

Nils Bejerot

23:E TUSENDET

Missbruk av alkohol, narkotika och frihet

Ordfront
ORIGINALPOCKET

Missbruk
av alkohol,
narkotika
och frihet

Tin

min återfunder
syssling
Bingsten

med

lystliga kramar
från gamla vänner

fr

19.4.1984.

Nils Bejerot

**Missbruk
av alkohol, narkotika
och frihet**

Nils Bejerot har tidigare utgivit

Barn – Serier – Samhälle 1954 (1981)

Dödsolycksfallen i Sverige 1954 (med Ragnar Berfenstam)

Narkotikafrågan och samhället 1968 (1970)

Narkotika och narkomani 1969 (1972, 1975, 1977, 1980)

Addiction and Society 1970

Inlägg i narkotikadebatten 1970 (1972)

Addiction – An Artificially Induced Drive 1974

Somatiska komplikationer vid narkotikamissbruk 1974

Omhändertagen i Humlegården 1974 (med Inga-Lill och Jan-Åke Candefjord)

Drug Abuse and Drug Policy 1975

Narkotikamissbruk och narkotikapolitik 1975 (akademisk avhandling)

Svensk beroendelitteratur I: *Monografier om narkotika och narkomani* – en biblioteksinventering 1977 (med Ulrich Hermansson)

Knark – aldrig! Fall och fakta om narkotika och narkotikaskador 1980 (med Ulrich Hermansson och Berth Andréasson)

Missbruk och missförstånd 1981



©Nils Bejerot 1978

Sjunde tryckningen, 20–23:e tusendet, september 1983

Tryck: Esselte Herzogs, Nacka 1983

ISBN 91 7324 070 2

Innehåll

Inledning – bakgrund	7
I. Beroendetillståndens uppkomst och spridning	11
Vem blir narkoman och varför?	13
Beroendebildningens dynamik	21
Ungdomsnarkomaniernas epidemiologi	50
Stickmärkesundersökningen – en summarisk tolvårsrapport	59
Alkohol och farlighet	72
II Frivillighet kontra tvång i behandlingen	87
Frivillighet och tvång i behandlingen av alkoholister och narkomaner	89
Narkotika på anstalter	104
Tvångsvård kan lösa narkotikaproblemet	108
Ställ krav på missbrukarna	110
Socialstyrelsen en lekstuga för sorglösa amatörer ...	116
Linjerna klarnar i narkotikadebatten	121
Vilken behandling har ex-narkomaner fått	127
III Recensioner, intervjuer och polemik	143
Med hjälp av tvång klarar man i Hassela-kollektivet åtta av tio nerknarkade ungdomar	145
Alkoholpolitiken i historiskt perspektiv	150
Radikalt grepp på missbruksproblemen i ungdomsmiljö	153
Tvång behövs för att få knarkaren på fötter	159
Ett nytt perspektiv på psykiatri?	165
Ett missvisande referat i narkotikafrågan	169
Skyldighet att behandla kontra rätten att knarka ...	172
Ett genmäle till Kerstin Vinterhed	179
Några kommentarer till Sandhamnsligans fall	183
Popradikala fadäser	187
Hur ska vi ta itu med narkotikamissbruket?	189
Insändare och brev till Aftonbladet	193

Serafen som avgiftningssjukhus?	196
Människa, medel, miljö och marknad – några synpunkter på rusgifternas politiska ekonomi	200
I stället för slutord	204
Ordlista	205
Litteraturförteckning	208

Inledning – bakgrund

I och med att RFHL, Riksförbundet för Hjälp åt Läkemedelsmissbrukare, bildades senvintern 1965 och etablerade sig som en högröstad intresseorganisation för gängnarkomanerna, "knarkarna", fick narkotikafrågan en starkt liberal kantring i massmedia. Jag har ingående skildrat den utvecklingen i "Narkotikafrågan och samhället" (Aldus 1968).

De mycket få fackmän – socialläkare, psykiatrer, socialarbetare – som öppet trotsade den nya trosvisa modevågen och medicinalstyrelsens i största hast påkomna huvudlösa politik att tillåta legal massförskrivning av narkotika till missbrukare för injektion på egen hand utestängdes från alla yrvaket tillsatta kommittéer och utredningsgrupper och förtalades, förlöjligades i massmedia. Efter att ha varit ensam clartéist bland tusentalet reaktionära medicinare i Stockholm under det kalla krigets hårdaste år var jag härdad i kamp och bjöd självklart ett hårdnackat motstånd i fack- och dagspress. I "Inlägg i narkotikadebatten" (Sober 1970) samlade jag ett trettiotal artiklar och rapporter från dessa strider. Dessförinnan hade jag givit ut en systematisk, läroboksmässig framställning av problemområdet, "Narkotika och narkomani" (Aldus 1969).

Sommaren 1973 gjorde jag tillsammans med två psykologer en socialmedicinsk studie av det s k humlegårdsklientelet. Resultatet redovisades i "Omhändertagen i Humlegården" (Sober 1974).

Våren 1965 hade jag inlett ett forskningsprojekt om utbredningen av den allvarligaste av alla missbruksformer, det intravenösa injektionsmissbruket, i stockholmspolisens arrestklientel. Den första fasen av den studien omfattade 45 000 arrester och redovisades 1974 som akademisk avhandling, "Narkotikamissbruk och narkotikapolitik" (Sober 1975). Undersökningen pågår alltjämt, och en tolvårsrapport lämnas i denna volym.

Debatten och striden har som bekant gått vidare. I dag är det knappast någon som längre förordar massförskrivning av narkotika till knarkarna, vilket allmänt betraktades som progressivt och självklart 1965-67. Det är också ytterst få som ännu betvivlar att ungdomsnarkomanierna är psykosocialt smittsamma i särskilt mottagliga befolkningsgrupper. Allt fler börjar förstå att det föreligger en kvalitativ och inte bara kvantitativ skillnad mellan missbruksfas och beroendefas, och många har börjat ifrågasätta det vettiga i att försöka behandla knarkare med rostfria sängar och vitklädda sjuksköterskor på våra psykiatriska kliniker, där de enligt mitt förmenande aldrig hört hemma. Narkomani är, som jag skall försöka visa i den här boken, nämligen ingen "sjukdom". Alla här nämnda frågor har fått drivas hårt, och okunnighetens och opportunistens företrädare har fått fördrivas från den ena av vanföreställningarnas bastioner efter den andra.

Efter tolv års debatt återstår ännu några stora stridsfrågor oavgjorda: Hur preventionsarbetet och narkotikapolitiken i stort skall utformas (strikt, restriktivt och konsekvent eller slött, liberalistiskt och inkonsekvent) och hur behandlingsarbetet skall inriktas och utvärderas. Den knarkliberala falangen, främst företräd av RFHL och dess stödtrupper i massmedia samt relativt

grön medel- och överklassungdom i vårdsvängen, kämpar för att missbrukaren skall ha alla rättigheter (i praktiken att vila upp sig på behandlingshem när och så länge det passar missbrukaren), medan kollektivet-samhället skall ha alla skyldigheter att stå för fiolerna. En snabbt allt starkare falang – en front från vänster via socialdemokrater och mittenanhängare till moderater – kräver att rättigheter och skyldigheter skall råda ömsesidigt för missbrukare och kollektiv och att missbrukarna därför skall ha *skyldighet* att medverka till sin egen rehabilitering. Kring dessa återstående stridsfrågor handlar väsentligen föreliggande volym, som omfattar debattinlägg, artiklar och rapporter från de senaste åren.

Sedan vänstern de senaste åren börjat genomskåda knarkliberalismen och popradikalismen, tror jag att så starka krafter skall kunna mobiliseras mot det under lång tid accelererande sociala sönderfallet, att den annars ofrånkomliga utvecklingen mot kaos och fascism skall kunna hejdas. Den anarkistiskt-liberalistiska popradikalismen måste rullas upp från vänster. Med den här volymen vill jag leverera vapen och ammunition för den kampen. Var och en bör sedan använda arsenalen på bästa sätt.

För att öka läsbarheten för en bred publik har medicinska termer och andra fackuttryck i möjligaste mån bytts ut mot svenska beteckningar. De facktermer som inte kunnat undvaras har förklarats i en ordlista i slutet av boken och markerats med en asterisk (*), när de första gången förekommer i texten.

Jag ber om överseende för att vissa upprepningar och överlappningar av argument blir ofrånkomliga, när man sammanställer artiklar som skrivits vid skilda tidpunkter och publicerats i olika organ. Vissa upprep-

ningar har strukits, men de som ändå blivit kvar får ursäktas med den gamla frasen om att repetition är studiernas moder; då fyller upprepningarna en funktion.

Stockholm i december 1977

Nils Bejerot

I

Beroendetillståndens uppkomst och spridning

Vem blir narkoman och varför?

För att få narkotikafrågan belyst från de båda stridande huvudgrupperingarna inbjöd Folket i Bild/Kulturfront mig och ordföranden i RFHL:s arbetsutskott, Cecilia Modig, då byrådirektör vid socialstyrelsens narkomanvårdsbyrå, att skriva var sitt inlägg (FiB/K 3/1976). Jag återger mitt bidrag, som kan tjänstgöra som en komprimerad översikt över hur jag försökt analysera narkotikafrågan. I följande artiklar utvecklas sedan dessa resonemang mera fylligt. Motargumenten har alla mött i hundratals tappningar i Dagens Nyheter, Aftonbladet och Sveriges Radio sedan mitten av 60-talet.

Det är omöjligt att med en enda artikel ställa narkotikaproblemet på rätt köl efter tio år av ensidigt knarkliberal missinformation i radio-TV och en rad stora dagstidningar. Men vi kan försöka baxa det en bit.

Mest betydelsefullt för ett narkotikaliberalt synsätt är *symtomteorin*, dvs föreställningen att narkomani "bara är ett symtom på bakomliggande sociala och psykiska problem". I detta odialektiska synsätt förbiser man att de faktorer som gör att folk börjar med droger har mycket litet att göra med varför de senare kanske fortsätter på ett intensivt och tvångsmässigt sätt. Låt mig belysa detta med ett alldagligt exempel som inte skymms av känslomässiga dimridåer.

Att en liten knatte tar sin första cigarrett kan förstås betecknas som ett symtom på nyfikenhet och grupptryck. Att ungen efter tobaksdebuten tappert hostar

sig igenom det ena paketet efter det andra kan också betecknas som ett barnsligt symptom på ett behov att inför sig själv och andra verka litet mer vuxen och kaxig och göra vad kompisarna och de vuxna gör. Men att samma individ några decennier senare röker ett paket om dagen är knappast något kvardröjande symptom på nyfikenhet och kaxighet under späd ålder utan *uttryck för ett nikotinberoende och alltså ett tillstånd i sig självt, inte ett symptom.*

Beroendebildning innebär ett dialektiskt språng från en kvalitet (drogexperimenterande, voluntärfasen) till en helt annan kvalitet (drogberoende, beroendefasen). Att sluta röka när man väl hamnat i denna nya belägenhet är ett svårt och osäkert företag och detta även om man råkar vara en psykiskt, socialt, ekonomiskt och politiskt mycket stark människa. Men får man i stället sitt nikotin (vanligen 2-3 mg var 30:e minut) i snus, tablettform eller tuggummi så är det inte någon större konst att sluta röka – men nikotinismen underhåller man då med en annan distributionsform.

Principiellt förhåller det sig på samma sätt vid alla drogberoenden. Om en svårt smärtpåverkad patient utvecklar ett morfinberoende under oskicklig medicinsk behandling försvinner inte morfinismen därför att orsakerna till smärtan (tumören, skottskadan etc) åtgärdas och smärtan försvinner helt.

Med symptomteorin kan man inte förklara en mängd fenomen som numera torde vara välbekanta för dem som följt debatten. Teorin kan knappast förklara varför man bevisligen kan narkomanisera vilken djurart som helst, ned till insekterna, och i grunden förändra deras livsmönster. Den kan ännu mindre förklara den spontana förekomsten av narkomani i djurvärlden.

Eftersom symptomteorin inte beaktar medlens lättill-

gänglighet och de helt avgörande marknadsmekanismerna (varför hade vi inte behov av enarmade banditer för tio år sedan; varför var vårt behov av tobak obefintligt före Columbus äventyrligheter i Västindien?) kan den inte förklara varför narkomani i en rad länder visat sig vara 20–100 gånger vanligare bland läkare än bland andra. Den förklarar heller knappast varför hela stammar av sydamerikanska indianer tuggat kokablad sedan förhistorisk tid.

Återvänder vi till Sverige kan symtomteorin inte förklara varför vi inte hade någon ungdomsnarkomani på 30-talet trots att det rimligtvis måste ha funnits betydande sociala och psykiska problem också då. Arbetslösheten bland ungdomen var exempelvis väsentligt större än nu. Men i mitten på 60-talet var den obetydlig – då narkotikamissbruket spreds som snabast. Teorin kan verkligen inte förklara varför antalet injektionsmissbrukare i Sverige fördubblades var 30:e månad från 1948 till 1968 (med undantag för den RFHL-inspirerade perioden med liberal knarkförskrivning 1965–67 då antalet fördubblades på ett år). Antalet ”dåliga hem” och ”kyliga mödrar” kan knappast ha tilltagit med sådan geometrisk progression. Symtomteorin kan inte heller förklara varför vi inte hade ett enda känt fall av denna narkomaniform utanför Stockholm före 1956 och inte i grannländerna före 1965.

Allvarligast är att symtomteorin är passiviserande. Det är ju så litet man kan göra åt den sociala bakgrunden; man kan inte skaffa folk en ny barndom etc. I stället för att tackla det destruktiva beteendet här och nu så ursäktar man det – allt på en förödande felanalys: Man förväxlar alltså individens *mottaglighet* för drogexperimenterande med själva *drogberoendet*.

Det är nästan lika fatalt som om brandkåren inför ett övertänt hus skulle förklara att man inte kan göra något åt eldsvådan förrän man fått klarhet i brandorsaken.

Symtomteorin är ett kvasivetenskapligt missfoster som avlats och vuxit fram i en extremt individcentrerad, överklasspräglad liberal amerikansk psykologi. Ett drogberoende förutsätter inte någon neurotisk konfliktkärna (det är inte en neuros utan en konditionering, betingning), och det är föga påverkbart med traditionell psykoterapi (trots ideliga högljudda försäkringar om motsatsen från terapeuter som inte är beredda att acceptera fristående utvärdering av sin terapi). Redan Freud kom underfund med att den psykoanalytiska tekniken inte bet på narkomani och avhöll sig – efter några misslyckanden – från narkomanibehandling.

Det finns ett halvdussin principiellt skilda vägar in i drogberoende. Här skall jag belysa de tre viktigaste.

Drogberoende *som komplikation till medicinsk behandling* har redan berörts. Numera gäller det främst beroende av sömn- och rogivande medel. De som drabbas är vanligen medelålders människor med stress och neurossymtom som ångest, oro, nervositet, sömnlöshet etc. Män och kvinnor drabbas lika ofta och fallen är närmast direkt proportionella mot läkartätheten i området. De är mera ett medicinskt än ett socialt problem, och de drar aldrig in andra i sitt missbruk.

Ett banalt drogberoende av *kulturell eller endemisk typ** har vi redan berört, nikotinismen. Alkoholismen är annars vår allvarliga endemiska beroendeform, men i Nord-Afrika är det cannabinismen, i Syd-Amerika som nämnts kokainismen och i 1800-talets Kina var det opiumrökningen. I dessa fall är rusmedlet socialt

accepterat, och det är alltså inte något normbrott att använda det.

Det har gjorts ett otal ambitiösa undersökningar i hopp om att kunna förutsäga vilka som skall bli alkoholister. Dessa studier har visat sig fruktlösa, därför att faktorerna *utom* individen (hela härvan av aktuell ekonomisk och social påverkan) spelar en så oändligt mycket större roll än faktorerna *inom* individen ("bakgrunden", personlighetsstrukturen). Alkoholikaren Carl Carlsson i Göteborg har litet raljant påpekat att risken för alkoholism är större ju roligare yrke man har. Den största risken löper författare, skådespelare, konstnärer, musiker, diplomater, dvs folk med mycket fria yrken. Den som måste hålla sig nykter på fast arbetstid är enbart genom denna enkla sociala kontroll bättre ställd. Om man har det riktigt miserabelt och är en undanskuffad, hunsad och underbetald kvinnlig lantarbetare har man knappast någon möjlighet att supa på sig en alkoholism.

Den psykosocialt smittsamma, epidemiska typen av missbruk och narkomani är vad som till vardags kallas knarkproblemet. Här är varje nybörjare indragen i missbruket genom en redan etablerad missbrukare. Det är alltid fråga om ett normbrott (detsamma gäller vid sniffning) och som regel illegala droger. Följaktligen är det människor och främst ungdomar med hög benägenhet för normbrott som blir indragna. Den minsta motståndskraften (= den största mottagligheten, risken) har givetvis ungdomar med trasslig bakgrund och svag impulskontroll. Som grupp har knarkarna därför större frekvens av föräldraskilsmässor och trubbel bakom sig, de har också – statistiskt sett – haft en tidigare tobaks-, alkohol- och sexdebut än genomsnittet, de har skolkat mera, är mera kriminellt belas-

tade före drogdebuten än genomsnittet vid samma ålder etc. Männen är 3–7 gånger fler än kvinnorna.

Här föreligger också en social växelverkan. *Ju mer en knarkepidemi breder ut sig desto mindre blir normbrottet att pröva och desto mindre individuell mottaglighet behövs för att dras med.* Fenomenet illustreras vackert av sociologen Bruce D. Johnsons undersökning i USA (Marihuana Users and Drug Subcultures). Fem variabler (kön, religiositet, politisk orientering, tobaksrökning och många vänner som använde marihuana) kunde nästan helt ange om en person rökt marihuana eller inte. En religiös, konservativ amerikansk kvinna som inte röker tobak och inte har många cannabISRökande vänner har med 98 procents sannolikhet själv aldrig rökt cannabis. En icke-religiös, vänsterorienterad, tobaksrökande man med många cannabISRökande vänner har med mer än 99,5 procents sannolikhet själv rökt cannabis. I detta spridningsläge finns det alltså inte längre utrymme ens för individuella bakomliggande faktorer, men spridningsmönstret framgår klart.

Behandlingen blir mångskiftande både individuellt och generellt beroende på missbrukets art och grad, individens situation och samhällets struktur och engagemang. Allmänt kan man dock hävda, att behandlingskrafterna sammantagna måste vara starkare än kraften i drogbegäret om man skall ha utsikt till framgång. Vid exempelvis morfinism/heroinism är begäret bevisligen starkare än sexualdriften: Missbrukarna blir impotenta, men detta medför inte att man blir beredd att offra drogförlustelserna.

De missbrukare som själva verkligen vill sluta utgör inte något problem för vårdapparaten eller samhället. För dem som inte vill sluta och inte vill medverka till

frivillig behandling är alternativt uppenbarligen en konstruktiv behandlingsskyldighet eller ingen behandling alls. Den stora majoriteten av missbrukare som år efter år knarkar ner sig allt mer och fastnar i asocialitet, prostitution, parasitism och kriminalitet behöver en lång och påtvungen drogfrihet, helst i små behandlings- och rehabiliteringskollektiv av Hassela- och Daytop-modell. Men glöm inte att även mentalsjukhus, ungdomsvårdsskolor och kriminalvårdsanstalter är bättre alternativ än knarkarkvartarna! Knarkaren är ofri, den ofriaste av alla, bunden till händer och fötter av sitt drogberoende. Att falla undan för hans drogbegär, som han uppträder som en heltidsanställd och skicklig ombudsman för, och låta honom fortsätta sin destruktiva livsföring är en till humanitet förklädd okunnighet om vad narkomani representerar för individen och samhället.

Narkotikapolitiken i stort är avgörande för såväl behandling som prevention. Sedan en missbrukskultur skapats ökar en liberal, permissiv* narkotikapolitik missbrukarkretsarna som ökar kriminaliteten som ökar polismakten som blir hänvisad till en rad arbetskrävande men ineffektiva aktiviteter, eftersom knarkarna betraktas som oansvariga offer som först så småningom förhoppningsvis skall tröttna på sitt missbruk och sin asociala livsföring och söka vård. Ett sådant samhälle offerar i själva verket knarkarna för att slå vakt om liberala fördomar. En restriktiv och samtidigt progressiv och konstruktiv narkotikapolitik vänder på steken och betraktar knarkaren som ansvarig för sitt handlande. Det är en självklarhet att man i ett socialistiskt samhälle aldrig skulle acceptera ett omfattande narkotikamissbruk bland ungdomen. Den som minns Weimar-republiken upplever ultraliberalismen

som fascismens vägröjare.

I pocketboken "Narkotika och narkomani" har jag utvecklat resonemangen fylligare. Till sist, handen på hjärtat: Vem tror att Mohammed fick bukt med alkoholen genom gruppterapi? Vem tror att Mao tacklade opiumproblemet med "medmänsklighet" och psyko-terapi? Jag menar att ett samhälle har så många utslag-na missbrukare som folkets passivitet och de ansvariga organens inkompetens förtjänar.

Beroendebildningens dynamik

Här lämnas en fyllig redogörelse för de viktigaste förklaringsmodeller för alkoholism och narkomani som varit förhärskande under 1800- och 1900-talet. Detta avsnitt, som är det längsta i boken, är en lätt populariserad version av mitt inledningsföredrag vid en alkoholläkarkonferens på temat "Alkoholismens teori och klinik" i Fredrikstad, Norge, den 18-22 mars 1977.

Begreppet alkoholism är ännu inte väl genomarbetat och definierat. Olika forskare och kliniska* veteraner, myndigheter och internationella organisationer har som regel sina egna definitionsvarianter. När intressenterna utgår från helt olika referenssystem och modeller utan att klart ange detta – och ofta utan att själva vara medvetna om begreppets mångskiftande innebörd – är det dukat för missförstånd och kontroverser. Eftersom problemkomplexet därtill har starka sociala, politiska och etiska aspekter – både vad gäller prevention* och behandling – finns alla förutsättningar för att envar skall bli salig på sin fason.

Jag menar att teoretiska oklarheter och kommunikationssvårigheter utgör ett av huvudskälen till att de akademiska professionerna och samhället står handfallna och passiva inför alkoholproblematiken. Det är därför en angelägen uppgift att röja i den snårskog som ännu frodas kring begreppet alkoholism.

Inledningsvis vill jag försöka skissera de historiska huvuddragen i utvecklingen av begreppet alkoholism och belysa de olika tänkesätt och modeller som avlöst

varandra och stundom blandats, befruktats, förändrats, bildat skolor, rörelser och terapeutiska kottierier.

A. Religiös-moralisk modell

I gamla tider, fram till slutet av 1700-talet och första hälften av 1800-talet, betraktades narkomani (det gällde då främst opiumätning, opiumrökning, morfinism och dryckenskap) som synd och last, d v s ett religiöst-moraliskt synsätt var förhärskande.

Detta betraktelsesätt kunde variera i olika religioner och kulturkretsar och undergick som regel en långsam förvandling i liberal, sekulariserad* riktning. Den muslimska synen på alla slag av rus och rusmedel var absolut, kategorisk och ytterst repressiv (Koranen tillåter inte ens i små mängder vad som är berusande i stora mängder), medan den kristna synen var mindre kategorisk och repressiv men ändå starkt fördömande.

I Norden fick alkoholisterna suppa sig sönder och samman utan egentliga skyldigheter att medverka till behandling. Drinkarens problem uppfattades som följden av en störning i individens relation till Gud, och problemet gällde i sista hand en uppgörelse mellan människan och vår herre.

Att en sann och uppriktig skuld känsla i förbindelse med ånger och det massiva trosgenombrott, som en karismatisk* frälsning utgör, verkligen hjälper och i en handvändning kan förvandla det till synes hopplösa fallet till en socialt fungerande absolutist, är den insiktsfulle ateisten väl förtrogen med. Jag hoppas att troende kolleger inte tar illa upp om jag personligen vill kalla detta för en specialform av beteendeterapi.

B. Sjukdomsmodellen

Under 1800-talet kom alkoholismen allt mer att betraktas som en sjukdom, alltså ett medicinskt betraktelsesätt. En av de starkaste pådrivarna för sjukdomsmodellen var Magnus Huss, professor i medicin vid Serafimerlasarettet och författare till den klassiska monografin "Alcoholismus Chronicus" (1849).

Sjukdomsbegreppet vållade tidigt svårigheter, eftersom de sjuka som regel – paradoxalt nog – inte ville låta sig behandlas utan fortsatte att odla sin sjukdom. Detta ledde till att man så småningom började ifrågasätta riktigheten i att betrakta alkoholism som en sjukdom. Så påpekade den svenske alkoholläkaren och socialreformatorn Ivan Bratt tidigt att sjukdomsbegreppet inte täckte den kliniska bilden utan att det mera rörde sig om en beteendestörning. Även i detta avseende var Bratt långt före sin tid.

C. Symptomteorin; en psykodynamisk modell

De praktiska svårigheterna och motgångarna vid behandlingen av vad man uppfattade som sjukdomen alkoholism ledde under 1920-talet till att en ny riktning växte fram. Under inflytande av psykoanalys, humanpsykologi och sociologi kom narkomani-alkoholism att uppfattas som *ett symptom* på bakomliggande sociala och/eller personliga störningar. Detta psykoanalytiskt inspirerade betraktelsesätt brukar av anhängarna kallas en "dynamisk" modell, en beteckning som har karaktären av övertalande definition. Mera neutralt kallas den ofta för symptomteorin.

I symptomteorin framstår den intensiva, stundom närmast tvångsmässiga rusbenägenheten hos alkoholisten-narkomanen som uttryck för ett känslomässigt bristtillstånd hos individen och/eller i hans sociala mil-

jö. Detta leder till föreställningen att om bara yttre sociala svårigheter (trångboddhet, arbetslöshet, äktenskapsproblem etc) röjs undan och personliga konflikter kuperas* genom insiktsterapi, så skall symtomet alkoholism-narkomani upplösas och vederbörande skall åter kunna dricka "normalt" och kontrollerat.

För ett par år sedan hade jag tillfälle att fråga en församling av ett 30-tal av Sveriges mest erfarna alkoholläkare, om de någonsin mött ett enda fall av kliniskt verifierad alkoholism, där vederbörande efter vilken behandling det vara må, återvunnit kontrollen över alkoholen och kunnat följa gängse sociala dryckesmönster. Ingen av dessa kolleger, med sammanlagt ca 500 års klinisk läkarerfarenhet av alkoholism bakom sig, hade någonsin sett ett sådant fall. Det finns några enstaka fall beskrivna i litteraturen, men skeptikern skulle kanske misstänka att dessa personer en tid varit grava alkoholmissbrukare utan att verkligen ha haft ett utvecklat tvångsmässigt dryckesmönster. Victor Borg har dock berättat för mig att han stött på *ett* fall av denna typ under sin långa praktik, så uppenbarligen finns fenomenet i sinnevärlden. Observationstiden är dock sannolikt en öppen fråga i dessa ytterst sällsynta fall.

Under mycket speciella motivationsförhållanden kan, som också visats experimentellt, alkoholister för en tid dosera sin konsumtion och "offra" rusupplevelsen. Detta utgör dock inte något stöd för symptomteorin, men är väl förenligt med en inlärningspsykologisk driftmodell. Man skulle exempelvis säkerligen också kunna förmå unga och sexuellt högaktiva män att avbryta just påbörjade samlag under en tid, även om belöningen för sådana uppoffringar måste vara betydande.

D. Inlärningspsykologisk modell

På basis av rön från den kliniska psykiatrin, neurofysiologin, experimental- och inlärningspsykologin, socialantropologin och zoologin har jag under det senaste decenniet arbetat fram en inlärningspsykologisk modell för beroendet (Bejerot 1971a, 1972). Jag anser att vi i dag med stor tyngd kan hävda att alkoholism-narkomani varken är sjukdom, symtom eller synd utan att fenomenet representerar ett inlärt, konditionerat* tillstånd.

Det är intressant att se att den dialektiska utvecklingsprocessen har pendlat mellan en mera humanistisk tradition (A och C, den religiösa modellen och symtomteorin) och en mera naturvetenskaplig tradition (B och D, sjukdoms- respektive inlärningsmodellen). Varje tes har fött sin antites, och de nya synteserna har varje gång inneburit ett steg framåt i förklaringsavseende.

Beroendebildningens intressenter

Eftersom de grava beroendeformerna även i fackmannakretsar är omgärdade av mycket starka emotionella komponenter, är det inte pedagogiskt fruktbart att gå direkt på narkomanierna. Många skulle kanske känna sig förbryllade, andra skulle kunna bli känslomässigt blockerade. Området är inte bara känslomässigt höginfektat utan också vetenskapsteoretiskt komplicerat och mångfacetterat. Man kan utan vidare peka på ett tjugotal vetenskapliga discipliner, som är direkta intressenter i frågan och som alla sitter inne med någon pusselbit var. Inom flertalet av dessa discipliner tror man nog ganska allmänt att den egna disciplinen sitter inne med den viktigaste eller avgörande pusselbiten,

samtidigt som man ofta är förvånansvärt okunnig om vilka bitar andra vetenskapsgrenar kan bidra med.

Jag vill gärna peka på några av de etablerade vetenskapliga intressenterna inom beroendeproblematiken: Om man börjar på den naturvetenskapliga sidan bör man nämna kemin, farmakologin och farmacin, toxikologin, fysiologin och särskilt neurofysiologin, internmedicinen, patologin (sjukdomsläran) och rättsmedicinen. Vi kan gå vidare till psykiatrin som är en huvudintressent, socialmedicinen, psykologin i många former, särskilt experimental- och inlärningspsykologin, pedagogiken, sociologin, kriminologin, juridiken, socialantropologin, ekonomin och t o m filosofin, etiken och teologin, för den som är intresserad av sådana aspekter. Kultur- och litteraturhistorien kan också bidra med många värdefulla infallsvinklar.

Alla dessa ämnesområden och ett dussintal andra har väsentliga pusselbitar att lämna till helhetsbilden av alkoholism och narkomani. Men om vi börjar öva med alla dessa 20-30 bollar på en gång så tappar vi dem alla. Det faller sig därför naturligt att börja övningarna med en boll i taget. Jag menar att man gör klokt i att börja titta litet närmare på inlärningsmodellen – hur konditioneringar eller betingningar uppstår.

För att förebygga urladdning av emotionell högsänkning skall jag beskriva min bild av beroendebildningens dynamik utifrån ett beroende som inte är omgärdat av några fysiska, psykiska, sociala, ekonomiska eller moraliska sanktioner av något slag, nämligen nikotinismen, som jag menar att vi kan dra många värdefulla lärdomar från. Dessutom är ju nikotinismen en beroendeform som säkerligen är väl företrädd och känd i mitt auditorium.

Nikotinismens uppkomstmekanismer

Med den streckade linjen A–B i fig 1 vill jag markera en ung människa som ännu inte kommit i kontakt med tobaken. Så småningom kommer som bekant tobaksdebuten (B). I min barndom på 30-talet skedde den vanligen i 12–13-årsåldern, nu lär den ligga i 8–9-årsåldern.

Vi kan omedelbart konstatera att den unge debutanten naturligtvis inte har något medfött nikotinbehov eller nikotinbegär. Det fordras inte några psykologiska eller sociologiska djupdykningar för att visa att det helt avgörande skälet till att barnet tar sin första cigarett är pur och skär nyfikenhet.

Nikotinet är en ganska stark centralstimulerande drog. En vanlig cigarett innehåller endast omkring 1,5 mg nikotin, vilket är en hög dos för den som inte är van att röka eller snusa.

Rökdebuten medför att vår lille experimentator blir ganska yr i mössan, blir illamående, får huvudvärk och kanske t o m kräkningar. Trots obehagen brukar mönstret vara att nybörjaren envetet hostar sig igenom det ena cigarettpaketet efter det andra (B–C). Detta

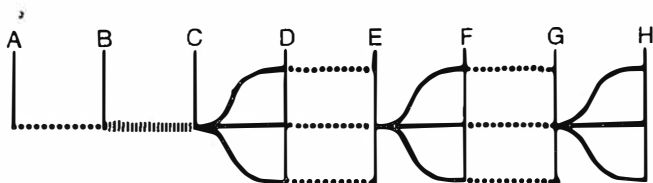


Fig. 1. Schematisk bild över nikotinismens utvecklingsfaser. A–B tiden före tobaksdebuten, B–C kontrollerad rökning eller voluntärfas, C–D driftsmässig rökning eller aktiv beroendefas, D–E tillkämpad eller accidentell abstinens eller latent beroendefas, E–F återfall eller aktiv beroendefas, F–G förnyad abstinensperiod, G–H återfall och kronisk nikotinism.

kan i och för sig synas märkligt, eftersom nybörjaren på detta stadium ännu inte utvecklat något nikotinbegär eller beroende. Avgörande för fortsättningen av den initiala rökningen brukar vara att vederbörande vill imitera äldre kamrater och vuxna för att på det sättet inför sig själv och andra framstå som mera vuxen och självsäker än han egentligen är.

Tidig imitation av olika vuxenbeteenden är ett mycket vanligt ungdomsbeteende som förekommer i många former. Om ni ser tillbaka på er egen pubertetsperiod erinrar ni er säkert en rad vuxenbeteenden, som ni tidigt försökte lägga er till med i hopp om att göra olika vinster på det sättet. Jag kan berätta att vi som var pojkar i Sverige under 30-talet i stor utsträckning skaffade oss herrhatt, när vi kom upp i 14-15-årsåldern, inte för att vi tyckte att hatten var klädsam utan för att man med hjälp av den kunde komma in på barnförbjuden film ett par år tidigare än utan hatt.

Voluntärfasen

Vår unge rökare har ännu en fullständig viljemässig kontroll över sin nikotinkonsumtion. Det är inte något som helst problem för honom att avstå från att röka en cigarett, när det passar hans vanligen omedvetna syften, som på detta stadium är andra än att tillfredsställa ett ännu inte etablerat nikotinbegär. En del rökare stannar hela livet i denna fas, som lämpligen kallas frivillighetsfasen eller voluntärfasen (B-C i fig 1). Man kanske tar en cigarett till kaffet av och till i stället för en kaka, eftersom man undviker några kalorier på det sättet. Eller man röker en cigarett för att ha någonstans att göra av händerna i ett sällskap, där man inte känner sig riktigt hemma, eller kanske endast för att kokettera och se tankfull ut, när man i själva verket vill

dölja sin blyghet etc. *Genomgående för voluntärfasen är alltså att motiven att röka är andra än att tillfredsställa det ännu obefintliga nikotinbegäret.*

Voluntärrökarna är inte att betrakta som nikotinister i mitt definitionssystem. Jag vill beteckna dem som tillfällighetsrökare eller okynnesrökare. *Det karakteristiska för voluntärfasen är att viljan är överordnad drogeffekten, och individens "vanliga vilja" styr beteendet.*

Beroendefasen

Om man är oklok nog att för en tid fortsätta att föra in den centralstimulerande drogen nikotin i centrala nervsystemet via inandningsluften, så stimuleras vissa element i nervsystemet av detta, och vederbörande börjar lära sig att uppleva en behaglig centralstimulerande effekt av nikotinet. Genom inläring, en direkt konditionering, glider individen på detta sätt omärkligt in i ett nikotinberoende. Ett begär efter nikotin – eller rättare sagt efter nikotineffekterna – börjar växa fram.

Det är, såvitt jag vet, inte närmare utforskat om det fordras 10, 50 eller 100 paket cigaretter, innan man glider in i ett manifest* nikotinberoende. Fenomenet ter sig som en vanlig farmakologisk dos-svar-relation med variabler som dosstorlek, cigarettens nikotinhalt, dosintensitet (hur ofta man röker), dosduration (hur länge rökandet pågår) och naturligtvis de individuella variationer som alltid förekommer i biologiska material.

Det karakteristiska för beroendefasen är att *nikotinbegäret antar en driftsmässig karaktär och styrka.* Man kan också uttrycka det så att det förvärvade begäret efter den tillfredsställelse, som nikotineffekterna har utvecklats till, blir överordnat "viljan", som

anpassar sig till begäret ungefär som till medfödda biologiska drifter. Med psykoanalytisk terminologi skulle man kunna säga att krafterna i "detet" har tagit herraväldet över krafterna i "jaget" och "överjaget"*. .

Om rökning är förbjuden under föreläsningar och sammanträden kan nikotinisten utan större olägenhet vänta med rökningen tills det blir paus, ungefär som han kan skjuta på att få uträtta sina trängande naturbehov. Nikotinisten skulle också med viss anspänning kunna sköta ett heltidsarbete på en bensinstation, där han inte fick röka under hela arbetsdagen. Just omöjligheten att tillfredsställa nikotinbegäret i den givna situationen skulle dämpa abstinensen och göra den mera uthärdlig, ungefär som sjömännen lättare kan tränga bort sitt sexualbegär bland stormarna till sjöss än bland bordellerna i hamn.

När nikotinisten kommer i en situation, där det inte vållar några olägenheter att tillfredsställa nikotinbegäret, konsumerar han en erforderlig dos. Får den inbitne nikotinisten inte i sig ett par milligram nikotin var 20:e till 30:e minut under dygnets alla vakna timmar, upplever han att något väsentligt fattas honom. Den beskrivna processen representerar, menar jag, den generella dynamiken för hur ett drogberoende uppkommer.

Om nikotinisten av ett eller annat skäl vill sluta röka, är det som bekant alltid ett osäkert företag. Engelska och amerikanska epidemiologiska* studier på mycket stora befolkningsgrupper har visat att varje cigarett – statistiskt sett – förkortar livet med omkring 4 minuter. Det innebär att den som röker ett paket om dagen från tonåren och framåt kan påräkna 6 à 7 års kortare livslängd än icke-rökarna. Även ett så banalt

drogberoende som nikotinismen är alltså förbundet med en betydande överdödlighet.

Det finns som bekant även starka ekonomiska skäl att sluta röka. Dagens Nyheter beräknade häromåret att om en person dagligen från 15 års ålder satte undan vad ett paket cigaretter kostar, placerade pengarna inflationssäkert, vilket fordrar en viss omtanke, och fick 10 procents ränta på kapitalet, så skulle vederbörande vid sin pensionering ha en besparing på över en miljon kronor. Nikotinisterna försöker dock som regel skaffa sig sin förmögenhet på något mindre uppoffrande sätt.

Grundpersonligheten underordnad

Grundpersonligheten saknar inte helt betydelse för uppkomsten av nikotinism eller det eventuella besegrandet av detta beroende. Men det har inte någon avgörande betydelse i vilken hjärna nikotinismen sitter. Låt oss göra tankeexperimentet att nikotinismen vidhäftar en människa utan kroppsliga, psykiska, erotiska, sociala, ekonomiska eller andra problem – alltså ett A-barn från sagornas och hjältarnas värld. Om denna människas enda problem är att han är nikotunist, så gör hans privilegierade status i övrigt det inte väsentligt lättare för honom att sluta röka än för någon annan.

När den problemfrie eller problemfylld nikotinisten avbryter sin nikotintillförsel, kommer de båda in i samma slags abstinensperiod, som karakteriseras av starka och täta vågor av intensiv nikotinhunger. Erfarenhetsmässigt återfaller de flesta snart i sitt rökande. Ett år efter ambitiösa rökavvänjningskurer brukar omkring 75 procent ha återfallit, trots att det varit fråga

om en välmotiverad grupp som gjort sig besväret att börja rökavvänjningen.

Om vi har att göra med en synnerligen enveten och viljestark människa, som därtill har fattat en bestämd föresats att sluta röka, vet vi erfarenhetsmässigt att vågorna av stark nikotinhunger så småningom avtar i styrka och frekvens. Efter några månader är de praktiskt taget försvunna, men även åratal senare – när havet så att säga ligger spegelblankt – kan det fortfarande komma enstaka kraftiga efterdyningar av nikotinsug, särskilt i situationer där individen tidigare regelmässigt brukade röka, t ex vid bridgespel, efter en festmåltid etc. Det visar att rökningen ofta underbyggs av flera inbördes förstärkande konditioneringar (betingningar). Även dessa sena efterdyningar tonar så småningom bort, men jag har hört flera f d rökare som upplevt dem efter flera års fritt intervall och mer än tio års total tobaksabstinens.

Abstinensperiodens längd och beroendemekanismen

Om en f d storrökare tillkämpat sig en så långvarig och konsekvent abstinensperiod att även seneffekter som eftersug etc upphört sedan många år, är vederbörande trots detta erfarenhetsmässigt inte psykiskt återställd utan endast en abstinent nikotinist med en dold, latent nikotinism för resten av livet. Om den abstinente nikotinisten efter 10, 15 eller 20 år tar sig några enstaka cigaretter igen av egen experimentlusta "för att känna hur det smakar nuförtiden", så innebär detta nästan undantagslöst att rökaren fortsätter, sedan han överskridit en viss tröskelkonsumtion. Efter kort tid brukar vederbörande vara tillbaka i samma avancerade konsumtionsmönster som han hade tidigare, och den mel-

lanliggande abstinensperiodens längd tycks vara av helt underordnad betydelse (E–F i fig 1).

Djupare sett synes alltså nikotinismen vara ett "obotligt" tillstånd, såtillvida att en mycket lång total-abstinens inte återställer nikotinisten i beroendeavseende: Han återförs inte till sin ungdoms oskuldsfulla relation till tobaken eller den tidiga inlärningsperioden, voluntärfasen, då han kunde experimentera med tobaken och umgås med den sporadiskt eller regelbundet under full viljemässig kontroll.

Beroendet ett tillstånd i sig

Det är inte något märkligt med de redovisade mekanismerna kring nikotinismen utan de följer välkända inlärningspsykologiska lagar. Men de visar, enligt min bedömning, mycket klart att nikotinismen dels representerar ett drogberoende, dels att *beroendet inte är ett symptom utan ett tillstånd i sig*.

Att den unge en gång tog sin första cigarett var *ett symptom på ungdomlig nyfikenhet*, om vi skall envisas med att använda medicinsk terminologi på sociala fenomen, vilket jag tror är olyckligt och lätt kan vålla missförstånd bland folk som inte har en djupgående medicinsk skolning. (Dagligen får man exempelvis höra olika behandlare beskäftigt hävda att "man skall inte ägna sig åt symtombehandling", dvs de visar en total okunnighet om hela den palliativa (närmast = lindrande) medicinen, som de i nästa ögonblick starkt förordar: "Bör inte alla kvinnor ha rätt att föda utan smärtor?" etc.) Riktigare än att säga att den första cigaretten var ett "symtom" är väl att säga att den var en *yttring* av nyfikenhet. Likaså bör man inte säga att den fortsatta rökningen under experimental- eller vo-

luntärfasen var ett symtom på utan en yttring av behovet att imitera de äldre kamraterna etc.

När samma individ ett par decennier senare kanske röker ett paket cigaretter om dagen, är detta emellertid inte något senkommet symtom på eller yttring av nyfikenhet i späd ålder eller ett behov att imitera äldre kamrater, utan ett tillstånd i sig – ett nikotinberoende. Det har skett ett dialektiskt språng, en kvalitetsväxling från voluntärfas till beroendefas.

Det inlärningspsykologiska synsättet får givetvis djupgående återverkningar på såväl behandling som förebyggande åtgärder. Symtomteorin utsäger att det inte är drogmissbruket här och nu som skall tacklas utan "de bakomliggande orsakerna", eftersom missbruket-beroendet "endast är ett symtom". Följden blir passivitet och otaliga former av nonsensteraperande. Inlärningspsykologin lär att vi skall börja med det aktuella beteendet.

Kritik av symtomteorin

Symtomteorin kan vid första påseendet förefalla logiskt enkel och självklar. Jag tror att denna skenbara självklarhet i resonemanget starkt har bidragit till dess snabba spridning: Jag har stött på symtomteorin, låt vara i mångskiftande varianter, i ett 40-tal länder över hela världen, såväl i öst som i väst.

Men en ovetenskaplig teori ställer inte årtusendens erfarenheter på huvudet och får en världsomfattande spridning enbart för att den förefaller logiskt enkel och självklar. Det brukar alltid finnas tillräckligt mycket kritiskt tänkande här och var för att hindra sådana världskatastrofer. Huvudskälet måste vara något annat. Som så många andra bizarra efterkrigsfenomen (ungdomsrevolten, popradikalismen etc) tror jag att

dagens kritiklösa och tanklösa acceptering av symtomteorin indirekt kan återföras till Hitler.

Symtomteorin har gamla rötter. Vi möter den i Ludvig Holbergs "Jeppe på Bjerget": Alla säger att Jeppe super men ingen frågar varför Jeppe super. Symtomteorin fick en mera sofistikerad utformning i den humanistiska strömning, som växte sig stark i mellaneuropeiska överklasskretsar i slutet av 1800-talet som svar på naturvetenskapernas och teknologiernas snabba landvinningar. Den formulerades kring grumliga, populariserade psykoanalytiska tänkesätt. Utan Hitler hade nog återvändsgrädden slutat i Europa.

På grund av den fascistiska raspolitiken utvandrade som bekant stora grupper av europeiska intellektuella till USA under 30-talet. En betydande del av dem var psykiatrer, psykoanalytiker och psykologer. I USA togs de givetvis emot som de motståndsmän och bundsförvanter de verkligen var. Men på köpet kom så USA och senare nästan hela världen att drabbas av ett okritiskt acceptering inte bara av seriös psykoanalys (som kanske kan hjälpa dem som fått för mycket men inte dem som fått för litet uppfostran eller överjagstryck) utan även av de otaliga vulgärvarianter, som numera blivit en födkrok för många "människointresserade".

Man kan i den s k kulturdebatten klart följa olika spridningsstadier för symtomteorin. Först drabbades alltså humanpsykologerna, medan experimental-, inlärnings- och beteendepsykologerna aldrig accepterat symtomresonemangen utan arbetat med vetenskapliga falsifierbara* modeller. Efter psykologerna drabbades många psykiatrer och, vilket var allvarligare, åtskilliga journalister och publicister på jakt efter nya tankeströmningar. Via massmedia vanns under 60-talet även

breda skikt av socialarbetare och lärare för symtomtänkandet med svåra återverkningar inom socialvård och skola som följd. Under senare år har symtomteorin t o m börjat tränga ut bland den breda allmänheten, som traditionellt har stått på fast mark när det gällt alkohol och alkoholmissbruk. Där har det tidigare inte varit tal om "symtom" utan om felaktiga värderingar och attityder (inställningar och levnadsregler), dåliga vanor och skadliga beteenden som man på ett eller annat sätt skulle svara för. Att beteenden bland såväl djur som människor styrs av tidigare inlärda och nu förväntade konsekvenser av beteendet har allmogen känt till i årtusenden, innan experimentalpsykologerna upptäckte distinkta lagar för beteendet.

Det är viktigt att utförligt visa att symtomteorin vetenskapsteoretiskt sett är primitiv och mekanistisk och att den inte beaktar vare sig dialektik eller omfattande inlärnings- och experimentalpsykologiska erfarenheter. Den har faktiskt inte ens tillgodogjort sig den observanta kliniska psykiatrins erfarenheter.

Freud försökte själv behandla några fall av kokainism med psykoanalys, men eftersom Freud var en genial och mycket observant iakttagare, insåg han snart att tekniken inte lämpade sig för denna typ av tillstånd. Under ett halvsekel har seriösa psykoanalytiker också väsentligen undvikit att behandla beroendetillstånd (Harding 1975), uppenbarligen för att det var välkänt att dessa tillstånd är av helt annat slag än överjagsneuroserna och otillgängliga för sedvanlig analytisk terapi. Men Freuds talrika sentida epigoner* är historielösa på detta område, liksom de är det beträffande missbrukshistoria och socialantropologi.

Den skenbara logiken i symtomteorin kan belysas med en drastisk analogi. Att hävda att det inte är

missbruket-beroendet här och nu som skall attackeras och behandlas utan "de bakomliggande orsakerna" är ungefär lika skarpsinnigt som om brandkåren inför ett övertänt hus skulle förklara att man inte kan göra något åt eldsvådan förrän man fått klarhet i brandorsaken.

Det kan synas rätt och grymt att hänga upp symptomteorins logiska tankefel till allmänt beskådande på detta hjärtlösa sätt, men den smärtsamma processen är ofrånkomlig, om vi skall ta oss ur den nuvarande tankeordan och passiviteten inom beroendområdet.

Avslutningsvis vill jag till detta avsnitt säga att jag menar att nikotinismen är en utmärkt prototyp för hur alla typer av drogberoenden fungerar – men däremot naturligtvis inte för hur de uppstår socialt. Det finns nämligen många helt skilda vägar in i olika typer av drogberoenden, som drabbar vitt skilda riskgrupper etc (Bejerot 1975b). Men det viktiga är att känna igen drogberoendet som en konditionering till behagliga effekter (eller undvikande av obehagliga effekter, vilket medför samma konditioneringsmekanismer längs den relativa lust-olust-skalan). Den inlärningspsykologiska modellen får, som redan sagts och senare skall visas, omfattande konsekvenser för såväl prevention som behandling.

Alla beroendeformer står varandra nära

Jag menar på fullt allvar att det ur biologisk och inlärningspsykologisk synpunkt inte är någon principiell skillnad mellan koffeinstein, nikotinism, läkemedelsberoende, alkoholism och narkomanier. De är alla mycket närbesläktade tillstånd, uppkomna genom konditioneringar till olika medel, som har det gemen-

samt att de via skilda mekanismer påverkar strukturer i det centrala nervsystemet och därmed individens upplevelse av lust och välbefinnande.

De beroendeframkallande medlens giftighet och skadeverkningar för individ och samhälle varierar som bekant enormt. Vissa starkt behagliga medel (t ex kokain) ger snabbt ett intensivt begär och en yttre, kemisk styrning av beteendet, andra är högggradigt giftiga med en mycket snäv marginal mellan rus och dödlig förgiftning (t ex trikloretylen, tri), andra återigen kan brukas och missbrukas under lång tid innan ett driftsmässigt begär uppstår (t ex alkohol). Som gammal hängiven koffeinstein anser jag förstås att koffeinet enbart har positiva effekter – det tycker de flesta om sin speciella favoritdrog – fast jag intellektuellt mycket väl inser att så inte är fallet.

Att även koffeinsteinen ofta verkligen innebär ett mycket starkt begär erinrar sig de som är tillräckligt gamla för att ha upplevt den hårda kafferansoneringen under andra världskriget. Då kunde gamla människor – som av lättförståeliga skäl utvecklar det starkaste kaffeberoendet – betala betydande belopp för ett kilo kaffe på den svarta marknaden. Personligen skulle jag nog kunna hänga med i prisutvecklingen för en kopp kaffe upp till vad ett paket cigaretter kostar, men koffeinet fick väl då avnjutas med något längre intervall än nu. Ändå förefaller det som om kaffet/koffeinet inte producerar någon kraft, glädje eller stimulans som vi inte redan har.

För att belysa hur jag uppfattar beroendemekaniserna är det på sin plats att även titta närmare på en hypotetisk modell av koffeinets effekter på välbefinnandet. Neurofysiologerna skulle kunna testa den och som jag tror bekräfta den. Den bygger helt på självupp-

levda iakttagelser.

När jag vaknar om mornarna befinner jag mig – det gäller sedan ungdomsåren – i ett tillstånd som skulle medföra att jag inte vågade stiga upp ur sängen, om inte erfarenheten hade lärt mig att jag snart skall känna mig litet bättre igen. Jag släpar mig ut i köket, tar min morgonjuice och en ostsmörgås och – det viktigaste – en kopp starkt kaffe. Redan efter några minuter börjar krafterna rinna till och jag beslutar mig storsint för att försöka stå ut med världen och mänskligheten ytterligare en dag.

Vad har hänt? Jag tror inte att någonting annat har hänt än att min akuta koffeinabstinens kuperats och den tillförda koffeinnmängden har mobiliserat ett kvantum av hjärnans signalsubstanser, vilket subjektivt upplevs som ett energitillskott. I själva verket torde denna omedelbara utsvämning av signalsubstanser ske på bekostnad av en lägre utsvämning de närmaste timmarna efter koffeinintaget (fig. 2).

Omkring kl 9.30 infinner sig en trötthetsperiod, då man uppenbarligen ”återbetalar” den överkonsumtion av signalsubstanser man frigjorde med morgonkaffet

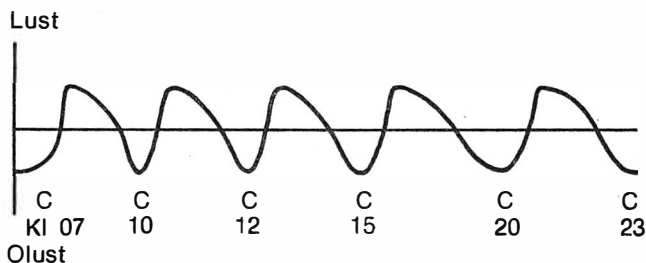


Fig. 2. Schematisk, hypotetisk bild av koffeineffekter och välbefinnande under dygnets vakna timmar. C betecknar koffeindos.

några timmar tidigare. Tillståndet uppfattas subjektivt dock inte som en återbetalning utan som en koffeinsteinbrist, som bör kuperas med dagens andra kaffepaus. Samma procedur upprepas sedan vid lunchen, eftermiddags- och kvällskaffet.

Om modellen är tillnärmelsevis korrekt, innebär detta att vi mellan kaffepauserna förlorar lika mycket välbefinnande som vi utvinner vid koffeintillförseln. Det skulle innebära att de som inte dricker kaffe, t ex frisksportarna, skulle gå miste om koffeinsteinernas små "kickar" ett halvdussin gånger om dagen men i gengäld slippa den trötthet och dåsighet som koffeinsteinerna får vidkännas under "återbetalningsfasen".

Om man inser att man med kaffet endast lurar sig själv, varför fortsätter man med öppna ögon att låta lura sig och därtill betala ett stigande pris för detta? Helt enkelt därför att lust-olust har mera med känslor än med förnuft att göra. Fenomenet grundas på vissa välkända inlärningspsykologiska lagar.

En snabb förändring i känsloläget – till det bättre eller sämre – registreras kraftigt av både människor och djur och ger vid upprepning en snabb koppling till de utlösande omständigheterna, som eftersträvas eller undviks, s k förstärkning. En långsam förändring registreras sämre än en snabb, och kopplingen till de utlösande omständigheterna blir tunnare eller kan ofta förbli oupptäckt, vilket ger svagare konditionering. Detta kan iakttas vid exempelvis delirium tremens, "fylldille", där de obehagliga symtomen kommer betydligt långsammare än de tidigare ruseffekterna. Följden blir att delirianten inte kopplar obehaget till den akuta bristen på alkohol.

Genom dessa tidsförhållanden i inlärningsprocessen känner vi att kaffet ger oss stimulans, när det i själva

verket endast pressar ut vågor av den kraft vi skulle ha behövt senare. Att vi själva genomskådar förhållandena och har en klar insikt och förståelse för mekanismerna brukar inte förändra våra kaffe- eller tobaksvanor. Detta om något belyser insiktsterapins begränsningar när det gäller beroendetillstånd.

En och annan kanske tror att det är själva ritualen kring kaffepausen eller rökningen som huvudsakligen svarar för de behagliga effekterna. Den villfarelsen kan enkelt vederläggas med koffeinfritt kaffe eller nikotinsvaga cigaretter. Experimentellt har det visats i dubbel-blind-försök (dvs där varken försökspersonen eller undersökningsledaren känner till innehållet i den givna dosen) att nikotinister, som omväxlande ges svagare och starkare cigaretter, omedvetet letar sig fram till den nikotindos de är vana vid genom att variera antalet cigaretter. (För att minimera inslaget av tjära, koloxid och andra oönskade ämnen bör cigaretter alltså hålla hög nikotinhalt – om man nu accepterar att odla nikotinbegäret).

Alkoholismen inte något undantag

Av det sagda har framgått att jag menar att alkoholkonsumtion och även ett betydande och långdraget missbruk mycket väl *kan* vara symtomatiskt, dvs sekundärt till yttre svårigheter. Mycket vanligare är det dock ett uttryck för dryckesvanorna i de kretsar man umgås i och de värderingar och attityder man omedvetet har införlivat i sin föreställningsvärld.

Jag har faktiskt aldrig hört talas om någon som tagit sin första drink därför att han varit ledsen eller bedrövd. Praktiskt taget alla har debuterat i samband med fest eller firande av något slag, dvs i en situation då man redan utan starka drycker varit på gott humör,

eller i smyg och spänning tillsammans med andra nyfikna tonåringar.

Alkoholen är som bekant ett centraldepressivt* medel, som redan i små doser dämpar våra hämningsfunktioner, men dessa är formade av vår verklighet och därför som regel anpassade till den. När hämningsarna dämpas, stiger självkänslan och omdömet avtar. Detta upplevs av alla i lättare stadier som behagligt – man blir fnissig, glad och skämtsam etc eller påstridig och grälsjuk, om det är sådana tendenser hämningsapparaten normalt brukar hålla i styr. Med högre doser förstärks som bekant effekterna tills de övergår i ore-dighet och berusning.

Precis som fallet är med koffeinet torde alkoholen inte kunna producera någon kraft eller glädje, som inte redan finns i människan. Men alkoholen kan på beställning vid lämplig tidpunkt frigöra lustkänslor hos individen, som därigenom tillgodogör sig glädje på bekostnad av olust och dagen-efter-stämning senare. Precis som med kaffet sätter alkoholens behagliga effekter in snabbt och välkänt, medan efterverkningarna är mera långdragna och mindre påtagliga. Förhållandet bäddar således för en betingning och inläring av ett alkoholberoende på likartat sätt som vid uppkomsten av koffein- eller nikotinberoendet.

Att en ofta återkommande alkoholkonsumtion på sikt ger upphov till en mängd komplikationer av fysisk, psykisk och social natur är direkta *följder* av alkoholens giftiga effekter, men de förstärker givetvis i sin tur det fortsatta missbruket genom att komplikationerna för tillfället försvinner eller dämpas vid förnyad alkoholkonsumtion. En skadlig cirkel är etablerad och utvecklas vidare av egen kraft, om processen inte bryts på något sätt.

Symptomteoretiker tolkar emellertid ofta alkoholismens komplikationer som "den egentliga orsaken" till drickandet, då det i själva verket är alkoholens omedelbara, lustproducerande verkan som genom förstärkning och konditionering driver missbruket vidare.

Inlärningsmodellen styrks av ett otal välkända kliniska och erfarenhetsmässiga förhållanden, som inte kan förklaras med symptomteorin. Jag skall här bara nämna några.

Prediktionen (dvs möjligheten att förutsäga förlopp) en vetenskaplig prövosten

Trots mycket ambitiösa studier har man inte lyckats förutsäga vilka ungdomar som senare i livet skall utveckla alkoholism. Om det vore vissa bestämda personlighetsmässiga svagheter, som bäddade för alkoholism, borde man kunna spåra dessa före utvecklingen av alkoholism. Att psykiskt omogen, instabil och rotlös ungdom med vacklande normsystem löper ökad risk för nikotinism, alkoholism, narkomani, kriminalitet, gonorré, syfilis, benbrott, trafikolyckor, drunkning, skilsmässor, mord och självmord är en självklarhet, men innebär inte någon specifik mottaglighet för alkoholism. Ett otal raggare med yviga dryckesvanor torde undgå alkoholism, medan många av deras kamrater går under i supandet. Detta är i och för sig inte märkligare än att vissa raggare kör ihjäl sig medan andra, som kanske är ännu mera våghalsiga och omdömeslösa, råkar överleva. Resultatet – alkoholism eller olycksfallsdöd – är alltså inte i första hand en yttring av svaghet hos individen, utan sådana faktorer utgör endast *en ökad risk* för katastrof. Sedan tillkommer en mängd yttre omständigheter och tillfällig-

heter i den sociala miljön eller trafikmiljön som i sista hand avgör vilka som skall överleva och vilka som skall gå under.

Symtomteoretikerna aktar sig mycket noga för att försöka förutspå personliga förlopp "för det är så mycket som händer i den psykologiska dynamiken". Man är heller inte särskilt intresserad av vetenskaplig utvärdering av resultat av olika "dynamiska" terapier under jämförbara och kontrollerade betingelser. "Så kan man ju inte experimentera med folk." I stället resonerar man i efterskott och inte i förväg, ungefär som hundraåringar brukar göra när de yttrar sig i lokalbladen om varför de blivit så gamla. Det beror som bekant omväxlande på att de alltid snusat eller aldrig gjort det, att de varit gifta fem gånger eller levt ogifta hela livet, att de tagit en sup till maten sedan ungdomsåren eller alltid varit absolutister etc. Symtomteorin är nästan lika befängd som krigsmagin om att soldaten överlevde tack vare sin mascot. De otaliga mascotar som följde sina ägare i massgravarna åberopas aldrig som stöd för någonting.

Symtomteoretikerna aktar sig också nogsamt för att tala om alkoholisternas nyktra och socialt fungerande syskon, som delade samma bedrövliga föräldrar med alkoholisten och som växte upp på samma bakgård som olycksbrodern. Att tro att alkoholism främst beror på individuell svaghet och/eller personliga eller sociala problem är lika ovetenskapligt som att tro att tuberkulos främst beror på personlig disposition, undernäring och dåliga bostäder. Sådana faktorer kan påtagligt öka risken, men tuberkulos orsakas av tuberkelbacillen och alkoholism orsakas av alkohol precis som nikotinismen uppkommer genom nikotinkonsumtion. Det gäller att kunna rangordna orsaksfaktorerna

och se vilka som är oundgängliga och vilka som är marginella, vilka som är långvariga och vilka som är tillfälliga, och spåra samspelet mellan dem.

Riskgrupperingar

Riskgrupperingarna för alkoholism – och även för andra beroendetillstånd – är således främst sociala och socialpsykologiska och inte individuella och individualpsykologiska.

Om man är förutseende nog att låta sig födas som muslim, är risken för alkoholism som bekant minimal, hur bedrövligt man än har det i Kairos slumgetton eller var på skuggsidan i livet man råkar hamna. Envar inser att detta inte är särskilt märkligt, eftersom man uppenbarligen inte blir alkoholist om man lever i en kulturkrets som inte accepterar alkoholen.

Judarna visar emellertid upp andra och märkligare förhållanden. Såväl i Gamla Testamentet som i de heliga skrifterna i Talmud beskrivs judarna som ett folk av drinkare före och under fångenskapen i Egypten. Under Moses revolutionära ledning gjorde man sedan upp med alkoholtraditionen under den berömda fyrtioåriga ökenvandringen. Sedan Moses dagar finns, såvitt jag känner till, inte ett enda fall av alkoholism beskrivet från den judiska kulturkretsen förrän under sekulariseringsprocessen de senaste generationerna, och detta trots att judarna inte varit absolutister som muslimerna utan fått dricka vin till maten, och trots att de varit ett av världshistoriens mest förföljda och stigmatiserade* folk. Flera judiska psykiatrer har i böcker och uppsatser påpekat att frekvensen av neuroser och psykiska störningar är påtagligt hög i den judiska befolkningen, och detta av mycket lättförklar-

liga skäl. Men den judiska traditionen föreskriver att man aldrig får dricka sig berusad eller påverkad, och respekterar man den regeln blir man tydligen aldrig alkoholist, hur neurotisk, förföljd, jagad eller isolerad man än råkar vara. Dessa påtagliga och ovedersägliga historiska förhållanden säger mer än all individcentrerad symtomteori sammantagen.

Alkoholläkaren Carl Carlsson i Göteborg påpekade för några år sedan i en provocatorisk formulering att risken för alkoholism i stort ökade med arbetets trivsamhet, alltså helt tvärt emot gängse föreställningar. Carlsson pekade på den höga frekvensen av alkoholism bland författare, konstnärer, skådespelare, musiker, journalister, diplomater och andra fria yrkesutövare. Gemensamt för alla dessa högriskyrken är att de innebär mycket fria arbetsformer och i allmänhet oreglerad arbetstid. I dessa kretsar kan man pokulera natten igenom utan att behöva ställa upp för arbete nästa morgon. Man behöver inte ta några omedelbara konsekvenser av sitt beteende utan kan sova ut och ta sig en återställare när man vaknar etc. Likartade arbetsförhållanden finns hos andra högriskgrupper – handelsresanden, resemontörer, sjöbefäl, affärsmän etc. Enbart tvånget att hålla sig nykter under arbetstiden – vilket tempoarbetare, affärsbiträden och kontorister som regel är underkastade – tycks vara ett ganska gott skydd mot alkoholism. Ett extremt liberalt sjuk-skrivningssystem börjar dock för allt större grupper utgöra ett hot mot den välmotiverade reglerade nykterheten åtta timmar dagligen.

Arbete i restaurangbranschen – på alla nivåer – utgör som bekant ett ständigt hot mot en spritfri arbetsdag. Den norske psykiatriprofessorn Ødegård visade på 60-talet att risken att någon gång under livstiden

drabbas av delirium tremens var 80 gånger högre om man valde restaurangbranschen i stället för den stabila och traditionella norska jordbruksnäringen.

Den andra ytterligheten till de angenäma och stimulerande fria yrkena med den höga alkoholrisken kan vi hitta hos dem som har det riktigt eländigt i livet. Om man råkar vara en underbetald, undanskuffad och hunsad kvinnlig lantarbetare, har man knappast någon möjlighet att supa på sig en alkoholism under livstiden.

Även om man lämnar utrymme för betydande individuella urvalsmekanismer till olika yrkesområden, är det uppenbarligen riskmiljöerna som sådana som väger tyngst. Sådan ser verkligheten ut bakom symptomteorins dimridåer.

Beroendedynamiken finns i många former

Konditioneringen till behagliga effekter – eller undvikande av obehagliga – kan ske på många andra sätt än via alkohol, narkotika och andra lustproducerande droger och kemikalier. Inom neurofysiologin har man stimulerat lustcentrum hos olika arter av försöksdjur och fått dem besatta i att ideligen trycka på en ström-slutande pedal och stimulera sig själva tusentals gånger per dygn tills de faller ned medvetslösa av utmattning.

Jag menar att spelgalenskap, gambling, är ett beroendetillstånd liksom nagelbitning, pyromani, kleptomani och racing (att ständigt våga livet i formula-1-vagnar och hävda att man inte kan låta bli "eftersom man har racersporten i blodet") och många andra intensivt repetitiva, dvs ideligen återkommande beteenden.

Fetma uppfattas ibland som en beroendeform men

är givetvis inte något annat än *en komplikation* till det beroende, som jag skulle vilja kalla matförälskelse eller frosseri. I djurriket finner vi som bekant inte någon fetma annat än hos vissa "kultiverade" djur (grisar, hundar etc) och i de få fall där en viss grad av fetma är funktionell, t ex hos valar, sälar, flodhästar etc. Uppenbarligen har däggdjuren, inklusive människan, av naturen ett väl fungerande aptitcentrum, som reglerar vårt födointag, tills det av någon anledning sätts ur spel genom raffinerat socker, kryddor, mat- och bakkonst, konfektyrer etc, allt sådant som bjuder på njutningar som naturen normalt inte erbjuder.

Alla dessa beroendeformer är *tillstånd i sig själva*, alldeles oavsett vad som en gång ledde till urspårningen och beroendet. Den intensiva bundenheten till den egna lustspecialiteten medför att en djupare motivation att komma till rätta med driftsrubbningen egentligen saknas. Vid en närmare analys visar det sig att det vanligen endast är komplikationerna, som alkoholisten vill ha effektiv behandling av. Han vill ha hjälp med alla fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska komplikationer till sitt drickande, men är ytterst sällan beredd att offra alkoholeffekterna som sådana. På samma sätt vill nikotinisten ha hjälp med sin rökhosta och sin kroniska luftrörskatarr men vill inte sluta röka. Gamblern vill ha hjälp med sin dåliga ekonomi men vill inte lova att sluta spela. Erotomanen vill förstås ha hjälp med de veneriska sjukdomar, som hans promiskuitet* av och till ådrar honom, men han är inte beredd till några driftsinskränkningar.

Det är denna driftsmässighet i beteendet som gör all behandling av alla typer av beroendetillstånd så vanskelig. I bästa fall får vi behandla komplikationerna, som egentligen är biologins och naturens svar och broms-

mekanismer mot ett obiologiskt beteende. Att enbart behandla komplikationerna (magkatarren, rökhostan etc) kan mycket väl vara mera ägnat att förstärka missbruket än att dämpa det! Detta är paradoxala förhållanden, som har sin grund i att man hittills arbetat med felaktiga modeller för beroendet.

Inte förrän vi frigör oss från sjukdomsmodellen och symptomteorin och lär oss att känna igen beroendet som ett inlärt beteende, kan vi börja utarbeta en rationell och vettig taktik och strategi för att behandla och förebygga de allvarliga beroendetillstånden, som utvecklats till ett av mänsklighetens allvarligaste gissel, sedan infektionssjukdomarna väsentligen kämpats ned. Beroendetillstånden är en utmaning för oss alla.

Ungdomsnarkomaniernas epidemiologi

Få avsnitt i mitt teorisystem har blivit mera missförstådda än epidemiteorin, uppenbarligen beroende på den vanliga missuppfattningen att epidemier alltid orsakas av skadliga mikrober. I bl a "Narkotika och narkomani" behandlas dessa förhållanden ingående. Här lämnas en redogörelse för de viktigaste särdragen hos missbruksepidemier. Det är ett föredrag som på inbjudan av Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR, Berlin, hölls vid en socialmedicinsk konferens i Neubrandenburg den 21 april 1976.

Alkoholmissbruket är sedan förhistorisk tid *endemiskt* inom stora delar av världen och utgör i dag det dominerande socialmedicinska problemet i många länder. Det *terapeutiskt* betingade medicinmissbruket har expanderat parallellt med utbyggnaden av den farmaceutiska industrin och sjukvårdsorganisationen. Här skall jag uppehålla mig vid den tredje huvudtypen av narkomani, den *epidemiska*, och redogöra för dess viktigaste epidemiologiska särdrag och diskutera lämpliga metoder för studium av detta allvarliga hot mot folkhälsan och särskilt ungdomen.

Typiska kännetecken

De epidemiska narkomanierna har en lång rad viktiga egenskaper som de delar inbördes men som skiljer dem från de endemiska och terapeutiska typerna.

1. *Rusmedlets status*. Vid de epidemiska missbruksformerna är det alltid fråga om socialt ej accepterade rusgifter. Det kan röra sig om tekniska produkter som

eter, kloroform, trikloretylen eller bensin, det kan vara narkotikaklassade mediciner som opiater eller kokain, narkotikaklassade växtprodukter utan medicinsk användning som cannabis, eller inte narkotikaklassade växter som meskalinkaktus, Ipomoea etc.

2. *Normbrott*. Redan användningen av dessa droger innebär ett normbrott inom kulturkretsen. Detta innebär att det alltid är personer med hög benägenhet för sociala normbrott som spelar en central roll för uppkomsten och spridningen av de epidemiska drogmissbruken.

3. *Psykosocial smittsamhet*. Det epidemiska missbruket förutsätter personlig kontakt mellan en missbrukare och en novis. Det är emellertid inte narkotikan, narkomanin eller narkomanen som sådan som utgör det psykosocialt smittsamma elementet utan själva missbruksbeteendet. Ingen kan lära sig att injicera sig intravenöst utan att bli upplärd i tekniken. Det är nog mindre känt att man inte heller kan lära sig röka cannabis utan noggranna instruktioner.

Den psykosociala smittsamheten är störst i början av missbrukskarriären, medan vederbörande ännu har många vänner och kontakter som inte använder drogen och innan han själv ännu börjat uppleva allvarligare komplikationer till sitt missbruk. Denna utåtriktade fas brukar kallas ungdomsnarkomaniernas smekmånad. Så småningom glider vederbörande in i en speciell drogkultur och umgås sedan huvudsakligen med andra narkomaner. Då minskar i hög grad smittsamheten.

Praktiskt taget varje nytt fall uppstår alltså genom direkt personkontakt, nästan uteslutande mellan nära vänner, sexualpartners etc. Det är en vanlig missuppfattning att langare i profitsyfte initierar tillfälliga kontakter i missbruket. Langarna kommer in i bilden på

ett senare stadium och spelar då en destruktiv roll, som ständiga frestare och "förstärkare".

4. *Gruppavgränsning*. Den personliga initieringen i missbruket medför att detta för långa perioder är starkt knutet till vissa kotterier och kretsar. Den tyska kokainepidemin på 1920-talet var knuten till skådespelar- och konstnärskretsar. Också det senare missbruket av centralstimulantia i såväl Japan som Sverige var under den första fasen bundet till liknande bohemkotterier. Först i ett senare skede bröt missbruket in i kriminella kretsar, där det sedan fick sin huvudsakliga förankring. Slutligen bröt epidemierna också långt utanför dessa kretsar.

Cannabisrökningen är en helt annan epidemi med en annan bakgrund. Denna missbruksform kom till Europa med amerikanska jazzorkestrar omedelbart efter det andra världskriget. Fram till 1965 var cannabisrökningen i Sverige nästan uteslutande bunden till jazzkretsar. Då skedde på kort tid en våldsam spridning till tiotusentals skolungdomar i hela Väst-Europa i nära anslutning till popmusikens frammarsch.

5. *Åldersavgränsning*. I och med att missbruket sprids via nära vänner och kamrater berör missbruksepidermierna i början mycket snäva åldersgrupper. Ju mer epidemierna expanderar och ju längre de består desto mera ökar åldersspridningen i missbrukarklientelet.

6. *Könsproportioner*. Männen dominerar alltid i missbruksepidemier, sannolikt därför att de i högre grad än kvinnorna är normbrytare. Den manliga dominansen är mest uttalad i början av en missbruksepidermi, då det kan gå 8-10 män på varje kvinna. Ju mera epidemin expanderar och ju äldre den blir desto mindre blir den manliga dominansen. Det går dock sällan

under 2-3 manliga för varje kvinnlig sprutnarkoman.

7. *Geografisk avgränsning*. En missbruksepidemi kan vara begränsad till en skola, en stadsdel, en stad, en region eller ett land. Dessa epidemier stoppas vanligen upp för långa perioder av politiska och geografiska gränser även i fall där kommunikationerna över gränserna är livliga.

Det första fallet av missbruk av intravenös* typ rapporterades från Kairo på 1920-talet (Helpers 1972) och spreds med sjömän till USA i slutet av 20-talet och till Sverige 1946 (Bejerot 1975b). Gruppen av injektionsmissbrukare växte i Stockholm till ca. 300 fall innan det första fallet uppträdde utanför Stockholm 1956; då flyttade en narkoman ur denna krets till Göteborg och grundlade en ny missbrukarkrets där. Det första fallet i Finland initierades från Sverige 1965, i Danmark 1966 och i Norge 1967.

8. *Etnisk avgränsning*. Epidemiska narkomanier hålls ofta länge inom etniska grupper därför att spridningsmekanismen förutsätter intimare kontakter än vad som är vanligt över de etniska gränserna. Så snart en drogepidemi brutit in i en ny etnisk grupp växer den snabbt och exponentiellt* i den nya befolkningsgruppen. Som exempel kan nämnas att fram till 1965 fanns det veterligen inte ett enda fall av epidemisk narkomani i den stora finska befolkningen i Stockholm, trots att det då fanns ca 3 000 svenskar som injicerade sig med centralstimulantia enbart i Stockholm.

9. *Modekänslighet*. Missbruksepidemierna är modekänsliga både beträffande val av preparat och intagningsätt. I USA togs heroinet på 1910-talet genom munnen eller i injektioner under huden, men från slutet av 20-talet i tilltagande grad genom direkta veninjektioner. I Fjärran Östern har man länge rökt opiater-

na, på senare tid även snusat dem. I Sverige dominerade ursprungligen, under början av 40-talet, amfetamin i tablettform. Under slutet av 40-talet började den intravenösa intagningssättet att växa fram efter direkt personinitiering från USA. I slutet av 50-talet blev amfetaminet genom ökade kontrollåtgärder mera svåråtkomligt i Sverige. Då gled epidemin över på fenmetralin (Preludin) och metylfenidat (Ritalina). Sedan 1973 expanderar i vårt land opiaterna starkt, medan missbruket av centralstimulantia stabiliserats på en hög nivå.

10. *Massivitet*. Det föreligger ett utpräglat massivitetsfenomen* vid missbruksepidemier. När missbruket är ett nytt socialt fenomen är det främst psykiskt och socialt avvikande eller störda personer som låter sig förledas att experimentera med drogerna, dvs som har den högsta mottagligheten. Ju mer missbruket sprids desto mindre blir normbrottet att pröva och desto mindre avvikande behöver individen vara för att falla in i missbruksmönstret. Fenomenet, som påminner om massivitetsförhållanden vid mikrobburen smitta, kan åskådliggöras med formeln

$$S = M \times E$$

där S står för psykosocial *smitta*, M för individens *mottaglighet*, dvs summan av alla de ärftliga, psykiska och sociala faktorer som gjort honom till den han är just nu, och E för *expositionstrycket*, dvs alla de yttre faktorer som just nu påverkar honom att ta eller inte ta narkotika – alltså hans missbrukande vänner och deras attityder, tillgången och priset på narkotika på missbruksmarknaden, massmedias och andras inställning till narkotikamissbruk, samhällets lagstiftning och narkotikapolitik, sociala förhållanden och missförhållanden, vad som händer om man tar droger eller man i

stället avstår, vilka konsekvenser olika beteenden kan förväntas medföra etc etc.

Varje individ förändras över tid; ingen är egentligen exakt samma människa i dag som i går. Vi undergår alla en successiv förändring i en lång rad fysiska, psykiska och sociala avseenden. Det innebär att det som i dag är en expositionsfaktor (E-faktor) påverkar oss så att vi i nästa tidsmoment, t ex i morgon, inte har exakt samma mottaglighetsfaktor (M-faktor) som i dag. De yttre faktorerna påverkar och förändrar fortlöpande vår mottaglighet i förbättrande eller försämrande riktning. När E-faktorn är låg, i början av eller i utkanten av en epidemi, måste M-faktorn vara hög för att produkten skall resultera i en ny missbrukare. På detta stadium dominerar missbrukarkretsarna av unga, omogna, osäkra, lättledda, äventyrliga och psykiskt och socialt kantstötta män med svaga hämningsmekanismer och dålig kontroll över primitiva impulser. När E-faktorn ökar faller M-faktorns betydelse för risken att nya missbrukare skall etableras.

11. *Snabb spridning*. Så länge riskpopulationen är tillräckligt stor och de sociala förhållandena och drogpolitiken är oförändrade tenderar epidemiska missbruksformer att växa exponentiellt. I England fördubblades antalet heroinister var 16:e månad mellan 1959 och 1968 (Bewley 1968); i Sverige fördubblades epidemin av intravenöst missbruk av centralstimulantia ungefär var 30:e månad mellan 1949 och 1968 (Bejerot 1975b).

12. *Historisk avgränsning*. Narkotikaepidemier börjar alltid plötsligt som när en gnista tänder en skogsbrand. Å andra sidan kan det pyra länge i undervegetationen innan lågorna slår upp i full styrka. Narkotikaepidemier kan också kämpas ned och elimineras, som

den japanska amfetaminepidemin på 1950-talet (Bejerot 1970), eller den kinesiska opiumrökningen, som stoppades genom målmedvetna och konsekventa åtgärder efter maktövertagandet 1949. Kokainepidemin i Weimar-Tyskland är ett annat exempel på en historiskt övervunnen missbruksepidemi.

Metodproblem

De epidemiska narkomanierna bjuder på stora metodologiska problem när man skall studera deras incidens* och prevalens*. Vanliga *hälsoundersökningar* är gagnlösa då diagnostiken är svår, förekomsten liten och huvudparten av fallen sannolikt hamnar i bortfalls-materialet.

Medicinalstatistiken ger också magra resultat då det endast är en bråkdel av missbrukarna som söker vård för sitt tillstånd. De som söker för *accidentella** komplikationer till missbruket undgår som regel också korrekt diagnos vid behandlingen.

Olika typer av *case-finding-tekniker** är meningsfulla, men de måste inriktas på känsliga instanser i samhället. I detta fall är gulsotskliniker och kriminalvårdsmaterial högtintressanta.

Registermetoder bildar den bästa grunden för ett fortlöpande studium av missbruksutvecklingen i ett samhälle. Särskilt i USA har denna teknik drivits långt (Chambers 1970). Fynden rapporteras från en rad sociala källor och noteras centralt. Man skattar periodprevalensen och avför fallen som inaktiva först efter exempelvis en femårsperiod utan nya rapporter. *Dödlighetsstudier* är viktiga, dels i och för sig, dels för analys av vilka proportioner av dödsfallen som var kända i de centrala missbrukarregistren. Detta ger alltså goda möjligheter att utvärdera registertekniken.

Utredningar av *narkotikabrott* ger viss men begränsad information, liksom givetvis i ännu högre grad *domstolsstatistik*.

Själv har jag utarbetat en metod för att följa *förekomsten av stickmärken efter venpunktioner i ett ständigt flöde av ett klientel med hög koppling till grova normbrott* – arrestklientelet i Stockholm. Sedan 1965 undersöker vi samtliga personer som grips av polisen i Stockholm, hittills ca 130 000 arrestanter. Vi har på detta sätt månad för månad kunnat följa förändringarna i objektiva tecken på injektionsmissbruk i det erfarenhetsmässigt hårdast belastade klientelet.

Under tioårsperioden har andelen injektionsmissbrukare varierat mellan 20 och 55 % av arrestanterna. Vi har funnit att missbruket samvarierat starkt med den förda narkotikapolitiken i landet. Under en period med extremt liberal narkotikapolitik (1965-67) ökade missbruket explosionsartat; under restriktivare perioder har det dämpats och t o m trängts tillbaka (Bejerot 1975b). Detta är i överensstämmelse med en lång rad historiska fynd. Såvitt jag vet finns det inte något exempel på att ett massmissbruk inte expanderat när man liberaliserat drogpolitiken. På motsvarande sätt synes en striktare politik genomgående följas av en dämpning eller tillbakagång av en missbruksepidemi.

Avslutningsvis vill jag påpeka att vårdinsatser endast tycks ha mycket marginella effekter på missbruksutvecklingen i ett land. Det tycks vara drogpolitiken i stort som blir avgörande för missbruksutvecklingen, men drogpolitiken måste givetvis vara opinionsmässigt starkt förankrad för att bära frukt. I det avseendet har man stora problem i många västländer, där missinformation i massmedia varit betydande. Detta gäller tyvärr i mycket hög grad ett land som

Sverige (Bejerot 1970), men jag skall inte trötta er med några detaljer. Frågan om drogmissbruk bland ungdom är i högsta grad ett socialt preventionsproblem och ett politiskt kommunikationsproblem.

Stickmärkesundersökningen – en summarisk tolvårsrapport

Detta är en mycket kortfattad inte tidigare publicerad presentation av missbruksutvecklingen avläst i polis-klientelet i Stockholm 1965-77. Fynden är grundläggande för en diskussion om narkotika- och behandlingspolitikens utformning.

Att studera narkomani eller drogmissbruk i en befolkning är förknippat med en lång rad teoretiska och praktiska svårigheter. Jag har ingående diskuterat dessa problem i mitt avhandlingsarbete, "Narkotikamissbruk och narkotikapolitik" (1974, 1975).

För det första stöter man på svåra mätproblem. Vad är det som skall observeras, registreras och analyseras? Det beror på vad man i sista hand är ute efter. Personligen är jag intresserad av missbrukskomplexens alla sidor men alldeles särskilt av drogpolitikens betydelse för missbrukets utbredning, intensitet och eventuella tillbakagång under skiftande sociala, ekonomiska och historiska förhållanden.

Omfattande litteraturstudier har lärt mig att behandlingsprogram, oavsett hur framgångsrika de än kan vara i vissa fall (som exempelvis Hassela-kollektiven), endast kan spela en marginell roll i kampen för att tränga tillbaka drogmissbruken i folkhavet. Jag har exempelvis inte kunnat finna några historiska exempel på att ett omfattande drog(miss)bruk – oavsett om det gäller alkohol eller narkotika – har trängts tillbaka utan generella restriktiva åtgärder av ett eller annat slag.

För alkoholens vidkommande har exempelvis prispolitiken visat sig vara en mycket effektiv regulator (Bruun o a 1975). Jag har heller inte funnit något exempel på att missbruket i en befolkning inte ökat om man liberaliserat attityderna till missbruket och drogpolitiken i stort. Dessa relationer förefaller nästan ha karaktären av sociala naturlagar.

Att studera effekterna av olika drogpolitiska åtgärder är ytterligt komplicerat, eftersom mängder av faktorer spelar in och påverkar förloppet. Genom en rad olika sofistikerade metoder och jämförelser kan man delvis kompensera för många av dessa svårigheter. Grundproblemet kvarstår dock alltid och är av vetenskapsteoretisk natur: Oavsett hur ingående man studerar olika förlopp kan man inte enbart på grundval av deskriptiva studier dra säkra slutsatser. Genom att på basen av sina fynd och analyser ställa upp teorier och hypoteser och därefter försöka förutsäga fortsatta förlopp under olika betingelser kommer man dock ytterligare en bit på väg mot en stabilare kunskapsgrund.

Det finns dock en helt annan metod att snabbt ta stora steg mot fördjupad kunskap, och det är experimentella arrangemang. Nackdelen är bara den att samhället som regel ytterst ogärna vill medverka till att för en tid så grundligt förändra vissa förhållanden att experimentella betingelser skapas. Ibland bjuder dock omständigheterna helt oväntat på vad som närmast kan betecknas som experimentella situationer, och då måste den forskare som är intresserad av dessa frågor omgående lägga allt annat åt sidan och fånga fågeln i flykten. Ett sådant tillfälle gavs exempelvis vid den sk spritstrejken 1963. Förändringarna till det bättre blev snabba och dramatiska inom en lång rad olika områden (Statens medicinska forskningsråd 1965).

En experimentell situation uppstod också plötsligt våren 1965, då RFHL med hjälp av en exempellös uppbackning i press och etermedia på kort tid lyckades genomdriva ett omfattande försök med legal förskrivning av narkotika (centralstimulantia och opiater) till sprutnarkomaner för injektion på egen hand. (Denna period och dessa remarkabla förhållanden har ingående skildrats i "Narkotikafrågan och samhället", 1968). Eftersom situationen med denna plötsliga omsvängning från en traditionellt restriktiv till en utpräglat liberal narkotikapolitik var helt unik även internationellt sett, lade jag en halvfärdig avhandling om psykosocialt betingade rygginsufficienser* åt sidan och arrangerade snabbt en fortlöpande studie av förekomsten av tecken på intravenöst missbruk i arrestklientelet i Stockholm.

Metod

Jag valde att med hjälp av sköterskor studera stickmärken – och inte urinprov eller intervjumaterial – dels pga att stickmärken representerar den allvarligaste formen av missbruk, det intravenösa, dels att stickmärken är enkla att observera; de är objektiva fynd och de kvarstår även en betydande tid efter att droger-na gått ur kroppen. Att jag koncentrerade studien på arrestklientelet berodde på att jag som socialläkare sedan länge var väl förtrogen med de tunga sociala problemgrupperna och visste att det förelåg mycket hög samvariation mellan de båda grava normbrotten intravenöst missbruk och omfattande kriminalitet. Därtill kom den inte oväsentliga aspekten att individernas identitet som regel var fastställd i polisklientelet.

Observationerna från våren 1965 t o m första halvåret 1970 är redovisade i detalj i avhandlingen. Fynden

därefter har endast redovisats fragmentariskt i olika sammanhang. Här skall lämnas en översikt över utvecklingen av injektionsmissbruket bland svenska manliga arrestanter i åldrarna mellan 15 och 45 år och gripna enligt brottsbalken och närliggande lagar, inklusive barnavårdslagen för de yngre. Exkluderade ur denna serie är däremot de som omhändertagits enligt nykterhetsvårdslagen (NVL), den psykiatriska vårdlagen (LSPV), lagen om tillfälligt omhändertagande (LTO), lagen om omhändertagande av berusade (LOB) samt omhändertagande för identifiering, vilket förekommer för kontroll av om vederbörande har avvikit från kriminalvårdsanstalt etc. Personer omhändertagna för trafikbrott och smärre förseelser förs regelmässigt till de lokala distriktsstationerna och ingår alltså inte i arrestklientelet.

Det absoluta antalet gripna varierar starkt, dels med de olika årskullarnas storlek (de under andra världskriget födda representerar ungefär dubbelt så stora födelsekullar som de som föddes närmast före och efter kriget), dels med polisens resurser och aktivitet m m. Det bästa jämförelse måttet för injektionsmissbrukets utbredning blir därför *den procentuella andelen injektionsmissbrukare* i olika åldersgrupper under olika jämförelseperioder. Av en rad skäl, som redovisas i avhandlingen, har *kvartal* befunnits utgöra särskilt lämpliga jämförelseperioder: Tendensen att samma individ återkommer som arrestant under samma kvartal är låg och stabil, för icke missbrukare 1,1 gånger per individ och kvartal, för injektionsmissbrukare 1,3 gånger.

I denna lilla översiktsartikel skulle det föra för långt att redovisa materialet i de sex åldersklasser som analysen gjorts på: Man drunknar lätt i tabeller, siffror och

Resultat av stickmärkesundersökningen

År och kvartal	Arresttillfällen		År och kvartal	Arresttillfällen	
	Missbruk Antal	Missbruk %		Missbruk Antal	Missbruk %
1965 II	150	18,5	1971 I	722	47,2
III	192	19,4	II	818	46,7
IV	188	23,4	III	963	50,4
1966 I	179	20,5	IV	786	52,9
II	231	23,4	1972 I	751	49,6
III	263	23,5	II	839	54,8
IV	283	28,4	II	886	56,3
1967 I	385	32,1	IV	642	45,5
II	507	35,8	1973 I	564	44,0
III	521	38,0	II	471	42,7
IV	458	36,4	III	510	38,8
1968 I	479	37,7	IV	383	36,7
II	508	38,3	1974 I	368	37,4
III	699	42,8	II	422	39,0
IV	611	41,9	III	443	43,6
1969 I	489	37,8	IV	411	42,6
II	512	36,4	1975 I	460	43,6
III	761	46,1	II	339	46,3
IV	551	40,0	III	242	46,3
1970 I	385	33,4	IV	486	52,5
II	518	35,9	1976 I	626	55,3
III	794	49,0	II	731	60,3
IV	684	45,2	II	794	63,8
			IV	661	57,8
			1977 I	659	57,4

diagram. Jag nöjer mig därför här med att ange dels totalantalet manliga svenska arresteranter med stickmärken, gripna enligt nämnda kriterier, och dels dessas procentuella andel av samtliga gripna enligt samma kriterier, kvartalsvis (se tabellen ovan).

Det är svårt att få en klar bild av en lång tabellserie, men de starka förändringarna framgår av tabellen, både de relativa och de absoluta, som delvis är betingade av de tidigare nämnda mycket betydande fluktuationerna

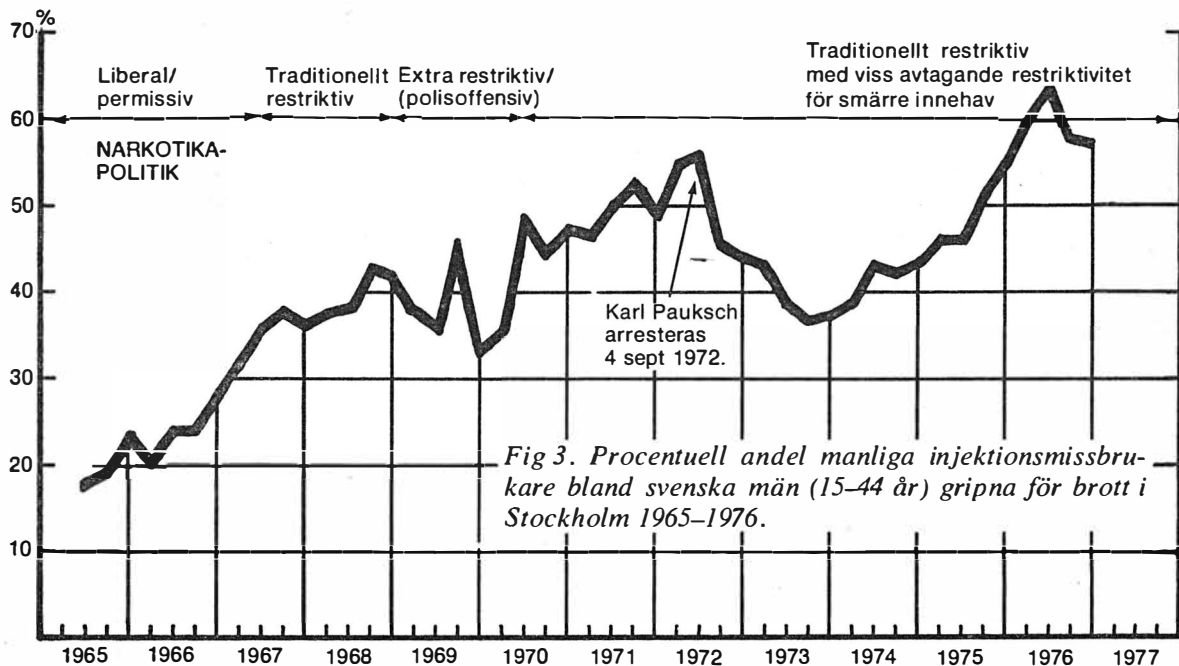
i arrestklienteletts ålderssammansättning. Först när procentserien överförs till ett diagram (figur 3) framstår den dramatiska utvecklingen klart, och man kan spåra samband mellan missbruksnivån och en rad intressanta förhållanden.

Växlande narkotikapolitik

Den experimentella situation, som uppstod våren 1965 i och med att den omfattande legala förskrivningen av narkotika till missbrukare inleddes, bestod till maj 1967, alltså i drygt två år. Denna politik bröt markant och principiellt från den tidigare traditionellt restriktiva narkotikapolitiken (se närmare "Narkotikamissbruk och narkotikapolitik", s 39-43). Denna period har därför betecknats som *liberal och permissiv* (se fig 3).

Under maj 1967 avvecklades den liberala förskrivningspolitiken, då verksamheten hade sparat ur och skadeverkningarna var uppenbara. RFHL försvarade den dock in i det sista med omfattande protestaktioner och uppvaktningar men har senare helt tagit avstånd från den politik, som man själva hade introducerat och genomdrivit med förödande konsekvenser för missbrukarna själva och för samhället. Trots allt hade den givit RFHL en omfattande, okritisk och positiv publicitet. (För den som är intresserad av opinionsbildning och massmediaproblematik väntar här en guldgruva på inmutning.)

Från halvårsskiftet 1967 återgick Sverige till sin *traditionellt restriktiva narkotikapolitik*, vilken denna gång följdes till utgången av 1968. Den 28 december 1968 höll regeringen ett katastrofmöte i narkotikafrågan och antog ett tiopunktsprogram, där man skissade en rad motåtgärder. Den 1 januari 1969 inleddes en *extra restriktiv period* i och med att rikspolisstyrelsen



startade en mycket omfattande offensiv mot den illegala narkotikahandlingen: Man tiodubblade för ett halvår de personella resurserna för narkotikabekämpningen och ökade styrkan från 80 till 800 man. Redan hösten 1969 återfördes dock ungefär hälften av styrkan till sina tidigare arbetsuppgifter, som varit vilande ett halvår, och under första halvåret 1970 ebbade polisoffensiven ut. Från halvårsskiftet 1970 har den svenska narkotikapolitiken återigen varit *traditionellt restriktiv*, dock med en successivt avtagande restriktivitet beträffande innehav av narkotika. Denna utveckling, som ingående belysts av Karlmark (1977), innebär att gränsen för åtalshelftergift vid innehav av exempelvis cannabis successivt höjts från 3, 5, 10 och 15 gram till 20; innehav även av 25 gram cannabis har kan numera medföra ansvarsfrihet (åtalshelftergift). För narkotikaklassade centralstimulerande medel går gränsen för åtalshelftergift numera vid innehav av 25-50 "påsar" (om 0,1 - 0,2 gram). Resultatet har blivit att just inga smålangare överskrider denna "tillåtna" gräns för portabelt lager. Någon som helst reaktion i massmedia på Karlmarks påpekanden har inte förekommit. Följden av denna smygande successiva liberalisering av narkotikapolitiken blir i praktiken ett passivt accepterande av langningsverksamheten i detaljledet.

Resultat och diskussion

Avsnittet från 1965 till och med första halvåret 1970 har som nämnts analyserats ingående i avhandlingen. Mest anmärkningsvärd är här den dramatiska ökningen av andelen injektionsmissbrukare under den liberala perioden 1965-67. Då undersökningen inleddes andra kvartalet 1965 var 18,5 procent av de manliga arrestanterna injektionsmissbrukare. När den liberala för-

skrivningsverksamheten avvecklades två år senare hade den relativa andelen injektionsmissbrukare fördubblats (35,8 procent), medan det absoluta antalet manliga arrester med stickmärken mer än tredubblats (från 150 till 507; se avh. s 279). För de yngsta (15-19 år) och de äldsta (40-44 år) grupperna rörde det sig om en tiodubbling av andelen injektionsmissbrukare under denna tid, från omkring 3 procent till 30 procent.

Genom att samtliga arrester med stickmärken intervjuas om vilket år de tog sin första injektion har betydande information insamlats om epidemiutvecklingen före undersökningens start 1965. Begränsningar och felkällor kring denna frågeställning har ingående diskuterats i avhandlingen. I stort talar den s k incidensserien, dvs uppdykandet av nya injektionsmissbrukare, "debutanter", för att utvecklingen av missbruket före den liberala perioden 1965-67 hade ett betydligt långsammare förlopp med en skattad fördubbling av antalet aktiva missbrukare ungefär var 30:e månad under nära två decennier.

Den legala förskrivningsverksamheten var inte det enda pådrivande elementet under den liberala perioden. I avhandlingen har också visats att domstolarna under denna period tenderade att bedöma narkotikabrott mildare än tidigare. Det mycket omfattande massmediaintresset centrerades kring den legala förskrivningsverksamheten och dess förmenta förtjänster. I otaliga intervjuer i press och etermedia framträdde ledande RFHL-funktionärer och s k legala narkomaner och deklarerade att denna liberala, "antiauktoritära" narkotikaförskrivning var vettig och framgångsrik, medan kritiken hade mycket svårt att komma till tals (se "Narkotikafrågan och samhället").

Samtidigt med att förskrivningsverksamheten utvecklades i maj 1967 dämpades ökningen av andelen injektionsmissbrukare i arrestklientelet snabbt och påtagligt.

Särskilt intressant är missbruksutvecklingen under polisoffensiven 1969. Med undantag för tredje kvartalet, då missbruksaktiviteten i denna studie nästan varje år varit särskilt hög, skedde under 1969 för första gången inte bara en dämpning utan en klar nedgång i andelen injektionsmissbrukare i arrestklientelet. Mest uttalad blev tendensen under första halvåret 1970, vilket kanske i någon mån bidrog till att offensiven utvecklades helt, då man trodde att man definitivt vänt utvecklingen.

De som tidigare hängivet stött den legala förskrivningen ställde sig genomgående mycket negativa till polisoffensiven. Kritiker som Ingemar Rexed, tidigare narkomanvårdskommitténs sekreterare, och Nils Wickberg, som bearbetat narkotikastatistik för riksåklagarämbetet, framförde i olika intervjuer och uttalanden att den noterade minskningen av andelen injektionsmissbrukare var falsk och berodde på att en väsentlig del av missbrukarna till följd av polisoffensiven nu satt i kriminalvårdens förvar. I avhandlingen kunde jag dock visa att *samtidigt* med att andelen injektionsmissbrukare sjönk drastiskt i arrestklientelet, föll det också inte enbart i kriminalvårdens anstalts- och frivårdsklientel utan även på ungdomsvårdsskolorna och mentalsjukhusen, dvs vid alla de institutioner där omhändertagna missbrukare rimligtvis borde återfinnas. Några behandlingshem var det knappast tal om under denna tid.

När kritikerna inte längre kunde göra gällande att missbrukarna under polisoffensiven spärrats in på

olika institutioner, levererade man en helt ny förklaring till den uppenbara nedgången i missbruksaktiviteten: Man hävdade helt enkelt att missbruksvågen hade kulminerat under 1968 och att nedgången 1969-70 endast av en tillfällighet råkade sammanfalla med polisoffensiven. Den djupare orsaken till den förbättrade situationen hävdades vara att samhällets ökade insatser beträffande upplysning och stöd hade resulterat i positivare och mindre fördomsfulla attityder till missbrukarna och missbruksproblemen, allt förmodade frukter av narkomanvårdskommitténs mödor.

När polisoffensiven avvecklades våren 1970 dröjde det inte länge förrän missbruksaktiviteten i arrestklientelet åter ökade markant. Redan hösten 1970 noterades en rekordhög nivå: 49,0 procent av de manliga arrestanterna var då injektionsmissbrukare. Vid denna tidpunkt rapporterade generaldirektör Bror Rexed – utan att konsultera stickmärkesundersökningen som är den enda kontinuerliga studien i landet och veterligen i världen – inför Europarådet i Strassbourg att missbruksvågen var på retur i Sverige.

Stegringen i andelen injektionsmissbrukare fortsatte stadigt fram till hösten 1972, då 56,3 procent av de manliga arrestanterna injicerade sig. Om man drar en linje från värdet för 3:e kvartalet 1967, just då den legala förskrivningen hade upphört, till 3:e kvartalet 1972, kan man se att stegringen under denna femårsperiod varit mycket jämn frånsett det hack i utvecklingen, som polisoffensiven 1969 representerade.

Den 4 september 1972 greps Karl Pauksch i Holland, den förmodade centralgestalten bakom den skandinaviska marknaden av centralstimulantia. Samtidigt slogs en delvis konkurrerande, delvis samarbetande parallellorganisation ut av den tyska polisen, den s k

Dorlan-gruppen. Resultatet av dessa polisiära framgångar blev mycket frapperande. Andelen missbrukare i arrestklientelet i Stockholm sjönk med mer än en tredjedel på 18 månader, från 56,3 procent till 36,7 procent.

Från sommaren 1972 börjar heroinhandeln komma igång på Skandinavien och successivt addera en ny typ av injektionsmissbruk till det tidigare, som nästan uteslutande hade gällt centralstimulantia. Från sommaren 1973 noteras i arrestklientelet en snabb stegring av antalet heroinmissbrukare, samtidigt som andelen injektionsmissbrukare återigen började öka snabbt och påtagligt.

Hösten 1976 noterades ett nytt toppvärde med 63,8 procent av de manliga arrestanterna som injektionsmissbrukare. Samtidigt deklarerade Bror Rexed i pressen, återigen utan att konsultera stickmärkesundersökningen, att det inte förelåg någon alarmerande ökning av vare sig heroinmissbruk eller injektionsmissbruk över huvud taget.

Under vintern 1976-77 noterades en viss nedgång i andelen missbrukare. En motsvarande dämpning av den illegala narkotikatrafiken hade noterats av narkotikapolisen redan innan materialet från stickmärkesundersökningen hade bearbetats. Den svenska narkotikapolisen är övertygad om att den relativa bristen på narkotika vintern 1967-77 intimt hängde samman med den intensifierade terroristjakten i Väst-Tyskland och hela Väst-Europa. Den skärpta kontrollen vid gränsövergångar etc kom för en tid att störa den internationella narkotikahandeln.

Slutkommentar

Injektionsmissbruket har under 12 års tid kunnat följas kontinuerligt och i detalj i den erfarenhetsmässigt hårdast indragna gruppen, polisklientelet i Stockholm. Andelen aktiva missbrukare i arrestklientelet har under observationstiden på ett påfallande sätt samvarierat med den under olika perioder starkt skiftande narkotikapolitiken, och förändringarna har väsentligen skett i enlighet med teorier som tidigare presenterats i avhandlingsarbetet: Att en liberalisering av narkotikapolitiken i stort medför ökat missbruk, medan en restriktivare politik är ägnad att dämpa eller minska missbruksaktiviteten.

Samtidigt som missbruksaktiviteten de senaste två åren ökat markant i det studerade materialet och injektionsmissbruket bevisligen spritt sig över stora delar av landet, har de rättsvårdande myndigheterna, främst representerade av riksåklagarämbetet, successivt genomdrivit en liberaliserad praxis vid bedömningen av illegalt narkotikainnehav (Karlmark 1977), i praktiken grunden för langarverksamheten i slutleden. Parallellt med denna faktiska utveckling har situationen från socialstyrelsens sida bagatelliserats i massmedia, både från narkomanvårdsbyrån SN 4 och dess chef Jan Ording och av generaldirektören. Krav på behandlingsskyldighet för injektionsmissbrukare har avvisats av socialstyrelsen och dess ansvariga chefer liksom av socialutredningens majoritet. Missbrukssituationen är nu sämre än någonsin, och allt talar för att den ogynnsamma utvecklingen fortskrider. Man måste allvarligt ifrågasätta om inte de ansvariga samhällsorganen definitivt tappat kontrollen och styrningen över utvecklingen på missbruksområdet och anför en bagatelliserande attityd som försvar för en misslyckad politik.

Alkohol och farlighet

– en typologisk översikt

Det finns många typer av farlighet i samband med alkoholkonsumtion, och bedömningen av sådan farlighet är aktuell inom praktiskt taget alla vårdområden. I den debatt som måste komma kring de snabbt ökande alkoholskadorna i samhället är det på sin plats med en systematisk översikt över vilka typer av farlighet det kan röra sig om. Framställningen är baserad på 20 års erfarenhet som polispsykiatrisk konsult, vuxenpsykiater och socialläkare (Socialmedicinsk Tidskrift 5-6/1976).

Alkohol och farlighet är ett samband som i århundraden betraktats som en självklar realitet. Svensson (1973) påpekar att särskilt de dramatiska kastningarna i alkoholpolitiken under 1700-talet medförde att sambandet framstod mycket klart: "Man hade talrika tillfällen att jämföra lugnet och stillheten under förbudsperioderna med det allmänna förfallet varje gång bränningen på nytt blev fri" (s 13).

Det finns som bekant många typer av farlighet i samband med alkoholkonsumtion, dels beroende på vad som avses med farlighet, dels på alkoholreaktionens typ, den aktuella situationen och givetvis också den grundläggande personligheten. Den farlighet som drickandet i sig innebär för kropp, hälsa och social funktionsförmåga skall inte beröras här utan endast den direkta farligheten för alkoholkonsumenten själv och hans omgivning i familj, trafik, arbete och sociala relationer.

Farlighetsaspekterna i samband med alkohol berör

barnavården, nykterhetsvården, socialvården, den somatiska* och psykiatriska sjukvården, arbetsvården, försäkringsväsendet, polisväsendet, åklagar- och domstolsväsendet samt kriminalvården. Det är därför på sin plats med en systematisk översikt av farlighets-typologin vid alkoholkonsumtion som bakgrund till den intensifierade debatt som måste komma kring de snabbt ökande alkoholskadorna i samhället.

Kliniskt kan man särskilja åtminstone sju huvudtyper av alkoholbetingande farlighetsförhållanden:

1. Akuta neurologiska* och vegetativa* komplikationer vid alkoholkonsumtion
2. Akuta psykiska och psykosociala komplikationer till alkoholkonsumtion
- 3) Det patologiska ruset
- 4) Delirium tremens och predelirier
- 5) Alkoholhallucinos
- 6) Alkoholparanoia
- 7) Långdragen farlighet utan psykostecken

Farlighetstyperna 1 och 2 ovan gäller akut och tillfällig farlighet oavsett alkoholkonsumtionens längd och oavsett eventuell förekomst av alkoholberoende, grupperna 3-6 omfattar farlighet under alkoholbetingade psykotiska tillstånd, hos grupperna 4-6 som regel mot bakgrunden av ett långvarigt alkoholberoende. Grupp 7 gäller den viktiga typ av mer eller mindre långdragen och varierande farlighet som relativt ofta utvecklas på basen av mångårigt avancerat alkoholmissbruk och därav betingade djupgående mentala skador utan förekomst av psykotiska inslag, främst den grupp som brukar benämnas "farliga alkoholister".

Akuta neurologiska och vegetativa komplikationer vid alkoholkonsumtion

Dessa tillstånd är de som lättast låter sig undersökas. Reaktionerna kommer snabbt och undersökningsvariablerna är relativt enkla att definiera och registrera. Helt avgörande har därtill varit att en experimentell forskningsteknik är möjlig och etiskt försvarbar beträffande dessa reaktioner. Man kan således lätt få stora material samlade under kontrollerade betingelser.

Den experimentella forskningen på detta område har varit synnerligen omfattande och fått stor betydelse, särskilt för bedömning av körskicklighet och trafiknykterhetslagstiftning (Goldberg 1970, 1972). Även den empiriska forskningen beträffande akut alkoholpåverkan i samband med olycksfall har starkt understrukt alkoholens roll för denna typ av farlighet för individen och hans omgivning (Stjernvall 1969, Giertsen 1970, Bjerver et al 1971, Naess-Schmidt 1971, Davis 1973, Hossack & Brown 1974 och Pursch 1974).

Till denna grupp av komplikationer hör också vad som i svensk lag (BrB* 13 kap 6 §) betecknas som *allmänfarlig vårdslöshet*. "Den som av oaktsamhet genom att umgås ovarsamt med eld eller sprängämnen eller annorledes vållar brand eller ofärd. . . eller framkallar "fara", eller "åstadkommer explosion, ras, översvämning, skeppsbrott, flyg- eller tågolycka eller annan ofärd och framkallar fara för annans liv eller hälsa eller omfattande förstörelse av annans egendom. . ." kan dömas för allmänfarlig vårdslöshet till böter eller fängelse i högst sex månader. Alkoholen spelar erfarenhetsmässigt en betydande roll i många av dessa "olycksfall". Sängrökning räknas som ett allmänfarligt brott om några komplikationer uppstår. En betydande del av de fatala sängrökningsfallen i Stock-

holm utgöres av medelålders ensamstående män med känd alkoholproblematik i bakgrunden.

Akuta psykiska och psykosociala komplikationer vid alkoholkonsumtion

Bråk, slagsmål, dråp, mord och självmord i samband med akut alkoholpåverkan, oavsett om något alkoholberoende föreligger eller inte, är ytterligt välkända fenomen sedan århundraden. Att i det enskilda fallet påvisa alkoholens utlösande roll i samband med ned-satta hämningsfunktioner vållar som regel inte några svårigheter. De aktuella handlingarna är av en natur som ofta är mer eller mindre främmande för personen i nyktert tillstånd.

FALLBESKRIVNING A¹

En 30-årig bilskollärare utan anamnes* för psykisk ohälsa eller missbruk av något slag fick slut av sin flicka. Han gjorde per telefon flera försök att förmå flickan att återuppta förbindelsen men avvisades. I detta läge beslutade han sig för att söka upp flickan för att tala ut med henne. För att styrka sig drack han – helt mot sina vanor – en halvflaska vermouth omedelbart före denna uppvaktning. Han ringde på hos flickan som bodde i ett omodernt hus tre trappor upp på Kungsholmen. Ingen öppnade men han tyckte sig höra en mansröst från våningen (radion stod på men flickan var ute och handlade). Han började bulta på dörren utan att något hände. I detta läge fick han ett våldsamtt orosutbrott, började skrika, öppnade trappfönstret och kastade sig ut från fjärde våningen i den mörka vinterkvällen. Turligt nog hamnade han på rygg i en stor snöhög på bakgården. Han reste sig upp oskadd, borstade av sig snön och skulle just lämna gården då portvakten och några hyresgäster kom utrusande och tog hand om honom. Polis tillkallades och omhändertog mannen såsom misstänkt psykiskt sjuk. Efter vissa röntgenunder-

¹ Fallbeskrivningarna bör inte återges i dags- eller populärpress.

sökningar på S:t Eriks sjukhus underkastades mannen någon timme senare en polispsykiatrisk undersökning. Han var då inte märkbart alkoholpåverkad, han var lugn och tedde sig helt adekvat och visade inte några tecken på livsleda eller depression. Han bagatelliserade det inträffade som "en typisk fyllegrej som man ju aldrig skulle göra om" och förklarade att han betraktade affären med flickan som utagerad. På grund av den osedvanligt starka och farliga affektexplosionen och de fortfarande oklara relationerna till flickan bedömdes viss risk för eget liv kvarstå, varför patienten lades in på Beckomberga sjukhus på vårdintyg*. Han skrevs ut redan efter ett par dagar såsom ej vårdbehövande. Vi hade sedan betydande svårigheter att förmå myndigheterna att åter betro mannen med körkort och bilskollärlicens.

Vill man studera sambandet mellan alkohol och våldsbrottslighet kriminologiskt på stora material och exempelvis analysera sambandet mellan anmälda våldsbrott och den totala alkoholkonsumtionen i landet ställs man inför stora metodologiska problem. Lenke (1976) har utfört en sådan studie och kunnat påvisa mellanölets allvarliga konsekvenser för våldsbrottsligheten, särskilt för manliga tonåringar. Hibell och Jansson (1976) har kritiskt granskat Lenkes studie och understrukit de metodologiska svårigheterna.

Inghe publicerade 1957 tillsammans med Kinberg och Lindberg en omfattande studie av "Kriminalitet och alkoholmissbruk". Författarna fann på ett kliniskt material att ett föregående verifierat alkoholmissbruk följdes av en stegrad frekvens av våldsbrottslighet, bland förstagångsdömda även av egenmäktigt förfarande och rattfylleri, för det äldre klientelet (40 år och därutöver) även av en stegring beträffande ekonomiska brott. I en äldre studie av närmare 4 000 personer som 1940 skrevs ut från svenska fängelser noterades att omkring 50% hade varit alkoholpåverkade vid brottstillfället, dock med stora variationer för olika

brottstyper. Av bedragen hade endast 16% varit påverkade, men detta hade varit fallet med 38% av tjuvarna och hela 83% av våldsbrottslingarna (Rylander och Bendz 1947). Av hela klientelet betecknades 14 % som alkoholister.

Alkoholens roll i kriminaliteten är – liksom narkotikans (Bejerot 1975b) – ytterst komplicerad. Det föreligger givetvis inte något enkelt, mekaniskt orsaksförhållande utan drogen går in i ett komplicerat multifaktoriellt* förlopp där konstitutionella*, lesionella*, psykologiska, sociala, kulturella, politiska, ekonomiska och en rad andra faktorer samspelar inbördes och växelvis. Alkoholen torde dock genom sin utpräglade dämpning av hämningsfunktioner, impulskontroll och därmed omdöme vara den i särklass viktigaste enskilda yttre faktorn i detta växelspel.

Det patologiska ruset

Det patologiska ruset är sällsynt men rättspsykiatriskt och juridiskt viktigt eftersom det är ett psykologiskt tillstånd som enligt svensk lag medför straffrihet för under ruset begångna handlingar. Det patologiska ruset har en rad viktiga kännetecken:

a) En plötsligt insättande medvetandegrumling och orostillstånd som i många fall tar sig uttryck i ett våldsam vredesutbrott och ett besinningslöst våld mot föremål och/eller person, oftast någon närstående. I detta tillstånd är det omöjligt att etablera en verbal kontakt med vederbörande; man kan inte nå honom.

b) Tillståndet utlöses efter en förhållandevis blygsam alkoholkonsumtion.

c) Tillståndet har regelmässigt kort varaktighet.

d) När tillståndet släpper, vilket det kan göra helt momentant, är medvetandet åter klart och det går då

att föra ett normalt samtal med vederbörande; alkoholpåverkan framstår då som obetydlig eller knappt märkbar.

e) Efterföljande djup sömn i anslutning till den starka fysiska och psykiska utmattningen under orostillståndet.

f) En mer eller mindre fullständig minnesförlust för det inträffade.

FALLBESKRIVNING B

En 35-årig man sammanbor sedan något år med en fränksild jämnårig kvinna och hennes sjuåriga son. Relationerna mellan de tre skall tidigare ha varit goda. Kvinnan skall dock i samband med en festlighet kvällen före ha varit otrogen med en av mannens arbetskamrater. Historien kommer omgående till mannens kännedom, varför kvinnan efter festen inte medföljer till bostaden av fruktan för gräl. Nästa dag uppsöker mannen kvinnan hos de bekanta där festen gått av stapeln och kräver att hon omgående skall komma hem. Han går därefter hem, dricker några öl och väntar att kvinnan skall komma. Då hon inte kommer ringer han till kvinnan för att övertala henne att komma hem. Då kvinnan vägrar att efterkomma hans uppmaning får han en stark affektexplosion och hotar att slå ihjäl kvinnans son, som befinner sig i våningen, om hon inte omedelbart återvänder till hemmet. Då kvinnan vidhåller sin vägran glider mannen momentant in i ett våldsamt orostillstånd och demolerar bohaget i våningen. Polis tillkallas och är snabbt på platsen. Mannen går ut på balkongen, bär pojken på vänster arm medan han med höger hand håller en förskärare mot pojkens hals. Mannen ropar åt den vettskrämda kvinnan på gården att omedelbart komma upp, annars skall han skära av halsen på hennes son. Några polismän tar sig snabbt upp på angränsande balkonger medan andra förbereder forcering genom den låsta dörren till våningen. I egenskap av polisläkare är jag snabbt på platsen och talar till mannen utan att kunna etablera någon dialog. Mannen stirrar framför sig och svarar inte på några tilltal. Han håller nu pojken över huvudet som om han ämnade kasta ut pojken från balkongen. Plötsligt börjar mannen slå pojken med våldsamt kraft mot balkongräcket, som om han i ilska piskade en matta. Polismännen på grannbalkongerna

får omedelbart order att skjuta ned mannen. Samtidigt stormas våningen genom att dörren slås in. Attacken kommer tyvärr några ögonblick för sent och sjuåringen ligger sönderslagen och medvetslös i högar av fönsterglas. Han vaknar först efter flera dygn på intensivvårdsavdelning, sannolikt med bestående skador och men efter händelsen. Mannen hade träffats av ett skott i vänster underarm och endast fått obetydliga blessyrer. Samtidigt som skottet gick vaknade mannen upp ur det psykotiska orostillståndet, han blev omedelbart sig själv igen och helt lugn och ordnad. Han var obetydligt alkoholpåverkad men starkt uttröttad av sitt patologiska rus, sjönk ihop och kunde inte höras om det inträffade förrän han fått sova ut. Efteråt hade han mycket oklara minnesbilder av det inträffade.

Benägenhet för patologiskt rus anses sammanhänga med såväl konstitutionella faktorer som predisponerade* hjärnskador, tillfällig uttröttnings och momentan stark sinnesrörelse.

Delirium tremens och predelirier

Under abstinensfasen efter ett långvarigt och intensivt drickande utvecklas under några dygn en lång rad subakuta* vegetativa störningar med pulsstegring, skakningar, temperaturstegring, svettningar, dehydrering* och vattentörst. Vid (pre)delirier inträder även mer eller mindre uttalade medvetandegrumligheter, illusioner och som regel hallucinationer för syn och hörsel. Stundom kan dessa tillstånd plötsligt övergå i våldssamma orostillstånd, där vederbörande attackerar omgivningen pga paranoidea vanföreställningar. Den sjuke kan få för sig att han skall mördas, att han skall transporteras till avrättning eller liknande. Delirianterna kan i detta läge mobilisera enorma kraftresurser. Jag har sett fall där sex polismän haft all möda att övermanna den sjuke och surra honom på en ambulansbår.

FALLBESKRIVNING C

En ca 45-årig högre officer rusar iklädd pyjamas, morgonrock och tofflor en morgon omkring på Mosebacke torg och skjuter med sitt tjänstevapen ett flertal skott in i buskarna. För en tillkallad polispatrull förklarar han att Sverige under natten ockuperats av ryssarna. Han blir ytterligt förgrymmad av att polismännen inte vill sätta tilltro till hans uppgifter och inte bistå honom i jakten på invaderande soldater, som han ser här och var bakom parkvegetationen. När han blir avväpnad uppfattar han att poliserna är utklädda sovjetagenter och sätter sig till våldsamt motvärn.

Alkoholhallucinos

Den hörselhallucinos som upplevs vid delirium tremens är i stor utsträckning relaterad till deliriantens yrkesförhållanden, och rösternas utsagor brukar vara av neutral karaktär. Helt annorlunda är det vid den s k akuta alkoholhallucinosen. Tillståndet inträder inte så akut och dramatiskt som vid delirium, och vegetativa fenomen saknas nästan helt. Vederbörande är också orienterad till tid, rum och person och någon medvetandegrumling förekommer inte. Hörselhallucinosen upptas som regel av grava moraliska anklagelser som ständigt upprepas med smärre variationer. Vissa av de drabbade tycks ta anklagelserna med godan ro, andra blir ytterligt plågade. Jag har undersökt flera polispsykiatriska fall där män med alkoholhallucinos gjort allvarliga gasningsförsök som avvärjts genom att grannar larmat polisen. Efter omhändertagandet har dessa patienter inte förefallit särskilt deprimerade i vedertagen mening men väl bekymrade och plågade av sin hallucinos. De har varit alkohelpåverkade vid gasningsförsöken. Tillståndet har en god prognos vid adekvat behandling, men åtskilliga fall tycks sluta i självmord utan att alkoholhallucinosen blir diagnostiserad.

Alkoholparanoia

Att många alkoholister så småningom får en tendens att misstänka hustrun för otrohet är ett välkänt förhållande. Sannolikt står fenomenet i relation till alkoholistens sviktande potens, oro kring detta och särskilt för befarade reaktioner från hustruns sida. Undantagsvis övergår denna tendens till misstänksamhet i en intensiv alkoholparanoia, som ter sig som en svartsjukeparanoia fränsett att symtomatologin* är förgrovad och att hot och misshandel av motparten sannolikt är vanligare. Hustrun tvingas i många fall redovisa sina förhållanden för varje minut.

FALLBESKRIVNING D

En 55-årig gift, alkoholiserad fabriksarbetare hade på hustruns återkommande initiativ under många år haft en viss sporadisk kontakt med nykterhetsvården och socialläkarverksamheten utan att man kunnat stoppa det fortskridande förfallet. Han fick slutligen förtidspension pga kroppsliga, psykiska och sociala komplikationer till sin alkoholism. Efter en tid av tilltagande misstänksamhet och svartsjuka började han konfrontera hustrun med en rad paranoiska krav. Hustrun fick endast besöka en butik åt gången och måste däremellan komma hem och visa upp sig, varefter hon tilläts besöka nästa butik etc. Trots att hon endast var borta en kort stund för affärsbesöken måste hon varje gång vid hemkomsten ta av sig benkläderna för närmare inspektion så snabbt hon kom innanför dörren. Hon fick utstå ständiga förebråelser och ständigt hot men vågade inte separera från mannen av fruktan för sitt liv. Sedan mannen efter intagning på vårdintyg behandlats med chlorpromazin eliminerades alla sjukliga föreställningar tills han något halvår efter utskrivningen slutade ta sin medicin (under hänvisning till vissa lättare biverkningar). Man kunde ringa in psykosgränsen och hålla patienten helt besvärsfri på 25 mg Hibernal x 4 medan han på halva denna dos företedde fullt uttalad alkoholparanoia med daglig farlighet för hustruns vidkommande.

Långdragen farlighet utan psykostecken

Relativt ofta förekommer en långdragen eller återkommande farlighet hos vissa alkoholmissbrukare efter flerårig kontinuerlig, "vanemässig" eller periodvis återkommande avancerad alkoholkonsumtion. Arten och graden av farlighet varierar betydligt men är som regel centrerad till hustru, barn och nära anhöriga, stundom även till alkoholmissbrukaren själv.

Den svenska nykterhetsvårdslagen medger enligt 15§ ingripande om "den som är hemfallen åt alkoholmissbruk... till följd av sitt missbruk befinnes farlig för annans personliga säkerhet eller kroppsliga eller själsliga hälsa eller för eget liv". Enligt 21§ kan polismyndigheten ingripa på något snävare indikationer under förutsättning att farligheten är överhängande. Klackenborg (1967) har ingående diskuterat kriterierna för ingripande och Bramstång (1975) har nyligen publicerat en omfattande juridisk avhandling om hemfallenhetsrekvisitet*.

Personer med benägenhet för denna långdragna, ofta mycket lömska och svårbedömbara alkoholbetingade farlighet brukar i praktiskt arbete betecknas som "*(misstänkt) farliga alkoholister*". Litteraturen kring denna patientgrupp är mycket begränsad, möjligen pga problemets utomordentliga komplexitet, men Kinberg (1939) har i flera sammanhang diskuterat frågan och Åman (1957, 1960) har bidragit med många förnämliga fallbeskrivningar i äldre årgångar av Tidskrift för nykterhetsnämnderna och därtill lämnat juridiska-administrativa kommentarer kring handläggningen av dessa fall. De ur bedömningssynpunkt enklaste fallen är de där farligheten enbart riktar sig mot eget liv. Suicidbenägenheten hos alkoholister är som bekant betydande sedan de har supit sönder sina per-

sonliga relationer och hotas av socialt haveri. Dessa fall skall enligt min bestämda uppfattning handläggas enligt den psykiatriska vårdlagen (LSPV)* och inte enligt nykterhetsvårdslagen. Med adekvat behandling är prognosen på kort sikt avgjort god, på lång sikt osäker då alkoholismen som regel fortsätter efter sjukhusperioden.

FALLBESKRIVNING E

En drygt 40-årig ensamstående man, herrekiperingsbiträde, med en över tioårig anamnes för alkoholberoende, hade de senaste fem åren (!) vårdats på en privat bondgård. Något krav på nykterhet förekom inte på gården, och det närbelägna mentalsjukhuset fick av och till ta emot fall av delirium tremens från gården. Vid jultiden fick denna man permission för att tillbringa helgen i ensamhet i sitt hyperestetiskt välordnade hem i Stockholm. Drickandet accelererade snabbt efter hemkomsten och mannen gled in i en alkoholbetingad dysfori* och depression. En granne larmade polisen och berättade att mannen under dagen börjat dela ut en mängd föremål, bl a en kristallkrona, tavlor och andra konstföremål till olika grannar i huset under förebärande att det var fråga om julgåvor. Grannen som tog kontakt med polisen insåg emellertid att det inte kunde stå rätt till ("mannen såg sorgen ut och var inte helt nykter"). När en patrull ringde på öppnade mannen omedelbart. På bordet hade han placerat en stol och i kroken där kristallkronan hängt skulle han just fästa en löpsnara som han förfärdigat av ett nyinköpt rep.

Vid den psykiatriska undersökningen framstod mannen som klart deprimerad, men han var ändå tacksam för ingripandet och positiv till sjukvård.

När alkoholmissbrukarens långdragna farlighet riktar sig mot andra är det vanligen en plågad alkoholisthustru som tar kontakt med socialvården, den psykiatriska vården eller polisen. Stundom är det grannar som larmar i anslutning till familjegräl eller uppenbar misshandel.

När problemen blir akuta och polisingripande sker i

bostaden är mannen undantagslöst alkoholpåverkad, vanligen starkt berusad. Det är ofta närmast ogörligt att på platsen få en klar bild av det inträffade och situationens bakgrund: Den berusade gormar och kanske t o m inför polisen hotar hustrun på det grövsta; den blåslagna och förgråtna hustrun biter ihop tänderna av skräck för vad mannen skall ställa till med som repressalier för samhällets ingripande; de panikslagna barnen har kanske gömt sig under sängar och möbler; trappuppgången kan vara fylld av nyfikna barn och vuxna från grannskapet. I denna situation medtages den berusade för "fylleri på privat område" och får nyktra till hos polisen. Samtidigt hörs hustrun ingående på en rad punkter för att omständigheterna skall klarläggas och grunderna för ett eventuellt akutomhändertagande (enligt NvL*, LSPV eller BrB) skall styrkas.

I andra fall vänder sig hustrun direkt till socialvården eller polisen med en formell anmälan. Åtskilliga av dessa misshandelsfall observeras inom sjukvården, särskilt vid storstädernas akutmottagningar. Läkarens tystnadsplikt förhindrar dock läkaren från direkt rättslig intervention såvida inte misstanke om dråpförsök föreligger. Den alkoholisthustru som gjort polisanmälan om misshandel återtar inte sällan sin anmälan (efter påtryckningar från maken). Detta kan hon göra om misshandeln inte rubricerats som grov, då gärningen faller under allmänt åtal. Det är grovheten och råheten i våldet och val av tillhyggen m m som avgör brottsrubriceringen.

Utrymmet medger inte en närmare diskussion av farlighetsbedömningen, men det bör påpekas att det, i de fall där misshandel ännu inte kommit till stånd, alltid är fråga om en sannolikhetsbedömning och en

”bevisföring” av helt annat slag än vad som krävs för dom enligt brottsbalken. Hot och psykisk misshandel och terror skall enligt NvL tillmätas samma vikt som direkt fysisk misshandel.

Gemensamt för nästan alla ”farliga alkoholister” är att de är ofarliga i nyktert tillstånd, ofta påfallande beskedliga och oförargliga. Många lovprisas t o m av sina plågade anhöriga som särskilt vänliga och om-
tänksamma i nyktert tillstånd. Hjärnskador på grund av långvarigt alkoholmissbruk kan som regel diagnostiseras psykiatriskt. Det brukar föreligga försämrade alkoholreaktioner med nedsatt tolerans, ökad retlighet, affektexplosivitet*, svartsjuka etc i påverkat tillstånd, black outs och minnesrubbingar i nyktert tillstånd liksom emotionell och intellektuell avtrubning och begynnande eller tilltagande social funktionsnedsättning.

Om hemfallenheten inte kan styrkas kan fallet inte handläggas som ett nykterhetsvårdsärende utan måste bedömas som ett brottsbalksbrott. Svårare våldsbrott brukar trots att hemfallenheten styrkts medföra häktning och domstolsprövning. Huvudparten av de ”farliga alkoholisterna” i Stockholm överlämnas efter polisiär utredning till socialvården för vidare åtgärder. I ett betydande antal fall går vederbörande ”frivilligt” med på sluten nykterhetsvård sedan han blivit under-
rättad om att myndigheterna i annat fall kommer att begära honom tvångsintagen. Frågan om frivillighet och tvång har som bekant många bottenar.

Under en snart tjugooårig verksamhet som polispsykiatrisk konsult, vuxenpsykiater och socialmedicinare har jag frapperats av hur starkt kvaliteten på farlighetsutredningarna varierar över landet och mellan olika berörda myndigheter. Integreringen av soci-

alvårdens olika verksamhetsområden har säkerligen medfört stora fördelar i många avseenden, men för nykterhetsvårdsfallen har reformen inneburit en svår kvalitetsförsämring. Detta går inte bara ut över alkoholmissbrukaren och hans anhöriga utan i sista hand över samhället. Det föreligger nu överhängande risk för en socialdarwinistisk* utveckling där man lämnar de svårt alkoholberoende åt sitt öde med förtidspension och bostadsbidrag. När slutligen också deras anhöriga övergivit dem har de heller inte längre några att misshandla.

Alkoholkonsumtionen per vuxen invånare har fördubblats sedan det bedrövliga 30-talet. Socialministern påpekade nyligen i direktiven till den fortsatta utredningen om alkoholpolitiken att alkoholproblemet idag utgör vårt största sociala problem. Även vi socialmedicinare borde erkänna detta område som ett av våra viktigaste verksamhetsfält och avdela våra resurser därefter.

II

Frivillighet kontra tvång i behandlingen

Frivillighet och tvång i behandlingen av alkoholister och narkomaner

Frågan om frivillighet och tvång i behandlingen av missbrukare är den mest kontroversiella frågan inom hela beroendeproblematiken och vårddebatten. Här diskuteras några skäl som talar emot dagens förhärskande föreställning om att tvång bör avvisas helt eller minimeras i behandlingsarbetet. Denna artikel publicerades ursprungligen i Socialmedicinsk Tidskrift (6/1975) men föranledde inte några kommentarer eller genmälen i någon tidning eller tidskrift; argumenten skulle tigas ihjäl.

Som en röd tråd genom århundradena går en politisk strävan att tillförsäkra individerna en ökad frihet. Men även John Stuart Mill (1859, 1967), den moderna liberalismens teoretiska förgrundsgestalt framför andra, var mycket noga med att poängtera att det måste finnas bestämda gränser för individens frihet genom lagar och opinionstryck för att samhälle och samlevnad över huvud taget skall kunna fungera. Dessa oundgängliga inskränkningar i individens frihet betecknade Mill till och med som den mänskliga samlevnadens viktigaste fråga (Malmstedt 1975). För Mill var det en självklarhet att individens frihet inte fick medföra skada för andra. Det förefaller mig som om många röster i dagens socialpolitiska debatt är långt mera liberala än den moderna liberalismens anfader.

Frågan om huruvida tvångsinstrument bör användas vid vissa missbruks- och beroendetillstånd sönderfaller i en rad intrikata delkomplex. Med detta bidrag vill jag främst dra fram några i debatten förbisedda – om

inte nedtystade – förhållanden och argument som visar att tvång, rätt använt, kan spela en mycket konstruktiv roll både för den berörda individiden och för samhället.

Viljelivets deformation

Om vi går från filosofins och de politiska idéernas värld till empirin och den kliniska verkligheten så tror jag att just ingen tränad kliniker vill förneka att det verkligen existerar ett tillstånd som lämpligen kan betecknas som drogberoende, ett tillstånd av intensiv bundenhet och fixering vid vissa drogeffekter, ett tillstånd skilt från ett inledande drogexperimenterande och ett tillfälligt eller återkommande kontrollerat måttlighets(miss)bruk. Jag har tidigare (Bejerot 1971a) ingående analyserat detta fenomen, som jag uppfattar som en inlärdd respons, en betingning till vissa euforiserande* medels effekter. Jag tror mig ha visat att drogberoendena – även de mest banala som nikotinismen och koffeinismen – antar en "driftsmässig" natur, dvs de karakteriseras av att förnuftet och "viljan" kommer på undantag för känslan och begäret.

Det är enkelt att kliniskt visa att drogbegäret i svårartade beroendeformer (kokainism, heroinism, alkoholism, barbiturism etc) ofta är vida starkare än sexualdriften (Bejerot 1975a). Att individen blivit kemiskt styrd och svårt brister i eller helt förlorat självkontrollen vis à vis rusgifter är, menar jag, kärnpunkten i narkomanins väsen.

Redan den nikotinist som försökt sluta röka eller den överviktige som försökt banta har fått en aning om vilka starka krafter som slumrar under det medvetna viljelivets nivå. Att man i andra avseenden är psykiskt stark och socialt framgångsrik gör inte en korrigerande av dessa banala driftsrubbningar särskilt mycket lätta-

re och detta även om man råkar vara ärligt och starkt motiverad för en ändring av sakernas tillstånd. Fetma, gambling, s k sexuella persioner, kleptomani och pyromani uppfattar jag som andra specialformer av driftsrubbningar som står narkomanierna nära.

Beroendetillståndets allvarlighetsgrad avgörande

Även om tobaksrökning och fetma är förbundna med betydande översjuklighet och överdödlighet så utgör dessa banala driftsrubbningar ändå inte något hinder för individens sociala funktionsförmåga, och samhället kan inskränka sig till att försöka motverka dessa tillstånd med hälsoupplýsning och olika behandlingserbjudanden. Men när det gäller alkoholism och andra former av narkomani föreligger en överväldigande dokumentation om att dessa tillstånd mycket gravt reducerar individens sociala funktionsförmåga och starkt belastar samhällets sjukvård, socialvård, kriminalvård och ekonomi. Därtill kommer att missbrukstillstånden ofta svårt drabbar också missbrukarens omgivning – särskilt de anhöriga – med allvarliga följdverkningar.

Ett primitivt eller starkt individualistiskt samhälle kan acceptera att folk super och knarkar sig sönder och samman, därför att ett sådant samhälle inte har några större förpliktelser mot de utslagna; Skid-Row-alkoholisterna* dör snabbt undan i en socialdarwinistisk process. Men ett avancerat välfärdssamhälle med höga ambitioner på solidaritet och ömsesidigt bistånd kan i längden inte inta en passiv och permissiv inställning till gravt destruktiva driftsrubbningar hos medborgarna. Redan för ett par decennier sedan förutspådde Axel Höjer, då chef för medicinalstyrelsen, att alkoholismen skulle kunna

komma att äventyra grundvalarna för hela välfärdssystemet. Idag har alkoholkonsumtionen per invånare över 15 år också fördubblats jämfört med 1930-talet (Svensson 1974), och vi är nu tillbaka till konsumtionsnivån vid sekelskiftet, den tid då den unga arbetarrörelsen gick i spetsen mot superiet för att över huvud taget kunna organisera arbetarklassen.

Frivillighet eller tvång

Utrymmet medger inte att vi här närmare går in på en analys av viljans natur, men Bohr och Kinberg (Berglin 1974) och många andra har ingående diskuterat detta problem. Här vill jag bara påpeka att den socialt fungerande människan med en välutvecklad överjagsfunktion och en god självkontroll lätt tror att hon frivilligt släpar sig till sitt arbete i ur och skur, att hon där frivilligt underkastar sig en massa förpliktelser, att hon frivilligt betalar in sina restskatter punktligt etc. I själva verket är hon givetvis tvingad till allt detta, av sitt samvete och av det sociala trycket. Detsamma gäller våra barn, skolgången och 1842 års skolplikt. Frihet är insedd nödvändighet påpekade Friedrich Engels för mer än hundra år sedan. Om individens egen inbyggda styrningskontroll och tvångsmekanism inte fungerar och om komplikationerna av detta blir betydande för individen och samhället måste trycket och styrningen komma utifrån om inte urspårningen skall permanentas eller förvärras.

Om en människa djupare sett verkligen "vill" sluta att dricka eller knarka så kan givetvis ingen makt i världen hindra henne från detta. De som frivilligt söker vård och målmedvetet medverkar till de långsiktiga och djupgående förändringar som krävs för att de skall

komma ifrån giftberoendet, utgör inte något större problem vare sig för vårdapparaten eller för samhället. Huvudparten av dem som söker vård gör det emellertid endast för att få hjälp med besvärande kroppsliga, psykiska, sociala, ekonomiska och juridiska *komplika-tioner* till missbruket. De tänker sig i regel inte vården som något annat än en tillfällig andhämtningspaus, och de är ytterst sällan beredda att offra rusgiftet som glädjekälla. Gruppen har många och långa sjukhusvistelser inom nästan alla specialiteter (Bjerver 1972, Herner 1972). I öppen vård går stora skaror av alkoholister sjukskrivna, ofta långa tider och under allehanda pseudodiagnoser*. Många försämras markant när de inte längre behöver ställa upp nyktra på en arbetsplats eller träningsinstitution utan kan underhålla sitt drickande på det ekonomiska bistånd samhället erbjuder. Oräkneliga skaror går under i denna ofärdiga välfärd, och vårdapparaten dignar redan under bördan av dem. De som utgör det största problemet på sikt är emellertid den stora majoriteten av alkoholisterna-narkomana som av egen kraft inte kan medverka till någon form av realistiska rehabiliteringsåtgärder. För dem står valet inte mellan frivillig eller tvångsvis initierad vård utan alternativen är en konstruktiv vårdskyldighet eller ingen vård alls.

En undersökning av det s k humlegårdsklientelet* visade att två tredjedelar av de omhändertagna männen var injektionsmissbrukare. Medelåldern för dem var 27,9 år, de hade i genomsnitt injicerat i 6,5 år, men endast en tredjedel hade någonsin fått någon behandling för sin narkomani (Bejerot et al 1974). Min erfarenhet från en snart tjugoårig polispsykiatrisk konsultverksamhet i Stockholm talar för att alkoholisterna är lika försummade.

Mytbildningen om frivillighet och tvång

Det senaste decenniet har vi till leda fått höra att "frivillighet och motivation är en förutsättning för goda värdeffekter", "med tvång kommer man ingen vart", etc. Under tiden har otaliga unga alkoholister och narkomaner fått gå till botten därför att de inte har varit "behandlingsmotiverade". I den vetenskapliga litteraturen tycks det dock inte finnas en tillstymmelse av belägg för dessa trossatser. Men teserna uttalas ofta till och med som något slags axiom som inte behöver konfronteras med verkligheten. Såvitt jag kan förstå representerar fenomenet ideologiska rester av de klenare elementen i 1800-talsliberalismen.

Mytbildningen har gamla rötter i det dåliga utfallet av den traditionella anstaltsvården av alkoholister. Trots att det ofta var fråga om ett svårt nedgången och förkommet klientel, trots att de utslagna många gånger endast bjöds en tids passiv förvaring i lantmiljö och trots att styrningstrycket som regel var högst temporärt var dock resultaten bevisligen vida bättre än sitt rykte (Bjerver 1972, Kühhlhorn 1974). Mytbildningen har sedan byggts på från många håll, inte minst av författare till oräkneliga dåliga studentuppsatser i beteendevetenskapliga ämnen, där man jämsällt frivilligt respektive tvångsvis vårdade utan att inse att grupperna inte är jämförbara. Kliniskt oerfarna journalister har sedan fullbordat mytbildningen, och ansvariga politiker har slutligen endast behövt säga amen.

Vi får inte glömma att det också finns en primitiv mytbildning kring tvångets välsignelser. Tvånget i sig kan aldrig garantera någon framgång i behandlingsarbetet. Om man har en alkoholist-narkoman tvångsomhändertagen en vecka eller ett år påverkar inte nämnvärt drogbehovet. *Tvånget är i dessa sammanhang en*

nödvändig men inte tillräcklig förutsättning. För att det yttre tvånget skall bli konstruktivt måste det sättas in på ett sådant sätt att det varaktigt balanserar det inre tvånget, drogbegäret. Den drogberoende är i själva verket den ofriaste av alla, bunden till händer och fötter av sitt ytterligt starka drogbegär och styrd av driftsimpulserna.

Erfarenheter av tvång och tryck

Den mest eleganta jämförelsen av utfallet vid frivillig vård och arrangemang under tvång och tryck kommer från USA. Vaillant, som är psykiatridocent vid Harvard, har noggrant följt en grupp om ett hundra manliga heroinister från New York, förstagångsvårdade vid Lexington 1952-53. Under den första tolvårsperioden efter utskrivningen hade gruppen haft sammanlagt 270 frivilliga sjukhusinläggningar för sin narkomani. Dessa vårdtillfällen hade följts av ett års narkotikafrihet i omkring 4 procent av fallen. Gruppen hade under samma period avtjänat 279 fängelsestraff av högst 8 månaders längd. Också här hade man uppnått ett års narkotikafrihet i ungefär 4 procent av fallen. I gruppen hade man slutligen haft 30 tillfällen av mer än 8 månaders fängelsestraff åtföljda av villkorlig frigivning och minst ett års noggrann övervakning med återgång till fängelset om vederbörande avbröt sin anställning eller återföll i narkotikamissbruket. I 67 procent av fallen klarade de villkorligt frigivna ett års drogfrihet under detta tryck (Vaillant 1966, 1973). *Resultatet mätt i ett års drogfrihet var alltså 15 gånger bättre under tvång än efter frivillig vård.*

Vaillant diskuterar ingående det för många oväntade utfallet och påpekar bland annat: "Psykoterapi används mest för att mildra eller korrigera inte gagneliga

beteenden (unrewarded behavior) som uppkommit genom alltför mycket eller felaktigt fostran. Narkomanen med kriminell bakgrund har emellertid ofta mött alltför litet av konsekvent intresse från auktoriteter och inte alltför mycket eller felaktigt intresse. Det förefaller som om psykiaterns yrkesmässiga permissivitet utgör ett hot mot narkomanens omogna försök att kontrollera sina impulser. Vaillant påpekar också att "narkomanen för att bygga upp sin egen impulskontroll behöver en bundsförvant eller ett yttre superego* som han inte kan rymma ifrån". *Man kan också uttrycka det så att behandlings- och rehabiliteringskrafterna sammantagna måste vara starkare än kraften i drogbegäret för att framgång skall kunna uppnås.*

Bjerver (1972) gjorde liknande iakttagelser i sin studie av tvångsätgårdernas effekt på ett nykterhetsvårdsklientel. Redan en anmälan till nykterhetsnämnden – utan några åtgärder för övrigt – visade sig resultera i lägre fyllerifrekvens och sjukfrånvaro. De som blev föremål för nämndens tvångsätgärder hade visat en påtaglig stegring i antalet sjukdagar före ingripandena; därefter föll frekvensen sjukdagar markant.

Också Nylander (1960) gjorde intressanta men i missbruksdebatten sällan åberopade fynd i sin avhandling om barn till alkoholiserade fäder. Barn till fäder som var föremål för övervakning från nykterhetsnämndens sida visade färre störningssymtom än barn till fäder som inte hade varit föremål för övervakning eller där denna hade upphört.

Mest dramatiskt belyses kanske frågan om frivillighet och tvång i några amerikanska rapporter beträffande narkomaniserade läkare. Modlin och Montes (1964) visade att behandlingsresultaten var nedslående trots ambitiös och mycket kvalificerad psykoterapi

under formellt frivilliga former. Av 30 narkomaniserade läkare var minst 3 döda tre år senare. Många andra gick då inte att spåra. Av de 11 som fullföljt det tvååriga behandlingsprogrammet föreföll 7 botade, men risken för återfall var då givetvis ännu betydande. Mot dessa resultat kontrasterar starkt Quinns (1959) rapport från Californien beträffande behandling av 130 narkomaniserade läkare med helt andra metoder. Läkarna berövades formellt sin legitimation av domstol sedan de bevisligen förbrutit sig mot narkotikalagstiftningen. I praktiken fick de dock behålla legitimationen tills vidare på villkor att de genomgick avgiftning och därefter accepterade en tioårig övervakningsperiod med oregelbundet återkommande urinprov: Om de vid något tillfälle föredro narkotika i urinen eller vägrade att lämna prov skulle de definitivt förlora legitimationen. Med denna enkla och till synes bryska metod fick man 92 procent av dessa narkomaniserade läkare narkotikafria under den tioåriga övervakningsperioden, medan en överväldigande majoritet brukar återfalla snabbt efter behandling i alla väldokumenterade projekt med frivillig vård.

Liknande erfarenheter har också gjorts i det tysta i Sverige. Det sannolikt mest framgångsrika behandlingsprojektet i landet för unga narkomaner drivs på en gård i Hassela utanför Sundsvall. En lärarfamilj, Ulla och K A Westerberg, har sedan slutet av 60-talet varje höst tagit emot sex unga narkomaner från Mariakliniken i Stockholm; numera har man medhjälpare och tar tolv nya varje år. Man rapporterar att man misslyckats med några få ungdomar som avvikit de första veckorna, innan de hunnit rota sig på gården. De övriga har man efter en ettårig internatträning byggd på pedagogisk teknik och en tvåårig intensiv eftervårdskontakt

lotsat ut i skolor och arbetsliv. Det i detta sammanhang särskilt intressanta är att man kräver att alla under internatbehandlingen skall vara omhändertagna för samhällsvård enligt barnavårdslagen och att de skall ha ett uttalat hot över sig att komma till ungdomsvårdsskola om de avviker. Utan dessa tvångsarrangemang anser man sig inte kunna styra dessa ungdomar under behandlingsprocessen. Hassela-ungdomarna har kollektivt framträtt med några artiklar på Aftonbladets kultursida och frimodigt förklarat att de själva inser att de inte av egen kraft skulle ha lyckats ställa upp för behandling, att trycket och tvånget har varit nödvändigt för dem. När Hassela-projektet här omåret presenterades utförligt i Dagens Nyheter förtegar reportern inte bara att alla ungdomar var tvångsomhändertagna utan man lät också påskina att de var där frivilligt. DN vägrade att ta in ett beriktigande om detta tydligen mycket känsliga förhållande.

Makrosociala aspekter

Även om vi mobiliserade alla tillgängliga behandlingsresurser i det här landet och koncentrerade dem enbart på missbrukargrupperna skulle vi med nuvarande teknik sannolikt inte kunna rehabilitera alkoholister-narkomaner i den takt de uppträder. På sikt måste problemen tacklas främst med preventiva åtgärder. Men betydande indirekta rehabiliteringseffekter hos missbrukarna kan erhållas genom olika typer av makrosociala* åtgärder.

Det finns i historien ett otal exempel på framgångsrik kamp mot missbruksproblematik i större skala. Såvitt jag har kunnat finna har ett omfattande drogmissbruk aldrig trängts tillbaka utan restriktiva åtgärder. Det tycks inte heller finnas något exempel på att

missbruk inte tenderat att öka i befolkningen om drogpolitiken liberaliserats.

Redan Moses tycks ha lyckats förändra judarna från ett tidigare alkoholiserat folk till ett folk utan alkoholproblem genom årtusenden (Glatt 1970, Keller 1970, Maurice-Bejerot 1975), trots att prövningarna för detta folk kanske varit hårdare än för något annat och trots att den judiska kulturen inte kräver totalabstinens.

Muhammeds uppgörelse med alkoholen är mycket väldokumenterad (Dixon 1972), och effekterna är fortfarande efter 1300 år bestående, även om vin- och spritproducenter i dag försöker tränga in på den muselmanska marknaden.

En omfattande etersniffningsepidemi i Irland och England under det tidiga 1800-talet (Lewin 1964) stoppades med resoluta motåtgärder, och detsamma gällde kokainepidemin i Centraleuropa under mellankrigstiden. Från 1923 till 1939 reducerades det amerikanska opiatmissbruket till en tiondel (Harney och Cross 1961) genom en konsekvent genomförd restriktiv politik. Resultaten stod sig till mitten av 1960-talet, då det amerikanska samhällets djupgående kris också tog sig uttryck i liberalare attityder till narkotikamissbruk av olika slag.

I samband med det kommunistiska maktövertagandet i Kina 1949 stoppades den månghundraåriga opiumrökningen på kort tid genom att miljoner opiumnarkomaner förvisades till landsbygden samtidigt som den illegala handelsapparaten krossades. Några år senare stoppade man i Japan inom loppet av ett par år en av historiens våldsammaste missbruksepidemier enbart med restriktiva åtgärder och måttliga men konsekventa straff (Bejerot 1975a). Vår svenska epidemi av injektionsmissbruk har synbarligen samvarierat med den

förda narkotikapolitiken. Från våren 1965 till våren 1967, parallellt med experimentet med legal förskrivning och liberal domstolspraxis, tiodubblades injektionsmissbruket – från 3 procent till 30 procent – bland 15–19-åriga arrestanter i polisklientelet i Stockholm (Bejerot 1975b).

I flera avseenden är lagstiftningen beträffande såväl narkotika- som alkoholmissbruk väsentligt mera restriktiv i öst än i väst. Den sovjetiska nykterhetslagen föreskriver att den som har alkoholproblem – vem som har det fastställs av fackföreningen på arbetsplatsen – kan åläggas att regelbundet ta aversionsmedicin (Antabus, Dipsan etc) på arbetsplatsen. Om vederbörande vägrar att medverka till behandlingen riskerar han arbetsläger upp till två år. Ungern har från den 1 januari 1975 infört en liknande lagstiftning. I Polen och Tjeckoslovakien får fylleristerna själva betala omkostnaderna för fylleriomhändertagandena genom införsel i lönen. Exempelen kan mångfaldigas.

I den kapitalistiska världen dominerar liberalistiska tankegångar, och starka strömningar i svenska massmedia har på senare år velat ge individen alla rättigheter och kollektivet alla skyldigheter. Om individen inte åläggs klara skyldigheter i form av ansvar för sitt beteende avhumaniserar man i själva verket människan. Om kollektivet inte får betydande rättigheter att motverka destruktiva missbruksbeteenden riskerar det fortskridande sociala sönderfallet så småningom att driva pendeln över i en reaktionär våg. Det finns starka belägg för att ett system utan både positiva och negativa sanktioner inte torde kunna bestå någon längre tid utan tilltagande funktionsstörningar (Lorenz 1973).

Måste tvångsmöjligheter gentemot missbruksbeteende finnas?

Idag (1974) svarar socialutredningen ja på den frågan, och socialstyrelsen instämmer i sitt remissyttrande. "Det råder full enighet inom såväl socialutredningen som socialstyrelsen att tvångsåtgärder mot alkohol- eller narkotikaskadade vuxna i vissa fall är nödvändiga. Man skiljer sig endast åt beträffande hur frihetsberövandena i sådana fall skall ske", skrev Gunnar Inghe i sin reservation till socialstyrelsens yttrande.

Nästan alla som efter många års vacklan nu instämmer i att tvång nog ändå är ofrånkomligt i vissa fall av drogmissbruk påpekar som en självklarhet att tvångsåtgärderna skall "minimeras", dvs att trycket-tvånget endast bör sättas in i yttersta nödfall och göras mycket kortvarigt. Mig förefaller det vara mer av opportunism och taktik än ärlighet och logik i dessa slutsatser. Om det verkligen förhåller sig så att trycket har övervägande positiva effekter – och i annat fall måste det ju vara oetiskt att tillgripa det – då bör trycket rimligtvis sättas in tidigt i missbrukskarriären och fortsätta så länge det behövs. Tvånget bör således inte "minimeras" utan "optimeras", vilket är något helt annat. Naturligtvis är det politiskt förhärskande föreställningar som i sista hand skall utforma dagens praktik. Men forskare och fackfolk bör i sitt agerande noga skilja på vad som är politiskt möjligt här och nu och vad som är realiteter på en mera objektiv nivå. Vi har betalt av samhället för obehaget att försöka finna och peka på sanningar som strider mot ogrundade men inrotade föreställningar. Gör vi inte det sviker vi samhället för vår egen bekvämlighet.

Två stora frågor återstår

Två stora frågor återstår sedan nästan alla initierade efter flera års intensiv socialvårds- och missbruksdebatt kommit fram till att samhället måste förfoga över vissa former av tvång och tryck gentemot den enskilde drogmissbrukaren. Den ena frågan är vilka som skall svara för det obehagliga men oundgängliga tvånget. Det problemet är relativt enkelt men tarvar ändå en analyserande artikel för sig. Den andra frågan gäller beträffande vilka missbrukare tvångsinstrumenten bör tillgripas och när och hur de skall sättas in och utformas. Den frågan är utomordentligt komplicerad och skulle fordra en hel bok enbart för en hyfsning av frågeställningarna. Därtill behövs omfattande klinisk forskning och serier av behandlingsexperiment för att man skall kunna lära sig att differentiera åtgärderna på bästa sätt och prognostisera effekterna vid olika typer och grader av socialt tryck och tvång.

Om man förutsättningslöst önskar utvärdera frivillighet kontra tvång bör man först utesluta det vanliga frivilligklientelet och koncentrera intresset på tvångsklientelet. Detta får man enligt konstens regler dela upp på en grupp, där man avvaktar med tvångsåtgärderna och satsar på att motivera patienten för behandling, och en grupp som ges behandling under tvång. Båda dessa huvudgrupper bör delas upp på undergrupper med varierande grad av motivationsinsatser och tvångsåtgärder och följas upp med lämpliga objektiva kriterier.

Normalt skulle en så angelägen fråga som den grundläggande strategin i behandlingen av en folksjukdom som alkoholism och narkomani för länge sedan ha underkastats en experimentell vetenskaplig prövning. Detta är etiskt inte bara välmotiverat utan påkallat

eftersom det finns många belägg för att behandlingsåtgärder som ogillas av patienten verkligen kommer att vara gagneliga för honom. Ideologiska och dogmatiska föreställningar har hittills förhindrat den självklara analysen av frågan. Tillspetsat kan man hävda att det gäller att antingen offra dogmerna eller missbrukarna och deras anhängare.

I avvaktan på att samhället blir moget för ett vetenskapligt synsätt på dessa problem kan vi säkert använda betydligt mera av den klokskap som föregående 30 000 generationer ändå lämnat efter sig.

Narkotika på anstalter

Under senare hälften av 60-talet gjorde jag upprepade propåer till ledande funktionärer inom kriminalvårdsstyrelsen med förslag om att narkotikamissbrukande kriminella inte borde blandas med andra interner på anstalterna. Det återkommande svaret var att missbrukarna inte var så många att det motiverade en särbehandling av dem eller särskild anstalt för dem. Numera är missbrukarna som bekant för många för att motivera någon särbehandling.

Efter att under hela 70-talet förgäves ha pläderat internt för urinkontroll som enda realistiska baskontroll för att motverka det omfattande drogmissbruket inom anstaltssektorn, publicerade jag mitt förslag i Dagens Nyheter (17.10.1976). Dagen efter publiceringen utgick från kriminalvårdsstyrelsen en inbjudan till konferens om narkotikamissbruket på anstalterna. Konferensen hölls i Södertälje. Samtliga representanter för RFHL, de frivilliga behandlingskollektiven, behandlingsgrupperna i Stockholm och socialstyrelsen ställde sig helt avvisande till urinkontroll. Hasselakollektivet hade inte inbjudits till konferensen.

I den sedan 1965 pågående studien av injektionsmissbruk bland Stockholmspolisens arresteranter kan vi konstatera att missbrukssituationen nu är sämre än någonsin tidigare och väsentligt allvarigare än 1968–69, då samhället mobiliserade mycket omfattande resurser mot det avancerade giftmissbruket. Parallellt med detta har missbrukssituationen försämrats inom den slutna kriminalvården.

Under många år har berörda parter diskuterat den fortgående försämringen av missbrukssituationen inom anstaltssektorn, och en rad åtgärder har satts in

utan att man kunnat förhindra en fortsatt försämring. Eftersom de narkotikaklassade medlen är verksamma i kvantiteter av en tusendel eller mindre av vad som fordras för berusning med starksprit, kan insmuggling av preparat med nuvarande policy inte förhindras utan närmast omänskliga kontrollmetoder.

Däremot bör anstalterna snabbt kunna göras närmast narkotikafria – samtidigt som man skall kunna minska de konventionella kontrollåtgärderna – om man slutar upp med att betrakta interner som oansvariga barn och viljelösa offer för sina driftsmässiga impulser och i stället upphöjer dem till individer fullt ansvariga för sina handlingar även inom anstalterna.

De beroendebildande drogerna ger lust och glädje för stunden men beroende och en lång rad psykosociala komplikationer på sikt. Det är därför självklart att den som blivit van att använda drogen ute i samhället i ännu högre grad är benägen att göra detta under en olustig anstaltsvistelse. Därför är den intagne i princip beredd att betala ett högre pris för narkotikan på anstalten än på gatan.

Eftersom vinningsbrottsligheten följer ekonomiska lagar om riskminimering och profitmaximering ser profitörerna till att gifterna förs in på den jämfört med gatuhandeln mer lukrativa marknaden på anstalterna. Viktigt är också att veta att huvudparten av narkotika-konsumtionen inom anstalterna sker på *kredit*.

När internen friges från anstalten är han ofta svårt skuldsatt till fordringsägare som han av personlig erfarenhet vet inte huttlar med indrivningen av fordringarna. Fången är därför redan innan han lämnat anstalten i praktiken dömd till fortsatt egendomsbrottslighet, därför att han med vanligt arbete inte skulle kunna klara av sina skulder och fordringsägare. Detta är ett

djupt inhumant system som har sin grund just i att interner inte betraktas som ansvariga för vissa handlingar under anstaltstiden.

Endast en ändrad policy kan lösa detta destruktiva dödläge. Om internen får klart för sig att den utdömda tiden skall avtjänas i drogfrihet på anstalten, att urinprover tas oregelbundet för undersökning av narkotikamissbruk, att han kan påräkna villkorlig frigivning efter förslagsvis halva strafftiden om han sköter sig enligt reglerna, men att varje påvisad överträdelse mot narkotikaförbudet medför kännbar förlängning av anstaltsvistelsen, kommer missbruket enligt fundamentala psykologiska lagar snabbt att reduceras på anstalterna.

Samtidigt skall man alltså kunna pruta på den nu restriktiva men ineffektiva kontrollen mot insmuggling av preparat till anstalterna. Nuvarande behandlingslag ger emellertid inte rätt till urinprovstagnung. Detta förhållande bör skyndsamt ändras och hela kriminalvårdssystemet göras mera flexibelt utifrån den dömdes utveckling och beteende.

Både laglydiga och kriminellt aktivas handlingar bestäms väsentligen av samma fundament, nämligen tidigare inlärd och nu förväntade konsekvenser av beteendet. Detta innebär att det främst är inkonsekvenser i familjens, skolans, barnavårdens, kriminalvårdens, massmedias och hela samhällsmiljöns reaktioner på konstruktivt och destruktivt beteende som djupare sett är roten och skulden till att vissa människor betar sig ansvarslöst och asocialt ute i samhället och fortsatt impulsstyrt och destruktivt även under anstaltsvistelsen.

Inte förrän man utformar stödande och korrigerande åtgärder enligt välkända inlärningspsykologiska la-

gar bör man förvänta sig mera djupgående och bestående effekter av olika vård- och behandlingsprogram eller korrigeringsinstrument, vilket kriminalvården egentligen är avsedd att vara.

Att man sedan inte bör blanda hårt narkotikaberoende interner med noviser på samma anstalt borde vara en självklarhet om man är förtrogen med hur denna typ av missbruk sprids. Detta har tyvärr inte beaktats tillräckligt inom kriminalvården. Otaliga är de interner som dragits in i avancerat narkotikamissbruk i samband med anstaltsvistelse. Denna missbruksform upphör inte att vara psykosocialt smittsam därför att vissa byråkrater år efter år envisas med att bortse från spridningsdynamiken.

Tvångsvård kan lösa narkotikaproblemet

Sedan Expressen på ledarplats (23.12.1976) förordat starkt ökad satsning på narkomanvård, uppenbarligen av den typ som hittills inte tålt någon fristående utvärdering, skrev min hustru och jag gemensamt ett "Julbrev till Expressens ledarsida". Inlägget publicerades den 29.12 under rubriken ovan, som är mera uttrycksfull men inte helt korrekt.

På ledarplats påpekade Expressen den 23 dec att det är hög tid att en ny storsatsning görs beträffande narkotikaproblemet. Men risken är uppenbar att det också den här gången går lika illa som för tio år sedan, då problemet skulle lösas med legal förskrivning.

Marknadsmekanismerna och de enorma profitterna har visat sig vara motorn i narkotikaepidemierna, inte dåliga föräldrar eller socialt trassel även om sådana faktorer givetvis starkt ökar mottagligheten och intresset för olika former av kemisk glädje. Utan att man slår sönder marknadsföringen är behandlingspolitiken dömd att misslyckas. Men utan att kraftigt dämpa efterfrågan kan man inte krossa marknadsföringen. I klartext betyder det att de stora, tunga missbrukargrupperna måste bort från gator, torg och kvartar. Problemet är här att hur attraktiva man än gör vård- och rehabiliteringsarrangemangen lyckas man bara locka en bråkdel av narkomanerna från deras verksamhet.

Det är därtill tveksamt om de behandlingsresultat som man når enligt frivilliglinjen är bättre än spontan-

förloppet, dvs utan någon behandling alls. Konstaterandet brukar kallas för "behandlingspessimism", men det är underbyggt av en mycket omfattande vetenskaplig litteratur och erfarenhet.

Bland de s k "behandlingsoptimisterna" (som till stor del försörjer sig på vård) finns det en stark motvilja mot redovisning av vårdresultaten. Häromåret visades i Läkartidningen av Gunne och Östh att flertalet svenska behandlingsrapporter var vetenskapligt gravt undermåliga. I USA ges numera inga anslag till behandlingsenheter som inte accepterar *fristående* granskning av resultaten.

I och med att heroinet nu som väntat snabbt breder ut sig över landet ställs starkare krav på behandling. För heroinisternas del gäller kravet främst hjälp med de plågsamma abstinensbesvären när heroinet går ur kroppen. Efterfrågan på behandling ökar akut så snart det blir ont om heroin på marknaden. När det är gott om droger är det i stället överdoseringsfallen som blir det mest akuta behandlingsproblemet.

Man vet numera mycket väl hur en effektiv behandling skall arrangeras. Hassela-kollektivet är en god svensk modell för detta, med tekniken väl dokumenterad i "Tvånget till frihet" (RSFH:s förlag). Vi vet också från framgångsrika motåtgärder i andra länder hur narkotikaepidemier måste tacklas för att garantera mer än tillfällig framgång. Det krävs att narkomanerna underkastas behandlingsskyldighet.

Men om ett samhälle till varje pris vill slå vakt om frivilliglinjen är det en omöjlighet att få kontroll över narkotikaproblemet. Erfarenheterna är samstämmiga från alla länder och epoker man känner, och det vore mer än underligt om det skulle visa sig vara annorlunda i Sverige.

Ställ krav på missbrukarna!

Under mer än ett decennium har en rad reportrar på Dagens Nyheter – Kerstin Vinterhed, Eva Ekselius, Rune Johansson m fl – fyllt spaltkilometrar med starkt tendentiösa och vinklade reportage, artiklar, vänpor-trätt, recensioner etc i utpräglad liberalistisk och popradikal anda kring alkoholism, narkomani, kriminalitet, psykiska sjukdomar och sociala störningar. DN:s socialredaktion har sedan mitten av 60-talet närmast fungerat som reklambyrå för RFHL, Krum, det socialpolitiska skillingtryck som Pockettidningen R utgör, och en allt mer inkompetent socialstyrelse, alla förenade i otaliga personalunioner och intima kompisrelationer.

Någon debatt kring DN:s reportagelinje, som inte haft något större stöd på ledarsidan, har inte varit möjlig, eftersom flertalet tidningar inte accepterar att eget reportagematerial debatteras i tidningen. I början av 1977 var Kerstin Vinterhed oförsiktig nog att leverera en av sina otaliga partsinlagor på debattplats på ledarsidan, och därmed öppnades äntligen möjligheten att utifrån ta upp dessa frågor i DN. Mitt första inlägg publicerades den 13.1, och debatten pågick därefter hela våren.

”I DN möts olika åsikter”, säger en ny slogan. Låt mig då påpeka att jag mot bakgrunden av mer än 20 års socialpsykiatriskt arbete knappast kan instämma i något som Kerstin Vinterhed framförde i artikeln ”Mindre vårdtvång bättre” (DN 3/1). Det tycks ha gått troll i debatten om frivillighet kontra tvång inom socialvården.

På en punkt tror jag dock att vi är överens: att det är utomordentligt om alkoholister, narkomaner, socialt missanpassade ungdomar och kriminella själva tar

kontakt med samhällets vård- och hjälporgan och ber att få bistånd med att varaktigt förändra sitt destruktiva beteende. Den kliniskt erfarne vet att sådant händer ytterst sällan. Däremot vill narkomaner ofta ha hjälp med akut avgiftning, när det blivit ont om heroin på marknaden. När det tidigare enbart var fråga om centralstimulantia (som inte ger plågsamma abstinensbesvär) stod vårdavdelningar och behandlingshem ofta halvtomma trots tusentals aktiva missbrukare ute i samhället.

Alkoholister söker också gärna behandling för de mångskiftande fysiska, psykiska och sociala komplikationerna till sitt missbruk. Men de är ytterst sällan inställda på att bryta sitt drickande för gott, vilket de erfarenhetsmässigt borde göra. Nästan alla alkoholister är tacksamma för lugnande mediciner och sjukskrivningar, och många vilar gärna upp sig på något sjukhus mellan varven. Men praktiskt taget ingen vill ta antabus regelbundet, för då kan man inte fortsätta att dricka, och en så effektiv behandling vill man inte acceptera.

Man måste ha arbetat på nära håll med alkoholister och narkomaner under många år innan man kan se igenom det manipulativa beteendet och inse att den drogberoende uppträder som sitt beroendes heltidsanställd ombudsman och försvarsadvokat. Effektivt och lättvindigt dribblar man bort "förstående socialarbetare", "snälla doktorer", "progressiva domare", "humana övervakare" etc och fortsätter sin destruktiva livsföring, till skada för sig själv, sina anhöriga och samhället.

Den totala friheten att göra vad man vill tillhör ett primitivt samhälle där var och en får gå under på egen hand. I ett välfärdssamhälle, där kollektivet skall ta

det yttersta ansvaret för individen och hans försörjning livet ut, blir denna totala frihet en logisk och så småningom även praktisk och ekonomisk omöjlighet.

John Stuart Mill skrev redan 1859 i sin berömda bok "Om friheten" att individens frihet aldrig får skada andra. Det var en självklarhet för liberalismens store klassiker. Ändå är det denna totala frihet som många idag slår vakt om när det gäller avancerade alkohol- och narkotikamissbrukare som för länge sedan upphört att fungera i några sociala sammanhang.

Friheten att få fortsätta att knarka på de anhörigas bekostnad, på sjukpenning, socialhjälp, förtidspension och/eller langning och friheten från att behöva medverka till meningsfull vård eller ta konsekvenser och ansvar för en omfattande egendomsbrottslighet är en frihet till döds och naturligtvis inte uttryck för någon humanitet i djupare mening.

Om den kemiskt styrda drogberoende individen skall ha alla rättigheter (men inga vård- eller rehabiliteringsskyldigheter) och det stora kollektivet kommun-landsting-samhälle skall ha alla skyldigheter (men inte rätten att kräva medverkan till vettiga rehabiliteringsåtgärder), går välfärdssystemet på längre sikt obevekligt mot sitt sammanbrott.

Till saken hör att endast en bråkdel av våra alkoholister och narkomaner ställer upp för behandling även i den trivsammaste och behagligaste atmosfär på något miljöterapeutiskt pensionat (s k snacktork). Som Köhlhorn visade i sin avhandling häromåret uppvisade inte ens denna lilla frivilliggrupp bättre prognos än den som vistats på traditionell alkoholistanstalt (s k hårdtork).

Naturligtvis garanterar inte behandlingstvång i sig någon framgång; det är endast en nödvändig men inte

tillräcklig förutsättning. Krav, tryck och tvång bör utformas på ett positivt, konstruktivt och dynamiskt sätt. Här lämnar också den traditionella nykterhetsvården mycket övrigt att önska. Låt mig exemplifiera vad jag menar.

I dag mister rattfylleristen sitt körkort (som kanske var det enda skälet till att han ibland höll sig nykter), och han får därtill hugga skog någon månad i kriminalvårdens regi. Jag vill föreslå att rattfyllerister i stället skall få behålla sitt körkort och slippa hugga ved om de accepterar att varannan dag under tre år inta en antabustablett vid en behandlingscentral. Vill de inte acceptera detta tvång, får de offra körkortet och hugga skog i stället.

Liknande krav och arrangemang skulle kunna ställas i många andra sammanhang. Om man däremot ger den drogberoende sjukpenning och annat ekonomiskt bistånd men inte ställer några konstruktiva motkrav på honom, så påskyndar man faktiskt hans undergång.

Vi måste börja diskutera och våga ställa konstruktiva krav på de drogberoende. Ingenstans i Sverige har detta gjorts mera konsekvent och framgångsrikt än i Hasselakollektivet. Det är faktiskt signifikant att det i Vinterheds i övrigt utmärkta reportage om Hassela i DN häromåret inte nämndes ett ord om att alla ungdomarna var tvångsomhändertagna enligt barnavårdslagen och att de därtill hade ett uttalat hot om ungdomsvårdsskola i ryggen om de skulle avbryta om skolningen.

Det tvång som socialutredningen och även socialstyrelsen påpekat ofta måste till för att förhindra en total undergång för den drogberoende vill nu många, inklusive Vinterhed, lägga över på läkarna. Detta är inte bara fegt utan även farligt och illa genomtänkt.

Det finns dussintals tunga argument mot detta, men här skall jag bara anföra ett: alkoholism och narkomani är inte s k psykotiska tillstånd (''sinnessjukdomar''). Dessa är de enda tillstånd som lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall (LSPV), liksom dess föregångare sinnessjuklagen, skrevs för.

Socialstyrelsen har visserligen senare men mot Psykiatriska föreningens och Läkarförbundets mycket bestämda inrådan försökt utvidga LSPV till att omfatta narkomaner, eftersom dessa faller vid sidan av nykterhetsvårdslagen. Man bör emellertid akta sig särdeles noga för att utvidga tillämpningen av en psykiatrisk vårdlag till att omfatta alkoholister, narkomaner, kriminella, störande och andra inte ''sinnessjuka''. Här måste övriga samhällsorgan ta ansvar för sina arbetsområden.

I en rad avhandlingar (Nylander, Bjerver, Kühlhorn, Åsander) har man visat goda effekter av krav och tvång när det gäller alkoholister. Själv har jag i flera böcker visat detsamma beträffande narkomaner. Däremot finns det uppenbarligen inte en enda vetenskapligt acceptabel rapport som bevisar att frivilliglinjen skulle ge bättre behandlingsresultat än kravlinjen.

Men tyngst väger samhällets ansvar mot den stora majoritet av de drogberoende som under nuvarande omständigheter inte får någon vård alls. Och detta beror inte på bristen på attraktiva vårdmöjligheter utan på deras tillstånd, som enligt en WHO-definition karaktäriseras av att de till varje pris vill fortsätta sitt missbruk. Det är den gruppen som diskussionen i första hand gäller.

Slutligen bör vi göra klart för oss att vi aldrig kan vårda bort missbruksproblemen även om vi så mobiliserade hela den svenska vårdapparaten enbart för

dessas grupper. Det avgörande på längre sikt blir en radikalt förändrad drogpolitik i restriktiv riktning. Alkoholen måste bli väsentligt dyrare, turistspriten stoppas, avdragsrätten för representationsdrickande slopas, dryckessederna ändras i grunden. För narkotika måste gälla strikt ansvar för varje form av illegal befattningsmed drogerna.

Kina löste sitt månghundraåriga opiumproblem på det sättet på några år (opiumnarkomanerna fick helt enkelt flytta ut från städerna och bosätta sig bland bönderna i angivna byar), och Japan stoppade i mitten av 50-talet en våldsam narkotikaepidemi enbart med en restriktiv narkotikapolitik.

Nu ligger den sociala och psykiatriska lagstiftningen i stöpsleven samtidigt som problemen börjar växa samhällsorganen över huvudet. Nu behövs en fortlöpande, ingående diskussion kring alla dessa frågor, men samtidigt en tyngdpunktsförskjutning från välviljig men klen teoretisering och ideologisering mot mer erfarenhets- och verklighetsanalys.

Socialstyrelsen en lekstuga för sorglösa amatörer

Debatten i Dagens Nyheter tog skruv och RFHL-falangen mobiliserade en hel rad medlemmar och sympatisörer till ett samordnat motangrepp. Jag fick ett genmäle i DN den 24.2.1977.

I min DN-artikel "Ställ krav på missbrukarna" påpekade jag det orimliga i att man i ett utvecklat välfärdsamhälle accepterar att unga människor super och knarkar sig sönder och samman utan att samhället vågar ställa krav på dem att medverka till konstruktiva rehabiliteringsarrangemang.

Vill de fortsätta sitt missbruk så understödjer man aktivt detta med sjukpengar, socialbidrag och i sinom tid förtidspension och bostadsbidrag. Denna okunnighetens och vanvettets politik, som årligen kostar hundratal unga människor livet och dömer tusentals till livslång social invaliditet, baseras på ett antal ultraliberalistiska dogmer helt utan vetenskaplig grund.

I mitt förra inlägg refererade jag till ett antal svenska avhandlingar där man noterat goda effekter av krav, tryck och behandlingsskyldighet vid alkoholism. Dessa påståenden, säger sedan Jan Ording (22/1), socialstyrelsens chefsbyråkrat för den gravt försummade vården av alkoholister och narkomaner, "strider mot vetenskap och beprövad erfarenhet"! Såvitt jag vet finns det däremot inte en enda svensk studie som visar att frivillig vård vid alkoholism och narkomani skulle ge bättre resultat än ingen vård alls eller att de som

slutat gjort detta som följd av en viss vårdinsats.

Om Ording sitter inne med sådana trumfkort (och inte bara spelar bluffpoker) varför lägger han då inte korten på bordet? Att tvångsvis initierad vård fungerar bra om den utformas riktigt har Hasselakollektivet bevisat (sedan centralbyråkraterna misslyckats med att strypa projektet i sin linda).

Man har lagt ned mycket skattepengar på att försöka bevisa sina liberalistiska dogmer vid Långbros narkomanvårdsavdelning, vid det uppreklamerade behandlingshemmet Krukis och på många andra enheter. När man snopet måste konstatera att vårdeffekterna uteblivit, bryr man sig inte ens om att publicera resultaten! De få rapporter som kommit från andra liknande enheter uppfyller, som professor Gunne visade här-omåret, inte ens elementära vetenskapliga krav. Så är det med "vetenskap och beprövad erfarenhet" i socialstyrelsens narkomanvårdsbyrå SN4: En lekstuga för sorglösa amatörer.

I stället levererar vårdromantikerna nya PR-skildringar av revolutionerande behandlingsmetoder av den typ som aldrig tålt fristående vetenskaplig utvärdering. Ruth Larsson (22/1) ägnade tio rader åt att förklara vilken "inskränkt människosyn" jag demonstrerat.

Därefter – utan varje försök att argumentera i sakfrågan – övergår hon raskt till att ägna två spalter åt en solskenshistoria från sin enhet. Marknadsföringen backas sedan påpassligt upp med ett stort DN-reportage (7/2). Jag har numera tappat räkningen på alla de "nya och lovande behandlingsprojekt" som under årens lopp höjts till skyarna i massmedia för att sedan snabbt försvinna i glömska, de flesta utan att någonsin har redovisat några resultat.

"Frivilligheten är nödvändig", säger RL i sin grund-

läggande dogm, ”därför att den enda sanktion som finns är att man inte får vara med om man inte ställer upp. På Hindby är friheten slut. Vardagen är full av krav och fasta arbetsrutiner, utbildning, terapi och beslutsfattande.” Men om krav och tryck är så effektiva rehabiliteringsinstrument på Hindby, varför skall vi avvisa dem ute i samhället? Det finns ingen logik i detta.

De som misslyckas sparkas tydligen systematiskt ut på Hindby. Väljer man enbart dem som dels ställer upp, dels lyckas, bör man få ”goda resultat”. RL inser å ena sidan att rehabiliteringsprogrammen måste ha en fast styrning och klara spelregler. Å andra sidan inser hon tydligen inte det gravt inhumana i att avvisa dem som bäst skulle behöva hjälpen eller det falska i att inte låtsas om den majoritet av missbrukarna som bevisligen aldrig hör av sig vare sig för meningsfull eller nonsensbetonad vård. *Och det är den behandlingsovilliga huvudgruppen all diskussion måste gälla*, inte de marginella kretsar som ställer upp, tillfälligt lyckas och slipper bli utsparkade.

De mest erfarna inom RFHL, narkotikaliberalernas skattefinansierade påtryckargrupp, börjar nu ifrågasätta och t o m överge den ultraliberala behandlingslinjen. I en avskedsintervju med den avgående redaktören för RFHL-kontakt sägs i ingressen (nr 11/76): ”Janne Mattson menar att de radikala socialarbetarna sviker narkomanerna. Han tycker att många frivilliga vårdställen fungerar dåligt. Han menar också att narkomanvården i dag bara når dem som skulle ha lagt av även utan narkomanvård. De allra flesta – dom som vi brukar kalla ’omotiverade’ – tillåts gå under inför våra ögon. Detta är ett stort svek och RFHL måste därför på allvar diskutera frågan om tvångsvård. Hasselas

tvång har visat oss en bra väg, säger Janne.” Sent skall syndarna vakna.

I debatten förklarade (27/1) med kand Dag Notini och Hans Lundborg, RFHL, att ”man inte ser missbruket i sig som det huvudsakliga problemet”, utan missbrukaren måste för att förändra sin situation bearbeta ”de sociala och psykiska missförhållanden som finns bakom missbruket”.

Denna dogm brukar kallas för ”symptomteorin” och grundar sig på en missuppfattning om vad ett drogberoende representerar. Man inser inte att de beroendeframkallande drogerna genom direkt verkan på centrala nervsystemet ger upphov till angenäma sensationer som vederbörande efter en tid ofta inte är beredd att avstå ifrån, trots alla komplikationer som missbruket för med sig. Det är detta som är beroendet.

Beroendet blir således ett tillstånd i sig självt, oavsett vad som ursprungligen ledde till experimenterande med drogen och det inledande missbruket. Enklast kan fenomenet belysas med ett konkret fall. Om exempelvis en människa genom ett trafikolycksfall får starkt smärtsamma, akuta skador kan smärtorna kupe-ras med morfin. Om medicineringen skulle skötas på ett felaktigt sätt, kan patienten bli morfinist. När sedan skadan är läkt och alla smärtor är försvunna, kvarstår i så fall morfinismen som *ett tillstånd i sig* och gör det vanligen livet ut. Narkomani är således inte något *symtom* som så många ännu tycks tro.

Detsamma är förhållandet med vår vardagliga nikotinism. Den är inte heller något senkommet symptom på nyfikenhet i de lägre tonåren, då rökningen inleddes, utan ett tillstånd i sig. Det förhåller sig på samma sätt med alla typer och former av drogberoenden. Symptomteorin är inte bara felaktig och kvasivetenskaplig,

den är också förödande för behandlingsarbetet. Resultatet blir att man rotar i bakgrundsförhållanden som för länge sedan är överspelade: Man jagar brandorsaker i stället för att släcka bränder. Vi kan inte ge våra socialt kantstötta knarkare en lyckligare barndom än den de haft. Lyckligtvis behövs detta heller inte för ett framgångsrikt rehabiliteringsarbete om man arbetar med realistiska modeller och metoder.

Notini-Lundborg, som är både symtomteoretiker och liberalister, ser dystert på utvecklingen mot den ofrånkomliga behandlingsskyldigheten: "Narkomanvården kommer att stanna upp i den nu så positiva utvecklingen och resultaten kommer inte att bli bättre." När RFHL-gänget med pukor och trumpeter etablerade sig som narkomanvårdsexperter 1965 var 19 procent av arrestanterna i Stockholm injektionsmissbrukare. Efter 12 år och hundratals miljoners satsning efter RFHL-recept är i dag 57 procent av arrestanterna injektionsmissbrukare. Det är det pris missbrukare, anhöriga, skattebetalare och samhälle fått betala för det hejdlösa kvacksalveriet inom missbruksvården.

Eftersom politiken i dag inte ger möjlighet att effektivt gå in och bryta en avancerad missbruksutveckling, kommer huvudparten av de narkomaner som undgår bårhuset slutligen att hamna hos kriminalvården, som inte heller den har möjlighet att styra missbruksbeteenden med nuvarande lagstiftning (se DN 17/10 och 10/12 1976).

Drogliberalismen är antiintellektuell och pseudohumanistisk. Den ursäktar och understödjer supandet och knarkandet och motarbetar på detta sätt alkoholismens och narkomanens bräckliga impuls kontroll och sporadiska försök att återvinna kontrollen över sitt destruktiva beteende och komma på fötter.

Linjerna klarnar i narkotikadebatten

Debatten i Dagens Nyheter var intensiv hela våren 1977 med en höjdpunkt då Janne Mattsson och Lasse Strömstedt, båda f d missbrukare och kåkfarare, den 10.3 gjorde rent hus med de liberalistiska föreställningarna i vårdfrågan. I och med deras inlägg började opinionen svänga på allvar, och många radikala socialarbetare började upptäcka vårdliberalismens yttersta konsekvenser – missbrukarnas undergång "under lagstadgad icke-vård". Jag fick en slutreplik i DN 2.6.1977.

I ett par DN-artiklar (13.1, 24.2) har jag påpekat att det fortfarande efter mer än tio års omfattande frivilligvård och vårddebatt inte finns ett enda vetenskapligt bevis för att frivillig narkomanvård är bättre än ingen vård alls. Däremot, nämnde jag, finns det en lång rad omständigheter som talar för att krav, tryck och tvång, rätt använda, har positiva effekter. Till stöd för min argumentation hänvisade jag bl a till de mycket erfarna svenska forskarna och klinikerna Bjerver, Nylander, Köhlhorn och Åsander. Enligt Håkan Jenner (20.5) har deras rön emellertid inte med saken att göra. Svante Nycander har dock på ledarplats redan korrigerat Jenner på denna punkt, varför jag vill gå vidare till frågan om frivillighet kontra tvång i missbrukssammanhang.

Eftersom det tydligen inte framgått helt klart vill jag påpeka att jag med tvång menar allt som inte är frivilligt. Alla barn tvångsundervisas enligt skolstadgan, påpekade Nycander häromåret. Man tvingar likaså bilförarna att använda bilbälte (till skydd för sig själva!),

och vi är alla tvingade att betala in våra skatter; någon större tilltro till folks goda, fria vilja har skattemyndigheterna aldrig haft. *Alla lagar i alla samhällen liksom alla regler i alla spel innebär tvång.* Detta är sociala självklarheter.

I det konkreta fallet gäller frågan 1) om det är lättare att rehabilitera knarkare med hjälp av olika former och grader av krav, tryck och tvång än genom att vädja till deras eget drogdeformerade viljeliv och 2) om knarkarna skall ha rätt att år efter år fortsätta en destruktiv livsföring, medan det arbetande folket skall ha skyldighet att betala det eländiga kalaset via skatter, försäkringspremier etc.

Som stöd för tvångslinjen redovisade jag i korthet psykiatriprofessorn Vaillants eleganta studie, men den är inte heller relevant, menar Jenner. Det skall vi nog låta läsarna avgöra. När Vaillant följde 100 heroinisters öden dag för dag under 12 år kunde han konstatera att resultaten blev dramatiska vid omväxlande frivilliga behandlingstillfällen (270) och tvångsvis arrangerade (30 tillfällen med domar för allehanda kriminalitet, en tids fängelsevistelse följd av villkorlig frigivning med noggrann kontroll och återgång vid återfall): mätt i ett års drogfrihet var behandlingen med inbyggt tvång 15 gånger effektivare än frivilligvården! Vaillant går t o m så långt i sin diskussion att han allvarligt ifrågasätter om man över huvud taget skall ta emot narkomaner för frivillig behandling! Han påpekar att det förefaller som om psykiaterns (och även psykologens och socialarbetarens, skulle jag vilja tillägga) ”yrkesmässiga permissivitet utgör ett hot mot narkomanens omogna försök att kontrollera sina impulser”.

Allt detta viftar Jenner bort. Han kommer troligen också att glida undan den rapport som är under publi-

cering i Läkartidningen och som visar att nästan alla injektionsmissbrukare i polisklientelet som inte injicerat sig de senaste året (8 procent) har slutat utan någon som helst behandling, medan mer än 1/3 av dem som fortsatt (92 procent) har varit inne för frivillig behandling mellan en och dussintalet gånger.

Linjerna i frågan om frivillighet kontra krav, tryck och tvång i behandlingsarbetet börjar nu klarna liksom behandlingens högst marginella roll i narkotikapolitiken i stort.

I ett av de viktigaste och riktigaste inlägg som gjorts i den svenska narkotikadebatten konstaterade Janne Mattsson och Lasse Strömstedt (10.3) att "viljan att förändra den egna situationen avtar i takt med missbrukets utveckling". Så som de gick fram i sitt inlägg kan bara de göra som själva varit missbrukare och den vägen skaffat sig en djupgående förtrogenhet med knarkarnas ytterligt manipulativa och framgångsrika försvar för fortsatt missbruk men som själva definitivt lagt av, bytt livsstil och därtill är modiga nog att avslöja de invecklade turerna i det spel som i WHO:s gamla definition på narkomani karaktäriseras av att vederbörande "till varje pris vill slå vakt om möjligheten till fortsatt missbruk".

En av mina egna frispråkiga och observanta kriminalpatienter, som på egen hand avbrutit sin långa missbrukarkarriär något år tidigare, gav följande drastiska kommentar till frågan om frivillighet eller tvång i vårdprogrammen: "Ja, finns det många trivsamma och angenäma frivilliga behandlingshem, där man snabbt kan bli omhändertagen när det kör ihop sig, så finns det definitivt inga skäl att lägga av med att knarka." Så paradoxalt fungerar spelet kring missbruksbeteendet.

Såväl Bengt Börjesson på Skå (16.3) som Gustav

Levy-Hiineberg på Långbro (23.3) tycks vara överens med mig om att Hasselagruppen lyckats bra med tvångsomhändertagna drogmissbrukare. LH påstår dock att jag "åker snålskjuts" på Hasselaprojektet, överbetonar tvångsmomentet och förtiger det verkliga vårdinnehållet. Det är helt fel. Jag skissade en Hasselamodell i Läkartidningen redan 1965 och utvecklade den ingående i boken "Narkotikafrågan och samhället" 1968. Detta ledde till att K-A Westerberg tog kontakt med mig och ingående diskuterade sitt behandlingsprojekt innan han startade Hassela 1969. Vi var och är fortfarande helt överens om hur ett framgångsrikt behandlingsarbete skall bedrivas.

Under det senaste århundradet har det skett en successiv utveckling av uppfattningen om beroendefenomenet, och rekommenderade åtgärder har förändrats i enlighet med detta. Under 1800-talet fanns inga rättigheter och inga skyldigheter för missbrukaren. Med 1913 års nykterhetsvårdslag kom långtgående skyldigheter men små rättigheter. Med "dynamisk" psykologi och individualistisk-liberalistiskt synsätt följde vidsträckta rättigheter för individen-missbrukaren men praktiskt taget inga skyldigheter. Slutligen är vi nu framme vid en beteendevetenskaplig modell och ett mera ömsesidigt, socialt betraktelsesätt som kräver ett rättigheter och skyldigheter paras och balanseras så att de destruktiva krafterna skall kunna vägas upp av de konstruktiva och individen tränas att motstå rusbenägenheten.

Resultatet måste bli en socialpolitik som upphör att aktivt stödja missbruksbeteendet med sjukpengar, socialbidrag, förtidspension och meningslösa övervakningar samtidigt som den accepterar en successiv försämring av individens tillstånd och samhällets möjlig-

heter att fungera. Demokratiskt valda nämnder – och absolut inte läkare med stöd av en psykiatrisk vårdlag eller jurister med stöd av socialdomstol – bör ålägga vederbörande rikt differentierade behandlingsskyldigheter, gärna i form av ömsesidiga behandlingskontrakt. Särskilt beträffande knarkarna är det avgörande att rusbeteendet bryts så tidigt som möjligt i missbrukarkarriären, där novisen bevisligen mest intensivt sprider missbruket bland sina närmaste kamrater. Alltså: Från social "service" till ömsesidig solidaritet och socialt ansvar.

Resultatet måste också bli en narkotikapolitik som ställer knarkaren till ansvar för ideliga brott mot narkotikalagen och omfattande, nästan daglig egendomsbrottslighet. Alltså: Från passiv registrering av förfall och undergång till tidiga, aktiva ingripanden.

Resultatet måste slutligen på sikt bli en helt ny kriminalvårdspolitik, då man med den behandlingsteknik och modell som Hassela representerar lika väl kan rehabilitera kriminella utan drogproblem som sådana som har ett beroende. Alltså: Från symptomresonemang till inläring och träning av konstruktiva sociala värderingar och beteenden.

Grunden måste vara att samhället reagerar på ett sådant sätt att det blir ytterst svårt att fortsätta knarkandet. Enligt erfarenheter från en rad länder som under århundradenas lopp lyckats bemästra olika former av massmissbruk lägger majoriteten då av helt spontant. Attityderna mot drogmissbruk måste alltså förstärkas i befolkning, massmedia och politik. Samtidigt skall givetvis alla positiva strävanden hos missbrukarna själva uppmuntras bättre; de skall ha hjälp till utbildning, arbete, gemenskap etc.

Debattmässigt är vi nu äntligen på väg i rätt riktning

– eller rättare sagt på väg bort från fel riktning – men med nuvarande politik kommer missbruksförhållandena även fortsättningsvis med nödvändighet att försämrast. Detta måste sägas.

Vilken behandling har ex-narkomanerna fått?

Denna studie, som genomförts av min hustru Carol Maurice-Bejerot, forskningsassistent vid socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet, reser frågan om vilken effekt gängse narkomanvård har på missbrukarnas motivation att upphöra med missbruket.

Bland 574 missbrukare av intravenös typ undersökta på arrestavdelningen i Stockholm sommaren 1976 hade 27 inte injicerat droger det senaste året. Av dessa 27 hade endast två fått behandling för sitt missbruk. Av 100 fortfarande aktiva missbrukare hade 37 behandlats vid ett till 13 tillfällen.

Publiceringen av rapporten (Läkartidningen 25-26/1977) och de uppseendeväckande förhållandena förbigicks utan några kommentarer i massmedia.

Här presenteras en studie som ursprungligen var avsedd att belysa vilka typer av behandling som varit mest effektiva för att förmå injektionsmissbrukare av intravenös typ att upphöra med sitt missbruk. Märkligt nog synes dock resultaten tala för att ingen behandling alls ger bättre prognos än den typ av behandling som de undersökta personerna erhållit.

I USA måste alla behandlingsenheter som erhållit bidrag från det allmänna underkasta sig en utvärdering av behandlingsresultaten från fristående kontrollinstanser med erforderlig vetenskaplig kompetens. I Sverige finns inte något liknande system, och av de få efterundersökningar som publicerats är flertalet vetenskapligt undermåliga (Gunne, Öst 1975). Av den anledningen har det synts motiverat att angripa proble-

met från en annan utgångspunkt och utfråga f d missbrukare vilken behandling de fått.

Material och metod

I denna studie har f d injektionsmissbrukare som inte injicerat under det senaste året eller ännu längre tid tillfrågats om vad slags behandling de erhållit. Personerna är arrestanter gripna av polisen i Stockholm, där de införda sedan 1965 regelmässigt blivit undersökta av sköterskor beträffande förekomsten av stickmärken efter venpunktioner (Bejerot 1975 b). När stickmärken konstateras tillfrågas arrestanterna om när de tog sin första respektive senaste injektion. Missbrukare som har injicerat sig en tid får vanligen ärrifieringar och pigmenteringar av huden i armvecken, och dessa fynd kvarstår åratals eller blir bestående för livet.

Under 1976 arbetade jag periodvis som vikarierande sköterska vid arrestavdelningen. Därvid frågade jag alla som uppgav sig ha varit injektionsfria det senaste året eller ännu längre tid vilken behandling de erhållit. Det är således fråga om en totalundersökning.

Av de 574 arrestanter som jag undersökte och som hade injicerat sig intravenöst hade 27 (4,7 proc) varit injektionsfria minst ett år. Tre av dessa hade missbrukat opiater och de övriga centralstimulantia.

Några av dem som hade ett pågående missbruk rapporterade att de tidigare haft drogfria perioder om upp till fyra år. Vanligen hade de flyttat till landsorten och där upphört med missbruket men återfallit när de flyttat tillbaka till Stockholm. De ingår givetvis inte bland de 27 nu drogfria.

En kvinna hade omhändertagits som avviken från kvinnofängelset Hinseberg, där hon varit intagen mer än ett år. I motsats till övriga ex-missbrukare som var

övertygade om att de hade slutat injicera sig för gott trodde denna kvinna att hon nog skulle återuppta injicerandet vid frigivningen. Trots detta har hon här inkluderats i materialet bland de 27 ex-missbrukarna.

Två kvinnor som vägrade visa armarna och besvara frågorna exkluderades från materialet trots att de uppgav att de hade injicerat sig tidigare men slutat för mer än ett år sedan. Båda ingick i samma narkotikamål, och troligen misstänkte de grundlöst att vad de uppgav skulle kunna användas mot dem.

Vanligen var de arrestanter som hade slutat ta droger synnerligen intresserade av att tala om sina erfarenheter. Med rätta var de stolta över att ha kunnat bryta sitt narkotikabegär och berättade gärna om varför de hade avbrutit missbruket.

Intervjuerna var löst strukturerade. Försök gjordes att utröna hur länge och hur intensivt de hade injicerat sig, vilka droger de hade tagit, varför de slutat och om de hade återfallit någon gång sedan de bestämt sig för att sluta. Drogfriheten räknades från slutet av det senaste återfallet. De tillfrågades också om huruvida deras tidigare missbrukskamrater hade utgjort något problem för dem sedan de slutat, om de hade bytt umgängeskrets och, viktigast av allt, vilken behandling de hade genomgått.

Vistelse på kriminalvårdsanstalt och ungdomsvårdsskola har inte räknats som behandling, inte heller perioder med legal förskrivning av narkotika för injektion på egen hand. Vårdarrangemang om mer än en dags längd har inkluderats i begreppet behandling, oavsett om det varit fråga om öppen eller sluten vård. Inga patienter med blockeringsunderhåll* av metadon förekom i materialet, vare sig bland ex-missbrukarna eller bland de övriga. Detta är inte förvånansvärt, då

det endast är ett fåtal i Sverige som får denna behandling.

Som kontrastgrupp till de 27 ex-missbrukarna intervjuades mot slutet av undersökningen också ett hundratal arrestanter som injicerat sig det senaste året beträffande sina behandlingserfarenheter. Alla aktuella missbrukare var inte intervjubara. Några var alltför påverkade eller medtagna för att kunna besvara frågor, andra vägrade att medverka och i en del fall hann man inte med intervjuerna eftersom de utfördes vid sidan om det löpande sjukvårdsarbetet. Kontrastgruppens 100 individer är därför en selektion av de 112 senaste fallen i löpande följd 1966 enligt kriterierna ovan.

Resultat

Det var en stor överraskning att endast två av de 27 arrestanter som varit drogfria det senaste året eller under ännu längre tid hade haft någon som helst form av vård eller behandling för sitt missbruk. Jämfört med de arrestanter som fortsatt sitt missbruk är de som har slutat missbruket vårdade i signifikant ($p = 0,002$) lägre grad.

Av de två ex-missbrukare som erhållit vård hade en behandlats på Ulleråkers sjukhus och en på Norrbyhemmet, ett annex till Danderyds sjukhus. Dessa, som båda missbrukat centralstimulantia, hade upphört med sitt missbruk i direkt anslutning till behandlingen. Båda hade dock haft kortare återfall men det hade inträffat mer än ett år före undersökningstillfället. Båda uppfattade att det var tack vare behandlingen som de hade slutat sitt missbruk. Ingen av dem hade någon misslyckad behandling bakom sig tidigare.

Av de övriga 25 ex-missbrukarna hade ingen erhållit någon form av vård. Många av dem påpekade spontant

att de inte trodde att behandling var till någon hjälp. Spontant framförde några att de till och med trodde att gängse behandling hade en negativ effekt: så länge det var möjligt att hitta en tillflykt från en desperat missbrukssituation fanns det inga skäl att definitivt sluta med drogerna. Denna teori stöddes indirekt av de tre ex-missbrukare i materialet som tidigare (1965-1967) hade erhållit narkotika legalt. Sedan denna förskrivningsverksamhet avbrutits hade de funnit att livet som illegal narkoman var alltför påfrestande och därför givit upp missbruket.

En av ex-missbrukarna uppgav att han efter flera repriser på ungdomsvårdsskolor fått beskedet att han antingen måste ändra sin livsföring eller vara beredd att ta ett längre fängelsestraff nästa gång han greps för brott: "Så jag hade faktiskt inget val." En annan av ex-missbrukarna hade förlorat en njure och drabbats av en svår infektion i efterförloppet. Läkaren hade sagt att han endast hade något år kvar att leva om han fortsatte sitt missbruk. Han hade då avbrutit detta helt.

Bland de vanligaste skälen att sluta ta narkotika var att vederbörande hade "tröttnat" eller att "det gav ingenting längre". Några svar var diffusa, t ex: "Jag ville inte bli sån". Andra besked var mycket konkreta, t ex att flickvännen (i ett fall en kvinnlig ex-missbrukare) hade blivit gravid. Några hade suttit i fängelse och beslutat att inte återuppta missbruket då de kom ut.

En manlig ex-missbrukare beskrev i detalj de omständigheter som fick honom att upphöra med sitt missbruk. Han sade sig tidigare ha varit en mycket framgångsrik tjuv, "en av de bästa i branschen", men han hade blivit allt mindre framgångsrik. En dag hade han en reseradio och behövde en antenn innan han

sålde den. Han hade beslutat sig för att stjäla en antenn från någon parkerad bil. Han hade vandrat gata upp och gata ned och letat efter någon lämplig antenn att stjäla men alltid hade han blivit störd på något sätt. Antingen trodde han att han var observerad från något fönster eller att någon just skulle komma runt hörnet etc. När det gick upp för honom att han hade tillbringat en hel förmiddag under fruktlösa försök att stjäla en antenn tyckte han att det var dags att sluta med missbruket.

I samband med en fängelsevistelse strax efter den relaterade händelsen slutade han definitivt sitt narkotikamissbruk. Han började i stället studera på vuxengymnasiet, fick senare ett ordnat arbete och "slutade nästan helt" sin kriminella aktivitet.

Ett försök att tabellera svaren från de 27 ex-missbrukarna presenteras i Tabell 1.

De 100 individerna i kontrastgruppen, som alltså hade injicerat sig det senaste året, tillfrågades likaledes vad slags behandling de eventuellt hade erhållit för sitt missbruk, hur länge de behandlats och hur länge de varit drogfria efter behandlingsperioderna.

Dessa missbrukare var inte alltid beredda att besvara alla frågorna. Många fann det därtill svårt att erinra sig hur många behandlingsperioder de genomgått, särskilt som dessa i många fall hade varit kortvariga.

Missbrukarna lämnade ofta svävande uppgifter om hur länge de varit drogfria efter olika vårdarrangemang. Ibland hade de inte avbrutit missbruket i direkt anslutning till vården utan haft en drogfri period senare.

Gruppen tillfrågades inte om de hade fortsatt missbruket under själva vårdperioderna. Trots detta uppgav en del arrestanter som kommentarer till frågan om

hur länge de varit drogfria efter olika behandlingsperioder att deras missbruk fortsatt även under själva vårdperioderna.

Kontrastgruppens svar redovisas i Tabell II.

Många av de aktiva missbrukarna (kontrastgruppen) som aldrig erhållit någon behandling uppgav att de inte trodde på vård. Om de verkligen ville sluta sitt missbruk så ansåg de sig kunna göra detta utan någon behandling. Samma tendens i anamnesen återfanns faktiskt i kontrastgruppen som hos de 27 som hade upphört med missbruket för mer än ett år sedan: de långa abstinensperioder som många gånger förekommit hade ytterst sällan föregåtts av något vårdarrangemang. Det var inte ovanligt att aktuella missbrukare uppgav att de inte hade sökt vård därför att de inte ansåg sig behöva någon vård; missbruket "var inte något problem" för dem.

Omkring en tredjedel av kontrastfallen (37 av 100) hade erhållit någon form av behandling vid något tillfälle, åtskilliga av dem vid flera tillfällen och i olika typer av vårdarrangemang. Endast en uppgav att han stod i kö för en vårdplats. För övrigt förekom inga kommentarer om svårigheter att få önskad vård.

Det finns ingen anledning att förmoda att någon av dem hade försökt att erhålla vård men vägrats. De utfrågades inte särskilt om detta men de skulle i annat fall med största sannolikhet spontant ha påpekat ett sådant förhållande. Under praktiskt taget hela tioårsperioden 1965-1975 har det funnits ett överutbud av behandlingsplatser för narkomaner, och beläggningen har som regel varit låg vid flertalet enheter. Först under 1976-1977 har behandlingstrycket ökat markant sedan heroinet fått större utbredning.

Fyndet att endast en tredjedel av de aktuella miss-

Tabell I. De 27 ex-missbrukare av intravenös typ som varit injektionsfria minst ett år av en grupp om 574 arrester med stickmär-

Nr	Ålder i år	Injektions- missbruk; antal år	Missbruks- intensitet + ++ +++ ¹⁾	Återfall efter beslut att sluta
1	33	10	+++	Ja
2	22	1	++	?
3	27	6	+++	Nej
4	46	?	+++	?
5	30	omkring 10	++	?
6	28	1	+++	Nej
7	48	4	+	?
8	34	omkring 10	+++	Ja
9	33	6	+++	Ja
10	24	4	?	?
11	33	4	+++	Nej
12	29	omkring 10	+	?
13	32	4	?	Ja
14	40	några månader	+	Nej
15	24	4	++	Ja
16	21	några månader	+	?
17	22	4	+	Ja
18	32	6	+++	Ja
19	32	16	+++	Nej
20	29	12	+++	Ja
21	31	omkring 10	++	?
22	31	2	+	?
23	32	5	+++	Ja
24	32	?	+++	Ja
25	25	7	+++	Nej
26	22	7	+++	Nej
27	40	14	++	Nej

1) Missbruksintensitet: + = sporadiskt missbruk; ++ = återkommande missbruk, som regel varje vecka, ofta kring veckosluten;

ken/pigmenteringar/lärriferingar efter venpunktioner; ur stockholmspolisens arrestklientel 1976.

Problem med tidigare missbruksvänner	Använda injektionspreparat	Kommentarer
Ja	CS	»Tröttnade»
Ja	CS	
Nej, nya vänner	CS	
?	CS + OP	Tidigare legal tilldelning. För hårt därefter. Nu alkoholproblem
?	CS	
Nej, nya vänner	CS	Nu alkoholproblem
?	CS	
Nej	OP	»Tröttnade.» Tidigare legal tilldelning
Ja	CS	Slutade efter fängelsevistelse
?	CS	
Ja, men nya vänner	CS	
?	CS	Nu alkoholproblem
Ja	CS	Behandlad (Ulleråker). Återfall i fängelse (Hall)
?	CS	
?	CS	
?	CS	
?	CS	Behandlad (Norrby-hemmet; 8 mån)
Nej	CS + BARB	»Tröttnade»
?	CS	I fängelse hela senaste året
Ja	CS	»Det blev för jobbigt.» En flickvän hjälpte honom sluta
?	CS	»Tröttnade på knarkarlivet»
?	CS	Alkoholproblem nu
Nej	CS	Hustrun blev gravid och slutade själv sitt missbruk tillsammans med patienten
Nej	OP	Tidigare legal tilldelning
Nej, nya vänner	CS	Flickvän hjälpte honom; de hade ett barn tillsammans
Nej, nya vänner	OP	Ultimatum: Sluta eller ta ett längre fängelsestraff
?	CS	Ultimatum från läkare: Sluta eller du dör inom ett år

+++ = intensivt missbruk, kontinuerligt eller i långa perioder med korta uppehåll.

Tabell 11. De 37 behandlade missbrukarna av intravenös typ bland 100 som injicerat sig det senaste året; ur stockholmspolisens arrestklientel

Nr	Ålder i år	Behandling	Behandlingens längd	Drogfri tid direkt efter behandlingen
1	23	Danderyds sjukhus, polikliniskt	?	0
2	19	Långbro sjukhus, flera ggr	Max 3 månader	0
		Ulleråkers sjukhus	10 dagar	0
3	38	Långbro sjukhus	6 veckor	0
		Annan ospecificerad vård	?	0
4	34	Vallmotorp flera ggr	2–3 månader	0
5	25	Högdalens behandlingshem	3 månader	0
6	27	Ulleråkers sjukhus 2 ggr	Några veckor	0
		Långbro sjukhus flera ggr	Några veckor	0
7	21	Högdalens behandlingshem	6 veckor	0
8	25	Rätansgården	6 månader	0
9	30	Danderyds sjukhus 3 ggr	3–4 veckor	0
10	40	Lillhagens sjukhus 2 ggr	2 veckor	2–3 veckor
			2 månader	2–3 veckor
11*	26	Långbro sjukhus 3 ggr	2–3 dagar	0
		Frivårdens behandlingscentrum	?	0
12*	25	Långbro sjukhus	?	?
13	23	Ulleråkers sjukhus	3 veckor	5 veckor
14*	39	Långbro sjukhus	2 år	»Kort period»
15	28	Huddinge sjukhus	3 veckor	2 månader
16	21	Ulleråkers sjukhus flera ggr	1 vecka	Max 3 månader
17	20	Danderyds sjukhus	4 dagar	0
18	29	Mariapolikliniken	2 veckor	?
19	35	Solgården (Skyddsvärnet)	5 månader	2–3 månader
		Långbro sjukhus	5 dagar	0

* Kommentarer till vissa fall: 11. "Till Långbro för att äta upp mej." 12. Alltför sömnig för att svara. 14. Drogrfri under 3 år senare. Återföll då han träffade gamla vänner och slutade arbeta. 22. Dömd till denna vård. 24. En tid s k satelit till narkoman med legal tilldelning; dömd till vård på Långbro. 25. Medverkar inte vid intervjun. 27. Drogrfri under en 5-årsperiod före återfallet som ledde till vård. 31. Erhöll narkotika i legal tilldelning 1965-67. 33. Dömd till vård, rymde och återföll för 6 månader sedan.	20	35	Frivårdsbehandlingscenter + en veckas »intensivterapi»	?	0
	21	26	i landsorten	?	1 månad
	22*	29	Privatpraktiker	2 månader	6 månader
	23	28	Ulleråkers sjukhus	2 månader	0
	24*	29	Rålambshovs sjukhus	5 månader	0
			Rätansgården	2 månader	0
			Vallmotorp	2 månader	0
			Trollängen	2 månader	0
			Långbro sjukhus	3 år	?
	25*	53	»Behandlad», vägrar uppge var	?	?
	26	20	Långbro sjukhus	Några dagar	0
	27*	33	Trollängen	8 månader	0
	28	21	Mariapolikliniken	2 dagar	0
	29	26	Långbro sjukhus,	?	0
			Beckomberga sjukhus,	?	0
			Rålambshovs sjukhus,	?	0
			Ulleråkers sjukhus	?	0
	30	24	Högdalens behandlingshem	?	0
	31*	44	Rätansgården	6 månader	0
	32	28	Rålambshovs sjukhus	2 månader	0
	33*	37	Bollnäs sjukhus	1 år	6 månader
	34	23	Högdalens behandlingshem	6 veckor	1-2 veckor
	35	24	Mariapolikliniken många ggr	1-2 veckor	1-2 veckor
			Högdalens behandlingshem	6 månader	1 månad
	36	17	Mariapolikliniken	?	0
	37	36	Lillhagens sjukhus 3 ggr	?	2-3 månader
					tillfälle 1 och 2
					0 tillfälle 3

brukarna någonsin varit under vård överensstämmer med en studie 1973 av en liknande missbrukargrupp, det s k humlegårds-klientelet (Bejerot o a 1974). Där var den genomsnittliga tiden för injektionsmissbruket 6,5 år. En tredjedel hade vårdats för detta vid något tillfälle och endast en enda person uppgav att han var intresserad av vård "för att sluta knarka och få ett körkort."

En jämförelse har gjorts mellan de båda grupperna med avseende på ålder och missbruksförhållanden vid tidigare arresteringar. Medelåldern var för ex-missbrukare $30,8 \pm 6,8$ år, för de behandlade i kontrastgruppen $28,7 \pm 7,8$ år. Medianåldern var 31 respektive 27 år.

Ex-missbrukarna hade upphört att injicera sig vid en ålder av i medeltal $27,0 \pm 6,8$ år, medianåldern 28 år.

En genomgång av missbrukarstatus vid tidigare arresttillfällen under perioden 1965-1975 visade att de båda grupperna inte skilde sig väsentligt i detta avseende (Tabell III).

Diskussion

Det är självklart att de mest lyckade behandlingsfallen inte blir gripna av polisen och följaktligen inte hittas i en studie av denna typ. Det är också möjligt att icke-kriminella missbrukare svarar bättre på gängse behandling än de kriminellt aktiva.

För att utnyttja begränsade behandlingsresurser på bästa sätt, selekterade* Edelstein (1976) fram missbrukare med hög sannolikhet för goda behandlingsresultat. Omvänt är givetvis goda resultat på selekterat patientmaterial inte allmängiltiga för narkomanpopulationen som helhet. I svenska behandlingsrapporter har

Tabell III. *Jämförelse mellan ex-missbrukare och behandlade aktuella missbrukare med avseende på missbrukarstatus vid samtliga arresttillfällen 1965–75*

	Ex-miss- brukare N = 27	Behandlade aktiva missbrukare N = 37
Ej kända i arrestmaterialet 1965–75	3 (11,1 %)	8 (21,6 %)
Kända i arrestmaterialet 1965–75:		
a) Aldrig stickmärken	3 (11,1 %)	3 (8,1 %)
b) Stickmärken vid 1–2 tillfällen	6 (22,2 %)	10 (27,0 %)
c) Stickmärken vid > 2 tillfällen	15 ¹ (55,6 %)	16 ² (43,2 %)

¹ Medeltalet arresttillfällen = $9,6 \pm 7,2$

² Medeltalet arresttillfällen = $9,8 \pm 5,7$

man som regel inte diskuterat sina selektionsmekanismer.

Bland tio prediktiva* faktorer för hög behandlingsbarhet nämner Edelstein som första punkt "diagnostiska kategorier andra än sociopati", dvs individer som inte företer tecken på asocial eller s k kriminell identitet. Denna diagnostiska begränsning skulle sannolikt utesluta en betydande del av arrestpopulationen från gruppen med gynnsam behandlingsprognos. Huvudparten av missbrukarna av intravenös typ ingår emellertid i det traditionella polisklientelet.

Sjuttio procent av de injektionsmissbrukare som diagnostiserades av 19 olika rapporteringskällor i en omfattande case-finding-studie i Stockholm under andra halvåret 1967 återfanns som missbrukare i arrestklientelet inom en femårsperiod (Bejerot 1975 a, b). I det nämnda humlegårds-materialet hade arresteringsfrekvensen varit ungefär lika stor åren före som åren efter injektionsdebuten, varför polisomhändertagandena inte i första hand är sekundära till missbruket, vilket många tycks tro. I USA har man beräknat att en missbrukare av intravenös typ blir känd som missbrukare av polismyndigheten inom genomsnittligt två år efter debuten.

Vanligen uppfattas motivationen att medverka i ett behandlingsarrangemang som liktydigt med motivation att definitivt bryta ett missbrukarbeteende. Det är emellertid möjligt att vårdsökande narkomanger genom att överföra ansvaret på ett behandlingshem försöker undvika att ta ett eget beslut att avbryta sitt drogmissbruk. Likaså kan den gruppen genom att få hjälp med de mångskiftande fysiska, psykiska, sociala och ekonomiska komplikationerna till missbruket vinna kraft för fortsatt missbruk. Enligt den teorin skulle gängse

frivillig "komplikationsbehandling"* undergräva motivationen att upphöra med missbruket.

I USA är det välkänt att heroinister ofta söker vård för att få hjälp med abstinensbesvären när det är ont om heroin på marknaden. Efter avgiftningen kan de återuppta missbruket på en nivå som de har ekonomiska möjligheter att klara.

Genom att narkomanerna ges den tillfälliga lindring och behagliga behandling de efterfrågar kan en sådan vård stärka möjligheterna till fortsatt missbruk.

Detta är en beskrivande studie på ett selekterat material (arrestklientel). Den ger underlag för en rad välgrundade hypoteser. Det förefaller således som om vi har att göra med två ganska distinkta huvudgrupper av injektionsmissbrukare: dels sådana som verkligen har beslutat sig för att avbryta missbruket och då vanligen gjort detta utan terapeutiskt stöd, dels sådana som inte kommit fram till ett sådant beslut vare sig på egen hand eller med bistånd av gängse vårdarrangemang. Det förefaller också skäligt att hypotetiskt anta att de flesta narkomaner som söker vård inte har någon som helst avsikt att definitivt uppges sitt drog beteende. Slutligen förefaller det som om gängse, kortvariga vårdarrangemang snarare skulle undergräva motivationen att upphöra med missbruket än stärka motivationen att sluta.

III

Recensioner, intervjuer och polemik

Med hjälp av tvång klarar man i Hasselakollektivet åtta av tio nedknarkade ungdomar

''Tvånget till frihet'' är titeln på ett 60-sidigt häfte, där Hassela-kollektivet tillsammans med läraren Guy Englund presenterar sin framgångsrika rehabiliteringspedagogik. Detta är min recension av skriften för Narkotikafrågan (3/1977).

Det finns som bekant en mångfald olika modeller och metoder när det gäller behandling och rehabilitering av unga narkotikamissbrukare. Behandlingsförsökens mångfald är i sig ett uttryck för vilsenhet och sökande. Hittar man en riktig god och effektiv behandlingsmetod kan den givetvis ersätta alla de dåliga.

1965 skisserade jag i Läkartidningen (nr 50) en behandlingsteknik av helt ny typ och föreslog små terapeutiska enheter i lantlig miljö, långt borta från de väletablerade knarkarmiljöerna. I boken ''Narkotikafrågan och samhället'' (1968) utvecklade jag tankegångarna i detalj och påpekade att grunden för åtgärderna måste vara att de socialt urspårade unga missbrukarna *ålades behandlingsskyldighet*. I 60-talets ultraliberala debattklimat väckte dessa förslag en våldsam reaktion, och kravet på frivillighet som bas för all behandling av narkomaner var en allmänt omhuldad modedeföreställning. Sedan dess har många trosvissa debattörer lärt sig mera om de paradoxala beroendetillstånden och kommit underfund med att missbrukarnas ''vilja'' är ett mycket komplext och svåranalyserat begrepp och ofta helt enkelt ett försvar för att få fortsätta en ansvarslös och destruktiv livsföring.

När jag nyligen i Socialmedicinsk Tidskrift vidareutvecklade analysen om frivillighet och tvång och hävdade att det var inhumant att lämna de unga missbrukarna åt sin egen drogstyrda "motivation" var det inte längre en enda debattör eller pressröst som försökte gendriva resonemangen.

Mycket av det förändrade debattklimatet torde kunna tillskrivas det förhållandet att en rad frivilligprogram vuxit fram, reklamerats upp i massmedia men snart fått betydande problem: Under 60-talet och början av 70-talet hade dessa enheter ofta svårt att rekrytera patienter/gäster; beläggningen var långa perioder mycket låg. Det är först sedan heroinet 1974-75 fått fotfäste i missbrukarkretsarna som trycket på vårdapparaten ökat kraftigt. Enligt omfattande amerikanska erfarenheter betyder detta inte annat än att opiatmissbrukare är mera motiverade än missbrukare av centralstimulantia att söka hjälp med akuta problem när man kommit så högt i dosering och därmed kostnader att man inte längre klarar av att finansiera missbruket.

Därtill har de frivilliga behandlingsenheterna endast lyckats nå marginella grupper av missbrukare, varav den överväldigande majoriteten återfaller till sin destruktiva livsföring i mer eller mindre nära anslutning till utskrivningen. De projekt som överlevt har, som en omfattande debatt i Läkartidningen visade häromåret, inte kunnat redovisa några vetenskapligt acceptabla utvärderingar och behandlingsrapporter.

Omslaget i debattklimatet kan också till stor del tillskrivas det förhållandet att den behandlingsenhet som kan redovisa de i särklass bästa behandlingsresultaten i landet, Hassela, utanför Sundsvall, praktiskt taget uteslutande arbetat med ungdom som tvångsomhändertagits enligt barnavårdslagen. Redan här är det

viktigt att påpeka att tvånget i sig aldrig garanterar någon framgång; det är endast en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning.

Äntligen har en ingående skildring av Hassela-projektet publicerats så att envar kan ta del av den framgångsrika rehabiliteringstekniken: Hasselakollektivet och Guy Englund: "Tvånget till frihet", RFSH:s Förlag, Täby 1976. 52 sid. 8 kronor.

1969 startade en lärarfamilj från Viggbyholmsskolan, Ulla och K-A Westerberg, sitt familjekollektiv i en överbliven herrgård i Hassela. Såväl Stockholms barnavårdsnämnd som socialstyrelsen ställde sig kallsinnig och vägrade stödja projektet trots att tusentals nedknarkade ungdomar redan då drev omkring i den undre världen i Stockholm. Det var först sedan de tongivande kretsarna på Mariapolikliniken helhjärtat ställt sig bakom projektet, och med mer eller mindre ultimativa krav tvingade myndigheterna att medverka som det hela kom igång.

De första åren tog man emot sex unga missbrukare i september varje år. Sedan man nu fått hjälpkrafter tar man emot tolv ungdomar åt gången, alla via Mariakliniken i Stockholm. Missbrukarna skall i princip inte bara vara omhändertagna för samhällsvård enligt barnavårdslagen utan de skall också ha ett klart uttalat hot om ungdomsvårdsskola i ryggen. Westerbergs var från början fullt på det klara med att man utan sådana arrangemang *inte* skulle kunna styra rehabiliteringsprocessen och hålla missbrukarna kvar den första tiden då knarksuget sätter in.

På Hassela är man klok nog att inte betrakta narkomani som en sjukdom utan som en inlärnig av destruktiva, kortsiktiga, luststyrda beteenden. Man arbetar således med en rad pedagogiska metoder för om-

läarning. En central roll i detta arbete är ingående sociala och politiska debatter. Man krossar den drogromantiska knarkrollen i hårda tacklingar, och de unga missbrukarna bibringas insikt och känsla för sitt sociala ursprung och sin klasstillhörighet. Ideologiskt arbetar man alltså på att väcka missbrukarnas revanschlusta för sitt tidigare misslyckande. Men kampen för upprättelse stannar inte vid individen själv utan solidariteten skall omfatta kampen för alla på olika sätt utstötta och förtrampade.

Redan från den framgångsrika amerikanska rehabiliteringsenheten Daytop, som snart har ett par decenniers framgångsrikt arbete bakom sig, vet man att det fordras ett starkt emotionellt engagemang och en konsekvent satsning på centrala livsvärden för att man skall lyckas ge ungdomsnarkomanen en ny livsstil. I Daytop arbetar man med "ärlighet mot sig själv och andra till varje pris" som huvudnyckel. Religiösa grupper arbetar framgångsrikt med kristen omvändelse. I Hassela är det alltså mycket av social och politisk väckelse som svarar för omstruktureringen av individens syn på sig själv, sin roll och sina skyldigheter mot andra.

Till skillnad från nästan alla frivilliga behandlingsenheter är Hassela inte något "snackpensionat" utan man har åtta timmars inrutad arbetsdag med en lång rad olika sysslor på gården. Pratar och diskuterar gör man på kvällar och nätter.

I Hassela-programmet har man också lagt in en veckas fjällvandring på ett tidigt stadium. Det första utbildningsåret – man talar alltså varken om vård eller behandling – avslutas med en månads gemensam semesterresa i buss till Syd-Europa.

Efter ett år är de tidigare urspårade, vinddrivna,

asociala och ofta kriminellt högaktiva ungdomarna socialt stabila och ansvarskännande. De går sedan vidare med en tvåårig folkhögskolekurs i Forsa, där de fortfarande håller ihop i eget kollektiv. De äldre ungdomarna brukar återvända till Hassela över veckoslut och helger och bildar på så sätt konkreta föredömen för nykomlingarna och stärker deras tilltro till de egna resurserna.

Hasselakollektivet rapporterar att man lyckas få 3/4 av eleverna socialt stabila och funktionsdugliga med denna teknik, medan det ännu faktiskt är obevisat att traditionell frivilligbehandling på de uppreklamerade enheterna i landsorten ger bättre resultat än ingen behandling alls.

Den politiska medvetenheten och radikalismen i Hasselagruppen ser ut att bli det bräckjärn med vilket vårdfolket i de ultraliberalistiska och popradikala frivilligarrangemangen skall kunna öppnas för djupare insikt i de paradoxala mekanismer som ett allvarligt drogberoende utgör. Jag upplever att vi nu äntligen står inför en ny fas inom den svenska missbrukarvården.

Riksförbundet Sveriges Fritids- och Hemgårdar (RFSH) är att gratulera till denna utgivning som på ett fint sätt kompletterar den tidigare utgivningen av Blomdahl-Kågesons bok "Drogfri gård". Rekvirera (tel 08/768 58 05) och studera båda böckerna.

Alkoholpolitiken i historisk belysning

De snabbt ökande alkoholskadorna i samhället bäddar för en större alkoholdebatt inom en snar framtid. Arne Svensson, rektor vid Wendelsbergs folkhögskola i Mölnlycke, har förberett denna debatt med ett outhärligt inlägg genom sin bok "Svensk alkoholpolitik" (Sober 1974). Här återges min recension för Sociomedical Tidskrift (2/1974).

Det drar ihop sig till en större alkoholpolitisk debatt inom en snar framtid. Alkoholpolitiska utredningen (APU) har ju aviserat sitt huvudbetänkande till våren 1974. För den som vill förbereda sig för den kommande debatten finns det några synnerligen rika kunskapskällor att ösa ur. Svante Nycanders alkoholhistoriska pionjärarbete "Svenskarna och spriten" kom redan 1966. Nyligen levererade den finländske alkoholsociologen Kertil Bruun sitt stora arbete "Alkohol i Norden", och nu har folkhögskoleläraren Arne Svensson kommit med en spännande översikt över svensk alkoholpolitik från äldsta tider fram till våra dagar.

Arne Svensson har lagt fram ett ambitiöst arbete och satt in gamla tiders strider kring alkoholpolitiken i ett sådant perspektiv att envar i dag borde kunna känna igen sina egna synpunkter och ståndpunkter. Svensson konstaterar också lakoniskt att det är osäkert om något principiellt nytt alkoholpolitiskt argument har framkommit efter 1760.

Den gamla tidens alkoholliberaler talade sig varma för "rätten att förtära vad man behagade" och "rätten

att 'förädla' de produkter som växte på den jord man själv förfogade över''. Den gamla tidens symptomteoretiker förklarade också att ''brännvinet behövs för att hålla tjänstefolket på gott humör''.

Medan de jordägande bönderna ivrigt slogs för rätten till husbehovsbränning (och mot allmän skolplikt) var de samtidigt mycket nöga med att hävda att bränningsrätten skulle vara knuten till jordinnehavet. Avstängda från bränningsrätt blev också i den för övrigt mycket liberala förordningen av 1742 mjölnare, torpare, ryttare, soldater, båtsmän, bruksfolk och arbetare, inhysehjon, gärningsmän m fl. Några år senare – i 1747 års brännvinsförordning – utökades förteckningen med kyrkovaktare, strandsittare, salpetersjudare, färjkarlar, skogvaktare, gruvarbetare, bro- och jaktfogdar och tjänstehjon av alla slag.

De restriktiva argumenten gick ut på att brännvinsbruket alstrade råhet, brottslighet och fattigdom. De restriktiva visade också på att brottsligheten hade minskat under de talrika perioder då det på grund av missväxt hade införts temporära bränningsförbud.

Mäktiga ekonomiska intressen kom tidigt in i bilden. Adeln hade tillskansat sig privilegium att hålla krogar på landet, och storgodsägarna kunde visa att det var ekonomiskt mycket fördelaktigare att bränna i större skala, varför de villa ha bort böndernas husbehovspannor. Viktiga ekonomiska argument var också att brännvinet representerade en lätttransporterad form av produktionsöverskott från en landsända till en annan och att biprodukter i bränningsprocessen skulle vara närmast livsviktiga födoämnen för kreaturen.

Ämbetsmannaadeln i städerna drömde tidigt om att göra brännvinsbränningen till ett statsmonopol för att på samma gång få kontroll över produktionen och ska-

pa solid grund för statsfinanserna.

Politikernas agerande i alkoholfrågan präglades i gamla tider – liksom ofta också i våra dagar – av en blandning av okunnighet och opportunism. Efter Karl XII:s död och den definitiva och totala kollapsen för de storsvenska drömmarna blev den nya regeringens första åtgärd att låta bönderna hämta sina brännvinspannor, som sedan ett år tillbaka hade varit inlåsta i kyrktornen på grund av krisförhållandena. Praktiskt taget samma scen upprepades efter 1809 års statsomvälvning. Den första förordning som revolutionsmännen utfärdade (den 20 mars 1809) gällde en tillåtelse att ”som inhemska tillgången å brännvin ej befunnes svärande mot nuvarande behov införa utländskt”.

Brännvinskonsumtionen hade en enorm omfattning i det tidiga 1800-talets Sverige. På 1840-talet växte nykterhetsrörelsen fram som en verklig folkrörelse och blev också banbrytare för andra folkrörelser – först väckelserörelsen och senare arbetarrörelsen. Den starka och förutseende riksdagen 1853-54 avskaffade husbehovsbränningen (och beslöt även om inrättandet av statsbanor i Sverige). Reformen medförde en tredubbling av brännvinspriset och mer än en halvering av alkoholkonsumtionen i landet (från ca 23 till 10 liter 50-procentig alkohol per vuxen och år).

De mycket starka nykterhetskretsarna arbetade i början av 1900-talet med totalförbud som mål. Alkoholintressenterna och förbudsmotståndarna var beredda till mycket långtgående restriktioner och eftergifter för att slippa ett totalförbud. I detta läge kom Ivan Bratt och motbokssystemet att representera en tredje standpunkt. Det unika ransoneringsystemet hade inte Bratt utan den gamle bergsmannen och arbetarpolitikern Bernhard Eriksson som idékläckare. Un-

der arbetet med dynamit i gruvorna hade Eriksson blivit förtrogen med ett utminuterings- och kvitterings-system som han ansåg skulle kunna appliceras på spriten, som han betecknade som "social dynamit". Att slutligen Bratt-systemet och inte totalförbudet blev infört i Sverige berodde som Svante Nycander tidigare påpekat främst på den odemokratiska 40-gradiga röstskalan. Därtill kom att pressfolket var en extremt alkoholliberal och inflytelserik grupp.

Den unga arbetarrörelsen var mycket radikal i alkoholfrågan. Vid partikongressen 1911 tog det socialdemokratiska partiet in förbudskravet i sitt program med 98 röster mot 2. Vid det socialdemokratiska ungdomsförbundets kongress 1912 var 137 av 180 ombud organiserade nykterister. SAP hade förbudskravet kvar ända till programrevisionen 1944. Sedan dess har utvecklingen i liberal riktning gått fort, och SSU hävdade i sin programskrift "Ny syn på alkoholfrågan" 1966 att alkoholförsäljningen borde kunna ske på samma villkor som all annan handel och att alla restriktioner successivt borde avskaffas. Arne Svensson exemplifierar hur den alkoholliberala våg, som utlöstes i samband med motbokens avskaffande, senare förgrenade sig till 1960-talets knarkliberalism.

Senare hälften av Arne Svenssons bok upptar referat av APU:s hittills publicerade delbetänkanden. Det är en lång rad tunga fakta som talar för att alkoholliberalismen under 1960-talet varit synnerligen ödesdiger. Alkoholdebuten sker nu betydligt tidigare än förr, alkoholskadorna ökar snabbt, särskilt bland ungdom och kvinnor, de alkoholskadade har 3-4 gånger så hög sjukfrånvaro som övriga och de registreras mer än 5 gånger så ofta för straffregisterbrott som övriga etc. Samtidigt vet vi att sjukhusen och särskilt den psykiat-

riska sektorn bågna under trycket av det snabbt ökande antalet alkoholfall. Axel J Höjer, tidigare chef för medicinalstyrelsen, varnade tidigt för att alkoholen skulle kunna sabotera de planerade sjukvårdsreformerna. Jag tror att det är allvarligare än så. Redan nu tycker jag man kan skönja att ett extremt drogliberalt samhälle i längden inte kommer att kunna fungera som ett välfärdssamhälle eller – förhoppningsvis riktigare uttryckt – att välfärdssamhället i längden inte kan vara extremt drogliberalt.

Arne Svenssons bok är viktig och detta alldeles särskilt för socialvårdare, politiker och publicister. Inför den stundande alkoholdebatten är den oundgänglig för dem som inte accepterar att stå historielösa i denna fråga.

Radikalt grepp på missbruksproblem i ungdomsmiljö

Ulf Blomdahl och Per Kågeson publicerade 1974 en utmärkt liten bok i narkotikafrågan för ungdomsgårdspersonal. Jag anmälde boken – "Drogfri gård" – för Socialmedicinsk Tidskrift (7/1974).

Två unga lärare vid Stockholms ungdomsledarinstitut, Ulf Blomdahl och Per Kågeson, har analyserat bruket av beroendeframkallande medel på ungdoms- och fritidsgårdar och lagt fram mycket välgrundade och långtgående förslag till åtgärder i en bok kallad "Drogfri gård", utgiven av Riksförbundet Sveriges fritids- och hemgårdar (103 sid, 12:50).

Boken, som i första hand riktar sig till fritidsledare, socialarbetare och nämndledamöter i fritidsnämnder och socialnämnder, är det friskaste som hänt missbruksdebatten på mycket länge. Författarna, som bakom sig har en långvarig förankring i arbetarrörelsen, levererar i klartext en skoningslös uppgörelse med drogliberalism och låt-gå-mentalitet. Författarna visar hur den alltmera dominerande liberala alkoholsynen under 60-talet beredde vägen för "ölkulturen". Genom en utstuderat skicklig reklamkampanj med serier av helsidesannonser och jätteaffischer med unga, vackra människor som läskade sig med svalt öl i fagra bokskogar och soliga sommarhagar förvandlade bryggerinäringen på några år ölet till ungdomsdrycken på modet. Parallellt med alkoholliberalismen utvecklades narkotikaliberalismen. Genom bristande erfarenheter

och insikter hos socialarbetarna och – särskilt ödesdigert – hos tillsynsmyndigheterna accepterade man, i ett utslag av missriktad "humanism", att en mängd ungdomsgårdar snabbt förvandlades till vad författarna kallar "forum för berusningstillvänjning och handel med droger".

Hur långt förfallet gått redovisar författarna i sammanställda skattningar från ungdomsgårdarna i Stor-Stockholm. Om man räknar bort "ett fåtal drogfria gårdar och de totalt nedknarkade citygårdarna" bedömer socialarbetare på ungdomsgårdarna att 5-30 procent av besökarna på de olika ungdomsgårdarna måste betecknas som drogberoende: "Med drogberoende menas här besökare som är så 'fast' på ett preparat (inklusive hasch eller öl) att de inte av fri vilja kan välja mellan att bruka eller avstå". Varierande mellan 20 och 60 procent av besökarna bedöms tillhöra en grupp som löper påtaglig risk att utveckla ett drogberoende, och endast 10-75 procent av besökarna faller utanför dessa kategorier. Vid de numera stängda gårdarna Gamla Bro och Jova utgjorde de drogberoende ungdomarna en klar majoritet.

De påverkade och berusade ungdomarna omöjliggör ordnad fritidsverksamhet och "ledarnas tid tas till övervägande del i anspråk av ordningsproblem, skadegörelse, drogproblem, rengöring, slagsmål och uppträden".

Missbrukarna utövar ett mångskiftande tryck på de övriga ungdomarna att pröva droger och rusupplevelser. De som inte faller för frestelser och övertalning utsätts för tråkningar och till och med hot. Missbrukarnas destruktiva kamratförtryck gör att de "saboterar och/eller omöjliggör föredrag, teaterföreställningar, diskussioner etc. Bara det som stärker kamratför-

tryckarnas egen ställning tillåts utan störningar''. I denna atmosfär har ''fritidsverksamheten'' på ett flertal ungdomsgårdar sjunkit ned till ett lojt slöande till popmusik med ''aktiviteter'' som flipperspel, kortspel, serietidningar och knarkklangning. Många ungdomsgårdar har helt enkelt utvecklats till kommunala komplement till knarkarkvartarna. Utvecklingen till denna barocka situation har författarna inte närmare beskrivit då den är en lång historia för sig.

Författarna gör nu en våldsam revolt mot låt-gå-eländet, och de gör detta på ett politiskt mycket medvetet, genomtänkt och avancerat sätt. Man har inbördes gjort en viss arbetsfördelning. Det är Kågeson som beskriver nuläget och analyserar innebörden av den tidigare utsagda men på många håll närmast totala kapitulationen för missbruksvågen. Blomdahl levererar en detaljerad plan för ungdomsledarnas administrativa och politiska agerande för att få en ändring till stånd, och han demonstrerar sig som en mycket skicklig politisk taktiker.

Författarna kräver att barnavårdslagens anda och bokstav skall respekteras och ställer det elementära och självklara kravet att ungdomsgårdarna skall vara rus- och drogfria. Man är fullt på det klara med att behandlingsåtgärderna beträffande de stora ungdomsgrupper som redan utvecklat ett massivt drogberoende måste skiljas från den vanliga gårds- och fritidsverksamheten. Naturligtvis är missbrukarna välkomna till ungdomsgårdarna i nyktert skick. Men det är en omöjlighet att försöka ''behandla'' berusade ungdomar på en ungdomsgård som för de stora riskgruppernas skull måste hållas drogfri. Hur man sedan skall hjälpa de drogberoende, diskuteras också, men för det kapitlet har författarna inte haft samma massiva erfarenhet att

bygga på som när det gäller de övriga avsnitten. Man är dock realistisk också i den sista återstående kontroversiella frågan i vårddebatten: Frågan om frihet och tvång, om drogberoende unga människor skall ha "frihet" att fortsätta sin för dem själva, kamratkretsen, familjen och samhället destruktiva livsföring eller om de skall åläggas en samhällssolidarisk skyldighet att medverka till en vettig, realistisk och konstruktiv behandling och rehabilitering medan det ännu finns något att rehabilitera.

Att med vetenskapliga analyser och undersökningar försöka påverka drogproblematiken i samhället har i en rad länder visat sig närmast ogörligt. Rapporterna blir för många, för omfattande och för komplicerade för att en bredare krets skall kunna tillgodogöra sig dem. Blomdahl och Kågeson har visat att man genom formellt enkla men politiskt riktiga argument kan ställa frågorna på ett sätt som gör att drogliberalisterna blir ohjälpliga förlorare och framsynta opportunisterna snabbt får se om sitt hus. Den här lilla boken på hundra sidor markerar ett nytt skede i svensk drogdebatt.

Den som inte läser den får skylla sig själv: Han riskerar att snart vara "ute".

Tvång behövs för att få knarkaren på fötter

Sommaren 1977 genomförde Gnistans medarbetare Rune Edström och Stefan Lindgren en intervju med mig kring de centrala frågorna i narkotika- och behandlingspolitiken. Intervjun publicerades i nr 29 av Gnistan (5.8.77) och återges med tidningens ingress.

”Polisläkare”, ”reaktionär” – det är några av de varubeteckningar som brukar sättas på narkotikaforskaren Nils Bejerot.

Han anses av många vara den främste profeten för hårdare polisiära tag mot knarkarna, omänskliga straff och nedbrytande ”vård” i våra nerknarkade fängelser.

I många år var han i stort sett bannlyst i Dagens Nyheter och radio-TV. Idag är situationen annorlunda. När heroindöden griper kring sig vill allt fler veta vad det egentligen var Bejerot ville.

Här ger han själv svaret i en intervju för GNISTAN. Den kommer att följas av debatt, tror vi.

Vad är orsaken till narkomanins utbredning idag?

Allmänt sett är det så, att ju sämre social miljö en människa kommer ifrån, desto större är risken att hon blir narkoman. Fattigdom är i sig inte det avgörande, om det finns sammanhållning. Däremot fattigdom i kombination med sönderslagna familjer.

Men narkomanin har sitt eget spridningsmönster som inte står i något mekaniskt förhållande till folks levnadsförhållanden. Tillgången på narkotika, det vill säga marknaden, är en ytterst viktig faktor.

Sedan 1965 har jag som psykiater på polishäktet i Stockholm kunnat följa utvecklingen dag för dag. Med hjälp av sköterskor har vi under min tid där undersökt cirka 165 000 arrestanter. 1965 var det 19 procent som hade stickmärken från narkotikasprutor. 1969 var det 40 procent och idag är det 60 procent.

När väl en människa börjat knarka och fortsatt en tid, blir narkomanin ett tillstånd i sig. Det kan inte avhjälpas genom att ändra de sociala orsaker som en gång placerade den människan i riskgruppen. För när narkomanin väl uppstått, blir det faktiskt biologiskt avvikande att sluta knarka. I stället blir det normalt att med alla medel upprätthålla driften, som till och med blir starkare än könsdriften.

Vad beror då ökningen på?

Det är statens liberala narkotikapolitik som bär skulden. 1965-67 skrevs cirka fyra miljoner doser centralstimulantia ut helt lagligt till sprutnarkomaner. Det fick katastrofala följder. Popradikalismen, som förklarar att narkomanin är ett oundvikligt utslag av kapitalismen, är också en allvarlig orsak.

Popradikalism, vad är det?

Det är en strömning som paradoxalt nog har sina rötter i liberala ungdomsförbundet och konservativa studentkretsar. Inledningen kom med ungliberalernas sexmässa i Medborgarhuset 1963. För knarkliberalismen kom socialläkaren John Takman att spela en stor roll. Han fick 1963 en erinran från socialstyrelsen för att han alltför liberalt skrivit ut narkotika till narkomaner. Takman tog illa vid sig och skrev en lång försvarsskrift i Läkartidningen. Takman byggde den på amerikanske sociologen Alfred Lindemiths teorier, som gick

ut på att narkomanin skulle gå att kontrollera bara man gav narkomanerna drogerna lagligt och inte hänvisade dem till langarna.

Frank Hirschfeldt, som då satt i redaktionen för den konservativa studenttidskriften Origo, gick på basis av Takmans inlägg till attack mot dem som förordade en traditionellt återhållsam narkotikapolitik. Han fick en klapp på axeln av Dagens Nyheters ledarsida, och så var lavinen i rullning.

Samma dag som den förste knarkaren i Sverige dog av en överdos, den 26 mars 1965, bildades Riksförbundet för hjälp åt läkemedelsmissbrukare, RFHL. Det gick helt på Takmans liberala linje.

Men går det att bekämpa knarket i ett kapitalistiskt samhälle?

Ja, det anser jag. Det är vår skyldighet. För när försäkringspremierna årligen stiger för vanliga sköt-samma människor, när sjukhusköerna växer och unga människor tillåts knarka ihjäl sig i växande antal varje år, då driver samhället iväg mot fascismen.

Jag tror att det vore fullt möjligt att stoppa narkotikaepedemin på några år med hälften så stränga straff och halva polisstyrkan om vi helt enkelt sade: Festen är slut nu! Vi kommer inte längre att finna oss i att ni springer omkring och stjälar för 1 000 kronor om dagen för att underhålla er narkomani.

Missbrukarna skulle helt enkelt gripas och ställas inför valet att antingen underkasta sig vettig behandling och rehabilitering eller få klistra kuvert på något fängelse. Att en sådan politik fungerar vet vi bland annat från Japan. Där hade man per 1 000 invånare tre gånger så många narkomaner som i Sverige. 1954 greps 55 600 personer för narkotikainnehav. När man

gick över till en restriktiv politik, slutade 80 procent av knarkarna av blotta förskräckelsen. 1958 greps endast 271 personer. Japan har lärt sig av Kina hur narkomani kan utplånas som socialt massfenomen.

Räcker det inte med att klämma åt langarna?

Nej. Om lagen skulle befria knarkarna från ansvar, så skulle naturligtvis varje intelligent langare också börja sticka sönder sig själv och gå fri.

Men hur ska knarkarna kunna anpassas till ett samhälle som är i grund och botten sjukt?

Det är ett vanligt argument för att inte göra någonting. Alla samhällen är mer eller mindre sjuka. Men vad vi nu ser i Sverige är ett förfall i det sociala systemet, som vi tidigare inte sett maken till. Jag tillhör inte dem som tror att detta förfall automatiskt kommer att leda till socialism. Tvärtom så väcker ett växande trasproletariat fascistiska strömningar. Övergången till socialism kräver i stället fastare organisation, kontroll, krav och sammanhållning inom arbetarklassen. Klart är att knarket aldrig skulle accepteras i ett socialistiskt samhälle.

Vilken typ av vård är det som krävs?

Eftersom knarkandet är ett inlärt beteende gäller det att få knarkarna att lära sig att inte knarka. Sjukvården ska bara ta hand om själva avgiftningen som tar någon vecka.

Som gammal ateist har jag med åren kommit att hysa allt större respekt för religionen. Om en människa blir sant religiös, så finns det ingen möjlighet att fortsätta att knarka.

Liknande mekanismer kan vi också skapa utan reli-

gionen. Det är vad till exempel Hassela-kollektivet gör. Där bryter man ner knarkarromantiken och knarkarnas brottsliga beteende på ett år och ger dem en djup känsla av socialt ansvar och solidaritet.

Varje samhälle, oavsett system, behöver kontroll för att kunna fungera. Om det inte finns en moral som fyller denna roll, så måste kontrollen komma utifrån. Detta leder till mycket större politiska faror.

Knarkarna ska ha rätt till bra och engagerad behandling. Men de ska också ha skyldighet att underkasta sig denna behandling.

Stämmer det att du sagt att knarkarna borde isoleras på någon obebodd ö?

Det är en förvrängning av vad jag sade för många år sedan. Jag påpekade att en del av de tunga narkomannerna ska vi inte ha några illusioner om att bota. Ska vi ändå tillåta dem att fungera som kroniska smittbärare vilka sprider sin narkomani till andra?

Jag föreslog att man istället borde ge dessa kroniska narkomaner statspension och legal narkotika under medicinsk kontroll förutsatt att de frivilligt bosatte sig på en "knarkö". De skulle ha rätt att lämna ön när som helst, men då skulle också narkotikatilldelningen upphöra och då måste de följa det vanliga samhällets lagar. Det var alltså inget förslag till någon "lösning" på narkotikaproblemet utan som ett sista alternativ för kroniker.

Du arbetar själv som konsult åt polisen. Hur ser du på polisens roll?

På den tiden jag arbetade i Clarté och Sveriges kommunistiska parti (fram till 1956) var det en självklarhet i radikala kretsar att man var emot alla former

av kriminalitet.

Sedan, under Vietnamrörelsens första år, fick många radikaler andra erfarenheter. Polisen övervakade och genomförde de demonstrationsförbud som politikerna utfärdade. I kombination med grumliga marxistiska kunskaper om statens roll ledde det fram till teorier om att polismännen var fiender och att trasproletariatet – tjuvar, banditer och knarkare – var vänsterns allierade.

Dessa teoretiska grumligheter är en av orsakerna till att RFHL fått en sådant inflytande i mera emotionellt än teoretiskt förankrade vänsterkretsar. De har samlat mycket folk som hyser en ärlig medkänsla med dem som har det svårt, utan att förstå att RFHL fungerat som en advokatbyrå för knarket och knarkandet.

Idag ser jag de första glädjande tecken på en teoretisk och ideologisk upplärningsprocess bland dem som arbetar med narkotikaproblemen, och jag hoppas också på politisk upplärning i vidare kretsar.

Så det är mera tvång som behövs?

Med tvång löser vi inte narkotikaproblemen, men tvånget är en nödvändig *förutsättning* för en rad av de åtgärder som måste till för att få de socialt havererade på fötter igen. Men i första hand behöver vi en medveten folkopinion för att tvinga politiker och byråkrater att våga ta sig an frågan på ett vettigt sätt. Okunnigheten och opportunisten måste brytas om inte förfallet mot fascismen skall fortskrida.

Ett nytt perspektiv på psykiatrin?

I sin mycket uppmärksammade bok "Nytt perspektiv på psykiatrin" refererade författaren, med kand Svein Haugsgierd, mina analyser, teorier och förslag i narkotikafrågan på ett högst osakligt och felaktigt sätt. Haugsgierd bad senare personligen om överseende och medgav att han inte läst några av mina böcker eller skrifter men uppgav att han informerats i saken av en bekant som hade hört mig föreläsa i Norge!

Bokförlaget Prisma ålades vid hot om process att låta hela avsnittet utgå ur följande upplaga av boken, vilket man också gjorde, men man vägrade att dra in återstående ex av den felaktiga versionen. För att i någon mån försöka lägga saken till rätta tog jag upp några av Haugsgierds grävsta falsifikat i ett inlägg i Läkartidningen (53/1972).

Denna incident visar att det intellektuella förfallet i hägn av popradikalismen gått så långt att man inte ens i akademiska kretsar anser sig nödsakad att ta del av de skrifter man i bokform polemiserar emot. Vid denna gräns upphör meningsfull debatt och seriöst tankeutbyte, och grumliga emotioner sänker sig över universitetsvärlden. Vi får gå långt tillbaka i historien för att finna motsvarigheter till detta i vår kulturkrets.

I Svein Haugsgierds till svenska översatta bok "Nytt perspektiv på psykiatrin" kommenterar författaren på några sidor mina teorier beträffande narkomaniernas biologiska natur och olika narkomaniformers spridningsmönster m m. Då referatet är missvisande och även inkluderar polemik mot ett direkt citat som felaktigt tillskrivs mig är det på sin plats med en kort kommentar, särskilt som frågan är så intrikat och viktig.

- 1) "För det första gör Bejerot inte någon åtskillnad

mellan cannabis å ena sidan och opiatier och centralstimulerande medel å den andra. Han anser dem lika farliga, vart och ett på sitt sätt.”

Ingenstans har jag uttryckt mig på detta sätt och jag vänder mig alltid mot dessa förenklade farlighetsgraderingar. Opiaterna är de farligaste såtillvida att de kan medföra överdos med dödlig utgång när som helst, även vid den första injektionen. Kokainet kan vara farligare från en annan synpunkt – att det ger upphov till ett beroende som i litteraturen ofta anges vara svårare att bryta än opiatberoendet. Hallucinogenerna å sin sida – och dit hör cannabis – förefaller farligast från den synpunkten att de kan ge djupgående och bestående personlighetsförändringar helt vid sidan av beroendet.

2) ”Bejerot karakteriserar vidare narkomanin som en biologisk förstöring av lust/olust-mekanismen och polemiserar skarpt mot mer terapeutiskt orienterade kollegers uppfattning av missbruket som ett symtom på bakomliggande personlighetsproblem.... blir det en absurditet att tala om en ’biologisk förstöring...’ ”

Jag har aldrig någonsin talat eller skrivit om någon ”biologisk förstöring” av lust/olust-mekanismen vilket jag finner lika absurt som referenten. Däremot har jag hävdad att ”det går lättast att förstå narkomaniseringsprocessen, den paradoxala sjukdomsbilden vid narkomani och tillståndets ytterligt svårbehandlade och kroniska karaktär om man ser beroendebildningen som en ’kortslutning’ av lust/olust-principen och narkomanin som en på detta sätt uppkommen artificiell drift, i kraft jämförbar eller t o m starkare än sexualdriften” (Bejerot 1971 a). Beträffande ”symptomteorin” har jag tvärt emot vad referenten uppger alltid betonat missbrukets ofta symtomatiska karaktär:

”Vi är nog alla överens om att alkohol- och tablettmissbruk liksom exempelvis kriminalitet och prostitution kan vara – och ofta är – symtom på individuella och sociala störningar, men alkoholism och narkomani är inga symtom, de är i sig själva djupgående sjukdomstillstånd som kännetecknas av sin egen dynamik sedan de en gång väl etablerats” (Bejerot 1971 a).

3) ”Han angriper också den traditionella åtskillnaden mellan ’addiction’, hemfallenhet i mer fysiologisk bemärkelse, och ’habituation’, mer psykologisk tillvänjning. I stället vill han ge det gamla begreppet ’toxikomani’, hemfallenhet åt själva rusupplevelsen, en renässans.”

Citatet innehåller ett halvdussin felaktigheter. Det toxikomanibegrepp jag föreslagit har ingenting att göra med ”det gamla begreppet toxikomani”, som inte var eller är något annat än den franska termen för ”addiction”, synonymt till tyskans ”Sucht”. Den som är intresserad av det toxaikomanibegrepp jag lanserat – och som för övrigt även inkluderar nikotinism och kaffeberoende – hänvisas till det inledande kapitlet i mina böcker ”Narkotikafrågan och samhället” eller ”Addiction and Society”. (Se även kapitlet ”Beroendebildningens dynamik” i denna bok).

4) Beträffande min uppdelning av toxikomanierna i ett socialmedicinskt, generiskt* klassifikationssystem (med iatrogena*, autoetablerade*, epidemiska och endemiska former) uppger referenten att jag hävdade att ”smittöverförningen” skulle ske ”genom att kroppen tillförs ett främmande ämne. Detta ger upphov till en ändrad biokemisk situation som sedan försöker upprätthålla sig själv genom fortsatt missbruk.”

Jag har aldrig sagt eller skrivit något sådant; jag

betonar alltid att det är "the drug-taking behaviour" – missbruksbeteendet – som överförs från individ till individ och som utgör det kontagiösa elementet i ungdomsnarkomanierna. Jag har ingående diskuterat betydelsen av riskexposition, varierande individuell och gruppässig mottaglighet och resistens, massivitetsfenomen som medför att ju mer missbruket sprids desto mindre predisponerande faktorer erfordras för att individen skall dras in i missbruket etc.

Sammanlagt har jag pekat på ett dussintal epidemiologiska variabler som är karakteristiska just för ungdomsnarkomaniernas spridningsmönster, där deras tendens till exponentiell tillväxt under likartade sociala förhållanden kanske är den mest alarmerande (Bejerot 1971 b).

Ett missvisande referat i narkotikafrågan

Narkotikafrågan är uppenbarligen så känslomässigt laddad att det många gånger tycks vara svårt även för annars skickliga journalister att korrekt uppfatta och återge föredrag och debattinlägg. Stundom är förvrängningarna dock uppenbarligen avsiktliga. Som regel brukar jag låta sådant passera, då man inte ideligen kan korrigera massmedia och det därtill ofta kan vara svårt att få beriktiganden publicerade. När ljugandet tar groteska proportioner måste man dock kräva genmäle (Göteborgs-Posten 9.12.1973).

I torsdagens GT (6 dec) lämnades ett gravt missvisande referat av ett föredrag som jag dagen innan höll för socialvårdsfolk i Göteborg och samma dag presenterade för personalen på Lillhagen. De grövsta felaktigheterna i referatet måste korrigeras:

1. Rubriken i GT var "Lås in alla knarkare". – Jag har aldrig någonsin krävt eller föreslagit att man över huvud taget skall "låsa in knarkare".

Däremot har jag i sex böcker, i hundratalet artiklar och otaliga föredrag föreslagit att vi inte skall lämna knarkarna åt sitt öde i träskmarkerna. Jag menar att de skall dras upp med social bärgningsbil – med eller mot sin vilja.

2. Referenten påstår att jag "förkastar frivillig vård", att jag sagt att "frivillig vård är nonsens". – Det är oriktigt.

Jag har bara påpekat att det endast är en mindre del, kanske tio procent av narkomanerna, som frivilligt medverkar till en meningsfull vård.

3. Referenten hävdar vidare att jag vill "tvångsvårda" de övriga. – Det är en förenklad halvsanning.

Jag vill att sprutnarkomanerna och de grava missbrukarna skall ha behandlingsskyldighet, vi kan kalla det behandlingsplikt, alltså en direkt motsvarighet till den skolplikt som alla ungar är underkastade. Nu är redan en omogen unge så förnuftig att om han vet att han har plikt att gå i skolan behövs det inte polis för att få honom dit.

Vi underkastar oss alla en mängd nödtvungna plikter, vi betalar snällt våra restskatter etc. En behandlingsplikt vid narkotikamissbruk skulle i en handvändning ge de utslagna en chans att komma på fötter samtidigt som den skulle vara en tankeställare för de nyfikna som ännu inte tagit sin första injektion.

4. "Lagstiftningen bör vara skärpt". – Jag har aldrig någonsin hävdat hårdare lagstiftning vid narkotikabrott, och jag gjorde det inte ens då maximistraffet för de grövsta narkotikabrotten endast var ett år!

Däremot har jag sedan jag på 50-talet började arbeta med dessa problem hävdat att varje illegalt innehav av narkotika skall medföra ansvar och konsekvenser. Om detta har också Öst och Väst varit rörande eniga i den internationella narkotikalagstiftningen.

5. "Även polisen bör förstärkas". – Jag har aldrig vid något tillfälle förordat förstärkning av polisen.

Jag har tvärtom hävdat att polismaktens förstärkning är en direkt följd av att man låter tusentals unga, nedknarkade och utslagna ungdomar driva omkring i träskmiljöerna år efter år och livnära sig på egendomsbrott, knarkklangning och prostitution.

Om samhället skulle ålägga dessa knarkare vårdskyldighet och ta sig an dem på ett vettigt och humant sätt kan man t o m minska polisresurserna. Det är

okunnigheten, passiviteten, flatheten och rädslan att ingripa i tid i knarkarnas destruktiva livsföring som skapat behovet av ständigt förstärkt polis.

Ett ultraliberalt och skenradikalt samhälle som vårt tycks endast kunna möta ett tilltagande socialt sönderfall med mera polis och flera socialarbetare. Man accepterar att stora horder av utslagna ungdomar parasiterar på Svensson och samhället.

Svensson skall försörja dem, men hans politiskt valda ombud vågar inte hävda att man skall ställa det enklaste och mest elementära kravet på de sociala haveristerna – kravet på att de skall medverka till sin egen rehabilitering, att de skall ha skyldighet att göra det.

Skyldighet att behandla kontra rätten att knarka

RFHL-falangen har under årens lopp producerat hundratals artiklar och tusentals insändare i dagspressen med polemik mot karikerade versioner av mina argument och förslag. Dessa skribenter tycks, som tidigare Haugsgierd, polemisera efter hörsägen och inte efter källstudier.

I akademiska kretsar anser många att man inte skall bemöta infam kritik i populärpressen utan odla sin kål i fackorganen. En sådan linje bottnar enligt min uppfattning inte bara i bekvämlighet och feghet utan – och det är vida allvarligare – i ett förakt för allmänheten och den allmänna samhällsdebatten.

Här publiceras en uppgörelse med en socialassistent från Södertälje (Södertälje Läns/Södertälje Tidning 3.3.1977).

Socialassistenten Bengt Sandberg har i Länstidningen (3/2) angripit mig i en arrogant artikel som genomsyras av en blandning av okunnighet och illvilja. Så nära som till halvsanningar kommer han inte på någon punkt. Inlägget är typiskt för den debatt som sedan 1965 drivits från de drogliberala kretsarna kring RFHL. Jag brukar vanligen inte svara på angrepp av den här typen, men eftersom Sandberg är socialassistent, kan allmänheten lätt tro, att det finns någon grund i något av vad han säger. Jag skall därför i några punkter belysa halten i Sandbergs debatteknik.

”Gamle polisläkaren Bejerot”. Jag har i många år arbetat som vuxenpsykiater, som socialläkare inom Stockholms socialvård och i fem år som forskningsläkare i narkomani vid Statens medicinska forsknings-

råd. Sedan fyra år är jag nu lärare i socialmedicin vid Karolinska institutet. *Parallellt med detta* har jag, till sammans med dussintals andra kolleger, varit psykiatrisk konsult för vård av polisklientelet i Stockholm; någon "polisläkare" finns inte. Är detta arbete diskriminerande, Sandberg, eller kan det tänkas att man genom tusentals psykiatriska undersökningar under 20 års tid får en fördjupad kännedom om de grava problemgrupperna? Eller vill Sandberg kanske rent av hävda att arrester och gripna inte bör få någon medicinsk hjälp?

BS påstår att jag ensidigt betonar att Hasselas resultat är avhängigt av tvångsmomentet och att jag underlåtit att tala om vad Hassela-projektet innebär.

I min första bok ("Narkotikafrågan och samhället", 1968) skissade jag modellen till vad som sedan blev Hassela, vårt idag enda välfungerande rehabiliteringshem för narkotikamissbrukare. Hassela tillkom efter ingående diskussioner mellan mig och grundaren, K-A. Westerberg. Vi har hela tiden varit överens om att detta är en riktig modell för rehabiliteringsarbetet. Tvärtom vad BS påstår har jag ideligen betonat att tvånget i sig inte löser några problem: Det är endast en nödvändig men inte tillräcklig förutsättning för att få loss missbrukarna ur de sociala träskmiljöerna och få in dem i ett konstruktivt rehabiliteringsarbete.

Alla genomförda undersökningar visar att endast en bråkdel av de aktiva missbrukarna ställer upp för behandling. Utan krav och tryck är det ogörligt att få in mer än marginella grupper i en vettig behandling – "dom som skulle ha lagt av även utan narkomanvård", säger avgående redaktören för RFHL-kontakt (i nr 11/76), Janne Mattsson, som efter många års bittra erfarenheter har kommit fram till en helt annan

bedömning än tidigare.

Efter 10 år av misslyckad frivilligvård – som hittills inte i någon vetenskaplig studie visats vara bättre än ingen vård alls (!) – har sprutnarkomanernas andel av polisklientelet i Stockholm ökat från 20 proc. till 60 proc. BS och likasinnade debattörer kring RFHL är faktiskt huvudansvariga för denna utveckling.

De drogliberala debattörerna har aldrig insett att narkomanen-alkoholisten uppträder som sitt beroendes heltidsanställda försvarsadvokat och ombudsman. Därigenom har de kommit att stödja det omedelbara drogbegäret och därmed motarbeta den drogberoendes långsiktiga bästa. Samtidigt har man blockerat erforderliga samhällseliga motåtgärder mot missbruksvågen.

BS påstår att jag hävdar att narkomaner inte efterfrågar vård frivilligt. Detta är också en grav vantolkning.

Ungefär en tredjedel av de aktiva injektionsmissbrukarna i Stockholm har varit inne för vård en eller flera gånger, vanligen under mycket korta perioder. När drogmissbrukaren drabbas av svåra kroppsliga, psykiska, sociala, ekonomiska eller juridiska komplikationer till sitt missbruk, kan han söka vård för att få hjälp med – komplikationerna! Likaså om drogerna tar slut eller han kommer upp i så höga doser att han inte kan finansiera dem längre – då infinner sig ofta den prisade "vårdmotivationen". Det innebär inte att den drogberoende för ett ögonblick umgås med tanken på att sluta knarka, vilket många oerfarna behandlare tror. Dessa frivilliga vårdperioder tjänstgör alltså oftast som ett slags rundsmörjningar: Efter en sådan översyn är man kapabel att köra hårt ett slag igen.

Men en del missbrukare vill verkligen sluta, vanligen därför att de inte längre orkar med det hårda livet i

missbrukarmiljöerna. De flesta som slutar tycks då göra det utan någon som helst behandling! "Vill man sluta så lägger man av" är det besked man brukar få av dem som slutat varaktigt. Andra återfaller dock trots de bästa föresatser, därför att de inte orkar stå emot trycket och tvånget från sitt drogbegär.

Om man skall rehabilitera en narkomaniserad människa måste behandlingskrafterna i princip vara starkare än drogbegäret. Detta är i många fall bevisligen starkare än sexualdriften. Heroinisterna blir exempelvis impotenta av sitt missbruk, men detta brukar inte bekymra dem: Missbruket är så mycket mera lockande.

Även alkoholister vill som bekant gärna ha behandling – bara den koncentreras till komplikationerna och inte äventyrar fortsatt drickande! Just av det skälet brukar våra alkoholister avvisa Antabus och Dipsan. Man hävdar gärna att de ger biverkningar, men dessa är obetydliga jämfört med alkoholens biverkningar. Skälet till den avvisande hållningen till att ta Antabus eller Dipsan är vanligen helt enkelt att med den medicineringsen fortsätter man inte att suppa, och en så effektiv behandling vill man inte acceptera. Däremot går det bra med lugnande piller, sjukskrivningar och allehanda nonsensåtgärder som ofta försämrar prognosen.

BS har fräckheten att pådyvla mig uttalanden och förslag som jag aldrig fört fram, vare sig i tal eller skrift. BS påstår exempelvis att mitt "recept" är "flera poliser".

Detta är en typisk RFHL-lögn som upprepats i årtal trots att den dementerats i tryckta debatter. Däremot har jag ideligen påpekat – även vid föreläsningar inför riksdagspolitiker och polisledning – att en betydande del av poliskåren sannolikt skulle kunna omsko-

las till något annat så snart man börjar föra en realistisk narkotika- och narkomanvårdspolitik här i landet. Men om tusentals socialt havererade narkomaner skall dra sig fram på att stjäla, råna och "bryta" för 500–1 000 kr per dygn, så behövs det många poliser enbart för att leta efter dessa utslagna existenser, som socialvården för länge sedan lämnat åt sitt öde.

Det är alltså direkta konsekvenser av narkotikaliberalernas politik som medfört att statsmakterna känt sig tvingade att bygga ut polismakten, men analysen går vanligen inte så långt att detta samband belyses.

BS tar upp min epidemiteori, som han uppenbarligen inte har satt sig in i, eftersom han säger att jag vägrar se de bakomliggande faktorerna till missbruket.

Vid varje smittosituation, oavsett om det gäller mikrober eller psykosocial smitta, finns det två huvudfaktorer: Mottaglighet och smittotryck. Om mottagligheten är låg (vid god resistens, god hälsa respektive vid stabil psykisk och social situation och bakgrund), behövs ett starkt smittotryck för att individen skall drabbas. Om mottagligheten däremot är hög (vid brist på resistens respektive vid psykiska och sociala handikapp och svagheter), kan redan ett ringa smittotryck bli ödesdigert.

Sociologer har kallat dessa faktorer för "kamrattryck", när det gäller att förklara spridningen av narkotikamissbruk i ungdomsgängen. Jag vägrar acceptera denna terminologi just därför att den inte väger in bakgrundsfaktorerna, dvs mottagligheten.

Att förneka att ungdomsnarkomanin sprids genom direkt personkontakt mellan etablerade missbrukare och nybörjare förekommer inte längre i den internationella debatten. Psykiska epidemier är f ö välkända i den vetenskapliga litteraturen. Det finns många väldo-

kumenterade självmordsepidemier, mordbrandsepidemier, dansepidemier under medeltiden etc. Det finns t o m smittsamma sinnessjukdomar, s k folie-à-deux etc.

BS hävdar att jag är farlig för samhället och rättssäkerheten. I själva verket är det narkomanernas intresseorganisation RFHL som är ett allvarligt hot mot hela välfärdssamhället.

Under 60-talet drev RFHL en omfattande kampanj för förskrivning av narkotika till missbrukarna för injektion på egen hand. När detta företag slutade med en katastrofal ökning av missbruket (se min avhandling "Narkotikamissbruk och narkotikapolitik", 1974), koncentrerar de sina krafter kring ett nytt huvudkrav: Gatunarkomanernas rätt att knarka så länge de själva behagar.

Narkomanerna skall tydligen ha rätt att bryta såväl internationella som nationella lagar angående innehav av narkotika. När polisen på statsmakternas uppdrag beivrar olaga narkotikahantering, sägs "polisen jaga och förfölja narkomaner". Det är välkänt att de flesta drogmissbrukare drar sig fram på anhöriga och på samhället, som regel i årtal, ofta i decennier, och att en del av dem också hotar och misshandlar anhöriga och andra som inte fogar sig i deras krav. Deras barn föds ofta skadade och sjukliga och de klarar sällan att ta hand om dem eftersom de inte ens kan ta hand om sig själva.

Narkotikamarknaden drar i sitt släptåg med sig en omfattande organiserad brottslighet av ny typ. Det innebär att vi för generationer framöver kommer att få betala för det senaste decenniets narkotikaliberala syn på knarkarrollen. Vidare: missbrukargruppens omfattande stölder och inbrott skall alla finansiera genom

höjda försäkringspremier. Bank- och postpersonalen sitter numera skrämda bakom pansarglas, och varje resa med dagskassan från den minsta konsumbutik har blivit ett osäkert äventyr. T-banestationer och torg förvandlas till pissoarer. Sjukhusens akutmottagningar översvämmas av berusade och störande personer, vilket medför att allvarligt sjuka får en sämre hjälp.

RFHL-kretsen anser tydligen att alla vanliga människor skall finna sig i att få sina elementära fri- och rättigheter i välfärdssamhället beskurna därför att denna krets vill slå vakt om knarkarnas oinskränkta rätt att berusa sig på illegala droger så länge de själva behagar. Samtidigt anses samhället självklart ha skyldighet att understödja en asocial och för individ och samhälle förödande livsföring med sjukpengar, socialbidrag och slutligen förtidspension, utan att samhället anses ha rätt att kräva att missbrukarna medverkar till samhällsstyrda rehabiliteringsprogram.

Dogmen bakom denna tokeriets och vanvettets politik är att "missbrukaren annars inte får något förtroende för den socialarbetare som skall hjälpa honom ur missbruket". Detta är en befängd myt helt utan vetenskaplig grund. Jag känner som sagt inte till en enda rapport som visar att frivillig vård är bättre än ingen vård alls, trots att jag ideligen efterlyst en sådan dokumentation. Däremot finns det flera vetenskapliga studier (se "Narkotika och narkomani", 1975) som klart visar att tvångsåtgärder *rätt insatta* är vida överlägsna frivillig vård.

Ett genmäle till Kerstin Vinterhed

Den 5 juni 1974 försvarades avhandlingen "Narkotikamissbruk och narkotikapolitik" vid Karolinska institutet. Förutom fakultetsopponenten och fyra biträdande opponenter företrädande epidemiologi, psykologi, juridik och polisiär verksamhet uppträdde tre extraopponenter från RFHL-lägre, alla utan vetenskapliga meriter.

I ett stort upplagt reportage i Dagens Nyheter dagen efter disputationen förbigick Kerstin Vinterhed nästan helt den fyra timmar långa ordinarie oppositionen men haussade upp statistiskt amatörmässiga invändningar från fil stud Nils Wickberg och jur kand Ingemar Rexed, båda utan statistisk kompetens.

Jag skrev ett genmäle som Dagens Nyheters redaktionsledning publicerade in extenso den 9.6.1974.

Med anledning av att Kerstin Vinterhed i sitt reportage (DN 5/6) från min disputation mycket stort slår upp anmärkningar från publiken (s k extraopponenter) men underlåter att referera hur dessa anmärkningar blev besvarade vid disputationen bibringas läsekreten en gravt vilseledande bild av såväl avhandlingen som försvaret. Om det funnes någon grund för de elementära felaktigheter som Ingemar Rexed och Nils Wickberg beskyller mig och avhandlingen för, innebär detta givetvis också en grav anklagelse mot examinatoren, professor Gunnar Inghe, och fakultetsopponenten professor Gunnar Lindgren, som således inte skulle ha uppmärksammat dem.

Avhandlingens titel är "Narkotikamissbruk och narkotikapolitik; en epidemiologisk och metodologisk

studie av narkotikamissbruk av intravenös typ i Stockholmspolisens arrestklientel 1965-1970 i relation till förändringar i narkotikapolitiken". Avhandlingen tar alltså endast upp angivna förhållanden och berör inte andra typer av missbruk vare sig i Stockholm eller landet i övrigt. Generaliseringar görs heller inte från det studerade området till vidare fält.

Jag har påvisat att definierade växlingar i narkotikapolitiken (översiktligt beskrivna på sid 26 i avhandlingen) på ett enligt teorin förväntat sätt samvarierat med andelen aktiva injektionsmissbrukare i det fortlöpande flödet av införda arrestanter (s k periodprevalens) och att liberaliseringen 1965-1967 åtföljdes av en acceleration av missbruket i det studerade materialet. På motsvarande sätt dämpades missbruket under den efterföljande restriktiva perioden 1967-1968 och föll under den särskilt restriktiva perioden 1969-1970. Samtidigt sjönk antalet missbrukare inom kriminalvårdens anstaltsklientel, varför sänkningen inte kan bero på ett ökat antal frihetsberövanden av kriminellt aktiva injektionsmissbrukare. En lång rad inverkanfaktorer har analyserats utan att jag kunnat spåra att den minskade andelen injektionsmissbrukare i arrestantflödet svarat mot en ökning av antalet missbrukare inom någon form av institutionsvård. Injektionsmissbrukarna var således under perioden med restriktiv narkotikapolitik i minst lika hög grad som tidigare exponerade för risken att hamna hos polisen, men trots detta sjönk alltså andelen injektionsmissbrukare i arrestantflödet. Min slutsats är att det är svårt att förklara denna nedgång i andelen aktiva missbrukare i *detta klientel* annat än som väsentligen en följd av samhällets massiva motåtgärder mot den illegala narkotikahandeln.

Nils Wickberg hävdade att missbruket föll redan innan motåtgärderna sattes in, men detta gör han genom att misstolka serien av nydiagnostiserade injektionsfall (den s k incidensen) och inte inse att den avtagande observationstiden under undersökningens gång automatiskt medför snabbt fallande frekvens av nyupptäckta fall. 1970 års nya fall måste exempelvis både ha debuterat i injektionsmissbruk och diagnostiserats under det första halvåret 1970 för att komma med i en sådan serie, medan alla som debuterat före 1965 har haft chansen att bli diagnostiserade under hela femårsperioden 1965-1970. Genomsnittligt har det tagit två år efter den första injektionen innan ett nytt fall diagnostiserats i undersökningen, varför förändringar i *missbruksläget* måste studeras via en flödesanalys* av tvärsnittstyp (ett prevalensmått). Denna metod återspeglar andelen aktiva injektionsmissbrukare i polisklientelet vid skilda tidpunkter, oavsett när den första injektionen (injektionsdebuten) skedde. Huvudsyftet med avhandlingen har varit att studera hur andelen injektionsmissbrukare i polisklientelet samvarierat med växlingar i den förda narkotikapolitiken, dvs samhällets åtgärder beträffande medlens lättillgänglighet, samt att undersöka hur relevant denna flödesanalys är för sitt ändamål.

”Wickberg kritiserar också Bejerot för att inte identifiera missbrukarna så att missbrukets utveckling hos varje individ kan följas”, skriver Vinterhed. Detta kan endast förklaras av att Wickberg inte uppmärksammat att identitetsproblemet diskuterats ingående (sid 58-59), att alla individer identifierats och att de individuella förloppen beträffande tecken på injektionsmissbruk respektive avsaknad av tecken på missbruk vid de olika arresttillfällena har analyserats för samtliga

berörda svenska medborgare i studien (närmare 14 000 individer) och för samtliga möjliga kombinationer av växlingar i status som injektionsmissbrukare vid olika undersökningstillfällen (sid 214-229 samt bilagorna 8 och 9).

Ingemar Rexed förklarar i reportaget att avhandlingen ”är som ett korthus. Tar man bort ett kort så faller hela bygget ihop.” Detta magiska kort upptäcktes alltså inte av den samlade fakultetsoppositionen, som fö i en exempellös insinuation i reportaget, framförd av socialstyrelsens narkomanvårdschef Jan Ording, misstänks för att ha agerat i en uppgjord match. Om Rexeds obestyrkta påstående är mer än ett desperat försök att blanda bort korten och avleda uppmärksamheten från ansvaret för en tidigare misslyckad narkotikapolitik bör Rexed lägga sitt kort på bordet så att vi får se om det finns och får undersöka om det är äkta eller falskt.

I reportaget förekommer också en rad andra missförstånd och felaktigheter som borde korrigeras, men utrymmet medger inte detta här. Jag skall med glädje möta Rexed och Wickberg – eller vilken annan kritiker som helst – till en offentlig debatt om avhandlingen, helst då i TV så att inte bara ett par hundra personer som vid disputationen på Karolinska sjukhuset utan envar intresserad får möjlighet att direkt bilda sig en uppfattning på egen hand.

Några kommentarer till Sandhamnsligans fall

Chefen för socialstyrelsens narkomanvårdsbyrå, sociologen Jan Ording, har i ett flertal uttalanden i massmedia levererat allvarliga felbedömningar av läget och utvecklingen inom missbruksområdet och lämnat allmänhet och vårdhuvudmän vilseledande informationer om behandlingsmöjligheterna vid narkomani – "ingen anledning till behandlingspessimism" etc.

Efter några uppenbara feltolkningar av Ording i olika pressuttalanden beträffande konsekvenserna av Sandhamnsligans fall den 5 oktober 1975 skrev jag nedanstående kommentar i förhoppning att få den publicerad som hörnartikel i Dagens Nyheter. Artikeln refuserades och publiceras här för första gången.

Från socialmedicinska institutionen vid Karolinska institutet följer vi sedan 1965 hela tiden injektionsmissbruket i polisklientelet i Stockholm. I min avhandling "Narkotikamissbruk och narkotikapolitik" (Sober förlags AB, 1975) kunde jag visa att över 70% av alla injektionsmissbrukare som blev kända av sjukvården, socialvården, skolväsendet etc återfanns i den stickmärkesundersökningen av de polisgripna. Mot bakgrunden av denna goda överensstämmelse mellan stickmärkesstudien och andra källor är det av intresse att se på vad sätt injektionsmissbruket förändrats i polisklientelet i Stockholm under senare år, och hur det svarat på olika åtgärder mot den illegala narkotikahandeln.

Andra kvartalet 1965 injicerade sig 19 procent av de män polisen omhändertog i Stockholm. Våren 1968 var

andelen fördubblad till 38 procent, men i absoluta tal hade det skett en tredubbling. Under den omfattande polisoffensiven mot narkotikahandeln 1969 bröts den tidigare fortlöpande stegringen av missbrukarnas andel, och den föll till 36 procent. Under 1970 sjönk andelen ytterligare något. Men redan 1972 var andelen missbrukare högre än någonsin – 47 procent av de manliga arrestanterna (andra kvartalet). Då hade polisresurserna på narkotikaområdet minskats till hälften jämfört med 1969, och den illegala narkotikahandeln hade hunnit reorganisera sig. *Under andra kvartalet 1972 kulminerade missbruksintensiteten: Då hade 55 procent av de manliga och 67 procent av de kvinnliga arrestanterna stickmärken.*

Den 4 september 1972 greps i Holland Karl Pauksch, som sannolikt var den ledande narkotikaexportören på Sverige. Ungefär samtidigt oskadliggjordes den betydande Dorlan-gruppen i Tyskland, även den inriktad på den svenska marknaden. Redan nästa vår hade missbruket sjunkit till 43 procent och våren 1974 till 39 procent av de manliga arrestanterna.

Under hösten och vintern 1974-75 försämrades läget åter, och under vårmånaderna 1975 var 46 procent av de manliga och 62 procent av de kvinnliga arrestanterna i Stockholm injektionsmissbrukare. Trots mycket stora ekonomiska satsningar på behandling har läget alltså försämrats markant de senaste åren. I enlighet med tidigare erfarenheter – som också stämmer med erfarenheter från en lång rad andra länder – kan man förvänta att polisens oskadliggörande av Sandhamns-*ligan* endast för en kort tid kommer att resultera i fallande frekvenser av injektionsmissbruk avläst på samma sätt som tidigare: Deras marknadsandel kommer snabbt att övertas av andra organisationer.

Avdelningsdirektör Jan Ording i socialstyrelsen har i pressen framkastat en förmodan att utslagningen av Sandhamnsligan, som såvitt bekant enbart sysslat med centralstimulerande medel, efter några dygn skulle följas av ett ökat tryck på vårdapparaten. Detta beror på ett missförstånd. Centralstimulerande medel ger inte – i motsats till morfin och heroin – några obehagliga och svårbemästrade abstinensreaktioner som plötsligt skulle öka den s k vårdmotivationen. Det inträffade bör således inte resultera i ökad vårdefterfrågan. Narkomaner och missbrukare av centralstimulantia minskar i en bristsituation sin konsumtion eller upphört o m för en tid helt med sina favoritdroger, och de gör detta utan större svårigheter. Först när de åter vet att medlen är lättillgängliga och prisbilliga ökas frestelserna till och riskerna för återfall. Övergången till heroin i större utsträckning vid brist på centralstimulantia är inte en omedelbar men väl en betydande långsiktig risk för denna missbrukargrupp, som har en utpräglad tendens att pröva olika illegala rusmedel. Huvudparten kan dock tills vidare förmodas komma att övergå till alkohol, som i de flesta fall var deras första missbruksmedel.

Minskningen av marknadstillgången på missbruksmedel i ett samhälle är av avgörande betydelse när det gäller att hejda ett omfattande missbruk och särskilt för att minska nyrekryteringen till missbrukarkretsarna. För att rehabilitera de redan etablerade missbrukarna fordras emellertid också aktiva, målmedvetna, långsiktiga, samordnade och konsekventa åtgärder av mångskiftande slag – och detta oavsett om missbrukarna efterfrågar sådana insatser eller inte. Det är här vi nu upplever en nästan total social impotens. Man kan på goda grunder hävda att ett samhälle har så

många alkoholister och narkomaner som okunnigheten och passiviteten i de ansvariga samhällsorganen på detta område förtjänar.

Popradikala fadäser

Här ett av Expressen refuserat debattinlägg från december 1976 skrivet med anledning av "psykologen" Anders Öfwerströms samlagsbehandling av kvinnliga patienter.

De nyare kvacksalverimetoderna är i många avseenden allvarligare för individ och samhälle än de äldre. Därtill kommer att den ansvariga tillsynsmyndigheten, socialstyrelsen, synes avgjort mera passiv än den gamla medicinalstyrelsen inför olika former av kvacksalveriverksamhet. Myndighetens vetenskapliga nivå och politiska integritet förefaller också ha sjunkit markant under det senaste decenniet.

David Finer anmälde häromdagen (2/12) en märklig bok på Expressens kultursida: Anders Öfwerströms "Psykoterapier och sexualproblem". Där diskuterades ingående "psykologen" Öfwerströms nya metod att använda sig av samlag i "terapi" av en ung kvinnlig patient. Senare har AÖ försvarat sig i AB (3/12), vilket gjorde saken ännu allvarligare och ynkligare. Där hävdar han, som under flera år varit sekreterare i ett mycket blandat sällskap som kallas Psykoterapicentrum, att sexuella relationer till (läs: sexuellt utnyttjande av) patienter skall vara relativt vanligt i dessa sammanhang. Det förvånar inte, när man beaktar den vildvuxna flora av "terapi" och "terapeut" som numera lyckliggör medborgarna i allehanda sammanhang.

AÖ har tidigare välsignat landet med en uppmärksammat bok. Hösten 1969 gav han ut "Narkotika – det handlar om medmänniskor". Jag gjorde en ingående granskning av boken i Expressen (27.10.1969). Det

visade sig att den vimlade av grava sakfel – ofta mer än ett halvdussin per sida – och den redovisade alla tänkbara skäl och ursäkter varför folk skulle knarka. Han bagatelliserade också riskerna för beroendebildning på ett upprörande sätt och skrev bl a: ”Ändå finns det ingenting som talar för att ett barn som en eller annan gång prövar alkohol skulle bli alkoholist eller att det skulle bli narkoman av att en eller annan gång pröva något narkotika” (sid 44).

Inte ens när narkomanerna ligger inne för sjukhusbehandling på specialklinik (och kostar skattebetalarna ca 500 kr/dygn) borde man enligt AÖ kräva att de avstår från narkotika: ”...att varje morgon låta dem kissa i en flaska för att se om de varit ute och ’smygknarkat’ – det är så långt ifrån människovård som man över huvud taget kan komma. Ändå pågår alltjämt sådana experiment under täcknamnet vård” (sid 78).

Sedan dess har som bekant narkotikasituationen utvecklats på ett ytterst allvarligt sätt i landet. Det beror naturligtvis inte enbart eller ens huvudsakligen på AÖ:s djupsinnigheter, men det torde inte vara någon tvekan om att den boken fick ett stort inflytande i de kretsar som skulle råda den gamla regeringen i dessa intrikata frågor. ABF genomförde nämligen trots kritiken en omfattande studiecirkelverksamhet på basen av AÖ:s narkotikabok. Några dignitärer inom folkrörelsen förklarade inför massmedia att de ”tittat närmare på boken och inte kunnat finna några tokigheter”. På denna aningslösa nivå låg det studiebehov som AÖ profiterade på den gången.

Verkligheten har en förunderlig förmåga att i sista hand alltid ta hämnd på stolligheter av alla slag. Narkotikafrågan utgör inte något undantag från den regeln.

Hur ska vi ta itu med narkotikamissbruket?

Den 5 april 1977 kom Bror Rexed med en rad bagatellerande uttalanden i en Expressen-intervju. Eftersom flera av Rexeds uppgifter var direkt felaktiga skrev jag ett inlägg direkt riktat mot Rexeds lättsinniga agerande, men också detta inlägg refuserades.

Den 10 april 1954 – alltså för i dagarna 23 år sedan – togs det redan då oroande narkotikamissbruket för första gången upp i riksdagen. Det var Einar Rimmerfors (fp) som efterlyste besked ”om det nu aktualiserade narkotikamissbruket är av sådan omfattning att det motiverar en ökad vaksamhet från samhällets sida”. Inrikesminister Hedlund – missledd av dåvarande medicinalstyrelsen – förklarade: ”Situationen är säkerligen värd att uppmärksammas utan att därför på något sätt förstoras... att läget ingalunda är allvarligt”. Hösten 1954 fanns det ca 200 sprutnarkomaner i Sverige, alla i och omkring Stockholm.

Ett decennium senare insåg man dock att läget blivit alarmerande och tillsatte narkomanvårdskommittén (av folk som just aldrig arbetat med narkomaner). Myndigheterna beräknade då, 1965-66, att det fanns ca 4 000 sprutnarkomaner i landet, nu spridda i de tre storstadsregionerna. Ett omfattande åtgärdsprogram lades fram, orealistiskt i sak och ultraliberalistiskt i sin anda: Någon behandlingsskyldighet för knarkarna kunde man inte tänka sig utan de skulle själva efterfråga vård då de ledsnade på missbruket.

Ytterligare ett decennium senare kan vi skörda frukterna av narkomanvårdskommitténs arbete. Vi har nu kanske 15 000 aktuella injektionsmissbrukare spridda över hela landet. Men regeringen missleds fortfarande av socialstyrelsen. Så sent som för något år sedan förleddes socialminister Aspling att deklarerat att missbruket just inte förekommer utanför storstadsområdena. Bevisligen sprids nu injektionsmissbruket som en löpeld över landet, men Bror Rexed förklarade nyligen i DN (30.10.76) att han ''inte sett några tecken på en katastrofal ökning av heroinmissbruket''.

Vad är orsaken till alla dessa ideliga undanflykter? Väsentligen beror de enligt min bedömning på att Bror Rexed och hans medhjälpare aldrig lärt sig förstå epidemidynamiken i missbrukets spridning, och det är förståeligt mot bakgrunden av deras ringa eller obefintliga kliniska förtrogenhet med problemet.

Jag skall referera en färsk amerikansk studie som belyser spridningsdynamiken och indirekt förklarar varför den svenska vårdpolitiken inom detta område är dömd att misslyckas.

Tre forskare – Brown, Greene och Turner – redovisar i senaste numret av *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse* (4/76) en undersökning av 100 heroinister som sökt behandling. De var genomsnittligt 28,6 år och hade inlett sitt narkotikamissbruk vid en genomsnittsålder av 17,8 år. Genomsnittligt hade dessa heroinister sökt frivillig vård första gången efter 4 à 5 års missbruk.

I gruppen hade 32 inte introducerat någon annan i heroinmissbruk, men 68 av dem hade introducerat mellan 1 och 50 nybörjare. Totalt hade de 100 heroinisterna på detta sätt spritt missbruket till 260 personer, huvudsakligen jämnåriga och yngre. Av dessa hade 75

procent (195 individer) blivit heroinister medan 23 procent inte fastnat i ett beroende och uppgift saknades för resterande 2 procent.

De introducerade nybörjarna beskrevs som "nära vänner" i 43 procent av fallen, 28 procent betecknades som "vänner", 25 procent som "bekanta", 1 procent var släkt och endast 3 procent "främlingar". Skälet för heroinintroduktionen uppgavs i 45 procent ha berott på att novisen ville pröva, i 25 procent för att den erfarne ville låta den andra uppleva den behagliga rus-effekten.

I 94 procent av fallen sade sig heroinspridarna ha trott att de ännu inte hade utvecklat ett heroinberoende vid tidpunkten för smittspridningen. De hade trott att de endast experimenterade tillfälligt med heroinet. I efterhand insåg många dock att de redan hade varit beroende vid spridningstillfället, men 44 procent vidhöll att spridningen hade skett innan de själva hade blivit beroende.

Det viktigaste är att den genomsnittliga tiden mellan den egna heroindebuten och spridningstillfället endast var nio månader. Tidigare hade Hunt i en översiktsstudie visat att 80 procent av all smittspridning, när det gäller heroinism, sker under det första året efter debuten – men till frivillig behandling kommer de först 4-5 år senare!

Författarnas slutsats är värd att citera ordagrant: "Uppenbarligen har missbrukarnas inträde i frivilliga behandlingsprogram genomsnittligt 4 à 5 år efter debuten ingen betydelse för spridningen av heroinism i samhället. Hur önskvärt inträde i behandling än är av andra skäl kommer det för sent för att påverka spridningsprocessen. Traditionella behandlingsprogram kan ha betydelse för totalantalet heroinister (prevalen-

sen) men knappast för nyrekryteringen (incidensen).''

Bror Rexed sätter sina förhoppningar till att bönderna i den Gyllene Triangeln genom bistånd från WHO skall övergå till att odla andra produkter. Men centralregeringarna i Thailand, Burma och Laos har inte kontroll över det oländiga bergsområdet som behärskas av dussintals ''medeltida'' småfurstar med privatarméer och kraft att tvinga bergsbönderna till fortsatt opiumodling. Därtill kommer att mycket stora områden på jorden lämpar sig för opiumodling. När USA-importen från Fjärran Östern kvävdes ersattes den snabbt genom omfattande illegala odlingar i Mexico! Begynnande opiumodling pågår nu inom flera områden i Syd-Amerika etc.

Västerlandets lycka och tragedi är det liberala arvet som i sina moderna ultravarianter inte tillåter samhället att ingripa på ett tidigt stadium vid svår social felutveckling. Det är inte i u-landsdjunglerna utan i i-ländernas storstadsdjungler som slaget mot narkotikaepidemierna står. Men huvudkampen kommer inte att utkämpas på gatorna och i knarkarkvartarna utan på arbetsplatser och redaktioner, i föräldraföreningar och kommittéer, i församlingar och parlament.

Slaget är vunnet först när beslutande myndigheter slår fast att heroinmissbruk skall spåras och stoppas så tidigt som möjligt – med eller mot missbrukarnas vilja. Men dit är det kanske ytterligare tio år, och då bör vi med nuvarande politik ha tre gånger så många socialt invaliderade sprutnarkomaner som i dag. Missbruksproblemen blir något av välfärdssamhällets ödesfråga.

Insändare och brev till Aftonbladet

Inför Aftonbladets ihärdigt bagatelliserande attityd till narkotikaepidemin och dess okritiska acceptering av symtomteorin och knarkliberalismen på ledar-, kåsörs- och reportageplats sände jag i början av 1977 Aftonbladets ledning ett brev som samtidigt gick till insändarredaktionen med anhängan om publicering. Insändaren togs aldrig in, och ingen av de tre adressaterna gjorde sig mödan att ens besvara brevet, som här återges in extenso.

Stockholm den 4 febr 1977

Chefredaktör Gunnar Fredriksson
Insändarredaktör Britta Norinder
Redaktör Gunnar Wesslén
AFTONBLADET
STOCKHOLM

Kära Vänner!

Ni får vardera ett ex av detta:

I den i AB pågående reportageserien om heroinet hävdas ett par teser, som ofta framförts av Bror Rexed och andra myndighetspersoner, nämligen att ungdomsnarkomanierna har kommit för att stanna och att ingen vet hur samhället skall kunna stoppa missbruksvågen.

Naturligtvis är ingenting lättare för ansvariga myndigheter och befattningshavare än att omhulda dessa

bekväma och fatalistiska teser. De befriar sig därigenom själva från ansvaret för den ogynnsamma för att inte direkt säga katastrofala utvecklingen, samtidigt som allt de vidtar kan hävdas ha förebyggt en ännu värre utveckling.

Faktum är emellertid att åtskilliga regeringar och länder i historisk tid har stoppat mycket omfattande missbruksepidemier, i åtskilliga fall betydligt mera omfattande och spridda missbruksvågor än den svenska. Det är inte svårt att i dessa framgångsrika strategier se vilka motåtgärder som varit avgörande för attackerna på missbruket. Det finns å andra sidan också åtskilliga regeringar och länder som notoriskt misslyckats med att stävja missbruksepidemier. Det är heller inte svårt att påvisa vilka de avgörande bristerna varit i dessa misslyckade strategier.

Om Aftonbladet eller någon annan tidning är intresserad av att redovisa hur framgångsrika motåtgärder mot narkotikamissbruk har utformats i olika länder och under olika historiska skeden är jag beredd att lämna en redogörelse för detta. Liksom många andra forskare är jag fullständigt övertygad om att tidigare gjorda såväl framgångsrika som resultatlösa motåtgärder klart visar att det är fullt möjligt och faktiskt heller inte särskilt komplicerat att stoppa missbruksepidemier och även sådana av mycket stor omfattning. Det största hindret för verkningsfulla motåtgärder tycks vara en del i sakfrågan oinitierade men inflytelserika massmediamänniskor samt en hel del ultraliberalistiska eller opportuna politiker (utspridda i alla våra politiska partier), som inte är beredda att acceptera en viss grad av krav, tryck och tvång på missbrukarna. Utan sådana moment kan enligt all erfarenhet inte något medicinskt, socialt eller politiskt program på detta om-

råde vända utvecklingen.

Det skulle rensa luften och debattklimatet om vi offentligt fastställde det pris i pengar och förspillda liv per år som vi måste betala för att underhålla missbruksepidemin som tidigare, och vad det skulle kosta i temporära "frihetsinskränkningar" för *en del* missbrukare för att stoppa eländet definitivt. Djupare sett är det faktiskt heller inte fråga om frihetsinskränkningar i politisk mening utan inskränkningar i ansvarsfriheten, i ansvarslösheten, dvs i friheten att leva utan ansvar för sig själv och de konsekvenser som beteendet att ständigt berusa sig med illegala droger innebär för individen själv, hans närmaste och för hela samhället. Organiserad brottslighet av helt ny typ och omfattning är exempelvis en liten del av priset för en fortsatt liberalistisk politik på detta område.

Vilken tidning är beredd att ge plats för en sådan analys och debatt?

Med hjärtlig hälsning

Nils Bejerot

med dr, docent, lärare i socialmedicin vid Karolinska Institutet.

PS. Detta går dels som brev till Gunnar Fredriksson och Gunnar Wesslén, dels som insändare till Britta Norinder och Insändarsidan med innerlig förhoppning om snabb publicering oavsett hur ledningen ställer sig till mitt förslag om ett analysbidrag till AB.

DS

Serafen som avgiftningssjukhus?

I hägn av den förlamande symtomteorin har den ultraliberalistiska och popradikala inställningen vuxit sig stark i massmedia, samtidigt som knarkliberalerna infiltrerat socialstyrelsen, statsapparaten och den kommunala vårdsvängen. Detta har medfört att även de trubbiga instrument som nykterhetsvårdslagen och barnavårdslagen utgör har försummats, vilket i sin tur i hög grad har bidragit till den snabba ökningen av de grava och allt yngre missbruksfallen i samhället. Situationen håller nu på att helt glida politikerna och administratörerna ur händerna, och förhållandena är ohållbara inom den akuta sjukvården på många håll. Jag har därför lagt fram ett förslag till akutåtgärder för Stockholms vidkommande (Dagens Nyheter 3.12.1977).

De högsta instanserna har nu sagt sitt om Serafimerlasarettets öde. Ändå vill jag i sista stund kasta in en ny, alternativ idé till nedläggningen: Gör Serafen till ett centralt intoxicationssjukhus!

Det torde numera vara välbekant att samtliga akutmottagningar i Stockholm (liksom mottagningarna vid Danderyds och Huddinge sjukhus) har utomordentligt svårbemästrade och snabbt ökande inslag av högggradigt berusade patienter som söker akut för allehanda skador och komplikationer. Dessa patienter är ofta mycket oroliga och svårt störande. I många fall är de så våldsamma att man måste tillkalla polis eller hålla sig med ordningsvakter vid akutintaget. Icke-berusade patienter blir skrämde och illa berörda, och sjukvårdsarbetet blir starkt lidande av ideliga störningar. I längden kan det inte fortgå på detta sätt, utan särskilda

arrangemang måste vidtas för det medicinska omhändertagandet av de högradigt berusade.

När fylleristraflet avskaffades med utgången av 1976 kom rekommendationen att berusade bör föras till sjukhus för tillnyktring och medicinsk tillsyn. Resurserna för omhändertagande av berusade är emellertid på flera sjukhus i dag faktiskt sämre än vad polisen och fyllfinkorna tidigare kunde erbjuda. Situationen är helt enkelt oförsvarlig.

Förutom de vanliga fylleristerna har vi numera ett betydande antal mer eller mindre intoxikerade narkomaner som söker akut för skador, "snedtändningar", överdoseringar, abstinensbesvär etc.

På Mariakliniken försöker man i dag ge den första hjälpen till dessa grupper, men resurserna är kraftigt underdimensionerade. Därtill kommer att man på Maria inte har möjlighet att ta hand om annat än själva drogeffekterna, man har inga möjligheter till kirurgiska, neurologiska eller mera kvalificerade medicinska insatser. Mariakliniken kan närmast liknas vid ett dåligt utrustat fältlasarett eller en kompaniförbandsplats i det stora slaget om rusgifterna.

Med nuvarande resurser och planer kan man inte se någon ljusning för gruppen berusade med akutmedicinskt hjälpbehov. Genom mycket små förändringar skulle den nuvarande Serafenanläggningen emellertid kunna omvandlas till akut intoxicationssjukhus och tillnyktringsklinik för berusade personer, som därmed äntligen skulle kunna beredas en akutmedicinsk omvårdnad värdig alla stolta löften och planer. En stor del av patienterna skulle komma att införas av polis eller ambulanspersonal. Lindrigt påverkade skulle som tidigare kunna söka vid de vanliga sjukhusen.

Det är många förhållanden som gör Serafen särskilt

lämpad för den skisserade uppgiften. Sjukhuset är väl utrustat och försett med ett stort antal byggnader för differentiering av olika uppgifter. Serafen ligger mitt i kommunen med goda tillfarter från alla håll. Trots sitt centrala läge ligger Serafen ganska avskilt varför närboende inte skulle störas av den nya verksamheten.

Genom att samla de berusade medicinska akutfallen till ett sjukhus (vid sidan av Mariakliniken) skulle övriga akutintag få den omedelbara lättnad som krävs för att de skall kunna fungera bra för icke-berusade patienter. Dessa skulle i sin tur slippa yttre störningar i sin ofta svåra situation.

Socialjouren skulle lämpligen lokaliseras till Akut-Serafen för kurativa dygnet-runt-aktiviteter. Huvudparten av patienterna kan gå hem efter tillnyktning, sedan de fått erforderlig akuthjälp. Svårare fall behålls på sjukhuset eller – vid behov – förs vidare till andra sjukhus, sedan akutinsatserna gjorts vid "intoxakuten".

Jag tror detta uppslag är värt en allvarlig funderare. Ett vågar jag hävda: Tar inte de sjukvårdsansvariga vara på den här chansen kommer de inte inom överskådlig tid att kunna bemästra problemet med de högradigt berusade på akutmottagningarna. Här står ett helt välutrustat sjukhus och väntar på en uppgift som inte något Stockholmssjukhus i dag klarar av på ett passabelt sätt. Personalrekryteringen vållar inga svårigheter om man ger folk vad de är värda – av lön och meritvärdering.

Ekonomiskt bör det inte bli nämnvärt dyrare att sammanföra dessa akutfall till ett ställe, där man snabbt kommer att samla värdefulla erfarenheter och skaffa sig ett bättre handlag med dessa patienter än vad som nu är vanligt. För de berusade måste det vara

värdefullt att få komma till ett sjukhus där de är välkomna, vilket de i dag inte är någonstans.

Människa, medel, miljö och marknad – några synpunkter på rusgifternas politiska ekonomi

Volymen avslutas med denna artikel, som skrevs för debattorganet "Fibbaren" under mellandagarna julen 1977-78, sedan socialministern i dagspressen aviserat sin nya giv i narkotikapolitiken: Mera vårdplatser och mera upplysning. Förslagen är lika harmlösa, meningslösa och verkningslösa som dem narkomanvårdskommittén på sin tid skulle tackla problemet med. Narkomanvårdskommitténs tankemödor analyserade jag i "Inlägg i narkotikadebatten", och till den nuvarande socialministerns fögderi finns det anledning att återkomma.

I praktiskt taget alla kulturer, samhällen och samhällssystem har människan försökt påverka sina känslor med droger. Den ursprungliga eskimåkulturen var ett av de få undantagen – helt enkelt därför att man saknade rusmedel. Drogmissbruket är äldre än vår historia och alltså inte något nypåkommet socialt fenomen under kapitalismens allmänna förfallsperiod. Ändå är problemen nu i många avseenden allvarligare än tidigare. Varför?

1. *Människan* som biologisk varelse är nu väsentligen densamma som på stenåldern och lyder som hon alltid gjort under samma grundläggande biologiska lagar om lust och olust. Socialt kan människan anpassa sig till nästan vad som helst. Hon är av naturen varken ond eller god, utan ett kärl som miljön och samhället kan fylla med nästan vilket innehåll som helst.

2. *Rusmedlen* var tidigare mycket få, som regel ett enda inom en viss kulturkrets; de var naturprodukter

och användningen av dem lokalt begränsad. Alkoholen användes i den kristna delen av världen, cannabis i den muslimska, opium i den buddhistiska och kokain bland många stammar av Syd-Amerikas indianer. Sedan något decennium expanderar alla dessa rusmedel nu in i varandras traditionella användningsområden. Därtill kommer rader av nya, syntetiska och mycket starka rusmedel (amfetamin, metamfetamin, fenmetralin etc), som vilken händig amatörkemist som helst kan framställa hemma i köket.

3. *Miljön* och samhället var tidigare präglade av lokal isolering under tusentals generationer, de var starkt traditionsbundna, bruket av berusningsmedel var ritualiserat och människorna omgivna av en stark informell social kontroll i familjen, släkten, byarna och stammarna. Med industrialismen har samhället förändrats i grunden, liksom nästan alla mellanmänskliga relationer, även de inom familjen.

Människans arbetskraft har blivit en vara som underkastas lönsamhetens lagar. Allt större grupper blir olönsamma och slås ut ur produktionen. Men inte bara det: Den under agrarperioden starka, informella sociala kontrollen avtog snabbt under urbaniseringsprocessen, med resultat att kriminalitet, prostitution, drogmissbruk och parasitism började öka.

Det liberalistiska kapitalistiska samhället försöker nödtorftigt motverka det accelererande sönderfallet med sjukförklaring av destruktiva beteenden. Man ger bidrag, understöd, sjukpenning och förtidspension utan att våga ställa motkrav på missbrukarna att medverka till sin egen rehabilitering. Knarket är dyrt och kan inte finansieras enbart med samhällsbidragen. Därför måste allt större grupper utslagna drogmissbrukare bedriva en allt mer omfattande kriminalitet för

att finansiera droginköpen. För att motverka detta skapas en allt större polisapparat, som emellertid blir allt mera ineffektiv, därför att knarkaren-egendomsbrottslingen i det liberalistiska systemet inte betraktas som ansvarig för sina handlingar. Processen medför allt större återverkningar för den arbetande befolkningen som blir bestulen, får sina hem skövlade och med stigande försäkringspremier får betala för sin tilltagande otrygghet.

För att möta eländet bygger samhället upp en snabbt växande vårdapparat med horder av individcentrerade symtombehandlare som representerar otaliga idealistiska eller kommersialiserade psykiatologiska skolor och kottier. Dessa terapeuter öser alla – när de inte grälar sinsemellan – ivrigt ur den sociala oceanen med var sin matsked, under det att verksamheten skall finansieras med stigande beskattning av en snabbt krympande arbetsförsäkring.

4. *Marknaden* är det avgörande nya elementet som nu gör missbruksproblemen så mycket mera komplicerade än i de tidigare agrara samhällena och så oerhört mycket allvarigare. Rusmedel som handelsvara ger större profiler än någon annan vara: De är alla billiga i framställning, medan den drogberoende – som Magnus Huss påpekade redan för mer än hundra år sedan – är beredd att "ge sitt allt" för rusmedlet. Eftersom vinningsbrottsligheten principiellt följer samma lagar som all annan ekonomisk verksamhet – man väger risker och ansträngningar mot profitmöjligheterna – sugas kriminaliteten in i de nya fåror som plöjs upp av narkotikamissbruket. Slutligen byggs så stora illegala krafter, syndikat och ekonomiska resurser upp att ett avancerat maffiasystem etableras och kan köpa upp publicister, politiker, ämbetsmän, poliser och domare.

Situationen är allvarlig – tiden hastar

Politikerna är fångna av den liberalistiska och kommersialiserade massmediaapparatens sensations-skriverier och närmast totala oförmåga till djupare analyser av sammanhangen. De politiker som möjligen ser sammanhangen vågar inte dra slutsatser och agera av rädsla för att bli utnämnda till reaktionärer i något borgerligt blad!

Men förfallet gör inte halt därför att politikerna och administratörerna saknar överblick över problemen och i sin villrådighet tröstar sig och varandra med olika nonsensparoller: Mera vårdplatser, mera upplysning och mindre knark på fängelserna är de paroller som socialministern ställt inför sin våroffensiv på narkotikafronten 1978. Förfallet går stadigt vidare mot kaos och slutligen fascism – om inte vänstern snabbt tar tag i problemkomplexet och förvandlar det från en varböld till en hävstång för en progressiv samhällspolitik.

Istället för slutord

Du som upplever den här presenterade analysen som väsentligen riktig och de föreslagna åtgärderna som vettiga, humana och ändamålsenliga bör stödja Riksförbundet Narkotikafritt Samhälle (RNS), som bildades 1969 för att arbeta "för ett narkotikafritt samhälle samt att motverka icke-medicinsk användning av beroendeframkallande preparat".

"RNS verkar för en tvärvetenskaplig analys av narkotikaproblematiken och för att på denna grund sprida upplysning och stimulera forskning samt stimulera samhället att vidta ändamålsenliga åtgärder."

RNS ger ut tidskriften "Narkotikafrågan". Medlemsavgiften i RNS är 60 kr per år och inkluderar utkommande nummer. Prenumerationsavgiften är 40 kr för fyra nummer per år. RNS har sitt kontor på Rådmansgatan 31, 2 tr, 113 58 STOCKHOLM. Tel 08/30 18 57. Postgiro 40 96 10-3.

Ordlista

Då denna volym riktar sig till en bred och särskilt till en politiskt intresserad publik har medicinska facktermer i möjligaste mån undvikits. I några artiklar, som ursprungligen publicerats i fackpress, har flertalet fackuttryck bytts ut mot svenskt normalspråk. Vissa facktermer har dock varit oundvikliga i sitt sammanhang. Här lämnas förklaringar på förekommande termer vars betydelse inte är uppenbar av sammanhangen.

accidentell tillfällig; genom olyckshändelse

affektexplosivitet benägenhet för plötsliga starka oros- eller vredesutbrott

annamnes (sjukdoms) förhistoria

autoetablerad av patienten själv grundlagd

BrB brottsbalken

case-finding-teknik undersökningsmetod(er) för systematisk uppspårning av fall av viss typ

centraldepressiva medel farmakologiskt aktiva medel som dämpar hjärnans funktioner, t ex opium, morfin, heroin, metadon, alkohol, förtunning, tri, sömn- och rogivande medel etc.

centralstimulerande medel farmakologiskt aktiva medel som stimulerar hjärnans funktioner, t ex kokain, amfetamin, Preludin, Ritalina; i princip hör också svagare centralstimulantia till samma grupp, t ex nikotin och koffein

dehydrering urvätskning av kroppen; kan ske genom farmaka, törst, diarréer

delirium övergående förvirringstillstånd, vanligen med hallucinationer, vanföreställningar och muskulär oro; förekommer vid plötslig alkoholabstinens efter intensivt drickande men kan även förekomma av andra skäl; predelirium är förstadium till utvecklat delirium

dysfori känsla av allmän olust

endemisk endemi = lokalt begränsad sjukdom; endemisk = lokalt begränsad sjukdom, växt, djurart etc

epidemi masssjukdom med snabb spridning; ett fenomen – inte nödvändigtvis smittsamt – som visar stor ansamling i tid och rum, ex en epidemi av medfödda missbildningar uppstod

i början av 60-talet därför att gravida kvinnor ätit neurosedyn
epidemiologi klinisk e. = läran om smittsamma epidemiska sjukdomar; allmän e. läran om sjukdom/hälsa etc i befolkningen som massfenomen

epigon efterapare

eufori känsla av höggradigt välbefinnande

exponentiell matematiskt samband med positivt eller negativt accelererande förändring

falsifierbar ett antagande eller påstående som logiskt är prövningsbart och ev kan bevisas vara felaktigt; logiskt, vetenskapsteoretiskt kan man exempelvis aldrig visa att någonting är ofarligt; man kan endast bedöma sannolikheten för extremt låg farlighet etc

flödesanalys analys av olika tids- eller mängdavschnitt av ett ständigt fortlöpande flöde, t ex bilar vid en tullkontroll, arbetsteranter som förs in till ett häkte, stickprov från ett löpande band etc

generisk av genes = alstring

hemfallenhetsrekvisitet rekvisit = i juridisk mening villkor som skall föreligga för att en lag skall vara tillämplig; för att nykterhetsvårdslagen skall kunna tillgripas i vissa fall måste den s k hemfallenheten, dvs ett långvarigt och massivt drickande enligt vissa kriterier ha förelegat

Humlegårds-klientelet de grupper av avancerade missbrukare och socialt havererade människor som tidvis, särskilt sommaren 1973, samlades i Humlegården i centrala Stockholm

iatrogen genom läkares handlande åsamkad skada

insufficiens eg. otillräcklig(het), oförmåga; vanligen om olika organfunktioner (hjärta, rygg etc)

intravenös in i en blodåder (ven)

incidens antalet nya fall av vilket slag det vara må inom en viss tidsrymd inom en viss befolkning

karismatisk av grekiskans karisma = andlig nådegåva

klinisk i den kliniska, dvs praktiska patientverksamheten

komplikationsbehandling behandling av de skador som uppstått men utan åtgärder mot förhållanden som bidragit till skadornas uppkomst

konditionerad betingad, en omedveten inlärningsform

konstitutionell avser individens konstitution, dvs medfödda eller tidigt förvärvade, konstanta egenskaper

kupera mildra, dämpa, avlägsna

lesionell avser lesion, skada; vanligen av organisk-materiell natur

LSPV lagen om sluten psykiatrisk vård i vissa fall

makrosocial av makro, stor, i motsats till mikro, liten;
socialpolitiska, generella faktorer etc
manifest uppenbar; ådagalagd
massivitet täthet, koncentration
multifaktoriell sammanhängande med en rad olika faktorer
 och förhållanden
neurologisk av neurologi, läran om nervsystemet och sin-
 nesorganen
NvL nykterhetsvårdslagen
oral genom munnen, t ex medicinering
patologiskt rus rus som uppkommer på basen av liten (al-
 kohol-)dos hos uttröttad eller hjärnskadad person och med-
 för starkt orostillstånd, ofta med våld; tillståndet är kortva-
 rigt och vanligen förbundet med minneslucka för det inträff-
 ade; det brukar följas av djup sömn
permissiv tillåtande
prediktiv förutsägbar
predisponerad ägnad eller lämpad för
prevalens samtidig förekomst i en befolkning (av en viss
 sjukdom, missbildning etc)
prevention att förebygga, förebyggande
promiskuitet sexuell kontakt med många partners
retrospektiv tillbakablickande
sekulariserad förvärldsligad eller avsakraliserad religion el-
 ler kyrka
selektera välja ut
Skid-Row-alkoholism urspr amerikansk term för socialt ut-
 slagna alkoholister
socialdarwinism darwinism = utveckling formad av kam-
 pen för överlevnad; de starkare överlever och fortplantas, de
 svagare går under
somatisk kroppslig, kroppsmedicinsk
stigmatiserad av stigma, åsamkad skada, ofta bildligt
subakut ej fullt akut
subcutan (injektion) in under skinnet
superego överjaget, "samvetet"
syntomatologi observerbara, ofta sammanhängande och
 karakteristiska symtom, dvs yttringar av sjukdom (eller
 missförhållande)
vegetativ som berör det vegetativa eller autonoma nervsys-
 temet (som omedvetet reglerar våra inre kroppsfunctioner
 etc)
vårdintyg läkarintyg på särskilt formulär för att visa och
 intyga att en person är i oundgängligt behov av sluten psyki-
 atrisk vård även mot sin vilja
överjagsfunktion samvetsfunktion

Litteraturförteckning

Bejerot, N: Narkotikafrågan och samhället, Aldus/Bonniers, Stockholm 1968.

- *Addiction and Society.* Charles S Thomas, Springfield 1970.

- Narkomani som artificiellt framkallad drift, en teori. *Nord Med* 85, 20-27, 1971a.

- Socialmedicinsk klassificering av toxikomanier. *Läkartidningen* 68: 2413-2429, 1971b.

- *Addiction - An Artificially Induced Drive.* Charles C Thomas, Springfield 1974.

- Narkotika och narkomani. 3:e uppl. Aldus/Bonniers, Stockholm 1975a.

- Narkotikamissbruk och narkotikapolitik. En epidemiologisk och metodologisk studie av narkotikamissbruk av intravenös typ i stockholmspolisens arrestklientel 1965-1970 i relation till förändringar i narkotikapolitiken. Akademisk avhandling. Sober Förlags AB, Stockholm 1975b.

Bejerot, N, Candefjord, I-L & Candefjord, J-Å: Omhändertagen i Humlegården. Sober Förlags AB, Mölnlycke 1974.

Berglin, C-G: Om psykiaterns ansvar. *Ronden* 10, 1974.

Bjerver, K: An Evaluation of Compulsive Treatment Programs for Alcoholic Patients in Stockholm with Particular Reference to Longitudinal Development, Epidemiological Aspects and Patient Morbidity. *Opuscula Med.* (Suppl. XXV), Stockholm 1972.

Bjerver, K, Goldberg, L & Rydberg, U: Alkoholens roll i ett olycksfallsmaterial på en kirurgisk akutmottagning. *Läkartidningen* 68: 3295-3300, 1971.

Bramstång, G: Missbruk och hemfallenhet. Awe/Gebbers, Stockholm 1975.

Bruun, K m fl: Alcohol Control Policies in Public Health Perspective. The Finnish Foundation for Alcohol Studies, Vol 25, Helsinki 1975.

- Davis, G L*: Postmortem Alcohol Analyses of General Aviation Pilot Fatalities, Armed Forces Institute of Pathology, 1962-1967. Clinical Aviation and Aerospace Medicine, 80-83, Jan 1973.
- Dixon, W H*: Narcotics Legislation and Islam in Egypt. Bulletin on Narcotics 24 (4): 11-18, 1972.
- Edelstein, E L*: Treatability of Addicts: Hypothesis and Results. Br J Addict 71: 281-284, 1976.
- Giertsen, J C*: Drunkning i alkoholpåverkat tillstånd. Nordisk Medicin 83: 523-527, 1970.
- Glatt, M M*: Alcoholism and Drug Dependence amongst Jews. Br J Addict 64: 297-304, 1970.
- Goldberg, L*: Alkohol och trafikrisker. SOU 1970: 61, 77-115.
- Interaction of alcohol and drugs and traffic safety. Proceedings of the Conference on Medical, Human and Related Factors Causing Traffic Accidents, Including Alcohol & Other Drugs. Montreal 1972. P 107-135.
- Gunné, L-M, Öst, L-G*: Utvärdering av utvärderingen inom svensk narkomanvård. Läkartidningen 72: 535-537 1975.
- Harding, G*: Psychotherapy in the Treatment of Drug Dependence. A Survey of the Scientific Literature. I Boström, H, Larsson, T and Ljungstedt, N: Drug Dependence - Treatment and Treatment Evaluation. Almqvist & Wiksell International, Stockholm 1975.
- Harney, M & Cross, J*: The Narcotic Officer's Notebook. Charles S Thomas, Springfield 1972.
- Helpern, M*: Death Resulting from Narcotic Addiction - A Major Health Problem. I W Keup: Drug Abuse, Current Concepts and Research. Charles S Thomas, Springfield 1972.
- Herner, T*: The Frequency of Patients with Disorders Associated with Alcoholism in Mental Hospitals and Psychiatric Departments in General Hospitals in Sweden during the Period 1954-64. Acta Psychiat. Scand. (Suppl. 234), Munksgaard, Köpenhamn 1972.
- Hibell, B & Jonsson, E*: Kommentarer till Leif Lenkes rapport "Våldsbrott och alkohol". Alkohol och Narkotika 70:18-24, 1976.
- Hossack, D & Brown, G*: The Hard Facts of the Influence of

- Alcohol on Serious Road Accident Casualties, Med J Australia 2:473:479, 1974.
- Huss, M:* Alkoholismus Chronicus eller Chronisk alkohol-sjukdom. Beckman, Stockholm 1849.
- Inghe, M-B & Olin, R:* Alkoholisthustrur. Tiden/Folksam, Stockholm 1970.
- Karlmark, S:* Om den stegvisa avkriminaliseringen av små narkotikainnehav. Narkotikafrågan 4, 1977.
- Keller, M:* The Great Jewish Drink Mystery. Br J Addict 64: 287-296, 1970.
- Kinberg, O:* Läkaren och alkoholistvården. Statens Reproduktionsanstalt, Stockholm 1939.
- Kinberg, O, Inghe, G & Lindberg T:* Kriminalitet och alkoholmissbruk. Institutet för Maltdrycksforskning, Stockholm 1957.
- Klackenberg, H & Hjern, B:* Lagen om nykterhetsvård med kommentar. Statens nämnd för utgivande av förvaltningsrättsliga publikationer, Stockholm 1967.
- Kühlhorn, E:* Effekter av behandling. Alkoholistbehandling i terapeutiska samhällen och traditionella anstalter. Sober Förlags AB, Mölnlycke 1974.
- Lenke, L:* Alkohol och våldsbrottslighet. Alkohol och Narkotika 70:8-16, 1976 (1).
- Lewin, L:* Phantastica, Narcotic and Stimulating Drugs. Routledge & Kegan Paul, London 1964.
- Lorenz, K:* Civilisationens åtta dödssynder. Pan/Norstedts, Stockholm 1973.
- Malmstedt, J:* Om friheten i drogpolitiken: Några anteckningar om John Stuart Mill som socialpolitiker. Socialhögskolan i Stockholm. Stencil, 1975.
- Maurice-Bejerot, C:* Towards a Solution of the Great Jewish Drink Mystery. Quarterly J Studies on Alcohol, 1975.
- Mill, J S:* On Liberty. Utg 1859, sv övers. Om friheten, övers av Alf Ahlberg 1945, ny upplaga 1967, tr i Halmstad 1967.
- Modlin H & Montes, A:* Narcotics Addiction in Physicians, Amer, J Psychiat. 121:358-363, 1964.
- Naess-Schmidt, T E:* Alkohol og dødeligt forløbende trafikulykker. Nordisk Medicin 86: 815:821, 1971.
- Nylander, I:* Children of Alcoholic Fathers. Acta Paediatrica (Suppl 121) 49:1960.

- Pursch, J A*: Alcohol in Aviation: A probleme of attitudes, Clinical Aviation and Aerospace Medicine, 318-321, March 1974.
- Quinn, W*: Medical and Legal Problems Involved in Narcotic Addiction. Amer. Bar Assoc & Amer. Med. Assoc. Salt Lake City. Stencil, 1959.
- Rylander, G & Bentz E*: Rättspsykiatri, Wahlström & Widstrand, Stockholm 1947.
- Socialstyrelsen*: Remiss av Socialutredningens principbetänkande Socialvården, Mål och medel (SOU 1974:39). Socialdepartementet, Stockholm 1975.
- Socialutredningen*: Socialvården, Mål och medel. Stockholm, SOU 1974:39.
- Statens medicinska forskningsråd*: Alkoholkonflikten 1963, medicinska verkningar. Wenner-Gren Center Symposier nr 6, P A Norstedt & Söners Förlag, Stockholm 1965.
- Stjernvall, L*: Alkohol och druckningsolyckor. Nordisk Medicin 82:830-831, 1969.
- Svensson, A*: Svensk alkoholpolitik. Sober Förlags AB, Mölnlycke 1973.
- Vaillant, G*: A Twelve-year Follow-up of New York Narcotic Addicts: 1. The relation of treatment to outcome. Amer. J. Psychiat. 122:727-737, 1966.
- A 20-year Follow-up of New York Narcotic Addicts Arch. Gen. Psychiat. 29:237:241, 1973.
- Åman, A*: En farlig alkoholist som var farlig även utan alkohol. Nykterhetsvården 10:210-215, 1957.
- JO påkallar klarare bestämmelser om polisens befogenhet att kvarhålla farliga alkoholmissbrukare. Nykterhetsvården 1:22-29, 1960.

Två böcker från Ordfront

Få personer har betytt så mycket för den narkotikarestriktiva opinionens frammarsch på senare år som *Nils Bejerot*, professor och lärare i socialmedicin. Hans bok *Missbruk och missförstånd* är en svidande vidräkning med den nuvarande narkotikapolitiken. Dessa artiklar, essäer och intervjuer behandlar också socialpolitikens kris och vårdlagstiftningen – Bejerot kritiserar skarpt förslaget att vuxna missbrukare skall jämföras med psykiskt sjuka. Han klarlägger också sambandet mellan den släpphänta narkotikapolitiken och den organiserade brottslighetens framväxt i Sverige. Som vanligt är Bejerots penna välvässa och skarp.



Vilken är den vanligaste orsaken till förtidig död i Sverige idag? Trafikolyckor eller cancer? Nej, storkonsumtion av alkohol är den utan jämförelse viktigaste orsaken. *Gunnar Ågren* – socialläkare och landstingspolitiker – gör i *Alkohol, hälsa och samhälle* en genomgång av alkoholkonsumtionen och dess konsekvenser för den enskilde och samhället. Hans slutsats är entydig: 60- och 70-talets alkoholpolitik var en katastrof. Han drar upp riktlinjer för en ny politik och diskuterar bl a prispolitik, återinförande av motboken och individens eget ansvar.

Drogmissbruket är ett av de viktigaste sociala problemen i Sverige idag. **Nils Bejerot**, professor och lärare i socialmedicin vid Karolinska institutet har det senaste decenniet givit ut en rad uppmärksammade böcker om framförallt narkotikafrågan. I sin nya bok, **Missbruk av alkohol, narkotika och frihet**, har han ställt samman ett trettiotal artiklar och debattinlägg från de senaste åren. Det är en både kunnig och kontroversiell författares erfarenheter av drogproblemet – och om vad som ska göras åt detta. **Missbruk av alkohol, narkotika och frihet** är en nödvändig bok för den som vill skaffa sig en välgrundad ståndpunkt i missbruksfrågorna.

”Jag måste bekänna att jag finner många av Bejerots resonemang synnerligen övertygande.”

Åke Daun, Dagens Nyheter

”Den hittillsvarande höjdpunkten i hans karriär som debattör.”

Bo Frykholm, Läkartidningen

”Bejerot har av romantikerna kallats knarkarnas fiende. Var och en som fri från förutfattade meningar och önsketänkande läser hans bok, måste inse att han i sin kamp mot knarket tvärtom är knarkarnas vän.”

Bjarne Moelv, Folket