

Fylleristbehandlingen

Av med. dr. J. Tillgren och 1:e kriminalassistent Thore Carlsson, Stockholm

J. Tillgren:

Problemet att omhänderta berusade personer, som uppträder störande offentligt har länge varit aktuellt men inte fått någon tillfredsställande lösning. Anhöriga, arbetskamrater, polis och läkare har sina allmänt erkända uppgifter, som är avsedda att leda till ett rationellt resultat, men det är samordningen av dessa som det mången gång brister i. Det är rätt sällsynt, att läkaren i sin egen bil, i taxi eller på annat sätt hjälper fylleristen till intagning på någon sjukavdelning för omedelbar avgiftning och fortsatt behandling. De fall, som företer våldsamheter, mentala rubbningar eller kriminella reaktioner, kräver regelbundet polishjälp. Där räcker det sällan ens med kraftigt eller skickligt ingripande av anhöriga. Bristen på sjukhusplatser leder sedan länge till, att polisstationens mer eller mindre lämpade förvaringslokaler måste anlitas. Och fortfarande händer det av tidningsnotiser att döma att den omhändertagne måste skjutsas fram och tillbaka med följder som ibland till och med kan leda till letal utgång. I grunden synes det hänga på, att ett tillräckligt antal sjukhusplatser finns till förfogande för detta slags akuta olycksfall, om den typiska rationella och snabba, till och med intravenösa avgiftningsbehandlingen skall kunna genomföras. Någon prestigebe-tonad tävlan att förvärva ett eftertraktat klientel har man ej anledning att vänta. Med tanke på det samarbete som kräves må här några synpunkter och data anföras.

Den koncentrerade sjukhistoria som fordras, om nu tid och tillfälle ges, avser att klarlägga drickandets kvalitet, kvantitet, dess eventuella sammanhang med dropp- och tablettberusning, arbetsplats, familj, svartsjuka, skallskada, epilepsi, tidigare in-

tagning och vård samt mental- och kriminalfakta. Anamnesen är värdefull att ha, ibland avgörande, men den får inte hindra att behandlingen omedelbart börjas.

En aktuell fråga är om det inte vid centralpolisen t. ex. i Stockholm behövs en preliminär polisiär intagningsavdelning för ett klientel som är så akut och hårt kriminellt belastat. Frågan skärpes särskilt nu, när den speciella narkotikaberusningen samtidigt snabbt tilltar. Om detta klientel blir stort och svårhanterligt och sjukvårdspersonal i tillräcklig utsträckning måste avdelas för övervakning inom polisavdelningen, kan det bli fråga om ett ömtåligt avgörande. Men hittills har det gång på gång brustit i organisationen. En så enkel sak som blodprov för fastställande av berusningsgrad försummas eget nog ofta vid omhändertagandet i kombinerade fall. Den samlade Kungl. kommittén har här en viktig detalj att utreda och bevaka. Allt efter erfarenheterna på skilda orter (se t. ex. Dimbergs redogörelse för Mariakliniken i Läkartidningen och i dagspressen 1964) förekommer olika lösningar då de akuta fallen skall omhändertagas. En del kanske finner det fördelaktigast, då klientelet är begränsat, att *lägga in* detta bland övriga patienter på en invärtesavdelning. De betraktas där lättare som insjuknade i en ej ovanlig social-sjuka och känner sig som föremål för en ordinär omvårdnad. Kanske kan denna känsla stärka deras spirande vilja till återanpassning och ett ordnat liv efter utskrivningen. I mitt försök till sådan behandling av alkoholister (1934) på invärtesavdelning fick jag stöd för en sådan uppfattning. Vid utskrivningen fick vederbörande regelbundet remiss till nykterhetsnämnden. Nu för tiden finns det dess-

utom upplysnings- och rådgivningsbyråer utan registreringsplikt.

I det stora problemet om narkotistbehandling har Bejerot skrivit initierade och kritiska artiklar i *Läkartidningen* (1965 och 1966).¹

En viktig distinktion i fråga om de på sjukhus intagna akutfallen är att med juridikens hjälp hålla retmedlen inlåsta och blott tillgängliga genom skold och pålitlig personal.

Som vanligt tycks hemligheten vara att ta itu med varje fall för sig och individualisera terapin efter den personlighet man så småningom vid upprepade samtal och kliniska undersökningar kommer underfund med. Sedan kan givetvis i skilda terapiförsök t. ex. även grupp-terapi prövas. När jag för många år sedan lanserade principen att behandla alkoholisten som sjuk — visserligen i början tvärt emot ett misstänksamt motstånd och principellt tvivel på åskådningens riktighet — var det i två stadier som behandlingen fördes. Dels för det första som en vanlig intagning på medicinsk sjukavdelning, alkoholisten liggande bland de andra interna fallen några veckor. Dels för det andra öppen behandling på en lokal en gång i veckan i samarbete med nykterhetsnämndens mottagning; rådgivning och överenskommelse om totalabstinensförsök, hjälp t. ex. med calmerande och sömnmedelsordination, uppläggning av dagens arbete.

En *sjukhusundersökning* är det som ger diagnosen av alkoholsjukdomens många olika stadier. Även de somatiska symtomen har (liksom vid alla andra sjukdomar) en elementär betydelse för terapin. Man behöver blott som exempel peka på gastriten med konsekutiv enterocolit. Eller jämföra levercirrhosen med och utan ascites, pancreasymtom och mjältaffektion. I hjärtterapien har jag själv både gammal och ju nu pågående erfarenhet både om det akuta spritbrukets influens på förmaxflimmer och på angina pectorisanfall och om abstinensens effekt.

I *somatiken* finns moderna arbeten t. ex. av Bengt Ihre, av Gunnar Welin, Einar Perman J:or

I Norge tycks man redan 1960—61 ha lyckats introducera en framgångsrik behandling i en sluten anstalt på landet norr om Oslo, visserligen blott med begränsat antal platser.

(som just i USA medarbetat i experimentella serier), av Olle Gabinus samt talrika neurologiska sjukhistorier omfattande våldsbrotts-, olycksfall- och suicidalområdena. Det är sålunda ett svårt haltande, om man uteslutande går in för de psykiatriska och psykologiska symtomen, såsom skett i många material. Endast en fullständig klinisk undersökning kan ge en tillfredsställande bakgrund för bedömande av behandlingsresultaten. En hel del beskrivna och statistiskt registrerade misslyckanden kan skrivas på dylika elementära ofullständigheter. Å andra sidan kan framgången i ganska enkla behandlingar stundom i hög grad stärka modet och energien att fortsätta med den påfrestande och uttröttande fullständiga alkoholabstinensen, som många gånger är den centrala riktlinjen. Välbekant är visserligen att man får räkna med en stor grupp irreparabla som undandrar sig behandlingen eller av olika anledningar ej omhändertas tillräckligt.

I och för samarbetet med ordningsmakten infogas här några synpunkter av en dess representant.

Thore Carlsson:

Vid *kriminalpolisens nykterhetsvårdssektion* handlägges följande ärenden i anslutning till nykterhetsvårdslagen.

Inställelser till nykterhetsnämnden eller av densamma anvisad läkare (§ 13 Nvl).

Verkställande av intagningsbeslut å vårdanstalter för alkoholmissbrukare å begäran av överståthållarämbetet eller nykterhetsnämnden (§ 38 Nvl).

Återförpassning till vårdanstalter för alkoholmissbrukare av sådana personer, vilka avvikit från anstalt eller haft försökspermission men missbrukat denna (§ 56 Nvl).

Utredningar beträffande farliga alkoholmissbrukare, ur stånd att taga vård om sig själva och där vårdbehovet är akut, samt beträffande kringflackande missbrukare.

Till belysning av den kraftiga ökningen av nykterhetsvårdsärenden vid kriminalpolisen omedelbart efter den fria spritens genomförande ber jag att få hänvisa till följande statistik.

Under tiden den 1/10 1954—30/9 1955 var antalet handlagda *nykterhetsvårdsärenden* vid krimi-

nalpolisen 1.063 st., därav 355 st. såsom farliga alkoholmissbrukare. Under tiden den 1/10—30/9 1956 var antalet liknande ärenden 1.840 resp. 859. Som synes en mycket kraftig omedelbar ökning. Om man går till kvartalsstatistiken finner man följande stegring av antalet ärenden:

1954 4:e kvartalet	257	1955 4:e	„	431	
1955 1:a	„	256	1956 1:a	„	442
1955 2:a	„	264	1956 2:a	„	449
1955 3:e	„	286	1956 3:e	„	468

De följande åren avspeglas en ökning undan för undan av de aktuella fallen. År 1960 handlades 2.531 *nykterhetsvårdsärenden* därav såsom misstänkt farliga alkoholmissbrukare 377 st.

Motsvarande antal var 1961 2.859 resp. 381

Motsvarande antal var 1962 3.040 resp. 337

Motsvarande antal var 1963 3.021 resp. 382

Motsvarande antal var 1964 3.239 resp. 411

Av omhändertagna och misstänkt farliga alkoholmissbrukare är det varje år mellan 35—40 personer vilka företer sådana grova mentala skador att det föreligger trängande behov av vård å mentalsjukhus, och vederbörande intages därför på mentalsjukhus. Oftast sker detta på polismyndighetens ansökan med hänsyn till repressalierisken för de anhöriga.

Beträffande *de farliga alkoholmissbrukarna* kan man se en ganska tydlig förskjutning mot *yngre års-klasser*. Personer som är födda omkring år 1940 och därefter förekommer nu allt som ofta som farliga alkoholmissbrukare. Dessa var alltså omkring 15 år gamla, när spriten blev fri. Tydligt är att det även för dessa unga blev lättare att komma över sprit efter den 1/10 1955. Det är för övrigt ganska frapperande hur man i samband med utredningar angående farliga alkoholmissbrukare kan finna att deras alkoholproblem grundlades redan i ungdomsåren. Man finner hur det oftast började med sprit i samband med veckoskiftena.

Antalet fall av mera elakartad *misshandel av farliga alkoholmissbrukare* synes ha ökat med åren. Överhuvudtaget har våldsbrotten stigit kraftigt i antal, och i övervägande del är sprit med på ett eller annat sätt.

Även antalet kvinnliga alkoholmissbrukare har ökat under de senaste åren. Farliga kvinnliga alkoholmissbrukare förekommer emellertid ej så ofta. Däremot har indikationen "*ur stånd att taga vård om sig själv*" blivit mer accentuerad nu än tidigare. De misstänkt farliga alkoholmissbrukarna är mycket ofta gifta samt utsätter familjen för stort lidande såväl fysiskt som psykiskt.

När en sådan alkoholmissbrukare omhändertas, sker det oftast genom *radiopolis*, som kallats till vederbörandes bostad antingen genom *hustru* eller *grannar*. Det är inte så lätt alla gånger att få fram vad som hänt, när hustrun är mer eller mindre sönderslagen, förgråten och hysterisk av rädsla. Barnen sitter i ett hörn och gråter, medan mannen i familjen gormar och svär och uppträder aggressivt och hotfullt mot hustrun, även i polisens närvaro.

Man tar upp en så tydlig och fullständig *anmälan* som möjligt av hustrun, hör övriga hemmavarande, släktingar och grannar. Alkoholmissbrukaren själv är ofta så insiktslös, att han inte förstår eller vill förstå sin situation. Han skyller ofta på omgivningen och inser ej att det är han själv som felar. Man skall genom en sådan utredning försöka kartlägga makens alkoholvanor samt hur han reagerar för spriten. Därför är det lämpligt att börja med att fråga *hustrun* om hur ofta maken dricker sprit, mest vid veckosluten eller avlöningsdagarna, eller vilken dag som helst i veckan, om han är *periodsupare* och i så fall hur långa perioderna är samt hur lång tid han dessemellan kan hålla sig nykter. Dricker han brännvin, vin eller pilsner eller andra alkoholhaltiga drycker, och i så fall hur mycket. Dricker han mest ute eller hemma eller bådadera. Dricker hustrun i sällskap med maken. Om så är fallet, varför gör hon det. Har maken ett utpräglat alkoholbegär och återställarbehov. Förekommer minnesluckor i samband med alkoholförtäring. Har han hallucinerat och i så fall när skedde detta senast och hur betedde han sig då. Har maken *tidigare* fått *medicinsk behandling*, i så fall när och var och vilken slags behandling. Hur är maken i nyktert tillstånd. Blir han häftig, grälsjuk, aggressiv eller svart-sjuk.

En sak som man måste beakta särskilt är alkoholmissbruk + svartsjuka. En alkoholmissbrukare

får ju ofta vanföreställningar av olika slag och där-
ibland en sjuklig svartsjuka, som kan leda till svart-
sjukeparanoia. Alkoholmissbrukare får ibland
sexuella besvär, även impotens. Detta varken kan
eller vill han erkänna för sig själv utan vänder på
det hela, anklagar i stället hustrun för otrohet eller
att hon inte orkar med honom. Det är inte så sällan
man kan få se exempel på sådant.

Man frågar vidare om mannen brukar miss-
handla hustrun, om arten av misshandeln, hur ofta
sådan förekommer samt om han vid dessa tillfällen
 varit spritpåverkad. Har maken tagit struptag på
hustrun. Har han hotat hustrun med knivar eller
andra tillhyggen. Uttalat hotelser om att ta livet av
sig själv, hustrun eller någon annan, andra even-
tuella hotelser. Är kvinnan livrädd för maken, och
tror hon att han är i stånd att sätta sina hotelser i
verket. Får maken i spritpåverkat tillstånd verkliga
raseriutbrott, så att han tappar besinningen. Hur ser
han ut vid sådana tillfällen, vad gör han och vad

säger han. Man skall också taga reda på, om maken
innehar skjutvapen, sprängmedel eller körkort.

När man fått fram så mycket, att man kan be-
döma fallet med hänsyn till ovannämnda syn-
punkter, skall *ärendet föredragas* för polisöverinten-
denten vid utredningsavdelningen (kriminalpolisen),
vilken (jml § 21 Nvl) har att fatta beslut i ärendet
såsom polismyndighet. Enligt nämnda paragraf
skall polismyndighet ofördröjligen på lämpligt sätt
tills vidare omhändertaga den som är hemfallen åt
alkoholmissbruk, om han är farlig för annans per-
sonliga säkerhet eller eget liv och faran är så över-
hängande, att länsstyrelsens (överståthållarämbe-
tets) beslut om *tvångsintagning* ej utan våda kan av-
vaktas. Sådana förhållanden kan inte anses vara
tillfyllest i en stad av Stockholms storlek. Sam-
arbetet mellan polisen, polisens läkare och sjukhu-
sets respektive mentalsjukhusets läkare är här av-
görande. Fördelen är att de *två sistnämnda* såsom
jourhavande är tillgängliga även nattetid, då ju al-
koholsjukdomen har en viss dygnsrytm.

Cetiproman[®] *vid abusus*

Cetiproman innehåller de två kom-
ponenterna Lergigan (prometazin)
och Cetiprin.

Cetiproman är indicerat vid behand-
ling av alkoholism och andra former
av toxikomani. Det lindrar absti-
nenssymtomen och skaffar patien-
ten ro under den plågsamma avvänj-
ningen.

Cetiproman tillhandahålles i två ta-
blettstyrkor samt dessutom som in-
jektionslösning för intramuskulärt
bruk.



*Eufomani och särskilt alkoholabusus är en icke ovanlig kom-
plikation till ångest. Ibland manifesterar sig ångesten i s. k. ab-
stinensdelir. Mekanismer av denna art kan komma i gång under
långvarig oro och spänning, varvid våndan kan öka i abstinens-
faserna och leda till ytterligare narkoman konsumtion — allt
högre doser krävs för att hålla ångesten nere, och en elakartad
circulus vitiosus är etablerad. (Efter Gunnar Skoog.)*

Recip-syntes