Alkohol som middel mot koronar hjertesykdom – fleip eller faktum?

Kommentar og debatt

En negativ assosiasjon mellom lett til moderat alkoholkonsum og risiko for koronar hjertesykdom er blitt dokumentert i tallrike økologiske, case control- og kohortundersøkelser. Den registrerte risikoreduksjon er på 40–60 %. De epidemiologiske funn er konsistente, og flere mulige biologiske mekanismer som kan forklare alkoholens gunstige innvirkning, understøtter hypotesen om en kausal forklaring på den negative assosiasjonen mellom moderat alkoholkonsum og risiko for koronar hjertesykdom. Den hjerteprotektive effekt synes bare å gjelde for middelaldrende og eldre mennesker i vestlige land. Anbefalinger om helsemessig forsvarlig inntak av alkohol på 21 alkoholenheter per uke for menn og 14 alkoholenheter per uke for kvinner bør antakelig endres til mengder per dag for å motvirke leilighetsvis eksessivt alkoholinntak. *Erik Skovenborg, Arne Hagen* og *Roald Strand* hevder at det er åpenbart at mange forskere og medisinske kommentatorer føler ubehag overfor de funn som tyder på at alkoholbruk kan ha helsemessig gunstige effekter, og at man er kulturelt forutinntatt pga. problemer knyttet til alkoholisme. I Norge er dette med på å hindre en fri og vitenskapelig diskusjon om alkoholkonsumets positive virkning på det kardiovaskulære system.

Riise og medarbeidere (Alkoholpolitisk utvalg i Den norske lægeforening) drøftet i en artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening påstanden «litt alkohol hver dag er godt for hjertet» (1). Etter gjennomgang av den vitenskapelige litteratur om emnet kom forfatterne frem til at det neppe er grunnlag for en anbefaling overfor befolkningen om at inntak av små mengder alkohol daglig vil være helsefremmende.

Slik vi oppfatter det, preges artikkelen av Riise og medarbeideres moralske og «politisk korrekte» holdninger, dels i valget av bakgrunnsmateriale for artikkelen, dels i kommentarene til de enkelte refererte arbeider.

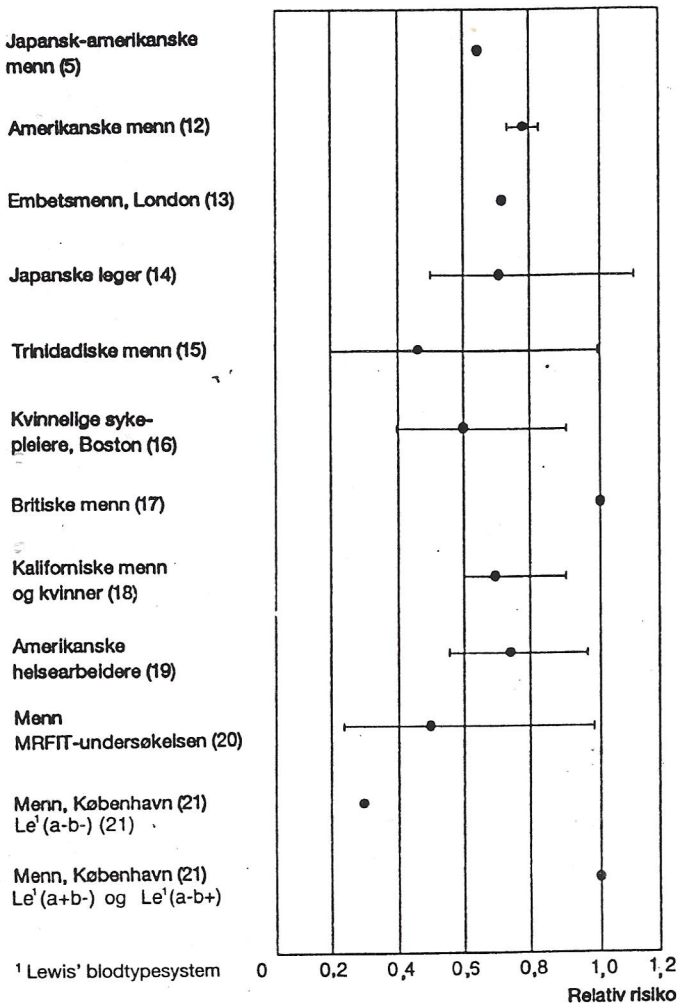
Det er mulig at en medvirkende årsak til Riise og medarbeideres syn kan være den meget skjeve fordeling av publikasjoner om alkoholforskning. Mens 93 % av de publiserte arbeider helt eller delvis handler om problemene hos de ca. 7 % av befolkningen som misbruker alkohol, er det kun 7 % av den aktuelle vitenskapelige litteratur som spesielt tar for seg helsefremmende effekter av det store flertalls moderate alkoholinntak (2).

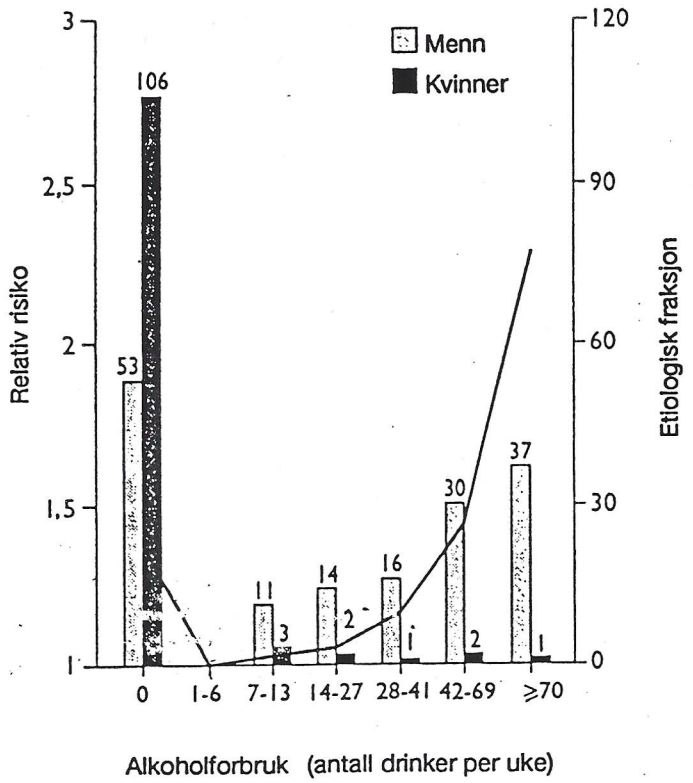
Den U-formede kurve

Grunnlaget for en betydelig del av artiklene om virkningene av et moderat alkoholforbruk utgjøres av epidemiologiske undersøkelser. Den analytiske epidemiologis skarpeste våpen, kohortundersøkelsen, er flittig brukt som instrument til å undersøke sammenhengen mellom alkohol og koronar hjertesykdom. De 40 kohortundersøkelser som foreløpig er rapportert i litteraturen, kommer med enkelte unntak frem til et samstemt resultat, nemlig at risikoen for koronar hjertesykdom er minst ved et moderat alkoholforbruk.

I en aktuell dansk oversiktsartikkel (3) har man valgt ut 11 av de best designede og best kontrollerte undersøkelser (4–14), der man med kohortstørrelser fra 1 341 (8) til 276 802 personer (5) har fulgt i alt 570 635 personer i fra to til 19 år. Som endepunkter er anvendt koronar hjertesykdom (ikke-letalt infarkt og kardiovaskulær død) og totalmortalitet. Resultatene er beregnet som relativ risiko for koronar hjertesykdom med 95 % konfidensintervall (fig 1).

Marmot og medarbeidere beskrev som de første sammenhengen mellom alkoholforbruk og totalmortalitet som en U-formet kurve (6). Det venstre beinet i kurvens U er et resultat av høyere kardiovaskulær mortalitet blant ikke-brukere, og det høyre beinet skyldes en høyere ikke-kardiovaskulær mortalitet hos storforbrukere av alkohol. Den U-formede relasjon mellom alkoholkonsum og totalmortalitet finnes i alle de refererte kohortundersøkelser, med kurvens nadir ved 1–3 alkoholenheter per dag. American Cancer Society- og Kaiser Permanente-undersøkelsene (5, 11) finner dessuten en U-formet relasjon mellom alkoholforbruk og kardiovaskulær mortalitet, noe som avspeiler en økt risiko for hypertensjon, arytmier og plutselig hjertedød ved inntak av over 5–6 alkoholenheter per dag. De øvrige undersøkelser





Figur 2 Relativ dødsrisiko og overskytende antall dødsfall blant menn og kvinner i relasjon til alkoholinntak. Kurven viser relativ risiko for død i forhold til alkoholinntak. Søylene indikerer antall dødsfall som kan tilskrives alkoholbruk blant menn og kvinner (15)

← **Figur 1** Relativ risiko med 95 % konfidensintervall (der dette finnes) for koronar hjertesykdom hos personer med et moderat alkoholforbruk sammenliknet med avholdende personer i kohortundersøkelser (3)

viser den samme eller en stigende negativ relasjon mellom alkoholkonsum og forekomst av koronar hjertesykdom, men de aktuelle undersøkelser har generelt en meget beskjeden representasjon av storforbrukere av alkohol (4, 6, 7, 9, 10, 12–14). En ny dansk kohortundersøkelse, Østerbro-undersøkelsen, har i sin utgave av den U-formede kurve forsøkt å beregne hvor stor del av dødsfallene blant menn og kvinner som kunne relateres til deres alkoholvaner (15). Blant kvinner som drakk mer enn seks alkoholenheter i uken, kunne bare ni av 831 dødsfall tilskrives alkoholforbruk, mens man fant at 106 av dødsfallene kunne tilskrives avhold. Hos menn var tallene mer likelig fordelt (fig 2).

Den syke eksbruker

Det er riktig at Shaper og medarbeidere med bakgrunn i data fra British Regional Heart-undersøkelsen har hevdet at den økte kardiovaskulære mortalitet hos ikke-brukere versus moderate brukere av alkohol skyldes at gruppen av ikke-brukere inneholder et stort antall eksbrukere, hvorav mange har sluttet å drikke pga. helsemessige problemer og hvis betydelig forhøyede mortalitet belaster den samlede gruppe av ikke-brukere (10). Etter eksklusjon av kohortens syke medlemmer som ved oppstartingen ble identifisert ved erindring om tidligere diagnose av koronar hjertesykdom, hypertensjon, diabetes, medikasjon mot disse sykdommene eller elektrokardiografiske iskemitegn, fant Shaper ingen negativ assosiasjon mellom moderat alkoholforbruk og kardiovaskulær mortalitet. Det ble imidlertid ikke spurt om tidligere drikkevaner ved starten av undersøkelsen, og gruppen av ikke-brukere kunne derfor ikke oppdeles i avholdsfolk og eksbrukere. I American Cancer Society-undersøkelsen ekskluderte man fra analysen den tredel av kohorten som ved oppstart hadde tegn på hjertesykdom eller annen kronisk sykdom, men dette endret ikke den negative assosiasjon mellom moderat alkoholkonsum og forekomst av koronar hjertesykdom. Flere av de nyere undersøkelsene har ved starten oppdelt gruppen av ikke-brukere i eksbrukere og personer med livslang avholdenhet (9, 11–13). Analyser av data fra disse undersøkelsene etter eksklusjon av eksbrukere rokker heller ikke ved den negative assosiasjon mellom moderat alkoholforbruk og forekomst av koronar hjertesykdom. Klatsky og medarbeidere fant riktignok en høyere kardiovaskulær mortalitet hos eksbrukere i forhold til ekte avholdsfolk, men dette forhold forsvant etter justering for kjente konfunderende variabler som alder, kjønn, rase, kroppsmasseindeks og ekteskapelig status (11).

Riise og medarbeidere anfører at man utenom Sverige og Norge vanskelig vil finne store nok grupper av avholdsfolk som har valgt en slik livsstil uavhengig av sykdom (1). Dette er ikke korrekt. Av American Cancer Society Prospective Studys kohort på 276 802 menn var hele 55 % personer med livslang avholdenhet (5), og 34 % av Østerbro-kohortens kvinner var også avholdende etter samme kriterier (15).

Kjente og ukjente konfunderende variabler

Alle de refererte kohortundersøkelsene (4–14) er justert for kjente konfunderende variabler som kjønn, alder og røyking. I noen av undersøkelsene er analysene justert for blodtrykk (4, 6, 8, 9, 14), serum-kolesterol (4, 6, 7, 13, 14), kroppsmasseindeks (4, 9, 11), mosjon (9, 14) og utdanningsnivå/sosial status (5, 6, 10, 11, 14). Tre av kohortene bestod av personer med ensartet sosial bakgrunn, japanske leger (7), amerikanske sykepleiere (9) og amerikanske helsearbei-

dere (12). En vesentlig potensiell konfunderende variabel er kosten, ut fra den nærliggende antakelse at folks alkoholvaner kunne tenkes å påvirke deres kostvaner. Tre av kohortundersøkelsene fant etter kontroll for kostens sammensetning imidlertid ingen signifikant forskjell i inntak av kolesterol, mettet eller umettet fett i relasjon til forbruket av alkohol (9, 12, 13).

Tilbake står ukjente konfunderende variabler som aldri kan utelukkes i observasjonsundersøkelser. Problemet er, med Nancy Days ord, «how to separate the drink from the drinker» (16). Day kunne bekrefte at høyt alkoholinntak var en risikofaktor med hensyn til mortalitet, men kun én av flere risikofaktorer. Storforbrukere av alkohol hadde en høyere mortalitet ikke bare pga. alkoholen, men også fordi de i større omfang hadde en lavere sosial status, bodde alene, var sigarettrøykere og i det hele tatt hadde en mer risikopreget livsstil. På samme måte skulle man kunne forestille seg at avholdsfolk hadde vaner/karakteregenskaper som forsterket deres risiko for koronar hjertesykdom, eller motsatt – at de moderate alkoholbrukeres livsstil var forbundet med ukjente faktorer som helt uavhengig av alkohol beskyttet dem mot koronar hjertesykdom. Mot hypotesen om spesielle trekk hos avholdsfolk taler det faktum at samme negative assosiasjon mellom moderat alkoholinntak og koronar hjertesykdom er påvist i kohorter med fra 5 % (13) til 55 % (5) avholdende medlemmer. Og den/de ukjente beskyttende faktorer hos moderate alkoholbrukere måtte i tilfelle ha vært til stede i en årrekke i samme omfang hos begge kjønn i forskjellige aldersgrupper fra forskjellige land med svært forskjellige kulturer og hos forskjellige raser. Selv om dette vel er mulig i teorien, forekommer en kausal beskyttende effekt av moderat alkoholforbruk å være en enklere og mer plausibel forklaring. Det endelige bevis ville kreve en randomisert undersøkelse etter retningslinjer som foreslått av Poikolainen (17): En kohort av middelaldrende avholdsmenn med disposisjon for koronar hjertesykdom, men uten alkoholisme i familien, måtte over en periode på flere år innta definerte mengder alkohol. En slik undersøkelse ville ikke være uten etiske, praktiske og økonomiske problemer, men den ville kunne gi svar på tvil og usikkerhet omkring kausalitet, konfunderende variabler, betydning av type alkoholholdig drikk, de rette alkoholdoser m.m. I dyreforsøk med så vel mus (18), kaniner (19) som aper (20) har man vist at alkohol hemmer utvikling av aterosklerose hos forsøksdyrene.

Klassifikasjon av alkoholbrukere

Som Riise og medarbeidere ganske riktig påpeker, er validiteten av opplysningene om alkoholforbrukets størrelse et av de svake punkter ved kohortundersøkelsene. Opplysningene om hvor hyppig og hvor mye det drikkes fremkommer i de fleste undersøkelser ved et startintervju/spørreskjema. Dette er forbundet med en opplagt risiko for feilklassifisering, spesielt i form av underrapportering av eget forbruk. Man vet ikke om det forekommer selektiv under- eller overrapportering i de forskjellige kategorier av alkoholkonsum, og retningen av eventuelle bias er således uklar. Men selv om folk notorisk lyver om størrelsen på sitt alkoholforbruk, ville det være usannsynlig at nettopp de personer som med tiden vil utvikle koronar hjertesykdom, skulle lyve på en annen måte enn de heldige medborgere som unngår denne sykdommen. I to undersøkelser er det funnet god overensstemmelse mellom startopplysningene og en detaljert analyse av kosthold og alkoholinntak i en stikkprøve av kohorten (9, 12). Alle undersøkelsene viser som ventet stigende mortalitet ved høyt alkoholforbruk. Et metodologisk problem er undersøkelsenes avvikende definisjon av en drink, med tall som svinger fra 8 til 12 g alkohol per drink. Størrelsen av en øl varierer fra 280 ml (8) til 360 ml (9, 12). Det er enighet om størrelsen på et glass vin (120 ml), men et mål for sprit kan være fra 23 ml (6) til 45 ml (4). En simpel unøyaktighet i angivelsen av alkoholforbruket vil imidlertid kun ha den virkning at den svekker en sann assosiasjon mellom alkoholforbruk og forekomst av koronar hjertesykdom.

Et tredje problem er endring av drikkevaner i løpet av observasjonsperioden. Kun MRFIT-undersøkelsen gjorde en oppfølging av startintervjuet med årlige kontroller i seks år, og man fant samme forbruk i hele perioden for 55 % av kohorten, nedsatt forbruk hos 26 % og et økt forbruk hos 17 % (13). Resultatet av en feilklassifisering grunnet endring av drikkevaner over lengre observasjonsperioder vil gå i retning av å tilsløre sanne assosiasjoner. Feil og unøyaktigheter i opplysningene om de undersøkte personers alkoholforbruk vil altså ikke svekke, men tvert imot styrke kohortundersøkelsenes resultat om at et moderat alkoholkonsum beskytter mot koronar hjertesykdom.

Det moderate alkoholforbruk

Definisjonen av et moderat alkoholforbruk og spørsmålet om hva som er for lite eller for mye har vært diskutert livlig i litteraturen de seneste år (21–23). Med de usikkerhetsfaktorer som dels ligger i definisjonen av størrelsen på en drink, dels i kohortundersøkelsenes forskjellige design og kohortenes forskjellige etniske bakgrunn, synes det alkoholforbruk som er forbundet med den laveste totalmortalitet, å ligge på 1–2 drinker per dag for kvinner og 1–3 drinker per dag for menn (3). Forskjellen mellom kvinner og menn skyldes dels forskjeller i fordelingsvolum mellom de to kjønn, dels alkoholens større biotilgjengelighet hos kvinner, som har en mindre konsentrasjon av alkoholdehydrogenase i ventrikkelslimhinnen (24). En aktuell metaanalyse av relasjonen mellom alkoholinntak og totalmortalitet viser at den biologisk effektive alkoholdose synes å være to alkoholenheter per dag mindre for kvinner enn for menn (25). Foruten kjønn og vekt spiller også alder og individuelle forskjeller i toleranse for alkohol en rolle, så en sikker global definisjon av «moderat alkoholinntak» eksisterer ikke. Generelle regler for sikkert konsum av alkohol vil alltid være å betrakte som en uholdbar forenkling. Dessuten vil relasjonen mellom moderat alkoholinntak og totalmortalitet for den enkelte avhenge av vedkommendes absolutte risiko for koronar hjertesykdom, hjerneblødning og -trombose, brystkreft, ulykker m.m. Hos menn og kvinner under 40 års alder er inntak av alkohol forbundet med økt mortalitet ved selv et beskjedent forbruk, fordi unge mennesker som helhet har en høy absolutt risiko for trafikkuhell og andre typer ulykker, men en meget lav absolutt risiko for koronar hjertesykdom (26). Ved et moderat forbruk begynner gevinsten når det gjelder koronar hjertesykdom å utlikne risikoen for alkoholskader hos menn i 40-årene og hos kvinner i 50-årene. Valideringen av den negative relasjon mellom et moderat alkoholkonsum og totalmortalitet i den australske metaanalyse var sikrest for personer over 35 år (22). Som forventet er nettogevinsten ved moderat alkoholinntak fortsatt til stede hos 60-årige (11), hos personer av begge kjønn på 65 år og over (27), og hos menn i 70- og 80-årene (28). Den ofte siterte grense for helsemessig forsvarlig inntak av alkohol på 14 alkoholenheter per uke for kvinner og 21 alkoholenheter for menn gjelder altså bare for middelaldrende og eldre personer. Det ville være mest fornuftig å endre de ukentlige grenser til grenser per dag for å motvirke helgefyll og andre former for leilighetsvis inntak av store mengder alkohol. Dette har man eksempelvis gjort i Australia, hvor The National Health and Medical Research Council betrakter 40 g alkohol per dag for menn og 20 g alkohol per dag for kvinner som grense for helsemessig sikkert alkoholinntak (29). Samme fremgangsmåte har den engelske regjering nå valgt i sin aktuelle justering av de samme grenser, nemlig fra 21 alkoholenheter per uke til 3–4 alkoholenheter per dag for menn, og fra 14 alkoholenheter per uke til 2–3 alkoholenheter per dag for kvinner (30).

Riise og medarbeidere har ikke funnet vitenskapelige undersøkelser som baserer seg på konsum av alkohol siste døgn. Faktisk finnes et av argumentene for et daglig konsum nettopp i en artikkel om dette emne (31). En veldesignet case kontroll-undersøkelse fra Auckland viste en reduksjon av akutt hjerteinfarkt og plutselig iskemisk hjertedød på opptil 50 % blant de moderate alkoholbrukerne, definert som personer med inntak av alkohol minst én gang i måneden, som hadde drukket en eller flere drinker innenfor det foregående døgn. Sammenliknet med en risiko på 1,0 hos menn som ikke hadde inntatt alkohol det foregående døgn,

var den justerte oddsratio for akutt hjerteinfarkt 0,73 (0,59–0,91) etter inntak av 1–2 glass, 0,67 (0,51–0,87) etter 3–4 glass og 0,76 (0,61–0,95) etter mer enn fire glass. Oddsratio for akutt hjertedød falt etter samme mønster til 0,61 (0,44–0,84) etter 1–2 glass, 0,57 (0,41–0,79) etter 3–4 glass og 0,60 (0,43–0,82) etter fire glass. For kvinner fant man tilsvarende, men mindre signifikante oddsratioer. Dette resultatet tyder på at en del av alkoholens beskyttende virkning, antakelig utløst via en effekt på det hemostatiske system, inntrer i forbindelse med inntaket og svinner etter få døgn.

Det er vanskelig å fastslå det laveste nivå for alkoholinntak som med sikkerhet vil medføre helseskader. I en stor kohortundersøkelse som omfattet 276 802 menn i alderen 40–59 år fant man en relativ risiko for totalmortalitet på 1,15 ved inntak av tre drinker eller mer per dag (5). Mange av de aktuelle undersøkelser har en beskjeden representasjon av storforbrukere av alkohol, og unnlater å stratifisere forbruket over ca. tre alkoholenheter per dag. Østerbro-undersøkelsen (7 234 kvinner og 6 051 menn i alderen 30–79 år) derimot klassifiserer deltakerne etter forbruk i

- < 1 alkoholenhet per uke
- 1–6 alkoholenheter per uke
- 7–13 alkoholenheter per uke
- 14–27 alkoholenheter per uke
- 28–41 alkoholenheter per uke
- 42–69 alkoholenheter per uke
- 70 eller flere alkoholenheter per uke

Undersøkelsen viste en lett nedsatt dødsrisiko i et bredt område av alkoholforbruk fra 1–41 alkoholenheter per uke (15).

IOGT-undersøkelsen

Riise og medarbeidere tar resultatene av en undersøkelse som omfatter 5 332 IOGT-medlemmer til inntekt for at ikke alle avholdende populasjoner har en økt dødsrisiko (32). Sammen med bl.a. en 27 % lavere forekomst av kreftbetingede dødsfall bevirker 13 % færre dødsfall forårsaket av koronar hjertesykdom en standardisert ratio for totalmortalitet på 0,81 (konfidensintervall 65–94) for denne populasjonen. Sett på bakgrunn av den svært kritiske gjennomgang man i egen artikkel foretar av studiene som viser korrelasjon mellom alkoholkonsum og helsegevinster, er det noe påfallende at Riise og medarbeidere unnlater å påpeke IOGT-undersøkelsens betydelige mangler. Det er i analysen ikke justert for kjente konfunderende variabler som mosjonsvaner, kostvaner, kroppsmasseindeks, utdanningsnivå, sosial status og røyking, og særlig det siste er svært avgjørende. I undersøkelsen ble det nemlig påvist en «avslørende» signifikant redusert risiko for lungekreft, nemlig 0,41 (konfidensintervall 28–72), noe som tyder på at IOGT-populasjonen røyker svært lite. Sigarettrøyking er direkte ansvarlig for 21 % av alle dødsfall forårsaket av koronar hjertesykdom, og resultater fra store kohortundersøkelser viser at røyking mer enn dobler insidensen av koronar hjertesykdom og øker sykdommens mortalitet med 70 % (33). Det forundrer derfor ikke at denne lite røykende del av den norske befolkning kan avholde seg fra alkohol uten at det får negativ innflytelse verken på deres totalmortalitet eller mortalitet forårsaket av koronar hjertesykdom.

Toulouse eller Beijing

Kosten spiller som kjent en vesentlig rolle når det gjelder en befolknings risiko for koronar hjertesykdom. En analyse av dødsfall forårsaket av koronar hjertesykdom hos menn i alderen 55–64 år vurdert i sammenheng med kosten (40 kostvariabler) i 40 land på svært forskjellige økonomiske utviklingstrinn fant inntak av kolesterol og mettet fett (Cholesterol Saturated Fat Index) positivt og signifikant korrelert til dødelighet av koronar hjertesykdom i alle 40 land (34). Men Finland og Frankrike falt utenfor mønsteret. Med samme fettinntak målt etter samme skala hadde finske menn en mortalitet forårsaket av koronar hjertesykdom som var fire ganger høyere enn franske menn. Hva kunne forklaringen være? Forbruket av melk var tre ganger høyere i Finland enn i Frankrike, men franskmennene spiste fire ganger så mye grønnsaker som finnene – og så drakk de vin. Det interessante var at forbruket av alkohol var ikke-signifikant og vin signifikant negativt assosiert med mortaliteten forårsaket av koronar hjertesykdom i de 18 land med det høyeste fettinntak målt etter samme skala, men i de resterende 22 land med lavt fettinntak var verken vin eller alkohol assosiert med mortaliteten forårsaket av koronar hjertesykdom. Forskerne som stod bak undersøkelsen, tolket dette slik at alkohol i alminnelighet (øker konsentrasjonen av HDL-kolesterol og nedsetter trombocyttaggregasjon) og vin i særdeleshet (inneholder store mengder potente antioksidanter) bare var gunstig og beskyttende mot koronar hjertesykdom i de populasjoner som pga. høyt inntak av kolesterol og mettet fett samt lavt inntak av grønnsaker var særlig disponert for sykdommen. Emnet for denne artikkelen ville med andre ord hatt relativt liten interesse for oss her til lands hvis vi hadde vært ikke-røykere og hatt et kosthold likt det kinesiske. Men dersom virkelighetens Norge ligger nærmere Toulouse enn Beijing, burde kost- og drikkevaner i middelhavsområdet være et interessant emne for nordmenn flest. Eric B. Rimm og R. Curtis Ellison, forskere ved Harvard School of Public Health, konkluderer i en aktuell artikkel – Alcohol in the Mediterranean diet – med at et moderat inntak av alkohol er en viktig bestanddel av middelhavskosten, og at et moderat alkoholforbruk kan betraktes som et ledd i en sunn livsstil (35). Artikkelen refererer data fra NHANES I-undersøkelsen, som viste at menn som ved undersøkelsens start i 1971–74 hadde et daglig alkoholkonsum på opptil to alkoholenheter, hadde forlenget sin levetid med ca. 3 % sammenliknet med avholdsfolk ved oppfølgingen i 1982–88.

To drink or not to drink

Epidemiologen Walter Willet ved Harvard School of Public Health betegner den negative assosiasjon mellom lett til moderat inntak av alkohol og risiko for koronar hjertesykdom som det mest konsistente funn i samtlige epidemiologiske undersøkelser av sammenhengen mellom kosthold og forekomst av koronar hjertesykdom (36). Det er denne massive dokumentasjon Knut Eldjarn kaller «enkelte undersøkelser» i sin omtale av Riise og medarbeideres bok Alkohol og helse – det bagatelliserte alvor (37); en bok den danske alkoholforsker Finn Hardt ikke finner å kunne anbefale danske leger fordi den er for ensidig preget av restriktive og moralsk funderte holdninger til alkoholbruk (38). Vi på vår side tenderer til å være enige med Abraham Lincoln, som i en diskusjon omkring alkoholskader sa følgende: «None seemed to think the injury arose from the use of a bad thing, but from the abuse of a very good thing» (39). Det er slett ikke vår mening at de meget omfattende og konsistente funn om den negative assosiasjon mellom moderat alkoholkonsum og forekomst av koronar hjertesykdom skal danne basis for generelle anbefalinger til befolkningen om å bruke alkohol som «medisin», men, som den amerikanske alkoholforsker Paul M. Ridker sier: «Generalized messages to abstain from alcohol are no more resposible than generalized recommendations to drink it.»

Dokumentasjonen er også massiv for at alkohol kan være et stort samfunnsproblem, og det er heller ingen tvil om de skader og sykdommer som kan forårsakes av misbruk. Men de forebyggende tiltak som har fulgt denne konstateringen, har ofte fått karakter av et verdiladet korstog, hvor overveielsene om hva som gjør alkohol til et onde, har fulgt moralistiske linjer. Fra et psykologisk synspunkt er det mye som tyder på at en slik innfallsvinkel er lite hensiktsmessig. En moralsk orientert innsats rettes mot atferdens følelsesbetonte aspekter, og inkluderer ikke den menneskelige evne til tankemessig refleksjon samt menneskets evne til å handle på grunnlag av personlig tilegnet viten (40).

Erik Skovenborg
Brobjerg Centret
D-8250 Egå

Arne Hagen
Stange Helsesenter
2310 Stange

Roald Strand
Balderklinikken
0165 Oslo

Litteratur →