

Alkoholism — orsaker, behandling och förebyggande åtgärder

Lars Lindström

Aktuella forskningsrön ifrågasätter föreställningen att alkoholism är ett symtom på psykiska störningar eller sociala missförhållanden. De viktigaste riskfaktorerna hör i stället ihop med alkoholens tillgänglighet, dryckesseden och alkoholmissbruk i släkten. Bland unga missbrukare är aktiva, utåtriktade och impulsiva män överrepresenterade.

Ur behandlingssynpunkt är det mer fruktbart att ta reda på varför alkoholister i vissa fall slutar dricka än att fråga varför de började. Insikter i "spontanläkningens" natur ger uppslag till löftrika angreppssätt inom missbrukarvården. Detta förhållande illustreras av ett unikt försök av N H Azrin, som åstadkommit långsiktiga behandlingsresultat genom att förändra klienternas relationer till den sociala omgivningen.

Men det avgörande för möjligheterna att bemästra alkoholproblem är ändå inte vad man gör utan när, dvs i vilket skede av missbruksutvecklingen som man angriper alkoholvanorna. Enkla men genomtänkta åtgärder kan vara effektiva om de sätts in tillräckligt tidigt. Det som främst påverkar problemets storleksordning är dock prisregleringar och andra åtgärder som inverkar på alkoholens tillgänglighet.

Lars Lindström är fil dr och forskare vid pedagogiska institutionen, Stockholms universitet.

vansinne eller självmord av den sorg han förut skingrade i ruset. Tag däremot från honom Nille och gårdsfogdens piska, med andra ord: ge honom en snäll hustru och en bra arbetsledare, och Jeppe kommer att bli en rättskaffens man."

Men det var först på 1960-talet som man i Sverige mer allmänt började betrakta missbruk av alkohol som ett symptom på bakomliggande problem. Denna sk *symptomteori* lanserades främst av en nykterhetspolitisk organisation som i Holbergsk anda förklarade att "det är inte frågan om innehållet i flaskan utan i livet". Sjuttioalets socialutredning tog senare djupt intryck av detta sätt att tänka, som man i övertalande syfte döpte till *helhetssyn*.

Symptomteorier framförs än från psykologiska utgångspunkter, än från sociala. Enligt den psykologiska varianten leder vissa tidigt grundlagda personlighetsrubbingar individen in i missbruk av alkohol. Enligt den sociala varianten är brister i samhället den pådrivande faktorn. Gemensamt för bägge uppfattningarna är att de bortser från alkoholens, alkoholtraditionens och alkoholberoendets roll som problem i sig.

Symptomteorins anhängare motsätter sig därför vanligen alkoholrestriktioner och åtgärder som först och främst riktar in sig på missbrukarnas alkoholvanor. Företrädare för sociala symptomvarianter vill i stället förebygga missbruk genom sociala välfärdsreformer enligt principen att "allt arbete som förbättrar människors livssituation är ett inslag i kampen mot missbruk"¹, medan anhängare av psykologiska varianter förespråkar psykoterapiformer som främst riktar in sig på vad man tror är de avvikande alkoholvanornas "djupare liggande" orsaker.

Det kan starkt ifrågasättas om dessa angreppssätt verkligen bidragit till att minska alkoholproblemet i

Vilka är orsakerna till alkoholism?

Varför super Jeppe? — Får vi tro honom själv beror det på att Nille, hans hustru, slår honom och att gårdsfogden driver honom till arbetet som ett oskäligt djur. Det är också på detta sätt man brukat tolka Ludvig Holbergs "Jeppe på Berget".

Så här kunde det låta redan vid sekelskiftet: "Tag brännvinet från Jeppe, och han kommer att drivas till

.....
Aktuella forskningsrön vederlägger föreställningen att alkoholism är ett symptom på psykologiska störningar eller sociala missförhållanden.
.....

samhället eller till att underlätta varaktig individuell bot. Aktuella forskningsrön vederlägger nämligen föreställningen att alkoholism är ett symptom på bakomliggande psykiska störningar eller sociala missförhållanden.

Det bästa sättet att undersöka vad som påverkar risken för alkoholism är en långtidsstudie, som följer upp en normal befolkningsgrupp från en tidpunkt innan alkoholvanorna grundlagts till en tidpunkt i livet, då man kan vänta sig att vissa personer i undersökningsgruppen utvecklat vad Världshälsoorganisationen kallar ett *alkoholberoendesyndrom*, dvs "ett tvång att kontinuerligt eller periodiskt inta alkohol".² De alkoholberoende personerna jämförs sedan med de övriga personerna i befolkningsgruppen vad beträffar tidiga förhållanden.

Bland undersökningar av detta slag befinner sig den amerikanske psykiatern George Vaillants studie *The Natural History of Alcoholism*³ från 1983 i en klass för sig. Vaillant har följt upp 456 slumpmässigt utvalda män från Boston. Männen studerades första gången i början av 1940-talet, då de befann sig i de tidiga tonåren. Uppföljningen ägde rum i mitten på sjuttio-talet, då männen i snitt hade uppnått 47 års ålder och 71 av dem hade utvecklat ett alkoholberoende.

Bortfallsfrekvensen, 13 procent, hör till de lägsta som rapporterats i en långtidsstudie. Genom en personlig intervju med alla männen, som varade omkring två timmar, kunde såväl dold som av myndigheterna känd alkoholism observeras. Uppgifterna från 1940-talet om männens uppväxt är dessutom mycket omfattande och ger information om kulturell bakgrund, alkoholvanor hos släktingar två generationer bakåt, social missanpassning, känslomässiga störningar och familjerelationer.

Studiens största begränsning är att den endast omfattar män. Bland kvinnliga alkoholpatienter har 10 till 15 procent bedömts ha en bakomliggande depression, medan motsvarande andel bland männen inte är

högre än i den allmänna befolkningen.

Vilken bakgrund hade då de män som utvecklade ett alkoholberoende? De viktigaste riskfaktorerna visade sig höra ihop med den kulturellt betingade alkoholtraditionen och alkoholmissbruk i släkten.

Dryckesseden var det som betydde mest. Personer som härstammade från de Brittiska öarna eller Nordeuropa löpte större risk än personer vars familj invandrat från någon av kulturerna kring Medelhavet. Män av irländsk härkomst blev exempelvis alkoholister sju gånger så ofta som män av italiensk härkomst. Utmärkande för den alkoholkultur som italienarna tog med sig till USA var att man inte fick dricka sig berusad eller påverkad. Man gick inte heller – som irländarna – på krogen för att supa med kompisarna utan föredrog att ta ett glas inom familjen och i samband med måltider.

Ivan Bratt, dvs läkaren bakom motbokssystemet, har beskrivit skillnaden mellan den nordeuropeiska och den sydeuropeiska dryckesseden på följande sätt: "När en fransman känner sig berusad – och det händer – känner han sig skamsen och söker på allt sätt dölja sin *malheur*, nordbon är nöjd, han känner att han fått valuta och att det nu artar sig till en helafton. När den ene smyger sig efter husväggen, springer den andre ut i körbanan och hojtar så att alla skall se hur full han är. Och möter han en vän är det synd om honom eller henne. I en så hotfull situation har fransmannen redan smitit in på en bakgata."⁴

Nu gör tillgången på billig alkohol i vinodlande länder att dödligheten i alkoholrelaterade sjukdomar ändå är högre i Sydeuropa än i Nordeuropa. Jämförande studier av sociologen Kettil Bruun och andra har klart belagt att alkoholskadorna i ett samhälle främst påverkas av *alkoholens tillgänglighet*.⁵

Men Vaillants studie visar att om alkoholens tillgänglighet är densamma, dvs om man följer en befolkningsgrupp i *samma* geografiska område under *samma* tidsperiod, så spelar dryckesseden och tole-

.....
De viktigaste riskfaktorerna visade sig höra ihop med den kulturellt betingade alkoholtraditionen och alkoholmissbruk i släkten.
.....

ransen för högkonsumtion en avgörande roll för risken att utveckla alkoholism.

Detta samband har påvisats även i svenska undersökningar. Psykologen David Magnusson och hans medarbetare⁶ fann exempelvis för några år sedan att tonåringar från hem med frikyrkligt engagerade föräldrar drack sig berusade vid betydligt färre tillfällen än vad deras kamrater gjorde. Föräldrarnas inkomst och samhällsställning hade däremot inte någon större betydelse för ungdomarnas alkoholvanor. Det avgörande var inte de yttre sociala villkoren utan den kulturellt betingade dryckesseden och föräldrarnas vägran att acceptera högkonsumtion. Det är mot den bakgrunden inte särskilt förvånande att frikyrkligt präglade glesbygdregioner, som Småland och Västerbotten, har vårt lands lägsta dödlighet i alkoholrelaterade sjukdomar.⁷

Men även ärftliga anlag har betydelse. Detta innebär inte att vissa människor på grund av sitt genetiska arv skulle ha någon särskild benägenhet att börja dricka. Vad Vaillant fann var däremot att några personer löper större risk än andra om de dricker. Farmakologen Jörgen Engel i Göteborg har beskrivit detta så att vi har olika *spritbegåvning*.⁸ Den spritbegåvade har större biokemiska resurser att känna rusets behagliga verkningar. Han blir upprymd, "går i gång" och kan framför allt dricka stora mängder alkohol utan att må dåligt.

I Vaillants studie visade det sig att män av irländsk härkomst som hade alkoholism i släkten ofta valde en helnykter livsföring. Bland övriga män däremot blev andelen alkoholister fem gånger så stor hos den grupp som hade föräldrar eller far- och morföräldrar som var alkoholister. Detta resultat stämmer väl överens med uppskattningar av den ärftliga dispositionens betydelse gjorts av andra forskare på grundval av tvilling- och fosterbarnsstudier. Det skall dock tilläggas dels att fosterbarnsstudier tenderar att underskatta det inflytande som miljön utövar,⁹ dels att alkoholism i släkten bara fördubblade risken för alkoholism sedan Vaillant skilt ut denna faktor från alkoholmissbruk i det uppväxande barnets närmaste omgivning.

Vaillant fann dessutom att skolproblem och skol på grundskolans högstadium ökade risken för alkoholism med fyra gånger. Även detta stämmer överens med andra undersökningar, som tyder på att aktiva,

Pojkar med ett starkt behov av spänning och omväxling, men som är okänsliga för förmaningar och straff, löper ökad risk för alkoholism.

utåtriktade och impulsiva pojkar, med ett starkt behov av spänning och omväxling, men som är okänsliga för förmaningar och bestraffning, löper ökad risk för såväl alkoholism som narkomani och social missanpassning. Forskaren Sören Sigvardsson i Umeå och hans medarbetare (psykiatern Robert Cloninger och Michael Bohman) har nyligen visat att ett stort behov av spänning (*high novelty seeking*) i kombination med stor oräddhet (*low harm avoidance*) hos pojkar på mellanstadiet väsentligt ökade risken för en tidigt debuterande alkoholism (Typ II-alkoholism.)¹ (Figur 1)

Figur 1. Faktorer som påverkar risken att utveckla alkoholism.

14 år	47år
1942	1975
Riskfaktorer:	
1. Alkoholens tillgänglighet	
2. Dryckesseden	
3. Spritbegåvning	
4. Behov av spänning, oräddhet	

En och annan har av detta och liknande undersökningsresultat dragit slutsatsen att det förebyggande arbetet måste börja i förskolan. Det ligger säkert något i det. Men man måste samtidigt hålla i minnet, dels att bara en minoritet inom denna riskgrupp blir alkoholister, dels att denna grupp svarar för en mycket liten andel av alla alkoholister. I Vaillants studie av vilka som blivit alkoholister vid 47 års ålder hade inte mer än 6 procent haft tidiga anpassningsproblem. Bland unga missbrukare är andelen kanske fyra gånger högre. Men Sigvardsson¹¹ påpekar att den bästa hjälp som ungdomarna i denna riskgrupp kan få är en restriktiv alkoholpolitik. En drogfri ungdomskultur skulle kunna ge dem konstruktiva utlopp för sin

Det fanns inte något som helst samband mellan en olycklig barndom och alkoholism i vuxen ålder.

initiativrikedom och djärvhet. Det vore därför fel att tolka deras drickande som ett "symtom" på brister i personligheten.

Låt mig efter denna utveckling återvända till George Vaillant. Det mest uppseendeväckande resultatet i hans studie är att det inte fanns något som helst samband mellan en olycklig barndom och alkoholism i vuxen ålder. Störda föräldrelationer exempelvis förklarade mindre än 0,1 procent av variationen i männens alkoholvanor, sedan väl förekomsten av alkoholism bland föräldrar och anhöriga kontrollerats på statistisk väg. Det betyder alltså att störningar i förhållandet mellan föräldrar och barn inte ökade risken för alkoholism i vanliga familjer, dvs familjer där ingen förälder eller far- och morförälder var alkoholist. Män med alkoholism i släkten löpte däremot en högre risk att själva bli alkoholister även om förhållandet till föräldrarna varit tryggt och förtroendefullt. Ja, Joan McCord¹² har nyligen funnit att söner till alkoholister visade större benägenhet att själva bli alkoholister om mödrarna hyst stor respekt för deras fäder. Hon tror att alkoholister från dessa familjer fått lära sig att omåttlig alkoholkonsumtion är något försvarbart eller åtminstone förlåtligt.

De män i Vaillants studie som utvecklat alkoholberoende led av personlighetsstörningar och befann sig ofta i en svår social situation. Trots detta hade de som barn varken haft besvärligare känslomässiga problem, lägre begåvning, sämre relationer till föräldrarna eller en mer underprivilegierad ställning i samhället än de män som inte hade några problem med alkoholen. De psykologiska och sociala skillnaderna mellan alkoholister och icke-alkoholister uppstod först efter det att alkoholproblemen utvecklats.

I en annan undersökning fann Vaillant¹³ att män som blev alkoholberoende inte heller i vuxen ålder varit mer psykiskt störda, deprimerade eller beroende än de som klarade av att dricka på ett normalt sätt. Störningar av det slag som tidigare ansetts känneteckna den "föralkoholiska", eller — med en psykoanaly-

tisk term — "oral" personligheten, uppträdde även i denna grupp först efter missbruksdebuten. Man borde därför kanske hellre tala om en "efteralkoholisk" personlighet.

Vaillant¹⁴ har också kunnat belägga att alkoholister som hållit sig nyktra under mer än tre år blivit psykiskt lika friska och sunda som de personer som under hela sitt liv varit "måttlighetskonsumenter". Även detta resultat tyder på att de karakteristiska personlighetsstörningarna hos alkoholister är ett resultat av alkoholvanorna, snarare än tvärtom.

Men hur skall man då förklara den vanliga uppfattningen att alkoholism är ett symtom på en problemfylld uppväxt och bakomliggande personlighetsstörningar? Jo, den grundar sig, enligt psykiatern och alkoholforskaren George Vaillant, på en *retrospektiv illusion*, dvs på en illusion framkallad av minnet liknande den man ofta möter hos deprimerade personer.¹⁵ Med en liknelse hämtad från fysiken säger han att "liksom vatten bryter ljuset och framkallar synvillor, så åstadkommer en människas levnad ständiga förskjutningar i sättet att minnas och tolka det förflutna".¹⁶ Alkoholisten som är övertygad om att han dricker därför att han är deprimerad eller har ångest brukar i själva verket vara deprimerad och ha ångest därför att han dricker.

Hustruns förtvivlade förebråelser, som kanske verkade återhållande till en början, blir gärna i ett senare stadium av missbruket en förevändning för att dricka ännu mer. Kanske hade rentav den arginta Nille i Holbergs pjäs varit en snäll hustru om inte Jeppe ständigt supit sig full? Utan att alkoholisten själv är medveten om det, avleder han i allmänhet uppmärksamheten från det verkliga problemet — den okontrollerade alkoholkonsumtionen.

Vaillant¹⁷ berättar om en medelålders alkoholist, som enligt en trave behandlingsjournaler och egen uppfattning var vad man kallar en klassisk psykopat. Som exempel på hur störda hans föräldrelationer

Alkoholisten som tror sig dricka därför att han är deprimerad eller har ångest brukar vara deprimerad och ha ångest därför att han dricker.

varit framhålls att han inte ens kunde komma ihåg när hans mor dog. Samme man hade i sin tidiga ungdom, innan alkoholproblemen börjat uppträda, undersökts i en långtidsstudie. Man besökte då hans föräldrar för att få noggranna upplysningar om hans uppväxtmiljö. Dessutom genomfördes åtta psykiatriska intervjuer med honom själv. Han bedömdes vid detta tillfälle besitta en "kombination av värme, vitalitet och personlig utstrålning", och förhållandet till modern tillhörde, enligt forskargruppen, det bästa i hela undersökningen. Mer än tusen timmars djuppsykologisk terapi under de följande decennierna hade varken hjälpt mannen i fråga eller någon terapeut att inse att hans huvudproblem var alkoholen och inte de sekundära personlighetsstörningarna eller de förmodat störda föräldrelationerna. Terapeuter som trott sig pejla själsdjup hade i själva verket bara famlat i mörker.

Det hör till historien att mannen till slut övergick till en nykter livsföring, mognade personlighetsmässigt och började aktivt delta i en församling som han tidigare tillhört. Men det skedde först sedan han under en sjukhusvistelse kommit i kontakt med självhjälpporganisationen Anonyma Alkoholister.¹⁸

Just därför att den retrospektiva illusionen är så subjektivt övertygande och så oerhört svår att genomskåda, avråder Vaillant från försök att ta reda på "varför Jeppe super". Han intar därmed samma ståndpunkt som vad ledande psykoanalytiker gjorde fram till den psykoterapeutiska vågens genombrott på 1960-talet. I ett standardverk om psykodynamisk terapi, som getts ut i många upplagor, skriver till exempel Lewis Wolberg att "alkoholpatienten som går i psykoterapi gräver fram fascinerande dynamiska strukturer, men denna insats utövar ringa inflytande på hans alkoholvanor".¹⁹ Sk insiktsterapi som fördjupar sig i psykologiska och sociala orsaker till klienternas alkoholberoende utmynnar i själva verket ofta i eftertionaliseringar, som bara tjänar till att ursäktat ett fortsatt missbruk.²⁰

Det verkar vara mer fruktbart att inrikta sig på den aktuella livssituationen och fråga: "Varför fortsätter Jeppe att supa?" Stödsamtal med övervakad antabusbehandling och inlärningsmetoder som först och främst riktar in sig på situationer som innebär hög risk för återfall och på alternativ till att dricka tycks

.....
Kanske är det ur behandlingssynpunkt rentav intressantare att ta reda på varför Jeppe i vissa fall slutar att supa.

av behandlingsforskningen att döma ha större utsikter till framgång än metoder som hellre pejlar djupare liggande orsaker.²¹ Detsamma kan sägas om de program som är inspirerade av Anonyma Alkoholisters filosofi och om länkrörelsens, frikyrkorörelsens och andra nykterhetsinriktade folkrörelsers humanitära insatser.

Varför slutar alkoholister att dricka?

Kanske är det ur behandlingssynpunkt rentav mindre intressant att fråga varför Jeppe *började* supa än att försöka ta reda på varför Jeppe, dvs alkoholister, i vissa fall *slutar* att supa. Behandlingsforskare har under senare år kommit att allt mer intressera sig för fenomenet "spontanläkning" och de "naturliga" drivkrafter som i vissa fall bidrar till en varaktig förbättring även av svårt alkoholberoende personer. När behandling har framgång, menar man, så beror det på att den lyckats underlätta klienternas spontana läkeprocesser och stödja deras "naturliga" försök att hantera sina problem.

Tankegången uppvisar stora likheter med den lära om *psykosyntesen* eller "naturens läkekraft på det själsliga området" som den svenska psykiatern och konstnären Poul Bjerre²² framställde redan vid seklets början. Men medan Bjerres skrifter närmast är av filosofisk karaktär, så är dagens forskning utpräglat empirisk. Ett exempel är psykiatern Göran Nordströms²³ nyligen framlagda doktorsavhandling om alkoholister som lyckats bemästra sina problem.

Ett annat är George Vaillants²⁴ förut nämnda långtidsstudie av 456 män från Boston. Vaillant undersökte vad som bidragit till att vissa alkoholister slutat dricka och fann att fyra omständigheter haft betydelse: (1) yttre påminnelser om drickandets skadlighet, (2) källor till socialt stöd, (3) källor till hopp, inspiration och självaktning, och (4) "substitutberoenden" eller andra begär än drickandet.

Om en person skall lyckas förändra en inrotad vana måste man ständigt bli påmind om att förändringen

.....
Bland de hundratala program som tillämpats för att behandla alkoholister finns ett som faktiskt påvisat både långsiktiga resultat och upprepad framgång.

verkligen är viktig, framhåller Vaillant. Antabus, övervakning, sänkt alkoholtolerans och liknande talar om för alkoholisten att han måste ta konsekvenserna av sitt drickande. Men skall förändringen inte bara bli tillfällig utan bestående, fordras någonting utöver detta. I Vaillants studie av alkoholister som lyckats, med eller utan behandling, var i flertalet fall socialt stöd, andlig väckelse eller alternativ till drickandet utslagsgivande.

Kan man som behandlare lära något av dessa insikter i spontanläkningens natur? Ja, det tror jag. Bland de hundratala program som tillämpats för att behandla alkoholister finns nämligen ett som faktiskt påvisat både långsiktiga resultat och upprepad framgång.²⁵ Och det bygger på insikter av just det slag som Vaillant nått fram till. Försökspersonerna var visserligen få och kontrollgruppen följdes inte upp mer än sex månader, men resultaten är så löftesrika att utvärderingen av programmet ändå är värd särskild uppmärksamhet. Det rör sig om ett försök som genomfördes i början av sjuttioalet under ledning av den amerikanske psykologen N H Azrin.²⁶

Azrin kombinerade två tillvägagångssätt som kallas konsekvenspedagogik och nätverksbehandling. *Konsekvenspedagogik (contingency contracting)* innebär att man i förväg kommer överens med en person om vilka konsekvenser olika handlingar kommer att få. Syftet är att stärka ansvars känslan och den självrespekt som kommer av att man får och kan ta ett eget ansvar. För att metoden skall ge resultat måste konsekvenserna vara *omedelbara*, snarare än långsiktiga, och de måste vara *möjliga att förutsäga och att påverka*, dvs de måste vara ett direkt resultat av individens egna handlingar.

Nätverksbehandling försöker förändra individens relationer till den sociala omgivningen. Nätverk syftar alltså på individens kontaktnät med andra människor. Azrin menar att avhållsamhet för en alkoholist förutsätter *motiv* att sluta dricka, som är värde-

fulla, återkommande och av olika slag. Skall behandling bli framgångsrik måste därför samspelet mellan individ och omgivning förändras, så att klienten upplever ett omedelbart samband mellan sin alkoholkonsumtion och behovstillfredsställelsen på andra områden, som familjeliv, arbete, socialt umgänge och fritidsaktiviteter (Figur 2).

Figur 2. Verksamma inslag i Azrins program för alkoholister.

N. H. Azrins behandlingsprogram

Konsekvenspedagogik

= man kommer i förväg överens med en person om vilka konsekvenser olika handlingar kommer att få. Konsekvenserna skall vara:

- omedelbara
- förutsägbara
- påverkbara

Nätverksbehandling

= man försöker förändra en persons relationer till den sociala omgivningen. De härigenom åstadkomna motiven att sluta dricka skall vara:

- värdefulla
- återkommande
- av olika slag

Försöket genomfördes i två omgångar med sammanlagt 34 manliga alkoholister, som alla uppvisade symptom på "fysiskt" beroende. Försökspersonerna fördelades slumpmässigt på en försöksgrupp och en kontrollgrupp. Kontrollgruppen fick miljöterapi med rådgivning och information om alkoholproblem och om Anonyma Alkoholister.

Personerna i försöksgruppen fick dessutom intensiv yrkesrådgivning, familjerådgivning, social träning, kamratstöd och antabusbehandling. *Yrkesrådgivningen*, med träning i att söka jobb och gå igenom en anställningsintervju, var avsedd för klienter som saknade arbete. Så snart alkoholisten fått en anställning som han var nöjd med, skrevs han ut från sjukhuset. Rådgivaren följde sedan klienten till jobbet den första dagen, arrangerade samåkning med vänner om så behövdes, osv.

Familjerådgivningen strävade efter att förbättra förhållandet mellan man och hustru genom att var och en lovade att bättra sig på bestämda områden. Det kunde handla om att laga middag, lyssna när den

andra pratar, gå ut tillsammans någon gång och liknande. Hustruns löfte gällde endast under förutsättning att mannen höll sig nykter. Så fort maken började dricka skulle hon avbryta all fysisk och social kontakt med honom.

Ogifta alkoholister som bodde hemma, ingick liknande överenskommelser med sina föräldrar. För alkoholister som varken var gifta eller bodde hemma ordnade man med en fadderfamilj. Den bestod exempelvis av släktingar, en arbetsgivare eller en präst. Fadderfamiljen blev uppmuntrad att regelbundet bjuda klienten på middag i utbyte mot en eller annan tjänst. Även här var nykterhet ett villkor för fortsatt kontakt.

Social träning var nödvändig eftersom alkoholisterna i regel bara umgicks med andra alkoholister. Många hade så få vänner kvar att en nykter gemenskap måste organiseras i fastare former. Man omvandlade därför en gammal krog till en självförsörjande sällskapsklubb. Klubben ordnade med en orkester, jukebox, kortspel, dans, knytkalas, utflykter, korvgrillning, bingospel, filmvisningar och andra sociala aktiviteter. Medlemmarna uppmuntrades att bjuda in hustrur, vänner och bekanta. Men alkoholdrycker var strängt förbjudna och den som var det minsta påverkad fick vända i porten.

Kamratstödet innebar att varje klient fick en beskyddare, någon som bar ansvar för honom. Det skulle vara en före detta alkoholist med samma sociala bakgrund och i samma ålder som han själv. Det kunde vara en "gamling", det vill säga någon som genomgått programmet tidigare, eller också någon som bodde i närheten. Huvudsaken var att han hade alkoholists förtroende och var beredd att träffa honom regelbundet för råd och uppmuntran, så länge det behövdes. Kamraten stod också i förbindelse med behandlingspersonalen, som härigenom avlastades sådana problem som en erfaren lekman klarar av lika bra eller bättre.

Antabusbehandlingen skedde i samband med någon annan daglig rutin och alltid i närvaro av en anhörig, kamrat eller rådgivare i programmet.

Försöksgrupper och kontrollgrupper i båda försöksomgångarna följdes under sex månader efter utskrivningen från sjukhuset. Försöksgruppen i den andra omgången följdes dessutom upp efter två år.

Resultatet av den tvååriga uppföljningen blev ännu mer uppmuntrande. Alkoholisterna fortsatte att vara nyktra minst 90 procent av tiden.

Efter sex månader var de alkoholister som fått den speciella nätverksbehandlingen oftare nyktra, de arbetade mer, de var oftare tillsammans med sin familj eller fadderfamilj och de tillbringade mer av sin tid ute i samhället, det vill säga utanför sjukhus och andra institutioner, än de klienter som fått vanlig behandling.

Resultatet av den tvååriga uppföljningen blev ännu mer uppmuntrande. Alkoholisterna i försöksgrupperna fortsatte att vara nyktra minst 90 procent av tiden efter det att de skrivits ut från sjukhuset. Klienterna i motsvarande kontrollgrupp hade under de första sex månaderna inte varit nyktra hälften av den tid på litet mer än tre månader de tillbringade ute i samhället, trots att de fått omfattande rådgivning på traditionellt sätt, dvs utan krav på motprestationer. Med en så dålig prognos är det ett rimligt antagande, att försökspersonernas förbättringar efter två år är en följd av den behandling som de gått igenom. Ett så varaktigt resultat är mycket sällsynt i den internationella litteraturen om alkoholistvård. Det finns inget annat program som genomgående kunnat visa på bestående förbättringar av klienternas alkoholvanor ens ett år efter avslutad behandling.²⁷

Vad berodde framgången på? Jo, motiven att sluta dricka blev fler och starkare i försöksgrupper än i kontrollgrupper. Försökspersonerna talade ofta spontant om att de nu fick ut mer av livet. I många fall behövde negativa konsekvenser vid fortsatt drickande aldrig tillämpas, eftersom det inte skedde något återfall. Men alla var väl medvetna om att de skulle gå miste om sina förmåner ifall de började dricka igen. Denna upplevelse av ett omedelbart, förutsägbart och påverkbart samband mellan den egna alkoholkonsumtionen och behovstillfredsställelsen på andra områden, var det som tycktes avhålla dem från alkohol.

Azrins undersökning tyder slutligen på att återanpassningen av alkoholister bäst sker ute i samhället och i nära kontakt med människor i deras sociala

.....
Det är i regel bara i sin "naturliga" miljö som alkoholisten kan få det långsiktiga stöd som behövs. Men ett kravlöst stöd brukar inte hjälpa.
.....

omgivning. Ty det är i regel bara i sin "naturliga" miljö som alkoholisten kan få det långsiktiga stöd som behövs. Men ett kravlöst stöd brukar inte hjälpa. Anhöriga, vänner och kamrater måste ha mod att inte "ställa upp" på vilka villkor som helst. De måste — som Märta Tikkanen i *Århundradets kärlekssaga* — stå ut med att låta alkoholisten ta ett eget ansvar. Tikkanen skriver: "Länge spelade jag med/i det spel du ville/spela/med mej som motspelare/och ditt liv/och min förtvivlan/som insats/Tills jag förstod:/jag kan ändå inte/hindra dej/ifall du/verkligen vill dö/Ansvaret/för ditt liv/är inte mitt".

En nykter gemenskap, som genast sätts på spel om man fortsätter att dricka, tycks vara en god hjälp för åtminstone vissa alkoholister att varaktigt förändra sina vanor. Detta gäller kanske särskilt i fråga om jagsvaga individer med bristande förmåga till självkontroll. I Göran Nordströms studie av "spontanläkning" var sociala påtryckningar, från tex anhöriga, vänner eller arbetskamrater, det som dessa alkoholister oftast uppgav som orsak till sin förbättring.²⁸

Detta låter kanske som sunt förnuft. Men vad är vetenskap annat än "sunt förnuft i förädlad form"? Som Lennart Sjöberg²⁹ antytt i denna tidskrift har tyvärr svensk klinisk psykologi alltför ofta förväxlat vetenskaplighet med storslagna "helhetssyner", som i likhet med symtomteorin inte sällan saknar täckning i fakta.

Hur kan man förebygga alkoholskador?

Vården av alkoholmissbrukare kan troligen göras kortsiktigt effektivare genom att man samordnar klienter och åtgärder på ett sätt som understödjer klienternas "naturliga" strävanden att komma till rätta med sina problem.³⁰ Ett löftesrikt försök med denna inriktning har genomförts i USA under ledning av Thomas McLellan³¹ och ett liknande planeras inom Stockholms socialförvaltning av Jan Blomqvist och Roger Holmberg³². Kanske kan missbrukarvården uppnå även långsiktiga resultat genom att förändra

klienternas relationer till den sociala omgivningen som i Azrins försök.

Men det avgörande för möjligheterna att bemästra alkoholproblem tycks ändå inte vara *vad* man gör utan *när*, dvs i vilket skede av missbruksutvecklingen som man angriper alkoholvanorna. Ju tidigare man gör något, desto större är utsikterna att åstadkomma bestående resultat.

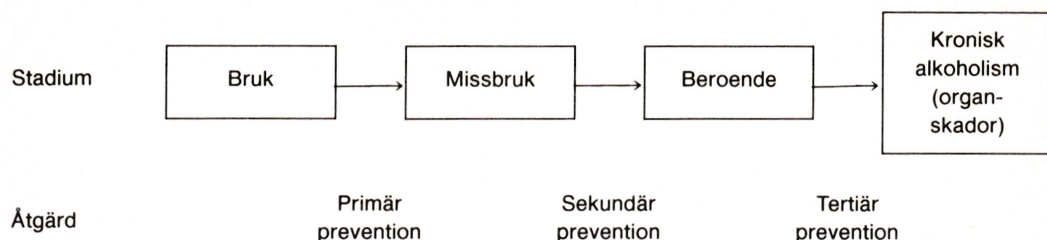
Folkhälsoperspektivet utgår från att alla medborgare i ett samhälle löper större eller mindre risk att utveckla alkoholproblem. Alkoholfrågan definieras därför som ett generellt samhällsproblem och inte i första hand en fråga om individuell avvikelse eller sjukdom. Det innebär i sin tur att uppmärksamheten förskjuts från alkoholisten till alkoholen och alkoholtraditionen, dvs från vård och behandling till förebyggande åtgärder.

Förespråkare av sociala symtomteorier brukar hävda att alkoholen är ett problem främst för låginkomsttagare med trista och enformiga arbeten. "Missbrukade människor blir missbrukare", säger man. Men alkoholen är riskabel även för den som har god inkomst. Om alkoholism definieras på det gamla sättet, dvs som alkoholrelaterade sociala störningar (tex trassel med familj, grannar, arbete och polis), så är visserligen problemet störst i lägre socialgrupper. Definierar man däremot alkoholism som ett psykiskt beroende, kännetecknat av kontrollförlust och andra symptom, så är problemet störst i högre socialgrupper.³³

Ett stimulerande arbete tycks inte heller vara något skydd. Alkoholproblem är i själva verket vanligast bland människor med självständiga och intressanta arbeten, tex författare, journalister, skådespelare, musiker, konstnärer, läkare, diplomater och restauranthpersonal. Amerikanska nobelpristagare i litteratur är kända för att vara den mest alkoholiserade gruppen. Av sju prisbelönta författare var fyra alkoholister och en femte (John Steinbeck) i varje fall

.....
Svensk klinisk psykologi har alltför ofta förväxlat vetenskaplighet med storslagna "helhetssyner", som inte sällan saknar täckning i fakta.
.....

Figur 3. Förebyggande åtgärder i olika faser av missbrukskarriären.³⁶



högkonsument. De flesta tillhörde den "förlorade generation", vars franska kroggrunder Hemingway skildrat i romanen *Och solen har sin gång*.³⁴ Utmärkande för högriskyrkena är att man kan dricka på arbetstid utan att bli upptäckt, att arbetstiden är flexibel eller att man har tillgång till billig sprit. Fysiska eller psykiska stressfaktorer tycks däremot inte alls påverka risken för alkoholism.³⁵

I ett folkhälsoperspektiv skiljer man i allmänhet på primär, sekundär och tertiär prevention av alkoholproblem. Var och en av dessa typer av förebyggande åtgärder riktar sig mot en bestämd fas i missbrukskarriären (Figur 3).

Primär prevention syftar till att förebygga att ett problem över huvud taget uppkommer. Här ingår åtgärder för att förhindra att ett väl kontrollerat *bruk* övergår i ett illa kontrollerat *missbruk*. Som exempel kan nämnas begränsningar av alkoholens tillgänglighet och alkoholnegativ opinionsbildning.

Sekundär prevention syftar till att upptäcka ett problem så tidigt som möjligt. Hit räknas försök att hejda ett missbruk innan det övergått i ett tvångsmässigt *beroende*. Exempel på sådana förebyggande åtgärder är kamratstöd på arbetsplatser och insatser av den medicinska primärvården för att spåra upp och behandla alkoholmissbrukare.

Tertiär prevention syftar till att förhindra att en alkoholberoende person genom oförminskad konsumtion av alkohol skall ådra sig allvarliga och bestående skador i olika organ (s k *kronisk alkoholism*). Till denna typ av åtgärder räknas den alkoholistvård som bedrivs av landsting, kommuner och andra huvudmän.

I det perspektiv jag här skisserat betraktas inte missbrukarvården som lösningen på individens eller samhällets alkoholproblem. Det blir i stället naturligt att betrakta vård och behandling av missbrukare som en enda av en mångfald åtgärder avsedda att värna om människors liv och hälsa.

Det finns två huvudskäl att inte vänta sig för mycket av förebyggande åtgärder i missbrukskarriärens tredje fas. För det första är det högst några tiotusental per år av vårt lands 300 000 till 350 000 alkoholmissbrukare som söker och får hjälp att förändra alkoholvanorna. Merparten av de 15–16 miljarder som alkoholistvården kostar satsas på behandling vid enstaka tillfällen av kroppsliga, psykiska och sociala komplikationer till drickandet.

För det andra tycks inte ens en planmässig och genomtänkt behandling leda till annat än svaga och kortsiktiga effekter.³⁷ Med undantag av Azrins program (se ovan), som är föga känt och sällan praktiserat,³⁸ har ingen behandling övertygat om att den är bättre än ingen behandling alls på att *varaktigt* återföra alkoholberoende personer till ett nyktert liv. Psykiatern Leif Öjesjö³⁹ fann i en studie av spontanförloppet vid alkoholism att efter femton år hade *tio procent* av en grupp alkoholberoende personer utan organskador upphört med sitt missbruk. Av de som klassificerats som kroniska alkoholister i medicinsk mening var bara hälften i livet efter femton år, och *ingen enda* hade förmått upphöra med sitt missbruk.

Även om alkoholistvården inte "botar" avancerade alkoholister kan den förlänga de helnyktra perioderna, minska alkoholkonsumtionen och åstadkomma begränsade förbättringar av levnadsvillkoren i övrigt. Den fyller härigenom en betydelsefull humanitär upp-

.....
Försöket visar att enkla men genomtänkta åtgärder kan vara effektiva om de sätts in tillräckligt tidigt.
.....

gift, som förtjänar all respekt.

Förebyggande åtgärder i missbrukskarriärens andra fas har större utsikter att nå bestående resultat. Öjesjö fann att av de alkoholmissbrukare som ännu inte utvecklat något beroende hade efter femton år *sextio procent* upphört med missbruket.

Problemet med att förebygga i denna fas är att missbrukarna själva inte brukar söka hjälp förrän de utvecklat ett psykiskt beroende med besvärande kroppsliga, psykiska och sociala komplikationer. Men Malmöläkaren Hans Kristenson⁴⁰ har i ett försök inom den medicinska primärvården gett exempel på hur man aktivt kan spåra upp och stödja alkoholmissbrukare, med lägre sjukfrånvaro, färre vård dagar på sjukhus och lägre dödlighet som följd. Försöket visar att enkla men genomtänkta stödåtgärder kan vara effektiva om de sätts in tillräckligt tidigt.⁴¹

Men hur värdefulla tidiga ingripanden av detta slag än är för enskilda alkoholmissbrukare, kan de knappast mer än marginellt påverka alkoholproblemets storleksordning i samhället. Socialpolitiska åtgärder för alkoholister kan inte ersätta ett mångsidigt och konsekvent system av förebyggande åtgärder i missbrukskarriärens första fas.

Sociologen Kettil Bruun och hans medarbetare⁴² inom Världshälsoorganisationen (WHO) visade 1975 att när totalkonsumtionen av alkohol ökar i ett samhälle, så tenderar antalet storkonsumenter och därmed också mängden alkoholskador att öka. "Senare arbeten har, om något, bestyrkt denna slutsats", konstaterade en annan WHO-kommission⁴³ för något år sedan.

En växande totalkonsumtion innebär att nya dryckestillfällen läggs till det gamla mönstret. Från att tidigare kanske ha använts bara vid speciella tillfällen (tex vid familjefester eller enstaka restaurantbesök) blir alkoholen en dryck som förekommer i allt fler vardagliga sammanhang.

Samhällets alkoholkultur påverkar i hög grad missbrukarvårdens möjligheter att uppvisa framgång. En

person med benägenhet till okontrollerat drickande utsätts för färre frestelser i en lågkonsumtionskultur, eftersom många av hans vänner förmodligen är måttliga alkoholkonsumenter. En högkonsumtionskultur å andra sidan, där alkoholen är en självklar del av vardagen, ger många tillfällen till omätlig alkoholkonsumtion som kan bidra till att framkalla och vidmakthålla ett svårt beroende.

Med motbokens avskaffande 1955 och förbättringen av människors levnadsstandard under sextiotalets "rekordår", förvandlades Sverige från ett lågkonsumtions- till ett högkonsumtionssamhälle. Därmed försämrades drastiskt situationen för dem som inte klarar av att kontrollera sin alkoholkonsumtion. En undersökning från 1940-talet⁴⁴ visar att under motbokstiden hade alkoholmissbrukare inte högre dödlighet än andra människor. I dag däremot har medelålders manliga missbrukare sju gånger högre dödlighet än andra män i samma ålder.⁴⁵ Bland yngre missbrukare är överdödligheten ännu högre.

Totalkonsumtionen kan påverkas genom alkohopolitiska åtgärder. Juridiska, ekonomiska och fysiska kontrollåtgärder kan, enligt Bruun och hans expertgrupp, påverka alkoholproblemets storleksordning i ett samhälle. Enkelt uttryckt kan man säga att ju krångligare, dyrare och jobbigare det är att skaffa alkoholdrycker, desto gynnsammare blir utsikterna att hålla missbruket nere. I Sverige svarar till exempel borttagandet av mellanölet för ungefär hälften av den tjugoprocentiga nedgång av alkoholkonsumtionen som skett sedan mitten av sjuttioalet.⁴⁶

Effektiva åtgärder mot missbruk måste utgå från en annan helhetssyn än symtomteorins, nämligen en insikt om att alla alkoholkonsumenter i samhället påverkar varandra. Om alkoholkonsumtion blir en del av det vardagliga umgänget kommer några av dem vi umgås med att få problem med alkoholen och kanske gå under. Var och en av oss måste därför hålla igen på den egna alkoholkonsumtionen och acceptera

.....
Vi måste utgå från en annan helhetssyn än symtomteorins, nämligen en insikt om att alla alkoholkonsumenter i samhället påverkar varandra.
.....

Tron att vi skall kunna vårda bort alkoholproblemet eller köpa oss fria från det genom förbättringar av välfärden har visat sig vara en illusion.

de begränsningar av tillgängligheten som fordras för att stödja en allmän attitydförändring till alkoholen.

Symptomteorins kanske viktigaste funktion har varit att förhindra alkoholrestriktioner och försvåra den alkoholnegativa opinionsbildning som krävs för att skydda folkhälsan. Den hävdar att sådana insatser bara riktar sig mot symtomet, inte mot orsaken. Den bagatelliserar totalkonsumtionens betydelse och döljer sambandet mellan dryckesseden och alkoholskadorna. Den undergräver därmed det *solidaritets-tänkande* som alkoholpolitiken måste botten i.

En WHO-rapport påpekade för några år sedan att missbrukarvårdens snabba tillväxt i västvärlden sedan slutet av 1960-talet delvis tjänat som "en slags kulturell ursäkt" för en allmän liberalisering av alkohollagstiftningen och alkoholvanorna.⁴⁷ Tron att vi skall kunna vårda bort alkoholproblemet eller köpa oss fria från det genom förbättringar av den sociala välfärden har emellertid visat sig vara en illusion. Aktuella forskningsrön bekräftar att ansvaret för Jeppe och hans olycksbröder och -sysstrar aldrig kan vältas över på terapeuter eller sociala myndigheter. Det vilar på oss alla och är i första hand en fråga om hur vi handskas med "innehållet i flaskan" och de intressen som finns inblandade i dess tillverkning och försäljning.

NOTER

1. Åberg, J *Motkrafter*. 2:a uppl Sthlm: Verbum Gothia, 1987, s 105.
2. World Health Organization (WHO). *International Classification of Diseases, Vol 1*. 9:e uppl. Geneva, 1977, s 198.
3. Vaillant, G E *The Natural History of Alcoholism*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1983.
4. Bratt, I *Alkoholismen – en sjukdom?* Sthlm: Bonniers, 1953, s 117.

5. Bruun, K m fl *Alkoholpolitik och folkhälsa*. Sthlm: Sober, 1979.
6. Magnusson, D m fl *Alkohol och anpassning – data från ett longitudinellt forskningsprogram*. I: O Arvidsson (red) *Risken att bli alkoholist*. Sthlm: Riksbankens Jubileumsfond, 1982, s 140–155; samt Andersson, T *Alkoholvanor i ett utvecklingsperspektiv*. Sthlms Univ, psyk inst, 1988 (akad avhandling).
7. SPRI. *Dödsorsak?* Rapport nr 122. Sthlm, 1983.
8. Se referat i *Alkohol och narkotika*, nr 8 1985, s 3–8.
9. Cadoret, R J Adoption studies: Historical and methodological critique. *Journal of Psychiatric Developments*, 1986, 1, 45–64.
10. Cloninger, C R, Sigvardsson, S & Bohman, M Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1988, 12, 494–505.
11. Intervju i *Alkohol och narkotika*, nr 8 1987, s 11–12.
12. McCord, J Identifying development paradigms leading to alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 1988, 49, 357–362.
13. Vaillant, G E The contribution of prospective studies to the understanding of etiological factors in alcoholism. I: R G Smart m fl (red) *Research Advances in Alcohol and Drug Problems, Vol 8*. New York: Plenum, 1984, s 265–289.
14. *The Natural History of Alcoholism*. Liknande förbättringar har rapporterats i långtidsuppföljningar av R H Moos m fl (The process of recovery from alcoholism, 1. *Journal of Studies on Alcohol*, 1981, 42, 383–402) samt H M Pettinati m fl (Four year MMPI changes in abstinent and drinking alcoholics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1982, 6, 487–494).
15. Lewinsohn, P M & Rosenbaum, M Recall of parental behavior by acute depressives, remitted depressives, and nondepressives. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1987, 52, 611–619.
16. The contribution of prospective studies, s 265.
17. *The Natural History of Alcoholism*, s 90–95.
18. Liknande fall rapporteras i B Brickman Psychoanalysis and substance abuse: Toward a more effective approach. *Journal of The American Academy of Psychoanalysis*, 1988, 16, 359–379.
19. Wolberg, L R *The Technique of Psychotherapy*. 2:a uppl. New York: Grune & Stratton, 1967, s 971.
20. Se även M Levy A change in orientation: Therapeutic strategies for the treatment of alcoholism. *Psychotherapy*, 1987, 24, 786–793.
21. Se tex R P Olson m fl. Long-term effects of behavioral versus insight-oriented therapy with inpatient alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49, 866–877.
22. Tex Bjerre, P *Studier i själsläkekonst*. 3:e uppl. Sthlm: Natur och Kultur, 1926, kap. 9.

23. Nordström, G. *Successful Outcome in Alcoholism: A Prospective Long-Term Follow-Up Study*. University of Lund, Department of Psychiatry I, Lund, 1987 (akad avhandling).
24. *The Natural History of Alcoholism*, s 185–197.
25. Detta program placeras med rätta "at the top of the list" i W R Miller & R K Hester The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. I: W R Miller & N Heather (red) *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change*. New York: Plenum, 1986, s 121–174.
26. Hunt, G H & Azrin, N H A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 1973, 11, 91–104; samt Azrin, N H Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 1976, 14, 339–348. Replikativa studier rapporteras i N H Azrin m fl. Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1982, 13, 105–112; samt i R W Sisson & N H Azrin Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 1986, 17, 15–21.
27. Lindström, L. *Val av behandling för alkoholism*. Malmö: Liber Förlag, 1986, kap 3 (akad avhandling). Se även S A Maisto & K B Carey Treatment of alcohol abuse. I: T D Nirenberg & S A Maisto (red) *Developments in the Assessment and Treatment of Addictive Behaviors*. Norwood, N J: Ablex, 1987, s 173–211, samt D M Riley, L C Sobell m fl. Behavioral treatment of alcohol problems: A review and a comparison of behavioral and nonbehavioral studies. I: W M Cox (red) *Treatment and Prevention of Alcohol Problems*. Orlando, Fla.: Academic Press, 1987, pp 73–115.
28. Nordström, G & Berglund, M Successful adjustment in alcoholism: Relationships between causes of improvement, personality, and social factors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1986, 174, 664–668.
29. Sjöberg, L Dynamisk psykoterapi och empirisk psykologi. *Socialmedicinsk tidskrift*, nr 1 1988, s 3–7.
30. Se Lindström, *Val av behandling för alkoholism*.
31. McLellan, A T m fl. Increased effectiveness of substance abuse treatment: A prospective study of patient-treatment "matching". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1983, 171, 597–605.
32. Blomqvist, J & Holmberg, R. Appropriate treatment for each client. *Proceedings of the 35th International Congress on Alcoholism and Drug Dependence, Vol 1*. Oslo: National Directorate, 1989, s 327–336.
33. Park, P Social-class factors in alcoholism. I: B Kissin & H Begleiter (red) *The Biology of Alcoholism, Vol 6*. New York: Plenum, 1983, s 365–404.
34. Se L Lindström Den våta generationen i amerikansk litteratur. *Svenska Dagbladet*, 15 juni 1988.
35. Whitehead, P C & Simpkins, J Occupational factors in alcoholism. I: B Kissin & H Begleiter (red) *The Biology of Alcoholism, Vol 6*. New York: Plenum, 1983, s 405–553.
36. Efter B Cronholm, i O Arvidsson (red) *Alkoholpolitiken och forskningen*. Sthlm: Riksbankens Jubileumsfond, 1984, s 105.
37. Se not 27.
38. Miller & Hester, The effectiveness of alcoholism treatment.
39. Öjesjö, L Long-term outcome in alcohol abuse and alcoholism among males in the Lundby general population, Sweden. *British Journal of Addiction*, 1981, 76, 391–400.
40. Kristenson, H Methods of intervention to modify drinking patterns in heavy drinkers. I: M Galanter (red) *Recent Developments in Alcoholism, Vol 5*. New York: Plenum, 1987, s 403–423.
41. Enligt T F Babor m fl Alcohol-related problems in the primary health care setting: A review of early intervention strategies. *British Journal of Addiction*, 1986, 81, 23–46, är åtgärder i missbrukskarriärens andra fas "modestly but reliably effective".
42. Bruun m fl *Alkoholpolitik och folkhälsa*.
43. Mäkelä, K m fl *Alcohol, Society, and the State, Vol 1*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1981, s 90.
44. Dahlgren, K G On death-rates and causes of death in alcohol addicts. *Acta Psychiatrica et Neurologica Scandinavica*, 1951, 26, 291–311.
45. Petersson, B m fl Alcohol-related death: A major contributor to mortality in urban middle-aged men. *Lancet*, 1982, ii, 1088–1090.
46. Nilsson, T (red) När mellanölet försvann. Univ i Linköping, Samh vet inst, 1984.
47. Mäkelä m fl *Alcohol, Society, and the State*, s 65.