

NÄR FÅR VEM DRICKA VAR – OCH NÄR BLIR MAN ALKOHOL- MISSBRUKARE?

EN HISTORISK TILLBAKABLICK ÖVER FORMELLA OCH
INFORMELLA SOCIALA RIKTLINJER KRING ALKOHOL-
KONSUMTION INOM OCH UTANFÖR PSYKIATRISK VÅRD

Whenever we proceed from the known to the unknown we may hope to understand, but we may have to learn at the same time a new meaning of the word understanding.

Werner von Heisenberg

Missbruk. Termen i sig är ett ogillande, ett ställningstagande om att något används på fel sätt. Vad *fel* innebär har i alkoholens fall sedan länge innefattat flera olika komponenter – moraliska, biologiska, psykologiska såväl som sociala. Den vikt som respektive komponent har haft i historiska definitioner av *alkoholmissbruk* har i vissa fall varit konstant, medan andra komponenters inverkan på hur alkoholmissbruk som koncept skall förstås har varit mer varierande. Den skiftande inbördes tyngdpunkten mellan komponenterna har stor betydelse för såväl vårdrelaterade som samhällsorienterade frågor. Exempelvis, huruvida ett alkoholmissbruk speglar en

moraliskt lastbar person eller en biologiskt sjuk person. Eller påverkan på missbruksdefinitionen genom den drabbade personens tillhörighet till olika samhälleliga sfärer – är den hemlöse mannen som dricker öl varje förmiddag på parkbänken för att lindra sin depression lika mycket ”missbrukare” som den rike företagsledare som dricker några glas maltwhisky hemma varje kväll för att kunna koppla av?

I denna text görs övergripande jämförelser mellan historiska rekommendationer om alkoholkonsumtion och rådande uppfattningar om när bruk övergår i missbruk för befolkningen i stort, men även för gruppen personer vars psykiska hälsa har ifrågasatts. Syftet är att på ett överskådligt sätt illustrera likheter och skillnader i hur samtiden har uppfattat alkoholmissbruk – var har den uppfattade gränsen mellan normalkonsumtion och missbruk gått? Dessutom har särskilt fokus

lagts på att undersöka om de markörer som karaktäriserar denna gräns har skiljt sig åt för personer som befinner sig inom, respektive utanför, en psykiatrisk kontext.

DET FÖRÄNDERLIGA ALKOHOLMISSBRUKET

Gränsen för när normal alkoholkonsumtion övergår i missbruk har historiskt ofta flyttats. Vad som varit konstant över tid är dock att de personer som överskrider denna gräns ofta har ansetts ha ett allmänt omoraliskt leverne, dålig självkontroll och i större grad ha utvecklat psykisk ohälsa, alternativt åtminstone löpa stor risk för att utveckla detta, inom en snar framtid. Det dröjde dock fram till 1800-talet innan fenomenet ”att ha en omfattande alkoholkonsumtion” i ökande grad började betraktas som en form av individuell patologi.¹ Ett exempel från början av 1800-talet är hospitalsläkaren vid Vadstena hospital Georg Engström som ansåg att *missbruk af starka drycker* var en av anledningarna till att vansinne uppstod. Beskrivningar av alkoholkonsumtion som utgjorde ett missbruk innefattade termer som ”fylleri” och ”brännvinsupande”. Dylika konsumtionsmönster framhöll Engström ofta som orsak till att vansinne utvecklades, i sällskap med andra anledningar såsom ”husliga missköligheter”, vanvårdad uppfostran och fattigdom.² En bättre levnadsmiljö med en frisk omgivning, en god social struktur och uppövande av självkontroll skulle därmed kunna bidra till att avhjälpa vansinne. Men innebär detta att personer som ansågs lida av psykiska störningar faktiskt hade en annan alkoholkonsumtionsprofil än personer utanför en psykiatrisk kontext? Skiljer sig deras dryckesmönster och dryckeskontexter från de som rekommenderas för normalpopulationen, eller uppfattas deras dryckes-

mönster endast annorlunda på grund av den psykiatriska kontext de befinner sig i?

Definitioner som används idag

Idag talas det inte om alkoholmissbruk på samma sätt som det ofta gjorts tidigare i historien. Termerna ”alkoholmissbrukare” och ”alkoholist” som tidigare ofta förekommer i journalmaterial och andra skriftliga källor för att beskriva personer med antingen en skadlig överkonsumtion eller ett beroende av alkohol, har ersatts med ”person med alkoholmissbruk” alternativt ”person med alkoholberoende”. Vidare har det fenomen som tidigare benämndes ”alkoholmissbruk” inom den psykiatriska diagnostiken sedan år 2013 slagits ihop med alkoholberoende som delar i diagnosen *Substance Use Disorder* (SUD),³ en övergripande diagnos som fångar in missbruks- och beroendenivå av många olika beroendeframkallande substanser. Eftersom termen ”missbrukare” frekvent har använts historiskt, kommer den ändå att behöva användas i denna text för att illustrera olika uppfattningar om hur en ”felanvändning” av alkohol har sett ut i olika tider.

Utifrån diagnosen ”alkoholmissbruk”, som fortfarande förekom under 2000-talets första decennium, är det svårt att dra en tydlig skiljelinje mellan normal och onormal alkoholkonsumtion. Uppfattningar om hur, var och när samt i vilken omfattning alkoholkonsumtion är acceptabel, är fortfarande långtifrån allmängiltiga, trots att det idag finns en beroendediagnos inom psykiatrisk verksamhet. Omfattande forskningsöversikter har kartlagt innebörden av skadligt bruk utifrån olika perspektiv.⁴ I översikter från såväl början som slutet av 1900-talet har slutsatsen dragits att det är mycket svårt att etablera riktlinjer kring vad som skall betraktas som en ofarlig alkoholkonsumtion, eftersom alkoholens skadeverkningar är så mångfacetterade. Vid etablerande av

riktlinjer för alkoholkonsumtion har man i olika tider ofta utgått från att alkohol är skadligt utifrån olika hälsoaspekter. Här uppstår dock problem med rekommendationer kring normalkonsumtion eftersom en viss konsumtionsnivå ökar risken för exempelvis hjärt-kärlproblem, medan andra nivåer ökar risken för olika former av mag-tarmproblem. Andra riktlinjer har utgått från sociala normer och från att olika konsumtionsnivåer kan anses generera skadliga beteenden på så sätt att de är oförenliga med ett funktionellt liv i samhället och därmed även blir socialt oacceptabla enligt samhällsnormen. Till exempel att inte kunna sköta sitt arbete på grund av alkoholkonsumtion eller alkoholrelaterade konsekvenser. I en aktuell forskningsöversikt slogs fast att normalkonsumtion och överkonsumtion fortfarande är relativt flytande begrepp,⁵ samt att denna variation är särskilt påtaglig när det rör jämförelser mellan olika kulturer eftersom olika kulturer använt sig av olika normer vid etablerandet av sina riktlinjer. Detsamma gäller olika tidsperioder i Sveriges historia, vilket har varit fokus i den undersökning som beskrivs i aktuell text.

AKTUELL UNDERSÖKNING

För att förstå varför vi drar gränsen mellan normal och patologisk alkoholkonsumtion där vi gör idag är det viktigt att se bakåt. I denna text beskrivs utdrag ur en historisk kartläggning, av på vilken basis gränsen mellan normal och patologisk alkoholkonsumtion har dragits i olika tider. Kartläggningen är gjord med en genealogisk metod. Vidare beskrivs hur gränsdragningen har varierat för normalpopulation respektive för psykiatrisk patientpopulation, med hänsyn taget till den historiska kontext vari dessa rekommendationer har skapats. Särskilt fokus har i undersökningen varit att på ett över-

skådligt sätt beskriva historiska variationer i uppfattningar om vad missbruk är och beror på. Fokus har också lagts på att illustrera typiska och atypiska profiler för ”normalkonsumenten” respektive ”alkoholmissbrukaren”, med och utan psykiatrisk problematik, som har förelegat under de senaste 300 åren i Sverige. En historisk medvetenhet kring riktlinjer för normal alkoholkonsumtion och på vilka värderingar de ursprungligen har baserats är av särskilt stor vikt då vi i Sverige i dagsläget fortfarande är inne i efterdyningarna av en process då en omfattande utredning gjorts kring hur dessa personers vård skall utformas.⁶ Dessa omständigheter gör denna typ av genomlysning särskilt aktuell i dag.

ALKOHOLMISSBRUK I BÖRJAN AV 1800-TALET

I början av 1800-talet rädde efterdyningarna av 1700-talets revolutioner i Europa och individen blev en allt mer tydligt utkristalliserad enhet i samhället. Enligt den franska och nordamerikanska revolutionens dekret var alla människor födda fria och inbördes jämlika i sina rättigheter och skyldigheter gentemot samhället. På basis av denna nya uppfattning om människan som en ansvarstagande enhet, aktualiserades i Frankrike också tankar om att man kunde utvecklas som människa genom yttre påverkan. Det var i denna ideologiska kontext som läkaren Philippe Pinel (1745–1826) förespråkade att personer med psykiska störningar och sjukdomar skulle behandlas och inte enbart stängas in i förvar. Denna förändrade människosyn förde även med sig en förändrad syn på vansinnets karaktär, vilken rörde sig från en gudomlig förklaringsram mot en förklaringsram grundad på sjukdom och på möjlighet till förändring och rehabilitering.⁷ I linje med den

nära kopplingen mellan samhälleliga rättigheter och skyldigheter, började det även, utöver individens möjlighet att erhålla vård för psykisk störning, successivt framhållas att det var individens eget fel om denne inte blev frisk av behandlingen – kanske något i generna, den psykiska dispositionen eller i det sociala arvet.

Alkoholkonsumtionen i Sverige, specifikt brännvinsdrickandet, ökade kraftigt under tidigt 1800-tal för att kulminera omkring seklets mitt och därefter minska påtagligt. Samma mönster följde det registrerade antalet döda på grund av alkoholförgiftning, liksom antalet mord per capita. Båda visar en markant ökning under tidigt 1800-tal och en kulmen omkring 1840–1855, varefter det skedde en tydlig nedgång. Den omfattande och ökade brännvinskonsumtionen vid denna tid hade enligt tidigare undersökningar flera orsaker exempelvis att en mer liberal lagstiftning för husbehovsbränning infördes år 1809, att mängden råvara att bränna sprit på ökade, och att ångbränneriernas effektivisering av processen medförde lägre priser.⁸ Statistiken för tidigt 1800-tal har i tidigare undersökningar inte bedömts vara helt tillförlitlig,⁹ men även internationellt framhölls generellt att svenska folkets konsumtion av sprit var hög, medan befolkningen i andra länder, såsom England och Frankrike, i större utsträckning drack öl och vin. Enligt tidigare undersökningar började alkoholkonsumtionen ses som ett betydande samhällsproblem, vilket innebar att incitamentet för att minska den blev starkare – både för att fenomenet nu inom en sjukdomsförklaringsram blev möjligt att förändra och att samhällsvinsterna för att göra så, ansågs vara stora.¹⁰ Dessutom började överkonsumtion av alkohol i flera olika europeiska länder vid denna tid ses som en form av individuell patologi.¹¹

*1800-talets läkares åsikter
i alkohol- och missbruksfrågan*

Det aldrig fördärligaste för våra kroppar är missbruket av Brännvin ... Dess olyckliga följder, besannade både av Politici och Medici, skulle kunna uppställas såsom skadligare och mer folködande än smittosamma sjukdomar och krig ...

Hedin, S.A.

*Handbok för practiska
läkarevetenskapen, 1797.*¹²

Många läkare vid denna tid betraktade brännvinsdrickandet som ett stort samhällsproblem, men toleransen för hur mycket alkohol som kunde drickas inom normalitetens ram var ändå hög. En av de mest namnkunniga svenska läkarna under 1800-talet, Magnus Huss, angav att i städerna vid 1800-talets mitt drack en typisk manlig måttlighetsdrinkare 35–40 cl brännvin (40–45 vol % alkohol) per dag och ofta den dubbla mängden under veckosluten, vilket genererade en årskonsumtion på 150 liter alkohol. Andra läkare vid tiden har bekräftat en dylik bild över konsumtionen, cirka 120 liter brännvin/år.¹³ Positiva effekter av måttlig alkoholkonsumtion framhölls både inom folkmedicinen och bland samtida läkare. Alkohol antogs ha en balanserande inverkan och vara till ”nyttan i kulit och vått väder” samt ”står emot röta den heta tiden”.¹⁴ En måttlig alkoholkonsumtion ansågs av Magnus Huss vara i det närmaste nödvändig för fysiskt arbetande personer på grund av de svenska klimatförutsättningarna och deras diet och för att de överhuvudtaget skulle orka utföra sitt arbete.¹⁵ I detta anknöt Huss därmed till Montesquieus klimatlära och uppfattningen om förekomsten av en större benägenhet att berusa sig med sprit ju kallare klimatet var.

Vid mitten av 1800-talet använde Magnus Huss den tyska missbrukstermen (*missbrauche des alcohols*) för att beskriva en ohälsosam alkoholkonsumtion som han

ansåg kunde resultera i psykiska störningar såsom *Delirium tremens* och olika former av maniska tillstånd. I Huss bok *Alcoholismus Chronicus* (1849–1851) framkom dessutom en mängd andra fysiska syndrom såsom skrumplever, hjärnblödning, hjärtförstoring samt mag- tarminflammationer. Vad Huss avsåg med sin sjukdomsdiagnos kronisk alkoholism var därmed en samling fysiska skador som uppkom hos personer som drack alltför stora mängder alkohol.

Även i början av 1800-talet ansågs en hög alkoholkonsumtion ha klart skadlig inverkan på människor och kunna orsaka, såväl som förvärra, psykiska störningar. Kliniska exempel på detta från samtidens psykiatriska verksamhet ges av ovan nämnde Georg Engström, den förste läkaren vid Vadstena hospital som var ett av Sveriges första hospital med psykiskt sjuka som enskild målgrupp. Han angav återkommande i sina journalanteckningar fylleri och brännvinsupande som en av många orsaker till att psykisk störning hade uppkommit bland hans patienter. Dessa faktorer var kopplade till personens generella levnadssätt, vilket i sin tur ansågs vara i större grad kopplat till uppkomst av maniska tillstånd eller sinnesrubbing jämfört med de former av psykisk störning som innefattades av diagnosgrupperna melankoli, fixa idéer, fänighet och slöhet.¹⁶ Under den tid som Engström var ansvarig för Vadstena hospital använde han dock inga särskilda diagnoser med specifik koppling till alkoholmissbruk eller beroende. Intressant i sammanhanget är även vad Engström skulle kunna ha betraktat som psykisk hälsa. Utifrån hans beskrivningar av vad som utgjorde psykisk störning bör den psykiskt friska personen ha varit en människa som var fri från häftiga passioner, ekonomiska problem och fysiska sjukdomar, och som hade ett normativt sexualliv. Personen skulle också ha levt ett liv som inte resulterade i känslor av

ånger eller samvetsqual, samt inte varit negativt påverkad av svartsjuka eller olycklig kärlek.¹⁷ Den ideala balansen i livet för en person, som förespråkades av den bildade medelklassens normer vid denna tid, var istället att eftersträva måttlighet, känslomässig kontroll och behärskning.¹⁸

ALKOHOLMISSBRUK I BÖRJAN AV 1900-TALET

Behandlingsbarhet är ofta en kritisk del i beslutet om huruvida ett specifikt fenomen skall betraktas som en psykisk störning.¹⁹ Och så var även fallet när alkoholism började betraktas som en sjukdom istället för ett uttryck för en moraliskt förkastlig läggning. Det senare framhölls ofta av nykterhetsrörelser såväl i Sverige som i USA.²⁰ Trots att läkare som Thomas Trotter (1760–1832)²¹ och Benjamin Rush (1746–1813) redan i början av 1800-talet argumenterat för att alkoholberoende skulle ses som en sjukdom och sammanslutningen *Anonyma Alkoholister* bedrivit en långvarig kampanj på 1930-talet, motsatte sig den medicinska vetenskapens företrädare att alkoholism skulle betraktas som en sjukdom fram till att disulfiram (Antabus) introducerades i slutet av 1940-talet. Under loppet av några få år hävdades att denna medicin var högggradigt effektiv i behandlingen av alkoholism, och det var i detta sociopolitiska klimat som *American Medical Association* och andra liknande institutioner i många länder världen över utfärdade uttalanden som innebar att man nu betraktade alkoholism som en sjukdom.²²

Läkare och forskare – normalkonsumtion

Innan dess, under 1900-talets två första årtionden skrev de svenska läkarna Torsten Thunberg (1873–1952), Bror Gadelius (1862–1938), Ulrik Quensel (1863–1934)

och Ivan Bratt (1878–1956) om alkoholen skadeverkningar och om vad som skulle kunna betraktas som en normal-konsumtion av alkohol. Åsikterna om när alkoholen hade en skadlig inverkan var delad även i början av 1900-talet. Thunberg, liksom Quensel, ansåg att alkohol tidigare, utan grund i forskning, hade antagits ha positiva effekter för fysisk och psykisk hälsa, men utifrån deras egna forskningssammanställningar ansåg båda att alkohol även i mindre mängder (det vill säga icke-berusande) kunde ha skadliga effekter.²³ Bror Gadelius hävdade dock vid denna tid att icke-berusande alkoholmängder var oskadliga,²⁴ i likhet med många andra samtida röster som ansåg att alkohol förbättrade välbefinnandet hos människan, särskilt för fysiskt hårt arbetande personer som behövde alkohol för att slappna av och samla kraft.²⁵

I likhet med Ivan Bratt ansåg Thunberg och Gadelius att personer i sociala miljöer som traditionellt hade en mer accepterande inställning till alkoholkonsumtion och mer liberala dryckesmönster var i större grad i riskzonen för att utveckla alkoholmissbruk och beroende. Gadelius hävdade dock att alkoholen roll inom det sociala livet hade förändrats i takt med ökade krav på självkontroll och anständighet och att det berusade tillståndet generellt sett inte längre var förenligt med acceptabelt socialt beteende. I mindre nogräknade sociala cirklar kunde dock ett öppet berusat beteende fortfarande tolereras. Vidare uppfattade Gadelius "alkoholister" som grupp (som oftast, men inte alltid, uppfattades befinna sig i dylika sociala cirklar) som generellt sett intellektuellt och etiskt mindervärdiga personer. Han ansåg också att alkoholism i lägre socio-ekonomiska skikt i samhället var avsevärt lättare att förstå än ett "liknande förfall" i mer välbärgade socialgrupper. Detta motiverade han med att

den förstnämnda gruppen ofta hade varit utsatta för "berusade föräldrars dåliga exempel" och att de redan tidigt i livet hade fått klara sig själva med hårt arbete i kyla utomhus, vilket hade lett till att de snabbare kommit att värdesätta alkohol.

Alkoholisten i början av 1900-talet var enligt Thunberg, Gadelius och Quensel en person som hade drabbats av en kronisk alkoholförgiftning. Förgiftningen hade skapats genom att personen under lång tid hade överkonsumerat alkohol, vilket hade skapat ett antal störningar i centrala nervsystemet och i det psykiska livet. Dessa störningar förvärrades allteftersom tiden gick av det successivt framväxande sjukliga behovet av alkohol. Följden av denna kroniska förgiftning var enligt Thunberg ett förlöande och en degeneration av samtliga "högre psykiska kapaciteter", en ökad risk att drabbas av mentala störningar och fysiska sjukdomar samt en minskad förmåga att arbeta och bete sig korrekt och hedervärd.²⁶ Gadelius gjorde dock en åtskillnad mellan det medicinska tillståndet *Alcoholismus chronicus* och den stora grupp han endast ansåg var "alkoholister i socialt eller socio-etiskt hänseende".²⁷ En etisk degenerering hos personen framhölls av Gadelius som en generell faktor vid alkoholism, men huruvida denna faktor borde tillskrivas ärftlighet, miljöfaktorer eller individuellt moraliska faktorer ansåg han var oklart, eftersom det primärt var personer med svag vilja som drabbades av alkoholism och att viljan var ytterligare försvagad genom alkoholen negativa inverkan på skapandet av minnen.²⁸ Oavsett denna osäkerhet hävdade Gadelius dock att utan "medfödda mindervärdiga anlag så skulle inte alkoholister finnas". Han framhöll att ett nervsystem hos en person med "ostörd" mental hälsa på ett välmodulerat sätt kunde anpassas till externa händelser av olika känslomässig karaktär, och att dennes hormonella kon-

stitution gav en god stimulansnivå. En sådan person behövde därför inte alkohol eller andra droger. Gadelius ansåg därmed att personliga karaktäristika av biologisk, psykologisk och social karaktär alla predisponerade en person till att utveckla alkoholism, men att den biologiska faktorn relaterad till ett ”mindervärdigt arv” var av störst betydelse för denna utveckling.

Fallstudier – normalkonsumtion och alkoholmissbruk i en ”gränslandsgrupp”

Alkoholism har historiskt ansetts kunna orsaka brott, både mer och mindre allvarliga, även om personen inte var alkoholpåverkad vid tiden för brottet, eftersom personens alkoholism ansågs ha skadat personligheten. Vid rättspsykiatriska undersökningar under 1900-talet har därför frågan om alkoholkonsumtion och alkoholmissbruk varit viktig att utreda,²⁹ och statistik från Rättsmedicinalverket år 1908 visar att i ca 10 % av fallen ansågs orsaken till den psykiska störningen ha varit kronisk alkoholism.

Mellan år 1928 och 1930 utfördes 64 rättspsykiatriska undersökningar i sydvästra Sverige,³⁰ men i endast 26 av dessa är alkoholkonsumtion omnämnd. Beskrivningarnas omfattning varierar stort: från att endast konstatera att en person inte drack alkohol alls, till en mer eller mindre utförlig ärflichhets- och konsumtionsanalys avseende alkoholmissbruk. I endast ett fåtal fall finns en omfattande analys av personens alkoholkonsumtionsprofil och dess potentiella och sannolika psykologiska och fysiologiska effekter. En tematisk analys som utfördes på de 26 fall där alkoholkonsumtion nämnts,³¹ indikerade att läkaren ansåg att flera områden var viktiga att undersöka för att fastställa om personens konsumtion av alkohol (eller andra droger) kunde anses vara patologisk. De övergripande teman som framstod som varande i fokus vid undersökningarna var: konsumtionsmängd, vilka effekter alkohol hade på personen, och vilka effekter alkoholen hade på personens förmåga att fungera i samhället.

Tabell 1:

Övergripande teman i fokus för utredning av substansbruk vid rättspsykiatriska undersökningar år 1928–1930.

Konsumerad mängd	- Hur mycket alkohol personen kan hantera - Att dricka kontinuerligt är värre än att högkonsumera alkohol i perioder
Negativa effekter på personen	- Huruvida ett behov av alkohol är skapat (inkluderar formuleringar som ”saknar det” och ”längtar efter det”) - Huruvida personen uppvisar störande beteenden på platser där alkohol serveras (det vill säga kan inte reglera hur mycket personen kan dricka innan denne agerar våldsamt) - Uppvisade en speciell sorts humor, ”alkoholistens galghumor”, med vilket avses en avgränsad form av humor som relateras till förlust av kreativitet
Förmåga att fungera i samhället	- Behöver stjäla för att tillfredsställa sitt behov av alkohol - Kan inte utföra sitt arbete på grund av alkoholkonsumtionen eller dess konsekvenser

Vissa fall under den studerade tidsperioden innefattade ett tydligt resonemang avseende hur mängd konsumerad alkohol och inställning till alkoholkonsumtionen var relaterad till de manifesterade effekterna av alkohol. I andra fall var detta inte lika uppenbart, men indikationer på att en mer omfattande undersökning av alkoholvanor hade gjorts, kunde ses i texten. För personer med en mycket hög alkoholkonsumtion (6 fall av 26), beskrevs omfattande negativa ekonomiska, sociala och fysiska effekter, samt någon form av beskrivning av hur personen tappat kontakten med verkligheten. Gruppen som utifrån beskrivningarna kan klassas som medelkonsumenter (11 fall av 26) karaktäriserades av att de regelbundet drack relativt måttligt eller att de endast drack tungt i perioder. De negativa effekterna i denna grupp var maladaptivt beteende under berusning (till exempel att bli arg eller kräkas, men också ibland av att se ”småkröp”).

Bara tre av de 26 personerna beskrevs ha liten eller ingen alkoholkonsumtion och deras beteende vid berusning beskrevs som gott och att de inte uppvisade något störande beteende eller behov av mer alkohol. I de kvarvarande fallen beskrevs endast ärftlighet (hereditet) för alkoholmissbruk eller att personen använde alkohol, utan någon beskrivning av dess effekter på personen. Ett exempel på en hög konsumtion, som av utredande läkare inte ansågs vara ett missbruk var en vardagskonsumtion bestående av 5 supar (à 8 cl), 5 flaskor öl och en vermouthdrink spetsad med cognac. Detta resulterade i en ungefärlig dagskonsumtion av 50 cl sprit och mellan 1,6–3,3 liter öl.³²

Ett exempel där den för undersökningen ansvarige läkaren däremot ansåg att ett alkoholmissbruk och ett alkoholberoende förelåg var en person som uppvisade opassande beteende i samband

med alkoholkonsumtion. Han beskrevs gå ut alltför ofta för att dricka med sina vänner och hade många gånger befunnits vara full på restauranger. Om man ser till denna persons beskrivna konsumtion verkar den dock inte ha varit anmärkningsvärt högre än många andras i den undersökta gruppen. De beteenden som han uppvisade manifesterades i hög grad även av andra som av utredande läkare inte befanns ha alkoholproblem. En skillnad som framhölls i denna utredning var dock att denne person tillhörde en mer välbärgad socio-ekonomisk grupp, vilket generellt inte förekom bland de studerade fallen.

Sociala aspekter i medicinsk diagnos

En intressant aspekt som framträdde i undersökningen var hur termerna alkoholbruk och alkoholmissbruk användes. De centrala beteendenormer som rörde alkoholbruk i fallbeskrivningarna var relaterade till de lagar som reglerade alkoholanvändning, men framför allt reflekterade de vilka sociala beteenden det svenska samhället ansåg vara normbrytande vid denna tid.³³ De generella normbrott som dessa personer gjort sig skyldiga till var:

- Slås i alkoholpåverkat tillstånd
- Vara berusad på en offentlig plats som inte var tydligt godkänd för alkoholkonsumtion (till exempel en restaurang)
- Att ligga berusad vid vägrenen eller i diket
- Att i berusat tillstånd störa andra genom att vara högljudd
- Att vara så full att man inte kunde gå

Det fanns även fler normbrott som kunde begås av personer med hög socio-ekonomisk status. Ett exempel på att ett sådant argument används som stöd för en alkoholrelaterad diagnos återfinns i läkarens beskrivning av den ovan omnämnde per-

sonen (med ett så pass långt gånget alkoholmissbruk att det resulterat i ett beroende) att personen brukade sprit i större utsträckning än vad som kunde anses vara förenligt med hans sociala ställning. Sannolikt indikerar de observerade sociala skillnaderna ett belägg för Gadelius tidigare omnämnda åsikt, att, åtminstone vissa, läkare höll med om att det var svårare att förstå hur personer med högre socio-ekonomisk status kunde hamna i en dylik situation än personer som haft det svårt i livet. Personer från en välbärgad bakgrund var tvungna, åtminstone på offentliga ställen, att framstå som låg- eller moderata konsumenter och att anpassa sitt berusade beteende till en mer begränsad repertoar, präglad av mer impuls kontroll. Utifrån dessa fall blir det tydligt att hög alkoholkonsumtion, sämre impuls kontroll och störande beteende under berusning på offentliga platser däremot tolererades hos personer från lägre socioekonomiska grupper utan att aktualisera en alkoholrelaterad diagnos. Vidare stöds ett sådant antagande av fallinformation som en enfasc på alkoholens roll i en försämrad ställning i samhället såväl som att dricka sig till alkoholskador till följd av konsumtionen (levercirrhos och delirium tremens). Personerna behövde därmed inte bara bryta mot de sociala normer kring alkoholbruk som rådde på den plats där de drack, utan det handlade också om att personen övermannats av begäret att dricka alkohol och därigenom skadade sin hälsa.

Sammanfattningsvis aktualiserar dessa två aspekter det individualpatologiska perspektivet och de sociala delar av folkhälsoperspektivet som framförts av Huss och Bratt. De två aspekterna aktualiserar också den distinktion Gadelius gjorde mellan en person som led av sjukdomen *Alcoholismus Chronicus* (det vill säga en kroppslig sjukdom), och den socio-etiska

alkoholisten som drack för mycket på fel platser och var en omoralisk individ, ofta med låg intelligens, som störde, irriterade eller skadade andra. Idag kan detta ideologiska arv jämföras med distinktionen mellan missbruk (det vill säga socio-etisk alkoholist) och beroende (det vill säga att alkoholen har genererat en biologisk sjukdom i kroppen).

*Var drack man som "alkoholist"
i början av 1900-talet?*

Utöver fysiologiska och psykologiska egenskaper, innefattas kapacitet för socialt fungerande inom missbrukskonceptet. Resultaten av den tematiska analysen av de fallbeskrivningar som har redovisats i denna text indikerar att definitionen av missbruk även länge har varit influerad av faktorn *var* personen dricker – i den publika eller privata sfären. Och om drickandet sker offentligt, huruvida det sker på avsedd plats och med ett till platsen anpassat mått av självbehärskning vid berusning. Den fysiologiska faktorn och flera av de psykologiska aspekter som främst är knutna till impuls kontroll, verkar utifrån analysen vara stabila i sin inkludering i missbrukskonceptet över tid. En historisk förskjutning har dock skett avseende de mer flytande psykologiska faktorerna som eftersträvansvärda moraliska ideal, självbild och samhällets normer avseende lämpligt beteende i den offentliga respektive privata sfären. Alkoholism beskrevs ofta i tydliga beteendetermer, vilka även innefattar frågan om var personen konsumerar alkohol. Många högkonsumerande personer i den undersökta gruppen beskrevs dricka alkohol på offentliga ställen, ofta tillsammans med främlingar, somna utomhus och förlora självkontrollen så att de allvarligt störde och ofta skadade andra. Många av dessa drack också stora mängder alkohol hemma och utsatte sina

familjer eller grannar för dylika beteenden. Detta innebar att dessa personer bröt mot åtskilliga av de sociala normer som rådde i de sociala omständigheter de befann sig i. De beskrevs också i sitt starka behov av att konsumera alkohol, ha förlorat sin känsla för när det är en lämplig tid att dricka eftersom de drack under dagtid när man borde arbeta. På grund av detta konsumtionsmönster och de ökade kraven på uppmärksamhet och koncentration i samtidens arbetsliv fick de också med tiden allt svårare att hantera ett jobb. Detta gjorde det svårare för dem att försörja sig själv och sina familjer, och att bidra till samhällets gemensamma institutioner som sjukvård och skola.

*Varför drack man som
"alkoholist" i början av 1900-talet?*

Varför den högkonsumerande gruppen drack alkohol är också en viktig aspekt att beakta eftersom den skiljde ut dem från "normalkonsumenterna" på ett uppenbart sätt. Denna grupp beskrevs ofta ha druckit alkohol för att de behövde det, exempelvis i ett försök att undvika ångest och återgå till ett psykiskt normalstillstånd, inte för att uppnå ett välbefinnande utöver en neutral känslomässig nivå. Den högkonsumerande gruppen kan därmed ses som inte varande lika fria att välja att dricka som andra konsumenter eftersom alkoholen, åtminstone till en betydande del, hade tagit kontroll över hur de levde sina liv. Alla dessa aspekter: att störa lugnet i samhället, minskat utrymme för fri vilja, minskad förmåga till självförsörjning och att bidra till samhället i stort ansågs vara skadliga och socialt oacceptabla dryckesvanor, och kan betraktas vara förenligt med vad Gadelius benämnde en socio-etisk alkoholism, men inte nödvändigtvis en biologisk alkoholism.

VAD AV DETTA ÅTERFINNS I
ALKOHOLMISSBRUKSKONCEPTET
I BÖRJAN AV 2000-TALET?

Definitioner av alkoholmissbruk

Inom psykiatrins diskurs under 2000-talets första decennium³⁴ förekom huvudsakligen tre termer som innebar att personen har olika grad av problematisk alkoholkonsumtion: riskbruk, missbruk och beroende. Riskbruk är framför allt ett konsumtionsmätt skapat av World Health Organization,³⁵ medan missbruk och beroende förutom konsumtionsnivå även innefattar negativa psykologiska och sociala konsekvenser av alkoholbruket.³⁶ Avseende alkoholmissbruk skall noteras att missbruksdiagnosen, i den version av den psykiatriska diagnosmanualen DSM (DSM-IV-TR) som var gällande under 2010-talet, baseras både på sociala konsekvenser som att personen inte kan fungera i vardagslivet eller får problem med lagöverträdelse, och på psykologiska konsekvenser såsom att utsätta sig för situationer som sannolikt kan vara farliga och att fortsätta dricka alkohol trots att det vållar återkommande problem i relationer. Flera av dessa symptom förekommer även i den version av DSM som används idag.³⁷ Alkoholberoende präglas utöver missbruket av en fixering vid alkoholanvändningen och ett tvångsmässigt förhållande till drickandet, samt fysiologiska förändringar i form av toleransutveckling och sänkt förmåga att styra eller minska alkoholkonsumtionen. I den senaste versionen av DSM (DSM-5) har missbruk och beroende slagits ihop till en diagnos och de två formerna ersatts av en gradering där antalet uppfyllda kriterier för diagnosen Alkoholbrukssyndrom anger om syndromet skall betraktas som måttligt eller allvarligt.³⁸ I DSM-5 beskrivs ett

problematiskt mönster av alkoholkonsumtion som leder till en kliniskt betydande försämrad funktion och lidande, vilket tar sig uttryck i minst av två av följande symptom som skall ha manifesterats inom en 12-månadersperiod.

Tabell 2.

Diagnoskriterier för Substansbrukssyndrom enligt diagnosmanualen DSM-5

Försämrad kontroll över substansanvändning

1. Alkohol dricks ofta i större mängder eller över längre tidsperioder än vad som avsetts
2. Det finns en ihållande önskan eller misslyckade försök att skära ned eller kontrollera alkoholbruket
3. Mycket tid spenderas på att införskaffa alkohol, dricka alkohol, eller återhämta sig från dess effekter
4. Sug efter, eller en stark önskan, att dricka alkohol

Social nedsättning

5. Återkommande alkoholanvändning resulterar i ett misslyckande att fullfölja betydande åtaganden på arbetet, i skolan eller i hemmet
6. Fortsatt alkoholanvändning trots att personen har ihållande eller återkommande sociala eller interpersonella problem som orsakas eller förstärks av alkoholens effekter
7. Viktiga sociala, arbetsmässiga eller fritidsaktiviteter avstås från eller minskas i omfattning på grund av alkoholanvändning

Riskabel användning; individens misslyckande att avstå från att använda alkohol trots att den skapar svårigheter

8. Återkommande alkoholanvändning i sociala situationer i vilka alkoholkonsumtion är fysiskt riskabelt
9. Alkoholanvändning fortgår trots kunskap om att ha ihållande eller återkommande fysiska eller psykologiska problem som sannolikt har orsakats av eller förstärks av alkoholkonsumtionen

Farmakologiska kriterier

10. Tolerans, vilket definieras av något av följande:
 - a) Ett behov av markant ökad konsumerad mängd alkohol för att uppnå berusning eller önskad effekt
 - b) En markant minskad effekt av alkohol vid fortsatt konsumtion av samma mängd alkohol
11. Abstinens, vilket definieras av något av följande:
 - a) Det karaktäristiska abstinenssyndromet för alkohol
 - b) Alkohol (eller en snarlik substans såsom en bensodiazepin) tas för att avhjälpa eller undvika abstinenssymptom

*Vad diagnostiserades?**Likheter och skillnader över sekelskiften*

Under 2000-talets första decennium inkorporerade diagnoser relaterade till alkoholmissbruk och beroende tre delar: ett förändrat beteende i form av ett avvikande och alltmer stereotypt drickande; ett förändrat subjektivt tillstånd i form av försämrad kontroll över drickandet och ett upplevt sug efter drogen; samt ett förändrat psykobiologiskt tillstånd, främst avseende förekomsten av olika abstinenssymptom.³⁹ Då kriterierna för att uppfylla diagnosen beroendesyndrom dock inte ställde krav på att just dessa tre var uppfyllda kunde en person anses uppfylla kriterierna för en beroendediagnos utan att uppvisa vare sig kontrollförlust över drickandet, upplevt sug efter drogen eller fysiska abstinensbesvär. Dessutom kunde kravet på ”att minst tre av sex kriterier skall vara uppfyllda för diagnos” resultera i 99 olika typer av kombinationer, vilket kan tolkas som att det fanns 99 subtyper av beroende enligt DSM-systemet vid denna tid.⁴⁰ Detta komplicerar avsevärt bilden av vad ett beroende som koncept ”skall” innehålla vid sekelskiftet 2000. I dagens DSM-diagnos⁴¹ definieras allvarsgraden i alkoholbruksproblematik genom att beräkna antalet uppvisade symptom 2–3 (milt), 4–5 (måttligt), 6 eller fler (svårt). Vid jämförelse av de fyra övergripande diagnoskriterierna som används idag, fångas dessa endast i en viss utsträckning av symptomen som användes av Gadelius och Thunberg.

*Gränsvärden för**oskadlig alkoholkonsumtion?*

Intressant är att varken dagens diagnos eller beskrivningarna som gavs av Engström, Thunberg, Gadelius eller Quensell innehåller beskrivningar av hur mycket alkohol som skall konsumeras för att det skall anses vara ”för mycket”, det vill säga

så mycket att alkoholskador skulle uppkomma. Det har tydligen varit uppenbart sedan länge hur varierande alkoholens effekter är på olika individer. Såväl Gadelius som Quensell beskrev trots detta forskning från sin samtid som uppgav att det fanns ”ofarliga” konsumtionsnivåer. Endast Quensell drog dock slutsatsen av det sammanlagda kunskapsläget vid början av 1900-talet att ingen alkoholkonsumtionsnivå egentligen kunde anses vara ofarlig, vilket en nyligen publicerad rapport i *The Lancet* som innefattar data från 195 länder mellan år 1990–2016 har bekräftat.⁴²

*Hur fastställer vi**skadlig alkoholkonsumtion?*

Idag används frekvent självrapporteringsinstrument för att generera information om huruvida en skadlig alkoholkonsumtion föreligger, medan observation utgjorde det primära dataunderlaget i denna fråga för 100 år sedan. Test av leverfunktion har använts vid båda tillfällena i detta syfte. Vid jämförelse mellan dessa sekelskiften är det tydligt att emphasisen i början av 1900-talet låg på observerbara symptom medan intrapsyckiska symptom endast nämndes sporadiskt. Exempelvis ses symptom 1 och 2 (se Tabell 2 ovan) avseende minskad kontroll, mer sällan i journalmaterial från tidigt 1900-tal jämfört med symptom 3 och 4, samt symptom inom aspekten social försämring. En likhet avseende missbruk är att risken för att skada sig fysiskt framhålls vid båda tidpunkter. Symptom 9 som kräver ett visst mått av självrapporterad information används däremot främst idag för att fastställa förekomst av missbruk. En viktig skillnad är dock att de fysiologiska kraven för alkoholberoende verkar ha sänkts betydligt sedan 1900-talets början, eftersom symptom 10 a och b ofta förekom i fallmateria-

let från den tiden utan att någon diagnos relaterande till alkoholmissbruk eller beroende fastställdes. Bland dessa fall verkade det istället krävas en avsevärt mycket allvarligare symptomatologi såsom levercirrhos (i linje med alkoholsjukdomsspektrat enligt Huss). Intressant är att till och med delirium, manifesterat i att ”känna och se små kryp kravla på huden” i kombination med en hög alkoholkonsumtion kunde beskrivas av läkarna utan att en alkoholkonsumtionsrelaterad diagnos fastställdes.

Fällen i den undersökta gruppen från 1900-talets början bestod till 17 % av ”gräzonskonsumenter”, personer som idag med största sannolikhet skulle diagnostiserats med alkoholrelaterad problematik. Till och med om alkoholbruket hos personerna i den tidens högkonsumtionsgrupp uttryckte läkaren stundtals att det inte rörde sig om ett missbruk. Beskrivningarna stärker uppfattningen om att läkaren framför allt utgick från *Alcoholismus chronicus*-syndromet för att ställa en alkoholrelaterad diagnos. Detta förhållande stöder också idén om att dessa diagnoser förhåller sig till det tvådelade missbrukskonceptet, uppdelat i en fysiologisk del (alkoholsjukdomsspektrat) och en psykologisk del (drogsuget och de förändrade motivationsprioriteringarna) vid både sekelskiftet 1900 och 2000. Det som skiljer är inställningen till var man skall dra den diagnostiska skiljelinjen. Användandet av termen alkoholism vägde tungt på den fysiologiska delen i början av 1900-talet, men betydligt lättare i början av 2000-talet⁴³ då en betydande emfas istället har lagts på socio-psykologisk funktionalitet. Diagnosmanualen som användes i början av 2000-talet skiljer på alkoholmissbruk och alkoholberoende i olika underdiagnoser, vilket innebär att fenomenet som helhet inkluderade båda Gadelius grupper ”fysiska alkoholister”

och ”socio-etiska alkoholister”. Detta innebär att dagens koncept är mer inkluderande och att den patologiska gruppen är större idag än i början av 1900-talet, vilket i sin tur har krympt normalsfären i alkoholkonsumtionsfrågan.

En framtida begreppsförvirring?

En intressant utveckling som skett under de senaste åren är att i dagens DSM-version (som först gavs ut år 2013) har de tidigare skilda diagnoserna alkoholmissbruk och alkoholberoende slagits samman till ”Substansrelaterade syndrom och beroendesyndrom”. Detta innebär ett ytterligare steg bort från tonvikten på Huss fysiologiska *alcoholismus chronicus* till en övergripande diagnos där en syntes har gjorts av koncepten missbruk (genom symptom som representerar förändringar i sociala och psykologiska funktioner) och beroende (symptom som speglar fysiologiska förändringar). Sjukdomsbegreppet inom dagens psykiatriska diagnostik kan användas på ett praxisorienterat sätt som utgår från att lindra det lidande som observeras utan att därmed dra några slutsatser om orsaken till lidandet, men kan också baseras på ett psykologiskt perspektiv med utgångspunkt i vilken roll alkoholkonsumtionen spelar i individens liv. Är den något som är funktionellt för personen eller har den istället blivit en så pass central aktivitet i personens liv att den kan betraktas som en ”organiserande princip” som dominerar på bekostnad av vad personen egentligen anser vara mer givande och engagerande? Centralt för substansbrukssyndromsdiagnos idag är att kombinationen vanemässigt och viljemässigt handlande samt svårhanterligt begär föreligger, och det är viktigt att notera att samtliga dessa aspekter i viss utsträckning tangerar normativa värdeomdömen. Vilka ideologiska och praktiska konsekvenser denna sammanblandning av socialt,

psykologiskt och biologiskt perspektiv på alkoholmissbrukskonceptet inom *en* diagnos medför (där konceptets underliggande teoretiska komponenter tidigare har varit åtskilda av diagnostiska gränser), är för tidigt att uttala sig om. Oavsett detta är det viktigt att beakta att denna nya utformning av diagnosen även inneburit en minskning av antalet symptom som krävs för att en missbruksrelaterad diagnos skall ställas. I teorin, och sannolikt även i praktiken, innebär detta en betydande ökning av de möjliga olika ansikten som "alkoholmissbrukaren" kan tänkas ha i framtiden. Då ett färre antal symptom krävs för diagnos ökar mängden möjliga kombinationer av symptom inom ramen för det gamla alkoholmissbrukskonceptet.

VAD HAR DESSA LIKHETER OCH OLIKHETER FÖR BETYDELSE FÖR PRAXIS IDAG?

Diagnoser för alkoholberoende kom in i västerländska psykiatriska diagnossystem först på 1900-talet, vilket speglas i en mer övergripande förändring i synen på missbruk från ett moraliskt problem till ett medicinskt problem. På 1800-talet betraktades kraftig överkonsumtion av alkohol i Sverige, såväl som i USA, främst som en komplicerande faktor i en allmänt omoralisk levnadsmiljö som kunde förklaras av en moralisk svaghet hos personen,⁴⁴ och utöver en sänkt alkoholkonsumtion, inte som ett unikt mål för psykiatriska behandlingsinsatser. Idag har beroendetillstånd utvecklats till ett eget sjukdomsbegrepp inom psykiatri och många behandlingsformer har utvecklats specifikt för detta. I likhet med personer som kom till hospital i början av 1800-talet respektive 1900-talet, har dock många personer som idag är intagna på psykiatriska avdelningar en alkoholkonsumtion på en skadlig nivå eller en beroendenivå med dagens diag-

nostiska mått mätt.⁴⁵ Detta är särskilt vanligt förekommande hos personer som har en samtidig komplex psykiatrisk problematik (till exempel bipolär störning eller schizofreni).⁴⁶ Många personer som någon gång i livet uppfyller diagnostiska kriterier för alkoholberoende gör det även för någon annan form av psykisk störning.⁴⁷ Det är även väl belagt att den sociala och den psykiatriska problematiken förstärker varandra och försvårar behandlingen av missbruk och beroende.

Den mer traditionella uppfattningen om att personer med substansberoende har ett särskilt stort behov av sociala insatser speglas tydligt i dagens psykiatriska terminologi, och ses inte minst i det nära samarbetet mellan sjukvårdens beroendekliniker och socialtjänsten.⁴⁸ Den idealtyp vi ser idag hos personer med missbruk och beroende med en så pass allvarlig psykiatrisk problematik att de söker psykiatrisk vård, påminner påtagligt om den bild som gavs av hospitalsläkaren Georg Engström i början av 1800-talet, liksom av läkarna Bror Gadelius och Olof Kinberg i början av 1900-talet. Denna dubbla problematik speglar också den idag rådande idealtypen av personer med en beroendeproblematik, en bild som uppenbarligen har varit dominerande under åtminstone de senaste 200 åren, både nationellt och internationellt. På senare tid har det dock skett en utveckling, såväl i Sverige som internationellt, där den frekventa förekomsten av beroendetillstånd har uppmärksamats även hos personer som inte har psykiatrisk samsjuklighet eller sociala problem.

*Personer med substansbruksstörning:
en större och mer diversifierad grupp idag.*

Vid en jämförelse mellan aktuella och historiska diagnostiska kriterier står det klart att dagens diagnos alkoholbruksstörning är avsevärt mycket mer omfattande än den historiska och att uppfattningen om

vad som är en normalkonsumtion har blivit avsevärt mer kringskuren. För det första är en alkoholbruksrelaterad diagnos nu möjlig att tillämpa på en avsevärt mycket större grupp personer på grund av det lägre antal symptom som krävs för att fastställa diagnos. För det andra är dagens diagnos tillämpbar på en avsevärt mycket mer mångfacetterad grupp personer än de tidigare diagnoserna ”alkoholmissbruk” och ”alkoholberoende” på grund av den större variationen i mängden kombinationer som blir möjlig. Exempelvis illustrerar kombinationen av symptom 1 och 2 en ”högkonsument” medan en kombination av symptom 9 och 10 illustrerar en person med fysiologisk tolerans men inget annat som tydligt indikerar en problematisk alkoholkonsumtion. Med andra ord, utifrån Gadelius terminologi kan idag en avsevärt mer entydigt ”socio-etisk” alkoholist diagnostiseras, en person som i berusat tillstånd agerar ut offentligt och på grund av detta får problem, men som (ännu) inte har ådragit sig fysiska skador av alkoholen. Likaså kan en mer entydigt biologisk alkoholist diagnostiseras, där ett gravt alkoholberoende finns men där personens omständigheter (till exempel tillräckligt mycket pengar, tillräckligt acceptabel social omgivning, ett mycket flexibelt jobb) innebär att situationen blivit uppenbart dysfunktionell ännu inte har inträtt. Detta innebär att alkoholmissbrukskonceptet idag är mer inkluderande av karaktäristikan hos den tidigare ”dolda” och icke-behandlade alkoholismen, där konsumtionen och dess konsekvenser hanteras utanför den offentliga sfären och inte har några slående observerbara negativa konsekvenser som får personens omgivning att agera (exempelvis bakfylla som döljs av sjukfrånvaro, känslomässigt negligerade barn men ingen observerbar fysisk

skada etc.). Att personer med vad som tidigare benämndes alkoholmissbruk får hjälp i tid och att man uppmärksammar att missbruket kan ta sig många olika former, måste självklart betraktas som en positiv utveckling både ur ett individuellt och ett samhälleligt perspektiv. Om man tänker sig att en diagnos skall indikera en viss form av behandling, är det dock sannolikt att denna sammanblandning av olika ”missbruksprofiler” inom ramen för en diagnos inte endast är av godo. Detta eftersom behandlingsbehoven hos dessa olika grupper av personer sannolikt skiljer sig åt på ett flertal viktiga punkter, för att inte tala om hur de båda profilerna skiljer sig från behandlingsbehoven hos den samsjukliga gruppen med missbruk och sociala problem där ekonomi, boende och brister i sociala nätverket är faktorer som ofta behöver beaktas i behandlingen.

Funktionalitetsaspekten – missbruk som avvikelse från både social och naturlig funktion?

En alkoholist är ofta en slö och degenererad individ, ofta utan vilja och förmåga att försörja sig själv och sin familj.

Thunberg, T.
Lärobok i hygien, 1920

Alkoholberoende männe vara ett normativt misslyckande men [...] det är inte ett normativt misslyckande istället för att vara en störning som kan förklaras på naturlig väg. Snarare är det ett normativt misslyckande på basis av den typ av naturligt förklarbara störning den är.

Levy, N.
*Addiction is not a brain disease
(and it matters)*

Hur kan vi förstå dagens uppfattningar och värdeomdömen om personer som misslyckas med att leva upp till dagens

krav på funktionalitet i samhället när alkohol uppfattas vara orsaken? Har vi verkligen lämnat den gamla moraliska modellen av alkoholisten: en social utstött person som har förlorat förmågan till självförsörjning och självkontroll och där förhoppningen till bot är liten eftersom personen är genetiskt och psykologiskt predisponerad till att bli alkoholberoende? I denna fråga blir Jerome Wakefields analys av konceptet psykisk störning relevant, att psykisk störning skall ses som en avvikelse både från en social värdenorm och från en naturlig funktion i en viss psykisk mekanism. I fallet substansberoende (såväl som flera andra psykiska störningar relaterade till impuls kontroll och avvikande beteende från sociala normer) är Wakefields ”skadliga dysfunktioners”-definition problematisk att använda.⁴⁹ På grund av de tidigare diskuterade variationerna i möjliga symptomkombinationer inom ramen för diagnosen alkoholmissbruk/-beroende inkluderar inte denna diagnos en tydlig dysfunktion i en mental mekanism.⁵⁰ Det repetitiva beteendet att dricka alkohol, ofta emot den egna viljan att åtminstone på sikt skära ned eller sluta, går emot sociala värderingar avseende självkontroll och ofta även självförsörjning. Eftersom bedömningen om skadlighet inom ramen för diagnosen görs i relation till de normer som förekommer i personens sociala kontext, är värdeomdömen relaterade till den sociala funktionen en ofrånkomlig del av fenomenet även idag.

I detta sammanhang är det även av vikt att beröra dagens behandlingssituation för beroendeproblematik. Resurserna som ges till detta vårdområde är mycket små i ljuset av hur enormt stora sociala såväl som individuella problem ett alkoholberoende skapar. Sett ur ett sådant ekonomiskt perspektiv kan man ana hur behjärtansvärt samhället, trots den rådande medicinska terminologin, anser att det är

att bota dessa personers problem. Mycket av de moraliska föreställningarna från 1900-talets första hälft lever alltjämt kvar i dagens föreställningar om alkoholmissbruk och beroende. Av en bred samhällsfront anses fortfarande denna grupp själva ha skapat sin problematik och, åtminstone till viss del, ha sig själva att skylla. Vid jämförelse med de resurser som ges till till exempel hjärt-och kärlsjukdomar eller diabetes blir detta tydligt. Personer vars höga stressnivå bidragit till att de fått hjärtinfarkt, hur skall vi förhålla oss till den självförvållade skuldbördan där? Eller till personer vars matvanor bidragit till uppkomsten av typ 2 diabetes? Min tolkning av detta är att motviljan mot att bidra med resurser till behandling av missbruk och beroende härrör, åtminstone till en betydande del, till de ärvda moraliska argumenten i beroendefrågan. De härrör därmed också till de av alkoholberoendet skapade personlighetsmässiga förändringarna (till exempel ökad impuls kontrollförlust, egocentrism och ambivalens till behandling) som anses så opassande att samhället istället väljer att lokalisera resurser till någon mindre ”problematisks” grupp patienter.

Är det då möjligt att sträva efter att i största möjliga mån undvika skuldbeläggning av gruppen alkoholberoende personer, men ändå ha kvar en uppfattning om att personen har en egen agens och därmed en egen kapacitet att (för många med stöd av vården) ta sig ur ett beroendetillstånd? Det verkar så. Att acceptera att psykisk störning delvis, men inte nödvändigtvis, innefattar en avvikelse från sociala normer, innebär enligt forskare på området substansberoende inte per definition att den gamla moraliska modellen, såsom den representerats här i texten, behöver återkomma.⁵¹ Att acceptera detta innebär inte heller att man behöver acceptera antagandet att beroendet eller

lidandet inte är ”på riktigt”, eller att personen bör skuldbeläggas för sitt tillstånd. Enligt Levy (2013) måste vi dock, om vi skall förstå och hantera beroendetilstånd korrekt, inte bara fokusera på individen (och särskilt inte på dennes hjärna), utan istället på personen i sitt sociala sammanhang. Genom att förstå interaktionen mellan personen och dennes sociala och spatiala omgivning som en balansakt mellan motsatta krafter, mellan ett personligt ansvar för beroendetilståndet och de yttre omständigheter som har underlättat eller rentav haft en tung inverkan på att ett sådant tillstånd uppstått hos personen, kan den moraliserande skuldbeläggningen reduceras.

Att DSM-systemets utveckling med 5-versionen tog en annan riktning, mot att lägga tonvikt vid tidig diagnos och en större inkludering av personer som skulle kunna behöva behandling, sänkte tröskeln ytterligare för att diagnostisera personer uteslutande på symptomkriterier som reflekterar sociala värdenormer om hur alkohol bör konsumeras är intressant för missbruks- och beroendebegreppens framtida utveckling. En sådan utveckling medför även sannolikt att en större andel personer från övre socio-ekonomiska grupper i samhället kommer att inkluderas, eftersom uppfyllande av de mer allvarliga sociala dysfunktionskriterierna nu inte är nödvändigt för diagnos. Om en sådan förändring kommer att minska tendensen till skuldbeläggande och förändra bilden av den beroende personen, eller bara göra den skuldbelagda gruppen i samhället ännu större, kan endast framtiden utvisa. Historiska exempel indikerar dock en skepsis mot att skuldbeläggningen av socialt utsatta grupper kommer minska på grund av detta.⁵² Ett aktuellt exempel som också stöder en sådan skepsis kan observeras i välbärgade sociala gruppers rekreativ användning av dyr

alkohol och vissa droger (som kokain) på klubbar. Mönstret innefattar en flirt med dekadens och risk, men i det offentliga rummets ögon befinner sig bruket fortfarande i en gråzon avseende frågan om huruvida det skall betraktas som ett missbruk eller inte. Detta mönster kan jämföras med en sorts Dorian Gray-komplex – att en önskan om spänning och dekadens genom att experimentera med risker fortfarande verkar råda i de vackra salongerna men att detta inte ses som ett regelrätt ”missbruk”. Den aktuella tematiska analysen indikerar dock att gränsen mellan en dylik ”väluppföstrad” dekadens och uppenbart substansmissbruk verkar ha smalnat av en hel del sen Dorian Grays dagar. När personer från lägre socio-ekonomiska grupper uttrycker samma nivå av drogintag, men har spenderat sina mer begränsade ekonomiska medel på billig sprit och droger och konsumerar dessa på gatan, förändras sannolikt vår uppfattning om huruvida det är en substansmissbrukande person eller inte markant. Historiskt såväl som idag, färgas därmed alljämt vår uppfattning om vad som utgör ett alkoholmissbruk utifrån vem det är som dricker, vem personen dricker med, vad och var personen dricker, om drickandet får personen att bryta mot sociala normer i den situation de befinner sig i, samt huruvida personen dricker för att uppnå lycka eller undvika sorg.

Sammanfattningsvis kan det konstateras att det inom det ideologiska arv som är relaterat till substansmissbruk, är många aspekter från början av 1900-talet bibehållna. Det är tydligt att konceptet alkoholmissbruk följer förändringar i de sociala funktionalitetskrav som ställs på personer i samhället. De sociala normer som omger en acceptabel alkoholkonsumtion har smalnat av och tillsammans med de förändringar i alkoholberoendediagno-

sen som skett på senare år kommer det sannolikt leda till att bilden av ”alkoholisten” kommer att börja variera avsevärt mer inom en snar framtid. En positiv aspekt av denna utveckling är ett fokus på en tidigare upptäckt av problemet, att tidigare ignorerade former av alkoholberoende nu har inkluderats och att dessa personer kan få bättre vård. Negativa aspekter av ett sådant breddande av en

tidigare existerande diagnos är att samhälleliga medel kan omlokaliseras från personer i större behov av vård till personer med mindre behov. Dessutom kan blandningen av ett medicinskt och ett socialt perspektiv inom samma diagnos leda till en ökad eklekticism i praxis och försvåra forskning i alkoholmissbrukskonceptet till följd av en vagare begreppsdefinition.

FOTNOTER

1. Blomqvist (2012).
2. Qvarsell (1982).
3. American Psychiatric Association (2013).
4. Eckhardt et al. (1998); Allebäck m.fl. (2018).
5. Allebäck m.fl. (2018).
6. Se kartläggning och rekommendationer i Missbruksutredningen; (SOU 2011:35).
7. Hildebrand Karlén (2013).
8. Willner (2005).
9. Willner (2005).
10. Blomqvist (2012).
11. Blomqvist (2012).
12. Hedin, S.A. (1797). *Handbok för praktiska läkarevetenskapen*. Stockholm: Holmberg. Citerat i Willner (2005).
13. Willner (2005).
14. Bäck A. (1765). *Tal om farsoter som mäst härja ibland rikets allmoge*. Stockholm: Salvius. Citerat i Willner (2005).
15. Huss (1849–1850).
16. Qvarsell (1982).
17. Qvarsell (1982).
18. Qvarsell (1982).
19. Rounsaville et al. (2002).
20. Henninger & Sung (2014); Willner (2005).
21. Att Thomas Trotter ansåg att ”the habit of drunkenness is a disease of the mind” är viktigt att notera här, inte endast en fysiologisk ram för sjukdomsdefinitionen vid alkoholism fanns därmed.
22. Rounsaville et al. (2002).
23. Quensel (1913); Thunberg (1920).
24. Gadelius (1924).
25. Se Willner (2005).
26. Thunberg (1920), s.116.
27. Gadelius (1924), s. 337.
28. Gadelius (1924).
29. Thunberg (1920).
30. Hildebrand Karlén (2018).
31. Hildebrand Karlén, (2018).
32. De beskrivna flaskornas storlek varierade och totalmängden är därmed oklar.
33. För jämförelse, se Philip Lalanders uppdelning i ”rent” och ”smutsigt” drickande, *Spiritus* (2002).
34. Enligt DSM-IV-TR.
35. WHO (1980).
36. Andersson & Spak (2012).
37. Andersson & Spak (2012); APA (2013).
38. APA (2013).
39. Blomqvist (2012).

40. Blomqvist (2012).
 41. Enligt DSM-5.
 42. Griswold et al. (2018).
 43. Då DSM-IV-TR användes och separata diagnoser fanns för missbruk och beroende.
 44. Henninger & Sung (2014).
 45. Qvarsell (1982); Willner (2005).
 46. Bradizza, Stasiewicz & Paas (2006); Mueser et al. (1990); Regier et al. (1990).
 47. Kessler et al. (1997).
 48. Se kartläggning och rekommendationer i Missbruksutredningen; SOU 2011:35.
49. Henriques (2002).
 50. Wakefield (1997).
 51. Levy (2013).
 52. En liknande samhällelig situation var akademikers och läkares morfin- och kokainvanor kring sekelskiftet 1900 där deras droganvändning inte kom att ses som ett uttryck för en svag moralisk predisposition, utan istället bland annat porträtterad som ett sätt för överarbetade intellektuella att öka sin arbetskapacitet eller slappna av efter hårt arbete utan att besvära andra lika mycket som om de druckit alkohol istället.

KÄLL- OCH LITTERATURFÖRTECKNING

PRIMÄRA REFERENSER

- American Psychological Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (5th ed), Northwest, Washington DC.
- Foucault, M. (1969/2015). *The archaeology of knowledge*. Routledge.
- Gadelius, B. (1924). *Det mänskliga själslivet I belysning av sinnessjukläkarens erfarenhet*. Stockholm: Hugo Gebers Förlag.
- Hildebrand Karlén, M. (2018). *Vad är missbruk? En kartläggning av alkoholmissbrukets historia i olika sociala sfärer i Sverige*. Manus under utarbetning.
- Huss, M. (1849–1951). *Alcoholismus Chronicus eller kronisk alkoholsjukdom: ett bidrag till dyskrasiernas kännedom enligt egen och andras erfarenhet*. Stockholm.
- Quensel, U. (1913). *Alkoholfrågan från medicinsk synpunkt*, Band I. Almqvist & Wiksells Boktryckeri AB: Uppsala.
- Qvarsell, R. (1982). *Ordning och behandling*. Doktorsavhandling, Idé- och lärdomshistoria, Umeå Universitet.
- Thunberg, T. (1920). *Lärobok i hygien*. Håkan Ohlssons Boktryckeri, Stockholm.

SEKUNDÄRA REFERENSER

- Alleback, P., Andreasson, S., Wählin, S. ... Heinemans, N. (2018). *Alkoholkonsumtion och risknivåer. Kunskapsunderlag och förslag till rekommendationer*. Stockholm: Center för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting, Rapport 2018:1. <http://folkhalsoguiden.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/centrum-for-epidemiologi-och-samhallsmedicin/folkhalsoguiden/rapporter-och-faktablad/alkoholkonsumtion-och-risknivaer-rapport-2018.1.pdf>
- Andersson, A. & Spak, F. (2012). Riskbruk, missbruk och beroende av alkohol – definitioner och begrepp. I C. Fahlke (red). *Handbok i missbrukspsykologi* (pp- 66–74). Liber, Malmö.
- Blomqvist, J. (2012). Perspektiv på missbruk och beroende – från Magnus Huss till Robert West. I C. Fahlke (red). *Handbok i missbrukspsykologi* (pp. 152–169). Liber, Malmö.
- Bradizza, C. M., Stasiewicz, P. R., & Paas, N. D. (2006). Relapse to alcohol and drug use among individuals diagnosed with co-

- occurring mental health and substance use disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 162–178. doi: 10.1016/j.cpr.2005.11.005
- Courtwright, D. T. (2003). *Vanans makt: Drogernas historia och den moderna världens födelse*. Historiska media, Riga.
- Eckhardt, M. J., File, S. E., Gessa, G. L., Grant, K. A., Guerri, C., Hoffinan, P. L. & Tabakoff, B. (1998). Effects of moderate alcohol consumption on the central nervous system. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 22, 998–1040. doi:10.1111/j.1530-0277.1998.tb03695.x
- Frånberg, P. (1997/2001); Spriten och staten, *Svensk historia 15 mars Populär historia*, s. 36–41.
- Griswold, M. G. et al. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*. Doi: 10.1016/S0140-6736(18)31571-X.
- Henninger, A., & Sung, H. (2014). History of substance abuse treatment. In: G. Bruinisma & D. Weisburd (eds). *Encyclopedia of Criminology and Criminal Justice* (pp: 2257–2269). Springer: New York, NY.
- Henriques, G. (2002). The Harmful Dysfunction Analysis and the Differentiation Between Mental Disorder and Disease. *The Scientific Review of Mental Health Practices*, 1, 157–173.
- Hildebrand Karlén, M. (2013). *Vansinnets diagnoser – om klassiska och möjliga perspektiv inom svensk psykiatri*. Carlssons Bokförlag, Stockholm.
- Kessler, R. C., Crum, R. M., Warner, L. A., Nelson, C. B., Schulenberg, J. & Anthony, J. C. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 54, 313–321.
- Lalander, Philip (2002). Den solkiga fracken, I *Spiritus*.
- Levy, N. (2013). Addiction is not a brain disease (and it matters). *Frontiers in Psychiatry*, 4, 1–7.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Levinson, D. F., Singh, H., Bellack, A. S., & Kee, K. (1990). Prevalence of substance use in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 16, 31–51.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., & Judd, L. L. (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, 2511–2518.
- SOU (2011:35). *Bättre insatser vid missbruk och beroende – Individiden, kunskapen och ansvaret*. Stockholm: Elanders Sverige AB.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2013). *Substance Abuse Treatment for Persons With Co-Occurring Disorders*. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 42. HHS Publication No. (SMA) 133992. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Wakefield, J. (1992). The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *American Psychologist*, 47, 373–388.
- Willner, S. (2005). *Hälsa- och samhällsutvecklingen i Sverige 1750–2000, I Svenska folkets hälsa i ett historiskt perspektiv*, J. Sundin, C. Hogstedt, J. Lindberg, H. Moberg (red:er). Rapport från Statens Folkhälsoinstitut. Hämtad från www.fhi.se 2015-08-16.

TACK!

Spritmuseum har genom stipendium givit mig möjligheten att påbörja mitt arbete med frågeställningar inom fältet skiftande historiska attityder och mönster i substansmissbruk. Fältet är något jag länge har ansett vara centralt att fördjupa och uppdatera forskningen kring. Framför allt anser jag det vara viktigt för att vi idag såväl inom den psykiatriska idévärlden, som utanför den, skall få en fördjupad bild av varför vi hyser dagens uppfattningar om vad som utgör skadlig användning av lagliga och olagliga substanser, vad som karaktäriserar personerna som gör detta samt varför dessa karaktäristika finns hos gruppen. Stort tack för att ni gav mig denna möjlighet!