

OPFINDELSEN AF ALKOHOLISME

Folk lærer igennem socialiseringens forløb om drikkeri, hvad deres samfund 'ved' om drikkeri. Og idet de accepterer og handler ud fra den forståelse, der således videregives til dem, bliver de selv den levende bekræftelse på deres samfunds lærdom (MacAndrew & Edgerton 1969:88; min oversættelse).

Der findes ingen nutidige eller historiske kulturer, hvor der ikke anvendes rusmidler i én eller anden form. Det kan være blade, som tygges eller ryges, bær og svampe, som spises, og væsker, som injiceres eller drikkes – herunder drikke indeholdende alkohol. Alkohol har været kendt af alle kulturer i verden i århundreder – visse steder i årtusinder. Kun på øgrupperne i Stillehavet og blandt de nordamerikanske indianere vides det, at man ikke kendte til alkohol før kontakten med europæerne inden for de seneste ca. 300 år (Marshall 1979:2).

Alkohol er dermed det rusmiddel, der anvendes mest udbredt. Brugen af alkohol er imidlertid meget forskellig, afhængig af hvilket samfund man befinder sig i. Ritualer og traditioner i forbindelse med indtagelsen af alkohol varierer. Det samme gælder den symbolske, kulturelle betydning, som alkohol tilskrives i de forskellige samfund. Hvor meget, hvornår, hvordan, hvorfor – hver kultur har sine særpræg. Det gælder såmænd også den adfærd, folk antager i forbindelse med beruselse.

Et eksempel er cambafolket i Bolivia. Cambaindianerne har angiveligt et af de højeste gennemsnitlige alkoholforbrug, der er registreret for nogen befolkningsgruppe i verden. Cambaindianerne drikker et destillat af sukkerrør, der indeholder ca. 89% alkohol. De drikker det typisk ved fester eller ceremonier et par gange ugentligt, ufortyndet og i sådanne mængder, at de sommetider bliver bevidstløse! På trods heraf, og selvom de – fysiologisk set – bliver meget berusede, opretholdes alle sociale konventioner og regler under rusen. Cambaindianerne bliver nok berusede, men de udviser ikke, hvad vi i Vesten ville forstå ved beruset *adfærd*. Lignende iagttagelser har man gjort i flere andre kulturer, f.eks. i studier fra byen Aritama i det nordlige Colombia, fra Ifaluk-atollen i Mikronesien, mixtecindianerne i Mexico og fra byen Takashima i Japan (Löfgren & Löfgren 1982; Heath 1983). Kort sagt viser sammenlignende undersøgelser, at den berusede adfærd varierer fra sted til sted.

Rent fysisk påvirker alkohol hovedsageligt hjernen, hvor den virker sløvende eller lammende. Den påvirker nervesystemet, herunder overførslen af visse signalstoffer, og

sløver sanser, opmærksomhed og reaktionsevne, balanceevne og muskelpræcision (Gerlach & Vestergaard 1998:153, 207-18). Men det er næppe disse virkninger, der gør alkoholen populær i selskabelige sammenhænge. Den fysiske rusvirkning synes i stedet at fungere som en slags signal til den drikkende om, at der nu gælder andre regler for adfærd. Lever man f.eks. i en kultur, der – som den danske – ynder at betragte alkohol som et „socialt smøremiddel“, kan registreringen af den fysiske rusvirkning fungere som et signal til at blive mere højrodet, munter, spontan og udadvendt og dermed måske til at bryde med nogle af de normer for social omgang med andre, som man underkaster sig i ædru tilstand. Men det er altså ikke en effekt, man har kunnet føre tilbage til alkoholens kemisk-fysiske påvirkning af organismen. At den berusede adfærd er indlært understøttes desuden af eksperimenter, f.eks. har man i flere eksperimenter kunnet fremkalde beruset adfærd hos folk, blot ved at bilde dem ind, at de drak alkohol, mens de i virkeligheden fik en ikke-alkoholisk drik. Det forhold, at man i forskellige kulturer har iagttaget forskellige former for beruset adfærd, tyder ligeledes på, at der med beruset adfærd er tale om et socialt indlært reaktionsmønster på en fysisk påvirkning (Peele 1986; Löfgren & Löfgren 1982:202).

Tilsvarende er alkoholproblemer heller ikke blot et resultat af den mængde alkohol, man indtager. Tværkulturelle studier viser en bemærkelsesværdig ringe sammenhæng mellem per capita-konsumtionen og de problemer, alkoholforbruget medfører i forskellige samfund eller samfundsgupper (Heath 1995:328-47). Forskellene mellem alkoholproblemernes omfang i forskellige kulturer beror tilsyneladende heller ikke på genetiske eller fysiologiske forskelle. Man kan ganske vist konstatere forskelle m.h.t. kroppens nedbrydning af alkohol hos mennesker af forskellige racer. Men man har ikke på den baggrund fundet noget mønster, der kan forudsige forekomsten af alkoholproblemer i de forskellige grupper (Mendelson & Mello 1979). Man har f.eks. sammenlignet amerikanere af kinesisk eller japansk oprindelse med nordamerikanske indianere eller inuitter. Fælles for alle fire grupper ses, at indtagelse af alkohol medfører tydelig ansigtsrødmen, forøget puls og forhøjet blodtryk samt flere andre kraftige fysiske reaktioner på nedbrydningen af alkohol, der ikke findes tilsvarende hos andre racer. Disse er angiveligt genetisk betingede. Imidlertid har grupperne af amerikanere af kinesisk og japansk oprindelse de færreste alkoholproblemer – inuitter og indianere de fleste – af alle de etniske grupper i USA (Stewart 1964; Peele 1986).

Til gengæld har mange studier dokumenteret kulturelle fænomeners indflydelse på alkoholproblemernes omfang hos forskellige samfundsgupper. Eksempelvis har man i USA undersøgt befolkningsgrupper af irsk, jødisk og italiensk oprindelse foruden de fire ovennævnte. Der er konstateret tydelige forskelle og ligheder i drikkekulturen, som viser sig at være i god overensstemmelse med tilsvarende forskelle og ligheder i de alkoholproblemer, som grupperne oplever (Erchak 1992:153).

Det problemgivende alkoholforbrug synes med andre ord at være nøje forbundet med alkoholforbrugets kulturelle kontekst. På baggrund af de efterhånden mange foreliggende tværkulturelle og eksperimentelle studier af rusmiddelbrug og -problemer, konkluderer socialpsykologen Stanton Peele, at alkoholproblemer såvel som andre såkaldte afhængighedsproblemer blot er almindelige menneskelige adfærdsformer af social, kulturel og psykologisk art, der antager problematisk omfang, når mennesker mister deres følelse af selvverd og føler sig magtesløse over for deres omgivelser eller fremtidsforventninger (Peele 1989:21). På den baggrund kan det næppe undre, at også begreberne

„afhængighed“ og „alkoholisme“ og den dermed forbundne opfattelse af et problemgivende alkoholforbrug er såvel kulturelt betingede som kulturelt relative størrelser.

I dag er landene i Nordeuropa og (især) Nordamerika exceptionelle blandt de mange lande i verden, hvor alkohol er det mest anvendte rusmiddel. Her har vi igennem de seneste ca. 200 år ikke kunnet nøjes med at forbruge alkohol. Vi har også problematiseret vores forbrug på en sådan måde, at vi har stigmatiseret og sygeliggjort store grupper af mennesker i vore samfund på baggrund af deres drikkevaner. For mange mennesker er det efterhånden blevet „almindelig viden“, at alkohol kan tillægges *afhængigheds-skabende* egenskaber, og at visse mennesker angiveligt mister *kontrollen* over deres forbrug, fordi det rusmiddel, de anvender, fremkalder en uimodståelig *trang* til at indtage mere og mere.

Problemforståelsen sammenfattes ofte under begrebet alkoholisme, men det er mildt talt ikke et veldefineret begreb. Snarere er der tale om mange forskellige – ofte noget vage og selvmodsigende – definitioner. De fleste fokuserer dog på forskellige somatiske og psykiske komplikationer, og begreberne afhængighed, kontroltab og drikketrang indgår i reglen som noget centralt. Det er imidlertid begreber, der i sig selv kræver definitioner, da de beror på hypoteser om træk, der adskiller en „alkoholiker“ fra andre mennesker. Disse definitioner er imidlertid selv mangelfulde eller selvmodsigende (Löfgren & Löfgren 1982:19).

Følger vi imidlertid alkoholismebegrebet tilbage i tiden, ses det, at alkoholisme er en historisk og politisk frembringelse, hvis tilsynekomst hænger sammen med to overordnede fænomener: På den ene side den øgede forklaringskraft, som naturvidenskaberne tillagdes fra slutningen af det 18. århundrede, og siden hen den medicinske videnskabs og ikke mindst det psykiatriske specialeområdes udvikling. På den anden side de sociale og kulturelle ændringer, der fulgte i kølvandet på industrialiseringen, og borgerskabets eller middelklassens stigende indflydelse på samfundets normer og idealer for livsførelse i løbet af det 19. århundrede.

Alkoholisme er dermed et eksempel på et kulturbetinget syndrom af den slags, som antropologer så ofte har studeret blandt ikke-vestlige kulturer. Altså en sundhedsrelateret problematik, der tilsyneladende er begrænset til en given kultur eller samfundsgruppe. Et eksempel er *pibloktoq*, også kaldet arktisk hysteri, der kun findes beskrevet hos inuitterne i det nordlige Alaska. Det er et fænomen, hvor den syge først er mut og utilnærmelig i timer eller dage, og derefter bliver voldsomt manisk og ophidset i op til tredve minutter. Det efterfølges af krampes og dyb søvn – sommetider bevidstløshed – i op til tolv timer. Man har forsøgt at forklare sygdommen med kalciummangel, eftersom symptomerne til en vis grad ligner. Inuitter får nemlig ikke særlig meget D-vitamin på grund af de få solskinstimer i Arktis, og D-vitamin er nødvendig for kroppens nedbrydning af kalcium (Wallace 1972). Teorien viste sig imidlertid utilstrækkelig som forklaring, da den blev efterprøvet klinisk. I stedet blev konklusionen, at både fysiologiske, økologiske, psykologiske og kulturelle faktorer spillede ind, uden at nogen enkelt faktor kunne siges at dominere billedet (Foulks 1972).

Det er egentlig lidt det samme med alkoholisme og andre såkaldte afhængighedssygdomme. De er tilsyneladende begrænset først og fremmest til Nordamerika, men vinder i stigende grad frem også i Nordeuropa. Ligesom det var tilfældet med *pibloktoq*, er konklusionen af årtiers ihærdig forskning, tværkulturelle studier, eksperimenter og forsøg, at der ikke er belæg for en egentlig biomedicinsk forklaring på fænomenet alkoholisme,

men at alkoholproblemer varierer mellem individer og mellem grupper. Ligesom pibloktoq beror alkoholisme tilsyneladende på en sammenhæng mellem sociale, kulturelle, fysiske og psykiske faktorer, uden at nogen enkeltfaktor er fremherskende frem for andre. Dermed er historien om alkoholisme – blandt meget andet – også historien om en kulturelt specifik måde at forklare og håndtere adfærdsproblemer på. Det er en lang og kompleks historie, men forhåbentlig giver denne korte version alligevel et interessant billede af vores eget samfund, der – set fra en anden krog af kloden – må forekomme eksotisk.

Da alkohol blev en „problematik“

I 1785 udgav den amerikanske læge Benjamin Rush en bog med den voldsomme titel: *An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind with an Account of the Means of Preventing and of the Remedies for Curing Them*. Dr. Benjamin Rush var en af datidens mest anerkendte læger. Han regnes for grundlægger af både den amerikanske psykiatri og den amerikanske afholdsbevægelse. Og hans bog er et af de første eksempler på, at drikkeri ikke blot betragtedes som et juridisk eller moralsk problem, men som en egentlig videnskabelig problematik – noget, der krævede en forklaring.

Igennem det meste af det 17. og 18. århundrede var den dominerende opfattelse, at mennesket som det eneste levende væsen var i besiddelse af fornuft og derfor måtte betragtes som noget unikt i forhold til den omgivende natur og alle andre levende væsener. Implicit betragtedes al menneskelig adfærd som rationelt styret ud fra et hensyn til individets selvopholdelse. Også handlinger, der var i modstrid med samfundets love eller vedtagne normer, betragtedes derfor som handlinger, der var fuldt bevidste. Med naturvidenskabens fremmarch opstod imidlertid den tanke, at også menneskelig adfærd kunne forklares ved hjælp af de naturvidenskabelige metoder. Benjamin Rush's forklaringer beror på en generel antagelse om, at også menneskelig adfærd kan være styret af „naturlove“ og derfor ikke nødvendigvis underlagt viljens kontrol i ét og alt. Rush argumenterede for, at når en trang til alkohol først havde udviklet sig, kunne individet lige så lidt kontrollere sit behov for at få noget at drikke, som han kunne kontrollere en krampe i hånden eller foden. Der var derfor ifølge Rush ikke tale om, at drukkenskab var en synd eller en personlig svaghed, men en slags „viljens sygdom“. Drankeren havde mistet kontrollen – det var alkoholen, der kontrollerede drankeren. Rush var af den opfattelse, at det eneste, der kunne hjælpe en dranker, var at holde sig fra stærk spiritus, om end han ikke advokerede for afholdenhed fra øl, cider og deslige. Til fremme af formålet foreskrev han blandt andet slag, pisk, trusler og kolde afvaskninger.

Rush's værk fik stor udbredelse og udkom i flere oplag. Opfattelsen af drukkenskab som en sygdom deltes af andre af tidens medicinere. Et andet værk, der fik stor udbredelse var *An Essay, Medical, Philosophical and Chemical on Drunkenness*, der blev udgivet i 1804 af den skotske læge Thomas Trotter. Han opfattede drukkenskab som en sygdom forårsaget af en ukendt, udefrakommende faktor, som afstedkom både fysiske og psykiske forstyrrelser. Trotter foreskrev total afholdenhed fra al slags alkohol som behandlingsmål (Heather & Robertson 1997:21).

Alkoholforbruget som socialt problem

Ligesom det var nyt at forklare drikkeadfærd som noget, der til dels kunne være uden for viljens kontrol, var det også nyt overhovedet at tage alkoholforbruget op som et socialt problem. Og det på trods af, at man i tidligere tider bestemt ikke havde holdt sig tilbage, hvilket mange kilder fra både Nordamerika og Europa i det 16. og 17. århundrede vidner om. Kilderne dokumenterer et udbredt og meget højt alkoholforbrug, der tilsyneladende gælder for alle klasser og på tværs af alders- og kønsforskelle. Dette ændrede sig i løbet af det 17. århundrede med introduktionen af kaffe (og til dels te), der blev en udbredt, men kostbar, stimulans i de bedrestillede samfundslag. Blandt samfundets lavere klasser ændredes forbruget imidlertid ikke så hurtigt. Her fortsatte det høje alkoholforbrug uændret.

Den dengang fremherskende humoralmedicin antog, at mennesket bestod af fire legemsvæsker (blod, sort og gul galde samt slim), der modsvarede af fire temperamenter (sangvinsk, kolerisk, melankolsk og flegmatisk). Idealet var en slimrig krop, og da enhver jo kunne se, at alkoholdrikning førte til en stor, fyldig krop, antog man alkohol for at være sundt. Kaffe derimod ansås for at være et udtørrende middel – altså „de våde varers“ modsætning – hvorfor tørhed og ædruelighed blev synonyme. Men „det tørre“ blev dertil forbundet med det asketiske og sansefjendtlige (Elmeland 1996:64-5). Muligvis ligger der hermed et fundament for en begyndende problematisering af alkoholforbruget i såvel en tydeligere forskel i forbruget mellem høje og lave samfundsklasser som i betoning af forskellige principper eller værdier, der angår opfattelsen af, hvad der er sundt. Dertil kommer, at beruselse måske blev et stigende problem i takt med industrialiseringens fremkomst. Arbejdsprocesserne blev mere komplekse, og den enkeltes arbejde blev i højere grad forbundet med andre personers indsatser. Der blev dermed også større risiko for arbejdsulykker som følge af beruselse, og disse ulykker kunne i højere grad komme til at berøre andre end en selv. Ændringerne i arbejdsmetoder og vilkår betød også, at det blev vigtigere at overholde tidsplaner og arbejdstider – noget som også kunne forstyrres af drikkeriet (Heather & Robertson 1997:14).

En anden forklaring tager udgangspunkt i den middelklasse, der spirede frem i både Amerika og Europa i disse år. Sociologen Joseph R. Gusfield redegør for, hvordan en middelklasse inden for handel og industri brugte afholdenhed som en markør for social overlegenhed og respektabilitet. Drikkeriet blev forbundet med det mindre pæne liv blandt samfundets laveste klasser, og afholdenhed blev derfor en slags adgangsbillet til respektabilitet. Når afholdenhed fra alkohol blev „valgt“ som symbol, var det fordi, det blev forbundet med kvaliteter som selvbeherskelse, arbejdsomhed og fremdrift. Det var dyder, der både blev fremhævet i den anglo-amerikanske protestantisme og i forbindelse med opnåelse af velstand. Afholdenhed kunne på samme tid markere ens religiøsitet og ens evne til at opnå en højere social status (Gusfield 1963). I USA medførte erobringen af „det vilde Vesten“ endvidere særlige ændringer i drikkeadfærden. Alkoholforbruget havde været en almindeligt accepteret social aktivitet, der fandt sted i familierelaterede sammenhænge – f.eks. i forbindelse med måltider. Selvom per capita-konsumtionen var højere end senere tiders, blev det ikke betragtet som et alvorligt socialt problem – og da slet ikke som en sygdom. Men fra slutningen af det 18. århundrede ændredes drikkemønstret. Alkohol blev efterhånden primært indtaget af mænd i mandsdominerede sammenhænge i barer (saloons). Drikkeriet blev derfor associeret med maskulinitet, uafhængighed, vildskab og vold – og alkoholproblemerne voksede dramatisk (Peele 1984).

Progressive kræfter dannede derfor afholds- eller mådeholdsforeninger som del af det samfundsreformerende projekt, som borgerskabets eller middelstandens stigende politiske og økonomiske indflydelse indebar i begyndelsen af forrige århundrede. (Det var ofte de samme kredse, der støttede kvinders rettigheder, offentlig uddannelse, slavernes frigivelse og andre samfundsreformerende emner i tiden). Og tilslutningen var stor. Afholdsbevægelsen dannedes i Amerika i 1820'erne og opnåede på mindre end 10 år en tilslutning på ca. 1,5 millioner mennesker. Det svarer til godt 11% af kontinentets samlede befolkning dengang. Herfra spredte bevægelsens forskellige organisationer sig primært til Nord-europa, hvor en næsten tilsvarende eksplosiv udvikling i tilslutningen kan registreres.

Rush's og Trotters arbejder forsynede den nye bevægelse med argumenter om alkoholens nedbrydende og skadelige virkninger. Man ledte derfor med lys og lygte efter personlige vidnesbyrd fra tidligere drankere, der kunne understøtte de to lægers kernepunkter i argumentationen: alkoholens afhængighedsskabende virkninger og individets oplevelse af kontroltab. Den tidligste beretning, man kunne finde, dateredes til 1795 – altså ca. 10 år efter, at Rush's arbejde var blevet almindeligt kendt. Til gengæld voksede antallet af beretninger om den uimodståelige trang til alkohol og den deraf følgende sygdomslignende beskrivelse af problemet i årene, der fulgte, og i takt med udbredelsen af Rush's og Trotters ideer. Det blev efterhånden den almindelige måde, hvorpå drankerens egen oplevelse af det umådeholdne drikkeri blev beskrevet (Levine 1978).

Medikalisering af afvigelse

I forbindelse med afholdsbevægelsens udvikling oprettedes i løbet af det 19. århundrede adskillige asyler for drankere eller alkoholikere. I USA var der 50 af slagsen i slutningen af århundredet. Asylerne blev ledet af læger. Disse og flere andre arbejdede ihærdigt gennem faglige sammenslutninger og udgivelse af tidsskrifter på at få alkoholmisbrug accepteret i fagkredse som en form for neurose eller psykose – altså som et anerkendt område underlagt den medicinske professions virke. Der blev følgelig også publiceret meget materiale om alkoholismens sygdomskarakter, og mange af de i dag kendte begreber inden for området så dagens lys i denne periode. Selve begrebet alkoholisme blev opfundet af den svenske professor i medicin Magnus Huss i 1852.

Opfattelsen var altså, at alkohol var et kemisk stof, der var i stand til – når det blev indtaget ofte og i store mængder – at gøre folk afhængige, så de mistede kontrollen over deres egen drikkeadfærd og oplevede en uimodståelig trang til hele tiden at drikke mere. Teorien blev underbygget gennem beskrivelser fra tidligere alkoholikere. De havde, som nævnt ovenfor, siden 1790'erne „lært“ at opleve og beskrive deres alkoholproblem på teoriens præmisser. Meget var blevet gjort for at udbrede tanken og cementere den som den rigtige forklaring på problemet. Teorien tjente nemlig også som et kerneargument for afholdsbevægelsens politiske og juridiske bestræbelser i retning af at påvirke de samfund, de virkede i, til restriktioner og forbud over for alkoholforbruget. Det kan næppe undre, at beretninger fra afholdsbevægelsens medlemmer er i overensstemmelse med samme bevægelses væsentligste argumentation.

Igennem afholdsbevægelsen blev sygdomsteorien også koblet sammen med en række moralske, juridiske, politiske og religiøse overvejelser. Kort sagt: når fokus var på afhængighed og kontroltab, talte man om alkohol som kemi og søgte videnskabelige,

empiriske belæg for fænomenerne. Når man fremstillede afhængighedens og kontroltabets modsætninger: afholdenhed og selvbeherskelse, blev argumentationen derimod af moralsk og religiøs karakter. Der var altså ikke tale om en syg-rask-dikotomi, men om medikalisering af en afvigelse fra en social norm.

Alkoholismeteorierne blev en del af det, som siden er blevet kaldt „medicinsk imperialism“ (McDonald 1994:3) – et udtryk for, at et stigende antal fænomener, der tidligere blev betragtet som socialt eller moralsk afvigende, blev redefineret som i sygelige og dermed underlagt lægefaget. I årene omkring århundredeskiftet kombineredes alkoholismeproblematikken til overflod med teorier om arvelighed og overvejelser vedrørende hygiejne og folkesundhed. Alkoholisme blev – ligesom kønssygdomme, homoseksualitet og tuberkulose – problematiseret inden for en overordnet diskussion om racemæssig degeneration. I Tyskland førte dette bl.a. til tvangssterilisation af såkaldt uhelbredelige alkoholikere (op.cit.:4).

Antagelsen om, at afhængighedens årsag var at finde i selve stoffet alkohol, medførte naturligvis bestræbelser i retning af at indskrænke eller helt forbyde forbruget. I USA kronedes disse bestræbelser med held, da man indførte totalt alkoholforbud i 1920. Forbudet medførte et markant fald i alkoholrelaterede sygdomme og dødsfald, detentionsanbringelser m.v. (Det medførte imidlertid også en voldsom stigning i smugkroer, hjemmebrændier, smugleri og gangstervælde) (Peele 1986). Men interessen for teorierne om alkoholisme som en sygdom svandt også i perioden. Trods bestræbelserne på at videnskabeliggøre alkoholisme og afhængighedsproblemer var misbrugsbehandlingen forblevet et lavstatusområde for den medicinske profession. Dels fandt det medicinske establishment, at mange af definitionerne var utilstrækkeligt videnskabeligt underbyggede, dels var den generelle stigmatisering af problematikken en hindring for, at det blev et attraktivt arbejdsfelt for lægerne. Den smule interesse, der havde været, bortfaldt nu nærmest fuldstændigt. Flere videnskabelige tidsskrifter om alkohol måtte ophøre, og da forbudet igen blev ophævet i 1933, var det som om, tanken om alkoholafhængighed som en sygdom aldrig havde eksisteret (Heather & Robertson 1997:17,27).

Den „nye“ teori

Efter ophævelsen af spiritusforbudet i USA havde Roosevelt-administrationen ikke noget ønske om at blande sig i folks drikkevaner. Følgelig blev ethvert initiativ til afhjælpning af alkoholproblemerne (der omgående begyndte at vokse i omfang) overladt til private interesser. Disse interesser udkrystalliserede sig ved The Yale Center for Alcohol Studies, ledet af dr. E. M. Jellinek, der forskede inden for områderne biokemi og skizofreni. Centret bedrev forskning, behandling og undervisning, forestod diverse udgivelser og blev absolut toneangivende på området både i USA og internationalt. Centret antog fra starten en sygdomsmodel for alkoholisme. Til trods for den institutionelt set videnskabelige forankring skete det imidlertid ikke på baggrund af videnskabelige overvejelser eller forskning, men helt bevidst ud fra en praktisk synsvinkel. Man ønskede på den ene side at anvende sygdomsforklaringen til at bekæmpe de fordomme og den stigmatisering, som alkoholmisbrugerne oplevede, og på den anden side at adskille gruppen af alkoholmisbrugere fra andre – endnu mere stigmatiserede – grupper som f.eks. narkomaner eller sindssyge.

I perioden efter forbudstidens ophør var det endvidere væsentligt at lægge afstand til den generelle kritik af selve substansen alkohol, hvis man skulle opnå befolkningens sympati for alkoholmisbrugernes problem. Altså måtte man vende sig imod den tankegang, der lå bag forbudstidens indførelse: at enhver, der nød alkohol, også kunne tænkes at blive misbruger. Ved Yale Center udlagde man derfor ikke stoffet alkohol som den faktor, der alene forårsagede sygdommen. I stedet, sagde man, var sygdommen et problem for nogle få, på ukendt måde prædisponerede individer. Det var omtrent den teori, man kunne få opbakning til under indtryk af stemningen i datidens USA, og det blev fremstillet som en ny og anderledes tilgang til alkoholproblemerne (Beauchamp 1980). Men bortset fra teorien om det prædisponerede individ, var der i det store hele tale om en videreførelse af mange af de tidligere tiders spekulationer om alkoholmisbrugets sygdomskarakter. Det centrale punkt var fortsat afhængighedsbegrebet og en beskrivelse af processen i retning af afhængighed gennem anvendelse af begreber som kontroltab og drikketrang. Nu ikke som et generelt problem, men snarere som en slags allergisk reaktion hos nogle få (Heather & Robertson 1997:28-30).

Afholdsbevægelsen var i hastig tilbagegang i såvel USA som Nordeuropa. Men en ny bevægelse – Alcoholics Anonymous – var i 1935 dukket op i USA og på vej til at brede sig til Europa og resten af verden. Og ligesom der op igennem det 19. århundrede havde været en sammenhæng mellem den medicinske professions bestræbelser på at definere og behandle alkoholproblemet og afholdsbevægelsens bestræbelser på at reformere samfundet, var der også i det 20. århundrede en sammenhæng mellem forskerne og den nye tids organisationer for mennesker med alkoholproblemer. Forskerne ved Yale Center udviklede deres teorier på baggrund af cases og beretninger fra medlemmer af AA – og AA legitimerede deres forklaringer på alkoholproblemetets natur og AA-programmets effektivitet med baggrund i forskernes teorier (Peele 1986).

Andre teorier og kritik

Jellinek og de andre forskeres teorier fik dog ikke lov til at stå uimodsagte. Især i perioden efter 2. verdenskrig udvikledes en række alternative teorier, ligesom sygdomsteoriens antagelser blev underkastet forskning. Egentlig var der heller ikke tale om én sygdomsteori, men om flere forskellige. Jellinek selv identificerede i 1960 i alt 115 forskellige beskrivelser af alkoholisme som en sygdom (Jellinek 1960). Psykoanalysen opstillede en karakteriologisk model, hvor problemet antoges at være relateret til personlighedsmæssige dispositioner og psykiske forsvarsmekanismer; adfærdspsykologi opstillede teorier om betinget respons og forstærkning; andre igen talte om indlæringsproblemer, fysiologiske defekter og relationsbetingede problemer som f.eks. dysfunktionelle familier. Hester & Miller (1989) opstiller ikke mindre end 11 i dag anvendte grupperinger af tilgange til forståelsen af alkoholproblemer og addiktiv adfærd, der enten er indbyrdes modstridende eller i hvert fald tager helt forskellige udgangspunkter i deres søg på at forklare og håndtere problematikken. (Det er naturligvis umuligt i denne sammenhæng at gennemgå det enorme materiale, der findes på området.)

Teorien om, at et problematisk alkoholforbrug er et fysisk og/eller psykisk betinget fænomen, der med rimelighed kan udskilles fra andre former for adfærd og forklares som en sygdom, er formentlig noget af det, der er blevet underkastet mest forskning over-

hovedet, når det drejer sig om alkohol. Der er gennemført utallige eksperimenter, epidemiologiske surveys og kliniske undersøgelser m.v. og skrevet i tusindvis af rapporter, artikler og bøger, men resultatet er det samme hele vejen rundt. Der er ganske enkelt *ingen* videnskabelige data, der understøtter en rent biomedicinsk model (dvs. en model der udelukker andre årsagsfaktorer) for alkoholisme eller for den sags skyld afhængighedsproblemer i det hele taget (Erchak 1992:151).

WHO's konsulent på misbrugsområdet, Herbert Fingarette, har i sin bog *Heavy Drinking: The Myth of Alcoholism as a Disease* (1990) overbevisende argumenteret for, at sygdomsmodellen er baseret på fire usande forudsætninger:

1. Mennesker med et problematisk alkoholforbrug udviser et ensartet mønster af gradvis forværring af tilstanden.
2. Tilstanden er uden for viljens kontrol.
3. Medicinsk ekspertise er nødvendig for at afhjælpe problemet.
4. Alkoholikere er ikke ansvarlige for deres drikkeadfærd eller dens konsekvenser (da de er ofre for en – viljeafhængig – sygelig tilstand).

Men Fingarette påviser, at problematiske drikkemønstre varierer fra person til person, at årsager eller baggrunde for problematisk drikkeri ligeledes varierer voldsomt fra person til person, og at uddannelse og rådgivning generelt er mere effektive end medicinsk behandling (AA anvender f.eks. ikke medicinsk behandling, skønt den advokerer for en form for medicinsk forklaring) (op.cit.:4-6).

Tilsvarende når det gælder den nyere tids genetiske forskning, konkluderer en førende alkoholforsker, amerikaneren Stanton Peele, at:

Der er ikke på overbevisende måde blevet foreslået nogen genetisk mekanisme, som kan redegøre for akkumulerede data vedrørende alkoholisk adfærd, sociale forskelle i forekomsten af alkoholisme eller sygdommens manifestationer [...]. Reelle forsøg på at sammenkæde empiriske data og teorier i genetiske modeller har begrænset sig til at vedrøre mænd og til en minoritet af alvorligt anfægtede alkoholikere med andre særegne karakteristika. Men der er da også flere forskere, der drøfter idéen om en særlig form for arvelig alkoholisme, som alene berører sådanne grupper. Også for disse grupper gælder imidlertid, at de velafbalancerede genetiske modeller giver mulighed for betydelig indflydelse fra omgivelserne, sociale og individuelle faktorer (herunder personlige holdninger og hensigter), således at umådeholdent drikkeri kun kan beregnes inden for en kompleks og mangefacetteret forståelsesramme (Peele 1986:63; min oversættelse).

Opfattelsen af alkoholisme som en slags sygdom er derfor i bund og grund en 200 år gammel teori, der fortsat præger vores forståelse af et samfundsproblem, på trods af at årtiers både naturvidenskabelige og samfundsvidenskabelige forskning har tilbagevist den gang på gang. Når teorien har kunnet overleve i så mange år, er årsagen givetvis heller ikke dens klinisk eller empirisk dokumenterede sandhedsværdi, men derimod dens overensstemmelse med nogle fremherskende kulturelle normer. Hele den måde, hvorpå alkoholforbruget problematiseres, synes at bero på en idealisering af mådehold og selvkontrol, som var/er fremherskende både i protestantisk kristendom og i den livsførelse, som middelklassen med stigende autoritet har advokeret for fra omkring begyndelsen af forrige århundrede og frem. Problematiseringen er et mere eller mindre velmenende led i disciplineringen af de mindre heldigt stillede og idealiseringen af middelklassens version af „det gode liv“. Drømmen om naturvidenskabernes omnipotente forklaringskraft

synes at være lige så tiltrækkende i dag, som dengang Benjamin Rush skrev sin bog. Vi finder tilsyneladende en sær form for trøst i at tilskrive fænomener uden for viljens kontrol ansvaret for det komplicerede og smertevoldende – hvad enten vi ad den vej kan finde forløsning eller ej. Reaktionen på naturvidenskabernes ørkenvandring i retning af at finde en biomedicinsk forklaring på alkoholproblemerne er da også vedblivende, at vi bare ikke er gået langt nok endnu.

Alkoholproblemer bedømmes og beskrives ofte i sammenhæng ikke bare med narkotikamisbrug, men også med fænomener som ludomani, anoreksi, bulimi og lignende såkaldte afhængighedssygdomme. Gad vide, om en fjern fremtid vil ryste ligeså meget på hovedet af disse sygeliggørelser af menneskelig adfærd, som vi i dag gør, når vi læser om forrige århundredes kvindesygdomme „hysteri“ og „nymfomani“?

Litteratur

- Beauchamp, D. E.
1980 Beyond Alcoholism: Alcohol and Public Health Policy. Temple University Press: Philadelphia.
- Elmeland, Karen
1996 Dansk alkoholkultur. Rus, ritual og regulering. København: SocPol.
- Erchak, Gerald M.
1992 The Anthropology of Self and Behavior. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.
- Fingarette, Herbert
1990 Heavy Drinking. The Myth of Alcoholism as a Disease. Berkeley: University of California Press,
- Foulks, Edward
1972 The Arctic Hysteria of the North Alaskan Eskimo. Anthropological Studies 10. Washington D.C.: American Anthropological Association.
- Gerlach, Jes & Per Vestergaard
1998 Psykofarmaka. Behandling af psykiske lidelser med nervemedicin. København: Psykiatrifondens Forlag.
- Gusfield, Joseph R.
1963 Symbolic Crusade. Urbana, Illinois: University of Illinois Press.
- Heath, D. B.
1983 Alcohol and Aggression. I: E. Gottheil et al. (eds.): Alcohol, Drug Abuse and Aggression. Springfield: Charles C. Thomas.
- 1995 An Anthropological View of Alcohol and Culture in International Perspective. I: D. B. Heath (ed.): International Handbook on Alcohol and Culture. Westport: Greenwood Press.
- Heather, Nick & Ian Robertson
1997 Problem Drinking. Oxford: Oxford University Press.
- Hester, Reid K. & W. R. Miller (ed.)
1989 Handbook of Alcoholism Treatment Approaches. Effective Alternatives. New York: Pergamon Press.
- Jellinek, E. M.
1960 The Disease Concept of Alcoholism. New Haven: Hillhouse Press.

- Levine, H. G.
1978 The Discovery of Addiction. Changing Conceptions of Habitual Drunkenness in America. *Journal of Studies on Alcohol* 39:143-74.
- Löfgren, Bo & Inger N. Löfgren
1982 Alkohol. Rus, missbruk, behandling. Stockholm: Prisma.
- MacAndrew, C. & R. B. Edgerton
1969 Drunken Comportment: A Social Explanation. Chicago: Aldine.
- Marshall, Mac
1979 Weekend Warriors. Alcohol in a Mikronesian Culture. Palo Alto: Mayfield.
- McDonald, Maryon (ed.)
1994 Gender, Drink and Drugs. Oxford: Berg Publishers.
- Peele, Stanton
1984 The Cultural Context of Psychological Approaches to Alcoholism: Can We Control the Effects of Alcohol? *American Psychologist* 39:1337-51 og <http://peelee.sas.nl/lib/approach.html>.
1986 The Implications and Limitations of Genetic Models of Alcoholism and Other Addictions. *Journal of Studies on Alcohol* 47:63-73 og <http://peelee.sas.nl/lib/genetics.html>
1989 Diseaseing of America. Addiction Treatment out of Control. Massachusetts: Lexington Books.
- Rush, Benjamin
1943 [1785] An Inquiry into the Effects of Ardent Spirits upon the Human Body and Mind with an Account of the Means of Preventing and of the Remedies for Curing Them. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol* 4:321-44.
- Stewart, Omer C.
1964 Questions Regarding American Indian Criminality. *Human Organization* 23:61-6.
- Wallace, Anthony F. C.
1972 Mental Illness, Biology and Culture. I: Francis L. K. Hsu (ed.): *Psychological Anthropology*. Cambridge, Mass.: Schenkman.

