatene av Hunt og Azrins program kan ikke men videre tilskrives forandringen av forsterkningsbetingelsene. Som Nathan (1976, s. 25) peker på, fikk eksperimentgruppen både mer rådgivning og flere materielle goder. Azrin (1976) har seinere rapportert et noe revidert program. I tillegg til Hunt og Azrins opplegg, representerer Millers (1975) «Behavioral Intervention Program» et annet av de få forsøk som har vært gjort på å anvende operame prosedyrer i større omfang for ikke-hospitaliserte alkoholikere. Klientellet var her en ytterst deprivert gruppe, nemlig såkalte «Skid Row» alkoholikere, som nærmest tilsvarer det vi kaller hjemløse alkoholikere. Målet var å senke antallet arrestasjoner p.g.a. fyll, senke alkoholkonsumet samt å øke tiden klientene stod i arbeid. Av et utvalg på 20, ble 10 plassert i programmet. Opplegget skjedde i nært samarbeid med en rekke hjelpeinstanser i klientenes nærmiljø, og var lagt opp slik at klientene fikk tilgang på goder og tjenester avhengig av redusert alkoholkonsum. Drikking ble målt enten ved direkte observasjon, eller ved hjelp av pustepøver som ble foretatt på tilfeldige tidspunkter ved at klientene ble oppsøkt. Dersom



klientene ved måling hadde alkoholkonsentrasjon i blodet. under en viss grense, fikk de fortsatt tilgang på tjenester og goder fra de lokale hjelpeinstanser. Dersom alkoholnivået overskred denne grensen, ble tilgangen umiddelbart avskåret for en periode på 5 dager. Det samme skjedde ved observasjon av åpenbar beruselse. Ytelser omfattet midlertidige boliger, klær, sigaretter, matservering, medisinsk service (9) og forskjellige former for rådgivning med sosiale/ personlige problemer. Det ble f.eks. gjort en avtale med den lokale Frelsesarmeen om en ordning med midlertidig bolig og mat på en slik måte at brudd på kontrakten resulterte i avbrudd for 5 dager. Lignende avtaler ble inngått med lokale byråer som var villige til å skaffe arbeid under de nevnte betingelser. Kontrollgruppen fikk de samme tjenester og goder, men uavhengig av alkoholforbruk. Ved å registrere antallet arrestasjoner for fyll, alkoholkonsumet, og tiden klientene arbeidet 2 måneder før og 2 måneder etter at programmet ble satt i gang, viste det seg at det skjedde en betydelig nedgang i antallet arrestasjoner og alkoholkonsum, samt at eksperimentgruppen arbeidet langt mer enn kontrollgruppen.

Det er åpenbart at omfattende hjelpetiltak for en slik gruppe i tillegg må ta sikte på grunnleggende forandringer vedrørende yrkesmessige, sosiale og økonomiske forhold. Det ligger imidlertid utenfor rammen av denne artikkelen å komme nærmere inn på dette.

De studier som er utført tyder på at forandring av forsterkningsbetingelsene for drikkeatferden kan være en effektiv måte å modifisere overdreven drikking på. Som både Nathan & Briddell (1977, s. 341) og Miller (1976, s. 175) peker på, dreier det seg om en tilnærming som bare såvidt er i ferd med å forlate laboratoriet, slik at det foreløpig eksisterer utilstrekkelige erfaringer fra anvendelse i alkoholikerens naturlige omgivelser. Som del av et bredspektret behandlingsopplegg hvor man også tar sikte på å utvikle alter nativ atferd til omgivelsenes diskriminative stimuli for drikking (jfr. note 2), utgjør imidlertid operante tilnærmingsmåter en meget lovende behandlings form for alkoholisme. (Jfr. Hamburg 1975.)

Effektiv bruk av slike prosedyrer som er beskrevet i denne artikkelen forutsetter et godt samarbeid med «betydningsfulle andre». Dette fordi det er av stor betydning at det kan brukes «naturlige» forsterkere som kan veves inn i dagliglivet. Som Miller (1976, s. 11) peker på, er det av den største betydning at det utvikles prosedyrer som sikrer at familiemedlemmer, venner o.a. oppfyller sin del av en terapeutisk plan. En annen forutsetning for suksessen med slike programmer er at «naturlige» forsterkere er tilgjengelige. Ettersom det ofte vil være snakk om et meget deprivert klientell, må en vesentlig del av arbeidet ta sikte på å opprette slike forsterkere før man kan sette i verk tiltak av typen skissert i det foregående.

Noter

- 1 Uttrykkene «alkoholiker» og «alkoholisme» blir brukt i artikkelen selv om vi generelt tar avstand fra en slik reifisering. (Jfr. Krasner og Ullmann 1973, s. 10.)
- 2 Et annet viktig aspekt ved alkoholistbehandling basert på en operant tilnærming er utvikling av alternativ atferd til «cues» (diskriminative stimuli) i omgivelsene som går forut for overdreven drikking. Forskjellige selvhevdelses- og selv-kontroll prosedyrer er her svært lovende. (Jfr. Eriksen, Mossige og Johansen 1978.)
- 3 Forskjellen mellom den «stimulerende» og den «lite stimulerende» avdelingen var bl.a. at den førstnevnte hadde muligheter for arbeid, fritidssysler, telefon, lesestoff o.l. mens den sistnevnte ikke hadde noe av dette.
- 4 I unse (oz.) tilsvarer ca. 30 gram.

- 5 Opplegget medfører altså at alkoholikere gis alkohol innen kontrollene omgivelser. Dette har vært en forutsetning for utførelse av alle de studier som de seinere åra har blitt utført med sikte på empirisk datainnsamling om effekten av alkohol på alkoholikere, karakteristika ved overdreven drikking osv. (Jfr. Sobell og Sobell 1976.) Når det gjelder eventuelle betenkeligheter med å gi alkohol til alkoholikere som ledd i kontrollerte undersøkelser, vil vi her nøye oss med å sitere Miller (1976, s. 26): «Experimental evidence demonstrates that there is no empirical basis for such concerns, and that alcoholics are not impelled to continue drinking after receiving alcohol under controlled conditions.» Jfr. også Faillace, Flamer, Imber og Ward (1972).
- 6 Opplegget til Rozytko et al. bestod av trening i å foreta funksjonelle analyser av egen atferd, avslappingstrening, systematisk desensitivisering og selvhjelps trening. Miller et al. brukte aversjonsterapi, avslappingstrening, systematisk desensitivisering, trening i å utvikle atferd uforenlig med overdreven drikking, samt ekteskaps- og familierådgivning.
- 7 Opplegg basert på en slik tilnærming, men ovenfor andre klientgrupper, er beskrevet av Tharp og Wetzel (1969), Bergrav og Eriksen (1974) og Amlien og Tjersland (1977).
- 8 Eksperiment- og kontrollgruppe hver på 8 personer.
- 9 Ingen akutt nødvendig service ble avbrutt, bare slik som lot seg utsette.



Referanser

Amlien, Ø. og Tjersland, O. A. (1977): Atferdsterapi: Dressur eller hjelp til selvhjelp.

Universitetsforlaget, Oslo.

Azrin, N. H. (1976): Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 14, 339 - 348.

Bergrav, M. og Eriksen, P. (1974): Atferdsterapi i sosialt perspektiv. Universitetsforlaget, Oslo.

Bigelow, G. og Liebson, I. (1972): Cost-factors controlling alcoholics drinking. *Psychological Record*, 22, 305 - 310.

Bigelow, G., Liebson, I. og Griffiths, R. Referert i: Experimental analysis of alcoholics drinking. Paper presented at American Psychological Association, aug. Referert i Nathan, P. E. og Briddell, D. W. (1977).

Bigelow, G., Liebson, I. og Griffiths, R. R. (1974): Alcoholic drinking: Suppression by a behavioral time-out procedure. *Behavior Research and Therapy*, 12, 107 - 115. Bigelow, G., Liebson, I. og Lawrence, C. (1973): Prevention of alcohol abuse by reinforcement of incompatible behavior. Paper presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy, dec. Referert i Nathan, P. E. og Briddell, D. W. (1977).

Cohen, M., Liebson, I. og Faillace, L. A. (1971): The role of reinforcement contingencies in chronic alcoholism. An experimental analysis of one case. *Behavior Research and Therapy*, 9, 375 - 379.

Cohen, M., Liebson, I. og Faillace, L. A. (1972): A technique for establishing controlled drinking in alcoholics. *Diseases of the Nervous System*, 33, 46 - 49. Cohen, M., Liebson, I. og Faillace, L. A. (1973): Controlled drinking by chronic alcoholics over extended periods of free access. *Psychological Reports*, 32, 1107 - 1110.

Cohen, M., Liebson, I., Faillace, L. A. og Allen, R. P. (1971): Moderate drinking by chronic alcoholics. A schedule dependent phenomenon. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53, 434 - 445.

Cohen, M., Liebson, I., Faillace, L. A. og Speers, W. (1971): Alcoholism: Controlled drinking and incentives for abstinence. *Psychological Reports*, 28, 575 - 580. Eriksen, L. (1976 a): En diskusjon av selvkontroll i lys av sosial læringsteori. Eksamensoppgave, Universitetet i Oslo.

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

Eriksen, L. (1976 c): Diskuter noen av de problemer som knytter seg til anvendelsen av «token-economy»-opplegg. Eksamensoppgave, 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. Også i: *Nordisk Tidsskrift for Beteendeterapi*, 6, 1977. nr. 4, 193 - 214.

Eriksen, L., Mossige, S. og Johansen, K. G.: Nyere atferdsterapeutiske behandlingsmetoder ved alkoholisme: Trening i alternativ atferd: Selvhevdelse, selv kontroll, og systematisk desensivisering/avslapping. *Nordisk Tidsskrift for Beteendeterapi* (i trykk).

Faillace, L. A., Flamer, R. N. Imber, S. D. og Ward, R. F. (1972): Giving alcohol to alcoholics: An evaluation. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 33, 85 - 90.

Griffiths, R. R., Liebson, I. og Bigelow, G. (1974): Suppression of ethanol selfadministration by contingent time-out from social interactions. *Behavior Research and Therapy*, 12, 327 - 334.

Gøtestam, K. G. (1977): Beteendekontrakt - en ny typ av behandlingsoverenskommelse med konsekvenser. *Nordisk Tidsskrift for Beteendeterapi*, 6, nr. 4, 229 - 238.

Hamburg, S. (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.

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

Johansen, K. G. (1976): Institusjonsbehandling av unge stoffmisbrukere: Behandleres arbeidsforhold og definisjoner. Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.

Johansen, K. G., Mossige, S. og Eriksen, L. (1977): Atferdsterapeutiske behandlingsmetoder ved alkoholisme. En kort oversikt med presentasjon av studier og resultater. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 10.

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

Krasner, L. og Ullmann, L. (1973): *Behavior influence and personality*. Holt, Reinhan og Winscon, New York.

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

Liebson, J. og Bigelow, G. (1972): A behavioral-pharmacological treatment of dually addicted patients. *Behavior Research and Therapy*, 10:403.

Liebson, I., Bigelow, G. og Flamer, R. (1973): Alcoholism among methadon patients. A spesific treatment method. *American Journal of Psychiatry*, 130:483.

Miller, P. M. (1972): The use of behavioural contracting in the treatment of alcoholism. *Behavior Therapy*, 3, 593 - 6.

Miller, P. M., Hersen, M. og Eisler, R. M. (1974): Relative effectiveness of instructions, agreemems and reinforcement in behavioral contracts with alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 83, 548 - 53.





Miller, P. M., Hersen, M., Eisler, R. M. og Watts, J. G. (1974): Contingent reinforcement of lowered blood-alcohol levels in an outpatient chronic alcoholic. *Behavior Research and Therapy*, 12, 261 - 3.

Miller, P.M. og Eisler, R. M. (1976): Alcohol and drug abuse. I: Craighead, W. E., Kazdin, A. E. og Mahoney, M. J. (eds.): *Behavior modification, principles, issues and applications*. Houghton Mifflin, Boston.

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

Miller, P. M., Scanford, A. G. og Hernphill, O. P. A. (1974): A comprehensive social learning approach to alcoholism treatment. *Social Casework*, 19, 279 - 284. Miller, P. M. (1976): *Behavioral treatment of alcoholism*. Pergamon Press, New York.

Mossige, S., Johansen, K. G. og Eriksen, L. (1977): Alkohol og samlivsproblemer mellom ektefeller. En atferdsteoretisk analyse. *Fokus på familien*, 3, 22 - 29.

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

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

Nachan, P. E. og Briddell, O. W. (1977): Behavioral assessment and treatment of alcoholism. I: Kissin, B. og Segleiter, H. (eds.): *The biology of alcoholism*, vol. 5. Plenum Publishing Corporation, New York.

Pickens, R., Bigelow, G. og Griffiths, R. (1973): An experimental approach to treating chronic alcoholism: A case study and a one-year follow-up. *Behavior Research and Therapy*, 11, 321 - 325.

Rozytko, V. V., Flint, G. A., Hammer, C. E. Swift, K. O., Kline, J. A. og King, R. M. (1971): An operant behavior modification program for alcoholics. Paper presented at the American Psychological Association. Referert i Miller, P. M. (1976).

Schaefer, H. H., Sobell, M. B. og Mills, K. C. (1971): Baseline drinking behavior in alcoholics and social drinkers. Kinds of drinks and sip magnitude. *Behavior Research and Therapy*, 9, 23 - 27.

Sobell, M. B. og Sobell, K. C. (1976): Assessment of addictive behavior. I: Hersen, M. og Bellack, A. (eds.): *Behavioral assessment: A practical handbook*. Pergamon Press, New York.

Sulzer, E. S. (1965): Behavior modification in adult psychiatric patients. I: Ullmann, L. og Krasner, L. (eds.): *Case studies in behavior modification*. Holt, Reinhart og Winston, New York.

Tharp, R. G. og Wetzel, R. J. (1969): *Behavior modification in the natural environment*. Academic Press, New York.

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