

Hva er avhengighet?

Et forsøk på en begrepsavklaring

Jostein Rise

Publisert i Psykologisk Tidsskrift NTNU, 18 (3), 8-17, 2014

www.psykologisktidskrift.no

Hva er avhengighet?

Et forsøk på en begrepsavklaring

Jostein Rise
Statens Institutt for Rusmiddelforskning

Hensikten med denne artikkelen er å drøfte ulike modeller for avhengighet med vekt på sykdomsmodellen og varianter av den moralske modellen. Litteraturgjennomgangen baserer seg hovedsakelig på filosofisk litteratur. Sykdomsmodellene forkastes fordi de bygger på en ide om at den avhengige er tvunget til å fortsette sitt inntak av rusmidler. Det argumenteres for at avhengighet heller dreier seg om en svikt i evnen til å motstå en sterk fristelse, eller redusert kontroll, som blant skyldes rusmidlenes neurologisk virkninger. Ulike definisjoner av avhengighet drøftes med den følgende som den mest dekkende: "Avhengighet er et sterkt og vedvarende ønske som reduserer kontrollen i betydelig grad og leder til betydelig skade". I hvor stor grad den reduserte kontrollen skal føre til at den avhengige delvis fritas for ansvaret for sine handlinger, er hovedsakelig et normativt spørsmål.

Det er vanskelig å gi en presis og entydig definisjon av fenomenet avhengighet. Avhengighet kan innta mange former. Det er stor variasjon i hvem som er avhengig, hva de er avhengige av, hva slags helseskader som forekommer og ikke minst grunnene til at de blir avhengige. De vanligste avhengighetsskapende substansene utgjøres av illegale rusmidler som heroin, kokain, cannabis, amfetamin og legale substanser som alkohol, nikotin, koffein og foreskrevne medisiner som benzodiazepiner og sovemidler. I tillegg regnes også ulike former for pengespill (gambling), andre former for spill, sex, arbeid, shopping og nettsurfing i stadig økende grad som avhengighetsskapende, såkalte atferdsavhengigheter (behavioural addictions) som ikke foregår ved inntak

av kjemiske substanser. Bruken av rusmidler som fører til avhengighet varierer med bakgrunnsforhold og over substanser. Helseskadene varierer sterkt. I tillegg er det slik at abstinenssymptomer opptrer i varierende grad og heller ikke på samme måte ved ulike substanser. Det er også variasjon etter ulike kjennetegn. Andelen avhengige er positivt korrelert med lav sosioøkonomisk status (og lavere utdanning) og lav IQ. Det er overhyppighet av avhengige blant ungdom og tidlig voksenalder, personer som har vært utsatt for misbruk som barn, stressede personer og personer som har personlighetsforstyrrelser og forekomsten er lavere blant religiøse personer. Selv om det finnes unntak, gir slike data et hovedinntrykk av avhengige som at de kommer fra en

bakgrunn med færre alternative livsløp og at de kan ha en rekke assosierte belastninger av psykiatrisk karakter (Se Pickard & Pearce, 2013 for oversikt). Sistnevnte aspekt er viktig for å forstå skillet mellom kronisk og mer kortvarig avhengighet. Store nasjonale surveyundersøkelser i USA indikerer at avhengighet av substanser er på sitt høyeste i ungdommen og tidlig voksenalder og er i flesteparten av tilfellene avsluttet uten klinisk intensjon i slutten av tyveårene eller tidlig trettiårene (se Heyman, 2009 for oversikt). Det viser seg at avhengige som har psykiatriske tilleggsdiagnoser er unntaket: de som søker klinisk behandling for sin avhengighet har mer enn to ganger så høy sannsynlighet for å utvikle minst en psykiatrisk lidelse i tillegg enn personer som ikke søker

behandling (Regier et al., 1990), og hvis en sammenligner med de nasjonale undersøkelsene, er de også signifikant mer utsatt for tilbakefall. Stereotypien av avhengighet som en person med kroniske forstyrrelser (disorders) med stadige tilbakefall og lite håp om helbredelse gir ikke et presist bilde når det gjelder avhengige i den generelle befolkning, men snarere et presist bilde av psykiatriske pasienter (Pickard & Pearce, 2013).

Psykiatriske pasienter modnes ikke ut av (mature out) avhengighet i

samme hastighet som den generelle befolkningen, blant annet fordi bruken av rusmidler har et annet siktemål i denne gruppen, nemlig som en strategi for å mestre sterke negative emosjoner i tilknytning til angst og personlighetsforstyrrelser (Pickard & Pearce, 2013) og er kjent som selvmedisineringshypotesen (Khantizian, 1997). Hvis de ikke får effektiv behandling for sine psykiatriske lidelser, bedre livsvilkår eller fremskaffer alternative mestringsstrategier, er det lett å bli værende i misbruket. Det synes

rimelig å konkludere med at avhengighet er en kronisk neurobiologisk lidelse med stadige tilbakefall karakterisert av tvangsmessig bruk av rusmidler for psykiatriske pasienter slik det ofte fremstilles i medisinsk litteratur, men det er som sagt lite treffende for avhengige i den generelle befolkningen. Det står imidlertid strid om avhengighet er en neurobiologisk lidelse. Som påpekt av blant andre Pickard (2012) er dette et problematisk utsagn også når det gjelder psykiatriske pasienter. Grunnen er at disse pasientene anvender rusmidler på en målrettet måte for å lindre alvorlige plager, det er en intensjonell handling. Det er mulig å handle annerledes hvis det finnes alternativer. Her er vi kjernepunktet for kontroversene i avhengighetsforskningen: er det en sykdom eller er det noe annet? Denne artikkelen vil i stor grad handle om denne kontroversen.

To modeller

Debatten om hva avhengighet er, har vært dominert av to modeller, sykdomsmodellen og den moralske modellen (Schaler, 2000; Morse, 2004, 2007; Foddy, 2011; Henden, Melberg & Røgeberg, 2013; Uusitalo, Salmela & Nikkinen, 2013). Sykdomsmodellen foreligger i to varianter, avhengighet som psyk-iatrisk sykdom og som en hjernesykdom. I følge tilhengerne av sykdomsmodellen følger avhengighet et syk-doms-lignende forløp. Det sentrale definitoriske elementet ved avhengighet som sykdom, er at bruken av rusmidler er av tvangsmessig karakter (compulsion) og at atferdene har tatt kontroll over personen i den forstand at han eller hun er tvunget til å utføre dem.

Selv om det ikke finnes noen omforent definisjon av begrepet tvang i denne sammenheng refererer det vanligvis til en uimotståelig trang, impuls eller et ønske som er så sterk at den er umulig å stå imot (se Pickard, 2013 og Henden et al., 2013). Den avhengige eier ikke styrke til å handle annerledes og ingen alternative handlemåter foreligger. Med andre ord, tilstanden som avhengig gjør en person til en maktesløs tilskuer til





sine egne handlinger. Slike påstander er ikke bare abstrakte vitenskapelige påstander for å kunne identifisere en sykdom, men også påstander med store praktiske og moralske konsekvenser. Vi holder normalt ikke syke personer moralsk og lovmessig ansvarlige for symptomene knyttet til en sykdom, selv ikke når den er selvpåført. Når de aktuelle symptomene er former for atferd som i dette tilfellet, kan en ikke holde en person ansvarlig for å begått handlingene for å tilfredsstille sin avhengighet (se Morse, 2004; 2007).

Den moralske modellen hevder at avhengige er viljesvake personer som ikke klarer å velge det som er best for en selv, dvs. avhengighet er indikasjoner på at de avhengige har mislykket moralsk sett, men handlingene for å tilfredsstille sin avhengighet er utført frivillig uten tvang. En viktig implikasjon av praktisk relevans er at de to modellene har helt ulike forestillinger om moralsk ansvar. Som nevnt ovenfor holder vi vanligvis ikke folk ansvarlige for symptomene knyttet til en sykdom, mens intensjonelle, frivillige handlinger anses som passende objekt for moralsk

vurdering (Morse, 2004; 2007). Men avhengige personer kan også fritas for ansvar hvis de handler tvangsmessig i særdeleshett hvis de rapporterer om sterke ønsker som de ikke klarer å kontrollere, dvs. uimotståelige ønsker (Foddy, 2011).

Vi vil i denne artikkelen argumentere mot begge modellene og lande et eller annet sted midt i mellom, men i særdeleshett vil sykdomsmodellen i ulike varianter bli forkastet fordi den betrakter avhengighet som en sykdom forårsaket av tvangsmessige handlinger. For det andre er hensikten å fremskaffe en hensiktsmessig definisjon av hva avhengighet er ved hjelp av gjennomgang av litteraturen.

Avhengighet som psykiatrisk diagnose

DSM-IV-TR (APA, 2000) definerer avhengighet til substanser som et maladaptivt kronisk bruksmønster med stadige tilbakefall. En person betraktes som avhengig og dermed behandlingsverdig hvis han eller hun rapporterer om 3 av følgende 7 symptomer i løpet av de siste 12

måneder. De to første symptomene har med fysiologiske forhold å gjøre: 1) toleranseøkning og 2) abstinenssymptomer.

Fenomenet nevroadaptasjon går igjen i litteraturen om avhengighet som en betegnelse på at jo oftere et rusmiddel inntas, jo mer venner hjernen seg til virkningene av det og jo mer må en konsumere for å oppnå samme virkning, dvs. toleransen overfor rusmidlet er økt. Mens toleranseutviklingen for opiater er meget sterk, er den svakere for cannabis. Vi kommer tilbake til abstinenssymptomer nedenfor.

De tre neste symptomene er knyttet til viljesvakhet, dvs. la være å handle i overensstemmelse med sine planer og intensjoner: 3) personen konsumere mer enn han eller hun hadde tenkt, 4) personen har en vedvarende intensjon om å slutte med flere mislykkede forsøk bak seg, 5) personen bruker svært mye av sin tid til konsum og virksomhet knyttet til dette. De to siste handler om sosiale og helsemessige virkninger: 6) konsumet har ført til at personen forsaker viktige sosiale, yrkesmessige og fritidsaktiviteter, og 7) konsumet

fortsetter til tross for erkjennelsen av betydelige skadevirkninger (somatisk og mentalt).

Dette bildet forteller om et liv som gradvis sklir ut av kontroll som en spiral, personen klarer ikke å motstå fristelsen til å fortsette med konsumet, horisonten snevres inn, belastningen på seg selv og nære andre øker og det gode livet blir sakte men sikkert ut av syne.

Hvis en legger denne definisjonen til grunn for hva som menes med avhengighet, innebærer det blant annet at verken toleranseøkning eller abstinenssymptomer er nødvendige eller tilstrekkelige betingelser for å være avhengig. Og omvendt gjelder det at man ikke behøver å være avhengig selv om en rapporterer om toleranseøkning og om abstinenssymptomer (se Skog, 2006 for en utdypning). Denne definisjonen er en enten/eller definisjon som kan være hensiktsmessig for kliniske formål og systemet er først og fremst utviklet for dette. DSM-systemet er imidlertid ikke et enhetlig diagnosesystem og har sine begrensninger når det gjelder prognostiske formål og hvilken behandling som er å foretrekke i hvert enkelt tilfelle. Det er derfor mer å betrakte som et seleksjonsinstrument for videre klinisk utredning enn som et effektivt diagnosesystem. I så måte tjener det et sosialpolitisk formål og det er uproblematisk å definere avhengighet som en sykdom når det tjener hjelpende og sosialpolitiske siktemål (Skog, 2003). Det problematiske ligger i påstanden om at sykdommen fører til at inntaket av den aktuelle substansen er av tvangsmessig karakter, dvs. at det skjer mot personens vilje.

DSM-definisjonen er imidlertid ikke formålstjenlig for forskere som ønsker å studere det nevralt eller psykologiske grunnlaget for avhengighet eller filosofer som er opptatt av om avhengige skal holdes ansvarlige for sin avhengighet. For slike formål trengs andre definisjoner som vi skal komme tilbake senere, men la oss først ta for oss hovedargumentene som anvendes som støtte for ideen om avhengighet som en form for tvang. Fristelsen eller ønske om å fortsette er så sterkt og kraftig at den avhengige bokstavelig talt

blir tvunget til å fortsette og at de er viljeløse ofre og tilskuere til sine egne handlinger.

Avhengighet som tvang

Det er særlig tre argumenter som trekkes som støtte for denne antagelsen: (i) abstinenssymptomer, (ii) nevrobiologiske virkninger av rusmidler, (iii) vitnesbyrd (se Pickard & Pearce, 2013).

Abstinenssymptomer. Det er en utbredt oppfatning at avhengighet av rusmidler som for eksempel alkohol og heroin og andre opiater er en uunngåelig konsekvens av gjentatt og langvarig bruk. Det er imidlertid ingenting ved selve midlene som gjør at en mister evnen til å velge. Avvenning og reduksjon av inntaket kan være svært ubehagelig på grunn av abstinenssymptomene. Hvis inntaket stopper etter en tids bruk, vil en oppleve nedstemthet, angst og uro. Etter hvert kommer kraftigere symptomer: for heroin kan det typiske bildet sammenlignes med en kraftig forkjølelse eller influensa. Alkohol har de alvorligste symptomene med hallusinasjoner og delirium tremens og kan i noen tilfeller være livstruende. Kokain sammenlignes med depresjon, med tap av energi og interesse (dysfori).

Den vanligste stereotypien av en som er avhengig av et gitt stoff er altså en person som sliter med abstinenssymptomer og fortsetter å innta stoffet fordi han eller hun blir syke når han eller hun avstår. Tidligere var det en utbredt oppfatning at de fysiske symptomene var den sterkeste drivkraften bak addiktiv rusmiddelbruk (se Wikler, 1973). På 1980-tallet ble kokain etter hvert et like stort samfunnsproblem som heroin, men siden kokain har langt mildere abstinenssymptomer enn heroin ble det klart at abstinenssymptomer ikke kunne være motivasjonskilden. Likevel dominerer dette bildet den folkelige og politiske diskursen om avhengighet. Det er også slik at symptomene kan minimaliseres farmakologisk ved hjelp av benzodiazepiner for alkohol eller langvarig virkende opioider som buprenorfin for opioider. Hvis en avhengig ønsker å slutte, finnes det med

andre ord medikamenter som sikrer et trygt og fysisk håndterbart alternativ.

Det er simpelthen ikke riktig at avhengige blir tvunget til å innta stoffet på grunn av et fysiologisk eller fysisk behov for å unngå symptomene. Dette må skilles fra den sterke trangen eller ønsket som de ikke får tilfredsstilt som kan være psykologisk vanskelig holde ut. De psykologiske virkningene av opphør kan bestå, selv om de fysiske virkningene er ivaretatt farmakologisk.

Lee Robins (1993) sin berømte undersøkelse av opiatavhengige Vietnam-soldater er talende i så måte. Hun viste at 45% av amerikanske soldater i Vietnam i 1970-71 hadde jevnlig brukt opiater (heroin og opium) og 20% hadde utviklet avhengighet mens de var i Vietnam. Før hjemreisen hadde likevel nær halvparten av de avhengige sluttet trolig fordi de visste at de måtte avlegge urinprøve før hjemreisen og bare 11 hadde positiv urinprøve. Ett år etter hjemkomsten til USA var bare 5% av de som hadde vært avhengige av opiater i Vietnam fortsatt avhengige, noe som holdt seg etter tre år. Undersøkelsen var dermed med på å torpedere forestillingen om at opiatavhengige ikke klarer å slutte.

Nevrobiologiske virkninger av rusmidler. Hjernesykdomsmodellen finnes tydeligst uttrykt innenfor nevrovitenskap der avhengiges atferdsmønster i tilknytning til avhengighet blir betraktet som et direkte resultat av fysiologiske endringer i hjernen ved kronisk inntak over lang tid. Dette fører til at normale motivasjonsprosesser blir endret enten ved ødeleggelse av hjernevev eller ved såkalte nevroadaptasjoner, dvs. at hjernen venner seg til virkningen av stoffet. Den avhengige opptrer ikke lenger rasjonelt og handlingene ligner mer på reflekser enn normal rasjonell atferd, dvs. han eller hun handler tvangsmessig. Det er særlig den tidligere NIDA-direktøren Alan Leshner (Leshner, 1997) som har fremført dette synet. Mange har imidlertid påpekt at atferdsmønsteret ikke bare handler om å innta stoffet her og nå, men at systemet som håndterer planlegging og motoriske ferdigheter også er en del av

denne prosessen og den avhengige må foreta seg en lang rekke handlinger for å kunne innta stoffet. Som påpekt av Pering (2002) er det belønningssystemet i hjernen som blir sterkest påvirket av rusmidler og ikke planleggings- og det motoriske systemet. Det gir derfor ikke mening å hevde at nevroadaptasjoner tar kontroll over atferdsmønsteret. Et syn på avhengighet som hjernesykdom som er lettere å forsvare er lansert av Hyman (2007), som sier at det ikke er de kroniske forandringene som forstyrrer motivasjonsprosessen, men det faktum at rusmidler stimulerer belønningssystemet direkte og fører til at motivasjonsprosessen kidnappes.

Det er hevet over enhver tvil at bruk av rusmidler over lang tid påvirker nevralt mekanismer. Inntak av en rekke rusmidler påvirker mengden av synaptisk dopamin direkte, som i sin tur forstyrrer normale læringsprosesser knyttet til overlevelse og jakten på belønning (se Hyman, 2007). Selv om frigjøringen av dopamin skjer via ulike mekanismer, er sluttresultatet det samme. Så snart rusmiddelrelaterte baner (pathways) er etablerte, vil stimuli som assosieres med rusmidler gjøre at avhengige blir sterkt motiverte til å intensivere jakten på belønningen, som de vet de vil oppnå ved inntak. Med andre ord, når hjernens belønningssystem blir aktivert, vil banene som var aktive når belønningen ble oppnådd bli forsterket, og personen blir mer tilbøyelig til å gjenta handlingen som førte til belønningen. Belønningssentrene i hjernen blir sensitisert på en slik måte at rusmidlet blir mer belønnende. Det er mer og mer som tyder på at når bruken eskalerer, vil kontrollfunksjonene flytte seg fra den prefrontale cortex til striatum som innebærer at læring blir mer stimulus-respons orientert på bekostning av konsekvensbasert læring (se Everitt & Robbins, 2005). Frigjøring av dopamin skjer imidlertid på samme måte ved utførelse av andre belønnende atferdsformer som å spise sukker og ha sex. Enhver form for belønnende opplevelse og erfaring leder til frigjøring av dopamin som i sin tur aktiverer belønningsbanene. Det er altså ikke slik at neurobiologiske

mekanismer for vanlige rusmidler er av et annet slag eller karakter enn for andre appetittvekkende og belønningsdrevne ønsker, men de kan forklare hvorfor addiktive ønsker er sterkere enn andre ønsker og gjør dem vanskeligere å motstå.

Fra et psykologisk ståsted kan det også reises tvil om hjernen, det nevralt nivået, er det mest hensiktsmessige nivået å betrakte avhengighet ut fra. Selv om det er slik at enhver subjektiv erfaring setter sine nevralt spor, og at alle følelser, ideer, minner, ønsker, intensjoner blir skapt ved aktiviteter i hjernen, kan de likevel ha andre egenskaper enn nevralt fenomen, såkalt egenskapsdualisme (se Satel & Lillienfeld, 2013). Ta for eksempel begrepet "kidnapping" som kan være en passende metafor for hvordan en substans tar over motivasjonsprosessen i hjernen, men er et farlig begrep i hendene på hjernesykdomspurister som anvender det som en alt-eller-ingenting prosess for å illustrere at avhengighet nærmest kan skrues på momentant uten rettet muligheter. Fra et motivasjons- eller sosialpsykologisk perspektiv der selvkontroll, selvregulering og tilskrivning av ansvar er sentrale studieobjekt for å forstå kognitive og motivasjonelle prosesser i hjelpeatferd og hva som er effektiv behandling av avhengige, er det viktig å ha klart for seg at kognitive prosesser har andre egenskaper enn de nevralt mekanismene som har produsert dem.

Synet på avhengighet som at en velger å gi etter for fristelsen til å fortsette med inntaket eller lar være å motstå den til tross for at den kan oppleves å være uimotståelig, er særlig fremherskende blant mange psykologer og filosofer. Det kan for eksempel være slik at nevroadaptasjonene bidrar til at evnen til å motstå fristelsen svikter. Avhengighet beskrives derfor ofte som en kamp mellom disse kreftene, dvs. som en konflikt mellom sterke ønsker eller motivasjonskonflikt, om en vil (se Skog, 2006). Størrelsen på svikten er det derimot ikke enighet om. Noen teoretikere mener at kontrolltapet er så stort at det i praksis er urimelig å forlange at en klarer det. På den andre

siden finnes teoretikere som hevder at det ikke handler om svikt i evnen til å motstå, men at avhengige personer er uheldelige hedonister som verdsetter øyeblikkelig nytelse over alt annet, for eksempel som en overdådig appetitt (Foddy & Savulesco, 2010) der det ikke er mye rom kampen for å overvinne den sterke trangten til å fortsette. Det samme gjelder for teorien om rasjonal avhengighet hvor en avhengig person er en storkonsument som nyter det han eller hun gjør (Becker & Murphy, 1988). Men dette kommer vi mer inngående tilbake til nedenfor.

Vitnesbyrd. En tredje hyppig sitert kilde til ideen om at avhengige er tvunget til å fortsette med å konsumere, er deres egne vitnesbyrd. Et vanlig utsagn er at de ønsker å avstå fra videre konsum, men at de ikke klarer det. Det er grunn til å tro at de opplever det på denne måten, men det er mindre grunn til å ta det som et bevis på at atferden er uimotståelig og at de er tvunget til det. Flere har påpekt at man skal være skeptiske til avhengiges selvrappotering. Dette har først og fremst med den kulturelle ideologien omkring illegale rusmidler som et onde og tabu tema som gir sterke føring for å internalisere narrativer som tegner et bilde av avhengige personer som hjelpeløse ofre for de sterke ønskene og impulsene om å fortsette å konsumere. I følge Foddy & Savulesco (2010) er det umulig for avhengige å tegne et ærlig bilde av seg selv som en person som nyter å konsumere rusmidler og som setter større pris på det enn det meste annet. Noe av det verste en avhengig kan si er trolig at han eller hun anvender rusmidlet fordi det er en ren nytelse. Å være uforbedelig hedonist er ikke regnet å være *comme il faut* i de fleste kretser. En slik bekjennelse vil plassere ansvaret i sin helhet på hedonisten. Avhengige er utsatt for et stort press til å fremskaffe mer sosialt akseptable forklaringer på sin avhengighet for å skyve ansvaret over på andre ved å hevde at det er en sykdom eller at evnen til å stå i mot er så svekket at det er umulig å motstå det. Den britiske sosialpsykologen John B. Davies kaller denne endringen i hva som styrer

deres atferdsmønstre for en myte, en funksjonell sosial konstruksjon eller forklaring på hvorfor de har en slik avhengighetsretorikk og at denne attribusjonen vil ha en tendens til å forsterke deres fremtidige atferd (Davies, 1997).

Slike forestillinger reiser selvsagt sterk tvil om nytten av så vel kvantitative og kvalitative undersøkelser for å utforske avhengiges motiver for sin rusmiddelbruk fordi de ikke vil avsløre den fulle virkelighet til hvem som helst. Kennett, Matthews & Snoek (2013) går i rette med denne forestillingen og påpeker at det faktum at brukerne rapporterer forskjellige oppfatninger alt etter hvem en har med å gjøre (helsepersonell, familie eller venner), nettopp viser ambivalensen knyttet til bruken av rusmidler. De gjennomførte en undersøkelse blant 69 alkohol- og heroinavhengige i Australia der de la vekt på sin rolle som filosofer som kun var interessert i deres historie og erfaringer. De hevder at deres åpne og nysgjerrige spørsmålsstil skapte tillit og at brukerne gjentatte ganger sa at de var ærlige i sine svar, at de

likte konversasjonen og at de følte seg ivaretatt. Intervjuene ga grunnlag for å skille mellom tre grupper. I den første gruppen ble nytelse fremstilt som det hyppigst forekommende motivasjonsgrunnlaget for bruk. I den andre gruppen oppga de nytelse som den initiale grunnen men at dette avtok etter hvert og var ikke lenger hovedgrunnen. Den tredje gruppen rapporterte at nytelse aldri hadde vært deres hovedgrunn. For respondentene i så vel gruppe 2 og 3, var det et mysterium hvorfor de fortsatte. Et hovedanliggende var imidlertid anger og sterk beklagelse over at de gikk glipp av andre verdifulle aktiviteter. Forfatterne mener at funnene i deres undersøkelse gir uttrykk for at de lever miserable liv med stadige mislykkede forsøk på å avslutte bruken og at nytelse ikke lenger er drivkraften blant de fleste av deltagerne. Det siste ordet er nok ikke sagt i hedonismedebatten.

Vi har ovenfor prøvd å argumentere for at selv om atferdsmønstrene knyttet til avhengighet er vanskelig å ha kontroll over, særlig i fravær av alternative mestringsstrategier og insentiver for å

endre atferd, innebærer ikke dette at trangten til konsum er uimotståelig. Vi skal nedenfor gå mer detaljert inn på hvordan selvkontroll skal forstås, ikke minst på grunn av den nære sammenhengen mellom kontroll og tilskrivning av moralsk ansvar. Men først skal vi fortsette ferden mot en mer hensiktsmessig definisjon av avhengighet for vitenskapelige formål. La oss starte med en filosofisk definisjon som har møtt en del motbør, avhengighet som en sterk appetitt.

Avhengighet som en sterk appetitt

Avhengighet som en sterk appetitt er en sentral del av en liberal modell for avhengighet (a liberal account of addiction) som er lansert av Foddy & Savulesco (2010). Forfatterne hevder at den først og fremst har et korrigerende siktemål og forteller mest om hva avhengighet ikke er og lite om hva avhengighet er. Forfatterne hevder at det er en skeptisk og minimalistisk teori som fjerner alle fordommene (bias) som de andre teoriene er befengte med og at den sitter igjen med det som er korrekt. I tråd med dette, har teorien bare tre





påstander (claims) om avhengighet: (i) vi vet ikke om en avhengig person verdsetter noe høyere enn det å tilfredsstille sine addiktive ønsker; (ii) vi vet heller ikke om en avhengig person opptrer autonomt (evnen til å foreta en informert beslutning på et fritt grunnlag (uncoerced)); (iii) addiktive ønsker er ikke noe annet enn sterke, regulære appetitter. En sterk appetitt defineres på denne måten: «a disposition that generates desires that are urgent, oriented toward some rewarding behavior, periodically recurring, often in predictable circumstances, sated temporarily by their fulfillment, and generally provide pleasure» (Foddy, 2011).

Denne definisjonen begrenser ikke avhengighet til inntak av substanser, men gjelder også for atferdsformer som gambling, sex, mat, shopping og internett. Fordelen med denne definisjonen fremfor DSM-definisjonen er at den gir mulighet til å utforske de nevralt og psykologiske mekanismene som leder til en sterk appetitt. Videre gir den filosofene mulighet til å gruble

over om folk er moralsk (og lovmessig) ansvarlige for handlinger som skyldes den sterke appetitten.

Definisjonen er imidlertid problematisk blant annet fordi den både er for smal og for bred (Sinnot-Armstrong & Pickard, 2013). For å illustrere hvor smalt sporet den er, kan vi ta utgangspunkt i skillet mellom nytelse (liking) og ønske (wanting) i den mye siterte teorien om insentiv-sensitisering av psykologene Robinson & Berridge (se for eksempel Berridge & Robinson, 2011). Det gjelder for oss alle at vi involverer oss i aktiviteter vi liker fordi de gir oss nytelse (pleasure) og er belønnende (rewarding). Men vi vet også at vi utfører aktiviteter fordi vi har grunner (eller motivasjon) til å utføre dem uten at det gir oss noe særlig nytelse eller belønning, dvs. vi har et ønske om å gjøre det, uten at vi nødvendigvis liker det vi gjør i særlig grad. Nærliggende eksempler kan være studenter som forbereder seg til eksamen og lærere som forbereder neste forelesning. Definisjonen synes å kreve at den avhengige både liker

(pleasure, rewarding) et gitt rusmiddel (eller aktivitet) sterkt og samtidig ønsker å innta det (a disposition that generates desires that are urgent), et urimelig krav som ekskluderer undergrupper av avhengige som ikke lenger liker å innta et gitt rusmiddel, men som likevel ønsker å gjøre det i møte med stimuli som assosieres med inntak av rusmidler (se Kennett et al., 2013).

Definisjonen er for bred fordi den ikke makter å skille mellom avhengighet av en aktivitet og storkonsum av aktiviteten. Den kanadiske motivasjonspsykologen Robert J. Vallerand (se Vallerand et al, 2003) gir en rekke eksempler av sportsaktiviteter som personer er lidenskapelig opptatt av på en harmonisk måte, dvs. aktiviteten er internalisert i personens identitet i kontrast til å være lidenskapelig besatt av aktiviteten og nærmest kontrollert av aktiviteten. Harmonisk lidenskapelige golfspillere har en tilbøyelighet som kan generere et plutselig ønske om å spille golf fordi været er fint, de opplever en nytelse (pleasure) ved å spille golf som de opplever som belønnende

(rewarding) og å spille 18 hull gir en midlertidig tilfredsstillelse. En person med en slik harmonisk lidenskap har med andre ord en sterk appetitt for golf og er i følge denne definisjonen avhengig av golfspilling. Men en harmonisk lidenskapelig golfspiller har ingen problemer med å la være å spille hvis andre presserende ønsker oppstår, dvs. han eller hun er ikke avhengig.

Personer med en sterk på appetitt på eksempelvis alkohol ligner på storkonsumenten av alkohol i nobelprisvinneren Gary Beckers (Becker & Murphy, 1988) teori om rasjonell avhengighet. Den rasjonelt avhengige personen lider ikke av viljesvakhet, dvs. han eller hun handler i overensstemmelse med det som betraktes som sitt eget beste alt tatt i betraktning, og opplever heller ikke en konflikt mellom motiver for å fortsette og å slutte med stoffet. Det er simpelthen en storkonsument som fortsetter å konsumere alkohol fordi han eller hun liker det. En rasjonell avhengig person som ønsker å slutte å drikke vil slutte, og hvis han eller hun ikke slutter, er det fordi han ikke ønsker det. Det er en teori om en sterk appetitt som konsumenten ikke har noe sterkt ønske om å kvitte seg med.

Problemet med teorien om rasjonell avhengighet og teorien om avhengighet som en sterk appetitt er at beskrivelsene ikke harmoniserer med det vanlige bilde av avhengige personer som strever med å komme seg ut av slaveriet, men som ikke klarer det. Det som skiller en storkonsument fra en avhengig person er at den førstnevnte har kontroll over sitt konsum noe den avhengige ikke har. Det synes opplagt at begrepet kontroll må være med i en definisjon av avhengighet, men først må vi innom hva som menes med selvkontroll i filosofisk forstand.

Kontrollbegrepet

Det finnes en rekke modeller for hva som menes med selvkontroll i den filosofiske litteraturen (se Henden, 2008 for en oversikt). Her skal vi kort redegjøre for en modell som synes å være den mest populære og siterte, nemlig John Martin Fischers og Mark

Ravizza sin modell for selvkontroll (Fischer & Ravizza, 1998). Dessuten er det en innflytelsesrik modell når det gjelder tilskrivning av moralsk ansvar siden det naturlig nok er en nær sammenheng mellom graden av kontroll og i hvilken grad en person anses å være moralsk ansvarlig for sine handlinger. I følge sykdomsmodellen mangler avhengige kontroll over inntaket fordi de ikke er i stand til å forhindre eller forebygge at det skjer, inntaket er av tvangsmessig karakter. I deres teori (Fischer & Ravizza, 1998) er ledsagende (guidance) kontroll et sentralt element og de hevder på sin side at en person har selvkontroll og er moralsk ansvarlig for sine handlinger hvis han eller hun utøver ledsagende kontroll og en person har denne form for kontroll hvis han eller hun er moderat "reasons-responsiveness", dvs. den aktuelle mekanismesekvensen som leder til handlingen må være vanlig "reasons-receptive" og i det minste svakt "reasons-reactive", dvs. den må respondere på grunnene til handlingen og i en viss grad reagere på grunnene, dvs. handle i overensstemmelse med disse. Dette innebærer at avhengige kan miste kontroll over inntaket på to ulike måter, men det vanlige er at avhengige handler ut fra trangen til å konsumere til tross for at de erkjenner at det ville bedre om de avstod. Avhengige synes å være "reasons-receptive" og i stand til å ta inn og bearbeide grunnene (fordeler og ulemper) til sine addiktive handlinger og de forstår de faktiske forholdene omkring sin egen avhengighet, men er ofte ikke i stand til å handle ("react") i overensstemmelse med disse grunnene (se Uusitalo et al., 2013). At de mislykkes i reaksjonsfasen betyr imidlertid ikke at trangen til konsum er uimotståelig og at tapet av kontroll er absolutt, det må forstås som en reduksjon av selvkontroll (se Levy, 2011). Levy påpeker at det er vanskelig å argumentere overbevisende for at addiktive atferdsformer er genuint tvangsmessige når tvang forstås som svikt i reaksjonsevne (reactivity). Vanligvis tenker en her på såkalte proksimale handlinger, dvs. det som skjer i tilknytning til selvet

konsumet. Men hva med såkalte distale addiktive handlinger, som utføres for å fremskaffe illegale rusmidler? Svaret gir seg selv. Et av de virkelige problemene her er at det er vanskelig å bedømme om en trang eller impuls er tilstrekkelig sterk til å underminere reaksjonsevnen ("reactivity"). Vanskelighetene ligger først og fremst i å skille mellom et ønske som er umulig å motstå og et ønske som en unnlater å motstå. I fravær av metoder for å måle dette, er det beste en kan gjøre å undersøke om avhengige reagerer på relativt vanlige insentiv. Empiriske studier tyder på at dette er tilfelle, dvs. addiktive ønsker er ikke av en slik styrke at de overmanner "reactivity". Som vi har vært inne på tidligere, er det faktisk slik at de fleste avhengige modnes ut av sitt addiktive atferdsmønster uten bistand, som et resultat av sterke, men ikke ekstraordinære insentiv for eksempel å bli forelder (Carlson, 2006). I tillegg er det dokumentert at prisen på heroin påvirker mengden av heroin som injiseres i en gruppe av heroinavhengige (Bretteville-Jensen & Biørn, 2003). Dessuten er det vist at avhengige med overlegg har avstått fra bruk i lengre perioder for å senke toleransen og derved minske dosen som de trenger for å få den rusen de ønsker (Ainslie, 2000). Med andre ord er det godgjort at avhengige personer er i stand til å respondere adekvat på vanlige insentiv, de handler moderat "reasons-responsive" og i det minste svakt "reasons-reactive" og det er tilstrekkelig til å fastslå at det dreier seg om reduksjon i evnen til selvkontroll og det er også tilstrekkelig til å hevde at de er moralsk ansvarlige for deres handlinger i følge Fischer & Ravizza (1998).

Hvorfor er avhengige i stand til å respondere adekvat på relevante grunner, men ofte svikter når det gjelder evnen til å reagere på grunnene? Hvis det ikke har med deres kognitive ferdigheter å gjøre, hvordan kan dette forklares uten å gå på akkord med avhengiges handlingskompetanse (agency)? Uusitalo et al. (2013) påpeker at innenfor filosofi og psykologi blir affektive tilstander (emosjoner, følelser,

ønsker) tillagt en slik rolle og foreslår en modell, affektiv valgmodell for avhengighet, som sier at det foregår via emosjoner sin evne til å snevre inn avhengige sitt kognitive perspektiv til å gjelde her-og-nå situasjonen og den umiddelbare nære fremtid med vekt på konkrete, perseptuelt fremtredende trekk til fortregning for abstrakte og hypotetiske langtidsvirkninger. Emosjoner bidrar med andre ord til det som kalles reversering av preferanser og som vanligvis skyldes hyperbolsk diskontering av fremtiden (se Ainslie, 2001). Økonomen Karine Nyborg (Nyborg, 2009) kaller fenomenet nåtidsskjevhet og påpeker at vi alle lider av det fordi vi legger større vekt på øyeblikket enn på fremtidige tidspunkt, vi synes vi bør slutte å røyke, men utsetter det til i morgen. Walter Mischel (Mischel & Ayduk, 2004) er inne på noe av det samme i sin CAPS-teori der han skiller mellom kald (emosjonelt nøytralt, kognitiv, reflekterende, langsom) og varm prosessering. Et høyt stressnivå, kombinert med sterk negativ affekt øker sannsynligheten for at det varme prosesseringssystemet som er et "go" system blir aktivert, som i sin tur generer enkle, automatiserte, impulsive og raske approach-avoidance responser i nærvær av utløsende stimuli. En fjerde variant er presentert av Morse (2007) som foreslår at det sterke ønsket om fortsatt å bruke stoff, "go" mekanismen, gjør det vanskelig å holde hodet kaldt og tenke klart over hva som er det beste på lengre sikt og holde fast ved det, dvs. stoppe- mekanismen. Når trangen er sterkest, kan den avhengige knapt tenke på noe annet enn hvordan suget skal tilfredsstilles. Han benevner fenomenet redusert rasjonalitet. En femte forklaring krever at vi et øyeblikk går tilbake til hjernen som ved langvarig rusmiddelbruk blir mer og mer orientert mot SR-læring, som medfører at bruken blir mer og mer habituell, dvs. mer ønsket enn likt (jfr. Insentiv-sensitiseringsteorien, Berridge & Robinson, 2011) og stadig mer automatisert og mindre rasjonell overlegning. Å handle på tvers av sterke og habituerte ønsker krever viljestyrke i store mengder. Det krever anstrengelse

og besluttsomhet å fortsette å anvende viljestyrken og på kort sikt kan denne tømmes, men den etterfylles på lengre sikt, på samme måte som en muskel. Denne teorien er kjent under navnet ego-uttømmingshypotesen (egodepletion) og er en velkjent teori fra den sosialpsykologiske litteraturen om selvregulering (Baumeister, Muraven & Tice, 2000). Denne modellen tar ikke utgangspunkt i kontroll over atferden per se, som ("reactivity" baserte modeller gjør, men i tap av kontroll over ett aspekt ved ens mentale liv til forskjell fra responsivitet som er en global ressurs (Levy, 2011). Teorien postulerer at selvkontroll er en begrenset ressurs, jo flere oppgaver som krever selvkontroll i løpet av en dag jo færre mentale krefter har personen til å stå i mot nye krevende oppgaver. Men på samme måte som en muskel, restituerer selvkontrollen seg også etter hvile. Utholdenheten som kreves for avhengige til å motstå den relativt konstante trangen etter stoffet, kan naturlig nok tømme selvkontrollressursene og dermed svekke viljestyrken. Dette er en av grunnene til at en i kliniske intervensjoner forsøker å holde avhengige borte fra deres vanlige miljø ("out of sight, out of mind").

Etter denne gjennomgangen er det rimelig å foreslå at redusert kontroll blir tatt med i en definisjon av avhengighet: avhengighet er et sterkt og vedvarende ønske som svekker kontrollen i betydelig grad (Sinnott- Armstrong & Pickard, 2013), selv om det er en rekke faktorer som bidrar til den svekkede kontrollen utover de to nevnte (se Kovac, 2013 for en oversikt). En slik definisjon rommer også andre fenomen som for eksempel forelskelse eller romantisk kjærlighet som vi vet "gjør blind". Men romantisk kjærlighet er forskjellig fra kronisk bruk av rusmidler, den er ikke farlig og risikofyllt på samme måte som rusmidler som forårsaker alvorlig skade (jfr DSM-systemet). Skade kan omfatte død, smerter, forstyrrelser og dysfunksjon, selv svikten i selvkontroll kan betegnes som en dysfunksjon. En endelig definisjon er som følger: Avhengighet er et sterkt og vedvarende ønske som

reduserer kontrollen i betydelig grad og leder til betydelig skade (Sinnott-Armstrong & Pickard, 2013).

Ansvar

For å gjenta det nok en gang: avhengighet er ikke en sykdom forstått som tvang, dvs. fullstendig tap av kontroll og at trangen til fortsatt konsum ikke er uimotståelig i bokstavelig forstand. Det har store prinsipielle og praktiske konsekvenser hvis vi definerer noe som en sykdom. For eksempel er det slik at vi vanligvis ikke holder syke mennesker ansvarlig for symptomene knyttet til sykdommen selv når den selvpåført (se Foddy, 2011, Morse, 2004). Av dette følger at når de aktuelle symptomene er atferdsformer som ved avhengighet kan en ikke holde denne personen ansvarlig for sine addiktive handlinger. Det samme gjelder for avhengighet som hjernesykdom med påstanden om at avhengighet er forårsaket av mekanismer i hjernen som nærmest tar kontroll over personen. Når det gjelder tilskrivning av moralsk og lovmessig ansvar må det derfor presiseres at det er mennesker og deres handlinger og ikke deres hjerner som skal stilles til ansvar. Undersøkelser av nevralt mekanismer kan bidra til økt forståelse av hvordan dysfunksjonell atferdsregulering foregår, men kan ikke bidra til å avgjøre hvor mye ansvar en avhengig skal tilskrives. Mennesker, ikke hjerner, skal stilles til ansvar for sine handlinger, bli belønnet, klandret og straffet.

Morse (2004; 2007) har foreslått et skille mellom bokstavelig og metaforisk ufrivillighet. Reflekser og skjelvinger er eksempler på bokstavelig ufrivillighet og er ikke et resultat av en persons intensjoner. Hvis en handling kan tilbakeføres til en persons intensjoner, er ufrivilligheten metaforisk. Hvis en ønsker å karakterisere en intensjonell handling som ufrivillig, for eksempel for å tilskrive et moralsk ansvar for handlingen, må det fremskaffes kriterier for metaforisk ufrivillighet. Reduksjon i evnen til å handle i overensstemmelse med sine grunner er et kriterium som kan brukes til å bedømme hvorvidt en person skal tilskrive moralsk ansvar for sin avhengighet, eventuelt redusere det

moralske ansvaret. Spørsmålet for moral og jus er hvor mye reduksjon i evnen til rasjonalitet som rettferdiggjør redusert moralsk og lovmessig ansvar. Hva som ligger i termen "betydelig reduksjon" vil naturlig nok også være grunnlag for forhandlinger i ulike kontekster og praksiser (juridisk, psykiatrisk, blant familie og venner). Dette er normative spørsmål som ikke kan løses vitenskapelig, men ved hjelp av praktisk fornuft. Vitenskapen kan imidlertid bidra til å anslå hvor mye rasjonalitet som er gått tapt. Reduksjonen av kontroll vil alltid forekomme i grader og være en funksjon av hvor sterk trangen etter konsum er og hvor mye av viljestyrken som er oppbrukt.

Referanser

- Ainslie, G. (2000) A research-based theory of addictive motivation. *Law and Philosophy*, 19, 77-115.
- Ainslie, G. (2001) *Breakdown of will*. New York: Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR). Washington, DC:APA.
- Baumeister, R.F., Muraven, M. & Tice, D. (2000) Ego-depletion: a resource model of volition, self-regulation, and controlled processing. *Social Cognition*, 18, 130-150.
- Becker, G. & Murphy, K.M. (1988) A theory of rational addiction. *Journal of Political Economy*, 96, 675-700.
- Berridge, K.C. & Robinson, T.E. (2011) Drug addiction as incentive-sensitization. I J. Poland and G. Graham (eds.) *Addiction and Responsibility* (pp. 21-53). Massachusetts Institute of Technology.
- Bretteville-Jensen, A.L. & Biørn, E. (2003) Heroin consumption, prices and addiction: evidence from self-reported data panel data. *Empirical Economics*, 29, 661-79.
- Carlson, B.E. (2006) Best practices in the treatment of substance-abusing women in the child welfare system. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6, 91-115.
- Davies, J.B. (1997) *The myth of addiction* (2ns ed.). Harvard Academic Publishers, Amsterdam.
- Everitt, B.J. & Robbins, T.W. (2005) Neural systems of reinforcement for drug addiction: from actions to habits to compulsion. *Nature Neuroscience*, 8, 1481-89.
- Fischer, J.M. & Ravizza, M. (1998) *Responsibility and control: an essay on moral responsibility*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Foddy, B. (2011) Addiction and its sciences – philosophy. *Addiction*, 106, 25-31.
- Foddy, B. & Savulescu, J. (2010) A liberal account of addiction. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 17, 1-22.
- Henden, E. (2008). What is self-control? *Philosophical Psychology*, 21, 69-90.
- Henden, E., Melberg, H.O. & Røgeberg, O. (2013). Addiction: choice or compulsion?

- Frontiers in Psychiatry*, 4, 141
- Heyman, G.M. (2009) *Addiction: a disorder of choice*. Cambridge: Harvard University Press.
- Hyman, S. (2007) The neurobiology of addiction: implications of voluntary control of behavior. *American Journal of Bioethics*, 7, 8-11.
- Kennett, J., Matthews, S. & Snook, A. (2013) Pleasure and addiction. *Frontiers in Psychiatry*, 4, 141.
- Khantizian, E.J. (1997) The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4, 231-44.
- Kovac, V.B. (2013) The more the 'Merrier': A multi-sourced model of addiction. *Addiction research and theory*, 21, 19-32
- Leshner, A. (1997) Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278, 45-47.
- Levy, N. (2011) Addiction, responsibility, and ego-depletion. In J. Poland and G. Graham (eds.) *Addiction and Responsibility* (pp. 89-111). Massachusetts Institute of Technology.
- Mischel, W. Ayduk, O. (2004) Willpower in a Cognitive-Affective Processing System. The dynamics of delay of gratification. In R.F. Baumeister & k.D. Vohs (eds.) *Handbook of self-regulation. Research, theory, and applications* (pp. 99-129). New York: The Guilford Press.
- Morse, S.J. (2004) Medecine and morals, craving and compulsion. *Substance use and misuse*, 39, 437-460.
- Morse, S.J. (2007) Voluntary control of behavior and responsibility. *American Journal of Bioethics*, 7, 12-13.
- Nyborg, K. (2009) Hvem er redd for Homo Oeconomicus? Om eksperimenter, hevnvang og krypdyr. *Samtiden*, 52-64.
- Pering, C. (2002) Resisting the temptation of addiction rhetoric. *American Journal of Bioethics*, 2, 51-52.
- Pickard, H. (2012) The purpose in chronic addiction. *American Journal of Bioethics*, 3, 40-49.
- Pickard, H. & Pierce, S. (2013) Addiction in context: philosophical lessons from a personality disorder clinic. In N. Levy (ed.) *Addiction and self-control. Perspectives from Philosophy, Psychology, and Neuroscience* (pp. 165-189). Oxford: Oxford University Press.
- Regier, D.A. et al. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the epidemiological catchment area (ECA) study. *Journal of American Medical Association*, 264, 2511-18.
- Robins, L.N. (1993) Vietnam veterans' rapid recovery from heroin addiction: a fluke or normal expectation? *Addiction*, 88, 1041-1054.
- Satel, S. & Lilienfeld, S.O. (2013) Addiction and the brain-disease fallacy. *Frontier in Psychiatry*, 4, 141.
- Schaler, J.A. (2000) *Addiction is a choice*. Chicago: Open Court Publishing Company.
- Sinnott-Armstrong, W. & Pickard, H. (2013). What is addiction? In B. Fulford, R. Gipps and J. Sadler (eds.) *The Oxford Handbook of Philosophy of Psychiatry*, in press.
- Skog, O.-J. (2003) Addictions: definitions and mechanisms. In R.E. Vuchinich & N. Heather (eds.) *Choice, behavioral economics and addiction*. (pp. 157-183). Oxford: Elsevier.
- Skog, O.-J. (2006) *Skam og skade. Noen amikossosjologiske temaer*. Gyldendal, Akademisk.
- Uusitalo, S., Salmela, M. & Nikkinen, J. (2013)

Addiction, agency and affects – philosophical perspectives. *Nordic Journal on Alcohol and Drugs*, 30, 33-50.

Vallerand, R.J., Mageau, G.A., Ratelle, C., Leonard, M., Blanchard, C., Koestner, R., Gagné, M. & Marsolais, J. (2003) Les passions de l'a' me: On obsessive and harmonious Passion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 756-767.

Wikler, A. (1973) Conditioning of successive adaptive responses to the initial effects of drugs. *Cond Reflex*, 8, 193-210

Foto:

- Foto 1: Fanny Klang
Foto 2: Hans Fredrik Sunde
Foto 3: Hans Fredrik Sunde
Foto 4: Hans Fredrik Sunde



Jostein Rise har vært professor i helsefremmende arbeid og deretter professor i sosialpsykologi ved UiB. Han har siden vært forsker og direktør ved Statens Institutt for Rusmiddelforskning og samtidig professor II i sosialpsykologi først ved NTNU og senere ved UiO og er nå pensjonert forsker ved SIRUS. Forskningsinteressen er knyttet til holdninger og holdning-atferdsmodeller og avhengighet.