

George Vaillant, alkoholismens naturalförlopp och utvärdering av behandling av alkoholism

Sven Andréasson

Med utgångspunkt från den amerikanska psykiatern och forskaren George Vaillants bok "The Natural History of Alcoholism" diskuteras i denna artikel några frågeställningar rörande alkoholismens orsaker, utveckling och behandling. Flera av Vaillants slutsatser har viktiga implikationer för försök att utvärdera effekter av olika behandlingsmodeller för alkoholism.

Sven Andréasson, läkare, doktorand i socialmedicin på sektionen för samhällsmedicin, medicinska institutionen, Huddinge sjukhus

Bakgrund

Trots att många studier rörande resultat av alkoholbehandling redovisats råder fortfarande oklarhet om vilka behandlingsmodeller som är mest framgångsrika, och för vilka patienter. En viktig anledning till detta ligger i de metodologiska brister som flertalet studier är behäftade med (1-4).

Alkoholism, vare sig det är en sjukdom eller ej, är ett tillstånd av kronisk natur. I likhet med andra kroniska tillstånd såsom reumatoid artrit, hypertoni och diabetes bör ett livstidsperspektiv finnas med i forskningen. Detta perspektiv är nödvändigt för att ge bakgrund till studier kring behandlingseffekter: vilken relevans har exempelvis påvisade behandlingseffekter som uppmäts sex månader efter behandling mot bakgrund av tillståndets naturalförlopp? Vilka resursinsatser är motiverade för att uppnå dessa effekter? Vilken roll kan över huvud taget behandling spela?

Vaillant

I sin bok "The Natural History of Alcoholism" (5) utvecklar den amerikanske psykiatern och forskaren

George Vaillant dessa tankegångar. Han gör det med hjälp av ett unikt material: dels två icke-kliniska populationer som har följts i drygt 40 år; en arbetargrupp på ca 400 individer, samt en högskolegrupp på ca 100 individer; dels ett kliniskt material på drygt 100 alkoholister med åtta års uppföljning. Med utgångspunkt från detta material lyckas Vaillant bringa reda i flera frågeställningar som utan hans långtidsperspektiv skulle förbli obesvarade. Flera av dessa har klara implikationer för svensk missbruksforskning. Inte minst för försök att utvärdera behandlingseffekter av olika behandlingsmodeller. Jag ska här ta upp de viktigaste av dessa.

Symptom eller sjukdom?

Alkoholism har i vida kretsar kommit att ses som sekundärt till personlighetsstörningar; som ett symptom på en mer genomgripande psykisk sjukdom. Inte minst bidrog Jellinek (6) till detta, då han i sitt klassiska verk pläderade för att alkoholism skulle betraktas som sjukdom. Vaillants prospektiva perspektiv talar starkt emot denna uppfattning. Drygt 500 individer har här följts från en tidpunkt innan några alkoholrelaterade problem förelåg. Någon väsentlig skillnad i personlighet och mental hälsa mellan framtida alkoholister och icke-alkoholister kunde inte iakttas. Vaillant beskriver alkoholism som ett tillstånd med självständigt förlopp. Därmed menas att det inte är avhängigt uppväxtförhållanden, äktenskapsförhållanden, somatisk eller psykisk hälsa eller dylikt. De alkoholister som lyckas bryta sitt missbruk skiljer sig heller inte från de som fortsätter att dricka genom att ha haft mer gynnsamma uppväxtvillkor.

En annan vanlig uppfattning är att alkoholister kommer från olyckliga uppväxtförhållanden. Vaillants studie bekräftar att alkoholister oftare än andra

Hereditet och inte sociala villkor är här den avgörande förklaringsfaktorn

haft svåra uppväxtförhållanden — men att detta förhållande förklaras av alkoholiserade föräldrar. Hereditet och inte sociala villkor är här den avgörande förklaringsfaktorn. Alkoholism orsakar alltså många missförhållanden — inte tvärtom. Vaillant finner att barn till alkoholiserade fäder hade fem gånger större risk att utveckla alkoholism än barn från sociala problemfamiljer, där ingen av föräldrarna var alkoholist. En omfattande forskning inbegripande tvilling- och adoptionsstudier, redovisad i en review av Goodwin (7), ger starkt stöd åt denna slutsats. Denna mycket kraftfulla genetiska komponent bör nu få konsekvenser för alkoholpreventivt arbete. Ungdomar — åtminstone unga män — bör informeras om att förekomsten av en alkoholiserad far ökar deras egen risk att utveckla alkoholism med 3–5.

Förutom hereditet beskriver Vaillant två andra etiologiska faktorer av betydelse. Den första är *etnisk grupp*. Risken för individer med irländsk härstamning att utveckla alkoholism är betydligt större än för individer med sydeuropeisk härstamning. Avgörande är gruppens attityder till alkoholbruk och berusning. I grupper som tolererar vuxen berusning, men inte låter barn på ett naturligt sätt få pröva alkohol, finner man en större risk för framtida alkoholism. Den andra är *premorbida asociala drag*. Bland de framtida alkoholisterna fanns en större andel ungdomsbrottslingar och individer med asocialt beteende. Just detta förhållande, som Vaillant redovisar i flera sammanhang, innehåller dock en oklarhet som gett upphov till en förnyad debatt angående betydelsen av tidiga störningar för framtida alkoholmissbruk.

Tidiga störningar

I en kritisk granskning av Vaillants data har Zucker och Gomberg (8) använt dessa till stöd för sin egen uppfattning att tidiga störningar i uppväxtförhållanden i verkligheten spelar stor roll för framtida missbruksproblem. De har således understrukt att de framtida alkoholisterna var kraftigt överrepresentera-

de bland de elever som hade skolproblem och ofta skolkade. Likaså hade de framtida alkoholisterna sämre relationer till sina fäder och upplevde ett kärvare klimat i uppväxthemmet. Enligt Vaillant är dock dessa uttryck för tidig asocialitet till största delen sekundära till föräldramissbruk och är inte att betrakta som specifika personlighetsdrag. Vaillant beskriver ett starkt samband mellan föräldramissbruk och problematisk barndomsmiljö (childhood environmental weaknesses). Detta starka samband har också påvisats av Nylander och Rydelius (9), som visat att barn till alkoholister i lika stor utsträckning utvecklar socialt beteende och missbruk oberoende av vilken socialgrupp fadern tillhör. Detta talar också för en betydande genetisk komponent i missbruksutvecklingen. I en stor och uppmärksam studier av Kandel m fl (10) visades att varken skolk eller avbruten skolgång kunde förutsäga framtida alkohol- eller drogmissbruk. Enligt Vaillant kan endast en liten del av allt framtida alkoholmissbruk förklaras av tidiga missförhållanden. Merparten av alkoholisterna i Vaillants studie beskrev harmoniska hemförhållanden. De uppvisade heller inga särdrag i de psykologtest som genomfördes i 18-årsåldern. På denna punkt finner man dock avvikande resultat i en omfattande svensk värnpliktsundersökning (Andréasson S, opublicerade data), där värnpliktiga som i psykologtest hade låg emotionell kontroll hade en 3.9 gånger förhöjd risk att vårdas för alkoholism under en 15-årig uppföljningsperiod. Likaså fann man att frekvent skolk, dålig skoltrivsel, nervositet och upprepade rymningar från hemmet var associerade med ökad risk att vårdas för alkoholism. Dessa fynd är svåra att helt tillskriva föräldramissbruk; de talar istället för att sambanden mellan missbruk och psykosociala missförhållanden och personlighetsstörningar går i båda riktningarna och inte så ensidigt som Vaillants studie ger intryck av. Samtidigt står det helt klart att merparten av de framtida alkoholisterna inte uppvisade några tidiga störningar.

Bland de framtida alkoholisterna fanns en större andel ungdomsbrottslingar och individer med asocialt beteende

.....
Barn till alkoholister utvecklar i lika stor utsträckning asocialt beteende och missbruk oberoende vilken socialgrupp fadern tillhör
.....

Progressiv sjukdom?

Detta är framför allt trossats inom anonyma alkoholister (AA) (11). Man talar här om alkoholism som en primär och progressiv sjukdom, varmed man menar att alkoholism dels är att betrakta som en sjukdom, dels som en sjukdom som obönhörligt progredierar till död, såvida inte alkoholisten blir nykter. Med sitt livstidsperspektiv kan Vaillant klart avvisa denna föreställning. Han presenterar istället en sammansatt bild av livsförloppen hos olika alkoholistgrupper, där dels föränderligheten i alkoholbruket, dels övergången mellan olika stadier illustreras. Vaillant kan visa att avgörande för AA:s med fleras felaktiga föreställning är det perspektiv varur alkoholismen studeras. Om man utgår från ett sjukhusklientel, eller ett alkoholpolikliniskt material, så kan den alkoholism som dessa individer företer onekligen förefalla vara obeveklig progressiv. Men detta gäller ej för alla alkoholister. Om man istället väljer att följa en grupp med några enstaka alkoholrelaterade problem, såsom ratt-onykterhet, finner man att flertalet inte utvecklar kronisk alkoholism. Istället kan man urskilja tre stadier.

A. Socialt drickande med hög konsumtion

Med detta menas en konsumtion på 10–20 cl starksprit eller motsvarande per dag. Denna konsumtion kan pågå oförändrad hela livet. Den kan också, efter ändrade livsförhållanden, reduceras till en lägre nivå. Detta inträffar exempelvis ofta då unga män bildar familj. Den kan slutligen också progrediera till missbruk med symptom.

B. Missbruk

10–15% av amerikanska män når detta stadium. Hälften av dem återgår till asymptomatiskt drickande (A) eller total avhållsamhet. Med detta konstaterande utmanar Vaillant inte bara AA utan också många terapeuter engagerade i missbruksvård. Vaillant har dock stöd i flera andra studier med långtidsuppfölj-

ning. Edwards (12) kunde 1983 rapportera att omkring tio procent i ett alkoholismmaterial hade vid uppföljning 10–12 år senare återgått i ett stabilt kontrollerat drickande. En fjärdedel av dem hade utvecklas till kroniska alkoholister (ca 3–5 procent av amerikanska män). Övriga individer, en fjärdedel stannade kvar på missbruksnivån.

C. Kronisk alkoholism

När individen når detta stadium blir alkoholbruket betydligt mindre flexibelt. Således få som kan återgå i (A) eller (B). För de kroniska alkoholisterna finns således större fog för att tala om progressivitet. Med tanke på den mycket höga mortalitet som gäller för denna grupp är det inte orimligt att tala om ett antingen/eller tillstånd. Antingen övergår individen till helnykterhet eller också progredierar tillståndet till död.

Är nykterhet skadlig?

Denna till synes egendomliga fråga har uppstått ur studier där man funnit ökad morbiditet och mortalitet bland helnykterister. Man kan dock visa att i den stora gruppen helnykterister finns en betydande grupp alkoholister som tillfälligt är nyktra. Dessa har naturligtvis en hög mortalitet. I sin studie kan Vaillant klart redovisa både förbättrad somatisk och mental hälsa, samt förbättrad psykosocial anpassning bland de alkoholister som blivit nyktra. Den återanpassning som inträdde var dock en tidskrävande process på minst två år. Många studier har på senare år beskrivit ett u-format samband mellan alkoholkonsumtion och mortalitet, främst hjärt-kärl dödlighet, med lägst mortalitet för måttlighetskonsumenter. Kritik har riktats mot dessa studier; fra har man ifrågasatt om inte en stor del av nykteristerna i dessa studier varit felklassificerade (13). I en årskull svenska värnpliktiga, där denna typ av felklassificering kunnat minimeras, har nykterister lägre mortalitet än

.....
Man fann att frekvent skolk, dålig skoltrivsel, nervositet och upprepade rymningar från hemmet var associerade med ökad risk att vårdas för alkoholism
.....

.....
I sin studie kan Vaillant klart redovisa både förbättrad somatisk och mental hälsa, samt förbättrad psykosocial anpassning bland de alkoholister som blivit nyktra
.....

måttlighetskonsumenter (14). Det bör understrykas att också i de studier som redovisat ett u-format samband har man funnit en kraftig överdödlighet, även i hjärt-kärlsjukdom, hos storkonsumenter/missbrukare. För dessa personer innebär övergång till helnykterhet en klar riskreduktion.

Återgång till normalt drickande?

Svaret på denna fråga ligger i svårighetsgraden och durationen av individens alkoholproblem. Många missbrukare (stadium B), med alkoholrelaterade problem kan således återgå i kontrollerat drickande, däremot klarar sällan kroniska alkoholister (stadium C) detta. Denna fråga har i USA gett upphov till en lång och inflammerad debatt. (15–18). Ett stort antal erfarna alkoholläkare har samstämmigt vittnat om alla de tusentals patienter som gång på gång försökt återgå i normalt (kontrollerat) drickande men misslyckats. Enligt Vaillant är detta åter en fråga om perspektiv. De alkoholister som behandlas vid alkoholtvättning befinner sig i allmänhet i det kroniska stadiet. De har redan gjort ett flertal försök att återgå i normalt drickande men misslyckats. De individer å andra sidan som verkligen har lyckats med att återgå i ett kontrollerat drickande kommer inte till dessa terapeuters kännedom.

Hjälper AA?

I ett icke-kliniskt material, som Vaillants, finner man att fler individer blir hjälpta till nykterhet genom AA än genom alkoholpolikliniker. Återigen är detta en fråga om perspektiv. Om man utgår från ett kliniskt material blir bilden annorlunda. Ett flertal erfarna kliniker, bl a Edwards (12) uttrycker också stor skepsis till AA och dess föregivna goda behandlingsresultat (19–22). Dock måste man ha klart för sig att de flesta alkoholister som lyckas få hjälp genom AA sedan inte kommer till klinikernas kännedom mer.

Vaillant finner att genom AA förekommer samtliga faktorer som nämnts ovan.

Vad tjänar behandling till?

Klinisk behandling påverkar inte alkoholismens långtidsförlopp. Ändå finns det åtskilliga trovärdiga studier som talar för goda behandlingsresultat i ett korttidsperspektiv – även om behandlingsresultaten är starkt korrelerade till civilstånd och anställning. Om man kontrollerar för dessa förhållanden uppnår man mycket blygsamma effekter i övrigt. Det finns nu också en rad studier som visar att även en minimal intervention i form av ett rådgivande samtal har samma effekt som såväl poliklinisk som slutenvård (10, 23–27). Tidigare studier har inte kunnat påvisa bättre resultat för slutenvård jämfört med öppen vård (28–31), möjligen med undantag för de mest nedgångna missbrukarna (32). En viktig förklaring till goda korttidsresultat ligger i *compliance* – självfallet tar flertalet patienter intryck av den behandling/rådgivning de får. Bidragande till detta är att behandlingen ändå i allmänhet föregåtts av ett aktivt beslut att göra något åt missbruket. En andra förklaring ligger i begreppet *law of initial values*. Med detta menas att de flesta patienter söker hjälp då de mår som sämst. Då alkoholismens naturalförlopp innefattar mycket kraftiga svängningar i tillståndet över tiden, är för dem en förbättring att förvänta även om de inte genomgår behandling. Dessutom är flertalet aktiva alkoholister under en given månad helt nyktra eller i ett stadium av kontrollerat drickande. För att kunna bilda sig en uppfattning av långtidsresultatet av behandling, måste därför upprepade undersökningar genomföras under flera år.

För att bedöma nyttan med behandling av alkoholism kan återigen en jämförelse med andra kroniska tillstånd vara av värde. Liksom reumatoid artrit, astma och diabetes bör alkoholism behandlas även om någon bot inte finns. Vad man kan vinna är trots

.....
Liksom reumatoid artrit, astma och diabetes bör alkoholism behandlas även om någon bot ej finns
.....

allt förbättrad livskvalitet. I korttidsperspektivet uppnås förbättrade sociala relationer och en bättre funktion i arbetslivet. Dessutom kan sannolikt den alkoholrelaterade mortaliteten nedbringas om alkoholismens sämsta perioder kan avkortas.

Behandlingen är alltså en självklarhet. Däremot finns inget bra svar — ej heller genom Vaillant — på frågan om vilken behandling som ger bäst resultat. Några av de studier som refererats till ovan har varit cost-effectiveness analyser, där man har jämfört resultaten mellan slutenvård och poliklinisk behandling och relaterat dessa till insatta resurser (28–29). Man har därvid funnit att poliklinisk behandling gett lika goda resultat som slutenvård, men till avsevärt lägre kostnad. Trots en del tveksamhet på denna punkt — inte minst med tanke på de erfarenheter som finns av "matchning" — måste bevisbördan nu anses ligga på dem som förespråkar slutenvård för alkoholister. Men även i öppenvården måste man ställa sig frågan varför ett enda rådgivande samtal visat sig ha lika goda behandlingseffekter som långtidsbehandling.

Minnesotamodellen

I Sverige har den ganska nyligen lanserade Minnesotamodellen för alkoholmissbruk väckt stor uppmärksamhet och stora förväntningar. Liksom varit fallet med många andra nya teknologier inom vården har entusiasmen över det nya inte medgett någon större eftertanke eller seriös utvärdering, även om några varnande röster hörts (33–34). Ett stort antal behandlingsshem med denna inriktning har nu etablerats över hela landet. En seriös hälsoekonomisk utvärdering måste nu komma till stånd av denna behandlingsmetod som innebär slutenvård av alkoholism. I brist på sådan utvärdering kan vi inte veta om den behandling som många svenska missbrukare nu erbjuds på Minnesotainspirerade behandlingsshem har större effekt än ett två timmars rådgivande samtal. Aktuell missbruksforskning talar mot det.

REFERENSER

1. *Voris S W*: Alcohol treatment outcome evaluation: an overview of methodological issues. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1981; 8(4): 549–558
4. *Lindström L*: Val av behandling av alkoholism. 1986 Liber förlag
5. *Vaillant G E*: The natural history of alcoholism: Causes, patterns and paths to recovery. Cambridge, Mass: Harvard University Press. 1983.
7. *Goodwin, D W*: Alcoholism and genetics. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 171–174.
8. *Zucker R A, Gombert E S L*: Etiology of alcoholism reconsidered. *American psychologist* 1986; 41: 783–93
9. *Nylander I, Rydelius P A*: A comparison between children of alcoholic fathers from excellent versus poor social conditions. *Acta Pædiatr Scand* 1982; 71: 809–13
10. *Kandel D B, Raveis V H, Kandel P I*: Continuity in discontinuities: Adjustment in young adulthood of former school absentees. *Youth and society* 1984; 15: 325–52.
11. *Alcoholics Anonymous*. New York. Alcoholics Anonymous World Service, Inc 1939.
14. *Andréasson S, Allebeck P, Romelsjö A*: Alcohol and mortality. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Br Med J* 1988; 296: 1021–52
15. *Sobell M B, Sobell L C*: Second year treatment outcomes of alcoholics treated by individualized behaviour therapy: results. *Behaviour research and therapy* 1976; 14: 195–215.
20. *Glaser F B, Ogborne A C*: Does AA really work? *Brit J of Addiction* 1982; 77: 123–129.
23. *Chick J, Lloyd G, Crombie E*: Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *Br Med J* 1985; 290: 965–967
24. *Howdon Chapman P L, Huygens I*: An evaluation of three treatment programmes for alcoholism: an experimental study with 6- and 18-month follow-ups. *Br J Addiction* 1988; 83: 63–81
25. *Edwards G, Orford J, Egert S, Guthrie S, Hawker A, Hensman C, Mitchelson M, Oppenheimer E, Taylor C*: Alcoholism: A controlled trial of "Treatment" and "advice". *J of stud on Alcohol* 1977; 38: 1004–1031
28. *Potamianos G*: Randomised trial of community based centre versus conventional hospital management in treatment of alcoholism. *Lancet* 1986; ii: 797–99
30. *Cole S G, Lehman W E, Cole E A, Jones A*: Inpatient vs outpatient treatment of alcohol and drug abusers. *Am J drug alcohol abuse* 1981; 8: 329–45
33. *Kühlhorn E*: Har Hazeldenmetoden en framtid inom svensk alkoholistvård? *Läkartidningen* 1984; 81: 3567–68.

Fullständig referenslista kan fås hos författaren.