

Vad är problemet?

Uppfattningar om alkoholens skadeverkningar

Jan Blomqvist, professor vid SoRAD, Stockholms universitet.

Lisa Wallander, docent och universitetslektor vid Socialhögskolan, Lunds universitet.

Kontakt: lisa.wallander@soch.lu.se

Inledning

Traditionellt har svensk alkoholpolitik fokuserat på att begränsa totalkonsumtionen av alkohol. Insatser för att påverka drickandet på individnivå har i princip setts som överksamma och ointressanta ur ett samhällsperspektiv. Sedan det senaste millenieskiftet har dock frågan om vård och behandling rönt ett tilltagande intresse bland centrala beslutsfattare. Detta hänger samman med att det svenska medlemskapet i EU år 1995 medförde att fyra av fem statliga monopol på området avskaffades och att införselkvoterna successivt utökades, vilket i sin tur ledde till en tioprocentig ökning av per-capita-konsumtionen under en tioårsperiod. Även om de befarade effekterna i form av ökande alkoholskador i huvudsak uteblev, kom detta att förstärka intresset för sekundärpreventiva insatser, vilket framgår av flera officiella publikationer. Så gav Socialstyrelsen år 2007 ut de första svenska nationella riktlinjerna för missbruks- och beroendevård i form av rekommendationer riktade till såväl den kommunala socialtjänsten som den landstingsbaserade psykiatrin eller beroendevården. Ungefär samtidigt tillsatte regeringen Missbruksutredningen, som fyra år senare levererade sitt utlåtande med förslag på den framtida utformningen av denna vård. Samma år kom regeringens förslag till ANDT-strategi, det vill säga till åtgärder för att motverka problem orsakade av alkohol, narkotika, doping och tobak (och senare spel). Gemensamt för dessa dokument är att de, utöver att ange önskvärda mål, fokuserar på den föregivna evidensen för olika insatser för att uppnå dessa mål. Däremot sägs föga om hur man ser på arten av de problem som angivna insatser syftar till att avhjälpa. Snarare ger dokumenten, genom att undvika eller endast ytligt diskutera dessa frågor, intryck av att det kring problemens art råder en ganska utbredd konsensus. En närmare analys klargör dock att detta inte alls är fallet. I det följande visar vi att uppfattningarna om

och definitionerna av alkoholvanor, som setts och ses som olämpliga eller avvikande, i själva verket är både motsägelsefulla och sinsemellan motstridiga, och att de har skiftat över tid och med sammanhang. Artikeln analyserar denna brist på samsyn och diskuterar vilka implikationer den kan tänkas ha för framtida forskning, praktik och policyöverväganden på området. Analysen är i huvudsak empirisk och deskriptiv, och vi har för enkelhetens skull avstått från att tillämpa exempelvis Benoits (2003) respektive Bacchis (2009) förvisso intressanta resonemang kring de berörda frågorna.

Hur har rusmedelsproblemen diskuterats över tid?

Nykterhetsfrågans uppkomst

Skildringar av superi, fylleri och diverse olycksaliga konsekvenser av överdrivet drickande finner vi såväl i bibeln som i andra historiska källor. Tidig lagstiftning i Sverige och andra länder rymmer också stadganden för att hålla nyttjandet av alkohol inom för samhället acceptabla ramar. Tanken att betrakta en oacceptabel alkoholkonsumtion som en individuell patologi är dock av ganska sent datum och kan härledas till det förrförra seklet. Som socialhistoriska studier har visat var idén om omåttlig alkoholkonsumtion som en individuell avvikelse ovanlig i det förindustriella Europa eller det koloniala Amerika, trots att konsumtionen där och då ofta var högre än i dag (Berridge, 1990). Som förklaring till att omfattande drickande under 1800-talet började diskuteras som en individuell störning eller "sjukdom" har forskare pekat på ett antal förhållanden, som hänger samman med upplysningsfilosofins genombrott och den industriella revolutionen. Ett sådant förhållande var uppkomsten av en ny medelklass med en ny syn på arbete och moral, som förde ned frågan om social kontroll på individnivå (Levine, 1978). Ett annat var att nya produktionsförhållanden ställde nya krav på arbetskraften i fråga om självdisciplin, punktlighet och ordnat uppförande (Mäkelä, 1983). Ett tredje var uppkomsten av nya folkliga rörelser (i Sverige frikyrkan, arbetarrörelsen och nykterhetsrörelsen), som i sin symboliska kamp för kulturellt och politiskt inflytande kom att betona nykterhet och skötsamhet som normativa värden (Gusfield, 1963). Tillsammans kom dessa förhållanden att främja föreställningen om de omåttliga drinkarna som annorlunda än den stora majoriteten medborgare. Alltsedan dess har samtidigt en viss förvirring rått kring frågan om hur dessa avvikelser ska förstås och hur de personer som anses lida av dem bör definieras. Närmast analyserar vi fyra begrepp som hört till de mest centrala i den offentliga diskussionen av dessa frågor över tid.

Alkoholism

Det mest långlivade av de begrepp som genom åren använts för att beteckna ett drickande som uppfattas som omåttligt, avvikande eller olämpligt är förstås *alkoholism*, som historiskt förekommit i åtminstone två distinkta versioner med olikartade konnotationer. Ursprungligen myntades termen i den svenske läkaren Magnus Huss inflytelserika avhandling *Alcoholismus Chronicus* (1849–51), som beskriver de menliga kroppsliga, psykologiska och sociala följderna av en långvarig och omfattande alkoholkonsumtion. Tillsammans med delvis likartade, tidigare formuleringar av Rush (1785) i USA och Trotter (1804) i England, kom Huss teser att bli konstituerande för den "sjukdomsteori om alkoholism" som länge blev den dominerande synen på rusmedelsproblem i västvärlden. Den huvudsakliga kärnan i denna tidiga version av sjukdomsteorin är att ett excessivt drickande i första hand varken är ett tecken på moraliska brister eller ett uttryck för ett syndigt eller ondskefullt samhälle, utan en individuell störning. Denna tanke var också grundläggande hos den nya radikala nykterhetsrörelse som runt det förra sekelskiftet kämpade för ett totalförbud mot tillverkning och distribution av alkoholdrycker. Medan denna kamp till en början var framgångsrik i exempelvis USA, Finland, Norge, Island och Ryssland/Sovjetunionen, valde dock Sverige en annan väg. Trots att nykterhetsfrågan under 1900-talets första decennium stod högst på den politiska dagordningen, kom således något alkoholförbud aldrig att förverkligas i Sverige. En viktig roll för att så blev fallet spelade Ivan Bratt, (något felaktigt) känd som motbokssystemets skapare. I flera skrifter och som huvudförfattare till *Alkoholen och samhället* (1912), det svenska läkaresällskapets officiella rapport i nykterhetsfrågan, opponerade han starkt både mot kravet på totalförbud och mot idén att se alkoholproblem som en sjukdom. Snarare är, menade Bratt, omfattande drickande en fråga om socialt och kulturellt bestämda vanor. Drinkaren dricker inte för att han drivs till detta av någon opersonlig "sjukdom", utan för att hans levnadsomständigheter är sådana att han "saknar varje skymt av ett motiv att icke göra det" (Bratt, 1909, s. 35). Som bekant kom också svenskarna, i folkomröstningen 1922, att med en knapp majoritet avfärda förslaget om alkoholförbud, till förmån för motbokssystemet.

Sedan alkoholförbudet i USA avskaffats år 1933 uppstod en ny version av "sjukdomsteorin", enligt vilken alkoholism inte är en ofrånkomlig följd av att dricka mycket alkohol, utan ett kännetecken hos vissa människor som inte kan hantera alkohol på ett måttfullt sätt. Detta synsätt vann snabbt bred anslutning och spreds under följande decennier av den så kallade Alkoholismrörelsen (se Roizen, 2004) och senare av Anonyma Alkoholister (AA). Denna "folkliga sjukdomsteori" kan enligt dess kanske främste kritiker (Pattison, 1976) sammanfattas i följande teser: (a) Det finns medfödda, genetiskt grundade, skillnader mellan blivande alkoholister och dem som inte blir det. (b) Dessa skillnader gör att de blivande alkoholisterna uppvisar en

avvikande reaktion på intag av alkohol, som innebär ett "sug" efter alkohol, svårigheter att sluta dricka och, till slut, förlust av förmågan att medvetet kontrollera det egna drickandet. (c) Dessa processer är obönhörligt fortgående och oåterkalleliga och utgör ett opersonligt sjukdomsförlopp, som kan hejdas men inte botas. Den praktiska implikationen är (d) att alkoholister inte bör klandras eller bestraffas, utan bör erbjudas nödvändiga hjälpinsatser.

Den viktigaste av dessa punkter är den fjärde, som innebär ett klart brott med den tidigare, moraliserande synen på alkoholproblem, men som inte logiskt förutsätter de tre föregående punkterna (Pattison, a.a.; Blomqvist, 2011). Icke desto mindre har denna version av sjukdomssynen fram till helt nyligen levt vidare som den dominerande, åtminstone i den anglosaxiska världen. Några av problemen med detta synsätt illustreras av WHO:s definition från 1952, enligt vilken alkoholister är "de högkonsumenter vars beroende av alkohol nått en sådan grad att det innebär en märkbar mental störning eller interfererar med de berördas kroppsliga och mentala hälsa, deras interpersonella relationer och deras smidiga ekonomiska fungerande, eller som visar begynnande tecken på en sådan utveckling. De behöver därför behandling". Denna definition lämnar flertalet av sina kärnbegrepp oförklarade, vilket hänskjuter makten att definiera till den som använder begreppet, företrädesvis läkaren. Synsättet har också kritiserats för att det handlar "mer om politik än om vetenskap" (Cameron, 1995), att det använts för att "vilseleda allmänheten för deras eget bästa" (Fingarette, 1988) och för att det visserligen lyckades "...eliminera skuld och straff, men också förvirrade och förvanskade begreppet ansvar" (Pattison, a.a.).

En viktig roll i att etablera denna version av sjukdomsmodellen spelade också E.M. Jellinek, ibland framställd som alkoholismforskningens fader. I sin mest kända publikation (*The disease concept of alcoholism* från 1960) beskriver denne alkoholism som ett fenomen med många varianter, av vilka fem framställs som "sjukdomar". Trots att det empiriska underlaget för Jellineks teser var mycket svagt, kom dessa för en lång tid att institutionaliseras som en grund för forskning och praktik, inte minst i USA. I Sverige fick dock inte heller denna nya version av sjukdomsteorin något entydigt stöd. Så menade till exempel 1946 års statliga alkoholistsvårdsutredning att det diskuterade problemet var ett resultat av "ett komplicerat samspel mellan missbrukarens konstitutionella eller förvärvade egenskaper eller eventuella sjukdomstillstånd och hans miljöförhållanden". Det har rått skilda uppfattningar om huruvida denna svenska syn på alkoholproblem genomgick en form av "medikalisering" under 1950- och 1960-talen när vården snabbt byggdes ut. Otvetydigt är dock att Sverige, åtminstone ända tills relativt nyligen, med Finland delat en i huvudsak "icke-medicinsk approach" till alkoholproblem (jfr Bruun, 1971). Trots detta, och trots att termen "alkoholism" i dag inte längre ingår i något av de gängse nosologiska systemen, används den fortfarande frekvent i både AA:s retorik och av forskare och praktiker i den medicinska sfären.

Sammanfattningsvis finns det knappast någon samtida eller historisk enighet om hur "alkoholism" bör definieras och förstås.

Alkoholberoende

Det begrepp som främst kommit att ersätta begreppet "alkoholberoende", som lanserades av Edwards och Gross (Edwards, 1977; Edwards & Gross, 1976), i deras diskussion av "alkoholberoendesyndromet". Detta syndrom uppfattades av vissa som ett helt nytt sätt att förstå rusmedelsproblem (t.ex. Pattison, Sobell & Sobell, 1977), men ska nog snarare ses som en kompromiss mellan den ifrågasatta sjukdomsteorin och den nya empiriska forskning som under 1970-talet alltmer övertygande åskådliggjorde alkoholproblemens heterogenitet och föränderliga karaktär (jfr Bergmark & Oscarsson, 1987). Beroendebegreppet möttes initialt av kritik från många forskare (jfr Blomqvist, 1998), men har över tid fått allt bredare anslutning. Begreppet har också större precision än begreppet "alkoholism", i så måtto att det kräver uppfyllandet av minst tre av sju (DSM-systemet) eller minst tre av sex (ICD-systemet) preciserade kriterier under en tolv månadersperiod. Samtidigt har dessa kriterier förändrats över tid, och senare versioner uppvisar inte särskilt stora likheter med det ursprungliga syndromet (Room, 1998). I själva verket finns 99 olika sätt att kombinera minst tre av sju kriterier, vilket skulle kunna ses som att det finns 99 olika "typer" av beroende enligt DSM (Dawson et al., 1995). Dessutom är "beroende", som det definieras i såväl DSM som ICD, ett oftast övergående tillstånd, vilket motsäger att begreppet skulle indikera en "kronisk sjukdom". En aktuell svensk studie baserad på ett representativt befolkningsurval fann således att åtta av tio av de personer som hade återhämtat sig från "alkoholberoende", definierat enligt ICD, hade gjort detta utan hjälp av behandling (Blomqvist, Cunningham, Wallander & Collin, 2007). Liknande fynd har gjorts i andra länder (ibid.).

En annan oklarhet med dagens beroendebegrepp är att det i vardagligt och medicalt språkbruk har genomgått en "konventionalisering" och med tiden utvidgats till att innefatta allehanda starka intressen (Hellman, 2010), samtidigt som alltfler betyden börjat diskuteras i termer av beroende. Denna utveckling kan i sin tur delvis kopplas till framväxten av en ny typ av "behandlingsmarknad", där en mängd aktörer erbjuder föregivet effektiva insatser mot till exempel "sockerberoende", "köpberoende", "träningsberoende", "arbetsberoende" och "internetberoende" (som man intressant nog kan finna internetbaserad behandling för).

Under senare år har en ny, femte version av DSM publicerats, där begreppen "dependence" (beroende) och "abuse" (skadligt bruk) ersatts av begreppet "substance use syndrome" (substansbrukssyndrom), vilket kan appliceras på en stor mängd substanser. Detta begrepp baseras på 11 olika symtom och graderas (efter antalet uppfyllda symtom under en 12-månadersperiod) i milda, måttliga och allvarliga pro-

blem. De ingående symtomen är till stor del desamma som i den tidigare DSM- och den nuvarande ICD-diagnosen av beroende.

Även om definitionen av "alkoholberoende" snarare blivit mer oklar över tid, används begreppet fortfarande mycket flitigt, både inom forskningen, på informationssidor och i benämningar av vård- och behandlingsverksamheter. Sammanfattningsvis är alltså "alkoholberoende", som det använts och används, inte mer enhetligt och precist än begreppet "alkoholism".

Alkoholmissbruk

Totalt sett torde dock "alkoholmissbruk" vara det begrepp som i Sverige är det allra vanligaste, både i dagligt tal och, inte minst, i det sociala arbetets tradition. Trots att detta begrepp också är vagt till sin innebörd, har det sedan länge en central plats i svensk lagstiftning och finns med bland de legala kriterier som avgör om en person med alkoholproblem kan dömas till tvångsvård enligt lagen om vård av missbrukare i vissa fall. På en semantisk nivå betecknar termen *missbruk* en avvikelse från ett föregivet normalt och oproblematiskt "bruk", vilket i princip innebär att begreppets innebörd bestäms av dem som använder det för att beteckna andra. En komplikation är att den engelska översättningen av begreppet ("abuse") ingår i tidigare versioner av DSM som en "mildare" form av beroende och i ICD under beteckningen "harmful use". Innebörden av begreppet "alkoholmissbruk" är också officiellt omtvistad. Så argumenterar de första nationella riktlinjerna (2007, jfr ovan) explicit mot att använda begreppet "missbrukare", inte på grund av dess vaghet och mångtydighet, utan eftersom det ses som pejorativt och stigmatiserande. Samtidigt misslyckas Socialstyrelsen redan från början att följa sitt eget råd – riktlinjedokumentet är betitlat "Nationella riktlinjer för vård och behandling av *missbruk* (sic!) och beroende". Samma dokument menar också att det på grundval av befintlig kunskap inte kan avgöras om missbruk är att betrakta som en sjukdom eller ej. I den fyra år senare publicerade Missbruksutredningen (se ovan) har dock det officiella Sverige tagit ställning, i det att man diskuterar missbruk – i huvudsakligen biomedicinska termer – som en sjukdom. Sammanfattningsvis är "alkoholmissbruk" ett lika vagt och omstritt begrepp som "alkoholism" och "alkoholberoende".

Riskbruk

Ännu ett begrepp som under senare decennier blivit allt vanligare, både i officiella dokument och i media, är "riskbruk" eller "riskkonsumtion". I Sverige lanserades begreppet först i samband med ett försök att utveckla kompetens, inom den landstingsbaserade primärvården, för arbete med personer med antagna alkoholproblem. Med tillkomsten av regeringens ANDT-strategi, som innebar ett delvis nytt sätt att se på prevention, har dock riskkonsumtion eller riskbruk blivit centrala begrepp, både

i policyskapande och i forskning. Begreppen har också kommit att användas för att beteckna en distinkt kategori av alkoholkonsumenter, vilket indikeras av att flera aktörer publicerat råd och riktlinjer för ett föregivet "säkert" drickande.

Samtidigt finns ingen konsensus, vare sig nationellt eller internationellt, om hur "säkra" respektive "skadliga" dryckesvanor bör avgränsas (jfr Espman & Allebeck, 2011), eller om vilken typ av risker som åsyftas (se t.ex. Herring, Berridge & Thom, 2008). Flertalet existerande rekommendationer inskränker sig till att i huvudsak definiera "riskbruk" eller "riskdrickande" i termer av konsumerade "standardglas". Detta gör dock inte saken mycket klarare, eftersom det finns stora variationer mellan olika undergrupper när det gäller sambandet mellan hur mycket man dricker och vilka och hur stora negativa konsekvenser man upplever av drickandet (se t.ex. Selin, 2004). Ett ytterligare problem med en rent kvantitativ bestämning är att det inte finns någon internationell konsensus om hur ett "standardglas" ska definieras, något som bland annat hänger samman med varierande flaskstorlekar och alkoholstyrkor i olika länder. Sammanfattningsvis finns det alltså inom fältet en betydande oenighet också om hur "riskdrickande" bör definieras och förstås.

Forskningens perspektiv – några aktuella ståndpunkter

Genomgången ovan visar att de officiella uppfattningarna om hur skadliga dryckesvanor bör definieras och förstås går vitt isär. Med tanke på samtidens starka tilltro till vetenskap och evidens kunde man kanske förvänta sig att forskningen på området skulle ge en mer enhetlig bild. Så är dock inte fallet, trots ett drygt sekel av forskning. Redan om man begränsar sig till senare decennier är bristen på samsyn uppenbar. Förvisso har det, i takt med den neurovetenskapliga forskningens tillväxt, blivit allt vanligare att se omfattande och skadliga dryckesvanor som ett uttryck för en "kronisk hjärnsjukdom" (Leshner, 1997). En sådan förståelse har samtidigt utmanats inte bara inom discipliner som sociologi och psykologi utan också inom det neurovetenskapliga fältet i sig självt (Sulkunen & Rantala, 2011; Heyman, 2009; Kalant, 2010). Många har också ifrågasatt om det över huvud taget *existerar* ett enhetligt fenomen, som det är meningsfullt att referera till med termer som "beroende", "missbruk" eller "addiktion" (t.ex. Davies, 1997; Rehm et al., 2013). Studier inom det internationella forskarnätverket "Images of addiction" har vidare visat att synen på hur allvarliga olika rusmedelsproblem är varierar kraftigt, både mellan olika typer av problem och mellan olika länder (t.ex. Hirschovits-Gerz et al., 2012; Blomqvist, Koski-Jännes & Cunningham, 2014; Blomqvist et al., 2015), samtidigt som lekmäns och professionellas uppfattningar inte skiljer sig mycket åt. Tillsammans antyder dessa erfarenheter att de dominerande bilder vi har av rusmedelsproblem återspeglar kontextuella förhållanden lika mycket som de representerar vetenskapliga fakta och empiriska

erfarenheter (Koski-Jännes, Hirschovits-Gerz & Pennonen, 2012a; Koski-Jännes, Pennonen & Nyssönen, 2012b; Samuelsson, Blomqvist & Christophs, 2013). Det finns alltså inte heller inom forskningen någon uppenbar konsensus om hur de fenomen som vi till vardags betecknar som "missbruk", "beroende" eller "alkoholism" bör avgränsas och förklaras.

"Feta ord" och deras konsekvenser

Resonemanget ovan har flera beröringspunkter med Niels Christies (norsk kriminolog) och Kettils Bruuns (finsk socialforskare) omtalade bidrag till den 28:e *International Congress on Alcohol and Alcoholism* år 1969 i USA, där de utmanar själva det forskningsområde som kongressen samlats för att avhandla. Redan från början deklarerar de att området befinner sig i kaos och är bemängt av "feta ord" utan innehållsmässig stringens eller klarhet (Christie & Bruun, 1969, s. 65):

De ord som används är lika många som stenarna på stranden: alkohol, alkoholism, drogberoende, omåttliga drinkare, symptomatiska konsumenter, addiktion, narkotika, bruk, missbruk, kemikalier, preparat, sinnesutvidgande substanser, sjukdom, synd, brott, behandling, straff, hjälp och så vidare. När man rör sig från en artikel eller bok till nästa och sätter samman kärnbegreppen, blir slutresultatet något som har en påtaglig likhet med en psykedelisk bild.

Författarna menar också att de "feta orden" ofta fyller en funktion som "olja i det sociala maskineriet", genom att skapa en ytlig och illusorisk enighet, vilken döljer eller tonar ner grundläggande teoretiska, ideologiska och politiska konflikter. Exempel på denna typ av illusionsmakeri kan vara att tala om straffande eller disciplinära åtgärder i termer av "behandling" för att få dessa att framstå som mer acceptabla, att klä politiska argument i en vetenskaplig språkdräkt för att öka deras slagkraft, eller att helt enkelt undvika besvärande motsättningar eller oenighet.

Som nämnts ledde anslutningen till EU år 1995 till en omsvängning av svensk alkoholpolitik från huvudsakligen primärpreventiva insatser till insatser för att göra sekundär prevention så effektiv som möjligt. En grundtanke i de förslag som publicerats för att åstadkomma detta är att de senare insatserna måste vara "evidensbaserade". Om vad som bör avses med detta begrepp har uppfattningarna ofta gått vitt isär, men det har icke desto mindre blivit ett modeord på området. Sammanfattningsvis förefaller det, trots den synbara enigheten om vikten av sekundärpreventiva insatser, råda en grundläggande oklarhet om *vilka de problem egentligen är* som olika aktörer föreslår lösningar på. Med hänsyn till detta är det kanske inte en alltför felaktig eller orättvis slutsats, att den situation som Christie och Bruun diskuterade fortfarande äger giltig-

het, åtminstone i vissa avseenden och enligt vad som kan utläsas av många samtida officiella källor i Sverige.

Utän anspråk på fullständighet ska vi i det följande peka på några skiljelinjer som ändå kan vara klagörande när det gäller att förstå innebörden av olika synsätt och vilka implikationer dessa kan ha i praktiken (se t.ex. Blomqvist, 2009).

Essens eller konstruktion?

En viktig distinktion i de olika uppfattningar om problematiska alkoholvanor som forskningen genom åren har redovisat, är den som går mellan *essentialistiska* synsätt och synsätt där man i princip ser problemen som *socialt konstruerade*. De förstnämnda kan kort sägas utgå från att de diskuterade fenomenen är enhetliga och i princip avgränsbara entiteter, och att de handlingsmönster som betecknas kan ges en empiriskt grundad diagnos och en trovärdig gemensam förklaring. Ett exempel på en sådan uppfattning är den ovan diskuterade "folkliga sjukdomsmodellen", som länge dominerade den amerikanska diskussionen på området, trots att modellen var teoretisk (och alltså inte byggde på några empiriskt konstaterade skillnader mellan alkoholister och icke-alkoholister, utan snarare på övertygelsen om att den biomedicinska forskningen med tiden skulle uppdaga sådana skillnader).

Det *konstruktivistiska synsättet* ser i stället de diskuterade begreppen som knutna till bestämda historiska och kulturella sammanhang. Detta synsätt hämtar sin näring dels från de socialhistoriska studier som refererades inledningsvis, och som visar hur tanken på vanemässig dryckenskap som en individuell patologi kan knytas till upplysningsfilosofins tankar och till det framväxande industrisamhällets villkor. Dels tar det sin avstamp i antropologiska och andra studier, som visar att exempelvis "alkoholism" och "beroende", både som idéer och iakttagbara fenomen, framstår som meningsfulla i vissa kulturella och sociopolitiska sammanhang men inte i andra (se Room et al., 1996). Ett konstruktivistiskt synsätt innebär dock inte att de diskuterade fenomenen inte har någon som helst objektiv referens, eller att de bokstavligen "skapats" av de krafter som ligger bakom att de kommit att ses som problem. Snarare innebär ett "kontextuellt" konstruktivistiskt perspektiv (se Best, 1995) att olika traditioner och normer, som varierar med samhällstyp och historiskt skede, påverkar inte bara människors faktiska rusmedelsvanor. De påverkar också vilka rusmedelsvanor som uppfattas som avvikande, och hur sådana avvikande vanor förklaras och bemöts. På policy- och praktisknivå innebär detta att dessa fenomen måste förstås och hanteras både med hänsyn till det sociala sammanhanget och till varje individs unika livssituation.

Skyldig eller drabbad, vanmäktig eller kapabel?

En annan distinktion som återkommande aktualiserats inom forskningen på området rör frågan om "illness" kontra "badness" och de praktiska och policymässiga impli-

kationerna av olika ställningstaganden till detta. I grunden rör denna fråga huruvida en person som dricker för mycket bör ses som "sjuk" och därför ha rätt till hjälp, eller kan anses själv ha försatt sig i dessa svårigheter och därför själv bör stå sitt kast. Frågan rymmer dock fler komplikationer än vad den ytligt sett kan tyckas göra, eftersom den inte bara handlar om rätten till hjälp men också om vad denna hjälp bör bestå i. En prototypisk position har varit att problem av somatisk art kräver någon form av medicinsk hjälp, medan till exempel social utsatthet påkallar insatser från till exempel socialtjänsten. Men samhällets reaktion påverkas också av om problemet kan anses skada individen själv eller omgivningen/samhället. Så kan en smittsam åkomma bedömas kräva tvångsingripanden för att begränsa den enskildes rörelsefrihet, även om hon/han själv inte hålls ansvarig för sjukdomens uppkomst (jfr Mäkelä, 1980). Till detta kommer frågan om det oberoende av problemets orsak finns några specifika och effektiva metoder för att hantera det (ibid.). Om sådana metoder inte finns blir rimligen någon form av omvårdnad alternativet. I spåren av diskussioner som dessa har inte sällan följt hälsomoralistiska ställningstaganden med innebörden att rätten till vård för till exempel alkoholproblem borde villkoras individens demonstrerade vilja att avstå från alkohol. En intressant komplikation rymms också i den ganska intensiva debatt om läkemedelsassisterad behandling för intravenöst heroinmissbruk (eller opioidberoende) som i början av 2000-talet intensivt fördes i Sverige. Här gick en huvudsaklig skiljelinje mellan dem som förespråkade sådan behandling med argumentet att narkotikamissbruk är en sjukdom "sui generis", och dem som motsatte sig sådan behandling med argumenten att en missbrukare, som en i princip moraliskt ansvarig människa, måste kunna straffas om hon/han bryter mot förbudet att använda narkotika; att en behandling som riskerar att bidra till att upprätthålla missbruket är olämplig; och att missbruk i grunden är ett socialt problem, som inte bör medikaliseras (jfr Blomqvist, 2011; Johnson, 2003; 2007).

En numera smått klassisk artikel av Brickman med kolleger (1985) visar dock på ett mer nyanserat sätt att hantera denna diskussion. Vad dessa författare hävdar är att man måste skilja på ansvaret för ett problems uppkomst och ansvaret för – eller kompetensen – att lösa det. Ofta görs inte denna distinktion, men om man gör den blir det möjligt att urskilja fyra olika förhållningssätt. Att se ett problem som en *sjukdom* innebär att man principiellt befriar individen från ansvar för både problemets uppkomst och dess lösning, vilket inskränker hennes/hans ansvar till att följa de råd och anvisningar som läkaren eller någon annan expert ger. Att betrakta ett problem som ett *moraliskt* sådant innebär tvärtom att man tillskriver individen ansvaret för både problemets uppkomst och dess lösning, vilket inte berättigar henne/honom till någon specifik form av hjälp från samhällets eller omgivningens sida. Man kan också se individen som ansvarig för ett problems uppkomst men ändå oförmögen att själv lösa det. Detta gör lösningen till en fråga om *underkastelse eller fostran*, det vill säga

till ett krav på individen att följa de regler som någon andlig eller världslig auktoritet föreskriver som en förutsättning för att problemet ska lösas. Slutligen kan man se problemet som ett resultat av tillvarons nyckfullhet, sociala orättvisor och/eller andra yttre krafter, utan att principiellt fränkänna individen förmågan att lösa det. I det fallet blir lösningen, sedd ur omgivningens eller samhällets synvinkel, en fråga om att på olika sätt *kompensera* individen för de handikapp eller resursbrister som hindrar henne eller honom från att ta ett fullt ansvar för sitt eget – och andra medborgares – väl och ve.

Om man relaterar dessa förhållningssätt till mer övergripande tendenser i samtiden ter sig synen på rusmedelsproblem som sjukdom som lätt att förena med det teknokratiska perspektiv på välfärd och offentlig verksamhet (New Public Management) som under senare decennier blivit den dominerande strategin för att försöka förbättra kontrollen av och öka kostnadseffektiviteten i kommunala verksamheter. Att betrakta avvikande eller problematiskt drickande som ett moraliskt misslyckande kan i sin tur lätt associeras med förakt för svaghet, segregering och nedskärning av resurserna för olika välfärdsverksamheter. I tanken på disciplinering eller fostran som en lösning på samma problem förenas föraktet för svaghet med krav på fysiska eller psykologiska tvångsångripanden. Synen på en överdriven och potentiellt skadlig alkoholkonsumtion som en form av handikapp, som man med rätt slags kompensation är förmögen att själv hantera, är dock den som bäst överensstämmer med en traditionell svensk hållning, där frågan om rusmedelsproblem som regel varit föremål för ett starkt medborgerligt engagemang både från organisationer och enskilda (jfr Edman & Blomqvist, 2011). Dessutom ligger den i linje med ovan anförda studier, som visat att omgivningens aktiva medverkan, i form av krav och stöd, är en mycket viktig faktor i återhämtningen från sådana problem.

Några konsekvenser av bristen på samsyn

I vilken utsträckning och på vilket sätt är det då ett bekymmer att uppfattningarna går isär när det gäller frågorna om hur avvikande och problematiska alkoholvanor bör definieras och förklaras, och om vad som kan eller bör göras för att åtgärda detta? Ett första svar är att redan den historiska genomgången ovan talar emot att vi inom överskådlig tid kommer att få se några oomtvistliga eller allmänt accepterade sådana definitioner eller förklaringar. Dessutom är det, eftersom ömsesidig debatt och meningsutbyte är forskningens själva livsluft, tveksamt om ett krav på konsensus ens bör ses som ett prioriterat värde. Även om det alltså inte framstår som vare sig möjligt eller önskvärt med någon enkel och snabb lösning på frågan, har bristen på konsensus konsekvenser som behöver kommenteras, inte minst som insatser mot skadliga alkoholvanor sägs vara en kärnfråga för den svenska välfärdspolitiken (t.ex. regeringens ANDT-strategi, jfr ovan). Konsekvenserna har flera aspekter. Ur ett *poli-*

cyperspektiv förutsätter planeringen av verksamma strategier tillförlitlig kunskap, inte bara om prevalensen för olika typer av alkoholproblem, utan också om dessa problems natur och typiska utvecklingsförlopp. Utan enhetliga och i huvudsak oomtvistade svar på sådana frågor torde planerandet av insatser på sin höjd bli till begåvade gissningar. För att ta ett exempel från ett grannland kan man notera att det estimerade antalet "tunga alkoholkonsumenter" i Norge har angetts till mellan 65 500 och 337 000 beroende på vilka definitioner och mått man använder (Amundsen, 2010), något som rimligen innebär ett betydande dilemma för planeringen av alkoholpolitiska insatser. Olika sätt att definiera begreppen har också betydande konsekvenser för ställningstaganden till hur *individuella dryckesproblem bör behandlas*. Ett exempel ger Missbruksutredningen (se ovan), där synen på alkoholproblem som en sjukdom utgör ett av argumenten för förslaget att föra över huvudansvaret för att hantera dessa problem från socialtjänsten till psykiatrin eller den landstingsbaserade beroendevården, och dessutom får motivera förslaget att de farmakologiska interventionerna måste utökas väsentligt.

Om man ser mer specifikt till den *kliniska nivån*, är det uppenbart att valet av insats för ett uppfattat dryckesproblem till stor del bestäms av hur vårdgivaren definierar problemet i fråga. Även om innehållet i och utformningen av olika slag av "behandling" historiskt ofta varit mer lika varandra än skiftande teoretiska och ideologiska "moden" gett anledning att tro (t.ex. Humphreys & Tucker, 2002), leder det rimligen till vitt skilda insatser för den hjälpsökande om den som står för behandlingen ser problemet som en "hjärnsjukdom" eller som ett "livsstilsproblem som medför olika predikament" (Drew, 1986). Sist men inte minst får olika sätt att beskriva rusmedelsproblem i officiella framställningar konsekvenser för *allmänhetens uppfattningar och reaktioner*. Dessa uppfattningar påverkar i sin tur inte bara hur människor, som uppfattas ha sådana problem, beskrivs och bemöts av myndigheter, vårdgivare, olika hjälpinstanser och den vidare omgivningen, utan också hur de berörda tenderar att uppfatta sig själva. I ett längre perspektiv påverkar dessa dominerande uppfattningar därmed de föregivna problemens utvecklingsförlopp och de möjligheter till en lösning som på sikt står till buds (jfr Hacking, a.a.).

Vad bör göras?

Vad finns då att göra för att i någon mån motverka dessa negativa konsekvenser? Ett svar är att vi bör ställa krav på viktiga aktörer på området – forskare, myndigheter, beslutsfattare och "policyprofessionella" – att de tydliggör vad de avser med de begrepp de använder och redovisar vederhäftiga underlag för de ställningstaganden de gör. Även om detta inte nödvändigtvis kommer att skapa större konsensus kring hur avvikande eller problematiska rusmedelsvanor bör definieras och förklaras,

borde det ge förutsättningar för en kritisk, klagörande och fördjupande diskussion av olika aktörers ståndpunkter. Dessutom skulle det bidra till att diskussionen inte enbart blir en fråga för vissa mer eller mindre självutnämnda "experter", utan att den också ger utrymme för medborgerliga erfarenheter och uppfattningar och för hur de av frågorna närmast berörda och deras närstående ser på saken. Ett aktuellt exempel på vad som händer om man inte klargör vad man menar kunde hösten 2016 ses i TV-programmet *Opinion live* (SVT, 8 september) där man diskuterade frågan "Kan en alkoholist lära sig dricka måttligt?" Utgångspunkten var en bok av Kjell-Olof Feldt och hans hustru, som hävdade att detta är möjligt, och en intervju med mediekändisen Per Holmnekt, som hävdade att det inte är det. Eftersom ingen av de många debattörerna definierade vad de avsåg med till exempel "alkoholist", "måttligt" eller andra begrepp de använde, blev debattens slutkläm att det nog finns olika uppfattningar, alternativt kan fungera olika för olika människor. Om någon tittare blev klokare är högst osäkert.

Ett andra svar, som delvis sammanhänger med det första, är att det finns skäl att närmare försöka klargöra *hur* olika aktörer använder olika centrala begrepp, och därmed i vilken utsträckning och i vilka avseenden de ger enhetliga, oklara, motsägelsefulla eller rentav motstridiga besked i olika frågor. För närvarande genomför vi, med finansiering av Vetenskapsrådet, en så kallad faktoriell survey (se Wallander, 2008) kring denna fråga. Resultaten förväntas bli klara under vintern 2017–2018.

Referenser

- Amundsen, E. (2010) Hvor mange misbrugere har vi? I: E. Amundsen (red.) *Hva er missbrug og avhengighed? Betegnelser, begrepper og omfang*. Rapport nr 4/2010. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.
- Andréasson, S. & Allebeck, P. (2005) *Alkohol och hälsa. En kunskapsöversikt om alkoholens positiva och negativa effekter på vår hälsa*. R 2005:11. Statens Folkhälsoinstitut.
- Alkoholen och samhället (1912) *Svenska Läkaresällskapets Kommittéradet*. Stockholm: Isaac Marcus.
- Bacchi, C.L. (2009) *Analysing policy. What's the problem represented to be?* Australia: Pearson.
- Benoit, E. (2003) Not just a matter of criminal justice. States, Institutions and North American Drug Policy. *Sociological Forum*, 18(2): 269–294.
- Bergmark, A. & Oscarsson, L. (1987) The concept of control and alcoholism. *British Journal of Addiction*, 82(11): 1203–1212.
- Berridge, V. (1990) Dependence. Historical concept and constructs. I: G. Edwards & M. Lader (red.) *The nature of drug dependence*. Society for the Study of Addiction. Monograph No 1. Oxford: Oxford University Press.
- Best, J. (1995) Constructionism in context. I: J. Bet (red.) *Images of issues. Typifying contemporary social problems*. N.Y.: Aldine De Gruyter.
- Blomqvist, J. (1998) *Beyond treatment? Widening the approach to alcohol problems and solutions*.

- Stockholm Studies in Social Work, 13. Stockholm: Stockholms universitet, Institutionen för socialt arbete.
- Blomqvist, J., Cunningham, J., Wallander, L. & Collin, L. (2007) *Att förbättra sina dryckesvanor – om olika mönster för förändring och vad vården betyder*. SoRAD-rapport, No 42. Stockholm: Stockholms universitet.
- Blomqvist J. (2009) What is the worst thing you could get hooked on? Popular images of addiction problems in contemporary Sweden. Helsinki: *Nordisk Alkohol- och Narkotikatidsskrift*, 26(4): 373–398.
- Blomqvist, J. (2011) Att sluta missbruka – med och utan samhällets hjälp. I: B. Olsson et al. (red.) *Narkotika. Om problem och politik*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Blomqvist, J. (2012) Sjukdom, dålig vana, livsstil eller social konstruktion? Om olika uppfattningar om missbruk och beroende och deras konsekvenser. I: J. Storbjörk (red.) *Samhället, alkoholen och drogerna. Politik, konsekvenser och dilemman*. Stockholm: Stockholms universitets förlag.
- Blomqvist, J., Koski-Jännes, A. & Cunningham, J. (2014) How should substance use problems be handled? Popular views in Sweden, Finland, and Canada. *Drugs and Alcohol Today*, 14(1): 19–30.
- Blomqvist, J., Raitasalo, K., Melberg, H., Schreckenber, D, Peschel, C., Klingemann, J. & Koski-Jännes, A. (2015). Popular images of addiction in five European countries I: M. Hellman, V. Berridge, K. Duke & A. Mold (red.). *Concepts of Addictive Substances and Behaviours across Time and Place*. Oxford: Oxford University Press.
- Bratt, I. (1909) *Kan nykterhetsfrågan lösas utan alkoholförbud?* Stockholm: Albert Bonniers Förlag.
- Brickman, P. Rabinovitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. & Kidder L. (1982) Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37(4): 368–384.
- Bruun, K. (1971) Finland: The non-medical approach. I: L.G. Kiloh & D.S. Bell (red.) *Alcoholism and drug dependence. Proceedings of the 29th international congress*. Australia: Butterworths.
- Cameron, D. (1995) *Liberating Solutions to Alcohol Problems. Treating Problem Drinkers Without Saying No*. Northvale, N.J.: Jason Aronson Inc.
- Christie, N. & Bruun, K (1969) Alcohol problems: The conceptual framework. I: M. Keller & T.G. Coffey (red.) *Proceedings of the 28th international congress on alcohol and alcoholism*. Vol. 2, Highland Park: Hillhouse Press.
- Davies, J.B. (1997) *Drugspeak: The analysis of drug discourse*. London: Routledge.
- Dawson, D.A., Grant, B.F. & Hartford, T.C. (1995) Variation of the association of alcohol consumption with five DSM-IV alcohol problems domains. *Alcohol – Clinical and Experimental Research*, 19(1): 66–74.
- Drew, L.R.H. (1986) Beyond the disease concept of addiction: Drug use as a way of life leading to predicaments. *Journal of Drug Issues*, 16(2): 263–274.
- Edman J. & Blomqvist, J. (2011) Jakten på den verksamma vården: Kunskapssträvanden och målsättningar inom den svenska missbrukarvården under ett sekel. I: B. Olsson et al. (red.) *Narkotika. Om problem och politik*. Stockholm: Norstedts Juridik.
- Edwards, G. (1977) The alcohol dependence syndrome. Usefulness of an idea. I: G. Edwards & M. Grant (red.) *Alcoholism. New knowledge and new responses*. London: Croom Helm.
- Edwards, G. & Gross, M (1976) Alcohol dependence. Provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, 1(6017): 1058–1061.
- Espman, E. & Allebeck, P. (2011) *Riskbruk av alkohol. Begrepp, gränsvärden, mätmetoder*. 2011:2. Stockholm: Karolinska institutets folkhälsoakademi.
- Fingarette, H. (1988) *Heavy drinking. The myth of alcoholism as a disease*. L.A.: University of California Press.

- Gusfield, J.R. (1963) *Symbolic crusade. Status politics and the American temperance movement*. Urbana: University of Illinois Press.
- Hacking, I. (1999) *The social construction of what?* Harvard: Harvard University Press.
- Hellman, M. (2010) *Construing and defining the out of control. Addiction in the media 1968–2008*. Helsingfors: Helsingfors universitet.
- Herring, R., Berridge, V. & Thom, B. (2008) Binge drinking. An exploration of a confused concept. *Journal of Epidemiological Community Health*, 62(6): 476–479.
- Heyman, G. (2009) *Addiction. A disorder of choice*. Harvard: Harvard University Press.
- Hirschovits-Gerz, T., Holma, K., Koski-Jännes, A., Raitasalo, K., Blomqvist, J., Cunningham, J.A. & Pervova, I. (2011) Is there something peculiar about Finnish views on alcohol addiction? A cross-cultural comparison between four northern populations. *Research on Finnish Society*, 4: 41–54.
- Humphreys, K. & Tucker, J.A. (2002) Toward more responsive and effective intervention systems for alcohol-related problems. *Addiction* 97(2): 126–132.
- Huss, M. (1849–51) *Alcoholismus chronicus eller chronisk alkoholsjukdom. Ett bidrag till dyskrassier- nas kännedom enligt egen och andras erfarenhet*. Stockholm: C.E. Fritze.
- Jellinek, E.M. (1960) *The disease concept of alcoholism*. New Haven, CT: Hill House Press.
- Johnson, B. (2003) *Policyspridning som översättning*. Lund: Statsvetenskapliga institutionen och Arbetslivsinstitutet.
- Johnson, B. (2007) After the storm. Developments in maintenance treatment policy and practice in Sweden 1987–2006. I: J. Edman & K. Stenius (red.) *On the margins. Nordic alcohol and drug treatment 1885–2007*. Helsinki: NAD.
- Kalant, H. (2010) What neurobiology cannot tell us about addiction. *Addiction*, 105(5): 780–789.
- Koski-Jännes, A., Hirschovits-Gerz, T. & Pennonen, M. (2012a) Population, professional, and client support for different models of managing addictive behaviors. *Substance Use and Misuse*, 47(3): 296–308.
- Koski-Jännes, A., Pennonen, M. & Nyssönen, M. (2012b) Population, professional and client views on the dangerousness of addictions. Testing the familiarity hypothesis. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 29(2): 139–154.
- Leshner, A.I. (1997) Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*, 278(5335): 45–47.
- Levine, H.G. (1978) The discovery of addiction. Changing conceptions of habitual drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol*, 39(1): 143–174.
- Mäkelä, K. (1980) What can medicine properly take on? I: G. Edwards & M. Grant (red.) *Alcoholism treatment in transition*. London: Croom Helm.
- Mäkelä, K. (1983) Alkoholkonsumtionens vågrörelser och alkoholfrågans historiska former. *Sociologisk Forskning*, 20(1): 11–19.
- Pattison, E.M. (1976) Non-abstinent goals in the treatment of alcoholics. I: R.J. Gibbins, Y. Israel, H. Kalant et al. (red.) *Research advances in alcohol and drug problems. Volume 3*. New York: John Wiley, 22: 401–455.
- Pattison, E.M., Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (red.) (1977) *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York: Springer.
- Prop. 2010/11:47 *En samlad strategi för alkohol-, narkotika-, dopnings- och tobakspolitiken*.
- Rehm, J., Anderson, P., Gual, A., Kraus, L., Marmet, S., Nutt, D.J., Room, R., Samokhvalov, A., Scafato, E., Shield, K.D., Trapencieris, M., Wiers, R.W. & Gmel, G. (2013) Defining substance use disorders. Do we really need more than heavy use? *Alcohol and Alcoholism*, 48(6): 633–640.
- Roizen R. (2004) How does the nation's "alcohol problem" change from era to era? Stalking the

- social logic of problem-definition transformations since repeal. I: C. Tracy & C. Acker (red.) *Altering the American consciousness. Essays on the history of alcohol and drug use in the United States 1800–1997*. Amherst, MA: University of Massachusetts Press.
- Room, R. et al. (1996) WHO cross-cultural applicability research on diagnosis and assessment of substance use disorder. An overview of methods and selected results. *Addiction*, 91(2): 199–220.
- Room, R. (1998) Alcohol and drug disorders in the International Classification of Diseases. A shifting kaleidoscope. *Drug and Alcohol Review*, 17(3): 305–317.
- Rush, B. (1785/1943) An inquiry into the effects of ardent spirits upon the human body and mind. With an account of preventing and the remedies for curing them. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 4: 324–341 (reprint).
- Samuelsson, E., Blomqvist, J. & Christophs, I. (2013) Addiction and recovery. Perceptions among professionals in the Swedish treatment system. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 30(1–2): 51–66.
- Selin, K. (red.) (2004) *Svenska dryckesvanor och relaterade konsekvenser i början av det nya milleniet*. Stockholms universitet, SoRAD, Forskningsrapport nr 20.
- SFS 2011:737 *Lag om vård av missbrukare*.
- SFS 2012:994 *Socialtjänstlag*.
- Socialstyrelsen (2007). *Nationella riktlinjer för missbruks- och beroendevård*. Nationella riktlinjer för vård, behandling och omsorg.
- SOU 1948:27. *Betänkande med förslag till lag om nykterhetsvård m.m. avgivet av 1946 års nykterhetsvårdsutredning*.
- SOU 2011:35. *Bättre insatser vid missbruk och beroende. Individ, kunskapen och ansvaret*. Slutbetänkande från Missbruksutredningen.
- Sulkkunen, P. & Rantala, V. (2011) Is pathological gambling just a big problem or also an addiction? *Addiction Research and Theory*, 20(1): 1–10.
- Trotter, T. (1804/1988) An essay, medical, philosophical, and chemical on drunkenness and its effects on the human body. London: Routledge (reprint).
- Wallander, L. (2008) *Measuring professional judgements. An application of the factorial survey approach to the field of social work*. Akademisk avhandling. Stockholm: Stockholms universitet.
- WHO (1952) WHO Expert Committee on Mental Health, Alcoholism Subcommittee. Second Report. *WHO Technical Report Series, No. 48*.