

Alkoholismen bland män och kvinnor i Göteborg I¹⁾

Av dr C. Vijil, Göteborg

Inledning

Könsskillnaderna, som också framträder i skillnader i individernas sociala beteende, kan tjäna som ett lämpligt exempel, om man vill studera vilka omständigheter som föreligger vid överdriven alkoholkonsumtion inom olika grupper i samhället. Detta sätt att attackera frågan om alkoholmissbruket kan öppna intressanta och betydelsefulla perspektiv för vidare forskning. Föreliggande studier har också det syftet att finna fram ett mönster för studiet av den sammansatta problematiken med viktiga sociala komponenter, som föreligger i många kroniska sjukdomars patogenes.

Den utgör alltså ett försök att klarlägga det mönster av faktorer, som regelbundet föregår eller följer kroniska sjukdomar hos särskilda grupper av befolkningen inom ett bestämt område.

Material

Vårt material är sammansatt av 224 patienter, 112 av vardera könet, vilka besökte Nordhemspolikliniken någon gång mellan den första december 1959 och den första februari 1962.

Samtliga ansågs av andra eller av sig själva som "alkoholister"; flertalet torde också ha förtjänat denna beteckning. Men det finns varken exakta metoder att igenkänna eller objektiva kriterier i övrigt för "alkoholister". Om man medger, att "kroniska alkoholister" kan urskiljas endast om man ser till alkoholens *verkningar*, måste dessa verkningar skiljas från verkningarna av andra patogener eller från egenheter hos patienterna, som är oberoende av deras överdrivna alkoholkonsumtion. Dessutom var inte alla patienter i vårt material "kroniska alkoholister" i samma utsträckning. Det förekom både svåra, medelmåttiga och lindriga fall av alkoholmissbruk.

Som diagnostiskt kriterium för tillståndet "kronisk alkoholism" har vi konstaterat *överdrivet drickande efter svensk måttstock tillsammans med beroende av alkohol hos människor som härav orsakats störningar beträffande sin fysiska och psykiska hälsa samt sina sociala funktioner*.

Metod

Kvinnorna i materialet utgjorde samtliga de kvinnor som besökt polikliniken under ovan nämnda tidsperiod. Männerna utgjorde ett stickprov så utvalt att ålderssammansättningen blev densamma som bland kvinnorna.

Skillnaden i medelålder mellan de båda grupperna är 3,1 dagar, om tre patienter på 79, 69 och 27 år undantas. Om dessa medtages blir skillnaden 7,4 dagar. De två grupperna jämfördes med avseende på vissa typer av attribut eller händelser. Vid signifikansbedömningen användes ett χ^2 -test av typ fyrfältstabell (frihetsgrad = 1). När sannolikheten P varit ≥ 0.05 har signifikans ej ansetts föreligga. Om sannolikheten legat inom intervallen $0.05 \geq P \geq 0.01$, $0.01 \geq P \geq 0.001$ eller P varit ≥ 0.001 har slutsatsen blivit nästan signifikativ, signifikativ eller starkt signifikativ differens.

Våra siffror kan inte betraktas som representativa för poliklinikens hela klientel. Kvinnorna utgör endast omkring en tjugonedel av samtliga patienter. Det manliga stickprovet följer kvinnornas åldersfördelning.

Vi gjorde en preliminär undersökning av poliklinikens klientel med samma förutsättningar som för denna i december 1961 (omkring 400 patienter). När resultatet av de båda undersökningarna är identiska kan vi acceptera nuvarande siffror som representativa för poliklinikens klientel.

Ej heller är det möjligt att ta våra siffror som representativa för "alkoholisterna" i hela Göte-

1) Från Nordhemspolikliniken i Göteborg. Överläkare: Ring Lundquist.

borg, inte ens för dem som tillhör samma socialgrupp.

Vi har medvetet avstått från att använda den så kallade "epidemiologiska metoden". Den inför ett logiskt sett felaktigt begrepp nämligen "multiplex kausalitet". Omdömen som grundas på statistik, måste betraktas som induktiva inferenser. Den logiska bakgrunden till vår metodik är sannolikhetsteorin (1, 2, 3). Framsteg kan göras genom framläggande av successiva hypoteser till dess man når fram till en strikt begränsad hypotes som passar in på verkligheten och stämmer för majoriteten av fallen.

Diskussion

Gemensamma drag för hela materialet

a) Åldersfördelningen är anmärkningsvärd (tabell 1). Det är få kvinnor under 25 och över 60. Till Nordhemspolikliniken kommer tydligen bara alkoholmissbrukande kvinnor födda före 1930.

TABELL 1. Åldersfördelning bland 112 kvinnliga patienter från Nordhemspolikliniken under tiden december 1959—1:a februari 1962.

Ålder	Antal folk
20—24	2
25—29	8
30—34	18
35—39	14
40—44	22
45—49	
50—54	11
55—59	6
60—64	4
65—69	2
70—74	—
75—79	1
Summa	112

Fåtalet kvinnor över 60 aktualiserar följande frågor: när kampen, som hos kvinnor är intimt förknippad med deras sexuella funktioner, är av-

slutad, lugnar sig då kvinnliga alkoholister? Behandlas och vårdas de på annat håll? Dricker de mindre eller drar de uppmärksamheten mindre till sig? Hur många har dött och hur många är helt invalidiserade och stannar hemma?

b) Fallens fördelning på olika församlingar (tabell 2) visar en koncentration till sådana som ligger nära polikliniken; åtminstone halva antalet (grupp A) bodde inom 2,5 kms radie, medan staden sträcker sig åtminstone 10 km i varje riktning (utom mot havet). Män och kvinnor visar i detta avseende inga signifikativa olikheter ($X^2=1,4$).

Detta innebär underrepresentation av vissa församlingar med liknande struktur, de flesta på Hisingen, där man vet att åtskilliga kroniska alkoholister bor (Gamlestaden, Brämaregården).

Även om polikliniken säges ha ett gott läge, har den tydligen ett begränsat verksamhetsområde, beroende av avståndet från hemmet. Enligt sina funktioner verkar nykterhetsnämnden för att öka spridningen av rekrytering av patienter genom staden, liksom även polisen.

Det finns belägg för, att det inom vissa församlingar förekommer grupper av människor som är lagda för sedeslöshet, promiskuitet, prostitution och spritmissbruk och som har fri tillgång till hembränd sprit.

Skillnaden mellan män och kvinnor i fördelning på församlingarna (grupp A emot grupp B) är inte signifikativ.

År 1956 visade en bostadsräkning (4) i Göteborg, att det förekommer skillnader mellan församlingar eller stadsdelar beträffande åldersfördelning, familjesammansättning och bostäder, det är mycket troligt att det också förekommer skillnader i fördelningen av kroniska alkoholister. Denna fråga bör undersökas ytterligare, antingen medelst en fältundersökning eller medelst studium av nykterhetsnämndens klientel.

c) Beträffande skol- och yrkesutbildning (se tabellen 3) föreligger inga skillnader mellan könen ($X^2=3,5$). Påfallande få har realskola eller annan högre utbildning. Man frågar sig, är kroniska alkoholister överrepresenterade bland personer utan högre utbildning? Var och hur

TABELL 2. Församlingstillhörighet vid första besök på Nordhemspolikliniken december 1959—februari 1962.

Församling	Kvinnor	Män	Summa	Befolkning 15—65 år i 1960
A. Masthuggs	18	5	23	15.357
Annedal	7	6	13	17.459
Carl Johan	12	15	27	21.096
Oskar Fredrik	12	7	19	11.814
Haga	7	3	10	4.884
Vasa	2 (58)	2 (38)	4 (96)	10.224 (80.854)
B. Lundby	18	11	29	55.189
(Biskopsgården)	(4)	(2)	(6)	(15.931)
(Brämaregården)	(6)	(3)	(9)	(15.014)
(Lundby)	(8)	(6)	(14)	(24.244)
Örgryte	5	7	12	21.966
Kristine	6	3	9	10.730
Gamlestads	4	4	8	20.829
(Gamlestads)	(4)	(4)	(8)	(7.116)
(Nylöse)	—	—	—	(13.713)
Kortedala	3	4	7	16.403
Johannebergs	6	5	11	17.500
Backa	1	—	1	3.473
Domkyrko	1	4	5	4.505
V:a Frölunda	1	4	5	21.302
Härlanda	4 (49)	4 (46)	8 (95)	23.670 (195.567)
C. Mölndal	1 (1)	2 (2)	3 (3)	—
D. Hemlösa	4 (4)	26 (26)	30 (30)	—
Summa	112 (112)	112 (112)	224 (224)	276.231 (276.231)

blir i annat fall kroniska alkoholister med högre utbildning behandlade?

Den preliminära undersökningen av poliklinikens klientel visade, att åtminstone 50 % av de manliga patienterna inte hade arbetat på minst en månad, vid det första besöket på polikliniken, vilket möjligen kan vara ett uttryck för graden av "invalidisering" inom klientelet.

d) De 112 männen var fördelade på 62 yrken. De största grupperna var byggnadsindustriarbetare och verkstadsarbetare. Kännetecknande för hela gruppen var den nedsatta förmågan att försörja sig. Endast i undantagsfall påträffades an-

svarskännande och hårt arbetande individer. Till alkoholens invalidiserande verkningar förekom också mycket ofta nervösa och psykiska besvär, allvarliga karaktärsdefekter eller oförmåga att följa samhällets regler för sammanlevnad. Kvinnorna gav oftare än män intryck av försörjningsoförmåga och beroende av andra.

Föräldrarnas yrken var känt hos 170 av de 224 patienterna. I de flesta fall (mera än 90 %) hos män såväl som hos kvinnor, hade föräldrarna ett liknande yrke som patienten, med likvärdig eller lägre standard på skol- och yrkesutbildning.

TABELL 3. Klassifikation av patienterna efter utbildning.

Utbildning	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män i %
1. Endast folkskola	94	85	179	79,8
2. Yrkesskola	13	18	31	13,8
3. Realskola eller mer	1	7	8	3,5
4. Okänd	4	2	6	2,6
Summa	112	112	224	99,7

TABELL 4. Fördelning av patienterna enligt födelseort.

Födelseort	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män i %
Göteborg	32	40	72	30,1
Bohuslän	14	17	31	13,7
Sverige	35	40	75	33,4
Norden	9	7	16	7,1
Okänd (alla svenska)	22	8	30	13,3
Summa	112	112	224	97,6

e) Ingen signifikativ skillnad förelåg mellan könen beträffande födelseort (tabell 4). X^2 var 0.5. Förhållande för hela befolkningen i detta avseende är ej säkert känt. Troligen är dock mera än 60 % av stadens befolkning födda anorstädes.

f) Ingen signifikativ skillnad förelåg mellan könen beträffande faderskapet eller moderskapet ($X^2=3.8$) eller mellan den med barn mellan gifta och ogifta ($X^2=2.8$). (Tabell 5.)

TABELL 5. Fördelning av patienterna enligt känt faderskap eller moderskap och i förhållande till civilstånd av dessa med barn.

	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män i %
A. Barnlösa patienter	33	47	80	35,7
B. Med barn, av dessa:	79	65	144	64,2
(Ogifta)	51	33		
(Gifta)	7	9		
(Skilda)	19	23		
(Änkling, änkor)	2	—		

Detsamma gäller skillnaderna beträffande barnens ålder ($X^2=0.6$) eller i fråga om inomäktenskaplig eller utomäktenskaplig börd ($X^2=2.7$). (Tabell 6.)

TABELL 6. Fördelning av de 272 kända barn av de 224 kvinnliga och manliga patienterna genom ålder och inom/utom äktenskaplig börd.

	Kvinnor	Män	Summa
Antal barn	141	131	272
1. under 15	71	72	143
1. över 15	70	59	129
a. inom äktenskap	116	117	134
b. utom äktenskap	25	14	39

g) En viktig jämförelse gäller könen s kontakt med nykterhetsnämnden. Skillnaden i antal hos nämnden registrerade $X^2=3.8$ är nästan signifikativ (tabell 7). Nästan dubbelt så många män som kvinnor har vidare varit kända i NN mer än 10 år (tabell 8), $X^2=8.6$. Det ökade antal kvinnor som varit kända för nämnden under senare år, måste sättas i samband med det ökade alkoholmissbruket bland kvinnor i Göteborg under denna tid.

TABELL 7. Fördelning av patienterna med hänsyn till om de var registrerade hos nykterhetsnämnden vid tiden för första besöket.

	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män i %
1. Ej kända för nykterhetsnämnden	30	18	48	21,4
2. Kända för nykterhetsnämnden	82	94	176	78,5
Summa	112	112	224	99,9

TABELL 8. Fördelning av 176 kvinnor och män kända för nykterhetsnämnden vid tiden för första besöket genom tidslängden av deras registrering.

	Kvinnor	Män	Summa
Kända för nykterhetsnämnden	82	94	176
1—4	38	18	56
5—9	20	28	48
10—14	13	18	31
15—19	2	18	20
20—24	5	8	13
25—29 eller mera	4	8	12

Det stora antalet i NN kända och registrerade patienter bevisar den viktiga roll, som nämnden spelar bland poliklinikens klientel såsom övervakande, rådgivande och behandlande organ. Detta visar även att de flesta av våra patienter varit allmänt kända som "alkoholister" redan före deras första besök på polikliniken.

Skillnaderna mellan könen i fråga om det antal perioder vederbörande varit "aktuella" hos nämnden är nästan signifikativ (tabell 9), $X^2=4.78$. Majoriteten av patienterna har inte stått "aktuella" under mer än 2 perioder.

TABELL 9. Fördelning av de 176 patienterna som var kända för nykterhetsnämnden vid tiden för första besöket till polikliniken med hänsyn till de antal perioder de hade varit "aktuella" hos nämnden.

Antal perioder "aktuell"	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män %
0	12	11	23	13,0
1	27	30	57	32,3
2	21	37	58	32,9
3	8	5	13	6,6
4	4	4	8	4,5
5 och mera	10	7	17	9,6
Summa	82	94	176	98,9

Nästan signifikativ är skillnaden i fråga om antalet fylleriförseelser bland de båda könen. (Tabell 10.) Även detta tyder på att fylleri inte är lika viktigt symptom bland kvinnor som bland män. Missanpassning till följd av alkoholmissbruk yttrar sig ofta på annat sätt hos kvinnor.

TABELL 10. Antal fylleriförseelser bland de 176 patienter som var registrerade hos nykterhetsnämnden.

Antal fylleriförseelser	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män %
0	22	6	28	15,8
1—4	27	29	56	31,8
5—9	9	17	26	14,7
10—14	9	11	20	11,3
15—19	7	5	12	6,8
20—24	1	5	6	3,4
25—29	2	7	9	5,1
30 och mera	5	14	19	10,8
Summa	82	94	176	99,7

h) Beträffande tidigare behandling för kroniskt alkoholmissbruk föreligger inga signifikativa skillnader mellan könen (tabell 11), $X^2=0.6$. Däremot har män oftare än kvinnor vårdats på anstalter för alkoholister ($X^2=10.2$). (Tabell 12.) Anledningen härtill är oviss. Kan det sam-

TABELL 11. Fördelning av patienterna med hänsyn till tidigare behandling för alkohol med uppgift av typ av behandling.

Tidigare behandling för alkohol	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män %
a. ingen känd behandling	56	62	118	52,6
b. känd behandling före första besöket, av dessa	56	50	106	47,3
1. polikliniskt	15	2		
2. med internering	41	48		

TABELL 12. Fördelning av 41 kvinnor och 48 män som hade varit internerade på anstalt för alkoholister före det första besöket till polikliniken med hänsyn till de antal perioder av internering.

Antal perioder av internering i anstalt för alkoholister	Kvinnor	Män	Summa
1	19	19	38
2	6	11	17
3	5	6	11
4	4	2	6
5 och mera	7	10	17

manhånga med deras vanligare hemlöshet? Bland anstaltsfallen föreligger ingen signifikativ skillnad mellan könen med avseende på antalet anstaltsperioder ($X^2=0.02$).

i) För den direkta anledningen till första besöket på polikliniken (tabell 13) spelar tydligen nämnden en viktig roll. Ingen signifikativ skillnad existerar mellan könen beträffande det antal patienter som skickats av nämnden eller som kommit på eget initiativ (X^2 respektive 1.8 och 2.5) (tabell 13) eller vad beträffande sådana, som kommit efter eget beslut eller genom tvång (X^2 respektive 3.5 och 2.5) (tabell 14). Det relativt höga antalet fall, som kommit genom tvång framstår ur behandlingssynpunkt som en allvarlig omständighet.

TABELL 13. Fördelning av patienterna med hänsyn till den person ansvarig för det första besöket på polikliniken.

Initiativtagare till det första besöket	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män %
1. eget initiativ	31	42	73	32,5
2. familjemedlem	8	10	18	8,0
3. arbetsgivare	1	1	2	0,8
4. tjänsteman vid nykterhetsn.	36	27	63	27,5
5. annan än ovan	25	26	51	20,9
6. icke känd	11	6	17	7,5
Summa	112	112	224	99,2

TABELL 14. Fördelning enligt de motiv som åberopats för det första besöket på polikliniken.

Motivation för första besöket	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män %
a. eget beslut	29	42	71	31,6
b. råd	25	25	50	22,3
c. tvång	47	36	83	37,9
d. hot	—	3	3	1,3
e. icke känt	11	6	17	7,5
Summa	112	112	224	99,6

Skillnader mellan män och kvinnor i materialet

a) Antalet hemlösa är mycket högre bland män än bland kvinnor (tabellerna 2 och 15). Skillnaden är starkt signifikativ ($X^2=18.6$). För de ej hemlösa föreligger ingen signifikativ

TABELL 15. Bostadsförhållande hos 224 patienter.

Bostad	Kvin- nor	Män	Sum- ma	%
A. Egen eller förhyrd bostad i eget namn eller föräldrarnas namn	71	63	134	59,8
B. Registrerade under annat namn än A	37	23	60	26,7
C. Hemlösa patienter	4	26	30	13,3
Summa	112	112	224	99,8

skillnad ($X^2=1.3$) mellan män och kvinnor beträffande bostad, eget eller annans hem.

Hemlösa och ofta isolerade män har i många år varit ett problem för "sanitära" inrättningar liksom för polisen i de stora städerna. Sådana kvinnor är mycket fåtaligare. Endera är det lättare för en kvinna att finna en bostad i en stor stad eller också vill kvinnor hellre ha en egen bostad; möjligen spelar båda faktorerna in. Alla de hemlösa måste betraktas som sociala invalider. Oftast är de dessutom asociala. De har verkligen blivit stämplade som icke längre anpassningsbara till den sociala gemenskapen.

Det är väl känt, att alkoholen ofta upplöser sociala band, och detta stämmer för denna grupp av patienter. Men även andra faktorer än alkohol verkar på liknande sätt upplösande, speciellt då mentala sjukdomar.

De manliga fallen bodde ofta på ungarlshärbärgena och hade ofta svårigheter att anpassa sig även där. En viktig fråga är huruvida även sådana härbärgen behövs för kvinnor. Flertalet av dessa kvinnor förde ett liv i promiskuitet och lösdriveri, många var direkt prostituerade, stundom bakom en fasad av familjeliv. Några yngre kvinnor levde i direkt misär till följd av bostadslösheten.

b) I tabell 16 kontrasterar den knappa förekomsten av gifta män mot det stora antalet gifta kvinnor, en skillnad som är starkt signifikativ. Ogifta män är en viktig grupp ($X^2=15.0$). Skillnaden i fråga om skilsmässor var inte signifikant ($X^2=0.9$).

En vanlig "skilsmässoorsak" var hustruns vägran att acceptera makens alkoholvanor.

TABELL 16. Fördelning av patienterna efter civilstånd vid tiden för första besöket.

Civilstånd	Kvin- nor	Män	Sum- ma	Kvinnor och män i %
1. Giftna	68	39	107	47,7
2. Ogifta	18	42	60	26,7
3. Skilda	23	29	52	23,2
4. Änklingar, änkor	3	2	5	2,2
Summa	112	112	224	99,8

Vad det stora antalet ogifta män beträffar, ställer man sig frågan huruvida tidigt alkoholmissbruk utgör ett hinder för äktenskap, eller om det ogifta ståndet medför högre risk för alkoholmissbruk bland män än bland kvinnor.

c) siffrorna i tabell 17 visar en starkt signifikativ skillnad beträffande förekomsten av annan kronisk alkoholist i hemmet. Detta är betydligt vanligare bland kvinnor än bland män ($X^2=35.1$) under någon period av deras liv. Troligen tolereras kvinnornas alkoholmissbruk oftare i hemmet av en likaledes alkoholiserande make eller far.

TABELL 17. Förekomst av en annan alkoholist i hemmet.

	Kvin- nor	Män	Sum- ma	
1. Känd kronisk alkoholist i hemmet (make/a eller föräldrar)	71	27	98	43,7
2. Ingen känd alkoholist i hemmet (make/a eller föräldrar)	9	43	52	23,2
3.	32	42	74	33,0
Summa	112	112	224	99,9

d) Det är känt i Sverige att nervösa besvär och sjukdomar är vanligare vid kronisk alkoholism hos kvinnor än hos män (5). I detta avseende är skillnaden mellan könen i vårt material (tabell 18) starkt signifikativ $X^2=16$. Många fler kvinnor än män hade tidigare behandlats för mentala besvär. Bland de behandlade föreligger dock inga olikheter beträffande förekomsten av öppen eller sluten vård respektive antalet anstaltsperioder. (Tabell 19.)

TABELL 18. Fördelning av patienterna enligt känd behandling för nervösa och mentala sjukdomar med specifikation av typen av behandling.

Tidigare behandling för mentalsjukdom	Kvinnor	Män	Summa	Kvinnor och män %
a. ingen känd tidigare behandling	49	79	128	57,1
b. känd tidigare behandling	63	33	96	42,4
1. endast polikliniskt	14	4	18	
2. på anstalt	49	29	78	

TABELL 19. Fördelning av 49 kvinnor och 29 män behandlade på anstalt för nervösa och mentala sjukdomar med hänsyn till de antal perioder av internering i anstalt.

Antal perioder av internering i anstalt	Kvinnor	Män	Summa
1	20	12	32
2	9	8	17
3	10	3	13
4	4	1	5
5 och mera	6	5	11
Summa	49	29	78

Många torde ha drivits till alkoholmissbruk på grund av någon allvarlig defekt i fråga om "karaktär", "personlighet" eller "begåvning" med oförmåga att motstå de oundvikliga påfrestningarna och lidandena i samhället. Termerna "psykoinfantilism" eller "låg intelligensnivå" förekom oftare hos kvinnorna än hos männen. Det är möjligt att alkoholmissbruket hos sådana patienter accentueras och förvärrar tidigare föreliggande psykiska defekter. Detta leder till frågan, huruvida inte alkoholens effekt i hög grad beror på individuella egenskaper hos patienten, på hans "personlighet". I det moderna industrialiserade samhället har frekvensen nervösa besvär möjligen stegrats under de sista decennierna. Många konsumerar troligen sprit delvis på grund av dess lugnande effekt. Hos många av dessa patienter finns det ett samband mellan oupptäckta och obehandlade mentala besvär och defekter i personligheten och oförmågan att anpassa sig till det komplicerade livet i en modern storstad. Oförmåga att försörja sig och behovet av alkohol i lugnande och avhjälpanande syfte kan

båda vara symtom på en allmän oförmåga till anpassning. "Begär" har även viktiga "kulturella" och "sociala" sidor. I den moderna storstaden tycks finnas en växelverkan mellan de faktorer som driver till alkoholmissbruk och de omständigheter, som föregår alkoholbegäret.

I profylaktiskt syfte är det viktigt att så snart som möjligt upptäcka sådana individer som redan tidigt efter alkoholmissbrukets början visar tendens till begär.

Troligen spelar både biologiska och sociala omständigheter en roll härvidlag. Vår undersökning ger några olikheter bland män och kvinnor, som behöver utforskas ytterligare.

Sammanfattning och slutsatser

Jämförelse mellan 112 kvinnor och 112 män i motsvarande ålder från Nordhemspolikliniken varav 80 % var kända av nykterhetsnämnd eller polis. Undersökningen har visat att:

1) Kvinnor under 25 eller över 60 år besöker sällan polikliniken. Det finns en överrepresentation av några församlingar i direkt samband med avståndet polikliniken—hem.

2) Det finns ingen signifikativ skillnad mellan könen beträffande födelseort (i eller utom Göteborg), utbildning, invaliditetsgrad, reproduktivitet, förbindelser med nykterhetsnämnden (flera män än kvinnor har dock varit registrerade lång tid hos nämnden), institution, individ eller anledning till det första poliklinikbesöket.

3) Det fanns signifikanta skillnader mellan könen vad beträffar hemlöshet, (vanligare hos män), civilstånd (männen oftare ogifta) samt frekvensen kända och psykiska sjukdomar (vanligare hos kvinnor). Dessa hade också i ökad omfattning förbindelse hemma med en annan känd alkoholist, i de flesta fall maken.

Pragmatisk undersökning

Som hypoteser för vidare *pragmatisk* undersökning framföres:

a) att även om den sociala toleranströskeln för alkoholmissbruk är mindre gentemot kvinnor, spelar förbindelse med annan alkoholist, oftast i äktenskapet, en viktig roll i missbrukets genes.

b) att i regel "karaktärsdefekter", "persona pathologica", kliniska eller subkliniska psykiska sjukdomar är vanligare bland kvinnor än bland män med alkoholmissbruk, men att detta inte hindrar äktenskapet i samma utsträckning som för manliga alkoholister.

c) att ogifta män utgör en viktig grupp i samhället med hänsyn till kriminalitetens och alkoholismens epidemiologi.

Den använda metoden passar i en undersökning av ett svårt och komplext ämne. Begreppet multipel kausalitet användes inte, inte heller den så kallade "epidemiologiska metoden" (Gordon). (6.) Sannolikhetsteori är den logiska bakgrunden för sociologiska och epidemiologiska undersökningar (Keynes, Carnap, Jeffries) om experiment är omöjliga, det vanligaste vid sociala faktorer. Hypoteser skall ha en progressivt begränsad mening och gälla för ett större antal av individerna i stickprovet.

Alkoholpolikliniken arbetar under liknande omständigheter som då tbc-dispensärerna började: 1. kunskapen om de faktorer som leder till klinisk sjukdom var otillräcklig, 2. behandlingsmetoden hade bara tillfällig effekt eller krävde långvarigt intresse från patienternas sida och 3. åsikterna om nödvändigheten av behandling och profylaktiska åtgärder bland folk "at risk" var felaktiga. Detta har ändrats beträffande tuberkulos. Framsteg är nödvändiga i dessa avseenden även för att antalet alkoholskadade skall minska.

Litteratur:

1. Carnap, R.: The logical foundations of the concept of probability. U. of Chicago press, 1950.
2. Jeffreys, Sir H.: Theory of probability. Oxford U. Press, 1961.
3. Keynes, J. M. A.: A treatise on probability. Macmillan, London, 1921.
4. Göteborgs stads statistiska byrå. Bostadsräkning i Göteborg, 1955.
5. Svenska Statens Off. Utredningar, no. 58, 1961 "Översyn av Nykterhetsvården".
6. Gordon, J. E.:

Keramik som terapi och hobby

UGNAR, DREJSKIVOR m. m.

Rikhaltigt lager av
GLASYRER, FÄRGER, OXIDER,
LEROR, UGNSTILLBEHÖR etc.

EXPORT & IMPORT

AB KERAMIK

Tel. 08/10 71 17, Box, 7283, STOCKHOLM 7

»Vi och vår hälsa»

HULTAFORS

**fysikalisk-dietisk kuranstalt enskilt
sjuk- och konvalescenthem**

Postadress: HULTAFORS

300 meter över havet.

Lämplig rekreationsort.

Alla moderna badformer,
elektricitetsbehandling, massage.

Vegetarisk och blandad kost.

Individuell diet.

Överläkare: Dr I. UNHÄLL

Mod. priser. Inga drickspengar

Begär utförligt prospekt.

Telefon Borås 033/950 50.